



Clésia Pachú
e Colaboradores

SAÚDE DO TRABALHADOR: A EFETIVIDADE DA PROTEÇÃO COLETIVA

Saúde do trabalhador:
a efetividade da
proteção coletiva



Universidade Estadual da Paraíba

Prof. Antonio Guedes Rangel Junior | *Reitor*

Prof. Flávio Romero Guimarães | *Vice-Reitor*



Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Luciano Nascimento Silva | *Diretor*

Antonio Roberto Faustino da Costa | *Editor Assistente*

Cidoval Moraes de Sousa | *Editor Assistente*

Conselho Editorial

Luciano do Nascimento Silva (UEPB)

Antônio Roberto Faustino (UEPB)

Cidoval Moraes de Sousa (UEPB)

José Luciano Albino Barbosa (UEPB)

Antônio Guedes Rangel Junior (UEPB)

Flávio Romero Guimarães (UEPB)

Conselho Científico

Raffaele de Giorgi (UNISALENTO/IT)

Jorge Eduardo Douglas Price (UNCOMAHUE/ARG)

Celso Fernandes Campilongo (USP/ PUC-SP)

Juliana Magalhães Neuwander (UFRJ)

Vincenzo Carbone (UNINT/IT)

Vincenzo Militello (UNIPA / IT)

Jonas Eduardo Gonzalez Lemos (IFRN)

Eduardo Ramalho Rabenhorst (UFPB)

Gonçalo Nicolau Cerqueira Sopas de Mello Bandeira (IPCA/PT)

Gustavo Barbosa Mesquita Batista (UFPB)

Rodrigo Costa Ferreira (UEPB)

Glauber Salomão Leite (UEPB)

Germano Ramalho (UEPB)

Dimitre Braga Soares de Carvalho (UFRN)



Editora filiada a ABEU

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500

Fone/Fax: (83) 3315-3381 - <http://eduepb.uepb.edu.br> - email: eduepb@uepb.edu.br

Clésia Oliveira Pachú
e colaboradores

Saúde do trabalhador:
*a efetividade da
proteção coletiva*



Campina Grande - PB
2019

Copyright © EDUEPB

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

A EDUEPB segue o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil, desde 2009.

Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Luciano Nascimento Silva | **Diretor**

Antonio Roberto Faustino da Costa | **Editor Assistente**

Cidoval Morais de Sousa | **Editor Assistente**

Design Gráfico e Diagramação

Erick Ferreira Cabral

Jefferson Ricardo Lima Araujo Nunes

Leonardo Ramos Araujo

Comercialização e Distribuição

José Igor Macedo Silva

Divulgação

Danielle Correia Gomes

Revisão Linguística

Antônio de Brito Freire

Elizete Amaral de Medeiros

Depósito legal na Biblioteca Nacional, conforme decreto nº 1.825, de 20 de dezembro de 1907.

S749 Saúde do Trabalhador: a efetividade da proteção coletiva./ Clésia Oliveira Pachú e colaboradores. –Campina Grande: EDUEPB, 2018.
2.759 Kb. - 205 p.

ISBN: 978-85-7879-479-8 (E-book)

1. Saúde – Aspectos sociais. 2. Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). 3.Políticas Educacionais. 4. Direitos Sociais - Doenças. 5.Saúde Pública. 6.Alcoolismo. 7.Tabagismo. 8. Drogas – Prevenção. 9. Política de Saúde – Brasil. I.Pachú, Clésia Oliveira [Orga.].

21. ed.CDD 362.1042

Ficha catalográfica elaborada por Heliane Maria Idalino Silva – CRB-15º368

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO, 9

GESTÃO DA SAÚDE: INTERVENÇÃO COM BASE EM MODELO ADMINISTRATIVO, 13

Maria Dilma Guedes

Clésia Oliveira Pachú

SERVIDORES PÚBLICOS: CONTEXTO TRABALHO E SAÚDE, 33

Magnum Sousa Ferreira Reis

Clésia Oliveira Pachú

HIPERTENSÃO ARTERIAL E INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DE GORDURA EM SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA, 57

Thayane Érika Albuquerque

Clésia Oliveira Pachú

PERFIL DO CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO ENTRE UNIVERSITÁRIOS DOS CURSOS DE HUMANAS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA, 82

Suênya Beserra Costa

Clésia Oliveira Pachú

CONSUMO DE DROGAS PSICOATIVAS POR
UNIVERSITÁRIOS, 99

Valdileide de Melo Barbosa

Clésia Oliveira Pachú

PROMOÇÃO DE AMBIENTES LIVRES DE FATORES QUE
CONDUZAM À DEPENDÊNCIA QUÍMICA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA, 122

Helen Jesana Vieira Diniz

Clésia Oliveira Pachú

ANÁLISE LABORAL E CUSTO HUMANO NO SERVIÇO
PÚBLICO, 145

Elaine da Silva Gomes

Clésia Oliveira Pachú

AVALIAÇÃO DA SAÚDE DE DOCENTES DE UMA
UNIVERSIDADE PÚBLICA, 162

Jéssika Emanuela Batista Viana

Clésia Oliveira Pachú

PREVALÊNCIA DE DOR MUSCULOESQUELÉTICA EM
DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA, 187

Ana Paula Santino Fialho

Clésia Oliveira Pachú

PERFIL DOS IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE
TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DE TABAGISMO, 204

Patrícia Regina Cardoso de Almeida

Clésia Oliveira Pachú

CUIDADO FARMACÊUTICO DIRIGIDO A TABAGISTAS EM
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO COM CLORIDRATO DE
BUPROPIONA, 229

Clésia Oliveira Pachú

Bruna Moura Ribeiro Nunes

Luana Silva Barbosa
Mateus Raposo dos Santos
Matheus Vinícius Nascimento Cabral
Cibelly Alves Santos
Marília Gabrielly Pereira Maniçoba
Genilza de Santana
Flávia Gabryelle de Lima Barbosa
Mirelly Barbosa Santos
Janielle Silva Marinho de Araújo
Gabryella Garcia Guedes

NÍVEL DE ESTRESSE ENTRE TABAGISTAS EM
RECUPERAÇÃO NUM HOSPITAL PÚBLICO EM CAMPINA
GRANDE-PB, 249

Terezinha Lumena Carneiro Rodrigues Silva
Clésia Oliveira Pachú

GASTO PÚBLICO COM ACIDENTADOS DE MOTO NO
ANO DE 2013 EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE CAMPINA
GRANDE – PB, 262

Matheus Vítor Pereira Lima
Clésia Oliveira Pachú

CONDUÇÃO À PRISÃO EM CUMPRIMENTO À LEI 11.343/2006,
285

Maria Gabryella Nogueira da Rocha
Clésia Oliveira Pachú

APRESENTAÇÃO

NO CONTEXTO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS, A Universidade Estadual da Paraíba sinaliza, ao institucionalizar o Núcleo de Educação e Atenção em Saúde no ano de 2013, a inclusão da participação social na construção de uma estrutura que aproxima política e administração. Desta forma, a presente abertura política à participação social favorece a concretização da tríade universitária ensino, pesquisa e extensão, compreendida como fundamental na formação de futuros profissionais. Conforme entendimento da autora, a real vivência na academia, refere-se à produção do conhecimento eficiente e capaz de desenvolver habilidades e potenciais úteis no âmbito profissional e pessoal, produto da realização de atividades que ressignifiquem e vitalizem o potencial transformador social do universitário. Tornar ciente a sociedade do modo pelo qual essa produção é realizada, incluindo suas políticas e práticas, se faz necessário.

Nesta obra, ao primeiro olhar e focando os escritos efetuados por membros do Núcleo de Educação em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (NEAS/UEPB) intermediado pelo Programa Educação e Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas (PEPAD) e Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde/Doença e Direitos Sociais (GEPSADDS), constata-se a condução dos artigos mediante o despertar do interesse e crescente demanda na busca por melhorias na saúde do trabalhador. A efetividade do prescrito na Resolução/UEPB/CONSUNI/016/2013, institucionalização do Núcleo de Educação e Atenção em Saúde, para além de uma possibilidade de aparente feedback institucional, destaca-se a concretização de

atividades concernentes à concepção de educação e de formação do ser humano.

Os aspectos da obra se entrelaçam, denotando uma complexidade específica à educação e, assim, evidenciam emaranhados com ensino, aprendizagem, políticas educacionais, concepções de ciência, compreensões de história, de vida, possibilitando-nos adentrar em um campo cada vez mais abrangente e profundo e que, ambigualmente, se dá a conhecer e se esconde. Essa complexidade se revela no objeto de estudo, a saúde do trabalhador, instigando a produção de mais intervenções/investigações nessa área de conhecimento. Neste sentido, demonstra-se a exigência em saber a respeito das características, modo de ser ou de se mostrar daqueles que participam da intervenção/investigação, colocando o autor diante da questão inevitável: Quando parar, ou se é possível parar?

Referencia-se, neste momento, a necessidade de compartilhar a tríade universitária colocada à disposição da sociedade que tem como característica, a abertura e dinâmica, em termos de necessidade de produção de conhecimento e posicionamentos de políticas educacionais. As questões destacadas no parágrafo acima abrem um leque de possíveis respostas e, conduzem o profissional comprometido socialmente a efetuar movimentos apropriados para deslançar o processo de atendimento às demandas sociais e, ainda, refletir acerca da formação de futuros profissionais.

É importante, entretanto, esclarecer a postura em relação ao modo de proceder que permite colocar em relevo o indivíduo do processo, em especial o futuro profissional, não olhado de modo isolado, mas contextualizado social e culturalmente, especialmente, trabalhar concebendo-o como já sendo sempre junto ao mundo e, portanto, aos outros e aos respectivos equipamentos dispostos na circunvizinhança existencial, constituindo-se, na história, ao outro e ao mundo. A presente obra pode nos conduzir a dar conta de que esses pares já anunciam posturas em relação ao modo de tomar um ou outro par para intervenção/investigação.

Independentemente dos resultados concretos que possam vir a ser alcançados com este ensaio, o fato é que ele está sendo realizado num momento em que não é mais possível manter-se indiferente aos

efeitos que as mudanças no ambiente de trabalho vêm provocando em todo o Brasil. Os estudos apresentados nesta obra requerem da educação dos indivíduos muito mais que conhecimento de normas, dogmas. Referencia-se que a inércia no presente tende a crescer exponencialmente as perdas do trabalhador na medida em que o tempo vai passando. A mitigação e a adaptação às mudanças são tarefas impostergáveis. São uma obrigação imediata de todos, a começar pelas instituições que atuam na esfera pública. O Núcleo da Universidade Estadual da Paraíba voltada para o desenvolvimento de estudos, investigação e intervenção nas questões relativas ao mundo do trabalho, não poderia se furtar a este desafio.

O NEAS soma-se às organizações de empregadores e trabalhadores e os governos mandantes da Organização Internacional do Trabalho em aceitar o desafio e determina-se a participar, mediante o reforço da nossa capacidade para antecipar as mudanças, a preparar e posteriormente pôr em prática um processo de adaptação eficiente e justo. Neste sentido, insere-se a Iniciativa Empregos Verdes (MUÇOUÇA, 2009). A Iniciativa Empregos Verdes da OIT tem por objetivo aportar a dimensão vital do trabalho decente à ação das Nações Unidas com vistas a aplicar uma estratégia integral visando melhoria do bem-estar dos seres humanos, reduzindo os impactos ambientais negativos e a escassez ecológica.

Porém, deve-se adentrar pelos meandros dos processos de orientação e tutoria descritos na literatura como ferramentas importantes no processo educativo do Ensino Superior (ALBANAES; SOARES; BARDAGI, 2015). Estas estratégias são caracterizadas por uma diversidade de ações que beneficiam o estudante nos aspectos do processo de treinamento, relacionado a diferentes esferas da formação acadêmica, vocacional, pessoal e social, por meio de ações como orientação, assessoria, informação, acompanhamento e escuta. Podendo incluir o conjunto de necessidade como guiar o futuro profissional no conhecimento da universidade para maior integração no novo contexto universitário, desenvolver a capacidade de estudar e aprender de forma mais eficiente; promover informação acerca de questões acadêmicas e/ou profissional.

Os escritos desta obra apontam para vivências na academia que

possibilitam identificar as principais ferramentas de empoderamento utilizadas na formação do futuro profissional, dentre elas, perguntas poderosas, feedback, estabelecimento de metas e planos para Equipe. A população deste estudo é limitada para generalizações, entretanto, reconhece-se a partir dela que há possibilidade de aprender pertinente e potencializadora da necessária continuidade de efetivação da tríade universitária: Ensino, pesquisa e extensão.

GESTÃO DA SAÚDE: INTERVENÇÃO COM BASE EM MODELO ADMINISTRATIVO

*Maria Dilma Guedes
Clésia Oliveira Pachú*

INTRODUÇÃO

A morbimortalidade no Brasil reflete o estilo de vida não saudável da população. Padrões de comportamento podem conduzir ao adoecimento, tais como, a falta de atividade física, alimentação inadequada e ausência de relaxamento reforçados por publicidades eficazes empregando marketing sofisticado e redirecionando as decisões dos indivíduos para o não cuidado com a saúde. Dietas deficientes em nutrientes, uso de álcool, tabaco e abuso de substâncias psicoativas, estão entre os principais problemas de saúde pública na atualidade. De outro modo, práticas comportamentais saudáveis podem prevenir doenças crônicas e melhorar o gerenciamento das condições prevalentes (WHO, 2005).

Neste contexto, satisfazer o usuário de serviços ocupa local de destaque na qualificação dos serviços. Considera-se que satisfazer se relaciona de maneira direta com adesão terapêutica e resultados positivos no cuidado em saúde, por influenciar em comportamentos modificadores do panorama saúde/doença (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013). É válido ressaltar que o profissional deverá atuar na transformação do paciente em protagonista, autor da ação para melhora ou saída da situação que motivou a busca pelo serviço. As teorias e modelos de mudança de comportamento evoluíram

nas últimas 4 décadas, afastando as intervenções de saúde comportamental dos modelos tradicionais baseados em informações e assuntos (MARZIALE; JESUS, 2008).

Na atualidade, os serviços de saúde abordam a complexa interação de motivações, sugerem ações, percepção de benefícios e consequências, expectativas, analisam as influências ambientais e culturais, auto-eficácia, protagonismo do assistido, ambivalência e intenções de implementação. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento e a implementação de intervenções que melhoram estratégias de recrutamento incluindo incentivos adequados e atrativos para a participação, integração de componentes múltiplos com intervenções baseadas em evidências entregues por pessoal competente e credenciado, além de realizar a avaliação da sua eficácia com base em resultados válidos, tais como redução de risco e redução de custos.

A metodologia de pensamento participativo utilizada para definir a direção que a organização deve seguir por meio da descoberta de objetivos válidos e não-subjetivos se chama Planejamento Estratégico. Este apresenta como produto final o Plano Estratégico, documento escrito com direcionamento para nortear as atividades da organização. Neste contexto, gestores que almejam êxito na condução do serviço sob sua responsabilidade devem descobrir o melhor caminho a ser percorrido para garantia da sobrevivência, crescimento e perpetuidade organizacional.

Embora as intervenções variem de acordo com as configurações, a maioria dos programas normalmente inclui vários componentes, tais como, avaliações de risco para a saúde, envios educacionais, apresentações e workshops, programas on-line, triagem biométrica, gerenciamento de casos e cada vez mais treinamento de saúde. O presente estudo apresenta a seguinte estrutura: Introdução, Qualidade do Serviço e de pessoas, Principais Técnicas Administrativas, Planejamento Estratégico e Considerações Finais. O objetivo deste artigo é refletir acerca da utilização de conhecimento em Administração como modelo de aprimoramento para intervenção em programa de gestão da saúde. Espera-se que a gestão em saúde do local de trabalho melhore o comportamento de autocuidado, autogestão para pessoas e reduza riscos de agravos à saúde.

QUALIDADE DO SERVIÇO E GESTÃO DE PESSOAS

A competitividade e diferenciação das organizações se devem ao investimento em serviços de qualidade que satisfaçam a expectativas dos seus clientes agregando valor e aproximando novos usuários dos serviços prestados. Atender ao cliente não é o suficiente para adesão e fidelidade do mesmo, faz-se necessário inovar o serviço e fazer o usuário “sonhar”. O treinamento de funcionários no desenvolvimento de atividades estabelecidos pela organização conduz a melhor qualidade do serviço ofertado (CHIAVENATO, 2010).

O termo qualidade não possui uma definição genérica ou universal aplicável em qualquer situação. Trata-se de conceito flexível e adaptável possuindo diversas abordagens, gerando apreciações diferentes de cada situação que está envolvida (MARTINS, 2012). Por qualidade, também se entende a totalidade das características e aspectos de um determinado produto ou serviço que proporcionam satisfação das necessidades declaradas e implícitas (CASTRO, 2012). Observa-se que usuários de serviços se tornaram mais exigentes em relação à qualidade e, em consequência, as empresas estão buscando melhorar, de maneira rápida, os serviços ofertados aos usuários. A literatura científica correlaciona qualidade como inseparável à satisfação e adequação das necessidades dos clientes (SOUZA, 2014).

A qualidade é o conjunto de definições apresentadas por vários autores, extraídas de diversos estudos, por meio do desenvolvimento de inúmeros conceitos específicos, liderados pela composição da teoria e prática, com argumentos viáveis e diagnósticos sólidos (SOUZA, 2014). Este autor revela ser a qualidade, principal ferramenta para o sucesso de qualquer organização. Ao satisfazer alguns requisitos do serviço, alcançará níveis de qualidade refletindo em clientes satisfeitos, resultados financeiros positivos, boa imagem no mercado e futuro promissor.

O conhecimento dos critérios pelos quais clientes avaliam o serviço se torna a melhor maneira de compreender suas expectativas e poder atendê-las, quiçá superá-las (ZAMBONI; GARCIA, 2013). Neste contexto, faz-se mister que empresas prestadoras de serviços identifiquem as expectativas de potenciais clientes e, permitam-se aperfeiçoar atividades que favoreçam na compreensão de positividade em

relação à qualidade do serviço oferecido. Tal percepção do serviço conduzirá à manutenção e aumento na clientela e fortalecimento do serviço de saúde que crescerá em aperfeiçoamento e implantação de novas atividades em vista ao bom conhecimento dos usuários do serviço.

O conceito de qualidade estava ligado às características intrínsecas ao produto. Contudo, sua construção está alicerçada na tríade: Redução de custos, aumento da produtividade e a satisfação do cliente (ACADEMIA PEARSON, 2010). A evolução do conceito de qualidade vem se aperfeiçoando, observação disponibilizada por estudiosos, onde suas próprias filosofias propõem mudanças no cotidiano das organizações. No Quadro 1, apresenta-se uma síntese dos principais aspectos emanados pelos precursores da qualidade quanto a qualidade e ser humano. Embora sejam 5 as dimensões da qualidade: Pessoal, departamental, produtos, serviços e empresas, será dado ênfase a duas, por serem destaques neste artigo: Qualidade e ser humano.

Quadro 1– Síntese das abordagens teóricas dos principais precursores da qualidade

Visão	Feigenbaum	Deming	Juran	Ishikawa	Taguchi	Crosby
Qualidade	Clientes exigem. Espelhada nas especificações de todas as etapas. Processos compatíveis às exigências.	Entender perfeitamente as necessidades dos clientes. Buscar resultados homogêneos. Buscar medidas de previsão que eliminem as variações.	Percepção adequada das necessidades dos clientes. Melhorias efetuadas a partir dos níveis já alcançados.	Percepção das necessidades do mercado. Satisfação total nestas necessidades. Adequação dos produtos. Resultados homogêneos.	Desde o momento do design do produto. Reconhece a qualidade como um assunto social e não apenas da empresa.	Satisfação do cliente define as especificações do produto. Cumprimento total das especificações.
Ser humano	Conscientização da contribuição individual para o resultado final da qualidade.	Comprometimento e conscientização. Motivação via integração. Identidade de objetivos entre a empresa e o funcionário.	Comprometimento com a qualidade em todos os níveis. Total envolvimento.	Valorização total do ser humano. Qualidade é inerente ao ser humano. Comprometimento com a qualidade de vida tanto individual quanto social.	Considera uma abordagem fraca que diz respeito ao ser humano.	Comprometimento, conscientização, comunicação e motivação conseguidas através de recompensas diversas.

Fonte: Ballestero-Alvarez (2010).

O dimensionamento da qualidade se apresenta como tarefa difícil e complexa. Para Möller (2002), a qualidade pode ser classificada no tocante de cinco dimensões: Pessoal, fundamentando todas as outras qualidades por ser o serviço direcionado a pessoas. Já a Departamental, revela que o programa de organização de uma instituição deve satisfazer as exigências e expectativas, técnicas e humanas, no ambiente interno e no mundo exterior. A terceira dimensão é a de produtos, centrada na entrega dos produtos e serviços que possam satisfazer as expectativas de seus clientes, observada a visão do produtor e usuário do serviço. A penúltima qualidade, serviços, garantia da qualidade dos serviços, satisfazendo permanentemente as expectativas dos usuários dos seus serviços.

Ademais, a quinta dimensão da qualidade, é a empresa, englobando todas as dimensões anteriores e satisfazendo não apenas o usuário, como também, o colaborador, trabalhador da organização.

No lado humano da qualidade, a atividade de gestão de pessoas exige do colaborador a implantação de ações que modifiquem comportamentos. Nas atividades de saúde, a promoção desta e a gestão de doenças, independente do modelo de intervenção, mesmo por meio digital, a promoção de reflexão em intervenções realizadas em várias configurações como comunidade, atendimento primário e, local de trabalho entre populações de adolescentes, mulheres somente, idosos e funcionários são fortes modelos de envolvimento ativo de educador em saúde. Tal procedimento conduz ao treinamento de atitudes pró ativas de autocuidado promovendo a melhora e/ou percepção da condição de saúde.

Na atualidade, problemas de saúde se tornaram populares devido a abordagem de comportamentos múltiplos, aumentando a capacidade de abordar acerca de riscos para saúde e autogestão de doenças de forma econômica. Na literatura científica os resultados relacionados à saúde incluídos no gerenciamento de saúde do local de trabalho conclui que a inclusão de programas que oportunizam aconselhamento individualizado e de redução de risco direcionado a funcionários de alto risco são mais propensos a resultar em riscos de saúde diminuídos (MARZIALE; JESUS, 2008).

Os projetos de promoção à saúde dos trabalhadores recentemente ganharam popularidade devido sua capacidade de abordar

comportamentos múltiplos, riscos para a saúde e autogestão de doenças de forma econômica. Os programas de desenvolvimento se tornaram amplamente defendidos e eficazes. Desta maneira, significa reduzir os riscos para a saúde, melhorar a autogestão e o entendimento da necessidade de reduzir e minimizar os riscos de doenças. A redução do custo em saúde, melhora na produtividade e avaliação dos serviços em saúde fazem parte da integralidade da saúde necessitando de modelos administrativos para aumentar a qualidade e adesão às atividades de promoção à saúde.

A prática da promoção da saúde no ambiente de trabalho ou de comunidade complementa o ensino do comportamento de autocuidado e de autogestão para as pessoas na obtenção de esforços adicionais de promoção da saúde. Muito além de uma breve intervenção evidências mais claras de um benefício para trabalhadores seria o conhecimento do trabalhador e seu local de serviço.

No mundo da Administração algumas técnicas devem ser utilizadas para conhecimento pessoal e ambiente profissional sejam ferramentas de capacitação: Mapa de Perfil; Visão Arquetípica e Consulta de Cenários Mentais; No Acompanhamento a Avaliação de desempenho e CANVAS. Ademais, no requisito Intervenção aconselha-se o 5W2H e SWOT. Tais técnicas devem ser precedidas do Planejamento Estratégico por fornecer benefício mensurável para o conhecimento da organização.

PRINCIPAIS TÉCNICAS ADMINISTRATIVAS

No processo de gestão se faz necessário perceber a capacidade de observação dos participantes de si e do meio ambiente onde é desenvolvida a atividade, saber se é possível aos colaboradores aprender com os erros, manter-se alerta e possuir habilidade nos trabalhos que refletem negatividade. Neste sentido, o conhecimento de técnicas administrativas que conduzem à capacitação, acompanhamento e intervenção seria o princípio do sucesso da gestão.

FERRAMENTAS DE CAPACITAÇÃO

MAPA DE PERFIL

O conhecimento do perfil técnico dos servidores públicos constitui importante instrumento de gestão de pessoas, em amplo aspecto, como forma de prestação de contas à sociedade e seus diferentes atores, refletindo como parte do custo financeiro do Estado identificável. Neste contexto, permite visualizar a distribuição setorial e espacial dos recursos humanos, a sua qualificação para o exercício de suas funções públicas. Quando este estudo se faz de forma periódica ele permite ver a tendência de evolução dos efetivos, tanto em termos globais como setoriais e como, eventualmente, tem-se transformado o perfil dos servidores da Administração Pública.

VISÃO ARQUETÍPICA

É preciso observar que as organizações, frente a necessidade de definir suas estratégias de ação, são orientadas pelo contexto ambiental mais próxima à sua caminhada e, assim os valores internos conforme interpretação dos seus dirigentes (MACHADO-DA-SILVA; FERNANDES, 1998). Neste sentido, Scott (1987) revela que diferentes esferas institucionais de forma usual apresentam diferentes crenças e valores, significando que a diversidade simbólica do ambiente influencia os pensamentos dos dirigentes a adotarem determinadas estratégias. Há de considerar que o contexto organizacional-ambiental não se dissociam e, permanecem em crescente união. Assim, o cenário social do ambiente define a organização, seja aprendendo ou a ele ensinando, há reciprocidade na formulação e adequação de ações (GRANOVETTER, 1985).

CONSULTA DE CENÁRIOS

A construção de cenários se mostra como importante ferramenta para identificação e análise das possibilidades de acontecimentos relevantes para atuação das organizações subsidiando o encontro de soluções e alternativas flexíveis e consistentes (HAMEL; PRAHALAD, 1995). Prever mudanças e antecipar ações estratégias revela a boa dinâmica da administração na atualidade. Os cenários podem

ser considerados como a visão futura da organização para o cenário que se apresenta necessitando de mudança e explicações acerca de aspectos do momento (RIBAS, 2007). As organizações necessitam trabalhar com soluções para acontecimentos futuros apresentando planos para enfrentamento dos diversos fenômenos (VAN DER HEIJDEN, 2009).

ACOMPANHAMENTO

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A conceituação de avaliação de desempenho diz respeito a atuação do trabalhador no exercício do cargo ocupado na organização, responsabilidade, atividade atribuída, resolutividade da tarefa atribuída ao funcionário (LUCENA, 1977). A avaliação positiva do desempenho se vincula à efetiva execução das atividades inerentes à sua função alcançando o resultado almejado. A avaliação de funcionários está em direta harmonia com o resultado efetivo esperado pela organização constitui o real e inquestionável parâmetro decisório para o bom desempenho. A avaliação de desempenho objetiva estimular a iniciativa, encorajar a criatividade, desenvolver o senso de responsabilidade e intensificando esforços para atingir os objetivos da Instituição demonstrando a necessária positividade, aspectos de construção positiva do trabalhador no sentido de alcançar os objetivos da organização (LEITÃO, 1979).

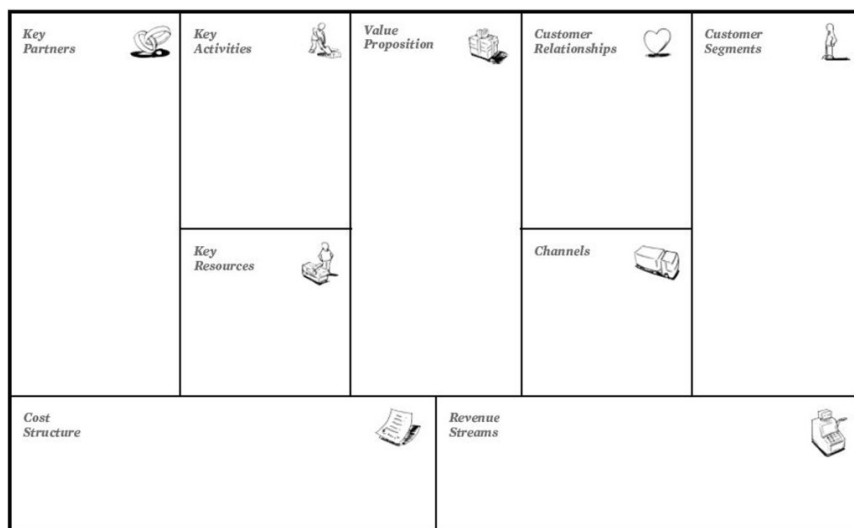
CANVAS

O Canvas é utilizado para definição ou inovação de um modelo de negócios. Apresenta-se como ferramenta prática e versátil que permitir enxergar todos os aspectos fundamentais de um modelo de negócios em apenas uma folha. Assim, tem-se a descrição da lógica de criação, entrega e percepção dos valores da organização (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011). Quatro são as áreas constituintes da essência do modelo de negócios: produto, interface com o cliente, gestão de infraestrutura e viabilidade financeira (OSTERWALDER, 2004). Tais áreas estão divididas didaticamente em nove blocos inter-relacionados, que apresentam os 9 elementos do Canvas: Segmentos

de Clientes; Proposta de Valor; Canais; Relacionamento com Clientes; Fontes de Receita; Recursos Principais; Atividades-Chave; Parcerias Principais; Estrutura de Custos (Quadro 2).

Neste sentido, o conceito é chamado Business Model Canvas (BMC) ou Canvas permite pensar e descrever acerca do modelo de negócio, permitindo a qualquer pessoa interessada na criação ou inovação do seu modelo de negócio por intermédio de linguagem comum, possibilitar a troca de ideias e experiências com outras pessoas envolvidas no mesmo processo (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011).

Quadro 2 - Business Model Canvas



Fonte: Osterwalder e Pigneur, (2011).

Os nove blocos estão divididos em dois lados, direito e esquerdo, Emoção e Eficiência, respectivamente. O lado direito aborda questões relativas ao valor, relacionamento com clientes e fontes de receita. Em contrapartida, a eficiência, lado esquerdo, cuida da razão sendo abordadas questões relativas à atividade, recursos, parcerias e custos necessários para proporcionar valor à proposta de valor.

INTERVENÇÃO

5W2H

A utilização de ferramentas de gestão tem sido utilizada pelas organizações no sentido de aperfeiçoar as atividades desenvolvidas e proporcionar melhor assistência aos colaboradores. Trata-se de ferramenta administrativa na concretização do objetivo “o que” organizar e planejar as atividades, o porquê, por quem, quando, onde e quando irá custar para organização (POLACINSKI,2012). Neste sentido, o 5W2H promove a agilidade dos processos da organização e aumentando a competitividade (Quadro 3).

Quadro 3 – Planilha 5W2H

What	O que será feito (etapas)
Why	Porque será feito (justificativa, benefícios)
Where	Onde será feito (local, departamento)
When	Quando será feito (início e término – Tempo/ Cronograma)
Who	Por quem será feito (responsabilidade)
How	Como será feito (método, atividades, processos)
How much	Quanto custará fazer (custo)

Fonte: Meira, 2003.

A Planilha é de fácil preenchimento e necessitando de equipe técnica especializada, porém é preciso alguém que organize o processo e envide esforços para êxito do planejado na ferramenta.

SWOT

Na análise ambiental se observa em toda organização existirem pontos fortes e fracos, chamados de fatores do ambiente interno. Esses

fatores podem ser alterados, pois dependem unicamente de decisões e ações gerenciais. No ambiente externo, entretanto, existem ameaças e oportunidades sobre as quais a empresa não tem controle: ocorrem independentemente da vontade e dos esforços de seus dirigentes (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003). A FOFA é o acróstico para Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças. A análise FOFA faz refletir nos aspectos positivos e negativos de seu negócio. Esta matriz também é conhecida como Análise de SWOT (Strengths and Weaknesses, Opportunities and Threats).

Na análise interna, a avaliação da empresa, mostra-se atividade importante que deve ser executada constantemente. O objetivo é detectar os pontos fortes e fracos, com a finalidade de tornar a empresa mais eficiente e competitiva, sanando suas deficiências. Você poderá começar a analisar sua empresa pelos seguintes aspectos: Cultura Organizacional: visão empresarial e o compartilhamento dentro da empresa; Estrutura Organizacional: divisão do trabalho, coordenação de atividades e controles; Financeiro: fluxo de caixa, orçamento anual e acesso a fontes de financiamento; Marketing: objetivos, metas, estratégias, promoção, comunicação com o mercado; e Recursos Humanos: quantidade, qualificação, satisfação e motivação da equipe, treinamento e reciclagem dos funcionários.

Em se tratando de análise externa, esta tem como objetivo estudar os fatores externos que afetam a organização em diferentes níveis, e podem ter sua origem nos aspectos, a saber: Políticos: legislação, regulamentações, movimentos populares, etc.; Econômicos: distribuição de renda, preços, nível de emprego, grau de endividamento da União, padrões de consumo, etc.; Tecnológicos: tecnologia do produto e do processo de produção, prestação de serviços, comunicação, etc.; Demográficos: número de habitantes, distribuição geográfica, sexo, escolaridade, faixa etária, etc.; Culturais: estilos de vida, valores sociais, atitudes, etc.; Ecológicos: disponibilidade dos recursos naturais e energéticos, organizações não governamentais, etc.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Inicialmente, tendo como objeto a atividade fabril, a Administração

foi paulatinamente ampliando seu campo de atuação para todo tipo de organização humana, como também para o intercâmbio entre as organizações e seus ambientes, constatando-se que “*diferentes realidades demandarão diferentes formas de se administrar*”.

A tarefa atual da Administração é a de refletir acerca dos objetivos buscados pela organização e realizá-los por meio da atividade organizacional do planejamento, organização, direção e controle de todos os esforços realizados em todas as áreas e níveis da organização. O alcance de tais objetivos da maneira mais adequada à situação aprimora a eficiência e eficácia organizacional.

A expansão e ampliação do estudo da Administração não se apresentam de maneira uniforme, mas varia de acordo com as escolas, teorias e abordagens administrativas e de acordo com os aspectos e variáveis que cada uma delas considerou relevante na sua época, contextualização.

A história das Teorias Administrativas tem início no começo do século passado e pode ser resumida em cinco fases bem distintas e que se superpõem (Quadro 4).

Quadro 4 – As principais teorias administrativas e seus principais enfoques

ÊNFASE	TEORIAS ADMINISTRATIVAS	PRINCIPAIS ENFOQUES
Nas Tarefas	Administração Científica (1903)	Racionalização do trabalho no nível operacional.
Na Estrutura	Teoria Clássica (1916)	Organização formal. Princípios gerais da Administração. Funções do Administrador.
	Teoria Neoclássica (1954)	Organização formal Burocrática. Racionalidade organizacional.
	Teoria da Burocracia (1909)	Organização formal Burocrática. Racionalidade organizacional.
	Teoria Estruturalista (1947)	Múltipla abordagem: Organização formal e informal. Análise intra-organizacional e análise interorganizacional.
Nas Pessoas	Teoria das Relações Humanas (1932)	Organização informal. Motivação: liderança, comunicações e dinâmica de grupo.
	Teoria do Comportamento Organizacional (1957)	Estilos de Administração. Teoria das decisões. Integração dos objetivos organizacionais e individuais.
	Teoria do Desenvolvimento Organizacional (1962)	Mudança organizacional planejada. Abordagem de sistema aberto.
No Ambiente	Teoria Estruturalista (1947) Teoria dos Sistemas (1951)	Análise intra-organizacional e análise ambiental. Abordagem de sistema aberto.
	Teoria da Contingência (1972)	Análise ambiental (imperativo ambiental). Abordagem de sistema aberto.
Na Tecnologia	Teoria da Contingência (1972)	Administração da tecnologia (imperativo tecnológico). Caos e complexidade.
Na Competitividade	Novas Abordagens na Administração (1990 - 2000 - 2005)	Aprendizagem organizacional. Capital intelectual. Responsabilidade Social e Sustentabilidade.

Fonte: Chiavenato (2013, p.10).

Verifica-se que, no tocante a existência de modelos de planejamento estratégico, vários autores (AMBRÓSIO, 1999; WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000; MENDONÇA, 2003; MAXIMIANO, 2006; CAVALCANTI, 2008; OLIVEIRA, 2011), têm dedicado grande atenção a sua elaboração, sugerindo uma metodologia específica que segundo seu ponto de vista, incorpora etapas básicas e essenciais, capazes de trazerem para a prática a implementação do planejamento estratégico.

Esses modelos foram adaptados e melhorados ao longo do tempo pelos pesquisadores de Administração Estratégica, por meio da inserção de novas variáveis e abordagens, adequando-os aos ambientes cada vez mais turbulentos e os imprevisíveis que se apresentam ao mundo empresarial e, ao mesmo tempo, buscando tornar explícita a relação entre o planejamento, sua implementação e os resultados.

Ainda que cada autor realce algumas etapas diferentes, os modelos apresentados fornecem um esquema cujo fundamento representa propiciar à empresa, meios estratégicos para alcançar seus objetivos e, portanto o sucesso organizacional. Assim, seja qual for o modelo de planejamento estratégico o objetivo é um só, servir de norte para o processo de elaboração de estratégias de sucesso para as organizações. Cabe à empresa analisar que modelo de planejamento estratégico melhor se adapta à sua realidade e procurar integrá-lo a seu meio organizacional visando melhores oportunidades de negócios.

Deste modo, o Planejamento Estratégico, independentemente de suas diferentes interpretações, conceitos e modelos, consiste em um conjunto de mudanças que visam fazer com que as organizações busquem um desempenho competitivo, trazendo assim, resultados e desenvolvimento futuros.

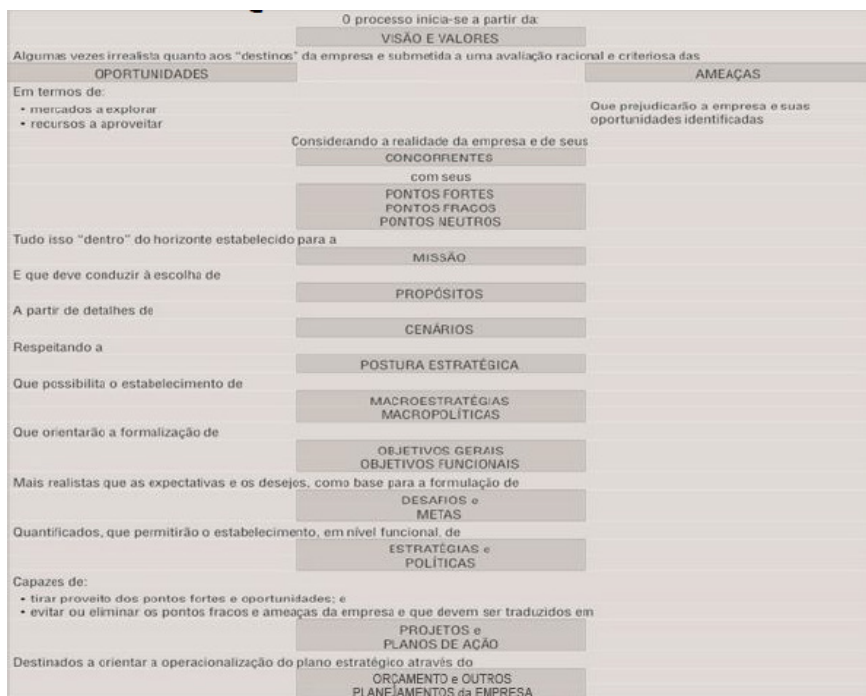
O Modelo de Planejamento Estratégico de Oliveira (2011) conta com uma série de etapas como, a visão organizacional, as oportunidades e ameaças advindas do meio externo, a análise dos concorrentes da organização, os pontos fortes, fracos e neutros presentes no ambiente interno da empresa, a missão, os propósitos empresariais, os possíveis cenários, as macroestratégias, os objetivos e metas necessárias para a elaboração das estratégias.

1. De forma detalhada pode-se dizer o que representa cada etapa citada, da seguinte forma:

2. **Visão:** a visão proporciona o grande delineamento do planejamento estratégico, uma vez que representa o que a empresa quer ser;
3. **Oportunidades:** são as variáveis externas e não controláveis pela empresa, que podem criar condições favoráveis para a empresa, desde que a empresa tenha condições e/ou interesse de usufruí-las;
4. **Ameaças:** são as variáveis externas e não controláveis pela empresa que podem criar condições desfavoráveis para a mesma;
5. **Concorrentes:** a análise dos concorrentes pressupõe otimizado sistema de informações estratégicas a respeito da atuação passada e presente dos principais concorrentes. Com base na análise, projeções e simulações desses dados e informações é possível o delineamento inicial da atuação futura desses concorrentes;
6. **Pontos fortes, fracos e neutros:** os pontos fortes são as variáveis internas e controláveis que propiciam uma condição favorável para a empresa, em relação a seu ambiente, enquanto que pontos fracos provocam uma situação desfavorável para a empresa. Já os pontos neutros são também variáveis internas e controláveis que foram identificadas, mas que, no momento, não existem condições de estabelecer se estão proporcionando uma condição favorável ou desfavorável para a empresa;
7. **Missão:** representa a razão de ser da empresa. Nesse ponto procura-se determinar qual o negócio da empresa, por quê ela existe, ou, ainda, em que tipos de atividades a empresa deverá concentrar-se no futuro;
8. **Propósitos:** são compromissos que a empresa se impõe no sentido de cumprir sua missão. Representam grandes áreas de atuação selecionadas no contexto da missão estabelecida. Correspondem à explicitação de posições ou áreas de atuação planejadas para toda a empresa, devidamente aceitas por seus acionistas e executivos como desejáveis e possíveis;
9. **Cenários:** a elaboração de cenários estratégicos é a culminação de um processo que deve considerar todos os executivos-chave da empresa, isto porque, além do benefício de maior riqueza de ideias, informações e visões sobre o futuro que um processo

- participativo proporciona; sua finalidade principal é estimular maior interesse e aceitação dos cenários como importantes para o processo de planejamento estratégico das empresas;
10. **Postura estratégica:** é estabelecida por uma escolha consciente de uma das alternativas de caminho e ação para cumprir sua missão;
 11. **Macroestratégias:** correspondem às grandes ações e caminhos que a empresa vai adotar, visando atuar nos propósitos atuais e futuros identificados dentro da missão, tendo como *motor de arranque* sua postura estratégica;
 12. **Objetivos:** é o alvo ou ponto qualificado, com prazo de realização estabelecido, que se pretende alcançar através de esforço extra;
 13. **Metas:** é a quantificação do objetivo ou o passo intermediário para se alcançar determinado objetivo;
 14. **Estratégias:** são ações formuladas e adequadas para alcançar, preferencialmente de maneira diferenciada, as metas, os desafios, e os objetivos estabelecidos, no melhor posicionamento da empresa perante seu ambiente.

Figura 1 – Processo de Planejamento Estratégico



Fonte: Oliveira (2012, p.56).

As empresas diferem em tamanho, diversidade de operações, organização, filosofia e estilo gerencial, razão da inexistência de um sistema universal de planejamento (LORANGE; VANCIL, 1976). O propósito do presente artigo não é esgotar a discussão do processo de aplicação e implantação do planejamento estratégico. A premissa é revelar a importância do direcionamento da organização para alcance dos seus anseios e perspectivas dos que buscam seus serviços. É importante ter em mente que toda metodologia deverá ser adaptada às condições ambientais externas e internas da organização que pretende utilizá-la.

A metodologia sugerida deve ser desenvolvida por meio e no âmbito da organização, visto ser o planejamento estratégico essencial para completa interação das pessoas envolvidas no processo de

formulação e implantação. A realização do Planejamento Estratégico não deve ser exclusivamente discutida por administradores, e sim, em parceria com o corpo técnico da organização (ACKOFF, 1976). Ressalta-se que o Planejamento deve ser realizado pela própria organização e, em nenhum momento entregue a outrem, desconhecedor da realidade vivencial da atividade da organização.

Neste contexto, a assessoria externa deveria ter a responsabilidade de treinar no âmbito da organização o pessoal da empresa vinculado à assessoria de planejamento. Assim, o pessoal treinado no interior da empresa por técnicos externos, ao terminarem seu trabalho, pode deixar apenas um vazio, incapacidade para manter o plano e prosseguir o processo de planejamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo contribuiu para compreensão do significado de desenvolvimento de liderança e formas de caminhar consciente por meio do estudo da Administração. Ficou demonstrado que “Nem sempre um passo a frente é a melhor escolha” por precisarmos rever/reconstruir a atividade para melhor satisfação do usuário.

Em muitas organizações, a liderança parece cada vez menos com uma hierarquia de autoridade. Em vez disso, é melhor compreendida como uma rede de relações de influência em que várias pessoas participam, prevendo a existência desses relacionamentos de liderança traduzindo valores em ações e promovendo melhorias organizacionais duradouras.

O lado humano do serviço deve ser ressaltado para maior adesão ao serviço e satisfação do cliente com a organização. O autoconhecimento, autocuidado e autoconfiança lideram o caminho para o êxito nas atividades disponibilizadas quando discutidas com o usuário.

O processo de qualidade de vida exige do prestador de serviço transformar reflexão em ação, paciente em protagonista. Nestes termos, faz-se necessário aprimorar o cuidado e ampliar o resultado buscado pelo usuário do serviço de saúde.

A política de saúde do trabalhador em sua práxis, teoria e prática, correlaciona-se ao usuário como principal interlocutor de mudança do seu próprio cenário. Neste contexto, a utilização do Planejamento

Estratégico corrobora com os participantes do processo de trabalho no recebimento da melhoria da qualidade do serviço, da pessoa e da vida, a fim de alcançar resultados favoráveis.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA PEARSON. **Gestão da qualidade**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2010.

ACKOFF, R. L. **Planejamento empresarial**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1976.

BALLESTERO-ALVAREZ, M. E. **Gestão da qualidade, produção e operações**. São Paulo: Atlas, 2010.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.103-114, 2013.

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos humanos: fundamentos básicos**. 7.ed. Barueri: **São Paulo: Manole, 2009**.

CHIAVENATO, I. **Iniciação à administração de recursos humanos**. 4.ed. Barueri: **São Paulo: Manole, 2010**.

CHIAVENATO, I. **Princípios da administração: o essencial em teoria geral da administração**. 2.ed. Barueri, SP: Manole, 2013.

CHIAVENATO, Idalberto; SAPIRO, Arão. **Planejamento estratégico: fundamentos e aplicações**. 13^o tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

GRANOVETTER, M. Economic action and social structure: the problem of embeddedness. **American Journal of Sociology**, v.91,

n.3, p.481-510, 1985.

LEITÃO, M. F. F. Avaliação de desempenho de pessoal técnico em instituições de pesquisa e desenvolvimento. **Rev. Adm. IA – USP**, v.14, n.3, p.71-90, 1979.

LUCENA, M. D. S. **Avaliação de desempenho**. São Paulo: Atlas, 1977.

LORANGE, P.; VANCIL, R. F. **How to design a strategic planning system**. Harvard Business Review, p.75-81, Sep./Oct. 1976.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. **Competindo pelo futuro: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã**. 15.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; FERNANDES, B. H. R. Mudança ambiental e reorientação estratégica: estudo de caso em instituição bancária. **Revista de Administração de Empresas**, v.38, n.4, p.46-56, 1998.

MARZIALI, M. H. P.; JESUS, L. C. Modelos explicativos e de intervenção na promoção da saúde do trabalhador. **Acta Paul Enferm**, v.21, n.4, p.654-659, 2008.

MEIRA, R. C. As ferramentas para a melhoria da qualidade. Porto Alegre: SEBRAE, 2003.

MÖLLER, Claus. **O lado humano da qualidade: maximizando a qualidade de produtos e serviços através do desenvolvimento das pessoas**. São Paulo: Pioneira, 2002.

OSTERWALDER, A. **The Business Model Ontology A proposition in a design science approach**. [s.l.] Universite de Lausanne, 2004.

OSTERWALDER, A.; PIGNEUR, Y. **Business Model Generation**

- **Inovação em Modelos de Negócios: um manual para visionários, inovadores e revolucionários.** Rio de Janeiro, RJ: Atlas Books, 2011.

POLACINSKI et al. **Implantação dos 5Ss e proposição de um SGQ para uma indústria de erva-mate,** 2012.

RIBAS, J. R. Uma proposta para a construção de cenários alternativos combinando informações subjetivas e bases de dados secundários. **Anais do Encontro de Administração de Informação (ENADI),** Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (ANPAD). Florianópolis, SC, Brasil, 2007, p.2-4.

SCOTT, W. R. The adolescence of institutional theory. **Administrative Science Quarterly,** v.32, n.4, p.493-511, 1987.

VAN DER HEIJDEN, K. **Planejamento por cenários: a arte da conversação estratégica .** 2ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

ZAMBONI, D. M.; GARCIA, F. J. Um estudo sobre a percepção da qualidade dos serviços prestados por uma agência lotérica de Caxias do Sul. **Global Manager Acadêmica.** Caxias do Sul, v.2, n.1, p.1-20, 2013.

WHO. **Preventing chronic diseases: a vital investment.** Geneva: World Health Organization, 2005.

SERVIDORES PÚBLICOS: CONTEXTO TRABALHO E SAÚDE

*Magnum Sousa Ferreira Reis
Clésia Oliveira Pachú*

INTRODUÇÃO

O homem no trabalho é objeto de desgaste físico e mental. Os efeitos provocados pela atividade de trabalho resultam em esforços e riscos aos trabalhadores, *locus* e alvo da experiência. O desgaste se efetiva como parte das condições de trabalho no exercício do ofício. Assim, como elemento central, o indivíduo desenvolve habilidades, constrói identidade e promove integração social. Neste contexto, ingredientes de satisfação, saúde e bem-estar na vida são intrínsecos ao trabalho e a profissão. O trabalho pode ser considerado fonte de satisfação das diversas necessidades humanas, autorrealização, manutenção de relações interpessoais e sobrevivência. O fruto do trabalho corresponde à compensação financeira permitindo ao sujeito atender suas necessidades básicas (TRÓCCOLI; MURTA, 2004).

Por outro lado, o trabalho também pode ser fonte de sofrimento, quando contém fatores de risco a saúde e, de certo modo, o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger desses riscos (TRÓCCOLI; MURTA, 2004; BATISTA; COLS, 2005). Pensando em minimizar possíveis desconfortos no ambiente de trabalho, a Universidade Estadual da Paraíba, campus I, Campina Grande, Paraíba, institucionalizou o Núcleo de Educação e Atenção em Saúde (NEAS) destinado a estudar a saúde do trabalhador. Entendendo

este como todo e qualquer sujeito em atividade intelectual ou física na referida instituição. Assim, correspondendo a Docentes, técnicos-administrativos e estudantes. O interesse nos estudos do NEAS se justifica por existir vida humana no trabalho e a vida de cada um é patrimônio da humanidade.

Estimativas do Relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT), revelam que do total de 2,34 milhões de mortes relacionadas ao trabalho a cada ano, somente 321 mil se devem a acidentes. As outras 2,02 milhões de mortes são causadas por diversos tipos de enfermidades relacionadas à profissão. O documento mostra acidentes e doenças relacionadas ao trabalho resultando na perda anual de 4% do Produto Interno Bruto (PIB), conjunto de bens e serviços produzidos no mundo ou cerca de US\$ 2,8 trilhões. O valor se refere ao custo direto e indireto dos acidentes e doenças (OIT, 2013).

As doenças profissionais são definidas pela organização como aquelas contraídas por meio da exposição a algum fator de risco relacionado ao trabalho. As mais comuns são pneumoconiose; distúrbios musculoesqueléticos e mentais (OIT, 2013).

Neste contexto, recorreu-se no presente estudo ao pensamento de Hanna Arendt (1981). Nesta ideia de vida *activa* compreendida em três atividades humanas fundamentais: o labor, o trabalho/obra e a ação. O labor corresponde à reprodução do ciclo biológico do homem e suas necessidades vitais, a condição humana é a própria vida. O trabalho correspondente à transformação da natureza, produzindo universo artificial de coisas diferentes do ambiente natural, artefato humano empresta certa permanência e durabilidade ao caráter efêmero da vida. O labor e o trabalho não são suficientes na construção de modo de vida autônomo e autêntico humano, por não ser livres das necessidades e privações humanas. A ação, diferentemente, constitui-se como relação puramente humana entre dois ou mais indivíduos, porquanto é a única atividade exercida de forma direta entre homens, sem mediação da matéria ou natureza.

A presente pesquisa quantitativa descritiva objetivou estudar as condições no trabalho de técnicos-administrativos da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), por meio da avaliação da saúde destes profissionais no contexto de trabalho e saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

O TRABALHO

O trabalho determina o desenvolvimento humano. Assim, desempenha papel de importância na história da humanidade. Neste sentido, a condição humana da ação é a pluralidade, *“pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa (...)”* (ARENDR, 1981, p.16). Devendo-se imaginar a salubridade do ambiente de trabalho como fator denso em matéria de saúde e bem-estar das populações, uma vez trabalhadores saudáveis e seguros, nos seus locais de trabalho, também saudáveis e seguros, apresentam-se mais produtivos e, dessa forma, contribuintes no melhor desenvolvimento econômico às sociedades modernas (SOUZA-UVA, 2009). Assim refletindo diretamente na qualidade de vida.

O SERVIDOR PÚBLICO

Servidor público pode ser definido como a pessoa física que exerce uma função pública em decorrência de relação de trabalho, seja em regime estatutário, celetista ou especial, mediante remuneração paga pelos cofres públicos. No geral, esses profissionais exercem uma função de trabalho em caráter definitivo, no sentido de desempenho permanente da função finalizando, em geral, com a aposentadoria pública (PEREIRA, 2012).

Nas atividades do serviço público não prevalece a lógica de mercado, em que o mecanismo de preços conduz os agentes econômicos nas suas decisões de comprar ou vender bens privados. Quando o preço sobe, é porque há excesso de demanda do produto. Em caso

de excesso de oferta, o preço cai. No caso dos bens públicos, não há como regular “via preços” a produção e o consumo. Ao longo dos últimos anos, vem sendo muito destacada a perspectiva de se introduzirem mecanismos competitivos na administração pública, de modo a melhorar seu desempenho (ALONSO, 2014).

RELAÇÃO TRABALHO/SAÚDE

A relação entre trabalho e saúde observada e estudada desde a Antiguidade, mas nem sempre se constituiu em foco de atenção. No

trabalho escravo ou no regime servil, o trabalho era entendido como castigo e inexistia a preocupação em preservar a saúde dos trabalhadores. O trabalhador era visto como peça de engrenagens “naturais” e pertences da terra, tais como animais e ferramentas - assim, eram considerados seres sem história, sem progresso, sem perspectivas ou sem esperança terrestre (FAIMAN, 2012; FACAS, 2014).

A Revolução Industrial favoreceu o desenvolvimento de novas indústrias, com novos produtos e mudanças nas condições de trabalho. Posteriormente, houve especialização de inúmeras tarefas laborais, e nesse cenário, mais moderno, o trabalhador tende a realizar atividades repetitivas e excessivas, potencializando o aparecimento de doenças ocupacionais e sintomatologia dolorosa (BRASIL, 2002). A dor relacionada ao trabalho, a partir da Revolução Industrial, configurou-se claramente como decorrência de desequilíbrio entre exigências das tarefas realizadas no trabalho e capacidades funcionais individuais, tornando-se mais numerosas as queixas e afastamentos (MARTINS; DUARTE, 2000).

Nos dias atuais, as lesões por esforços repetitivos e patologias osteomusculares relacionadas com a atividade laboral, têm sido frequentemente encontradas dentre os adoecimentos decorrentes do trabalho, acometendo homens e mulheres, justamente na fase economicamente ativa, ocasionando vários afastamentos do trabalho, podendo evoluir para incapacidades parciais, e, não muito raras, incapacidades permanentes, e nesses casos, o encaminhamento para as aposentadorias por invalidez (BRASIL, 2012).

No Brasil, a dor nas costas idiopática já é primeira causa de invalidez entre as aposentadorias previdenciárias e acidentárias, com um taxa de incidência de 29,96 acada

100.000 contribuintes (MEZIAT FILHO; SILVA, 2011).

Atualmente, as expressões de desgaste de estruturas do sistema musculoesquelético atingem várias categorias profissionais e têm várias denominações, entre as quais lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort), descritas pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2012).

Novas interpretações acerca da Psicodinâmica do Trabalho

consideram o sofrimento inseparável de qualquer situação laboral, isto é, inerente à condição do homem no trabalho (MENDES, 2007, p.31). É definido como estado de luta vivenciada por trabalhadores buscando permanecerem na normalidade e não adoecerem. Importante se faz, investigar sofrimento psíquico no trabalho, por meio da abordagem psicodinâmica do trabalho, remonta explorar o infra-patológico e o pré-patológico (ALDERSON, 2004, p.54).

Na atualidade se percebe situações de estresse e insatisfação quanto ao trabalho por parte dos trabalhadores de diferentes categorias profissionais, apontando para escassa atenção as suas próprias condições de saúde (DAUBERMANN; TONETTE, 2012).

Assim, qualidade de vida pode ser entendida como percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Observam-se conceitos de saúde, trabalho e qualidade de vida se misturam, sendo considerado bem-estar físico, psíquico, socioeconômico e cultural, prioridade na busca da cura de qualquer doença ou na busca pela saúde, em seu âmbito mais abrangente, na melhora da qualidade de vida. A percepção da pessoa sobre seu estado de saúde física e psicológica e sobre aspectos não-médicos de contexto de vida é, sobretudo, qualidade de vida. Estes aspectos são importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. De um modo geral, não há como dissociar a vida e o trabalho (LEAL, 2008).

Em toda a história da humanidade, o trabalho sempre aparece como elemento importante quando se analisa transformações políticas e sociais. O homem, desde civilizações mais primitivas até a vivência atual, auge da área técnico-científica, atribui o trabalho como parte de sua existência (ARAÚJO; SACHUK, 2007).

A atividade laboral pode ser influenciada por diversos elementos, entre os quais se destacam: estrutura macroeconômica; grau de desenvolvimento socioeconômico e cultural; nível e modelo de industrialização; modelo organizativo, as características dominantes dos serviços e da prestação de cuidados de segurança, higiene e saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho; sistema nacional de

prestação de cuidados de saúde; e maior ou menor (des)valorização do trabalho pelas sociedades e por quem trabalha. Esses fatores influenciam e condicionam relações entre o trabalho e a saúde/doença (SOUSA-UVA; SERRANHEIRA, 2013).

Os fatores de risco para a saúde ocupacional são tradicionalmente classificados, consoante sua natureza, em fatores físicos, químicos, biológicos, psicossociais e relacionados com a atividade, ergonômicos, para alguns autores (SOUSA-UVA; SERRANHEIRA, 2013). Essas cinco categorias de fatores de risco são suscetíveis de causar danos para a saúde.

Assim, ambiente com conflitos diários, onde é exigido muito das pessoas, e muitas vezes a competição pode vir do próprio grupo, essas são características fortes e aplicadas em campos de batalha, mas, no entanto, acontece no ambiente de trabalho. Torna-se explícito no mercado atual, iniciando a preocupação com o nível de estresse entre trabalhadores. Pessoas com esse diagnóstico estão se tornando cada vez mais comuns, deixando gestores e setores de Recursos Humanos com esse problema a resolver (TEODORO, 2012). Demonstrando a relevância em estudar e aperfeiçoar técnicas para melhorar o relacionamento entre trabalhadores e com suas operações, por meio da Ergonomia.

Dentre os problemas encontrados se destaca a fadiga. A literatura científica não apresenta consenso conceitual, fato provavelmente relacionado à complexidade deste fenômeno (SHEN et al., 2006). A carga gerada pelo trabalho resulta nos efeitos a curto prazo da fadiga, caracterizados por sintomas emocionais, cognitivos e comportamentais (VAN VELDHOVEN, 2008). A fadiga, relaciona-se a sintomas de fraqueza, cansaço, exaustão, desgaste, alteração da capacidade funcional, falta de energia, letargia, sonolência, diminuição da motivação, da atenção, da paciência e da concentração, necessidade extrema de descanso, mal-estar, aversão a atividades.

METODOLOGIA

O presente estudo se configura numa abordagem quantitativa descritiva e exploratória. De acordo com Gil (1987), a pesquisa exploratória visa tornar o fenômeno mais explícito e analisar sua ocorrência,

estabelecendo dessa forma, relações entre as principais variáveis do estudo, estresse, sobrecarga e sintomas neuromusculoesqueléticos, relacionados ao trabalho, sem manipulá-las.

O estudo foi desenvolvido numa instituição pública de ensino superior situada em Campina Grande, Paraíba. A realização da pesquisa ocorreu no segundo semestre de 2014. Foram sujeitos 59 servidores públicos em função técnica administrativa. Os profissionais mencionados exerciam atividades no prédio da administração central da referida universidade e aceitaram colaborar de forma voluntária na pesquisa.

A amostra foi composta a partir de estratégia acidental, definida por Sarriá, Guardiã e Freixa (1999) como não-probabilística, sendo formada pelo maior número possível de participantes que foram incluídos conforme a acessibilidade e disponibilidade em colaborar na pesquisa. Tal acessibilidade foi previamente mediada pelos chefes dos pesquisados.

Participaram da pesquisa 59 servidores técnico-administrativos, de ambos os sexos, de setores distintos, estando em pleno exercício da função e aceitaram colaborar voluntariamente, mediante a assinatura do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma em posse do participante, e outra, do (a) pesquisador (a). Foram respeitados aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UEPB, sob o número 36628014.1.0000.5187.

INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos para caracterizar a população da pesquisa:

1. **Dados demográfico-ocupacionais:** Foi utilizada Ficha Sociodemográfica na coleta de informações relativas ao perfil biográfico e sócio ocupacional (idade, estado civil, nível de instrução escolar, número de filhos, tempo de serviço), a fim de caracterizar a amostra;
2. **Escala de necessidade de descanso:** questionário

autoexplicativo, com 11 questões de múltipla escolha, com quatro possibilidades de resposta. A pontuação total varia de 0 a 100 e, quanto maior a pontuação, maior a quantidade de sintomas emocionais, cognitivos e comportamentais de fadiga e maior a necessidade de recuperação dos trabalhadores. Essa versão traduzida e adaptada culturalmente (ENEDE) apresentou parâmetros psicométricos consistentes para sua utilização em trabalhadores brasileiros (MORIGUCHI et al., 2010).

3. **Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)** – Permite diagnosticar estresse, em qual fase se encontra e se o estresse manifesta-se por meio de sintomatologia na área física ou psicológica. O ISSL apresenta um modelo quadrifásico do estresse, (sem estresse, alerta, resistência e exaustão). O ISSL apresenta três quadros contendo sintomas físicos e psicológicos de cada fase do estresse. O quadro 1, com sintomas relativos à 1ª fase do estresse, o quadro 2, com sintomas da 2ª e o quadro 3, com sintomas da 3ª fase. O número de sintomas físicos é maior em relação aos psicológicos e varia de fase para fase. No total, o ISSL inclui 34 itens de natureza somática, e 19, de natureza psicológica (CAMELO; ANGERAMI, 2004);
4. **Questionário Nórdico de sintomas neuromusculoesqueléticos:** Instrumento validado e adaptado para a língua portuguesa por Barros e Alexandre (2003). É formado por figura humana dividida em nove regiões anatômicas compreendendo questões quanto a presença de perturbações musculoesqueléticas semanal e anual, bem como a intensidade do desconforto (CARVALHO; ALEXANDRE, 2006; SILVA; SANTOS, 2010).

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

As respostas contidas nos questionários foram digitadas na forma de banco de dados do SPSS (*Statistical Package for Social Science for Windows*) versão 20.0 e, em seguida, extraídas frequências dos escores dos instrumentos, assim como, foram realizadas categorizações

de variáveis para melhor compreensão na interpretação dos resultados. Por fim, foram efetuadas as análises descritivas (média, desvio-padrão, frequência e porcentagem) para delinear o perfil socio-demográfico da amostra e observar os indicadores descritivos da distribuição dos escores individuais obtidos em cada fator.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram do estudo 59 servidores públicos em função técnica administrativa de uma universidade pública. Todos responderam aos instrumentos aplicados, representando uma taxa de participação de 100%. Os sujeitos são vinculados aos setores: Biblioteca Central, Bibliotecas da Central de Aulas I e II, Coordenação de Comunicação, Comissão Permanente de Concursos (CPCON), Coordenadoria de Tecnologia da Informação (CTIC), Pró-Reitoria Estudantil (PROEST), Pró-Reitoria de Gestão Financeira (PROFIN), Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROFIN) e Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD).

Ao final da tabulação e análise dos dados foi possível perceber na população estudada faixa etária entre 23 e 57 anos, com idade média de $36,44 \pm 10,68$ anos. Quanto ao sexo, 50,8% (30/59) pertenciam ao feminino e, 49,2% (29/59) ao masculino, similares aos encontrados por Rodrigues et al. (2014), com média de idade de $34 \pm 10,4$ anos e 55% (22/40) da amostra classificada no sexo masculino. Houve prevalência de 35,6% com trabalhadores na faixa situada entre 26 e 30 anos (21/59). Quando modificada a faixa para idades entre 20 e 35 anos, na pesquisa, representaram 59,4% (35/59), valor próximo aos 59,1% (104/176) encontrados no estudo de Vitta et al., (2012) para faixa etária mencionada. Portanto, o grupo é formado por adultos jovens (Tabela1).

Em relação à escolaridade, 42,4% (25/59) afirmaram ser pós-graduados, seguida daqueles com ensino superior completo, 35,6% (21/59), divergindo dos resultados de Vitta et al., (2014) com a proporção de 10,2% (18/176) da amostra possuir ensino superior completo.

Observa-se que o tempo de vida dedicado à educação e

qualificação é elevado. Quanto ao estado civil, 62,7% (37/59) afirmaram ser casados, frente aos 32,2% (19/59) declarados solteiros. Rabay (2014) em estudo com servidores do Tribunal de Justiça da Paraíba, conclui que para os pesquisados 55% (42/76) estavam casados e 36% (27/76) solteiros.

No tocante a filhos, 45,8% (27/59) afirmaram possuírem e 54,2% (32/59) não possuírem. Tratando-se em tempo de serviço na universidade, 39% (23/59) declararam entre 1 e 5 anos, 22% (13/59) entre 6 e 10 anos, 16,9% (10/59) a menos de 1 ano e 20,4% acima de

25 anos (Tabela 1), comparando-se com os resultados de Rabay (2014) obtemos respectivamente 40% (30/76) até 5 anos e 12% (9/76) acima de 25 anos trabalhados.

Assim, a média de anos trabalhados foi de $9,53 \pm 11,64$ anos, valor superior aos $5,8 \pm 4,3$ anos encontrados em estudo com trabalhadores em função similar, desenvolvido por Rodrigues et al., (2014).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo características sociodemográficas e funcionais.

Variáveis	Categoria	N	%
Sexo	Masculine	29	49,2
	Feminine	30	50,8
Faixa etária	21-25	5	8,5
	26-30	21	35,6
	31-35	9	15,3
	36-40	6	10,2
	41-45	5	8,5
	46-50	1	1,7
	acima de 50	12	20,3
Estado civil	casado(a)	37	62,7
	solteiro (a)	19	32,2

	divorciado(a)	2	3,4
	viúvo(a)	1	1,7
Filhos	Sim	27	45,8
	Não	32	54,2
Escolaridade	ensino fundamental incompleto	1	1,7
	ensino médio completo	6	10,2
	superior incompleto	6	10,2
	superior completo	21	35,6
	pós graduado	25	42,4
Tempo de serviço na instituição	menos de 1 ano	10	16,9
	1-5	23	39,0
	6-10	13	22,0
	16-20	1	1,7
	26-30	3	5,1
	acima de 30	9	15,3
Total*		59	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014

As formas encontradas pelas empresas para buscarem a prevenção de doenças laborais é a execução de programas de Ginástica Laboral, caracterizando-se como pausas na jornada de trabalho associadas a exercícios programados previamente, de acordo com as atividades e demandas físicas dos trabalhadores da instituição, podendo acontecer antes, durante ou após o expediente (SAMPAIO; OLIVEIRA, 2008). Quando perguntados se a instituição realiza atividades preventivas como a ginástica laboral ou pausa ativa e qual a frequência de realização e participação, 100% afirmaram a inexistência de tais ações, resultado diferente da taxa de 77% de participação em programa de pausa ativa em uma instituição pública de ensino,

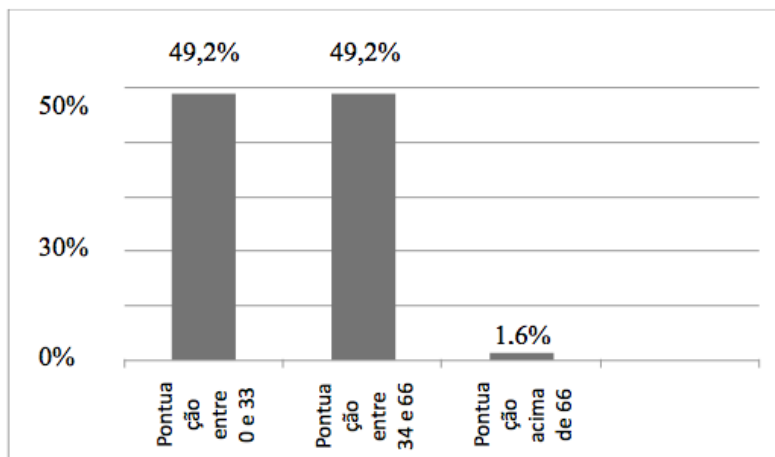
relatado por Martins, Barreto e Selva (2007).

A ESCALA DE NECESSIDADE DE DESCANSO – ENEDE

As condições de trabalho podem gerar demandas excessivas e comprometer a saúde dos trabalhadores. Para avaliação da necessidade de descanso em trabalhadores urbanos, utilizou-se nesse estudo aplicação da Escala de Necessidade de Descanso (ENEDE) a fim de verificar a associação de resultados com fatores pessoais e ocupacionais. O valor mínimo registrado foi 0 e o máximo foi 88. A média do conjunto dos sujeitos foi de $32,87 \pm 17,35$ pontos.

Para melhor compreensão das frequências, os resultados foram categorizados em 3 valores, diferentemente do estudo de Kiss, De Meester e Braeckman (2008) categorizado em apenas dois valores: até 45 (nível baixo) e maior de 45 (nível alto), e foi visto 49,2% pontuaram de 0 a 33; 49,2% de 34 a 66, e apenas 1,6% mais de 66 pontos, ou seja, não houve prevalência de casos extremos de fadiga e sim valores próximos, entre nível baixo e nível moderado da necessidade de descanso relacionada ao trabalho (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Necessidade de descanso em trabalhadores técnico-administrativo da Universidade Estadual da Paraíba.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Estudos realizados com ENEDE em trabalhadores têm demonstrado que altas pontuações na escala estão associadas à maior incidência de acidentes de trabalho, problemas de saúde e afastamentos. Nesse contexto, ENEDE pode ser útil para auxiliar a identificação precoce de sobrecarga dos trabalhadores (MORIGUCHI et al., 2010).

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Para avaliar se o indivíduo do estudo possui estresse e qual fase se encontra, foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL), conforme Quadro 1. Para o instrumento permitir análise a partir dos resultados do Inventário de Sintomas de estresse para Adultos de Lipp, foi identificado que 89,8% (53/59) dos participantes apresentaram estresse e apenas 10,2% (6/59) não apresentaram, valores acima dos resultados de Minari e Souza (2011), que identificou 61,9% (26/42) da amostra como estressada. Houve prevalência na fase II, resistência, com representação de 54,2% (32/59).

Quadro 1 – Sintomas de estresse entre técnico-administrativo

Classificação	Frequência (n)	Porcentual (%)
Sem Estresse	6	10,2
Fase III (Exaustão)	10	16,9
Fase II (resistência)	32	54,2
Fase I (Alerta)	11	18,6
Total	59	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com ocorrência os sintomas observados no inventário, 79,7% (47/59) disseram ter percebido sintomas no último mês, com

destaque para 48,9% (23/47) desse grupo terem relatado cansaço excessivo, 38,3% (18/47) angústia e ansiedade e 36,2% (17/47) insônia. 96,6% (57/59) dos sujeitos da pesquisa relataram sintomas na última semana, destes, 63,2% (36/57) afirmaram apresentar problemas de memória, 45,6% (26/57) sensação de desgaste físico constante e 40,4 (23/57) revelaram passar muito tempo pensando em um só assunto. Já para 84,7% (50/59) dos servidores os sintomas ocorreram nas últimas 24 horas, destacando 54% (27/50) com tensão muscular e 36% (18/50) com mãos e pés frios.

A análise desses dados indica que os técnico-administrativos da universidade ultrapassaram a adaptação inicial de alerta e se encontram expostos a contínuas fontes estressoras, significando ser o desgaste do organismo uma sensação percebida pelos sujeitos encontrados na fase II, de quase exaustão/resistência. O problema se não tratado, conduzirá sujeitos a fase III, de exaustão, a mais perigosa, onde a adaptação nessa fase está totalmente esgotada e doenças já começam a surgir (MINARI; SOUZA, 2011).

QUESTIONÁRIO NÓRDICO DE SINTOMAS NEUROMUSCULOESQUELÉTICOS (SNME)

No tocante a ocorrência anual e semanal de sintomas neuromusculoesqueléticos (SNME), verificou-se dos cinquenta e nove participantes, 79,7% (47/59) apresentaram sintomas nos últimos 12 meses e 62,7% (37/59) nos últimos sete dias, percentuais levemente menores em relação aos observados na pesquisa de Hugue e Pereira Júnior (2011) com servidores da UNIFEFE, sendo estes respectivamente 83% (34/41) e 63% (26/41).

No último ano, os servidores apresentaram ocorrência maior de perturbações de origem neuromusculoesqueléticos relacionadas ao trabalho, principalmente nas regiões da zona lombar com percentual de 53,2% (25/59) do total; zona dorsal e ombros com a mesma proporção: 48,9% (23/59); pescoço com 46,8% (22/59); punho/mão com 40,4% (19/59); joelhos com 29,8% (14/59); tornozelos/pés com 25,5% (12/59); cotovelos com 12,8%(6/59)

E coxas com 8,5% (4/59) (Tabela 02). Valores superiores aos encontrados por Hugue e Pereira Júnior (2011), embora com ranking

similar.

Tabela 2 - Sintomas neuromusculoesqueléticos nos técnico-administrativos no último ano

Região	Respostas		Porcentagem de casos
	N	Porcentagem	
Pescoço	22	14,9%	46,8%
zona dorsal	23	15,5%	48,9%
zona lombar	25	16,9%	53,2%
Ombros	23	15,5%	48,9%
cotovelos	6	4,1%	12,8%
punho/mão	19	12,8%	40,4%
Coxas	4	2,7%	8,5%
Joelhos	14	9,5%	29,8%
tornozelo/ pés	12	8,1%	25,5%
Total	148	100,0%	314,9%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Explica-se o resultado encontrado, o fato de nos últimos 12 meses, tratar de espaço de tempo considerável para exposição de pessoas a fatores de riscos, a ocorrência dos distúrbios pode estar relacionada com sobrecarga laboral, realização de atividades repetitivas, posturas inadequadas, altas demandas de trabalho, mobiliário inadequado e falta de condicionamento para executar o trabalho (PRZYSIEZNY, 2000).

Em relação à ocorrência nos últimos 07 dias, as regiões corporais mais citadas foram ombros com percentual de 54,1% (20/59); zona lombar com 51,4% (19/59); pescoço com 37,8% (14/59); punho/mão com 37,8% (14/59); zona dorsal com 35,1% (13/59); joelhos com 29,7%

(11/59); tornozelos/pés com 18,9% (7/59) ; coxas com 13,5% (5/59); e cotovelos com 10,8% (4/59) (Tabela 3).

Estas áreas mais acometidas são semelhantes aos resultados encontrados na pesquisa de Ribeiro (2010) com agricultores, que destacou a região lombar com percentual de 68,4% (171/250); pescoço com 24,4% (61/250) e ombros com 20,4% (51/250). Os agricultores são profissionais com função laboral que exige maior esforço físico e conseqüentemente, maior gasto energético.

Tabela 3 - -Sintomas neuromusculoesqueléticos nos técnico-administrativos

Região	Respostas		Porcentagem de casos
	N	Porcentagem	
Pescoço	14	13,1%	37,8%
zona dorsal	13	12,1%	35,1%
zona lombar	19	17,8%	51,4%
Ombros	20	18,7%	54,1%
cotovelos	4	3,7%	10,8%
punho/mão	14	13,1%	37,8%
Coxas	5	4,7%	13,5%
Joelhos	11	10,3%	29,7%
tornozelo/ pés	7	6,5%	18,9%
Total	107	100,0%	289,2%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Referente à intensidade do desconforto neuromusculoesquelético relatado nos últimos 12 meses, perante a escala visual analógica (EVA) - o (mínimo) a 10 (máximo), foi observado que os ombros possuem a maior média (5,88) seguido de tornozelos/pés (5,85) e

zona lombar (5,58) (Tabela 4).

Tabela 4- Intensidade do desconforto neuromusculoesquelético dos técnico-administrativos no último ano

Região	Mín.	Máx.	Méd.	D. Padrão
Ombros	2	10	5,88	2,186
tornozelos/ pés	3	10	5,85	2,115
zona lombar	3	10	5,58	2,369
Joelhos	2	10	5,21	2,577
Coxas	3	8	5,17	2,041
Pescoço	1	10	5,00	2,629
zona dorsal	2	9	4,76	2,278
punho/mão	2	10	4,68	2,079
Cotovelos	2	8	4,60	2,302
N válido (de lista)				

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No que se refere a intensidade do desconforto neuromusculoesquelético relatado nos últimos 7 dias, perante a Escala Visual Analógica correspondendo a 0 (mínimo) a 10 (máximo), foi observado que os ombros também possuem a maior média (6,53) seguido de cotovelos (6,50), tornozelos e pés (6,20) (Tabela 5).

Tabela 5 - Intensidade do desconforto neuromusculoesquelético dos técnico-administrativos na última semana

Região	N	Min	Máx	Méd	D. Padrão
ombros	17	2	10	6,53	2,125
cotovelos	2	5	8	6,50	2,121
tornozelos/pés	10	2	10	6,20	2,530
pescoço	12	2	10	5,92	2,610
zona dorsal	11	2	9	5,36	2,541
Coxas	3	1	8	5,33	3,786
joelhos	8	2	10	5,13	2,997
zona lombar	18	1	10	5,11	2,654
punho/mão	13	2	9	4,85	2,340
N válido (de lista)	1				

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Segundo Lida (2005) a estrutura da coluna vertebral, composta por discos superpostos, embora capaz de suportar grande força no sentido vertical, torna-se frágil quando submetida a forças não direcionadas ao seu eixo. No entanto, dores nos membros superiores ocorrem quando se trabalha muito tempo sem apoio, ocorrendo principalmente no uso de ferramentas manuais, e, agrava-se com repetição dos movimentos, sendo fatores importantes para o surgimento de dor osteomuscular.

Ao observar os acometimentos na última semana em regiões do corpo mais afetadas, tais informações ratificam os encontrados no último ano, ficando evidente a função técnico-administrativa exercida pelos participantes deste estudo exige maior acionamento de tais estruturas anatômicas, e a posição de sedestação, bem como a

repetição da mesma atividade por longas horas e muitas vezes sem repetição, pode trazer prejuízos à integridade de estruturas e nas interações destas com a agilidade e coordenação para a prática da atividade laboral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacam-se no estudo trabalhadores técnico-administrativos da universidade pública serem constituídos por amostra de adultos jovens; maior tempo de dedicação aos estudos, observado pela representação de 42,4% dos servidores pesquisados serem pós-graduados (25/59) e desempenhar trabalho na universidade nos últimos 5 anos, com percentual de 55,9% (33/59).

A universidade não possui programas preventivos ao adoecimento do trabalhador como pausa ativa ou ginástica laboral, sendo a provável causa para potencialização das queixas à saúde ocupacional.

Tratando-se da necessidade de descanso por sobrecarga de trabalho, 49,2% dos sujeitos do estudo apresentaram baixa percepção de fadiga, assim como outros 49,2% moderada, e apenas 1,6% com casos severos; quanto ao estresse percebido, 54,2% (32/59) dos sujeitos estão classificados na fase II, chamada de quase exaustão ou resistência, na qual a pessoa automaticamente tenta lidar com os estressores de modo a manter sua homeostase interna, e chama-se a atenção que 16,9% (10/59) dos técnico-administrativos pesquisados já estão na fase III, ou seja, se fatores estressantes persistirem em frequência ou intensidade, há uma quebra na resistência da pessoa e ela passa à fase de exaustão, onde doenças graves podem ocorrer nos órgãos mais vulneráveis, como cardiopatias, úlceras, psoríase e depressão dentre outras (LIPP, 2003).

Quanto aos sintomas neuromusculares de origem laboral 79,7% (47/59) relataram queixas no último ano e, 62,7% (37/59) na última semana; a dor ou perturbação relacionada ao trabalho alcançou a média de 5,19 na frequência anual e 5,65 na semanal, em uma escala que vai de 0 a 10, sendo o ideal a ausência da dor, ou seja, zero.

Este estudo possibilitou constatar a situação de saúde atual dos servidores vinculados à administração central de uma universidade pública, sob o contexto saúde trabalho, sendo constatado a

necessidade de implementação de programa específico para assistir à população estudada e evitar maiores agravos à saúde. Assim, políticas institucionais carecem de discussão para efetiva execução na instituição, no tocante à proteção da saúde de servidores.

REFERÊNCIAS

ALDERSON, M. La psychodynamique du travail: objet, considerations épistémologiques et premisses théoriques. **Santé mentale au Québec**. Érudit: Canadá, v.29, n.1, p.54, 2004.

ALONSO, M. Custos no serviço público. **Revista do Serviço Público**. São Paulo, v.50, n.1, p.37-63, jan.-mar., 2014.

ARAÚJO, R. R.; SACHUK, M. I. Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. **Revista de Gestão USP**. São Paulo, v.14, n.1, p.53-66, jan.-mar., 2007.

ARENDT, H. **A condição humana**. Trad. Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense, 1981, p.16.

BARROS, E. N. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Cross-cultural adaptation of the Nordic musculoskeletal questionnaire. **Int Nurs Review**, v.50, n.2, p.101-108, 2003.

BATISTA, A. A.V. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v.39,n.1, p.85-91, jan., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador. In: **Caderno de atenção básica**, n.5, Brasília, 2002, 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos**

(LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort), Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012, 67p.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Referencial teórico. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.14-21, jan-fev., 2004.

CARVALHO, A. J. F. P; ALEXANDRE, N.M.C. Sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental. **Revista Brasileira de fisioterapia**, São João da Boa Vista, v.10, n.1, p.35-41, jan., 2006.

DAUBERMANN, D.; TONETE, V. L. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta Paul Enferm.**, Botucatu, v.25, n.2, p.277-283, jun., 2012.

FACAS, E. P. **Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais no trabalho** - contribuições da psicodinâmica do trabalho, 2013, 191f, Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) - Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

FAIMAN, C.J.S. Saúde do Trabalhador: possibilidade e desafios da psicoterapia ambulatorial. **Coleção Clínica Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

HUGUE, T. D.; PEREIRA JÚNIOR, A. A. Prevalência de dor osteomuscular entre os funcionários administrativos da UNIFEBE. **Revista da UNIFEBE**. Santa Terezinha, v.1, n.09, out., 2011.

KISS, P.; DE MEESTER, M; BRAECKMAN, L. Differences between younger and older workers in the need for recovery after work. **Arch Occup Environ Health**, v.81, n.3, p.311-320, jun., 2008.

LEAL, C. M. S. **Reavaliar o conceito de qualidade de vida**.

Universidade de Açores, p.12-15, 2008.

LIDA, I. **Ergonomia**: projeto e execução. 2.ed. São Paulo: Edgard Blucher, 2005.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo:Casa do Psicólogo, 2003.

MARTINS, C. O.; DUARTE, M. F. S. Efeitos da ginástica laboral em servidores da Reitoria da UFSC. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.**, Florianópolis, v.8, n.4, p.7-13, abr-jun., 2000.

MARTINS, G. C.; BARRETO, S. M. G.; SELVA, M. G. Vivências de ginástica laboral e melhoria da qualidade de vida do trabalhador: resultados apresentados por funcionários administrativos do instituto de física da Universidade de São Paulo (Campus São Carlos). **Motriz rev. educ. fis. (Impr.)**, São Carlos, v.13, n.3, p.214-224, 2007.

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisa.São Paulo: Casa do Psicólogo, p.31, 2007.

MEZIAT, N.; SILVA, G. A. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social no Brasil. **Rev Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.45, n.3, p.494-502. nov., 2011.

MINARI, M. R. T.; SOUZA, J. C. Stress em servidores públicos do instituto nacional de seguro social. **Estud. psicol.** Campinas, v.28, n.4, p.521-528, 2011.

MORIGUCHI, C. S. et al. Cultural adaptation and psychometric properties of Brazilian Need for Recovery Scale. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.44, n.1, p.131-139, out., 2010.

OIT. Organização Internacional do trabalho. A prevenção das doenças ocupacionais. **Relatório**. Bureau International do Trabalho:

Genebra: OIT, 2013.

PEREIRA, Ricardo Batista. **Alcance do conceito de servidor público nos crimes contra a administração pública**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Organização Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

PRZYSIEZNY, W. L. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: um enfoque ergonômico. **Revista Tecno-científica Dynamis**. Florianópolis, v.8, n.31, p.19-34, jan- mar., 2000.

RABAY, L. M. C. **Qualidade de vida no trabalho**: diagnóstico situacional do Fórum de Bayeux.2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Planejamento e Gestão Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2014.

RIBEIRO, S.; MELO, C. A. **Prevalência de sintomas neuro-músculo-esqueléticos nos agricultores**. Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto – Politema: Gaia Porto: Portugal, 2010.

RODRIGUES, R. M. et al. Sintomatologia músculo-esquelética em trabalhadores da secretaria de Governo da prefeitura de Campos dos Goytacazes. **Perspectivas OnLine 2007- 2010**. Campos dos Goytacazes, v.2, n.7, out., 2014.

SAMPAIO, A. A.; OLIVEIRA, J. R. G. A ginástica laboral na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida no trabalho. **Caderno de Educação Física**, Sorriso, v.7, n.13, p.71-79, 2008.

SARRIÁ, A.; GUARDIÁ, J.; FREIXA, M. Introducción a la estadística em Psicologia. Barcelona: **Ediciones de la Universidad de Barcelona**, 1999.

SHEN, J. B. e cols. Distinguishing sleepiness and fatigue: focus on definition and measurement. **Sleep Med Ver.**, n.10, p.63-76., 2006.

SILVA, P.; SANTOS, A.P. **Sintomas Osteomusculares em Docentes do Ensino Superior da Faculdade de Fisioterapia**. Trabalho de Conclusão de Curso. Santos, 2010.

SOUSA-UVA, A. Salud y Seguridad del Trabajo en Portugal: apuntes diversos. **Med Segur., Trab.**, v.55, n.214, p.12-25, 2009.

SOUSA-UVA, A.; SERRANHEIRA, F. Trabalho e Saúde/(Doença): o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. São Paulo, v.11, n. 1, p.43-49, 2013.

TEODORO, M. D. A. Estresse no Trabalho.**Com. Ciências Saúde**. p.205-206, 2012.

TRÓCOLLI, B. T.; MURTA, S. G. Avaliação e intervenção em estresse ocupacional. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v.20, n.1, p.39-47. jan-abr., 2004.

UNB – Universidade de Brasília. Inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento– ITRA. In: MENDES, A. M. B. (org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p.364-367.

VAN VELDHoven, M. Need for recovery: an overview of concept, measurement and research. In: HOUDMONT, J.; MCINTYRE, S. (Eds.). Occupational health psychology: European perspectives on research, education and practice. Castelo de Maia: **ISMAI press**; v.3, 2008.

VITTA, A. et al. Nível de capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais de atividades sedentárias. **SALUSVITA**. Bauru, v.31, n.3, p.259-271, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality of care: a process for making strategic choices in health systems**. Geneva, 2006.

HIPERTENSÃO ARTERIAL E INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DE GORDURA EM SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

*Thayane Érika Albuquerque
Clésia Oliveira Pachú*

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é caracterizada no Brasil e no mundo como uma das doenças mais comum (IBGE, 2013), e aumenta progressivamente com a idade (MARTINS et al., 2010). Considerada um problema de saúde coletiva, tornando-se fator predisponente para doenças cardiovasculares.

Um dos fatores de risco para elevação da pressão arterial é o excesso de peso, associado de maneira direta à hipertensão. Assim, recomenda-se que o índice de massa corporal - IMC permaneça entre 18,5 a 24,99 e qualquer acréscimo de 2,4 kg/m² no IMC irá conduzir ao desenvolvimento de hipertensão arterial (VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão, 2010).

A obesidade central também está associada à elevação da pressão arterial e sendo mais prejudicial, pois indica diretamente hipertrofia do ventrículo esquerdo (SANT'ANNA, 2012). Neste contexto, é indicado manter a circunferência abdominal em homens 102 cm e em mulheres 88cm (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A hipertensão arterial é uma doença controlável embora haja

baixas taxas de controle, com o passar dos anos tende a aumentar progressivamente (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010; IBGE, 2013).

Segundo IBGE (2013) a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4% em 2013, correspondendo a 31,3 milhões de pessoas. Essa crescente demanda das doenças crônicas não transmissíveis-DCNT's, dentre elas a hipertensão arterial explica porque nas últimas décadas o Brasil tem apresentado mudança no perfil de mortalidade da população, com acréscimo dos óbitos causados por DCNT's, atingindo países desenvolvidos e em desenvolvimento (RIBEIRO et al., 2013; PNS, 2015).

Baseado nessa problemática o presente estudo objetivou avaliar a associação entre hipertensão arterial e indicadores antropométricos de gordura abdominal em servidores de uma universidade pública da Paraíba, estes fatores podem atrapalhar o bom desenvolvimento laboral e a saúde dos profissionais. Desta forma, apresenta-se breve contribuição a instituição na formulação de política visando melhorias na saúde dos servidores.

REFERENCIAL TEÓRICO

HIPERTENSÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está inserida no quadro das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), caracterizada no Brasil e no mundo como doenças mais comum (IBGE, 2013) e fator predisponente para doenças cardiovasculares.

A HAS é a elevação dos níveis pressóricos de forma sistêmica (HAS), caracterizada por ser aumento crônico da pressão arterial sistólica (PAS) ou pressão arterial diastólica (PAD) (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2009). Considera-se aumento na pressão arterial sistólica quando superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica superior a 90 mmHg, sendo que a hipertensão sistólica isolada é mais comum em pacientes com a idade mais avançada (BRUNNER; SUDDARTH, 2011).

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) são

considerados normotensos indivíduos com pressão arterial sistólica de 120 mmHg e pressão arterial diastólica de 80 mmHg, quando apresentam pressão diastólica 130–139mmHg e diastólica de 85–89mmHg são considerados pré-hipertensos.

As pessoas que apresentam hipertensão muitas vezes se encontram assintomáticas. Assim, um assassino silencioso que dificulta diagnóstico e tratamento, ocasionando desenvolvimento de outras doenças (BRUNNER; SUDDARTH, 2011; SILVA et al., 2012).

A HAS tem altas taxas de prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e dos mais importantes problemas de saúde pública (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). Segundo pesquisa desenvolvida pelo IBGE (2013) mostrou proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial. No Brasil foi de 21,4%, em 2013, correspondendo a 31,3 milhões de pessoas”. Em relação a características sociodemográficas, observou-se maior proporção de mulheres que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial (24,2%), em relação aos homens (18,3%).

Os números da HAS, acima referidos, são altos e preocupantes. A HAS possui percentuais de controle da pressão arterial baixíssimos, apesar de haver evidências que o tratamento com anti-hipertensivo é altamente eficaz em diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular, mas devido à baixa adesão ao tratamento e mudança no estilo de vida aumenta a morbidade e mortalidade (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Os fatores de risco mais comuns para HAS são doenças cardíacas, obesidade, diabetes *melittus*, idade e estilo de vida sedentário, tabagismo e alcoolismo. Estudos evidenciam que uma quantidade maior de etanol eleva a PA, e isto está associado com maiores morbidade e mortalidade cardiovascular (BRUNNER; SUDDARTH, 2011; SANTOS et al., 2012; VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A relação da elevação da pressão arterial com a idade ocorre por causa dos resultados de padrões alimentares e atividade física ao longo da vida, além de fatores genéticos, estresse e outros fatores determinantes (VIGITEL, 2009; TACON et al., 2012).

Nas últimas décadas, os fatores de risco emergentes foram sobrepeso/obesidade e sedentarismo. Considera-se excesso de peso e sedentarismo como uma pandemia havendo associação direta entre excesso de peso, sedentarismo e altas prevalências de hipertensão arterial (PIERIN; CAVAGION, 2011).

Somado a esses fatores, os danos causados pela hipertensão são diversos e envolvem todos os sistemas. Podem ocasionar angina e infarto, doenças comuns associadas à hipertensão, assim como, hipertrofia ventricular esquerda devido à sobrecarga de trabalho, quando a pressão arterial está aumentada. Podem ocorrer alterações também renais e cerebrais. Este, quando ocorre, pode envolver a fala, a visão, tonturas, hemiplegia, fraquezas mexendo com todo o sistema locomotor (BRUNER; SUDDARTH, 2011).

OBESIDADE

Estudo revela que obesidade tem se tornado epidemia global. Na atualidade cerca de 1,1 bilhões de adultos e 10% das crianças do mundo são considerados acima do peso ideal ou, encontram-se obesos (GOMES et al., 2009).

A obesidade segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é caracterizada pelo aumento de peso, acúmulo anormal ou excessivo de gordura. Podendo ser obesidade corporal ou abdominal, esta caracterizada por ser uma obesidade visceral.

A obesidade pode ser desenvolvida por causas multifatoriais, sendo um dos principais fatores para poder explicar o crescimento demasiado das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Está sempre associada a enfermidades cardiovasculares como hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes tipo 2, osteoartrites e certos tipos de câncer (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR, 2013).

O excesso de adiposidade passa a ser um dos fatores mais relevantes para desenvolvimento das doenças cardiovasculares, porque se estima que, para cada 13,5 kg de excesso de peso, são necessários 40,2 km adicionais de vasos sanguíneos. Assim, impõe-se maiores demandas sobre o coração, sobrecarregando todo um sistema cardiovascular comprometendo todo o organismo (BRUNNER;

SUDDARTH, 2011).

Além de todos esses fatores o excesso de adiposidade também é indicado como uma condição importante que predispõe à mortalidade (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR, 2013).

Segundo pesquisa realizada em 2014 pela Vigilância De Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) foi observado que houve crescimento quanto ao excesso de peso no Brasil. 52,5% dos brasileiros se encontram acima do peso e, 17,9% da população estão obesas. Também foi revelado o excesso de adiposidade predominante no sexo masculino com 56,5%, seguidos de 49,1% pelo sexo feminino. Quanto à obesidade foi observado no sexo masculino com 17,6 % e no sexo feminino 18,2%. Já em relação a idade, notou-se que jovens registram menor prevalência, enquanto populações de 35 a 64 anos apresentaram índices mais elevados (VIGITEL, 2014).

Para avaliar o índice de obesidade dispomos de medidas antropométricas que permitem estimar a quantidade de gordura corporal de uma pessoa e tem por vantagem ser um método não invasivo. A medida é denominada índice de massa corporal (IMC), pessoas portadoras de IMC de 25 a 29 se encontram acima do peso, aqueles com IMC 30 a 39 são considerados obesos, e IMC acima de 40 são considerados extremamente obesos, obesidade mórbida (BRUNNER; SUDDARTH, 2011).

Obesidade mórbida é um termo aplicado a indivíduos, que têm mais de duas vezes o seu peso ideal, ou cujo índice de massa corporal ultrapassa 30 kg/m² (BRUNNER; SUDDARTH, 2011).

O IMC em conjunto com a idade e o sexo são considerados as variáveis que mais influenciam na distribuição de gordura corporal (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2009).

Além do IMC contamos com outras medidas, que relatado por meio de estudos são mais eficaz para identificar a obesidade abdominal. Esta faz relação à associação com hipertrofia ventricular esquerda que é um importante predisponente para morte cardíaca. A obesidade abdominal pode ser identificada por intermédio da razão cintura/estatura – (RCE), importante que permaneça 0,56

independentes do sexo e a circunferência da cintura. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando-se adequada ou normal quando a CC < 80 cm para mulheres e < 94 cm para homens. A razão cintura/quadril representando risco quando $\geq 0,95$ para homens e $\geq 0,80$ para mulheres (RODRIGUES et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2009; MUNARETTI et al., 2010).

De acordo com Gomes (2009) a relação entre obesidade e morte por doença cardiovascular, torna-se mais evidente quando se considera pacientes com obesidade abdominal. Por isso a necessidade de se avaliar a circunferência abdominal, independentemente do grau de sobrepeso, o excesso de gordura abdominal pode ser avaliado por meio da RCQ, sendo importante fator de risco para várias doenças crônicas não-transmissíveis (OLIVEIRA et al., 2009).

METODOLOGIA

O presente estudo se caracteriza como abordagem quantitativa descritiva. Segundo Matijasevich (2008) uma das vantagens de se utilizar esse tipo de estudo por ser a hipertensão arterial definida como doença crônico-degenerativa. Portanto possui início lento e com uma longa duração, assim, cuidado médico pode somente ser procurado quando já ocorreram complicações cardiovasculares.

O estudo demonstra a importância em avaliar a frequência hipertensão e obesidade e descrever os prováveis fatores de risco na população definida em um determinado período de tempo. A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição pública de ensino superior da Paraíba, Universidade Estadual da Paraíba (Campus I), localizada na Rua Baraúnas, número 351, Bairro Universitário, em Campina Grande-PB. A realização ocorreu no primeiro semestre de 2016.

Foram sujeitos 72 servidores públicos, estes profissionais exercem atividades no prédio da Administração Central da referida Universidade e aceitaram colaborar de forma voluntária na pesquisa. A amostra foi formada a partir de estratégia acidental, definida por Sarriá Guardiã e Freixa (1999) como não probabilística, sendo formada pelo maior número possível de participantes que foram incluídos conforme a acessibilidade e disponibilidade em colaborar na pesquisa.

Com base nesse procedimento se obteve a participação de 72 servidores de ambos os sexos, setores distintos, estando em pleno exercício da função e que aceitaram colaborar voluntariamente mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quanto aos critérios de inclusão foi considerado que os servidores deveriam ser efetivos, de ambos os sexos, com atividade laboral executada no prédio da administração central de UEPB (Campus I).

Nos critérios de exclusão, servidores não efetivos, servidores afastados de suas funções ou cedidos para outras instituições ou trabalhadores que não desempenham sua função no Campus I.

Foram respeitados aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UEPB (CAAE: 53721115.3.0000.5187).

PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para caracterizar a amostra foi utilizado um questionário contendo questões Socio-ocupacional (idade, estado civil, setor de serviço), hábitos alimentares e o histórico familiar quanto a DCNT's. As variáveis antropométricas analisadas foram: massa corporal, estatura, circunferência de cintura (CC) e a circunferência do quadril (CQ). Quanto à variável hemodinâmica analisada foi a Pressão arterial (PA).

A massa corporal foi obtida por meio de uma balança mecânica tipo plataforma com escala de 100g da marca Welmy. O paciente foi posicionado de pé, no centro da balança e descalço. Quanto à estatura foi mensurada com estadiômetro acoplado à própria balança mecânica, com precisão de 0,5cm e alcance máximo de 2 metros. A aferição da estatura foi realizada com o indivíduo descalço em posição ortostática, corpo erguido em extensão máxima, cabeça ereta, costas e parte posterior e joelhos encostados ao antropômetro e calcanhares juntos.

O índice de massa corporal foi calculado e classificado segundo os critérios preconizados pela Sisvan (2011). Assim como medidas

CA e CQ, medidas em centímetro, com o indivíduo em posição ortostática utilizando fita métrica inelástica graduada em milímetros. Para a mensuração da CA a fita foi posicionada em torno do ponto médio entre a última costela e a crista íliaca e a leitura no momento da expiração. Em relação à mensuração da CQ foi realizada na extensão máxima das nádegas.

A pressão arterial foi aferida utilizando o esfigmomanômetro calibrado (Bic®, Brasil) com o indivíduo em repouso mínimo de cinco minutos, sentado com os pés apoiados no chão, braço elevado ao nível do coração e livre de roupas, apoiado com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido, seguindo as normas e classificações estabelecidas pela (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

O banco de dados e os cálculos foram realizados no SPSS 21.0 (*Statistical Package for Social Science for Windows*). Foram utilizadas a frequência relativa e absoluta nas variáveis: Pressão arterial (PA), Alcoolismo, Tabagismo, Atividade física, Estado civil e Faixa etária. As variáveis: Circunferência Cintura (CA), Razão Cintura Quadril (RCQ) e Razão Cintura Estatura (RCE) foram analisadas por meio de regressão linear simples, estratificadas por sexo, para determinar a associação entre estas variáveis e a hipertensão arterial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 72 indivíduos correspondendo à igualdade nos sexos feminino e masculino com 50% respectivamente. Podemos observar no estudo que as mulheres entre a faixa de 20 a 40 anos correspondiam a 33,3%, seguidos por 58,4% entre a faixa de 41 a 59 anos e mais de 60 anos com 8,3%. No sexo masculino viu que 30,5% estavam entre a faixa etária de 20 a 40 anos, seguidos por 50% entre a faixa de 41 a 59 anos e mais de 60 anos com 19,5%.

Notou-se ao estudar a variável estado civil que 30,5% das mulheres eram solteiras, seguidas por 47,2% casadas, 13,9% divorciada, 2,8% viúva e não apresentaram resposta 5,6%. No sexo masculino foi visto que 30,5% eram solteiros, seguidos por 52,8% casados, 2,8%

divorciado e não apresentaram resposta 13,9%.

Em relação ao tabagismo foi visto que 91,7% das mulheres não eram tabagistas e apenas 8,3% eram tabagistas. No sexo masculino 88,9% não eram tabagistas, sendo que 8,3% eram tabagistas mostrando uma semelhança em relação ao sexo feminino e 2,8% não responderam.

Quanto ao alcoolismo 63,9% das mulheres não ingeriam bebidas alcoólicas sendo que 33,3% faziam o uso de bebidas alcoólicas e não responderam 2,8%. No sexo masculino foi visto que 47,2% não ingeriam bebidas alcoólicas, semelhantemente 47,2% faziam uso de bebidas alcoólicas, não responderam 5,6%.

É interessante ressaltar que segundo Martins e Marinho (2003) a interação tabagismo/etilismo pode ocasionar um efeito protetor prejudicando a avaliação da circunferência da cintura por provocar perda do apetite, essa interação se deve ao fato de um vício induzir ao outro, esses dados se tornam relevantes visto que o hábito do tabagismo é responsável pelas altas taxas de mortalidade cardiovasculares.

Em relação à prática de exercício físico foi visto que 47,2% das mulheres praticavam constantemente exercícios físicos, sendo que 44,5% não tinham o hábito de prática atividades físicas e não responderam 8,3%. Foi observado um índice maior de prática de atividades físicas entre o sexo masculino com 52,8%, seguidos por 41,7% que não praticavam atividades físicas, e não quiseram responder 5,5%.

Em relação aos níveis pressóricos, no presente estudo foi observado que 63,9% da população do sexo feminino apresentaram-se normotensas, sendo que 36,1% encontravam-se hipertensas, contudo no sexo masculino foi observado que 61,1% eram normotensos e 38,9% correspondiam aos hipertensos, mostrando que a população do sexo masculino nesse estudo predominou assim como na pesquisa realizada por Ulbrichet et al., (2012) onde relatou que “Os homens apresentaram 2,25 vezes mais chance de desenvolver hipertensão quando comparados com as mulheres, sendo ainda verificado que, para cada ano de vida, a chance de desenvolver essa doença aumenta em 1,04 vez”.

Tabela 1 - Estatísticas descritivas estratificada por sexo dos dados sociodemográficos

Variáveis de Estudo	SEXO			
	Feminino		Masculino	
	FR ²	FA ¹	FR ²	
Faixa Etária				
20 a 40 anos	12	33,3	11	30,5
41 a 59 anos	21	58,4	18	50,0
60 anos ou mais	3	8,3	7	19,5
Estado Civil				
Solteiro (a)	11	30,5	11	30,5
Casado (a)	17	47,2	19	52,8
Divorciad(a)	5	13,9	1	2,8
Viúvo(a)	1	2,8	-	-
Variáveis de Estudo	SEXO			
	Feminino		Masculino	
	FA ¹	FR ²	FA ¹	FR ²
Não respondeu	2	5,6	5	13,9
Tabagista				
Não	33	91,7	32	88,9
Sim	3	8,3	3	8,3
Não respondeu	-	-	1	2,8
Alcoólisto				
Não	23	63,9	17	47,2
Sim	12	33,3	17	47,2
Não Respondeu	1	2,8	2	5,6
Atividade física				
Sim	17	47,2	19	52,8

Não	16	44,5	15	41,7
Não respondeu	3	8,3	2	5,5

PA¹

Normotenso	23	63,9	22	61,1
Hipertenso	13	36,1	14	38,9

FA¹ Frequência absoluta; FR² Frequência relativa (%) PA¹ Pressão Arterial.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Quanto a avaliação física da população, em média se encontrava acima do peso, a Circunferência Abdominal (CA) apenas nas mulheres se encontravam moderadamente dentro da zona de risco. Em relação à razão cintura quadril (RCQ) as mulheres estavam dentro da zona de risco, porém no sexo masculino estavam levemente alterados. A razão cintura estatura (RCE) em ambos os sexos se apresentou dentro do padrão estabelecido pela OMS.

Tabela 2 - Estatísticas descritivas do sexo Feminino quanto à avaliação Física.

Variáveis do estudo	Mínimo	Máximo	Média
CA	60,0	107,0	89,278
RCQ	0,72	1,34	0,9150
RCE	0,32	0,71	0,5561
P	49,0	95,0	67,822
IMC	19,37	34,20	26,5078

CA: Circunferência abdominal; RCQ: Razão Cintura Quadril; RCE: Razão Cintura Estatura; P: Peso; IMC: Índice de Massa Corporal.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Tabela 3 - Estatísticas descritivas do sexo Masculino quanto a avaliação Física

Variáveis do estudo	Míni-mo	Máxi-mo	Média
CA	58,0	127,0	92,889
RCQ	0,79	1,30	0,9606
RCE	0,31	0,72	0,5400
P	59,0	132,9	80,553
IMC	20,96	42,70	27,4592

CA: Circunferência abdominal; RCQ: Razão Cintura Quadril; RCE: Razão Cintura Estatura; P: Peso; IMC: Índice de Massa Corporal.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Esses dados são relevantes visto que de acordo com levantamento da Vigitel (2014) mostrou que 52,5% dos brasileiros estão acima do peso ideal. Destes, 17,9% são obesos. E nessa pesquisa também foi observado que homens estão mais favoráveis a apresentar mais excesso de peso que as mulheres, com 56,5 contra 49,1 % assim como pode ser observado no presente estudo que os homens encontravam-se mais propensos a apresentar excesso de peso.

A totalidade dos dados explica a necessidade de mudança radical na alimentação e no estilo de vida dos brasileiros, houve aumento no consumo de proteínas e lipídios de origem animal e vegetal, e, grande redução do consumo de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos. Esta realidade, associada a fatores como hereditariedade, obesidade e inatividade física têm contribuído para elevação na prevalência da hipertensão arterial (RIBEIRO et al., 2010).

Quanto à análise da associação entre hipertensão arterial e indicadores antropométricos de gordura abdominal (CA, RCQ e RCE)

segundo sexo no presente estudo, mostrou que todos os indicadores apresentaram sim uma associação, com a hipertensão arterial, em ambos os sexos, assim como nos estudos realizados por Frizon e Boscaini (2013), Pavnelli et al. (2012), Oliveira et al. (2013) e dentre outros que comprovam a relação entre os indicadores antropométricos e a hipertensão arterial

Gráfico 1 - Associação da razão cintura quadril (RCQ) e Pressão arterial (PA) no sexo feminino.

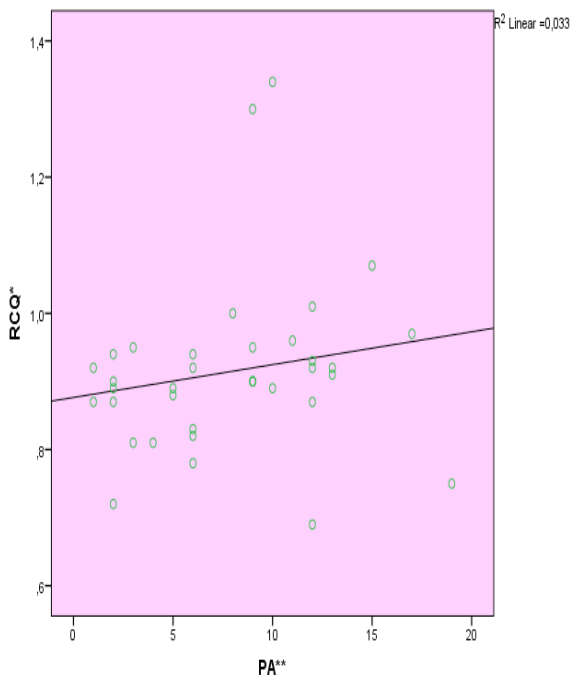
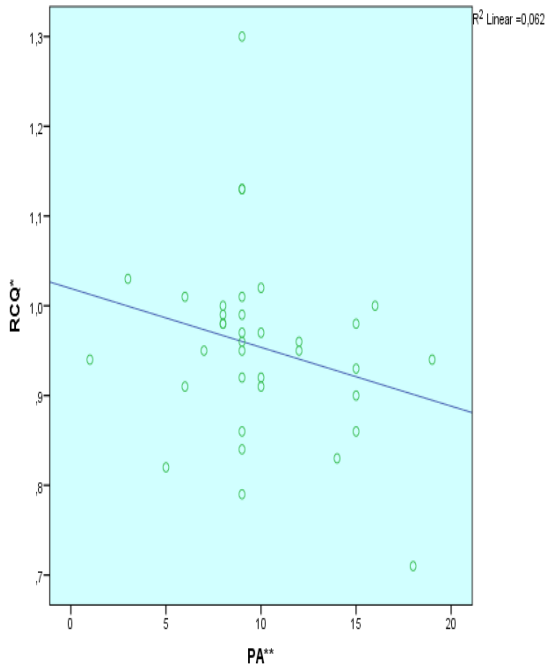


Gráfico 2 - Associação da razão cintura quadril (RCQ) e Pressão arterial (PA) no sexo masculino.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Gráfico 3 - Associação da Cintura abdominal (CA) e Pressão arterial (PA) no sexo feminino.

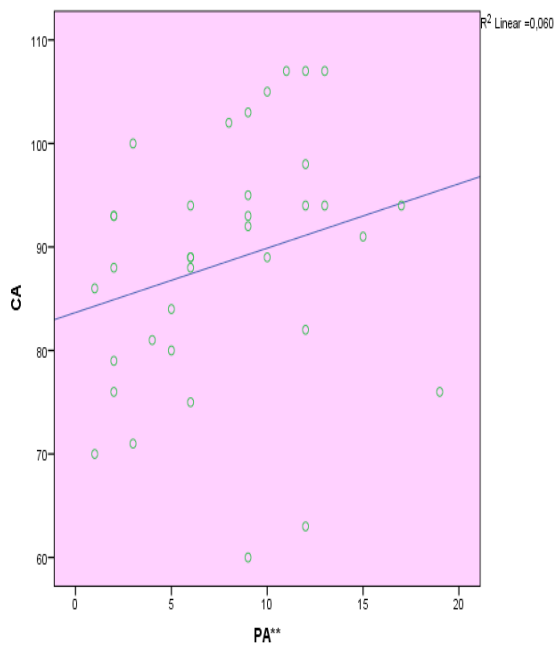
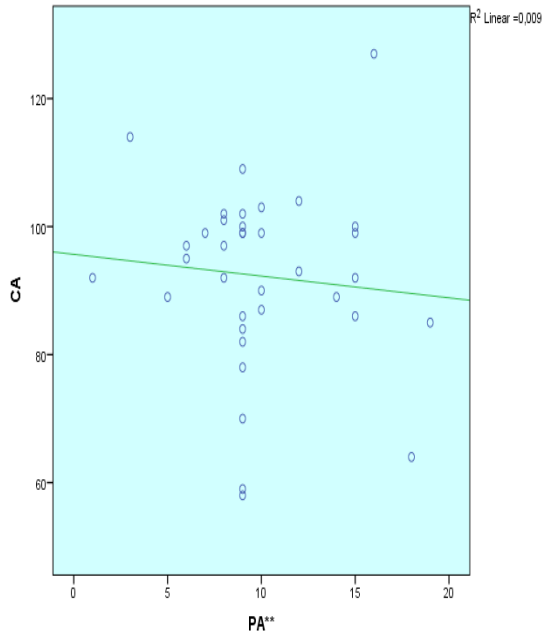
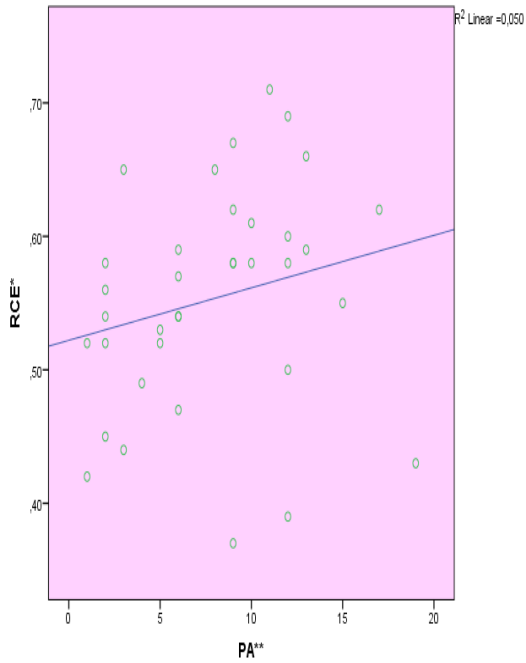


Gráfico 4 - Associação da Cintura abdominal (CA) e Pressão arterial (PA) no sexo Masculino.



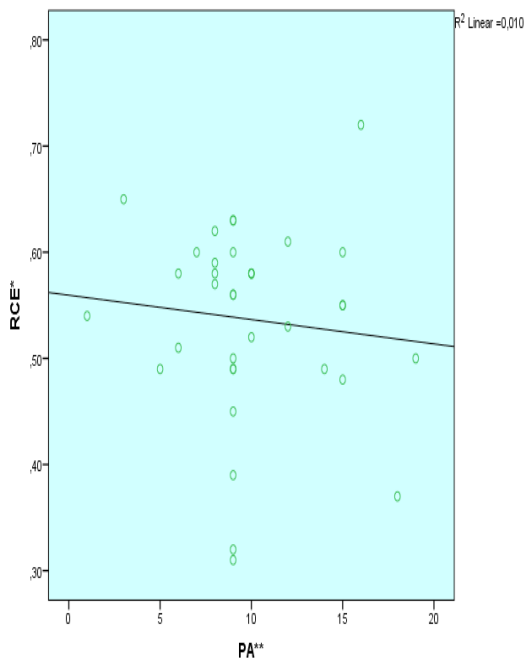
Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Gráfico 5 - Associação da razão cintura estatura (RCE) e Pressão arterial (PA) no sexo feminino.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Gráfico 6 - Associação da razão cintura estatura (RCE) e Pressão arterial (PA) no sexo Masculino



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Segundo Frizon e Bosconi (2013) as medidas antropométricas CA, RCQ são consideradas como marcadores importantes que permitem estimar algum risco cardiovascular, assim como no estudo realizado por Rodrigues et al., (2009) que mostra que a RCE também pode ser utilizados para identificar indivíduo com risco para doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, em ambos os sexos.

Porém, no presente estudo, no sexo feminino indicado que mais se associou à hipertensão arterial foi a Razão Cintura Quadril (RCQ), (Gráfico 1) assim como foi observado em pesquisas realizadas por Veloso e Silva (2010) que relataram que a obesidade abdominal é

mais frequente nas mulheres, assim como também Marinho (2003) que refere que as mulheres são mais propensas a apresentar sete vezes mais risco à obesidade abdominal.

Em relação aos indicadores no sexo masculino, o que fortemente se associou a hipertensão arterial foi a Razão cintura quadril, (Gráfico 6), diferente dos resultados encontrados por Munaretti et al., (2010) em que não se observou associação entre a RCE e a hipertensão arterial. Entretanto outros estudos como Hsieh et al., Ho et al., (2003) comprovaram que a RCE é um ótimo indicador para diagnosticar distúrbios metabólicos, gordura central e doenças cardíacas. Isso também pode ser comprovado no estudo realizado por Benedetti et al., (2012) onde mostrou que a RCE está relacionada com doenças cardiocirculatórias, assim como hipertensão arterial e diabetes *melittus*.

No presente estudo embora exista uma correlação entre os indicadores antropométricos e a hipertensão arterial, mostrou-se fraca em virtude da população estudada se encontrar dentro dos padrões estabelecidos.

Contudo, podemos confiar na relação dos indicadores antropométricos com a hipertensão arterial, pois segundo a literatura autores como Rodrigues et al., (2009), Carvalho et al., (2009), Nascente et al., (2010); Tacon et al., (2012); Moreira et al., (2013); Filho et al., (2014) dentre outros, relatam a relação direta da associação da obesidade principalmente a obesidade abdominal com a hipertensão arterial, entretanto também existem a relação com outros importante fatores de riscos como a idade, tabagismo, etilismo e inatividade física.

Segundo Carvalho et al., (2009) relata que independente da idade, mesmo em uma população jovem, o aumento do peso corporal e a obesidade abdominal são importantes determinantes da elevação da pressão arterial. Sendo que para Nascente (2010) a relação da hipertensão arterial com idade passa a ser mais agravante em indivíduos idosos.

Essa associação da obesidade com a pressão arterial é um fato verídico e de suma relevância, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) - 2010 alega que o aumento do peso corporal pode ser considerado um fator predisponente para o desenvolvimento da

hipertensão arterial, principalmente quanto à presença de obesidade central, um importante indicador de risco cardiovascular. O excesso de adiposidade é responsável por 20% a 30% dos casos da pressão arterial elevada. Mostra também que 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível ao excesso de peso.

Estes dados são preocupantes principalmente quando associados a outros fatores que segundo Oliveira (2009). Torna-se, importante ressaltar, um fator de risco de grande relevância que atribui diretamente ao excesso de peso, que é a sobrecarga de trabalho, existe um número grande de profissionais que trabalha de 6 a 12 horas/dia, o que acaba desencadeando vários problemas na vida desse indivíduo, entre eles, má alimentação, poucas horas de sono, estresse, sedentarismo, isto conseqüentemente levará a ocasionar a obesidade. Esse excesso de adiposidade entre outros fatores de risco são predisponentes para o desencadeamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), dentre elas a HAS.

A I Diretriz sobre o Consumo De Gorduras e Saúde Cardiovascular (2013) confirma isso dizendo que o processo de transição nutricional brasileiro é multifatorial caracterizando-se por alterações sequenciais seja do padrão da dieta da população ou da composição corporal dos indivíduos, assim como também algumas mudanças sociais sejam elas econômicas, demográficas ou cultural e as mudanças tecnológicas que são fortemente ligadas à má alimentação, estes são fatores que afetaram diretamente o estilo de vida e o perfil de saúde da população.

Fica demonstrado que há sim uma relação entre o excesso de peso e a hipertensão arterial, assim como também mostra que essa mudança metabólica devido a uma cascata de eventos pode gerar um distúrbio em todos os sistemas ocasionando outras enfermidades seja ela cardiovascular, renal ou cerebral, (SANTOS et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo demonstraram que a amostra era constituída por uma população adulta com 54,16% entre a faixa de 41 a 59 anos, correspondendo a 50% os indivíduos casados. Quanto ao

hábito do tabagismo foi observado que apenas 8,33% eram tabagistas, contudo foi visto que quanto aos alcoolismos 40,27% da população tinha o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, destacando o sexo masculino. Ao analisar se a população se encontrava envolvida em alguma atividade física observou-se que 50% estavam em alguma atividade física, destacando a população masculina.

Notou-se que 37,5% da população eram hipertensas, uma quantidade considerável, destacando-se o sexo masculino com mais predisposição à hipertensão. Quanto à associação dos indicadores antropométricos com hipertensão todos mostraram uma relação significativa, entretanto, destacou-se para o sexo feminino a RCQ e no sexo masculino a RCE que demonstram maior predisposição quando submetidas a uma regressão linear simples.

Vale lembrar que embora tenha sido comprovada a associação entre os indicadores antropométricos e a hipertensão arterial, no presente estudo mostrou-se fraca em virtude da população estar dentro dos padrões de normalidades.

Este estudo possibilitou constatar a situação de saúde atual dos servidores vinculados a administração central de uma universidade pública e os resultados encontrados também foram importantes sinalizadores para a utilização de melhores indicadores antropométricos na avaliação dos riscos cardiovasculares associados ao excesso de peso.

Há necessidade de implementação de um programa específico para assistir a população estudada e evitar maiores agravos à saúde desses servidores, como programas de intervenções diretas, que sejam anualmente e associados a uma educação em saúde continuada. Assim políticas institucionais carecem de discussão para execução na instituição, em relação à proteção da saúde de servidores.

REFERÊNCIAS

BENEDETTI, T. R. B.; MEURER, S. T.; MORINI, S. Índices antropométricos relacionados à doenças cardiovasculares e metabólicas em idosos. **Revista da Educação Física/UEM**, Paraná, v.23, n.1, p.123-130, 2012.

BRUNNER; SUDDARTH. Cuidados de enfermagem pré-operatórios. In: **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. Rio de Janeiro. 12.ed. v.1, 2011.

BRUNNER; SUDDARTH. Histórico e cuidados aos pacientes com hipertensão. In: **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. Rio de Janeiro, ed.12. v.1, 2011.

CARVALHO, M. C.; MARTINS; RICARTE, I. F. et al. **Pressão arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, Teresina, v.95, n.2, p.192-199, 2010.

FILHO, G. C. G.; SOUSA, A. L. L.; JARDIM, T. S. V. et al. **Evolução da pressão arterial e desfechos cardiovasculares de hipertensos em um centro de referência**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. GOIANA, 2014.

FRIZON, V. BOSCAINI, C. Circunferência do pescoço, fatores de risco para doenças cardiovasculares e consumo alimentar. **Revista Brasileira Cardiologia**. Rio Grande do Sul, v.26, n.6, p.426-434, 2013.

GOMES, F; TELO, D. F.; SOUZA, H. P. et al. **Obesidade e doença arterial coronariana: papel da inflamação vascular**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. São Paulo, v.94, n.2, p.273-279, 2010.

MARTINS, I. S.; MARINHO, S. P. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.6, p.760-767, 2003.

MARTINS, M. P. S. C.; GOMES, A. L. M.; MARTINS, M. C. C. et al. Consumo alimentar, pressão arterial e controle metabólico em idosos diabéticos hipertensos. **Revista Brasileira de Cardiologia**. Teresina, v.23, v.3, p.162-170, 2010.

MOREIRA, N. F.; MURARO, A. P.; BRITO, F. S. B. et al. **Obesidade:** principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*. Mato Grosso, v.57, n.7, 2013.

MUNARETTI, D. B.; BARBOSA, A. R.; MARUCC, M. F. N.; LEBRÃO, M. L. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. **Revista Associação Médica Brasileira**. Santa Catarina, v.57, n.1, p.25-30, 2011.

NASCENTE, F. M. N.; JARDIM, P. C. B. V.; PEIXOTO, M. R. G. et al. **Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte.** *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. Goiás, v.95, n.4, p.502-509, 2010.

OLIVEIRA, A. F. C.; NOGUEIRA, M. S. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma Instituição Filantrópica. **Revista Escola Enfermagem**, USP. São Paulo, v.44, n.2, p.388-394, 2010.

OLIVEIRA, L. M. F. T.; DIAS, R. M. R.; AMORIM, R. A. Et al. Associação entre obesidade geral e abdominal com a hipertensão arterial em idosos ativas. **Revista da Educação Física/UEM**. Paraná, v.24, n.4, p.659-668, 2013.

PAVANELLI, M. F.; ARANTES, V. C.; SILVA, R. C. R. Relação entre adiposidade visceral e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Enfermagem da UFSM**. Rio Grande do Sul, v.2, n. 3, p.484-590, 2012.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2013. **Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**. IBGE. Rio de Janeiro. p.1-181, 2014.

RODRIGUES, L. S.; BALDO, M. P.; GILL, J. G. **Associação entre a**

razão cintura-estatura e hipertensão e síndrome metabólica: estudo de base populacional. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. Espírito Santo, v.95, n.2, p.186-191, 2010.

RODRIGUES, S. L.; BALDO, M. P.; MILL, J. G. **Associação entre a razão cintura-estatura e hipertensão e síndrome metabólica:** estudo de base populacional. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. Espírito Santo, v.95, n.2, p.186-191, 2010.

SANT'ANNA, M. P.; MELLO, R. J. V.; MONTENEGRO, L. T.; ARAÚJO, M. M. Hipertrofia cardíaca esquerda e direita em necropsias de hipertensos. **Revista Associação Médica Brasileira**. Pernambuco, v.58, n.1, p.41-47, 2012.

SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista Escola de Enfermagem**, USP. Ceará, v.46, n.5, p.1125-1132, 2012.

SILVA, C. S.; PAES, N. A.; FIGUEIREDO, T. M. R. M. et al. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Revista Escola de Enfermagem**, USP, v.47, n.3, p.584-90, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Rio de Janeiro. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.95, n.1, p.1-51, 2010. (supl 1).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz Brasileira De Prevenção Cardiovascular**. Rio de Janeiro, v.101, n.6, 2013. (supl 2).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz sobre o Consumo De Gorduras e saúde Cardiovascular**. Rio de Janeiro, v.100, n.1, p.1-40, 2013. (supl 3).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. v.95, n.1, p.1-51, 2010. (supl 1).

TACON, K. C. B.; PEREIRA, S. A.; SANTOS, H. C. O. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos em uma instituição de ensino superior. Goiás. **Revista Brasileira Clínica Médica**. São Paulo, v.10, n.3, p.189-93, 2012.

ULBRICH, A. Z.; BERTIN, R. L.; BOZZA, R. **Probabilidade de hipertensão arterial a partir de indicadores antropométricos em adultos**. Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia. Santa Catarina, v.56, n.6, p.351-357, 2012.

VELOSO, H. J. F.; SILVA, A. A. M. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Maranhão, v.13, n.3, p.400-412, 2010.

VIGITEL BRASIL 2014. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal**. Ministério da saúde, p.1-37, 2014.

PERFIL DO CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO ENTRE UNIVERSITÁRIOS DOS CURSOS DE HUMANAS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Suênya Beserra Costa

Clésia Oliveira Pachú

INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas (SPAs) entre estudantes universitários vem recebendo olhar atento na atualidade. A entrada na universidade representa um período de transição e vulnerabilidade, tornando-os propensos ao consumo e prejudicando o processo de formação acadêmico e profissional (TEIXEIRA, 2014). A substância psicoativa ao ser consumida altera os processos mentais, como por exemplo, o humor. Esse termo é utilizado abrangendo todas as classes de substâncias, lícitas e ilícitas, relacionadas à política sobre drogas (BRASIL, 2010a).

Neste estudo são abordadas as SPAs, álcool e tabaco, sendo a primeira substância sedativo-hipnótica, com resultados similares aos barbitúricos. Além dos efeitos coletivos do uso, a intoxicação pelo álcool pode levar a pessoa à morte; o consumo em excesso e de forma prolongada pode converter-se em dependência ou em extensa diversidade de transtornos mentais, físicos e orgânicos; e a segunda substância reflete qualquer preparo a partir das folhas da *Nicotiana tabacum*, planta natural das Américas, cujo ingrediente psicoativo predominante é a nicotina (BRASIL, 2010a).

O alcoolismo, termo clássico e de definição variável, refere-se de

forma geral ao padrão crônico e constante de ingestão de álcool, ou mesmo regular. Evidencia-se pelo comprometimento do domínio sobre o consumo, constantes episódios de intoxicação e apreensão com o álcool e seu uso, independentemente dos resultados prejudiciais; e o tabagismo, palavra de derivação francesa, faz referência à condição do fumante seriamente dependente da nicotina e, em decorrência da ausência da substância, apresenta graves sinais de abstinência (BRASIL, 2010a).

O consumo de SPAs pela comunidade universitária é mais constante em relação à população geral. Assim, acentua a necessidade de conhecer esse fenômeno e intensificar ações de prevenção e derivação de políticas estritamente dirigidas a essa porção (BRASIL, 2010b). A ausência de estudos integralizados acerca do consumo de álcool e tabaco entre universitários tem admitido novas disposições ao consumo de drogas lícitas e ilícitas. Neste contexto, impossibilita a construção de Políticas Públicas no controle e acompanhamento das mudanças sociais acontecidas nessa comunidade. Assim, o sistema público de saúde se encontra despreparado para fazer o atendimento (BRASIL, 2010b).

O presente estudo busca conhecer o perfil de universitários da área de Humanas de uma instituição pública de ensino superior quanto ao consumo de SPAs, álcool e tabaco, visando acrescentar a prevenção e promoção em saúde em torno dos ambientes saudáveis.

REVISÃO DA LITERATURA

O acesso do indivíduo à universidade, é sem dúvidas uma oportunidade no desenvolvimento profissional, social e familiar, porém é fase relacionada a fatores de risco psicossociais. Dentre eles, o consumo de SPAs e seus resultados, fácil acesso às drogas ilícitas e uso dessas substâncias em eventos sociais (FREITAS; NASCIMENTO; SANTOS, 2012). Os universitários se constituem um dos campos de estudo no tocante às Substâncias Psicoativas (SPAs), visto que, em breve, participarão do mercado de trabalho, tornando-se responsáveis tanto pelo trajeto econômico e político do país (PORTUGAL; CERUTTI JUNIOR; SIQUEIRA, 2013).

Em 2010, o Brasil contava com 2.252 Instituições de Ensino

Superior, somando mais de 5,8 milhões de estudantes universitários, sendo o ato de ingressar na universidade, muitas vezes, período de maior autonomia, possibilitando novas experiências para alguns e para outros se tratando de um momento de vulnerabilidade, tornando-os mais predispostos ao consumo de drogas e suas consequências (BRASIL, 2010b). Há preocupação devido ao número de usuários na comunidade universitária, embate pessoal e na sociedade. Esta compreende significativa parcela desse universo, apresentando consumo de SPAs mais acentuado e constante em relação a outras parcelas da população em geral (BRASIL, 2010b).

No estudo comparativo do uso de SPAs entre universitários brasileiros e universitários estadunidenses, verificou-se maior frequência de uso de drogas pela classe universitária dos Estados Unidos, em compensação, universitários brasileiros relatam usar quase duas vezes mais inalantes em relação aos universitários norte-americanos (ECKSCHMIDT; ANDRADE; OLIVEIRA, 2013). Os universitários das instituições públicas brasileiras ingerem mais álcool em relação as instituições privadas (88% vs 85,7%). No tabaco ocorre relação inversa (49,7% vs 35,6%). Observou-se que homens consomem mais que as mulheres, tanto o álcool como o tabaco (90,3% vs 83,1%) e (51,7% vs 42,9%) respectivamente. No tocante às Regiões do Brasil, a Sul se destacou com maiores índices no consumo das duas drogas, sendo 92,1% álcool e 32,2% tabaco (BRASIL, 2010b).

Embora no Nordeste o consumo de ambas as SPAs se apresentem em números menores a preocupação persiste por representarem mais um problema para saúde pública, em especial, na Paraíba. No interior, a cidade de Campina Grande foi alvo de estudo no ano de 2012. Foram abordados estudantes da área de saúde do 3º e 4º períodos e, observado o consumo de álcool, em 65 % dos estudantes, de 1 a 2 vezes por semana. O dado representa a realidade em relação ao uso de SPAs, por futuros profissionais da área da saúde (PACHÚ, 2014).

Estudo realizado com alunos do segundo período do curso de Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade da Costa Rica, demonstrou a existência de fatores preventivos ao consumo abusivo de drogas, em contrapartida há presença de fatores de riscos significantes, estilos de vida e convívio com pessoas próximas

consumidoras de SPAs. Evidenciou-se perfil de consumo de drogas, lícitas e/ou ilícitas, semelhante ao observado no panorama nacional e internacional. Destacando que o consumo de álcool e tabaco ocupa primeiro lugar, entre os estudantes analisados e em nível nacional, eles não consideram que essas drogas venham a gerar problemas tão grandes quando comparados as substâncias ilícitas (DIAZ; VAS-TERS; COSTA JUNIOR, 2010).

Em pesquisa realizada com estudantes da Escola de Enfermagem da Universidade de Guayaquil no Equador, objetivou-se compreender e analisar a percepção dos estudantes no tocante ao consumo de drogas, lícitas e ilícitas. Os resultados obtidos demonstraram ciência dos estudantes da realidade devastadora que assola a humanidade e, também perceberam que os conhecimentos adquiridos contribuem para identificar as necessidades e probabilidades de intervenção no cuidado em saúde, enfatizando a promoção da saúde (BERMUDEZ- HERRERA et al., 2011).

Em estudo anterior, pesquisa realizada com estudantes, professores e residentes de Medicina e Enfermagem da Universidad Mayor de San Andrés, na Bolívia, revelou existência de baixo nível de conhecimento dos entrevistados. Seja em relação à classificação de substâncias psicoativas, quanto à estrutura, características químicas e efeitos produzidos no organismo, destacando-se diferença expressiva entre o conhecimento sobre drogas legalizadas, como álcool e tabaco, e drogas ilegais (NAVIA-BUENO et al., 2011).

A fixação de políticas relacionadas ao consumo de álcool e tabaco pelos universitários, o conhecimento científico e a educação com prática de habilidades, tem sido útil na prevenção do alcoolismo e do tabagismo, sendo adotada em todo o mundo, pois a propagação do conhecimento pode despertar a importância da conscientização, formação de atividades preventivas e ações na comunidade (ALMEIDA et al., 2011).

O estudo e o aprofundamento das questões socioculturais comprometidas no uso de álcool, tabaco e outras drogas, são de grande importância. Tanto na compreensão dos cuidados aos usuários quando rejeitados pelos profissionais, quais formas de prevenção e tratamento são executados e como são estabelecidas e priorizadas

algumas políticas públicas (RONZANI; FURTADO, 2010).

Destaca-se na sociedade a forma ambígua de tratar, especificamente, o consumo de bebidas alcoólicas. De um lado, glamour e incentivo ao consumo de álcool pelas pessoas e, determinados momentos pela mídia, idealizando cultura de consumo excessivo na população. Por outro lado, quando o uso se torna problema, passa a ter sentido negativo, associando-se a figura de enfraquecimento moral e individualização do problema julgado e o consumidor é “condenado” à segregação social (RONZANI; FURTADO, 2010). A utilização de SPAs, em especial álcool e tabaco, na comunidade universitária recebe atenção dos pesquisadores, por conduzirem a consequências negativas.

O conhecimento universitário deve influenciar no desenvolvimento das atividades acadêmicas e até mesmo na vida profissional. Neste contexto, o reconhecimento prévio desses universitários que utilizam indiscriminadamente as drogas pode ajudar na promoção da saúde e prevenção ao uso de SPAs por meio de intervenções destinadas a essa população.

REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de estudo quantitativo descritivo realizado no Centro de Educação (CEDUC) e no Centro de Ciências Sociais e Aplicadas (CCSA) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), campus I, com acadêmicos dos cursos de: Administração, Ciências Contábeis, Comunicação Social, Filosofia, Geografia, História, Letras (Português, Inglês e Espanhol), Pedagogia e Serviço Social, no segundo semestre de 2014. A área de Humanas foi escolhida por sorteio, onde foram elencadas para participar do sorteio as áreas de Exatas, Humanas e Saúde.

O estudo foi realizado com universitários dos cursos do CCSA e CEDUC situados no Centro de Integração Acadêmica (CIA), localizado no Campus I da Universidade Estadual da Paraíba, no bairro de Bodocongó. O número de estudantes matriculados nos cursos do CEDUC e CCSA no período letivo 2014.1 foi utilizado no dimensionamento da amostra. Quando se faz um levantamento em uma população abrangente, por motivos econômicos, temporais e de

análise, procura-se selecionar uma parcela ou parte significativa do universo, com características comuns, por meio de procedimentos estatísticos, de forma a se compor a amostra para estudo e análise (GIL, 2002).

Na determinação da amostra, foi utilizada a fórmula abaixo, a qual segue a metodologia de cálculo de tamanho de amostra para populações finitas, proposta por Richardson (1999): $n =$

$\frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{\sigma^2 \cdot (N-1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$
--

Onde, n = corresponderá ao tamanho da amostra; N = ao tamanho da população; σ^2 = ao nível de confiança que será colhido, em numero de desvios (sigmas); p = proporção do universo pesquisado que possui a propriedade pesquisada, em porcentagem; q = proporção do universo que não possui a característica pesquisada; e e^2 = erro de estimação permitido. O cálculo amostral resultou no número de 360 sujeitos da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário elaborado pelos pesquisadores deste estudo contendo respostas de múltipla escolha. Os dados incluíram sexo, a faixa etária, cor ou etnia, religião, estado civil, se mora com os pais, números de pessoas que moram na casa, número de filhos, renda familiar mensal, se faz uso de tabaco, se ingere bebidas alcoólicas e se tal pessoa considera-se um dependente químico.

Aplicou-se um método de amostragem estratificada e uniformemente distribuída entre os cursos dos Centros estudados. Os estudantes foram escolhidos de forma aleatória e abordados nas salas de aula sendo o questionário entregue e preenchido no local, recolhido após o preenchimento.

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, obtendo o cadastro CAAE 37101614.0.0000.5187. Encontrando-se de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001.

Na análise dos dados se utilizou o programa Statistica 8.0. Foi realizada a tabulação dos dados e sua descrição a partir de técnicas estatísticas descritivas, apresentando os dados em forma de tabelas e gráficos. O teste para médias, *t-student*, foi utilizado no sentido de verificar, conseqüentemente, se pode afirmar o consumo de álcool e tabaco, como estatisticamente diferente entre os centros estudados.

DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Inicialmente, apresenta-se o perfil socioeconômico dos estudantes de Humanas da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, do ano letivo 2014, sendo partícipes

363 estudantes. Prevaleceu na área de humanas universitários do sexo feminino (62,5%), heterossexual (92,3%), a faixa etária de 16 a 22 anos (71,9%), religião católica (47,6%). Quanto à situação conjugal se declaram solteiros (84,3%) dos universitários, afirmaram morarem com os pais (67,8%) e referem renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (66,4%), conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil socioeconômico dos estudantes de Humanas da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, 2014.

Variável Socioeconômica	Nº	%
Sexo		
Feminino	227	62,5
Masculino	136	37,5
Total	363	100
Orientação Sexual		
Heterossexual	335	92,3
Homossexual	8	2,2
Bissexual	13	3,6
Transexual	1	0,3
Não informado	6	1,6
Total	363	100
Faixa Etária		

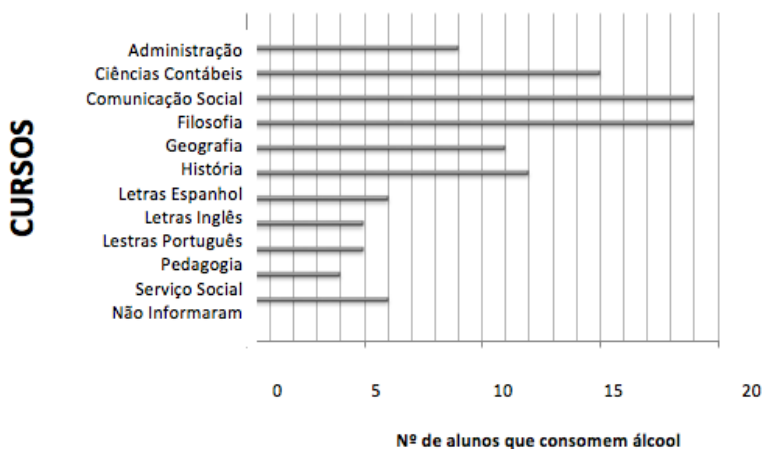
(16 a 22 anos)	261	71,9
(23 a 29 anos)	63	17,4
(30 a 36 anos)	23	6,4
(37 a 43)	6	1,6
(Acima de 43)	8	2,2
Não informado	2	0,5
Total	363	100
Religião		
Católica	173	47,6
Espírita	8	2,2
Evangélica	87	24
Umbanda	3	0,8
Nenhuma	66	18,2
Outras	25	6,9
Não informado	1	0,3
Total	363	100
Estado Civil		
Solteiro (a)	306	84,3
Casado (a)	53	14,6
Divorciado (a)	2	0,5
Viúvo (a)	1	0,3
União Estável	1	0,3
Total	363	100
Mora com os Pais		
Sim	246	67,8
Não	111	30,6
Não informado	6	1,6
Total	363	100
Renda Familiar		
Menos de 1 salário mínimo	45	12,4
De 1 a 3 salários mínimos	241	66,4
De 4 a 6 salários mínimos	51	14

Acima de 6 salários mínimos	21	5,8
Não informado	5	1,4
Total	363	100
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.		

O consumo de álcool encontrado no CEDUC se apresentou da seguinte forma: Filosofia (5,23%), Geografia (3,03%), História (3,30%), Letras Português (1,37%), Letras Inglês (1,37%), Letras Espanhol (1,65%), Pedagogia (1,10%). Enquanto no CCSA foi possível observar no curso de Administração (2,47%), Ciências Contábeis (4,13%), Comunicação Social (5,23%) e Serviço Social (1,65%), de acordo com o Gráfico1.

Pode-se perceber nos cursos de Filosofia e Comunicação Social percentual igual entre si e, maiores em relação aos demais cursos quanto ao consumo de bebidas alcoólicas. Em contrapartida o curso de Pedagogia apresentou menor uso de álcool.

Gráfico 1 - Consumo de Álcool entre universitários do CEDUC e CCSA da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, 2014.

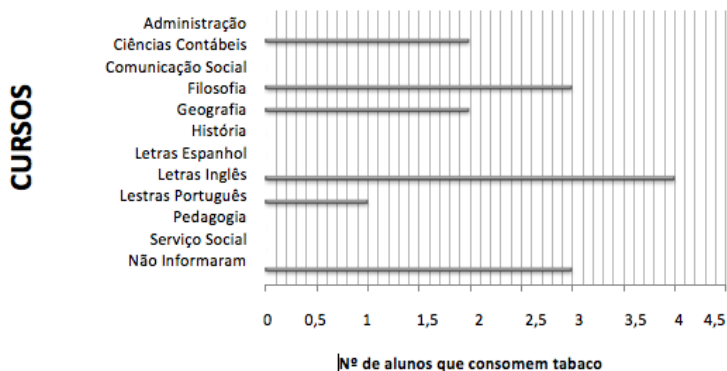


Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Em relação ao consumo de tabaco foi verificado no CEDUC entre acadêmicos de Filosofia (0,82%), Geografia (0,55%), Letras Português (0,28%), Letras Inglês (1,10%), CCSA: Ciências Contábeis (0,55%) e (0,82%) não informaram nos dois Centros, como retrata o Gráfico 2.

O curso de Letras Inglês se destacou como maior consumidor de tabaco no CEDUC se contrapondo ao curso de Letras Português apresentando menor consumo. Nos cursos de Administração, Comunicação Social, Serviço Social, Pedagogia, Letras Espanhol e História, os universitários não informaram sobre a existência de consumo. Tal fato, possivelmente apresenta relação com determinação dos ambientes da Instituição livres de fumo e, realização de trabalho educativo no âmbito institucional.

Gráfico 2 - Consumo de Tabaco entre os universitários do CEDUC e CCSA da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, 2014.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

A comparação do consumo de tabaco e álcool entre o CCSA e CEDUC, se encontra nas Tabelas 2 e 3, respectivamente. Utilizou-se nível de confiança 5%, verificou-se o poder do teste t, não existindo números superiores a este valor, podendo-se afirmar médias iguais. Em outros termos não se pode afirmar que universitários de um dos

Centros fazem mais uso de tabaco e/ou álcool que o outro, com 95% de certeza, ou seja, estatisticamente, o consumo de álcool e tabaco entre os Centros é equivalente (Tabelas 2 e 3).

Onde: SQ = Soma dos quadrados, gl= Grau de liberdade, MQ= Média quadrática, F=Valor da tabela F e P-valor=Poder do teste.

Tabela 2 - Comparação das médias dos Universitários do CCSA e CEDUC consumidores de tabaco.

<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>P-valor</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	22,8862	1	22,8862	1,427885	0,257238	4,844336
Dentro dos grupos	176,3085	11	16,02805			
Total	199,1947	12				

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Tabela 3 - Comparação das médias dos Universitários do CCSA e CEDUC consumidores de álcool

<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>P-valor</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	2200,484	1	2200,484	3,02749	0,109728	4,844336
Dentro dos grupos	7995,179	11	726,8345			
Total	10195,66	12				

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Os universitários são público-alvo para indústrias de consumo e lazer, tendo-os como consumidores em potencial de SPAs. Esta condição somada ao ingresso na universidade representa libertação individual da sujeição à família, em particular para aqueles estudantes advindos de distantes comunidades em mudança para grandes centros. À procura de integração com novos grupos e experiências,

várias vezes escolhem experimentar drogas não apenas lícitas, como ilícitas (PICOLOTTO et al., 2010).

A presente pesquisa corrobora com dados do I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, mostrando que o consumo de álcool ainda é maior do que o de tabaco. O referido levantamento verificou 48,7%, chegando à metade dos universitários, a utilização de alguma droga lícita ou ilícita. Destes 86,2% utilizaram álcool e 46,7% tabaco, pelo menos uma vez na vida. O consumo de álcool foi significativo na faixa etária de 18-24 anos (89,3%), no tocante ao tabaco foi verificado maior uso em idade acima dos 35 anos (54,6%) (BRASIL, 2010b).

Estudo realizado com estudantes do curso de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo apresenta idênticas características deste estudo, onde estudantes eram solteiros (90,1%), do sexo feminino (81%) e encontrou-se maior prevalência do consumo de álcool (85,07%) do que tabaco (33,07%) (SANTOS; PEREIRA; SIQUEIRA, 2013).

Na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), foi realizada pesquisa acerca do consumo de tabaco com estudantes da área de saúde, onde, os pesquisadores observaram 5,7% de uso por universitários da saúde. O estudo sugeriu o álcool e tabaco como causadores de maior nível de dependência química nas pessoas, e também demonstra a relação bidirecional entre as variáveis: sexo, religião, período do uso e consumo de bebidas alcoólicas associadas ao consumo de tabaco (GRANVILLE-GARCIA et al., 2012).

Estudos corroboram com a presente pesquisa quando identificam a SPA mais utilizada entre os universitários, o álcool, onde dados sociais apontam a faixa etária com maior número de consumidores de bebidas alcoólicas estudantes entre 16 e 22 anos. Em estudo realizado na Universidade Federal do Rio Grande/RS, constatou-se idade dos universitários entre 10 e 17 anos na iniciação do consumo de bebidas alcoólicas. O uso teve influência de familiares e amigos praticantes deste hábito, sendo festas e habitação os principais locais para iniciar e ter o consumo habitual dessa droga (BAUMGARTEN; GOMES; FONSECA, 2012). Neste contexto, ações direcionadas a adolescentes

devem ser privilegiadas, observado 90,0% dos universitários obtiveram essa prática antes mesmo da vinculação ao meio acadêmico (RAMIS et al., 2012).

Na pesquisa da Universidade das Índias Ocidentais (UWI), Trinidad e Tobago, os resultados encontrados indicam consumo de álcool, em 70% dos universitários pelo menos uma vez na vida, onde 66% deles informaram que essa prática aumentou após a matrícula na universidade, 7% perceberam uma diminuição e 26% não apontaram nenhuma mudança. Ainda no mencionado estudo, 31% relataram que os pais não eram conhecedores ou não aprovavam essa conduta e quando foram orientados a indicar quais os problemas relacionados ao uso de álcool os principais foram: falta às aulas, os desejos e problemas interpessoais. Na mesma pesquisa, agora em relação ao consumo de tabaco foi observado que a taxa de prevalência nos últimos seis meses foi de 17% e, 9% foram classificados como fumantes regulares, enquanto o uso era mais corriqueiro entre os homens do que as mulheres (77% vs 23%) (DHANOOKDHARY et al., 2010).

Diante dos dados apresentados se torna perceptível a necessidade de investimento nas políticas de controle à venda de bebidas alcoólicas para universitários, destacando-se o controle das festas com venda de álcool liberada e preços abatidos em eventos estudantis. Do mesmo modo em recintos, como os bares, adjacentes às instituições de ensino superior (BAUMGARTEN; GOMES; FONSECA, 2012).

Pode-se dizer que o ambiente universitário influencia o consumo abusivo de SPAs, atribuindo importância no tocante à tomada de medidas preventivas em âmbito institucional, sendo a prevenção desse uso abusivo essencial na prevenção aos danos à saúde e à qualidade de vida dos universitários usuários. Deve-se focar na redução de posterior dependência química de universitários (FREITAS; NASCIMENTO; SANTOS, 2012).

Em estudo realizado com 500 universitários na Universidade de El Salvador, identificou-se os primeiros contatos dos estudantes com drogas em idades entre 13 e 21 anos. O álcool foi citado como primeira droga utilizada, seguido pelos inalantes, maconha, benzodiazepínicos e anfetaminas, respectivamente. Quando se trata das percepções dos efeitos causados em si próprios, o grupo tem tendência

a negar que drogas desempenham algum impacto em seu desenvolvimento na universidade e, ainda relatam o uso não traz consigo nenhum problema que afeta a si próprio, mas sim a outros consumidores (ORTEGA-PÉREZ; COSTA-JUNIOR; VASTERS, 2011).

No I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, ofertou-se dados sinalizadores da realidade no Brasil. Quase 49% dos estudantes participantes da pesquisa já experimentaram alguma droga ilícita pelo menos uma vez na vida e 80% dos participantes, alegaram ser menores de 18 anos, declararam já ter consumido bebida alcoólica (BRASIL, 2010b).

Em estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foi detectado que 85,2% dos estudantes faz uso de bebidas alcoólicas, não havendo relação entre variáveis, sexo e consumo de álcool, e universitários residentes com pais ou responsáveis apresentavam menor índice de consumo em relação aos demais. Já o consumo de tabaco foi menor, 16,3% dos entrevistados, porém ocorrendo mais entre os homens e estudantes que não habitavam com pais ou responsáveis (PETROIANU et al., 2010). O consumo de álcool e tabaco por futuros profissionais deve ser discutido por influenciar na formação da futura geração de universitários (PORTUGAL et al., 2013). Os atuais universitários atuarão na formação educacional de outros indivíduos, trabalhando muitas vezes, com faixas etárias de iniciação ao uso de substâncias psicoativas.

CONCLUSÃO

Nos cursos de humanas da Universidade Estadual da Paraíba o público predominante são mulheres, heterossexuais, de faixa etária entre 16 e 22 anos, católicas, solteiras, residentes com pais e possuindo renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos.

O consumo de álcool e tabaco está recebendo atenção de estudiosos, em virtude dos malefícios decorrentes do uso dessas substâncias danosas ao organismo. Esses hábitos podem influenciar na vida dos futuros profissionais.

O consumo de álcool observado é alarmante quando considerado o nível de escolaridade, faixa etária e predominância do sexo

feminino. No tocante ao consumo de tabaco, embora menor em relação ao álcool, demonstra possivelmente a efetiva medida de promoção dos ambientes livres de fumo, adotada pela universidade durante a realização do presente estudo. A população é vulnerável ao uso, abuso e dependência química de substâncias psicoativas, devendo ações educativas de prevenção fazer parte do cotidiano dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. et al. Tabagismo e sua relação com dados sociais, uso de álcool, café e prática de esportes, em estudantes da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS). Pouso Alegre, MG, Brasil. **Rev. Med Minas Gerais**, 2011.

BAUMGARTEN, L.; GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D. **Consumo alcoólico entre universitários(as) da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande/RS: subsídios para enfermagem**. Esc. Anna Nery [online], 2012.

BERMUDEZ-HERRERA, A. et al. Percepción de loestudiantes de una escuela de enfermería acerca del consumo de drogas lícitas e ilícitas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Glossário de álcool e drogas**. Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ -HCFMUSP; organizadores Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. – Brasília: SENAD, 2010.

DHANOOKDHARY, A. M. et al. Substance use among university students at the St Augustine Campus of The University of the West Indies. **West Indian med. j.** [online], 2010.

DIAZ, V. L.; VASTERS, G. P.; COSTA JUNIOR., M. L. Caracterização de estudantes de lacarrera de enfermagem sobre consumo de drogas lícitas e ilícitas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], 2010.

ECKSCHMIDT, F.; ANDRADE, A. G.; OLIVEIRA, L. G. Comparação do uso de drogas entre universitários brasileiros, norte-americanos e jovens da população geral brasileira. **J. bras. psiquiatr.** [online], 2013.

FREITAS, R. M.; NASCIMENTO, D. S.; SANTOS, P. S. Investigação do uso de drogas lícitas e ilícitas entre os universitários de instituições do ensino superior (públicas e privadas), no município de Picos, Piauí. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)** [online], 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas.** São Paulo: Atlas, 2002.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. et al. Smoking among undergraduate students in the area of health. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], 2012.

NAVIA-BUENO, M. P. et al. Conocimiento sobre el fenómeno de las drogas en entre estudiantes y docentes de La Facultad de Medicina Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], 2011.

ORTEGA- PÉREZ, C. A.; COSTA-JUNIOR, M. L.; VASTERS, G. P. Perfil epidemiológico da toxicoddependência em estudantes universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], 2011.

PACHÚ, C. **O perigo do tabagismo e as drogas lícitas e ilícitas.** [9

de março,2014] João Pessoa: Jornal A UNIÃO, Entrevista concedida a Bianca Dantas.

PETROIANU, A. et al. Prevalência do consumo de álcool, tabaco e entorpecentes por estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online], 2010.

PICOLOTTO, E. et al . Prevalência e fatores associados com o consumo de substâncias psicoativas por acadêmicos de enfermagem da Universidade de Passo Fundo. **Ciênc. saúde coletiva** [online], 2010.

PORTUGAL, F. B.; CERUTTI JUNIOR, C.; SIQUEIRA, M. M. Uso de substâncias psicoativas por futuros educadores. **Cad. saúde colet.** [online], 2013.

RAMIS, T. R. et al. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.** [online], 2012.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **J. Bras. Psiquiatr.** [online], 2010.

SANTOS, M. V. F.; PEREIRA, D. S.; SIQUEIRA, M. M. Uso de álcool e tabaco entre estudantes de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. **J. Bras. Psiquiatr.** [online], 2013.

TEIXEIRA, L. A. **O consumo de substâncias psicoativas entre estudantes universitários: uma revisão de literatura.** Marília, SP: [s.n.], 2014.

CONSUMO DE DROGAS PSICOATIVAS POR UNIVERSITÁRIOS

*Valdileide de Melo Barbosa
Clésia Oliveira Pachú*

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos se tem evidenciado crescente aumento no índice de consumo de substâncias psicoativas. Estas ocasionam mudanças moleculares e estruturais no Sistema Nervoso Central (SNC) tornando o aspecto cognitivo do indivíduo consumidor alterado, por depressão ou estimulação do SNC ou da produção de alucinações. As substâncias psicoativas são classificadas em lícitas e ilícitas. As primeiras têm seu uso permitido por lei para indivíduos acima de 18 anos e as ilícitas não há amparo legal para consumo em nenhuma faixa etária.

Na história, problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas eram mais comuns entre homens, porém mudanças no papel social da mulher têm determinado diminuição dessa diferença. Na atualidade, nota-se a dependência acometer subgrupos com características heterogêneas. Outros aspectos relacionados ao aumento do consumo na população feminina são estímulos dados às drogas lícitas como álcool, tabaco e anorexígenos pelos meios de comunicação que tendem a associar consumo destes produtos à beleza, sedução, sucesso profissional e riqueza. Haja vista o apelo psicológico da mídia acaba influenciando de forma negativa também as adolescentes (OLIVEIRA et al., 2013).

Entre as drogas de uso prevalente na população se encontram álcool e tabaco. São substâncias merecedoras de diferenciação por serem consideradas drogas lícitas, livremente comercializadas, e, socialmente aceitas. Estas causam os mesmos males à saúde acarretados por drogas ilícitas, cuja produção, venda e uso são legalmente proibidos no Brasil (CARLINI et al., 2007).

No Brasil, o uso/abuso de drogas tem relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde, como acidentes de trânsito, agressões, distúrbios de conduta, comportamento de risco no âmbito sexual, transmissão do vírus HIV pelo uso de drogas injetáveis, além de outros problemas de saúde decorrentes dos componentes das substâncias utilizadas e via de administração, como álcool associado à cirrose, cigarro (nicotina) ao câncer de pulmão (ZEFERINO; FERMO, 2012).

A preocupação mobilizadora da sociedade no Brasil se deve à enorme e crescente disseminação do consumo de drogas, aos crimes hediondos cometidos por seus usuários e pela idade cada vez mais precoce das pessoas que se tornam dependentes delas, especialmente as ilícitas, mas, também, aquelas com comércio autorizado pelas instituições (SANCEVERINO; ABREU, 2003).

SANCHEZ (1982), afirma que, na maioria dos casos de usuários de drogas ilícitas, quem prepara crianças e adolescentes para o uso, abuso e tráfico de drogas são os próprios pais e/ou parentes. Exemplificando a afirmativa, responsáveis por crianças pedem a estas para comprarem bebidas alcoólicas, cigarros ou até mesmo medicamentos de uso controlado, mesmo sabendo que existem leis que proíbem a venda de tais produtos para menores de idade. Neste contexto, pode-se afirmar a existência de períodos na vida onde o indivíduo se apresenta mais frágil, como na adolescência. Tal período vulnerável para muitos, fase do desenvolvimento onde ocorrem mudanças físicas e psicológicas; quando o indivíduo começa a se tornar independente dos pais e valorizar seus pares; também quando o indivíduo quer explorar uma variedade de situações com as quais ele ainda não sabe bem como lidar (HAGGERTY et al., 2001). Assim, um adolescente pode não saber ou não conseguir dizer não a um colega que ele admira e que está lhe oferecendo drogas.

No geral, adolescentes e jovens iniciam suas experiências com drogas consideradas lícitas, como álcool e tabaco em seus ambientes familiares. Após, podem recorrer às ilícitas para aumentar seu prazer, procurar outras emoções ou fugir de seus problemas, sendo inalantes e maconha, drogas mais consumidas nesta fase (BUCHER, 1992).

A Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas, elaborada pelo Ministério da Saúde, reconhece o problema do uso abusivo e dependência do álcool como maior problema relacionado ao uso de drogas no país (MS, 2004), e atua em paralelo com a Política Nacional sobre Drogas, da Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD).

Segundo Levantamento Nacional (2010) sobre uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários, realizado pelo Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) e o Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE), 49% dos universitários pesquisados já experimentaram alguma droga ilícita pelo menos uma vez e 80% dos entrevistados com menos de 18 anos já afirmaram ter consumido bebida alcoólica.

O ingresso na universidade, ainda que traga sentimentos positivos e de alcance de meta programada por estudantes do ensino médio, por vezes pode se tornar um período crítico, de maior vulnerabilidade para início e manutenção do uso de álcool e outras drogas (PEUKER et al., 2006). A vida da faculdade é muitas vezes uma cultura em si mesmo, com muitas oportunidades para experimentar consumo de várias substâncias que não tinham sido expostas anteriormente, como o caso de “partes” desenfreado dentro ou fora da universidade, promoção que faz do uso de álcool e outras substâncias para reduzir estresse e se divertir (SILVA et al., 2013).

Nesta perspectiva, pretende-se avaliar o consumo de drogas psicoativas entre universitários de uma determinada universidade de ensino superior de Campina Grande-PB, em virtude da chegada ao ensino superior aumentar preocupação quanto ao consumo dessas substâncias, por poder constituir uma possível fase de exposição às drogas, tanto lícitas quanto ilícitas.

REFERENCIAL TEÓRICO

O consumo de drogas se constitui prática milenar e permeia todas as sociedades ao longo dos séculos. Porém, apenas a partir dos anos 60 este consumo passou a gerar preocupações antes das negligenciadas, principalmente nos países em desenvolvimento, onde este consumo gera gastos com problemas de saúde e desestruturação do sistema (TAVARES et al., 2001).

Pesquisas apontam que 5,2% de adolescentes brasileiros são dependentes de bebida alcoólica. É de consenso que os primeiros traços venham por volta dos 12 anos, idade mais adequada a soltar pipa e a pular corda que tomar pileques. Os efeitos dos primeiros goles são instantâneos e não se trata apenas de pernas trançadas ou euforia momentânea. Tanto quanto as drogas, o álcool atrasa o boletim escolar e é meio caminho andado para defasagem e, antes mesmo das provas finais, o abandono dos estudos (CEBRID, 2001).

Neste contexto de crescente aumento no uso indevido de substâncias psicoativas, é possível observar que o início do consumo destas substâncias se dá principalmente durante período da adolescência. Período este caracterizado por mudanças comportamentais, definição e fixação de personalidade. Processos geradores de instabilidades familiares, sociais e afetivas fazem adolescentes se sentirem motivados ao uso de substâncias psicoativas (BRUSAMARELLO et al., 2010).

Estudo aponta o uso de substâncias como parte do processo de aquisição de autonomia do adolescente em relação ao sistema familiar, relacionado ao processo de separação/individuação (PENSO, 2003). Enquanto outros demonstram a importância familiar na drogadição (CARVALHO, 2001; DE MICHELI; FISBERG; FORMIGONI, 2004), já que os fatores familiares têm sido relacionados ao uso, abuso e/ou dependência de drogas, comprometendo a coesão e o funcionamento familiar.

O uso abusivo de substâncias psicoativas entre adolescentes está associado a diversos prejuízos, cognitivos, físicos e comportamentais. Estes prejuízos irão refletir não apenas na vida do próprio adolescente, mas na da sua família, seus círculos de amizade e principalmente na sociedade. Estudos norte americanos evidenciaram a

principal causa de mortes automobilísticas que ocorrem no país é decorrente de adolescentes que dirigem alcoolizados ou sobre efeito de outras substâncias psicoativas (PAIVA; RONZANI, 2009).

Os prejuízos ocasionados pelo consumo dessas substâncias durante juventude se estendem ao longo da vida dos jovens, repercutindo em problemas neuroquímicos, em deficiência do ajustamento social, bem como de desestruturação biológica, psicológica e social (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004).

Conforme estudo realizado por Carlini (2002) acerca de drogas e população estudantil mundial, quatro drogas mais consumidas (uso na vida) em várias partes do mundo são basicamente maconha, estimulantes/anfetamínicos, inalantes e tranquilizantes/ansiolíticos. Outras drogas são as cifras mais discretas, salvo exceções como Estados Unidos, Portugal (cocaína), Luxemburgo e Irlanda (alucinógenos).

No Brasil, levantamentos epidemiológicos demonstram prevalência do uso de substâncias psicoativas têm aumentado principalmente álcool e tabaco. Também se verifica nesses estudos aumento de uso entre adolescente de duas substâncias antes pouco faladas dentro desse grupo em estudos realizados em outros países: Anabolizantes e ansiolíticos (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004).

Diante disso, adolescentes iniciam seu contato com o mundo adulto por meio da escola, é quase que unânime entre as pesquisas que um dos principais motivos pelos quais os jovens começam a fazer uso de substâncias psicoativas seja a falta de informação, conjugada com uma necessidade de fazer parte de um grupo social onde os mesmos sejam aceitos, fazendo com que haja a iniciação no mundo das drogas durante esta fase (CALVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Muitos adolescentes passam a utilizar substâncias psicoativas, legalizadas ou não, primeiramente por “curiosidade” e, e num segundo momento, “porque os amigos usam”. No caso da curiosidade, essa corresponde a uma qualidade natural do ser humano, sendo que alguns indivíduos são naturalmente mais curiosos do que outros (PRATTA; SANTOS, 2006). Há preocupação mundial nas últimas décadas, em função da alta incidência do consumo e dependência de substâncias psicoativas no contexto universitário e suas consequências diretas no

desempenho acadêmico e profissional tem provocado a criação de programas de prevenção em universidades.

Muitos jovens ao ingressarem na universidade, ambiente que favorece o crescimento pessoal e profissional, sofrem uma série de mudanças no cotidiano, como afastamento da família, formação de novas amizades, maior independência, novas formas de lazer e interação e maior responsabilidade frente às cobranças acadêmicas. Esta nova realidade pode influenciar na saúde do indivíduo, principalmente em relação ao uso de drogas, visto que estes fatores podem desempenhar um papel de proteção ou de risco para o uso destas substâncias (ZEFERINO et al., 2015).

Pode-se perceber que o consumo de drogas psicoativas entre estudantes universitários está associado à vida social mais intensa, talvez porque, fora de casa, ou em grupos, o acesso às drogas se jamais fácil ou, então, porque esses indivíduos são, devido à educação que receberam ou ao meio onde estão inseridos, mais “abertos” e com menos “tabus” em relação a esse consumo.

Pesquisa realizada por Andrade et al., (1997) indica prevalência de uso de “drogas ilícitas” de 38,1% na vida, 26,3% nos últimos 12 meses e 18,9 % nos últimos 30 dias entre universitários, área de ciências biológicas. Identificou-se, também, álcool e tabaco são substâncias mais consumidas, enquanto o uso de “drogas ilícitas” é maior entre alunos do sexo masculino e maior ainda entre os que moram sem a família.

Estima-se que 200 milhões de pessoas no mundo façam uso de alguma substância ilícita, dentre as quais cerca de 25 milhões poderiam ser consideradas como “usuários problemáticos de drogas” (UNODC, 2007).

Em pesquisa semelhante e utilizando o mesmo questionário, Barria et al., (2000) avaliaram comportamento dos estudantes de graduação também da área de ciências biológicas, em relação ao uso de álcool e “drogas”. Observaram-se usuários de tabaco e de “drogas” se dedicavam mais às atividades socioculturais e gastavam menos tempo com atividades acadêmicas em relação aos não usuários.

O consumo de drogas pelos jovens é reconhecido também como comportamentos mediados culturalmente pelos processos de

aprendizagem. Agentes culturais de socialização como família, colegas, religião e indústria do entretenimento estão entre as instituições sociais a partir das quais jovens adultos e adolescentes, cognitivamente assimilam informações e se tornam influenciados. Por extensão influenciam comportamentos dos outros. Agentes culturais, portanto, têm potencial de afetar o uso de drogas, bem como normas ou práticas sociais que regem a utilização de substâncias específicas dentro de uma cultura (ZEFERINO, 2015).

METODOLOGIA

A presente pesquisa de natureza quantitativa, descritiva, a qual foi desenvolvida na Universidade Estadual da Paraíba CAMPUS I (UEPB) Campina Grande, Paraíba, realizada no 1º semestre de 2016. A amostra foi constituída de 300 estudantes do 1º ao último período dos Centros de Ciências da Saúde (CCBS) e Tecnologia (CCT).

Para o procedimento da pesquisa foi utilizado questionário padrão do Programa Educação e Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (PEPAD) versando sobre o consumo de drogas psicoativas com perguntas e respostas de múltiplas escolhas.

O critério de inclusão usado no presente estudo foi ser estudante, estar regularmente matriculado em algum curso dos Centros de Ciências da Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual da Paraíba, campus I e, encontrar-se presente nos dias da aplicação dos questionários. A aplicação dos questionários ocorreu na sala de aula, coletivamente, como usem a presença do professor na sala. Para assegurar o anonimato dos questionários, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados e armazenados no banco de dados usando o Programa Excel 2010. As informações foram analisadas por meio de estatística simples de forma descritiva. Para verificação da coerência interna das respostas, como exemplo, responder não ao item “uso na vida” e sim ao item “uso no ano” da mesma droga, sendo classificada como falta de coerência e descartada.

Foram respeitados os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Os

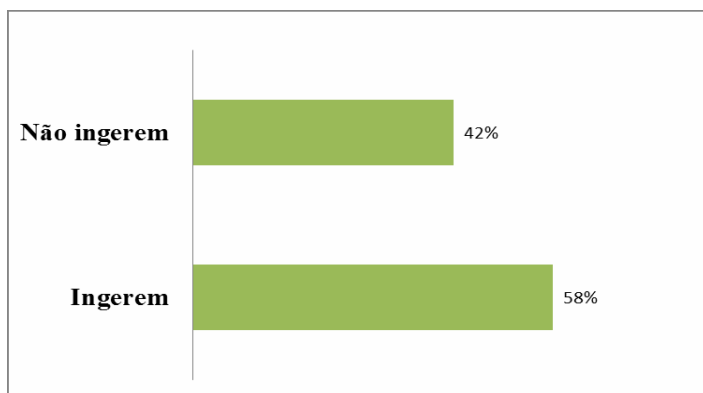
questionários foram aplicados após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da UEPB, sob o número CAAE:51780915.9.0000.5187.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta dos dados e tabulação dos mesmos em relação ao consumo de drogas psicoativas pelos universitários os resultados foram apresentados em forma de gráfico.

Em relação ao consumo de álcool, no presente estudo, foi possível observar dos 300 estudantes consultados, 58% (n=174) já fizeram uso de álcool alguma vez durante a sua vida ou ainda ingerem, como mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1- Consumo de álcool pelo menos uma vez na vida entre universitários.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

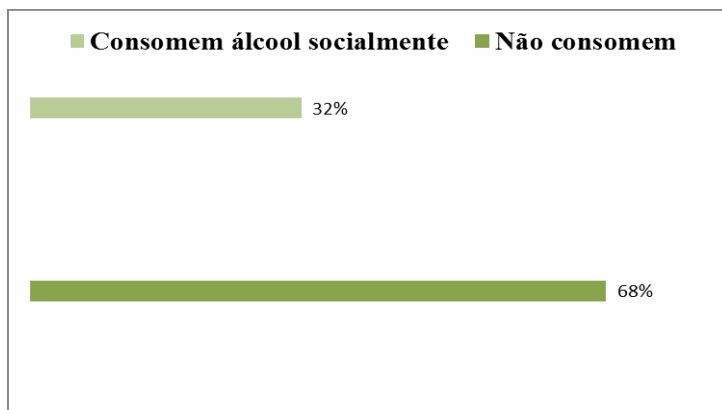
Os resultados apresentados no gráfico 1, corroboram com os estudos de Andrade (2012), com 90%. Estudo semelhante realizado por Souza et al., (2009) com 92%; a pesquisa de Lemos et al., (2007) com um percentual de 92.8% em estudantes.

O principal motivo alegado para iniciação ao uso de drogas pelo grupo estudado foi a presença das drogas lícitas ou ilícitas na comunidade de convivência. Segundo Oliveira et al., (2013) a iniciação ao

uso de drogas é multifatorial e seu desencadeamento não está vinculado unicamente apenas à experimentação, mas à necessidade do indivíduo manter sua consciência alterada, em um processo onde fatores individuais, familiares e sociais adversos se combinam de forma a aumentar a probabilidade da continuidade disfuncional do uso.

No Gráfico 2 está representado o total de universitários que faziam uso de álcool, em 32% dos casos o uso era recorrente. O consumo de álcool em reuniões sociais para serem aceitos ou para se sentirem mais à vontade nos grupos sociais enquanto 68% relataram não usar álcool recorrente.

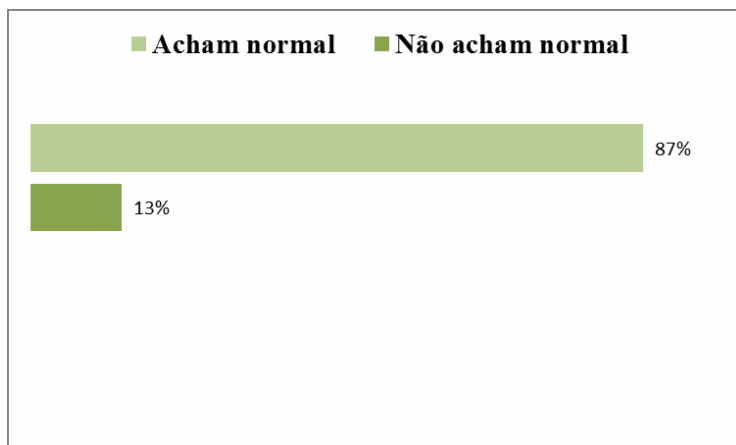
Gráfico 2 - Uso recorrente de álcool entre universitários.



Fonte: Dados de pesquisa, 2016.

Quando comparados os resultados desta pesquisa com a literatura vigente, os mesmos são discordantes, pois Moraes et al., (2011) encontraram um percentual de 69% de consumo de álcool entre estudantes universitários. Em relação à percepção acerca do consumo de álcool, 87% confirmaram ser normal o uso de bebidas alcoólicas e somente 13% não admitem o uso de álcool como normal (Gráfico 3). Observa-se, diante do resultado, a aceitação do consumo do álcool entre universitários demonstrando a inexistência de receio por parte do jovem ao uso dessa droga.

Gráfico 3 – Percepção quanto ao uso do álcool entre universitários.

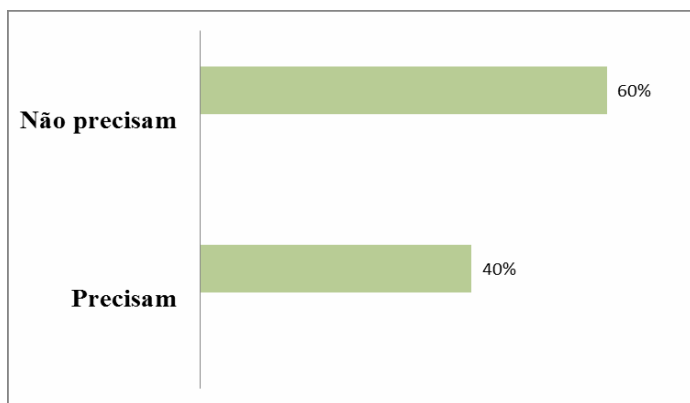


Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Resultados estes que corroboram com estudos de Silva et al., (2006) qual levantou que 53% dos universitários eram etilistas e consumiam mais do que uma dose ao dia, e 25,9% admitem sentimento de culpa ou remorso após o uso de bebidas alcoólicas (ROCHA et al., 2011).

O consumo de álcool em festas pode ser relatado como pertencente à cultura do povo brasileiro. No gráfico 4, observou-se que 60% (n=180) admitiram ser desnecessário o uso de álcool para se sentirem à vontade em festas, no entanto 40% (n=120) precisam de algum tipo de droga para se sentirem desinibidos.

Gráfico 4 - Relação ao consumo de álcool para se sentir à vontade em festas.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os presentes resultados acompanham um estudo realizado com universitários do Rio Grande do Sul que mostrou os principais motivos para uso de bebidas alcoólicas como sendo o uso para facilitar interações sociais (motivos de tipo social) e para experienciar afetos positivos (motivos de tipo realce) (HAUCK-FILHO; TEIXEIRA; COOPER, 2012).

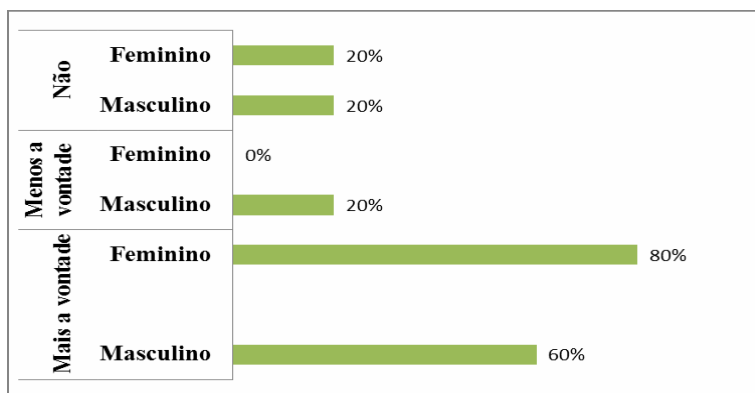
Desta forma, os dados sugerem que há necessidade de investimentos na implementação de estratégias para identificação precoce de indivíduos que usam e abusam de substâncias, para prevenir ou retardar o seu consumo bem como para tratamento, recuperação e reabilitação de estudantes que já abusam ou são dependentes de drogas. Em sua maioria, os jovens começam a experimentar drogas entre 13 e 15 anos de idade. Em geral, caracteriza-se por álcool na companhia dos amigos ou por curiosidade, uma vez que em sua maioria não sofrem problemas emocionais, esta sim, a grande causa do consumo abusivo de drogas pesadas (PAIN et al., 2010).

Drogas como álcool, tabaco, maconha e inalantes merecem atenção especial, porque são mais “baratas” e de fácil acesso e possuem grande potencial de abuso, dependência e complicações desse

consumo, podendo levar a graves problemas de saúde, incapacidades ou mortes (UNODC et al., 2012; WHO, 2007).

No presente estudo foi possível observar, que 80% dos universitários do CCT (Gráfico 5) admitem se sentirem mais à vontade quando fazem uso de alguma bebida alcoólica. Destes, aproximadamente 40% são do sexo feminino (n=48) e 60% (n=54) do sexo masculino admitem se sentirem mais desinibidos, entretanto, 95% (n=38) do sexo masculino do CCBS (Gráfico 6) . Os universitários relatam ser desnecessário o uso de álcool em festas, enquanto 70% (n=77) do sexo feminino confirmam ser necessário o uso de álcool.

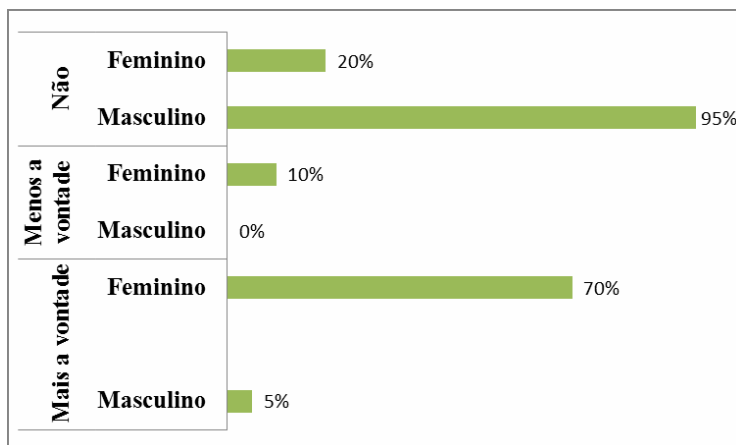
Gráfico 5 - Relação ao consumo de álcool para se sentir à vontade em festa – CCT.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Dados esses que divergem com estudos da literatura que apresentaram 22% indivíduos do sexo masculino e quatro 3% do sexo feminino e 77,3% do sexo masculino e 66,6% do sexo feminino. Em relação aos cursos a literatura mostra que 95,2% do sexo masculino da área da saúde já usaram álcool em festas e 94,7% do sexo feminino também divergindo com o presente estudo (LARANJEIRA, 2000; SENAD, 2010; MORAES et al., 2013).

Gráfico 6 - Relação ao consumo de álcool para se sentir à vontade em festas – CCBS.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Ainda versando sobre o gráfico 6, observa-se um percentual alto de 70% consumo de álcool, entre os estudantes da área da saúde, com prevalência do sexo feminino. Desse modo, os futuros profissionais de saúde não se encontram imunes ao problema do abuso e dependência de drogas, e merecem atenção diferenciada, já que serão modelos de saúde para a comunidade.

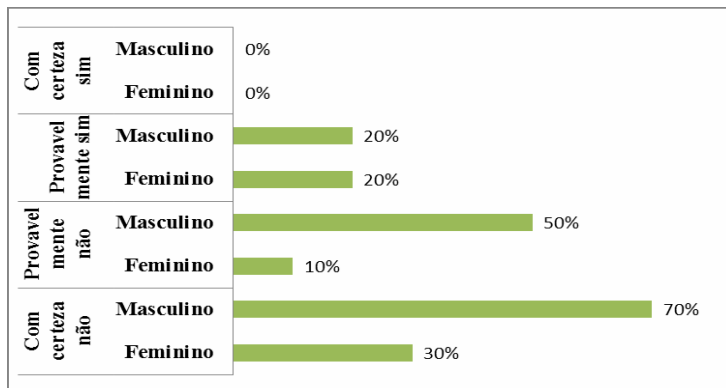
Quando comparados os dados apresentados nos gráficos 5 e 6, os mesmos divergem dos trabalhos realizados por Souza et al., (2009), que encontrou 57% pertenciam ao sexo masculino, respectivamente.

Cabe ressaltar que 73,4 % (n=110) dos alunos da área da saúde são do sexo feminino contrapondo com a área de exatas que a maioria são do sexo masculino 60% (n=90). Segundo Lima et al. (2010), dado preocupante, pois o alcoolismo entre indivíduos do sexo feminino é mais frequente do que se imagina, no entanto, os casos não são fielmente divulgados, ficando, na maioria das vezes, o sexo masculino como consumidor de álcool.

No gráfico 7 e 8 estão representados a relação da influência das amizades com uso de álcool, dos quais 70% do sexo masculino e 30%

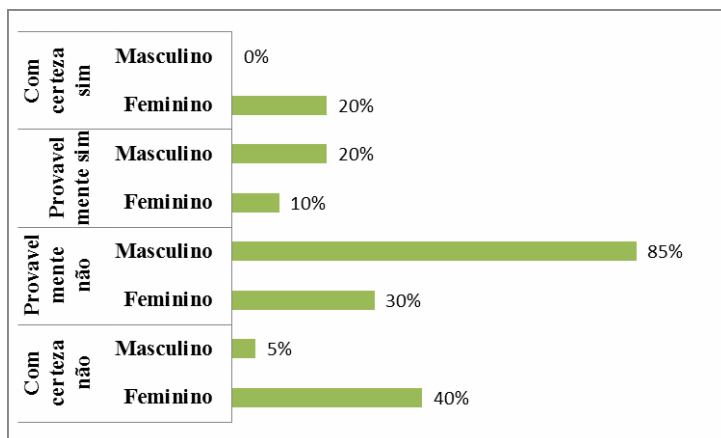
do sexo feminino da totalidade dos estudantes do CCT. Estes relataram que os amigos não influenciam, já em relação ao CCBS 85% do sexo masculino responderam que os o amigos não motivam e 30% do sexo feminino do CCBS acham que provavelmente não inspiram a beber e 20% desses têm certeza que sim.

Gráfico 7- Uso álcool relacionado a amizade – CCT.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Gráfico 8 - Uso de bebida relacionado à amizade – CCBS.



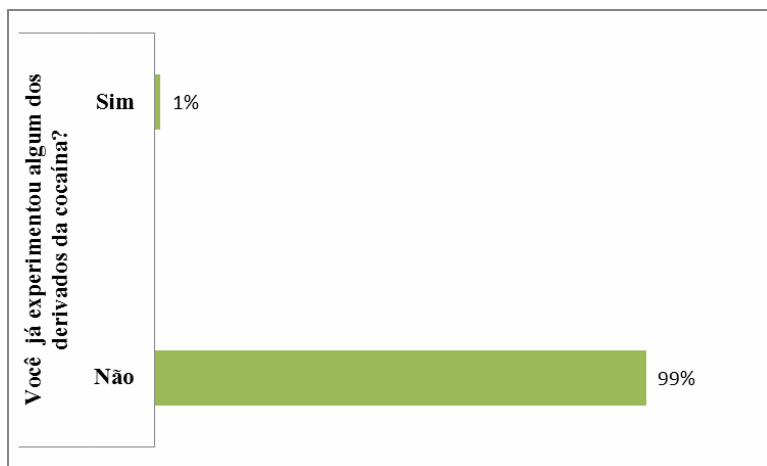
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Divergindo com estudos de Chiapetti e Serbena (2008), afirmaram que os estudantes universitários desfrutam do fácil acesso ao álcool, que esta substância faz parte de seu relacionamento social e que leva, portanto, à associação com os amigos e colegas que também são usuários.

Os amigos são considerados a estrutura de lazer e contato social mais importante para os adolescentes. Falta de suporte e monitoramento familiar, dificuldade de relacionamento e comunicação com os pais podem favorecer o uso de álcool e de drogas em situação de lazer (TOBLER; KOMRO, 2010).

Em relação com a experiência com outras drogas dos 300 universitários observou-se que 99% responderam que nunca experimentaram cocaína ou algum dos seus derivados e somente 1% admitiu o uso por curiosidade como está representado no gráfico 9.

Gráfico 9 – Uso de cocaína ou algum de seus derivados (crack, oxy ou merla).



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

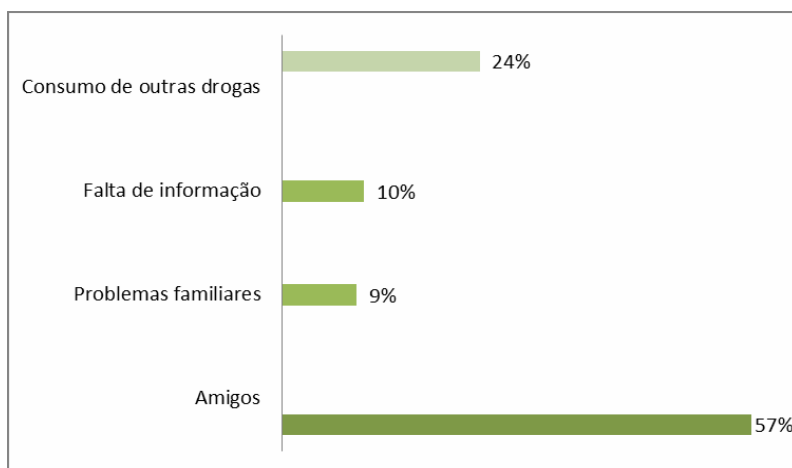
Dados estes semelhantes encontrados por Silva et al., (2006), que estudando uma população de 926 apresentou um percentual de 1,9% relacionado ao consumo de cocaína por universitários.

Um dos fatores que influencia o primeiro contato com drogas

pontentes sempre são os amigos com 57%, problemas familiares com 9%, falta de informação 10%, consumo de outras drogas 24% (Gráfico 10).

Dados estes que corroboram com o levantamento da SENAD (2010), sendo observado que os universitários atribuem que usam drogas porque gostavam ou porque lhes possibilitando esquecer os problemas da vida cotidiana; usam as bebidas alcoólicas para manipular os efeitos de outra substância no sentido de potencializar os efeitos agradáveis e reduzir os efeitos desagradáveis; nos lugares onde havia acesso a álcool, havia também o acesso a outras drogas, tornando a associação obrigatória (influência ambiental) ou faziam para imitar o comportamento dos amigos.

Gráfico 10 - O que pode levar o primeiro contato com drogas ilícitas?



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

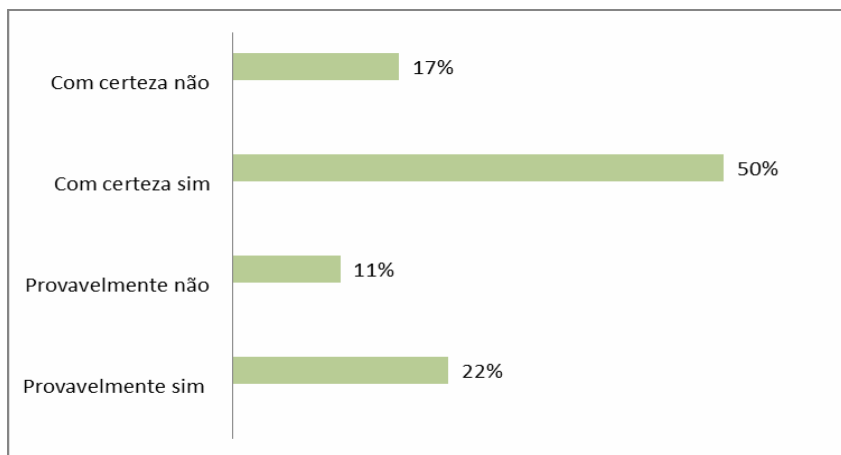
Sobre esses fatores indutores ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, pode ser verificado que o ambiente universitário se torna favorável para o uso de bebidas alcoólicas e de outras drogas, uma vez que há diversos eventos sociais que favorecem e tornam atrativo o uso do álcool e de outras drogas ilícitas. É muito frequente o consumo de substâncias ilícitas principalmente o consumo de maconha

(NICASTRI et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2010).

Observando os dados do gráfico 11, constataram-se que 50% (n=150) acham que as escolas/universidades deveriam ter um papel mais ativo perante o consumo de drogas, enfatizando o conhecimento dos malefícios do uso das drogas, na saúde, família e sociedade, entretanto, 17% desses acham que as escolas não influenciam muito.

Dados estes que corroboram com estudos de Canoletti (2004) e Soares (2005), demonstraram que, apesar de se levantar quantidade significativa de artigos sobre prevenção de drogas, somente uma parcela, bastante pequena, refere-se ao desenvolvimento de projetos de prevenção propriamente dito. Dentre os públicos-alvos a que se destinavam esses projetos, um maior número estava localizado na escola, com foco, principalmente, nos estudantes e nos professores.

Gráfico 11 – O papel das escolas relacionado ao consumo de drogas



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Em 2004, o levantamento epidemiológico realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em estudantes de educação básica, comprova a presença de psicotrópicos nas escolas, a existência do abuso entre alunos e uma tendência de iniciação precoce, na faixa etária de 10-12 anos mais de 12% das crianças já usaram algum tipo de droga navida (GALDURÓZ et al.,

O jovem tem direito a saber a verdade sobre as drogas (...) As informações, pois, devem ser objetivas e fidedignas, usadas para veicular valores que tocam o aluno, despertam, o interessam. Assim, não procede focalizar a droga como simplesmente “ruim” ou “perigosa”, mas sim, situar a questão do consumo de drogas dentro do contexto social amplo (...) (BUCHER, 2007, p.121).

O uso de drogas e suas consequências adversas é um tema de relevante preocupação mundial, dado o número de usuários existentes e seu impacto sobre os indivíduos e a sociedade. Em especial, os estudantes universitários que compreendem uma importante parcela desse universo, uma vez que apresentam um consumo de drogas mais intenso e frequente do que outras parcelas da população em geral (ANDRADE et al., 2010).

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos se assemelham a outros estudos de literatura científica.

Inexistência de receio ao consumo de álcool, jovens admitem ser normal o uso de bebidas alcoólicas em eventos sociais.

Maior prevalência de consumo de álcool entre o sexo feminino, ressalta-se que a mulher vem conseguindo autonomia perante a sociedade, e, tornando-se cada vez independente.

Influência de amigos relacionado ao uso de álcool em eventos como reuniões e festas universitárias, tem uma grande parcela de inspiração para o consumo de substâncias psicoativas entre universitários.

Pouca informação sobre prevenção ao uso de álcool e outras drogas, a qual observa-se a grande importância das palestras nas escolas.

O consumo dessas substâncias é uma questão de saúde pública, quando a análise da sua prevalência, do seu padrão de consumo e dos fatores desencadeantes influenciam o meio social, principalmente quando presente entre estudantes da área da saúde.

Visto que, merecem um enfoque diferenciado em relação a essas atitudes, pois é importante lembrar que eles serão promotores de saúde junto à comunidade.

Diante do exposto, deve ser lembrado o papel estratégico das universidades como centros geradores de conhecimento e formação de líderes.

Assim, pode ser considerado que ações preventivas geradas por programas de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas, resultem numa mudança de padrões de consumo dessas substâncias entre universitários trazendo benefícios para toda a sociedade.

Ressalta-se a importância do controle das festas com bebidas liberadas e da venda de álcool com preços reduzidos em eventos universitários, assim como, em bares próximos aos campi universitários.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Arthur Guerra; DUARTE, Paulina do Carmo Árruda Vieira; OLIVEIRA, Lúcio Gárcia. **I levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários**. Brasília, SENAD, 2010.

ANDRADE, A. G.; WAGNER, G. A. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. **Rev. Psiq. Clín.** 2008, n.35, p.48-54. (supl.1).

BARRÍA, A. C. R.; QUEIROZ, S.; NICASTRI, S. et al. Comportamento do universitário da área de biológicas da Universidade de São Paulo em relação ao uso de drogas. **Ver. Psiquiatr. Clín.** São Paulo, v.27, n.4, p.215-224, 2000.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann; LIMA, Adriano Ferreira Duarte de; SIMOES, Willy Moreira Batista. Uso de substâncias psicoativas entre acadêmicos de enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) [online]. v.6, n.1, p.1-16, 2010.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes

Médicas, 2007.

BOT, S. M.; ENGELS, R. C.; KNIBBE, R. A. et al. Sociometric status and social drinking: Observations of modeling and persuasion in young adult peer groups. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v.35, n.6, p.929-941, 2007.

BRUSAMARELLO, Tatiana; MAFTUM, Mariluci Alves; MAZZA, Verônica Azevedo et al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Cienc. Cuid. Saude**, 2010.

CAVALCANTE, Maria Beatriz de Paula Tavares; ALVES, Maria Dalva Santos; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, 2008.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola; MALBERGIER, André. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. **Estud. psicol.** (Campinas) [online]. v.31, n.1, p.65-74, 2014.

CARLINIEA, Galduroz J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M. **II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil – 2005, Brasília: Secretaria Nacional Anti-Drogas, 2007.

CARLINI EA et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2002.

CEBRID. **Jogo de folhetos explicativos sobre drogas psicotrópicas**. São Paulo: CEBRID/EPM, 2001.

FRANCO, F.; FIGUEIREDO, M. A. C. Aids, drogas e “ser mulher”: relatos de mulheres soropositivas para o HIV. **Medicina** (Ribeirão Preto. Online), v.37, n.1/2, 2004.

FONSECA, Marília Saldanha da. Como prevenir o abuso de drogas nas escolas? **Psicol. Esc. Educ.** [online]. v.10, 2006.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, 2004.

HAGGERTY, R., S. W.; FLEMING, L. C.; MEIGS, S. A. McKenna. Tracertests in a fractured dolomite: 2. Analysis of mass transfer in single-wellinjection-withdrawal tests, **Water Resour. Res.**, v.37, n.5, p.1129-1142, 2001.

LARANJEIRA, R. et al. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil- using the AUDIT and Fagerström. **Revista Paulista de Medicina**, v.5, p.139-143.

LEMOS, K. M. et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). **Rev. Psiquiatr. Clín.** São Paulo, v.34, p.118-124, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online]. v.14, 2011.

MEDEIROS, Sandra Braga de. et al. Prevalência do uso de drogas entre acadêmicos de uma universidade particular do sul do Brasil. **Aletheia** [online], n.38-39, p.81-93. ISSN 1413-0394, 2012.

OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix; MARANGONI, Sônia Regina. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto contexto - enferm.** [online], v.22, n.3, p.662-670, 2013.

PECHANSKYA, Flavio; SZOBOTA, Claudia Maciel; SCIVOLETTO, Sandra. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev Bras Psiquiatria**, 2004.

PAIVA, Fernando Santana de; RONZANI, Telmo Mota. Estilos parentais e consumo de drogas entre adoslecentes: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**. Maringá, 2009.

PAINI, L. D; CASTELETTO.H. S; FONSECA.G. Análise do uso de drogas nas escolas públicas: Como os amigos influenciam no contato e disseminação das drogas. **Avesso do Avesso**, v.8, n.8, p.28-43, nov., 2010.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antônio dos. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) [online], v.2, n.2, p.1806-6976, 2006.

PENSO, M. A.; COSTA, L. F; ALMEIDA, T. M. C. (orgs.). **Violência no cotidiano: ao risco à proteção**. Brasília: Liber/Universa, 2003.

PEUKER, A. C.; FOGAÇA, J.; BIZARRO, L. Expectativas e beber problemático entre universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.22, n.2, p.193-200, 2006.

QUEIROZ, Sueli et al. Uso de drogas entre estudantes de uma escola pública de São Paulo. **Rev. Psiq. Clín.**, v.28, n.4, p.176-182, 2001.

SAPIENZA, Graziela; PEDRO MONICO, Márcia Regina Marcondes. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicol. Estud.** [online], v.10, n.2, p.209-216, 2005.

SANCEVERINO, Sérgio Luiz; ABREU, José Luiz Crivellati. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no Município de Palhoça 2003. **Rev. Ciência & saúde coletiva**, v.9, n.4, p.1047-1056, 2004.

SILVA, Leonardo V. E. Rueda Silva; MALBERGIER, André; STEMPLIUK, Vladimir de Andrade; ANDRADE, Arthur Guerra de. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes

- universitários. **Rev. Saúde Pública**[online], v.40, n.2, p.280-288, 2006.
- SILVA, Meire Luci da; SANTOS, Nathalia M. R. dos; BARNABE, Viviani; VALENTI, Vitor E. Risk factors that may signify a propensity to the use of drugs in students at a public university. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. hum.** [online], v.23, n.3, p.346-351, 2013.
- SOUSA, Gabriele Queiroz. Álcool e adolescência: estudo aplicado ao ensino de química. ed.21. Campina Grande: UEPB, 2014, 56p.
- SOUZA et al. Consumo de drogas e desempenho acadêmico entre estudantes de medicina no Ceará. **Rev Psiquiatr. Clín.** São Paulo, v.26, p.188-199, 1997.
- TOBLER, A. L.; KOMRO, K. A. Trajectories of parental monitoring and communication and effects on drug use among urban young adolescents. **Journal of Adolescent Health**, v.46, n.6, p.560-568, 2010.
- TAVARES, B. F.; BERIA, J. U.; LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Ver. Saúde Pública**, v.35, n.2, p.150-158, 2001.
- UNODC. **World Drug Report 2012. Vienna**, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2012.
- ZEFERINO, Maria Terezinha; HAMILTON, Halley; BRANDS, Bruna. Consumo de drogas entre estudantes universitários: família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. **Rev. Enferm.** v.24, n.spe, Florianópolis, 2015.
- WHO, WHO. Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Second report. **World Health Organ Tech RepSer**, n.944, p.1-53, 2007.

PROMOÇÃO DE AMBIENTES LIVRES DE FATORES QUE CONDUZAM À DEPENDÊNCIA QUÍMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Helen Jesana Vieira Diniz
Clésia Oliveira Pachú*

INTRODUÇÃO

O período de ingresso em instituição de ensino superior é um momento de grandes modificações. Os estudantes se deparam com uma vida cheia de novidades e descobertas, abrindo-se leque de experiências e oportunidades até então desconhecidas.

Os indivíduos tornam-se expostos a desafios e dificuldades inerentes às responsabilidades acadêmicas, onde a pressão para cumprimento e desenvolvimento de suas atividades e preocupação com futuro sucesso profissional, agravado pelo distanciamento de seus municípios de origem e núcleos familiares, tornam-os mais vulneráveis a comportamentos de risco, no que tange ao uso indevido de substâncias psicotrópicas (SPA).

Para Machado, Moura e Almeida (2015), a temática drogatização e sua relação com o homem é discutida desde o início dos tempos, perpassando pela utilização para conexão com o mundo espiritual, ao consumo contemporâneo desenfreado em busca de prazer imediato e alívio de desconfortos físicos e psíquicos. Antigas comunidades faziam uso dessas substâncias como parte de sua medicina ou como elemento de seus rituais mágico-religiosos, sendo uma prática

milênar bastante difundida que deixou legado cultural para colonizadores e nativos das mais diversas regiões do mundo (ROMERO; ROMERO, 2016).

O consumo de álcool e tabaco está arraigado na sociedade, estando sempre associado a sensações de relaxamento e como fator de auxílio na desinibição, favorecendo a construção de relações interpessoais. De acordo com Ferreira et al., (2013) , o consumo abusivo de álcool demonstra sua correlação com risco de doenças, acidentes de trânsito, absenteísmo, aumento da violência e criminalidade, dentre outros.

O uso e abuso das substâncias psicoativas, sejam lícitas ou ilícitas, instaura-se no panorama social atual como fenômeno complexo de saúde pública, trazendo consigo consequências biopsicossociais, influenciando direta ou indiretamente a economia, dinâmica familiar, comunidade, país e âmbito global (SCOTT et al., 2015).

Acerca do panorama atual de consumo de drogas em âmbito global o Relatório Mundial sobre Drogas - UNODC (2016) informou que o número de dependentes químicos sofreu aumento significativo em todo o mundo, de 27 milhões (2013) para 29 milhões (2014), além do salto alarmante de 243 para 250 milhões de indivíduos com idade entre 15-64 anos que haviam utilizado algum tipo de droga ilícita. Estimativa que se encontra relativamente estável nos últimos dez anos.

Neste contexto, uma série de fatores relacionados simultaneamente influenciam direta e indiretamente o indivíduo venha a ter o primeiro contato com substâncias psicoativas, socioeconômicos, ambientais, educacionais, psicológicos e pressão exercida por amigos e pares. Sabe-se também que fatores familiares possuem carga considerável de contribuição, por influenciar diretamente na formação de caráter dos sujeitos, além de níveis elevados de estresse comuns à vida moderna, que expõe jovens à sobrecarga psicológica (BONILHA et al., 2014).

Em estudo realizado por Cerutti, Ramos e Argimon (2015), sobre a relação entre percepção dos adolescentes acerca de atitudes parentais e sua tendência ao uso de substâncias psicoativas, demonstrou

que uma relação familiar deficiente pode ser considerada como fator de risco para envolvimento em comportamentos nocivos, como uso de drogas ilícitas pelos adolescentes, aumentando as chances dos mesmos abusarem do tabaco, ser dependentes do álcool e abusar e depender da maconha.

De acordo com Bittencourt, França e Goldim (2015), o consumo precoce de SPA pode limitar o desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos, e por consequência, conduzir a déficits mentais ou físicos e até mesmo a redução de sua expectativa de vida. Para comunidade universitária, o uso indiscriminado de substâncias psicoativas repercute de forma negativa, vindo a acarretar prejuízos acadêmicos como baixo rendimento, faltas e atrasos, além dos mais diversos problemas de saúde, implicando diretamente em sua vivência profissional futura (SILVA et al., 2013)

Portanto, diante dessas perspectivas alarmantes, os estudantes universitários merecem atenção especial, pois cada vez mais estudos (CERUTTI; RAMOS; ARGIMON, 2015; BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIM, 2015) têm apontado para magnitude do uso de SPA no meio universitário, e vulnerabilidades as quais este grupo populacional está exposto.

Em concordância com Dázio, Zago e Fava (2016), o consumo de substâncias psicotrópicas no âmbito universitário é prática comum, sendo evidenciada pela veiculação de propagandas por meio de banners e convites para festejos organizados, promovidos e, por vezes, realizados no âmbito das dependências das instituições de ensino. Dessa forma, é demonstrada a triste realidade vivenciada nas instituições de ensino superior, no tocante a utilização abusiva das SPA por parte de seu corpo discente, situação onde muitos de seus jovens promissores acabam por se desviarem seguindo por caminho, por vezes, sem retorno.

Doravante a situação de risco a qual os estudantes estão expostos, com a finalidade minimizar os danos ocasionados pelo uso abusivo de substâncias psicoativas em nossa instituição, a Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, assinou a Portaria/UEPB/GR/0309/2014. Esta, em inciso único, proíbe a utilização de todo e qualquer produto fumígeno nas dependências da universidade onde haja circulação de

peessoas. Tal norma, pautada nas leis, seja Federal 12.546/2011, Estadual 8.958 e Tratados como na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, que desde o ano de 2005 vem estabelecendo medidas para redução da epidemia tabágica no mundo. Trata-se do primeiro Tratado de Saúde Pública da Organização Mundial da Saúde, que traz como princípio a adoção de medidas eficazes para prover a eliminação do hábito de fumar em ambientes fechados, objetivando a instituição de ambientes 100% livres da fumaça de tabaco, protegendo a população dos danos provocados a saúde tanto pelo fumo ativo quanto passivo (CQPT, 2011).

Diante da problemática causada pelo consumo de tais substâncias, percebe-se a imprescindível necessidade de realização de ações voltadas à promoção, prevenção, redução de danos sociais e à saúde, três dos principais eixos que respaldam a Política Nacional Sobre Drogas no Brasil, as quais nosso trabalho tem se debruçado. Com foco na prevenção de ambientes que favoreçam a dependência química.

O presente estudo objetiva relatar a experiência de uma estudante de Enfermagem no Projeto “Promoção de Ambientes 100% Livres de Fatores que Conduzem a Dependência Química”, realizado no campus I da Universidade Estadual da Paraíba.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Relatar a experiência vivenciada durante intervenções de promoção de ambientes livres de fatores que conduzem a dependência química em uma instituição de ensino superior.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de um relato de experiência construído com abordagem descritiva, embasado nas vivências da discente no Projeto de extensão universitária Prevenção a fatores que conduzem a dependência química, desenvolvido pelo Núcleo de Educação

e Atenção em Saúde e cadastrado na Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual da Paraíba (NEAS/PROEX/UEPB) visando os ambientes livres de fatores que favoreçam a dependência química em estudantes universitários.

O relato de experiência objetiva de forma primordial explicar acerca das informações coletadas e registradas no decorrer de programa, projeto ou situação problema, analisando vivências a partir do ponto de vista do observador, contribuindo para melhor compreensão entre prática e conhecimento (SOUSA; MESQUITA; SOUSA, 2017).

Os primeiros relatos históricos acerca da extensão universitária datam da metade do século XX, tendo a Inglaterra como precursora seguida da Bélgica, Alemanha e por fim todo o continente europeu. No Brasil, suas atividades deram início em 1911 nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Foi regulamentada oficialmente pelo Decreto nº 19.851, de 11/4/1931 (PAULA, 2013).

As atividades extensionistas constituem forma de interação entre comunidade e universidade, além de ser uma forma de autonomia didático-científica, administrativa e financeira. Porém, devido à supervalorização da pesquisa científica por parte das instituições de ensino superior, a extensão é, de certa forma, pouco explorada (SIQUEIRA et al., 2017).

O Núcleo de Educação e Atenção a Saúde (NEAS) vinculado a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), voltado a ações de educação e atenção em saúde. Possui público alvo variado, indivíduos de todos os sexos e idades, tendo por objetivo prestar serviços de natureza especializada e continuada. O NEAS foi institucionalizado por meio da RESOLUÇÃO/UEPB/CONSUNI/016/2013.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Avaliação por parte do comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba foi dispensada, por se tratar de relato baseado em experiências de projeto de extensão. A identidade dos participantes foi mantida em sigilo de acordo com aspectos éticos e legais dispostos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

CARACTERIZAÇÕES DO CAMPO DE ESTUDO E ATIVIDADES REALIZADAS

A construção deste artigo se baseou nas vivências de uma estudante de Enfermagem na realização de atividades de educação em saúde com estudantes universitários, de ambos os sexos e todas as idades da Universidade Estadual da Paraíba- campus I, quanto aos fatores que favorecem a dependência química. As atividades abrangeram o Centro de Ciências Jurídicas (CCJ), Centro de Ciências de Biológicas e da Saúde (CCBS), Central Integrativa de Aulas (CIA) e Centro de Ciências e Tecnologia (CCT).

As intervenções foram realizadas nos anos 2014 a 2016, utilizando metodologia ativa, do tipo problematização, sendo um novo contexto pedagógico no qual o estudante é protagonista de seu processo de aprendizado. Os princípios teóricos das metodologias ativas estão fortemente alicerçadas, um deles é a autonomia, algo explicitado nas obras de Paulo Freire, que traz o respeito à autonomia e a dignidade de cada indivíduo como um imperativo ético, que permite despertar a inquietude e curiosidade dos indivíduos (FREIRE, 2016).

As atividades foram realizadas semanalmente e consistiam em palestras expositivas e rodas de discussão, desenvolvidas sala a sala com universitários, ressaltando a necessidade da prevenção ao uso indevido de substâncias psicoativas e aos malefícios do consumo de tais produtos.

Cada palestra e roda de discussão realizada apresentava duração de 20 a 30 minutos. No primeiro momento, ocorria explanação da problemática, causas e efeitos, e, em seguida, era aberto espaço às discussões acerca de possíveis sugestões de medidas resolutivas ou formas paliativas de lidar com a situação problema. Havia espaço para escuta das demandas e opiniões dos participantes

REVISÃO DE LITERATURA

ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS E O CONSUMO DE SPA

O conceito de “droga psicoativa” abrange toda e qualquer substância natural ou sintética que ao ser utilizada atue ativamente no cérebro proporcionando modificações em sua atividade psíquica, de cunho

físico, emocional e comportamental, podendo causar dependência química (JUNIOR; GAYA, 2015).

Os meios de comunicação a todo instante veiculam propagandas que estimulam indivíduos a consumirem substâncias psicotrópicas, principalmente o álcool, sempre associando a fatores de sucesso financeiro, social e afetivo conduzindo a população na crença que seu uso irá lhe proporcionar alcançar o bem estar psicossocial que tanto almeja. Porém, por trás de todo esse ideal de glamour e beleza está o risco não apenas da dependência química, mas também da exposição desses usuários a fatores de risco que incluem acidentes automobilísticos e variados tipos de agravos à saúde.

Certamente, um dos segmentos sociais que mais chama atenção de pesquisadores em todo o mundo por suas vulnerabilidades, são estudantes universitários, pois além das modificações ocasionadas pela difícil transição para idade adulta, após o ingresso nas instituições de ensino superior, ocorrem mudanças abruptas em suas rotinas, por vezes, exigindo que morem em outros municípios, culminando na quebra do vínculo familiar e social fazendo com que indivíduos tenham a necessidade de estabelecer novas conexões (NEMER et al., 2013). Deve-se destacar que entrar na universidade pode ser um fator de risco para o uso e abuso de drogas, considerando o acesso fácil e incentivo por parte dos colegas, além dos efeitos que facilitam a adequação social e redução da ansiedade (ZEFERINO et al., 2015).

Para Mitchell et al., (2015), o consumo abusivo de drogas por parte dos estudante universitários esta ligada a influências exercidas, por amigos, pares, participação em festas e eventos e até mesmo fatores religiosos e espiritualidade. Dados esses que corroboram com estudo realizado em uma Universidade do Equador que comprovou que o uso de SPA está correlacionado diretamente às relações familiares, influência de amigos, pressão de pares usuários de drogas e espiritualidade. Sendo este último considerado pelo autor como fator de proteção, evitando que jovens se desviem para o caminho das drogas (SCOTT et al., 2015).

Pode-se observar que o uso de drogas se tornou cada vez mais recorrente no âmbito universitário. Estudo realizado por Eckschmidt et al., (2013) com finalidade comparativa da utilização SPA entre

universitários Americanos e Brasileiros, constatou que estudantes dos EUA fazem mais uso de tabaco, tranquilizantes, maconha, ecstasy, alucinógenos, cocaína, crack e heroína que brasileiros. No entanto, os universitários do Brasil consomem quase duas vezes mais inalantes, além de se envolverem com mais frequência no uso de bebidas alcoólicas, maconha, tranquilizantes, inalantes, alucinógenos e anfetamínicos que seus pares da população geral.

Em levantamento anterior realizado por Bortoluzzi et al., (2012) acerca do consumo de drogas entre estudantes universitários de uma cidade do sul do Brasil, ficou demonstrado que o tabaco, anfetaminas e ansiolíticos assim como álcool, estão entre as drogas lícitas mais consumidas entre universitários. No tocante ao consumo de drogas ilícitas, verificou-se que a maconha é a terceira em frequência de consumo geral e, primeira entre as consideradas ilegais.

Apesar do Nordeste Brasileiro apresentar números menores em relação ao consumo abusivo de substâncias psicoativas, a preocupação em relação à promoção da saúde e contenção de agravos persiste, pois a dependência química representa grave problema de saúde pública a nível global.

Pesquisa realizada por Freitas, Nascimento e Santos (2012) investigou a prevalência do uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas entre universitários em instituições públicas e privadas do município de Picos-PI. Constatou-se que 74,5% não praticavam automedicação e nem faziam uso de psicotrópicos, no entanto, em eventos sociais, usavam o álcool (61,2%) e de tabaco (18,5%), principalmente pela influência dos amigos (27,3%).

Em estudo realizado por Pachú (2014), na Universidade Estadual da Paraíba o qual foram abordados acadêmicos da área da saúde dos 3º e 4º períodos, constatou-se que 65% dos estudantes consomem álcool de 1 a 2 vezes por semana. Em contrapartida, pesquisa realizada na referida Instituição com estudantes do Centro de Ciências Humanas, verificou que o consumo de álcool e tabaco é alarmante, com predominância do sexo feminino de faixa etária entre 16 e 22 anos (COSTA, 2015).

Estudos comprovam que estudantes da área da saúde também estão expostos às vulnerabilidades do consumo exasperado de drogas

psicoativas, devido aos mais diversos fatores psicológicos como, pressão social e estresse. Em estudo realizado por Segura e Cáliz (2015) visando a investigação dos tipos de drogas mais consumidas por estudantes da área da saúde em uma universidade na Colômbia, revelou que são mais consumidos álcool, tabaco e maconha. Em contrapartida, pesquisa anteriormente realizada no curso de graduação em Enfermagem de uma universidade no Paraná, averiguou que o consumo de substâncias lícitas, como álcool e tabaco, estão representados por 69,1% consumo de médio risco para álcool e 90,6% de consumo de baixo risco de tabaco, ambos associados ao estresse acadêmico (SOARES; OLIVEIRA, 2013).

As implicações das condutas adotadas por esses futuros profissionais da saúde, principalmente estudantes de Enfermagem, terá impacto direto em suas carreiras, pois estes, além de promotores ativos da saúde e do bem estar biopsicossocial serão modelos a serem seguido por seus pacientes, sendo responsabilidade ainda maior, pois suas práticas de saúde estarão sempre a serem observadas e postas em questionamento.

A utilização de SPA possui natureza multifatorial, pois acarreta diversos danos à saúde dos indivíduos e causa impacto social negativo. Deste modo, é necessária implementação de políticas públicas eficazes, que se respaldem em modelos de atenção integral com ênfase na abordagem psicossocial, por meio de promoção a saúde, prevenção de agravos, redução de danos, tratamento e reinserção social de dependentes químicos (TEXEIRA; ENGSTROM; RIBEIRO, 2017).

O estilo de vida adotado por estudantes universitários apresenta índices elevados de estresse, pressão social e familiar, dificuldades inerentes às exigências acadêmicas, má alimentação, prática deficiente de esportes e atividades de lazer, contribuem para que cada vez mais a comunidade acadêmica venha a consumir excessivamente álcool e outras drogas. Para tal, faz-se necessário que instituições de ensino superior se mostrem engajadas no combate aos comportamentos de risco, principalmente no tocante ao uso indiscriminado de substâncias psicotrópicas em suas dependências.

A universidade é o ambiente ideal de favorecimento a debates

críticos e reflexivos acerca da relação dos jovens e o consumo de drogas, que por sua vez pode ser melhorada por meio do engajamento e desenvolvimento de práticas extensionistas que possam vir a realizar atividades de promoção à saúde, servindo como ponto de encontro pela busca da produção de uma consciência autônoma, formando homens e mulheres que atuem como agentes de transformação social (SIQUEIRA et al., 2017).

CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO

O tabagismo é um grave problema de saúde pública, sendo considerada como principal causa de morte evitável no mundo, causando malefícios devastadores na saúde de seus usuários. Pela presença de substâncias viciantes, tóxicas e mutagênicas, também, principal fator de risco para doenças crônicas pulmonares como, asma, bronquite, enfisema, rinite e sinusite; além de doenças cardíacas, coronarianas, câncer e impotência sexual masculina. Além dos malefícios ocasionados na vida do fumante, a fumaça liberada pela combustão de seus aditivos causa danos à coletividade e ao meio ambiente (COSTA et al., 2016).

Como doença crônica advinda do vício, possui características básicas que definem a dependência, representadas por compulsão, tolerância e síndrome da abstinência. Esta última subdivide-se em dependência fisiológica, que abrange a necessidade orgânica da nicotina, psicológica sendo responsável pelo sentimento de apego emocional e comportamental, vinculada as situações gatilhos, tomar café, dirigir e consumir álcool (GARCIA et al., 2012).

Como poluente atmosférico mais comum nas residências, tem despertado a inquietação dos governos, autoridades públicas e sociedade civil como um todo, sendo esta situação considerada estímulo para direcionar campanhas antitabagismo. Países de primeiro mundo têm se empenhado em desencorajar o uso de produtos fumígenos pela população, por intermédio da fomentação de campanhas, acompanhamento psicológico, farmacológico e estratégias de educação em saúde (MAURY et al., 2017).

O tabagismo passivo é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo. Esta é considerada como exposição involuntária

de indivíduos não fumantes ao produto da combustão do tabaco. Constituinte fator de risco, pois coloca a população no mesmo patamar de predisposição ao desenvolvimento de doenças que o tabagismo ativo, porém, em menor proporção (MALTA et al., 2015). Estudo realizado por Jorge et al., (2016), demonstrou que o fumo passivo pode estar associado a dificuldades de aprendizagem em crianças, causando deficiência intelectual e cognitiva, além de outras comorbidades como, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer e prematuridade.

Segundo Relatório da Organização Mundial da Saúde sobre “Mortalidade Atribuída ao Tabaco”, em todo o mundo, cerca de 5% de todas as mortes por doenças transmissíveis e 14% das decorrentes de doenças não transmissíveis entre adultos com idade igual ou superior a 30 anos são atribuídas ao tabaco. Deste modo, acarretando consequências políticas, sociais, econômicas e sanitárias, exigindo adoção de medidas preventivas e de proteção a saúde (WHO, 2012).

A epidemia tabágica é um mal que assola o mundo todo, para obter o controle dos malefícios do consumo de tal substância no Brasil, a esfera governamental tem atuado por meio da formulação de políticas e medidas intersetoriais que possam ser eficazes no combate ao fumo, no âmbito municipal, estadual e federal. A implementação de tais políticas podem vir a auxiliar no processo de formação de opinião popular, contribuindo para a cessação do tabagismo (SPIESS; COSTA; LAGUARDIA, 2013; FAGUNDES et al., 2014).

Nesse cenário, nível global, surgiram inúmeras políticas visando impulsionar ações de controle ao tabagismo, dentre estas, destaca-se a Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT). A CQCT é um marco, primeiro tratado de saúde pública na história mundial. Desde 2003 após ser aceita na 56ª assembleia mundial da saúde, vem sendo um acordo entre inúmeros países que se comprometem em diminuir a publicidade e aumentar os impostos em torno do cigarro, além de tomar medidas relacionadas à oferta e demanda de produtos fumígenos e seus impactos ambientais e sociais (CQCT, 2011; PORTES; MACHADO, 2015).

O objetivo da Convenção-Quadro é proteger as gerações presentes e futuras dos danos ocasionados pelo tabagismo e suas

consequências devastadoras. Para que tal objetivo seja alcançado, a mesma é pautada por princípios norteadores, que consistem em fornecer à população informação acerca das consequências danosas do consumo e exposição à fumaça do tabaco; compromisso governamental no que tange o cumprimento das políticas públicas sanitárias na promoção, prevenção e controle do tabagismo em esfera, nacional, regional e internacional a fim de promover “ambientes livres de fumo”; cooperação entre países membros levando em consideração as particularidades de cada local; adoção de medidas multisetoriais; cumprimento das responsabilidades assumidas e participação ativa da sociedade civil (BRASIL, 2011).

Essas diretrizes forneceram subsídio para que a partir de sua implementação surgisse uma gama de programas de saúde e políticas que visam ações de controle do tabagismo como, a Política Nacional do Controle do Tabaco, Programa Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) que tem por objetivo a promoção de ambientes 100% livres da fumaça do tabaco além de fornecer acompanhamento e tratamento para tabagista gratuitamente por meio do Sistema Único de Saúde (INCA, 2017).

Com base nas bem sucedidas medidas adotadas pela CQCT, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu um pacote de políticas, o MPOWER, com finalidade de ajudar os países compromissados com propostas da Convenção-Quadro na efetivação das intervenções de controle do tabaco. Porém, para reduzir a epidemia tabágica a nível global, demanda que as políticas tenham sua eficácia comprovada por meio de dados coletados por intermédio de pesquisas, exigindo um controle rigoroso de avaliação de seus impactos (WHO, 2008).

Para que haja a aplicação efetiva desse pacote de medidas, os países devem comprometer-se a: **Monitor**: monitorar o uso de tabaco e políticas de prevenção; **Protect**: proteger a população contra a fumaça do tabaco; **Offer**: oferecer ajuda para cessação do fumo; **Warn**: advertir sobre os perigos do tabaco; **Enforce**: fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio e **Raise**: aumentar os impostos sobre o tabaco (WHO, 2015).

Segundo o Relatório Mundial sobre Tabaco da OMS (2015), mais da metade dos países do mundo aplica pelo menos uma medida

MPOWER, correspondendo a 40% da população mundial, cerca de 2,8 bilhões de pessoas. O relatório também revelou que o aumento de impostos é a medida menos executada e que sete países, dos quais cinco são considerados de baixa ou média renda, incluindo o Brasil, aplicaram quatro ou mais medidas MPOWER.

O tabagismo é considerado epidemia global. Seu legado de destruição tem conduzido autoridades públicas e sociedade civil, no geral, à preocupação intensa, por representar complexo problema de saúde pública de origem multifatorial, exigindo abordagem multidimensional. O hábito de fumar tem sido considerado prática comum e aceitável durante todo o percurso histórico da humanidade, ora sendo sinônimo de elegância e sofisticação, ora como representação de empoderamento, liberdade e rebelião contra normas vigentes.

Portanto, jovens são público-alvo mais vulnerável a investidas da indústria do tabaco, por meio de propagandas, novelas, filmes que exaltam maus hábitos de saúde. Eles são influenciados ao consumo de tais substâncias danosas ao organismo, meio ambiente e sociedade como um todo. Diante deste quadro de malefícios causados pelo tabagismo, é necessária a realização de atividades que promovam os ambientes 100% livres de fumo, a fim de prevenir agravos à saúde causados tanto pelo fumo ativo quanto passivo. Ambos danosos, não havendo distinção de agravos entre si, acarretando custos econômicos, sociais e sanitários incomensuráveis.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

As atividades de promoção e educação em saúde realizadas pela discente foram iniciadas em 2014 e se estenderam até o final de 2016. O primeiro centro a ser contemplado com atividades foi o Centro de Educação (CEDUC) e Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA), seguido pelo Centro de Ciências Jurídicas (CCJ), Centro de Ciências e Tecnologia (CCT) e por fim, o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS).

A conferência internacional sobre promoção à saúde ocorrida em Ottawa no ano de 1986, trouxe cinco imperativos de atuação, entre eles, destacam-se a criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais

(PÉREZ; CÁRDENAS; GONZÁLES, 2014).

Tendo em vista esses princípios, podemos observar que a promoção à saúde é desenvolvida por meio não apenas de ações políticas e econômicas, mas também sociais e educacionais.

O processo de educação em saúde desenvolvido pela discente à frente do projeto teve como princípio norteador a valorização da autonomia individual, abrindo espaço para troca de conhecimento e de experiências pessoais pertinentes, que promovessem reflexão acerca de hábitos saudáveis.

Para Freire (2016), o respeito à autonomia e dignidade individual é imprescindível, constituindo-se um imperativo ético, sendo considerada transgressão, negação à curiosidade, linguagem e inquietação do educando.

As atividades educativas eram ministradas nas salas durante o intervalo das aulas, através de palestras expositivas apresentando materiais ilustrativos audiovisuais, com a utilização de Datashow. Tais recursos eram utilizados como método facilitador do aprendizado, culminando numa melhor assimilação e compreensão da mensagem transmitida.

No geral, durante o discurso oral o contato com os alunos foi rápido e fácil, pois os mesmos se mostraram receptivos e atentos às informações transmitidas, demonstrando satisfação com as palestras seguidas por rodas de conversa.

A roda de conversa além de favorecer produção de conhecimento, promove pensamento crítico, interação e escuta, apresentando-se como possibilidade metodológica que se mostrou devidamente eficaz. A priori, os discentes se mostraram tímidos e constrangidos em partilhar suas vivências, mas aos poucos, com incentivos e estímulos adequados, a resistência foi dando espaço a um ambiente descontraído onde os alunos puderam expor suas impressões, opiniões e conceitos acerca da temática.

Quando iniciada as explicações acerca dos posicionamentos e vivências pessoais pode-se observar que uma grande parcela de indivíduos relatou já haver experimentado pelo menos uma vez na vida algum tipo de droga psicoativa seja ela, de uso legal ou ilegal. Além, de dilemas com parentes e/ou amigos próximos que tinham/

têm problemas com o uso indiscriminado de tais substâncias.

O entusiasmo com a possibilidade de participar efetivamente de uma “discussão” sobre a temática drogatização pode ser percebido ao final de cada encontro, quando os alunos e até mesmo alguns professores enaltecem a iniciativa do projeto expressando o desejo de que as intervenções acontecessem com mais frequência. Pode-se constatar que 90% dos estudantes universitários se mostraram dispostos em multiplicar as informações e aprimorar a prevenção ao uso indevido de substâncias psicoativas.

A quantidade crescente de discentes assistidos que procuram auxílio para tratamento de dependência química ratifica a importância da realização de atividades educativas que promovam a prevenção ao uso indevido de drogas em instituições de ensino superior.

Os estudantes não vinham apenas solicitar auxílio para si, mas também para colegas, amigos e familiares que fazem uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas que estejam necessitando de socorro imediato. Ao final das atividades, sempre procuravam maiores informações acerca de projetos ligados ao NEAS/PEPAD que pudessem oferecer suporte a esses indivíduos em situação de risco.

O corpo Docente da instituição se mostrou comprometido com a causa, procurando mais informações principalmente no tocante a utilização de produtos fumígenos, com ênfase no tabaco, pois foi possível observar esta prática sendo difundida de forma alarmante na instituição sendo alvo de inúmeras reclamações, tanto do corpo docente como discente.

No tocante às palestras e rodas de discussão acerca do uso indevido de substâncias psicoativas no ambiente universitário, os estudantes do Centro de Humanidades se mostraram mais sensibilizados em multiplicar os conhecimentos recebidos. Possivelmente, o posicionamento destes tenha relação com o futuro profissional como educadores.

Inúmeras reclamações foram feitas ao final da realização das atividades, as quais se constituam em relatos da utilização indiscriminada, até mesmo desrespeitosa, de cigarros nos corredores da Central de Integração Acadêmica além do uso de diversas outras drogas psicoativas, principalmente álcool, durante festejos realizados na

instituição.

Ao final de cada intervenção é aberto o espaço para exposição de posicionamentos, inquietações e elucidação de questionamentos. Inúmeros debates foram realizados com os mais variados temas, porém, um em específico, chamou atenção por ser bastante destacado pelo corpo docente, a proibição da utilização de produtos fumígenos nas dependências da instituição onde haja a circulação de pessoas, com base na Portaria em inciso único: /UEPB/GR/0309/2014.

Esta medida adotada pela Universidade, para muitos, é considerada uma atitude preconceituosa e segreguista, por forçar que o indivíduo se retire do ambiente que se encontra para locais ermos, afastados da circulação de pessoas, o que segundo a opinião de alguns poderia causar sentimentos de constrangimento e exclusão.

Portanto, nesse caso foi de suma importância estabelecer um elo de comunicação com o público, para Netto (2012), a comunicação é um fenômeno social com a finalidade de gerar integração entre indivíduos. Para tal, argumentar posicionamentos contrários e avaliar criteriosamente os argumentos do outro permite que as providências tomadas pela universidade não sejam interpretadas de forma equivocada.

Diante desse cenário, para cunho de contestação lançamos mão de abordagem teórica com embasamento prático e legal, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. A Convenção-Quadro tem por objetivo a proteção da saúde e qualidade de vida, controlando a epidemia de tabágica no mundo através do abandono dos interesses da indústria do tabaco e seus defensores.

Para efetividade, a CQCT (2011) recomenda conscientizar, consultar e envolver a população acerca dos malefícios e da natureza aditiva e nociva do tabaco por meio de campanhas de informação contínuas, além de expor a interferência das indústrias nas políticas públicas de controle ao tabagismo.

A promoção da saúde nas dependências da instituição traz a reflexão acerca do fumo ativo e passivo, além de seus malefícios, panfletos do Ministério da Saúde são disponibilizados de forma conjunta com dados de pesquisas recentes. Tornando aos poucos o ambiente de trabalho saudável.

Durante a realização das atividades, identificam-se os tabagistas que demonstram interesse no abandono de tal prática, sendo os mesmos encaminhados para outras equipes qualificadas que trabalhem ativamente em prol desses indivíduos.

A realização de intervenções voltadas à educação em saúde por meio de palestras e rodas de discussão com a finalidade de inibir comportamento de risco entre os discentes, obteve êxito em seus resultados, sendo comprovado por meio de relatos acerca da necessidade de mais intervenções em outros campi da Universidade Estadual da Paraíba.

Tais recursos metodológicos se utilizados de forma pertinente, funcionam como ferramenta de transformação social e produção de conhecimento. “O componente educacional é, portanto, imprescindível para a Promoção da Saúde, possibilitando que os indivíduos e grupos sociais ampliem seus conhecimentos a respeito dos determinantes e condicionantes de suas condições de vida e possam assumir o controle sobre eles” (OHARA; SAITO, 2014, p.460).

Em virtude das observações realizadas, pode-se constatar que houve promoção efetiva de pensamento crítico entre a comunidade acadêmica acerca de possíveis influências nocivas do consumo de tabaco. Principalmente, quando os estudantes possuem colegas com doenças respiratórias crônicas graves, como bronquite, enfisema e asma. Trazendo o entendimento dos agravos em seus quadros de saúde.

Os resultados das intervenções mostraram-se mostrado satisfatórios, a comunidade demonstra interesse na temática drogatização e partilham uns com os outros as informações ministradas, além de evidenciarem o comprometimento em inibir comportamentos de risco no ambiente universitário, em especial por ser ambiente destinado a formação de jovens. Diante destes relatos podemos atestar a importância da realização de atividades que promovam a saúde no ambiente universitário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oportunidade de participar dessa iniciativa proporcionou experiências ímpares de troca de conhecimento, além de vivências que possibilitaram identificar a educação em saúde como parte relevante no processo de combate ao consumo de drogas psicoativas e, seu poder efetivo na mudança de comportamentos.

A posição do educador possui destaque, pois o mesmo tem a possibilidade de influenciar positivamente os educandos, não apenas sendo ferramenta no processo de transmissão de conhecimento, mas facilitando o diálogo através da promoção de espaços onde o indivíduo sintá-se livre para expressar suas inquietações e expectativas num clima de informalidade e, ao mesmo tempo, seriedade. Como proposta de ferramentas pedagógicas foram escolhidas as rodas de discussão e palestras expositivas, através dos relatos, foi possível observar que as mesmas cumpriram com seu objetivo metodológico de promover reflexão por meio de provocações erigidas que puderam desvelar as percepções dos assistidos acerca da temática.

No decorrer de minha participação no projeto, uma parcela significativa, 1.344 discentes do campus I da instituição foram assistidos, e sua grande maioria manifestou apoiar sumariamente a iniciativa.

As lições aprendidas por meio das intervenções se devem ao cumprimento dos princípios da extensão de construção do diálogo aberto e capacidade de formar relações respeitando as individualidades e singularidades através da escuta, observação e compreensão do outro, respeito a posicionamentos contrários e aprendizagem no lidar com diversas opiniões.

Os assistidos evidenciaram por meio de depoimentos o entendimento acerca dos malefícios causados à saúde pelo consumo das drogas psicoativas além de comprovar a aquisição de conhecimentos acerca da proibição de seu uso no ambiente universitário.

A iniciativa dos projetos de extensão proporciona ao aluno a oportunidade de iniciar uma nova trajetória de transformação social, que surte impacto na formação acadêmica e profissional dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, A. L. P.; FRANÇA, L. G.; GOLDIM, J. R. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Rev. Bioét.**, v.23, n.2, Brasília, Mayo/Aug., 2015.

BORTOLUZZI, M. C.; CAPELLA, D. L.; TRAEBERT, J.; PRESTA, A. A. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes universitários em cidade do sul do Brasil. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.62, n.3, **Rio de Janeiro. July/Sept. 2013.**

BONILHA, A. G.; NETTO, A. R.; SICCHIERI, M. P. et al. Correlates of experimentation with smoking and current cigarette consumption among adolescents. **J. Bras. Pneumol.**, v.40, n.6, **São Paulo, Nov./Dez., 2014.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Convenção-quadro para o controle do tabaco.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2011.

CERUTTI, F.; RAMOS, S. P.; ARGIMON, I. I. L. Implicação das atitudes parentais no uso de drogas na adolescência. **Acta Colomb. Psicol.**, v.18, n.2, p.173-181, 2015.

COSTA, A.; CORTES, M.; DUARTE, A.; SENA, C.; NOGUEIRA, P. A Lei do Tabaco em Portugal: análise da mancha mediática (2010-2013). **Rev. Port. Sau. Pub.**, v.34, n.1. Lisboa. mar., 2016.

COSTA. S. B. **Perfil do consumo de álcool e tabaco entre universitários dos cursos de humanas de uma universidade pública.** Trabalho de conclusão de curso em Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba, 2014.

DÁZIO, E. M. R.; ZAGO, M. M. F.; FAVA, S. M. C. L. Use of alcohol and other drugs among male university students and its meanings. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.50, n.5, São Paulo, Sept./Oct., 2016.

ECKSCHMIDT, F.; ANDRADE, A. G.; OLIVEIRA, L. G. Comparação do uso de drogas entre universitários brasileiros, norte-americanos e jovens da população geral brasileira. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.62, n.3, p.199-207, 2013.

FREITAS, R. M.; NASCIMENTO, D. S.; SANTOS, P. S. Investigação do uso de drogas lícitas e ilícitas entre os universitários de Instituições de ensino superior (públicas e privadas), no município de Picos, Piauí. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v.8, n.2, p.79-86, May-Aug., 2012.

FERREIRA, L. N.; JÚNIOR, J. P. B.; SALES, Z. N. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n.11. Rio de Janeiro. Nov., 2013.

FAGUNDES, L. G. S.; MARTINS, M. G.; MAGALHÃES, E. M. S. et al. Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.19, n.2. Rio de Janeiro. Feb., 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 54.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GARCIA, A. F. G.; SARMENTO, D. J. S.; SANTOS, J. A. et al. Smoking among undergraduate students in the area of health. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.2, Rio de Janeiro, Feb., 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Secretaria Executiva da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco. **Convenção quadro para o controle do tabaco**: diretrizes para implementação dos artigos 5,3, 8º, 11 e 13. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. **A política nacional**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2017. Retrieved from:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/a_politica_nacional.

JUNIOR, G. A.; GAYA, C. M.; Implications of the use of alcohol, tobacco and other drugs in the university student's. **Rev. Bras Promoç. Saúde**, Fortaleza, v.28, n.1, p.67-74, jan./mar., 2015.

JORGE, J. G.; BOTELHO, C.; SILVA, A. M. C.; MOI, G. P. Influence of passive smoking on learning in elementary school. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v.92, n.3. **Porto Alegre, May./June 2016**.

MALTA, D. C.; OLIVERA, T. P.; VIEIRA, M. L. et al. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.2, **Brasília, Apr./Jun., 2015**.

MACHADO, C. S.; MOURA, T. M.; ALMEIDA, R. J. Estudantes de medicina e as drogas: evidências de um grave problema. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.39, n.1. Rio de Janeiro. Jan./Mar., 2015.

MAURY, I. T.; VETRI, M. G. S.; CALDERA, M. M. et al. Smoking behavior among third year dental students in Latin American countries: prevalence, perceptions, and risk factors. **Salud Publica Méx**, v.59, supl.1, Cuernavaca, 2017.

MICTHEL, R.; NOH,S.; HAMILTON, H. et al. The role of social factors in the use of licit drugs among university students from one university in Kingston, Jamaica. **Texto Contexto - Enferm.**, v.24, n. spe, Florianópolis, 2015.

NEMER, A. S. A.; FAUSTO, M.A.; FONSECA, V. A. S. et al. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas e desempenho acadêmico entre estudantes universitários. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v.40, n.2, São Paulo, 2013.

NETTO, B. R. Concepções de professores de IES sobre o desempenho comunicacional e expressivo articuladas à avaliação de discentes

sobre esta performance. **Rev. CEFAC**, v.15 , n.1, São Paulo, Jan./Feb., 2013. (Epub Jan 31, 2012).

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 3.ed, São Paulo, 2014.

PACHÚ, C. **O perigo do tabagismo e as drogas lícitas e ilícitas**. João Pessoa: Jornal A UNIÃO. Entrevista concedida a Bianca Dantas em 9 de março, 2014.

PAULA, J. A. A extensão universitária: história, conceito e propostas. **Interfaces - Revista de Extensão**, v.1, n.1, p.05-23, jul./nov., 2013.

PÉREZ, M. M.; CÁRDENAS J. C. C.; GONZÁLEZ, A. P. **La promoción de salud dirigida a reducir los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino**. **Rev. Med. Electrón.**, v.36, n.3, Matanzas, mayo-jun., 2014.

PORTES, L. H.; MACHADO, C. V. Convenção-quadro para o controle do tabaco: adesão e implantação na América Latina . **Rev Panam Salud Publica**, v.38, n.5, Washington, Nov., 2015.

ROMERO, E. A. C.; ROMERO, N. E. C. Juventud y universidad: sujetos y escenarios para el debate crítico y autorreflexivo sobre el consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, v.14, n.28, Bogotá, Jan/June, 2015.

SEGURA, L. S.; CÁLIZ, N. E. Illicit and licit drug consumption by U.D.C. A's college students. **Rev. Udca Actual. Divulg. Cient.**, v.18, n.2, Bogotá, July/Dec., 2015.

SOARES, M. H.; OLIVEIRA, F. S. A relação entre álcool, tabaco e estresse em estudantes de enfermagem. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v.9, n.2, p.88-94, May-Aug., 2013.

SCOTT, M.; NOH, S.; BRANDS, B. et al. A influencia de pares, familia, espiritualidad, entretenimiento y consumo de drogas en

estudantes de Universidad en Manabi, Ecuador. **Texto Contexto - Enferm.**, v.24, n.spe. Florianópolis, 2015.

SILVA, R. P.; SOUZA, P.; NOGUEIRA, D. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual, características sociodemográficas e consumo de álcool e outras drogas por estudantes. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.62, n.3. **Rio de Janeiro. July/Sept., 2013.**

SIQUEIRA, S. M. C.; JESUS, V. S.; WHITAKER, M. C. O. et al. Atividades extensionistas, promoção da saúde e desenvolvimento sustentável: experiência de um grupo de pesquisa em enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v.21, n.1, Rio de Janeiro, 2017.

SOUZA, S. E. F.; MESQUITA, C. F. B.; SOUZA, F. S. P. Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência. **Saúde Debate**, v.41, n.112, Jan/Mar., 2017.

SPIESS, M. R.; COSTA, M. C.; LAGUARDIA, J. É proibido fumar: análise de uma controvérsia sobre a exposição passiva à fumaça do tabaco. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, v.28, n.82, São Paulo, June, 2013.

TEIXEIRA, M. B.; ENGSTROM, E.M.; RIBEIRO, J. M. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde Debate**, v.41, n.112. Jan./Mar., 2017.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report**. May, 2016. United Nations publication, Sales N. E. 16.XI.7.

ZEFERINO, M. T.; HAMILTON, H.; BRANDS, B. et al. Consumo de drogas entre estudantes universitários: família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n.esp., p.125-35, 2015.

ANÁLISE LABORAL E CUSTO HUMANO NO SERVIÇO PÚBLICO

*Elaine da Silva Gomes
Clésia Oliveira Pachú*

INTRODUÇÃO

O trabalho é marcado por diversas transformações como modernização tecnológica, globalização e formas de gestão que culminam em mudanças no significado do trabalho, em seu conteúdo e natureza. O processo e organização do trabalho são formados por ritmo intenso, controle rigoroso de atividades, carga horária excessiva, profissionais que desempenham diversas funções, precariedade das relações de trabalho, entre outros (CAMPOS; DAVID, 2011).

As recentes inovações tecnológicas vêm trazendo mudanças no contexto de trabalho do serviço público brasileiro que passa por um momento de profissionalização da função pública. Na última década, uma nova dinâmica de trabalho vem inserindo novas habilidades e competências para trabalhadores no ambiente de trabalho das organizações públicas (MAFFIA; PEREIRA, 2014).

O serviço público brasileiro apresenta em seu contexto de trabalho modelo burocrático. Este, caracterizado por hierarquização e atuação em conformidade com regulamentos rotineiros predominantes nas administrações públicas como universidades, escolas, hospitais e nas redes municipal, estadual e federal. Essas organizações empregam grande quantidade de trabalhadores que convivem com insuficiência de recursos materiais, desvalorização profissional

e organização de trabalho rígida, difícil comunicação entre os níveis hierárquicos e atividades rotineiras (AMAZARRAY, 2003).

Diante das pressões e exigências no ambiente de trabalho, no qual o trabalhador é exposto, e, dos recursos psicológicos que apresenta para enfrentar as adversidades, o trabalhador poderá vir a adoecer. A organização do trabalho pode favorecer o desenvolvimento do indivíduo e do grupo, possibilitando a criatividade e essa experiência pode gerar prazer. Porém, se há inflexibilidade e rigidez nas tarefas e relações, esses fatores favorecem o aparecimento de sofrimento, acidentes de trabalho, adoecimento, desequilíbrios psíquicos e até mesmo mortes relacionadas ao trabalho (ANCHIETA et al., 2011; CAMPOS; DAVID, 2011).

De acordo com a filósofa alemã Hannah Arendt existe três atividades que caracterizam a vida e a condição humana na terra: o “labor”, o “trabalho” e a “ação”. O ser humano é composto por um conjunto de fatores que se completam como as atividades correspondentes a necessidades vitais (o labor), a necessidade de criar objetos (o trabalho) e a necessidade de buscar um ambiente propício para a condição humana (a ação) (PINTO et al., 2014).

Diante disto, faz-se necessário compreender a Ergonomia da Atividade que pressupõe que para lidar com exigências presentes no contexto de trabalho os trabalhadores criam estratégias de mediação individuais e coletivas que são utilizadas para superar as adversidades presentes no ambiente de trabalho. Caso as estratégias utilizadas sejam insatisfatórias, trabalhadores podem vivenciar sofrimento e vir a adoecer. As estratégias de mediação devem ser estimuladas para diminuição do risco de adoecimento e compreensão da situação de trabalho com intuito de transformá-las (ANTLOGA et al., 2014).

A presente pesquisa objetiva realizar uma análise laboral e de custo humano no serviço público, por meio da avaliação do contexto de trabalho, de vivências de bem-estar e risco de adoecimento dos trabalhadores.

REFERENCIAL TEÓRICO

O TRABALHO

O trabalho vai muito além de algo gerador de bens e serviços, mas como meio de aquisição de identidade e determinação de valores. Entende-se que o trabalho reflete de maneira positiva ou negativa na vida do trabalhador, tendo destaque importante a organização do trabalho e relações existentes no contexto de trabalho (CAMPOS; DAVID, 2011). O sofrimento no trabalho poderá surgir quando o trabalhador não concretiza suas aspirações, ideias, desejos. Se o trabalhador não possuir liberdade para se organizar e, adaptar-se às suas necessidades, e ainda não ter liberdade para organizar ritmos e o próprio estilo da atividade que realiza, quando não dispor de meios de defesa contra as exigências físicas e mentais, o trabalho poderá se constituir neste caso, como forma de desequilíbrio podendo ser gerador de patologias (MATTOS; SCHLINDWEIN, 2015).

A CONDIÇÃO HUMANA

De acordo com a filósofa alemã Hannah Arendt, o homem está submetido a condições, ou seja, está condicionado, pois tudo que entra em contato com o homem se torna imediatamente condição de sua existência. Ela apresenta características essenciais da natureza do homem, representando a condição humana num determinado espaço, pois sem essas características a existência deixaria de ser humana. Portanto, a vida, o nascimento, a morte, a diversidade e o planeta Terra são inerentes à condição humana (PINTO et al., 2014).

As três atividades que caracterizam a vida e a condição humana na terra são o “labor”, o “trabalho” e a “ação”. O labor corresponde ao processo biológico do corpo, garantindo a sobrevivência do indivíduo, pois as necessidades vitais são introduzidas e produzidas pelo labor no processo da vida. O trabalho produz modificação do ambiente natural, correspondendo ao artificialismo da existência humana. Proporciona a transformação da natureza por meio da criação de objetos, evidenciando a habilidade e invenção do homem. A ação, por sua vez, é a única atividade exercida diretamente pelo homem sem necessidade de intervenção, de coisas ou da matéria, por meio

da ação o homem pode demonstrar quem de fato é. A ação corresponde à condição humana de pluralidade, pelo fato de sermos todos iguais por sermos humanos, porém diferentes, porque ninguém é igual a qualquer outra pessoa que exista ou possa existir (ARENDDT, 2007).

ERGONOMIA DA ATIVIDADE

A ergonomia da atividade se caracteriza por adaptar o contexto de trabalho ao ser humano, seja ele individual ou coletivo se contrapondo às propostas das ciências do trabalho que sugerem a adaptação do homem ao seu contexto (VERAS; FERREIRA, 2006). De acordo com Antloga et al., (2014) compreende analisar os indicadores críticos existentes no ambiente de trabalho e estratégias individuais e coletivas utilizadas pelos trabalhadores como forma de intervenção para responder às exigências do ambiente de trabalho.

Para melhor compreensão da ergonomia da atividade, faz-se necessário expor seus conceitos principais:

CONTEXTO DE PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS (CPBS)

Segundo Ferreira e Mendes (2008), o Contexto de Produção de Bens e Serviços, constitui-se por três dimensões interdependentes: Organização do trabalho; Condições do trabalho e Relações socioprofissionais. O primeiro é composto por elementos prescritos apresentando formas e práticas de gestão de pessoas e do trabalho utilizadas na produção para seu funcionamento. O segundo é formado pelos fatores estruturais que expressam as condições de trabalho presentes no local de produção caracterizando sua infraestrutura, apoio institucional e práticas administrativas. E o terceiro é constituído por fatores de interação expressando as relações socioprofissionais de trabalho, caracterizando sua dimensão social.

ESTRATÉGIAS DE MEDIAÇÃO INDIVIDUAIS E COLETIVAS

Diante das exigências do Contexto de Produção de Bens e Serviços (CPBS), os trabalhadores criam estratégias individuais e coletivas, por meio do modo de pensar, agir e sentir. Desta forma, estratégias de transformação e superação das adversidades do contexto de

trabalho são fundamentais para lidar com fatores que compõem o Custo Humano do Trabalho (CHT), visando equilíbrio físico, psicológico e social (LIMA, 2008).

CUSTO HUMANO DO TRABALHO

De acordo com Lima (2008) impõe-se externamente aos trabalhadores por intermédio de constrangimentos para suas atividades, gerido por meio de estratégias de mediação individuais e coletivas, podendo assumir formas positivas e negativas que estarão ligadas às vivências de bem-estar e mal-estar no trabalho. É caracterizado pelas exigências físicas, cognitivas e afetivas para dar conta das atividades:

- Exigências físicas: Apresenta-se pelo custo corporal em termos fisiológicos e biomecânicos por meio da postura, gesto, deslocamento e força física.
- Exigências afetivas: Caracteriza-se pelo custo afetivo em termos emocionais por intermédio de reações afetivas, sentimentos e estados de humor.
- Exigências cognitivas: Compreende-se pelo custo cognitivo em termos mentais por meio da aprendizagem, resolubilidade de problemas e tomada de decisão.

Em situações reais de trabalho, exige-se do trabalhador a realização de diversas atividades ordenadas pela organização, elas compõem a prescrição, porém as atividades realizadas são definidas como ação para executar o determinado e nem sempre correspondem ao pré-determinado. Portanto, entre o prescrito (tarefa) e o realizado, real (atividade), existe distanciamento, pois o trabalhador se depara com a realidade do trabalho e percebe que existem eventos complexos não previstos, que podem ser chamados de eventos críticos (ANTLOGA et al., 2013).

Apesar das dificuldades imprevistas, o trabalhador precisa realizar atividades e obter estratégias que atendam às exigências do Contexto de Produção de Bens e Serviços. Isto implica em Custo Humano do Trabalho nas dimensões física, cognitivas e afetivas. Quando há eficácia nas estratégias de mediação utilizadas, há vivências de bem-estar no trabalho, porém se as estratégias forem ineficazes, há risco de adoecimento (LIMA, 2008).

INVENTÁRIO SOBRE TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO (ITRA)

Avalia a inter-relação trabalho e processo de subjetivação, o contexto de trabalho e consequências exercidas por ele sobre a saúde e o modo como o trabalhador vivencia. Desta forma, o ITRA objetiva investigar o trabalho e seus riscos de adoecimento por intermédio de aspectos contextuais de trabalho e de exigências (físicas, cognitivas e afetivas), vivências e danos (ANCHIETA et al., 2011).

O instrumento foi criado e validado por Ferreira e Mendes (2003). Na primeira versão do instrumento foi realizada pesquisa nacional em parceria com a Federação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social Brasileira, com 1.916 auditores. Em 2004 foi novamente adaptado e revalidado, e posteriormente submetido à nova validação em 2006 por necessidade de ajustes (FERREIRA; MENDES, 2007).

Segundo Ferreira e Mendes (2007) o ITRA avalia dimensões da relação entre trabalho e riscos de adoecimento, por meio de quatro escalas, são elas: Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho; Escala de Custo Humano no Trabalho; Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho; Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho. A seguir serão descritas as duas escalas utilizadas nesta pesquisa:

- Aspectos relacionados à organização, relações socioprofissionais e condições de trabalho. Essa categoria é avaliada pela Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT);
- Aspectos relacionados ao custo físico, cognitivo e afetivo do trabalho. Esta categoria é avaliada pela Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT).

A Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) é composta por três fatores: organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais. Apresenta uma pontuação de 1 a 5, ao qual 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre. Sua análise deve ser realizada por fator, baseando-se em três níveis diferentes. Desta forma, considera-se como resultado para EACT: acima de 3,70 = *avaliação mais negativa, grave*; Entre 2,30 e 3,69 = *avaliação mais moderada, crítico*; Abaixo de 2,29 = *avaliação*

mais positiva, satisfatório. A seguir, a Tabela 1 apresenta as médias atribuídas para melhor visualização.

Tabela 1 - Médias atribuídas para a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)

Acima de 3,70	Avaliação mais negativa, grave
Entre 2,30 e 3,69	Avaliação mais moderada, crítica
Abaixo de 2,29	Avaliação mais positiva, satisfatória

Fonte: Ferreira; Mendes (2007).

A Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT) é composta por três fatores: custo físico, cognitivo e afetivo. Apresenta pontuação de 1 a 5, onde 1 = nada exigido, 2 = pouco exigido, 3 = mais ou menos exigido, 4 = bastante exigido, 5 = totalmente exigido. Assim, a escala anterior é composta por três fatores com três diferentes níveis. Como resultado para a ECHT, tem-se os mesmos utilizados para a EACT: acima de 3,70 = *avaliação mais negativa, grave*; entre 2,30 e 3,69 = *avaliação mais moderada, crítico*; Abaixo de 2,29 = *avaliação mais positiva, satisfatório*. As médias estão dispostas na Tabela 2 para melhor visualização.

Tabela 2 - Médias atribuídas para a Escala de Custo Humano do Trabalho(ECHT)

Acima de 3,70	Avaliação mais negativa, grave
Entre 2,30 e 3,69	Avaliação mais moderada, crítica
Abaixo de 2,29	Avaliação mais positiva, satisfatória

Fonte: FERREIRA; MENDES (2007).

METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza transversal descritiva de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em uma instituição pública de ensino superior localizada na cidade de Campina Grande, Paraíba, no segundo semestre de 2014. Foram sujeitos 55 servidores públicos em função técnica-administrativa. Os servidores realizavam suas atividades no prédio da administração central da instituição e

aceitaram participar de forma voluntária da pesquisa.

A amostra foi composta a partir de estratégia acidental não-probabilística (MATTAR, 2012), formada pelo maior número de participantes que tinham disponibilidade em participar da pesquisa. Desta forma, participaram 55 servidores técnico-administrativos, de ambos os sexos, de setores distintos em pleno exercício da função e que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram respeitados aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a *Resolução* nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UEPB, sob o número 36628014.1.0000.5187.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos para caracterizar a população da pesquisa:

DADOS DEMOGRÁFICO-OCUPACIONAIS

Foi utilizada Ficha Sociodemográfica na coleta de informações relativas ao perfil biográfico e sócio ocupacional (idade, estado civil, nível de instrução escolar, tempo de trabalho), a fim de caracterizar a amostra.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO (EACT)

É composta por 30 itens associados a uma escala de resposta de cinco pontos de frequência, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). Os itens avaliam a Organização do Trabalho (11 itens), as Condições de Trabalho (10 itens) e as Relações Socioprofissionais (10 itens). Sua análise realizada por fator, baseia-se em três níveis diferentes. Desta forma, é considerado como resultado para a EACT: acima de 3,70 = avaliação mais negativa, grave; Entre 2,30 e 3,69 = avaliação mais moderada, crítico; Abaixo de 2,29 = avaliação mais positiva, satisfatório.

ESCALA DE CUSTO HUMANO DO TRABALHO

A ECHT é composta por 32 itens associados a uma escala de resposta de cinco pontos, variando de 1 (nada exigido) a 5 (totalmente exigido). Os itens mensuram o Custo Físico (10 itens), o Custo Cognitivo (10 itens) e o Custo Afetivo (12 itens). Como resultado para a ECHT, tem-se: acima de 3,70 = avaliação mais negativa, grave; Entre 2,30 e 3,69 = avaliação mais moderada, crítico; Abaixo de 2,29 = avaliação mais positiva, satisfatório.

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

As respostas do questionário foram tabuladas na forma de banco de dados no Microsoft Excel (2010). Foi calculada a média de cada item do questionário. Em seguida, realizou-se a soma das médias apresentadas pelos itens e a divisão do resultado pela quantidade de itens do fator, obteve-se a média de cada fator, fez-se a comparação com as médias estabelecidas pelo autor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Este estudo integra uma amostra de 55 servidores públicos em função técnica-administrativa de ambos os sexos de uma universidade pública de Campina Grande, Paraíba, realizada no prédio da administração central da instituição.

Ao final da tabulação e análise dos dados foi possível observar que (65,45%), e (34,55%) da população estudada pertence ao sexo masculino e feminino, respectivamente, podendo ser comparado ao estudo realizado por Anchieta (2011) com Policiais Civis do Distrito Federal onde houve prevalência do sexo masculino com 59,4% e 40,6% do sexo feminino.

Quanto à faixa etária, percebe-se que é formada por adultos jovens com (41,85%) entre 20 a 30 anos de idade, seguido pela faixa etária de 31 a 40 anos que correspondeu à (27,25%), apresentando divergência com o estudo realizado por Martins (2009) com docentes de uma Instituição de Ensino Superior de Belo Horizonte, onde a faixa etária de 36 a 40 anos correspondeu a 24,0%, seguido pela faixa

etária de 31 a 35 anos com 21,7%.

No referente ao estado civil, houve prevalência de servidores casados (49%), seguido por servidores solteiros (41,80%), diferindo do estudo realizado por Anchieta et al., (2011) no qual 71,3% eram solteiros enquanto 28,8% eram casados.

No quesito grau de escolaridade, observou-se que os servidores apresentam nível elevado, com especialização completa correspondendo a (38,15%), seguida por servidores com superior completo (34,55%). Estes dados apresentam divergência com o estudo realizado por Martins (2009), onde 48,1% dos trabalhadores têm mestrado completo. A predominância em relação ao tempo de trabalho dos servidores na instituição, de 1 a 5 anos com (52,74%), seguido por servidores que trabalham de 6 a 10 anos correspondendo a (27,24%), divergindo do estudo realizado por Martins (2009), onde 74,5% da amostra realizada lecionam há mais de seis anos.

A caracterização do percentual dos dados sociodemográficos e ocupacionais coletados na amostra estão dispostos na Tabela 3 para melhor visualização e entendimento dos resultados.

Tabela 3 - Dados sociodemográficos e ocupacionais dos servidores técnico-administrativos de uma universidade pública

Variáveis	Categoria	N	%
Sexo	Masculino	36	65,45
	Feminino	19	34,55
Faixa Etária	20 a 30	23	41,85
	31 a 40	15	27,25
	41 a 50	8	14,55
	Acima de 50	9	16,35

Estado Civil	Solteiro (a)	23	41,80
	Casado (a)	27	49,00
	Separado (a)	0	0,0
	Divorciado (a)	4	7,25
	Viúvo (a)	1	1,95
Nível de Escolaridade	Superior Completo	19	34,55
	Especialização	21	38,15
	Completa	3	5,45
	Especialização	2	3,65
	Incompleta	4	7,25
	Mestrado Completo	1	1,85
	Mestrado Incompleto	5	9,05
	Doutorado Incompleto		
Não responderam			
Tempo de Trabalho	Menos de 1 ano	3	5,44
	De 1-5 anos	29	52,74
	De 6-10 anos	15	27,24
	De 11-15 anos	0	0,0
	De 16-20 anos	1	1,84
	Mais de 20 anos	7	12,74

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

INVENTÁRIO DO TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO

A Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho e a Escala de Avaliação do Custo Humano no Trabalho são classificadas quanto ao risco de adoecimento em: Média acima de 3,70 (avaliação mais negativa,

grave); Média entre 2,30 e 3,69 (avaliação mais moderada, crítico); Média abaixo de 2,29 (avaliação mais positiva, satisfatório).

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO

A Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) é composta pelos fatores: organização do trabalho, relações socioprofissionais e condições de trabalho.

A Tabela 4 apresenta as médias de cada um dos fatores do estudo realizado.

Tabela 4 - Fatores da avaliação do contexto de trabalho dos servidores técnico-administrativos de uma universidade pública

Fator	Média
Organização do Trabalho	2,60
Condições de Trabalho	2,18
Relações Socioprofissionais	1,99

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A média do fator Organização do Trabalho apresentada foi de 2,60 ficando na faixa de avaliação *mais moderada à crítica*, evidenciando de acordo com a avaliação dos servidores a possibilidade de adoecimento. Os itens “as tarefas são repetitivas”, “existe fiscalização do desempenho” e “existe divisão entre quem planeja e quem executa” apresentaram as maiores médias do fator, correspondendo, 3,36, 3,05 e 2,89, respectivamente, recebendo avaliação moderada à crítica. Tal avaliação se mostra semelhante ao estudo realizado por Antloga et al. (2014) com 383 servidores de diferentes lotações de um órgão do Poder Judiciário Brasileiro, onde o fator Organização do Trabalho recebeu avaliação moderada à crítica, com média de 3,25.

No que se refere ao fator Condições de Trabalho, a média calculada foi de 2,18, recebendo avaliação *mais positiva e satisfatória*. Pela avaliação obtida, as condições de trabalho são satisfatórias e oferecem baixo risco para o adoecimento dos profissionais. O item “o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado” e “o material de consumo é insuficiente” receberam avaliação mais moderada, crítica

com médias de 2,82 e 2,53, respectivamente. O item “os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas” apresentou avaliação mais positiva, satisfatória com média de 2,25. A média do fator Condições de Trabalho do presente estudo se mostra diferente da avaliação realizada por Maissiat (2013) com 242 trabalhadores da rede de Atenção Básica à Saúde em um município do Rio Grande do Sul, no qual o fator Condições de Trabalho obteve média 2,65 correspondendo à avaliação moderada à crítica.

No fator Relações Socioprofissionais, verificou-se avaliação *mais positiva e satisfatória*, com média de 1,99. De acordo com a avaliação as relações sociais e profissionais existentes mostram-se satisfatórias gerando bem-estar durante a realização das atividades. O item com maior média foi “as tarefas não são claramente definidas”, com 2,46 e avaliação mais moderada, crítica. Os itens “os funcionários são excluídos das decisões” e “a autonomia é inexistente”, obtiveram média de 2,21 e 2,20, respectivamente, recebendo avaliação mais positiva e satisfatória. Observa-se discrepância em relação ao estudo realizado por Campos e David (2011) com 44 enfermeiros trabalhadores de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado do Rio de Janeiro, onde o fator Relações Socioprofissionais recebeu média de 2,47 e avaliação moderada à crítica.

ESCALA DE CUSTO HUMANO DO TRABALHO

A Escala de Avaliação Custo Humano do Trabalho (ECHT) é composta pelos fatores: custo físico, custo cognitivo e custo afetivo. A Tabela 5 apresenta as médias de cada um dos fatores do estudo realizado.

Tabela 5 - Fatores da avaliação de custo humano do trabalho dos servidores técnico-administrativos de uma universidade pública

Fator	Média
Custo Cognitivo	3,12
Custo Físico	2,08
Custo Afetivo	2,03

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O fator custo cognitivo foi avaliado como *mais moderado, crítico*, com média de 3,12. Esta avaliação indica um alto consumo mental para responder às exigências presentes no contexto de trabalho. De acordo com Anchieta et al., (2011) o custo humano relativamente alto pode gerar problemas a longo prazo. O item “usar a memória” recebeu avaliação mais negativa e grave, com média de 3,71. Os outros itens como “ter concentração mental” e “usar a visão de forma contínua” receberam avaliação mais moderada, crítico com média de 3,42 e 3,33. Tal avaliação difere do estudo realizado por Martins (2009) com docentes de uma instituição privada de Belo Horizonte, ao qual o fator custo cognitivo recebeu avaliação mais negativa, grave com média de 3,76.

A média do fator custo físico é de 2,08, ficando na faixa de avaliação *mais positiva e satisfatória*. Esta avaliação evidencia que os modos de lidar com as contradições típicas das situações reais de trabalho, ou seja, as estratégias de mediação estão permitindo que o servidor possa dar conta do real das tarefas sem adoecer. Os itens “usar os braços de forma contínua”, “usar as mãos de forma repetida” e “ficar em posição curvada”, receberam as maiores médias correspondendo a 2,68, 2,64 e 2,44, respectivamente, correspondendo com avaliação mais moderada, crítica. Constatou-se que a média do fator Custo Cognitivo, pode ser comparada ao estudo com trabalhadores de um órgão do Poder Judiciário brasileiro realizado por Antloga et al., (2014) ao qual o fator custo físico recebeu avaliação mais positiva, satisfatória com média de 2,01.

O fator custo afetivo obteve avaliação *mais positivo e satisfatório*, com média de 2,03, evidenciando que as estratégias de mediação utilizadas pelos servidores no quesito emocional são eficazes e que este fator não mostra possibilidade de adoecimento. Itens como “ter controle das emoções”, “ter que lidar com ordens contraditórias”, receberam avaliação mais moderada e crítica, com médias 2,80 e 2,60, respectivamente. Esta avaliação mostra-se diferente do estudo realizado por Anchieta et al., (2011) com policiais civis do DF, onde o fator custo afetivo apresentou uma média de 2,79 recebendo avaliação mais moderada e crítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a amostra estudada se constitui majoritariamente de indivíduos do sexo masculino (65,45%); com relação à faixa etária, (41,85%) da totalidade da amostra tem entre 20 a 30 anos de idade correspondendo; Quanto ao grau de escolaridade, houve prevalência de servidores com especialização completa com (38,15%).

Na Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, o fator Organização do Trabalho recebeu avaliação mais moderada, à crítica com média de 2,60. Os itens “as tarefas são repetitivas”, “existe fiscalização do desempenho” e “existe divisão entre quem planeja e quem executa” apresentaram as maiores médias do fator, correspondendo a 3,36, 3,05 e 2,89, respectivamente, recebendo avaliação moderada à crítica, evidenciando o risco de adoecimento presente no ambiente de trabalho.

Na Escala de Custo Humano do Trabalho o fator custo cognitivo foi avaliado como mais moderada à crítica, com média de 3,12. O item “usar a memória” recebeu avaliação mais negativa e grave, com média de 3,71. Os outros itens como “ter concentração mental” e “usar a visão de forma contínua” receberam avaliação mais moderada, crítico com média de 3,42 e 3,33.

De forma geral, os resultados encontrados não indicam problemas graves relacionados à saúde dos servidores. Porém, os fatores organização do trabalho e custo cognitivo merecem atenção devido às avaliações mais críticas.

O Inventário do Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA), cujo objetivo foi avaliação laboral e seu custo humano em servidores técnico-administrativos, mostrou-se eficaz, apresentando os indicadores críticos relacionados ao trabalho dos indivíduos que participaram do estudo. Os resultados apresentados poderão servir de base para intervenções que mudem a atual realidade do contexto de trabalho vivenciada pelos servidores da instituição e conseqüentemente beneficiem a saúde dos mesmos gerando prazer e bem-estar durante o processo de realização dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

AMAZARRAY, M. R. **Trabalho e adoecimento no serviço público: LER/DORT e articulações com o modo de gestão tecnoburocrático.** 2003.120p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

ANCHIETA, V. C. C. et al. Trabalho e riscos de adoecimento: um estudo entre policiais civis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Brasília, v.27, n.2, 2011.

ARENDT, H. A condição humana. Trad. Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense, 2007, p.15-16.

ANTLOGA, C. S. et al. Contexto de trabalho e custo humano no trabalho em um órgão do poder judiciário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.19, n.12, 2014.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. S. L. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v.45, n.2, 2011.

LIMA, H. K. B. **Gestão de pessoas e qualidade de vida no trabalho no contexto do poder legislativo do Distrito Federal.** 2008. 113p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

MAFFIA, L. N.; PEREIRA, L. Z. Estresse no trabalho: estudo com gestores públicos do Estado de Minas Gerais. **Revista Eletrônica de Administração.** Porto Alegre, v.20, n.3, 2014.

MAISSIAT, G. S. **Prazer e sofrimento de trabalhadores da atenção básica da saúde à luz da teoria da psicodinâmica do trabalho.**

2013, 114p, Dissertação
(Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MARTINS, A. A. V. **Vivências de prazer e sofrimento no trabalho docente**: um estudo em uma instituição de ensino superior de Belo Horizonte. 2009, 167p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-graduação em Administração, Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2009.

MATTAR, F. N. Pesquisa de Marketing. Edição Compacta, 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MATTOS, C. B. M.; SCHLINDWEIN, V. L. C. Excelência e produtividade: novos imperativos de gestão no serviço público. **Psicologia & Sociedade**. Belo Horizonte, v.27, n.2, 2015.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. **Contexto de trabalho**. Porto Alegre RS: Artmed, 2008.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. Casa Psi Livraria: Editora e gráfica Ltda., 2007.

PINTO, V. L. X. et al. Labor, trabalho e ação: elementos pertinentes aos conceitos arendtianos em relatos autobiográficos de trabalhadores do setor de transportes. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.23, n.4, 2014.

VERAS, V. S.; FERREIRA, M. C. Lidar com gente é muito complicado: relações socioprofissionais de trabalho e custo humano da atividade em teleatendimento governamental. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v.31, n.114, 2006.

AVALIAÇÃO DA SAÚDE DE DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

*Jessika Emanuela Batista Viana
Clésia Oliveira Pachú*

INTRODUÇÃO

O trabalho é considerado um elemento central, por meio do qual o indivíduo desenvolve habilidades, constrói sua identidade e promove sua integração social. Em toda a história da humanidade, o trabalho sempre aparece como um elemento importante quando se analisa transformações políticas e sociais. O homem, desde o tempo das civilizações mais primitivas, até o que vive no auge da área técnico-científica, atribui o trabalho como parte de sua existência (ARAÚJO; SACHUK, 2007).

A Revolução Industrial favoreceu o desenvolvimento de novas indústrias, com novos produtos e mudanças nas condições de trabalho (BRASIL, 2002). Neste contexto, o profissional se insere como um operador dessas tecnologias, e é submetido a exigências físicas, atividades pré-determinadas, com movimentos restritos, repetitivos e danosos à saúde (BARBOSA; CARNEIRO; DELBIN; HUNGER, 2014). Dentro deste cenário surge a Saúde Ocupacional, com características e organização de equipes multi e interdisciplinar, com ênfase na higiene e na estratégia de intervir dentro dos locais de trabalho, com o propósito de controlar os riscos ambientais (SOUZA, 2014).

No Brasil, a Saúde do Trabalhador é identificada a partir dos anos

80, destacando-se como uma nova forma de pensar sobre o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho. Surge, nesta época, as novas práticas sindicais seguidas das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs). Em 1988, uma série de discussões levou à inclusão da temática na Constituição Federal. A partir disso, a denominação Saúde do Trabalhador foi incorporada na nova Lei Orgânica da Saúde, que estabelece sua conceituação e competências no Sistema Único de Saúde (SOUZA, 2014).

Nos dias atuais, vemos uma intensa e crescente preocupação com os agravos à saúde dos trabalhadores, sejam aos agravos causados pelo custo humano requerido no ambiente de trabalho ou pelos danos físicos causados por esse ambiente. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define doenças laborais como aquelas contraídas por meio da exposição a algum fator de risco relacionado ao trabalho. As mais comuns são pneumoconiose; distúrbios musculoesqueléticos e mentais (OIT, 2013).

No caso dos docentes existem exigências específicas que favorecem o desenvolvimento de psicopatologias como, por exemplo, a necessidade de atualização constante, o cumprimento de prazos, a pressão para acompanhar o avanço do conhecimento, a necessidade de desdobrar-se em leituras para preparação de aulas, correção de trabalhos, participação em comissões, pressão para publicação de pesquisa e outras (SANCHES; SANTOS, 2013).

A exigência de maior produtividade, pressão do tempo e aumento da complexidade das tarefas, produz situações de repercussão negativa sobre a saúde e estão estatisticamente associadas ao estresse, insatisfação no trabalho e síndrome de burnout. Tais condições se situam na direção contrária dos valores e condutas esperadas para educação. Impedindo diversas vezes que sejam postas em prática as habilidades necessárias ao docente como ser transformador, usar sua criatividade e ser capaz de propiciar desenvolvimento do aluno em seu sentido mais amplo (GIANNINI, 2013).

Na Universidade Estadual da Paraíba, existe atualmente um Núcleo destinado a estudar a saúde do trabalhador. Esta pesquisa, exploratória e descritiva, focaliza-se no trabalho dos docentes do Campus I da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). O interesse

nesses estudos se justifica porque existem vidas humanas no trabalho e a vida de cada um é patrimônio da humanidade. O objetivo foi avaliar a saúde com base nas relações entre o contexto de trabalho e os riscos à saúde dos citados profissionais.

Nesta pesquisa foi utilizada uma Ficha Sociodemográfica, para coletar informações relativas ao perfil demográfico e sócio ocupacional e o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Para o estudo foi sujeita uma amostra de 82 docentes. Durante a coleta de dados foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser docente efetivo, estar disponível para responder ao questionário e atuar por no mínimo um ano, no campus I da Universidade Estadual da Paraíba. Os critérios de exclusão foram: docentes não efetivos, docentes afastados de suas funções e professores que não desempenham sua função no Campus

REFERENCIAL TEÓRICO

SAÚDE DO TRABALHADOR Nas décadas de 30 e 40 do século passado, houve o crescimento da tecnologia industrial, mudanças de processos de trabalho, fazendo com que, crescessem consideravelmente os agravos à saúde e mortes no trabalho. Dessa forma, a Medicina do Trabalho se tornasse insuficiente para manter um indivíduo saudável e capaz de reproduzir a força de trabalho exigida (KARINHO; MARTINS; BOBROFF, 2011). Dentro deste contexto, surge a Saúde Ocupacional, com características e organização de equipes multi e interdisciplinar, com ênfase na higiene e refletindo a origem histórica dos serviços médicos (SOUZA, 2014)

No Brasil, a Saúde do Trabalhador é identificada a partir dos anos 80, destacando-se como uma nova forma de pensar sobre o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho (SOUZA, 2014). Seus antecedentes históricos estão relacionados à luta dos trabalhadores pelo direito à saúde, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira com influências do Movimento Operário Italiano (LEÃO; CASTRO, 2013). Em 1988, ocorreu a inclusão da temática na Constituição Federal e a denominação Saúde do Trabalhador foi incorporada na nova Lei Orgânica da Saúde (SOUZA, 2014)

Atualmente, alguns dispositivos assumem notoriedade e

relevância, principalmente após a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), como é o caso dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) (LEÃO; CASTRO, 2013). Os Cerests visam à organização da atenção à saúde do trabalhador dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando em nível secundário de atenção, agregando maior tecnologia à vigilância prestada aos trabalhadores e articulando ações de assistência e prevenção nos locais de trabalho e em ambientes hospitalares (ACQUES; MILANEZ; OLIVEIRA, 2012).

A saúde do trabalhador é um campo de atuação do SUS que pode ser entendida como parte do escopo das ações da vigilância sanitária e epidemiológica, possuindo uma enorme relação com o cenário e as condições onde o trabalho é exercido (SANOS JÚNIOR et al., 2015). Sabe-se que os trabalhadores adoecem e morrem por causas relacionadas ao trabalho, como consequência direta das atividades profissionais que exercem ou exerceram ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado (CAVALCANTE; SANTOS, 2014).

Em 2013, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estimou que 160 milhões de trabalhadores são atingidos, anualmente, por doenças ocupacionais no mundo. Sendo 2 milhões o número de pessoas que morrem de doenças e/ou acidentes ocorridos no ambiente de trabalho. A OIT também estimou que os acidentes de trabalho e as doenças profissionais resultam em uma perda anual de 4% no produto interno bruto (PIB) mundial, cerca de 2,8 bilhões de dólares, em custos diretos e indiretos relacionados a lesões e doenças (OIT, 2013).

Mesmo sendo classificado como quarto lugar quanto ao risco de morte no trabalho, no Brasil, percebe-se ainda a ausência de informações precisas sobre os agravos relacionados ao trabalho que constituem graves problemas de Saúde Pública (OIT, 2013). A escassez e a inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e a implementação das ações em Saúde do Trabalhador, além de privar a sociedade de subsídios importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho (CAVALCANTE;

SANTOS, 2014).

DOCENTES UNIVERSITÁRIOS

A docência é uma das profissões mais antigas e menos valorizadas, os problemas decorrentes dela, acompanham-na desde os primórdios (KOETZ; REMPEL, 2013). A investigação do trabalho do professor, em qualquer lugar do mundo, pode ser a chave para a transformação das desigualdades no país e para seu crescimento (OLIVEIRA; SANTO, 2013). No caso dos docentes universitários, sabe-se que eles são os responsáveis pela formação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento (KOETZ; REMPEL, 2013).

Percebe-se que o trabalho toma uma dimensão fundamental para os professores. Por tratar-se de uma profissão em que a cultura e o reconhecimento social são preponderantes, ainda mais em se tratando de docentes de Instituições de Ensino Superior (IES) (KOETZ; REMPEL, 2013). Sabe-se, no entanto, que o trabalho possui um duplo papel, por um lado proporciona a valorização e o desenvolvimento intelectual, social e financeiro, também aumenta a expectativa e a qualidade de vida. Por outro lado pode gerar adoecimento, encurtar a vida e levar à morte (SANCHES; SANTOS, 2013).

As responsabilidades de um professor de instituições de nível superior envolvem cobranças como, por exemplo, a necessidade de atualização constante, o cumprimento de prazos, a pressão para acompanhar o avanço do conhecimento, leituras, correção de trabalhos, publicações de pesquisa, etc. Estas exigências causam danos à saúde decorrentes da má postura, uso inadequado da voz, má alimentação, estresse, entre outros (SANCHES; SANTOS, 2013).

A despreocupação com um ambiente de trabalho propício para o bem-estar, produtividade e para o desenvolvimento das habilidades e valores necessários ao docente reflete-se, em doenças ocupacionais, mentais, físicas e em déficit na educação, além de repercutir financeiramente. Sabe-se que as doenças ocupacionais resultam em custos muito elevados em termos de saúde e bem-estar para indivíduos e também é responsável por custos financeiros, redução da capacidade de trabalho e aumento de taxas de absenteísmo (BALASSIANO, 2011).

No Brasil, a literatura sobre as condições de trabalho docente e saúde ainda é restrita, principalmente com relação aos docentes em IES (SOUZA, 2014). Identifica-se a necessidade de estudos que possam angariar informações sobre o perfil dos docentes e a ocorrência dos agravos relacionados ao trabalho, para que se possa subsidiar ações no campo da Saúde do Trabalhador direcionada a esta população e permitir o planejamento e organização de estratégias de educação e prevenção.

METODOLOGIA

TIPO DE PESQUISA

Tomando por base a classificação de Gil (1987), a presente pesquisa de campo é de caráter exploratório e descritivo, pois visa tornar o fenômeno mais explícito e analisar sua ocorrência, estabelecendo relações entre as principais variáveis do estudo (contexto de trabalho, custo humano e danos físicos e psicossociais), sem manipulá-las.

AMOSTRA E LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nos departamentos da Universidade Estadual da Paraíba (Campus I), o qual está localizado na Rua Baraúnas, n.351, Bairro Universitário, em Campina Grande, Paraíba. Para o estudo foram sujeitos uma amostra de 82 docentes. Durante a coleta de dados foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser docente efetivo, estar disponível para responder ao questionário e atuar por no mínimo um ano, no campus I da Universidade Estadual da Paraíba. Os critérios de exclusão foram: docentes não efetivos, docentes afastados de suas funções e professores que não desempenham sua função no Campus

INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foi utilizada uma **Ficha Sociodemográfica** para coletar informações relativas ao perfil biográfico e sócio ocupacional (idade, estado civil, nível de instrução escolar, tempo de serviço, entre outros), a fim de caracterizar a amostra.

Também foi utilizado o **Inventário sobre Trabalho e Riscos de**

Adoecimento – ITRA. Esse instrumento foi construído e validado por Ferreira e Mendes (2003) em pesquisa nacional com auditores fiscais da Previdência Social Brasileira, sendo posteriormente adaptado e validado com outras amostras ocupacionais (MENDES; FERREIRA, 2007). Os autores recomendam seu uso para fins de diagnóstico ocupacional e para pesquisas acadêmicas voltadas para melhoria da saúde e qualidade de vida do trabalhador. O ITRA, em seu formato completo, é composto por quatro escalas que mensuram distintas e interdependentes modalidades de representações dos respondentes relativas ao mundo do trabalho, sendo que na presente pesquisa apenas três escalas serão utilizadas, sendo estas descritas a seguir.

A primeira, denominada de Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) reúne 31 itens que variam de 1 a 5 pontos, distribuídos em três fatores: F1) Organização do Trabalho, que diz respeito à divisão e conteúdo das tarefas, normas, controle e ritmos de trabalho; F2) Condições de Trabalho, referente à qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e material disponibilizado para a execução da tarefa e; F3) Relações Socioprofissionais, referente aos modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional.

A segunda, denominada de Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT) é formada por 32 itens que variam de 1 a 5 pontos, distribuídos em três fatores: F1) Custo Físico, relativo ao dispêndio fisiológico imposto ao trabalhador pelas características do contexto produtivo; F2) Custo Cognitivo, que indica o dispêndio intelectual para a aprendizagem, resolução de problemas e tomada de decisão no trabalho e; F3) Custo Afetivo, que aborda o dispêndio emocional sob a forma de reações afetivas, sentimentos e de estado de humor.

PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Deu-se início a após recebimento da aprovação do Conselho de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Cada participante respondeu aos questionários no próprio local de trabalho. Antes de receber os protocolos, todos foram informados sobre os objetivos e os aspectos éticos da pesquisa. Feito isto, os pesquisadores solicitaram o preenchimento do protocolo e permaneceram no local

para esclarecer eventuais dúvidas. O tempo gasto para responder todas as questões foi de aproximadamente 15 minutos. Participaram da pesquisa os docentes de ambos os sexos que estiverem em pleno exercício da função e que aceitarem assinar o termo de concordância (TCLE) em duas vias, ficando uma em posse do participante, outra, do (a) pesquisador (a).

ANÁLISE DOS DADOS

As respostas contidas nos questionários foram digitadas na forma de banco de dados do SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) e, em seguida, foram extraídas as estruturas fatoriais das escalas EACT e EADRT e examinado a consistência interna dos fatores. Por fim, foram efetuadas as análises descritivas para delinear o perfil sociodemográfico da amostra e observar os indicadores descritivos da distribuição dos escores individuais obtidos em cada fator.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Serão respeitados os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS. Serão obedecidos os princípios éticos da Declaração de Helsinque, onde os sujeitos serão informados dos procedimentos, resultados e da liberdade de saírem da pesquisa sem ônus a qualquer momento. Assim, a concordância será registrada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos.

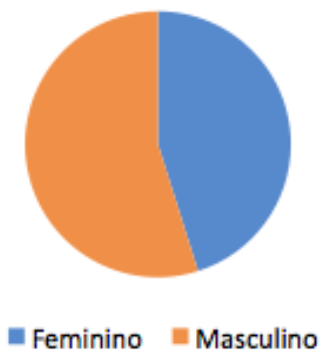
RESULTADOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Integra este estudo uma amostra de 82 docentes de uma Instituição Pública de Ensino Superior. Em relação ao sexo, 37 pessoas referiram (45,1%) ser do sexo feminino e 45 pessoas (54,9%) do sexo masculino (Gráfico 1). Quando indagados sobre a idade, a faixa etária mais representativa foi acima de 50 anos (39%) seguidos de 46 a 50 com 25,6% (Gráfico 2). As faixas etárias entre 36 a 40 e 41 a 45 obtiveram o percentual de 13,4% e 18,3% respectivamente. Os menores índices

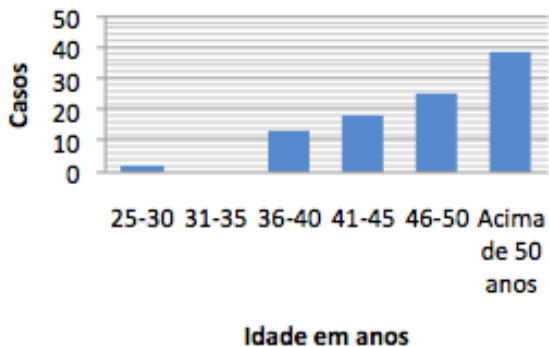
ficaram com as idades entre 25 e 30 (2,4%) e 31 e 35 (1,2%), como mostrado no Gráfico. Quanto ao estado civil, 19,5% afirmaram estarem solteiros, 2,4% separados, 14,6% divorciados, 4,9% viúvos e 58,5% afirmaram ser casadas, o gráfico 3 mostra esta relação.

Gráfico 1 - Perfil da amostra segundo o sexo.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Gráfico 2 - Perfil da amostra segundo faixa etária.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

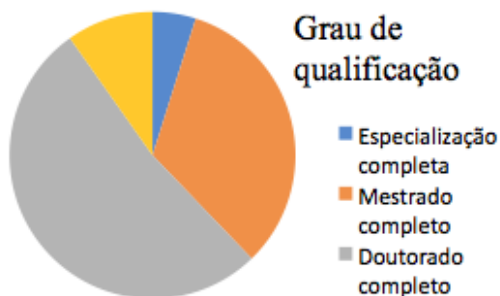
Gráfico 3 - Perfil da amostra segundo estado civil.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

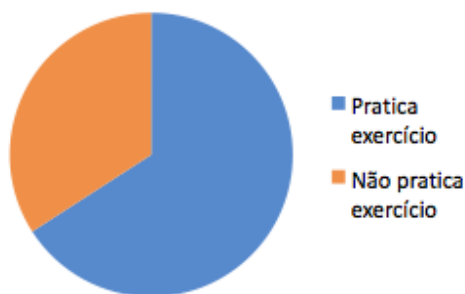
Segundo o grau de qualificação (Gráfico 4), 4,9% dos pesquisados afirmaram ter especialização completa, 32,9% afirmaram ter mestrado completo, 52,4% afirmaram ter doutorado completo e 9,8% informaram ter doutorado incompleto e nenhum dos respondentes afirmou ter mestrado incompleto. E, quando perguntados sobre a prática de esportes, 65,9% afirmaram praticar, enquanto 34,1% responderam que não realizam atividade física (Gráfico 5).

Gráfico 4 - Perfil da amostra segundo grau de qualificação.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Gráfico 5 - Perfil da amostra segundo prática de atividade física.



Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Em relação ao local de trabalho 86% afirmaram que realizam suas atividades apenas em universidade pública enquanto 14% informaram trabalhar em universidade pública e privada. Quando indagados sobre o turno de trabalho, 73,2% exercerem suas funções nos dois turnos, 20,7% nos três turnos e 6,1% em apenas um turno. Quanto ao tempo de trabalho, 35,1 estão trabalhando há mais de 20 anos. Em se tratando do turno de trabalho 73,7% afirmaram trabalhar dois turnos (Tabela 1).

Tabela 1- Perfil da amostra segundo local de trabalho, turno e tempo na instituição

Variável	Categoria	Nº	%
Local de trabalho	Apenas em instituição pública	70	85,4
	Em instituição pública e privada	12	14,6
Turno de trabalho	Apenas um turno	5	6,1
	Dois turnos	60	73,2
	Três turnos	17	20,7

Tempo de trabalho na instituição	1-5	8	9,8
	6-10	14	17,1
	11-15	22	26,8
	16-20	8	9,8
	Mais de 20 anos	30	36,6
Total		82	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

INVENTÁRIO DE TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO

Os autores recomendam seu uso para fins de diagnóstico ocupacional e para pesquisas acadêmicas voltadas para melhoria da saúde e qualidade de vida do trabalhador. O inventário, em seu formato completo, é composto por quatro escalas que mensuram distintas e interdependentes modalidades de representações dos respondentes relativas ao mundo do trabalho, sendo que na presente pesquisa apenas duas escalas foram utilizadas, sendo estas descritas a seguir.

A primeira, denominada de Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) reúne 31 itens que variam de 1 a 5 pontos, distribuídos em três fatores: F1) Organização do Trabalho, que diz respeito à divisão e conteúdo das tarefas, normas, controle e ritmos de trabalho; F2) Condições de Trabalho, referente à qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e material disponibilizado para a execução da tarefa e; F3) Relações Sócio profissionais, referente aos modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional.

A segunda, denominada de Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT) é formada por 32 itens que variam de 1 a 5 pontos, distribuídos em três fatores: F1) Custo Físico, relativo ao dispêndio fisiológico imposto ao trabalhador pelas características do contexto produtivo; F2) Custo Cognitivo, que indica o dispêndio intelectual para a aprendizagem, resolução de problemas e tomada de decisão no trabalho e; F3) Custo Afetivo, que aborda o dispêndio emocional sob a forma de reações afetivas, sentimentos e de estado de humor.

A seguir, são apresentados os dados que caracterizam o Inventário de Trabalho e Risco de adoecimento (ITRA) de docentes que

atuam na Instituição de Ensino superior analisada: Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT) e Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT).

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO

A secção 2 do questionário, primeira escala do ITRA, a EACT, é composta por três fatores: organização do trabalho (itens 1 a 11), relações socioprofissionais (itens 12 a 21) e condições de trabalho (itens 22 a 31). Essa escala é de cinco pontos, em que 1= Nunca, 2= Raramente, 3= Às vezes, 4= Frequentemente, 5 = Sempre. Segundo Mendes (2007), a análise dos escores médios deve ser feita considerando o seguinte parâmetro: avaliação grave para médias acima de 3,70; avaliação crítica para médias entre 2,30 e 3,69; e avaliação satisfatória para médias abaixo de 2,29.

A tabela 2 demonstra que os fatores de contexto do trabalho apontam uma situação crítica, uma vez que os escores médios ficaram entre 2,30 e 3,69, com destaque para o fator organização do trabalho (3,13) como item mais crítico. Pesquisa semelhante, realizada com docentes, corrobora com o resultado e demonstra que este fator se destaca entre os demais (PINALLI, 2011).

Tabela 2 – Caracterização da amostra total segundo o fator contexto de trabalho

Escala Contexto do Trabalho (EACT)	
Fatores	Média Geral
Organização do Trabalho	3,13
Relações Socioprofissionais	2,40
Condições de Trabalho	3,03

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No que diz respeito aos indicadores do fator Organização do

Trabalho, constatou-se uma situação de crítica grave dos informantes, uma vez que todos os indicadores superaram o valor médio de 2,30. Os resultados da Tabela 3 evidenciam que o indicador de maior média associado à Organização de trabalho se relaciona com o ritmo de trabalho excessivo (3,70). Os mais críticos estão relacionados aos itens pressão de prazos (3,57) e forte cobrança por resultados (3,56).

Tabela 3 – Distribuição dos indicadores referentes à Organização do Trabalho

Nº	Indicador do fator	Média	Classificação
1	O ritmo de trabalho é excessivo	3,70	Grave
2	As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	3,57	Crítica
3	Existe forte cobrança por resultados	3,56	Crítica
4	As normas para execução das tarefas são rígidas	3,49	Crítica
5	Existe fiscalização do desempenho	3,00	Crítica
6	O número de pessoas para realização de tarefas é insuficiente para realizar as tarefas	2,88	Crítica
7	Os resultados esperados estão fora da realidade	2,46	Crítica
8	Existe divisão entre quem planeja e quem executa	2,80	Crítica
9	As tarefas são repetitivas	3,11	Crítica
10	Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	3,05	Crítica
11	As tarefas executadas sofrem descontinuidade	2,87	Crítica

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os itens Forte Cobrança por Resultados, Tarefas Cumpridas com pressão de Prazos e Ritmo de Trabalho Excessivo também foram destacados como os mais graves e/ou críticos em pesquisa semelhante com docentes universitários (MARTINS, 2009). Os resultados apresentados na tabela 3 constata os dizeres de Arbex e cols., (2013) que os professores devem submeter-se às exigências da produção acadêmica, em condições de igualdade com os demais docentes. Além disso, verifica-se no cotidiano universitário a instalação de horários atípicos e a aceleração no desempenho das atividades.

No que diz respeito aos indicadores socioprofissionais, constatou-se uma situação satisfatória à crítica dos informantes, uma vez

que todos os escores obtidos não exibiram valores médios acima de 3,69 (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos indicadores referentes a Relações Socioprofissionais

Nº	Indicadores do fator	Média	Classificação
12	As tarefas não são claramente definidas	2,29	Satisfatória
13	A autonomia é inexistente	2,22	Satisfatória
14	A distribuição de tarefas é injusta	2,60	Crítica
15	Os funcionários são excluídos das decisões	2,63	Crítica
16	Existe dificuldade de comunicação entre chefia e subordinados	2,17	Satisfatória
17	Existem disputas profissionais no local de trabalho	2,18	Satisfatória
18	Falta integração no local de trabalho	2,77	Crítica
19	A comunicação entre funcionários é insatisfatória	2,35	Crítica
20	Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	2,32	Crítica
21	As informações de que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	2,49	Crítica

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os resultados da Tabela 3 evidenciam que os indicadores mais críticos associados às relações socioprofissionais relacionam-se à falta de integração no ambiente de trabalho (2,77), seguido pela exclusão das decisões (2,63) e distribuição injusta das tarefas (2,60).

Pesquisas mostram que no ambiente de trabalho dos docentes há disputas profissionais (MARTINS, 2009; PINALLI, 2011). Conforme Djours (1980), nas “relações do trabalho” a interação entre os envolvidos é baseada em relações de hierarquia, chefias, supervisão com outros trabalhadores causando, às vezes, situações desagradáveis e até mesmo insuportáveis. Nas relações de laborais em que impera a desigualdade na divisão do trabalho, Dejours correlaciona com questões de política e poder que podem precipitar suspeitas, rivalidades e perversidade de uns para com os outros.

No que diz respeito aos indicadores relativos às Condições de Trabalho, constatou-se uma situação crítica, uma vez que todos os

fatores expressaram valores médios entre 2,30 e 3,69. Conforme mostra a Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos indicadores referentes às condições de trabalho

Nº	Indicador do Fator	Média	Classificação
22	As condições de trabalho são precárias	3,15	Crítica
23	O ambiente é desconfortável	3,04	Crítica
24	Existe muito barulho no ambiente em que trabalho	3,07	Crítica
25	O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	3,28	Crítica
26	Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	3,20	Crítica
27	O posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas	2,96	Crítica
28	Os equipamentos necessários para realização das tarefas são inadequados	3,23	Crítica
29	O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	2,80	Crítica
30	As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	2,34	Crítica
31	O material de consumo é insuficiente	3,24	Crítica

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os itens Mobiliário inadequado (3,28), Material de Consumo Insuficiente (3,24) e Equipamento Inadequado (3,23) se destacaram como os mais críticos. Itens 30 e 31 da Tabela IV destoam dos encontrados por Pinalli (2011), em sua pesquisa os mesmos itens foram avaliados como satisfatórios e um dos entrevistados afirmou estar “em um local que permite trabalhar de uma forma tranquila”. Deve-se compreender que cada universidade é uma realidade, um mundo à parte, um campo acadêmico que gera suas próprias forças. Portanto, cada universidade deve promover as mudanças naquilo que for necessário e melhor se adequar a sua realidade (ARBEX e cols., 2013).

ESCALA DE CUSTO HUMANO DO TRABALHO

A segunda escala do ITRA, a ECHT, é composta por três fatores: custo afetivo (itens 1 a 12), custo cognitivo (13 a 22) e custo físico (itens 23 a 32). Essa escala é de cinco pontos, em que 1 = Nunca, 2 = Pouco exigido, 3 = Mais ou menos exigido, 4 = Bastante exigido e 5 = Totalmente exigido. Segundo Mendes (2007), a análise dos escores médios deve ser feita considerando os seguintes parâmetros: avaliação grave para médias acima de 3,70; avaliação crítica para médias entre 2,30 e 3,69; e, avaliação satisfatória para médias abaixo de 2,29.

No que diz respeito aos custos do trabalho, constatou-se uma situação crítica a grave, uma vez que os escores obtidos apresentaram médias entre 2,30 e 3,69, com exceção do custo cognitivo que constatou uma situação grave (3,84), conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6 - Caracterização da amostra total, segundo fator Custo Humano do Trabalho

Escala Custo Humano do Trabalho	
Fatores	Média Geral
Custo Afetivo	2,45
Custo Físico	2,70
Custo Cognitivo	3,84

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Pesquisas indicam que os docentes estão submetidos a uma constante sobreposição de tarefas que se revertem em cansaço físico, emocional e psicológico. Um agravante da situação dos professores é simultaneidade das atividades. Elas são múltiplas e complexas dentro da sala de aula. Concomitante a isso, existem os eventos, atividades extracurriculares, a imprevisibilidade e o imediatismo. Também é comum ao professor, enquanto leciona efetuar outras atividades como atender ao aluno individualmente, controlar a turma e preencher instrumentos e formulários de controle (GIANNINI, 2013).

A Tabela 7 apresenta indicadores relativos ao custo cognitivo dos professores. Em uma avaliação global, conforme mostra a tabela, verificou-se que todas as questões relacionadas ao custo cognitivo dos docentes pesquisados apresentam resultados satisfatórios, graves e críticos.

Tabela 7 – Distribuição dos indicadores referentes ao custo cognitivo

Nº	Indicadores do fator	Média	Classificação
13	Desenvolver macetes	2,21	Satisfatório
14	Ter que resolver problemas	3,71	Grave
15	Ser obrigado a lidar com imprevistos	3,73	Grave
16	Fazer previsão de acontecimentos	3,29	Crítico
17	Usar a visão de forma contínua	4,04	Grave
18	Usar a memória	4,26	Grave
19	Ter desafios intelectuais	4,35	Grave
20	Fazer esforço mental	4,28	Grave
21	Ter concentração mental	4,37	Grave
22	Usar a criatividade	4,18	Grave

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O indicador desenvolver macetes (2,21) foi o único que obteve média satisfatória, o item fazer previsão de acontecimentos (3,29) foi o único avaliado como crítica e quesito ter concentração mental (4,37) foi o que obteve média mais grave. Os resultados corroboram com os de pesquisa realizada por Martins (2009) em que ter desafios intelectuais também obteve a média mais alta. Na mesma pesquisa, um dos entrevistados citou a necessidade de “se virar para cumprir expectativas” evidenciando a necessidade de atender às exigências do trabalho (MARTINS, 2009).

A cobrança por maior produtividade, redução do contingente de trabalhadores, pressão do tempo, aumento da complexidade das tarefas, além de expectativas irrealizáveis causam repercussões negativas sobre a saúde psíquica e estão estatisticamente associadas ao estresse, insatisfação no trabalho e síndrome de burnout. Condições que se situam na direção contrária dos valores e condutas esperadas

para educação. Impedindo diversas vezes que sejam postas em prática as habilidades necessárias ao docente como ser transformador e capaz de propiciar desenvolvimento do aluno em seu sentido mais amplo (GIANNINI, 2013).

As tabelas 8 e 9 mostram os resultados do Custo Humano do Trabalho dos professores em relação ao custo afetivo e físico, respectivamente. As avaliações de custo afetivo e físico obtiveram avaliações satisfatórias e críticas, uma vez que nenhum dos itens ultrapassou a média de 3,69.

Tabela 8 – Distribuição dos indicadores referentes ao Custo Afetivo

Nº	Indicadores do fator	Média	Classificação
1	Ter controle das emoções	3,52	Crítica
2	Ter que lidar com ordens contraditórias	2,82	Crítica
3	Ter custo emocional	3,45	Crítica
4	Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	3,09	Crítica
5	Disfarçar sentimentos	2,89	Crítica
6	Ser obrigado a elogiar pessoas	1,80	Satisfatório
6	Ser obrigado a ter bom humor	2,40	Crítico
8	Ser obrigado a cuidar da aparência física	2,62	Crítico
9	Ser bonzinho com os outros	1,94	Satisfatório
10	Transgredir valores éticos	1,68	Satisfatório
11	Ser submetido a constrangimentos	1,59	Satisfatório
12	Ser obrigado a sorrir	1,68	Satisfatório

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os resultados da tabela 8 evidenciam que os indicadores mais críticos são ter controle emocional (3, 52) e ter custo emocional (3,45). Pesquisas semelhantes estão em conformidade com os resultados supracitados. Quanto à tabela 9 referente ao custo físico, os índices mais críticos são subir e descer escadas (3,34). Neste último fator os resultados diferem de pesquisas similares em que as médias

mais elevadas estão relacionadas a usar as pernas de forma contínua (MARTINS, 2009; PINALLI, 2011). Provavelmente, o resultado do fator custo físico se deve ao fato de que os acessos aos centros, biblioteca e outras unidades da universidade ocorrem principalmente por meio de escadas.

Tabela 9 – Distribuição dos indicadores referentes ao Custo Físico

Nº	Item do fator	Média	Classificação
23	Usar a força física	1,96	Satisfatório
24	Usar os braços de forma contínua	2,76	Crítico
25	Ficar em posição encurvada	2,38	Crítico
26	Caminhar	2,82	Crítico
27	Ser obrigado a ficar em pé	3,07	Crítico
28	Ter que manusear objetos pesados	1,84	Satisfatório
29	Fazer esforço físico	2,52	Crítico
30	Usar as pernas de forma contínua	3,05	Crítico
31	Usar as mãos de forma repetida	3,32	Crítico
32	Subir e descer escadas	3,34	Crítico

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

É recorrente que as exigências físicas do trabalho dos docentes prejudiquem sua saúde. Pesquisa realizada por Oliveira e cols., (2013) com docentes universitários do curso de enfermagem, revelou que as doenças musculoesqueléticas são as queixas que mais resultam em afastamentos. Segundo o autor, isso pode estar relacionado ao processo de trabalho desgastante, como por exemplo, extensa jornada de trabalho e à falta de exigência pessoal dos próprios profissionais. Pesquisa semelhante realizada por Sanchez e cols., (2013) em estudo relata que a dor musculoesquelética está sempre presente nos docentes universitários. A incidência de dores musculoesqueléticas nos docentes é alta e se mostra independente de idade, altura, tempo e jornada de trabalho.

CONCLUSÃO

Os resultados indicaram que, quanto ao perfil sociodemográfico,

54,9% do sexo masculino, 39% com idade entre 46 a 50 anos, 52,4% doutorado completo, 58,5% afirmaram ser casados e 65,9% afirmaram praticar atividade física. Em relação ao contexto de trabalho, os docentes se encontram em um estado de crítica por apresentar escores entre 2,30 e 2,69. O fator organização de trabalho alcançou média geral de 3,13. O fator relações socioprofissionais teve como média geral 2,40. E o fator condições de trabalho obteve uma média de 3,03. As médias gerais indicam que os docentes estão submetidos a um estado crítico. Esse estado sinaliza uma “situação-limite”, com produção de risco de adoecimento.

A escala de custo humano do trabalho também indicou uma situação crítica, uma vez que a maioria dos escores obtidos apresentou uma média entre 2,30 e 3,69, com exceção do custo cognitivo que constatou uma situação grave (3,84). O fator custo emocional (2,45) obteve a menor média geral, seguida do custo físico (2,70). Um agravante da situação dos professores é a simultaneidade das atividades relacionadas à imprevisibilidade e ao imediatismo, aumentando o nível de estresse e incidência de dor.

Foi constatada a necessidade de maiores discussões sobre o tema e a implementação de políticas institucionais específicas que assistam à população estudada e evitem maiores agravos à saúde. Também é necessário mais estudos que possam angariar informações sobre o perfil e a ocorrência dos agravos relacionados ao trabalho, resultando em subsídios para ações direcionadas a esta população e permitindo o planejamento e organização de estratégias de educação e prevenção.

REFERÊNCIAS

ACQUES, Camila Corrêa; MILANEZ, Bruno Mattos; OLIVEIRA Rita de Cássia da Costa. Indicadores para centros de referência em saúde do trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.369-378, 2012.

ARAÚJO, R. R.; SACHUK, M. I. Os sentidos do trabalho e suas

implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v.14 n.1, p.53-66, mar., 2007.

ARBEX, Ana Paula Santos; SOUZA Katia Reis; MENDONÇA André Luis Oliveira. Teaching, readjustment and health: the experience of teachers at a public university in Brazil.. **Physis**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, 2013.

BALASSIANO, Moises; TAVARES, Elaine; PIMENTA, Roberto da Costa. Estresse ocupacional na administração pública Brasileira: quais os fatores impactantes?. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.45, n.3, p.751-774, Jun., 2011.

BARBOSA, Paulo Henrique; CARNEIRO, Flavia Lucas; DELBIM, Riseti et al. Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho e à ginástica laboral como estratégia de enfrentamento. **Arch Health Invest.**, v.3, n.5. p.57-65, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador. In: **Caderno de Atenção Básica**, Brasília, n.5, 2002.

CAVALCANTE, Cleonice Andréa Alves; SANTOS, Renata Silva; CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira et al. Perfil dos agravos relacionados ao trabalho notificados no Rio Grande do Norte, 2007 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23 n.4, 2014.

DEJOURS, Cristopher. **A banalização da Injustiça Social**. 4.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, p.127-145, 2000.

FREIRE, Lorena de Sales Mercucci. **As vivências de sofrimento de docentes do Tocantins: pistas para ações de vigilância em saúde do trabalhador**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2014.

GIANNINI, Susana Pimentel Pinto; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira, FERREIRA, Léslie Piccolotto. **Cad. Saúde Pública**,

Rio de Janeiro, v.28, n.11, p.2115-2124, nov., 2012.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **The prevention of occupational diseases**. Geneva: International Labour Organization, 2013.

KARINO, Marcia Eiko; MARTINS, Júlia Trevisan; BOBROFF, Maria Cristina Cescatto. Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios. **Cienc Cuid Saúde**, v.10, n.2, p.395-400, Paraná, 2011.

KOETZ, Lydia; REMPEL, Claudete; PÉRICO, Eduardo. Qualidade de vida de professores de instituições de ensino superior comunitárias do Rio Grande do Sul. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18 n.4, 2013.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; CASTRO, Alexandre de Carvalho. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.769-778, 2013.

MARTINS, Arnaut Vieira. **Vivências de prazer e sofrimento no trabalho docente**: um estudo em uma instituição de ensino superior de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Unihorizontes, 2009.

MENDES, Ana Magnolia. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método, pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

NODARI, Natália Lenzi; FLOR, Sthefany Ramayane de Araújo; RIBEIRO, Alessandro Sampaio et al. Estresse, conceitos, manifestações e avaliação em saúde: revisão de literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v.2, n.1, p.61-74, Maio, 2014.

OIT. Organização Internacional do trabalho. **A prevenção das doenças ocupacionais**. Relatório. Bureau International do Trabalho. Genebra: OIT, 2013.

OLIVEIRA, Jefferson Moraes de; SANTOS, Priscilla Furtado; FELICIANO, Rafaela de Godoy et al. Riscos e doenças ocupacionais do docente universitário de enfermagem: implicações na saúde do trabalhador. **R. Pesq. Cuid. Fundam.**, v.5, n.1, p.3267-75, 2013.

OLIVEIRA, Jefferson Moraes de; SANTOS Priscilla Furtado; FELICIANO, Rafaela de Godoy et al. Riscos e doenças ocupacionais do docente universitário de enfermagem: implicações na saúde do trabalhador. **Revista Pesquisa: Cuidado é Fundamental online**, v.5, n.1, p.3267-75, jan., 2013.

PINALLI, Wander Luiz. **Prazer e sofrimento**: estudo de caso com docentes de uma Instituição Federal de Ensino de Minas Gerais. Minas Gerais: Faculdade Novos Horizontes, 2011.

SANCHES, Elizabeth Navas; SANTOS, Julius Diego de France. Estresse em docentes universitários da saúde: situações geradoras, sintomas e estratégias de enfrentamento. **Psicol. Argum.**, Curitiba, Psicologia Argumento, v.31, n.75, 2013.

SANCHEZ, H. M; GUSATTI N; SANCHEZ E. G. M; BARBOSA M. A. Incidência de dor musculoesquelética em docentes do ensino superior. **Revista Bras. Med. Trab.**, v.11, n.2, p.66-75, 2013.

SANTOS JUNIOR, Aires Garcia dos; SANTOS, Fernando Ribeiro dos; FURLAN, Mara Cristina Ribeiro et al. Norma Regulamentadora 32 No Brasil: Revisão Integrativa De Literatura. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.5, n.1, 2015.

SANTOS, Ana Paula Lopes dos; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Ações de vigilância em saúde do trabalhador e ambiente: análise da atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas em postos de combustível. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.38, n.128, p.230-242, 2013.

SILVA, Jorge Luiz Lima da; ANDRADE, Leila Abade de Faria;

PEREIRA Letícia Cardoso de Lacerda et al. Estresse e fatores de risco para a hipertensão arterial entre docentes de uma escola estadual de Niterói. Rj. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v.4, n.3, p.1347-356, 2010.

SOUZA, Marilei de Melo Tavares; RODRIGUES Lilia Marques Simões; PAULA Rogéria Costa de et al. Reflexões sobre saúde do trabalhador instituição de ensino superior. **Journal Fundamental Care**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.805-811, 2014.

VITTA, Alberto de et al. Nível de capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais de atividades sedentárias. **SALUSVITA**, Bauru, v.31, n.3, p.259-271, 2012.

PREVALÊNCIA DE DOR MUSCULOESQUELÉTICA EM DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Ana Paula Santino Fialho

Clésia Oliveira Pachú

INTRODUÇÃO

O trabalho é um fator determinante para desenvolvimento humano e, no decorrer dos anos exerce grande influência na história da humanidade, refletindo de forma direta na qualidade de vida e na saúde das pessoas. Um ambiente de trabalho que ofereça condições adequadas e promova bem-estar e satisfação, reflete em trabalhadores saudáveis e mais produtivos. Da mesma forma, trabalho com condições inadequadas e recursos insuficientes, carga horária excessiva e ambiente hostil, produz trabalhadores doentes e insatisfeitos (SOUSA-UVA; SERRANHEIRA, 2013).

O trabalho docente, como atividade complexa, exige esforços físicos, psicológicos e emocionais, em virtude do alto grau de exigência a que esses profissionais são submetidos e das inúmeras cobranças em termos de produtividade, passando por diversas modificações ao longo dos anos, decorrentes das mudanças observadas no mundo do trabalho e reformas educacionais que transformaram esse cenário profissional. A classe docente universitária se encontra submetida a fatores de risco para dores musculoesqueléticas, como carência de recursos humanos e materiais, aumento do ritmo e intensidade do trabalho (CRUZ et al., 2010).

Os problemas ocupacionais, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), representam grande desafio no campo da saúde do trabalhador (OMS, 2011). As doenças relacionadas ao trabalho são responsáveis por prejuízos na saúde do trabalhador, dores, desconfortos e incapacidades, e pelo número crescente dos afastamentos observados no ambiente de trabalho (OIT, 2013).

De acordo com a Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP), a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais. É percebida por meio de experiência de grande complexidade, de maneira subjetiva e multidimensional, mediada por fatores sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais, percebida a partir de agressão imposta ao organismo (IASP, 2009).

Estudo realizado por Sanchez, et al., (2013), a dor musculoesquelética está sempre presente nos docentes universitários. Estudos apontam que docentes não conseguem identificar o processo saúde-doença, durante sua vida profissional alguns se encontram em grande estado de foco e dedicação às suas obrigações, causando falta de atenção com suas condições físicas e psicológicas (SANTANA; GOULART; CHIARI, 2012).

A ocorrência de dores musculoesqueléticas nos docentes é alta e se mostra independente de idade, altura, tempo e jornada de trabalho. Tais condições se situam na direção contrária dos valores e condutas esperadas para educação, impedindo diversas vezes que sejam postas em prática habilidades necessárias ao docente como ser transformador e capaz de propiciar desenvolvimento do aluno em seu sentido mais amplo (GIANNINI, 2013).

A presente pesquisa descritiva surge da preocupação do Núcleo de Educação e Atenção em Saúde (NEAS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), com desafios promovidos pela atividade laboral, objetivou avaliar a dor musculoesquelética entre docentes efetivos de uma universidade pública da Paraíba.

REVISÃO DA LITERATURA

Atividade resultante do esforço e energia física e mental exercida por profissionais, o trabalho além de se caracterizar como fonte de

produção de bens e serviços, exerce influência no grau de satisfação e bem-estar pessoal, de cada indivíduo. Responsável também pela construção do processo saúde-doença, o trabalho se apresenta como fator de risco para desenvolvimento de doenças ocupacionais e afastamento do ambiente de trabalho (SOARES, 2012).

Ao longo do tempo, mudanças relacionadas aos novos modelos de trabalho e reformas educacionais, fizeram o trabalho docente ganhar nova formulação, refletindo diretamente na qualidade de vida dos professores. O nível de exigência a qual esses profissionais são submetidos, em termos de prazos e produtividade, simultaneidade das atividades, além de precariedade do ambiente de trabalho, necessidade constante de aperfeiçoamento e desvalorização da classe, tem ocasionado cada vez mais doenças ocupacionais (FONTANA; PINHEIRO, 2010).

Tem-se considerado distúrbio osteomuscular como termo que engloba inúmeros problemas de saúde, dentre os quais estão aqueles relacionados ao aparelho locomotor. Os principais grupos, dor nas costas/ lesões e distúrbios dos membros superiores relacionadas com trabalho, podendo afetar também os membros inferiores. Verifica-se que a causa pode estar associada com o tipo de atividade laboral desempenhada pelo indivíduo, má postura, levantamento e movimentos repetitivos (RAMOS; AREZES; AFONSO, 2015)

Atualmente, lesões por esforços repetitivos/Doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho (LER/DORT), denominações adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência Social (MPAS), representam parcela considerável das doenças relacionadas ao trabalho. Verifica-se que essas afecções são ocasionadas em virtude das relações e organização do trabalho do mundo moderno, decorrentes de atividades que exigem movimentos repetitivos, posturas inadequadas, ritmo intenso de trabalho, grau elevado de exigência por produtividade, ambiente de trabalho que não ofereça estrutura adequada para desenvolvimento da atividade (BRASIL, 2002).

As LER/DORT são caracterizadas por quadro de dor crônica, fadiga muscular, dor nas articulações e sensação de formigamento. Trata-se de doença insidiosa, responsável por grande parte dos

afastamentos do trabalho, podendo evoluir para incapacidade permanente, necessitando de benefício de aposentadoria por invalidez (BRASIL, 2002).

De acordo com a Agenda Nacional do Trabalho de Investigação (NORA) do Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH) dos EUA as DORT estão entre problemas que implicam, atualmente, em maiores gastos em saúde (RAMOS; AREZES; AFONSO, 2015). No ano de 2012, o Boletim Estatístico da Previdência Social contabilizou os benefícios emitidos em mais de 4,5 bilhões de reais. Em 2013, de janeiro a julho, os valores superaram 2,9 bilhões. Em julho de 2013 o valor de benefícios emitidos foi de 437 milhões, sendo que mais de 44% desse total eram de auxílios-doença e 3,9% representavam aposentadorias por invalidez. No Estado da Paraíba as doenças osteomusculares são a segunda maior causa de aposentadorias por invalidez (GARCIA et al., 2013).

A atenção dirigida à saúde dos trabalhadores tem antecedentes históricos relacionados à luta dos trabalhadores pelo direito à saúde, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira com influências do Movimento Operário Italiano (LEÃO; CASTRO, 2013). O crescimento da tecnologia industrial, aumento à insatisfação, mudanças de processos de trabalho, agravos à saúde e mortes no trabalho, cresceram consideravelmente nas décadas de 30 e 40 do século passado. Tal fato induziu a Medicina do Trabalho se apresentasse como insuficiente para manter um indivíduo saudável e capaz de reproduzir a força de trabalho exigida (KARINO; MARTINS; BOBROFF, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) avançou de forma significativa nos últimos anos, no referente às ações de atenção à saúde. No entanto, diretrizes políticas nacionais voltadas para saúde do trabalhador começaram a ser implantadas somente a partir do ano de 2003 (BRASIL, 2012). Atualmente, investimentos na qualidade de vida se caracterizam como principais ações de prevenção aos problemas ocasionados pela atividade laboral que, quando exercida em condições inadequadas, ritmo excessivo de trabalho, e precariedade de recursos humanos e materiais, trazem prejuízos à saúde do trabalhador (SAMPAIO; OLIVEIRA, 2008).

Além de recursos materiais, ações em saúde do trabalhador, exigem quadro de pessoal suficiente, capacitado e exercendo funções

adequadas ao seu cargo, Política de Estado adequada às necessidades reais dos trabalhadores (COSTA et al., 2013). Nesta perspectiva, é necessário encontrar estratégias que visem à construção de práticas relacionadas às diretrizes estabelecidas pelo SUS no campo da Saúde do Trabalhador (KARINO; MARTINS; BOBROFF, 2011).

METODOLOGIA

A presente abordagem quantitativa descritiva foi desenvolvida no Campus I da Universidade Estadual da Paraíba, situada em Campina Grande, Paraíba no primeiro semestre de 2016, contando com uma amostra de 82 docentes. Os critérios de inclusão considerados foram: ser docente efetivo, de ambos os sexos, com atividade laboral executada no período mínimo de 1 ano, no Campus I da Universidade Estadual da Paraíba; e como critérios de exclusão: servidores não efetivos, servidores afastados de suas funções ou cedidos para outras instituições, e docentes que não desempenham sua função no Campus I.

Para caracterizar a amostra foi utilizado questionário socioeducacional com informações relativas ao perfil biográfico e sócio ocupacional (idade, estado civil, nível de formação, turno de trabalho, tempo de serviço). Para obtenção dos dados referentes à dor musculoesquelética, utilizou-se Questionário Nórdico de sintomas neuromusculoesqueléticos. Este instrumento foi validado e adaptado para língua portuguesa por Barros e Alexandre (2003), apresentando figura humana dividida em nove regiões anatômicas. Tal divisão permite fazer a relação de cada região com perturbações musculoesqueléticas em tempo semanal e anual (BARROS; ALEXANDRE, 2003).

Os participantes foram informados acerca do objetivo da pesquisa e aceitaram participar de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS, foram respeitados. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UEPB, sob o número 36628014.1.0000.5187.

Após a coleta de dados, as respostas aos questionamentos foram

digitadas no banco de dados do SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows), versão 20.0. A partir do banco de dados foi possível extrair as frequências dos escores dos instrumentos e realizar categorizações das variáveis, permitindo melhor interpretação dos resultados. Por fim, foram realizadas análises descritivas para delinear o perfil socioeducacional da amostra e observar indicadores descritivos da distribuição dos escores individuais obtidos em cada fator.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

O estudo foi composto por amostra de 82 docentes de uma Instituição Pública de Ensino Superior do Estado da Paraíba, sendo 45 (54,9%) do sexo masculino e, 37 (45,1%) do sexo feminino (Tabela 1), resultado que diverge do encontrado por Mango, et al., (2012), com 95,2% da amostra composta pelo sexo feminino.

Entre os docentes pesquisados, as faixas etárias de maior prevalência foram acima de 50 anos (39%) e de 46 a 50 anos (25,6%), e as faixas etárias entre 36 a 40 e 41 a 45 obtiveram o percentual de 13,4% e 18,3% respectivamente. A faixa de idade entre 25 e 30 anos apresentou um percentual de 2,4%, valor distante dos 59,1% encontrados no estudo de Vitta et al., (2012) para a faixa etária mencionada. O menor índice ficou com as idades entre 31 e 35 anos (1,2%). Tais resultados revelam que o grupo é formado por profissionais adultos e de meia-idade. (Tabela 1).

Quanto ao estado civil, 19,5% afirmaram estarem solteiros, 2,4% separados, 14,6% divorciados, 4,9% viúvos e 58,5% afirmaram ser casados (Tabela 1), resultado próximo do encontrado por Rabay (2014), em estudo realizado com 76 servidores do Tribunal de justiça da Paraíba, no qual 55% estavam casados e 36% estavam solteiros. Observa-se que entre os docentes pesquisados, houve prevalência daqueles que são casados, indicando que além do trabalho esses profissionais também possuem responsabilidades familiares.

Segundo o grau de qualificação, 4,9% dos pesquisados afirmaram ter especialização, 32,9% afirmaram ter mestrado, 52,4% afirmaram

ter doutorado completo, 9,8% informaram ter doutorado incompleto e nenhum dos respondentes afirmou ter mestrado incompleto. Em relação ao local de trabalho 85,4% afirmaram que realizam suas atividades apenas em universidade pública, enquanto 14,6% trabalham em universidade pública e privada. Portanto, são profissionais com nível elevado de qualificação e exclusivos da instituição (Tabela 1).

Suda et al., (2011), em estudo com 50 docentes de uma instituição pública de ensino superior, concluiu que 60 % dos pesquisados eram mestres, 19,6% possuíam especialização, 15,7 % eram doutores, e 60% dos pesquisados trabalhavam em outras instituições.

Quando indagados sobre o turno de trabalho, 73,2% responderam que exercem suas funções nos dois turnos, 20,7% nos três turnos e 6,1% em apenas um turno. No tocante ao tempo de trabalho, 36,6% estão trabalhando há mais de 20 anos (Tabela 1). Nota-se que os docentes pesquisados estão submetidos a uma intensa jornada de trabalho em virtude do ritmo e da carga horária exercida, condições que de acordo com Cruz, et al. (2010), se caracterizam como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças ocupacionais.

Tabela 1-Distribuição dos participantes de acordo com características sociodemográficas e funcionais

Variável	Categoria	Nº	%
Sexo	Masculino	45	54,9
	Feminino	37	45,1
Faixa Etária	25-30	2	2,4
	31-35	1	1,2
	36-40	11	13,4
	41-45	15	18,3
	46-50	21	25,6
	Acima de 50	32	39,0

Estado Civil	Casado	48	58,5
	Solteiro	16	19,5
	Separado	2	2,4
	Divorciado	12	14,6
	Viúvo	4	4,9
Grau de Qualificação	Especialização Completa	4	4,9
	Mestrado Completo	27	32,9
	Mestrado Incompleto	-	-
	Doutorado Completo	43	52,4
	Doutorado Incompleto	8	9,8
Local de trabalho	Apenas em instituição pública	70	85,4
	Em instituição pública e privada	12	14,6
Turno de trabalho	Apenas um turno	5	6,1
	Dois turnos	60	73,2
	Três turnos	17	20,7
Tempo de trabalho na instituição	1-5	8	9,8
	6-10	14	17,1
	11-15	22	26,8
	16-20	8	9,8
	Mais de 20 anos	30	36,6
Prática de Atividade Física	Pratica exercício	54	65,9
	Não pratica exercício	28	34,1

Fonte: O Autor, 2016.

Quando perguntados acerca da prática de esportes 65,9% afirmaram praticar, enquanto 34,1% responderam que não realizam atividade física (Tabela 1). Embora tenha prevalecido a prática de atividade física, percebe-se que o percentual de inatividade obteve um percentual considerável, evidenciando a necessidade de uma maior preocupação nesse sentido. A atividade física, segundo Silva et al.,

2010, além de ser uma fonte de lazer, também restaura a saúde dos prejuízos causados por uma rotina intensa e estressante de trabalho, melhorando o condicionamento físico e a qualidade de vida e proporcionando bem-estar.

QUESTIONÁRIO NÓRDICO DE SINTOMAS NEUROMUSCULOESQUELÉTICOS (SNME)

Com relação às ocorrências, semanal e anual, de sintomas neuromusculares, visualizadas na Tabela 2, verificou-se que dos 82 docentes pesquisados, 67 (81,7%) apresentaram dores nos últimos 12 meses e 41 (50%) nos últimos 7 dias. Estes percentuais se apresentam um pouco maiores em relação aos encontrados por Mohr, et al., (2011), em pesquisa realizada com 54 profissionais de Educação Física, que atuam em academias de ginástica do município de Florianópolis, na qual 41 indivíduos (75,9%) apresentaram dores nos últimos 12 meses e 25 (46,3%) nos últimos 7 dias.

A ocorrência anual de sintomas neuromusculares apresentou maior percentual em relação à ocorrência semanal, por se tratar de período de tempo maior, aumentando, conseqüentemente, o tempo de exposição dos docentes a fatores de riscos para desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho (REIS, 2015).

Dos 82 docentes entrevistados, 30 relataram ter sentido dores nos últimos 12 meses na região do pescoço (36,6%); 23 nos ombros (28%); 5 em cotovelos (6,1%); 11 sentiram dores no punho/mão (13,4%); 26 na região dorsal (31,7%); 26 na região lombar (31,7%); 3 nas coxas (3,7%); 13 relataram dores nos joelhos (15,8%) e 13 nos tornozelos/pés (15,8%) (Tabela 2).

As regiões com maior prevalência de dor no último ano foram a região do pescoço (36,6%), zona dorsal (31,7%), zona lombar (31,7%) e região dos ombros (28%). Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Suda, et al., (2011), em pesquisa realizada com 50 docentes de uma instituição pública de ensino superior, a região do pescoço também foi a mais afetada (70%), seguida pela zona lombar (64%), região dos ombros (50%) e zona dorsal (42%).

Tabela 2- Sintomas Neuromusculoesqueléticos em docentes no último ano

REGIÃO	Nº	%
Pescoço	30	36,6 %
Ombro	23	28 %
Cotovelo	5	6,1 %
Punho/Mão	11	13,4 %
Zona Dorsal	26	31,7 %
Zona Lombar	26	31,7 %
Coxa	3	3,7 %
Joelho	13	15,8 %
Tornozelo/Pé	13	15,8 %

Fonte: O Autor, 2016.

Com relação às dores sentidas nos últimos 7 dias, 18 afirmaram ter sentido dores na região do pescoço (22%); 16 nos ombros (19,5%); 4 nos cotovelos (4,9%); 11 apresentaram dores no punho/mão (13,4%); 19 na região dorsal (23,2%); 18 na região lombar (22%); 2 na coxa (2,4%); 7 no joelho (8,5%) e 8 no tornozelo/pé (9,7%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Sintomas Neuromusculoesqueléticos em docentes na última semana

REGIÃO	Nº	%
Pescoço	18	22 %
Ombro	16	19,5 %
Cotovelo	4	4,9 %
Punho/Mão	11	13,4 %
Zona Dorsal	19	23,2 %
Zona Lombar	18	22 %
Coxa	2	2,4 %
Joelho	7	8,5 %
Tornozelo/Pé	8	9,7 %

Fonte: O Autor, 2016.

As regiões que obtiveram maiores percentuais de dores na última semana, foi a zona dorsal (23,2 %), região do pescoço (22 %) e zona lombar (22 %). Essas regiões também apresentaram maiores percentuais de dor em estudo realizado por Reis (2015) com 59 servidores técnicos-administrativos, sendo que a região mais afetada foi a região dos ombros (54,1%), zona lombar e região do pescoço apresentaram percentuais de (51,4 %) e (37,8%), respectivamente.

Observa-se com relação à ocorrência anual e semanal de sintomas neuromusculares, a parte superior do corpo apresentou maiores percentuais de dor, atingindo principalmente a região do pescoço, zona dorsal, zona lombar e ombros. Ao longo de suas atividades, docentes acabam passando muito tempo em pé e com braços inclinados, o que, segundo Magnago et al., (2010), aumenta as dores nas regiões vertebrais por proporcionar, carga extra nos músculos e articulações devido à força da gravidade.

De acordo com Mango et al., (2012), essas regiões são constantemente afetadas quando expostas aos riscos ocupacionais do trabalho docente: atividades e movimentos repetitivos; esforço físico; má postura ao planejar e corrigir atividades, e ao atender aos estudantes; inexistência de mobiliário adequado que atenda às necessidades individuais de cada profissional; além da grande quantidade de material que esses profissionais têm de carregar.

Quando perguntados se haviam evitado alguma atividade em virtude de sintomas neuromusculares, 40 (48,8%) responderam que sim. Esse resultado se aproxima do encontrado por Hugue e Pereira Júnior (2011), em estudo realizado com 41 funcionários técnicos-administrativos da UNIFEFE, no qual 64% dos trabalhadores disseram ter se ausentado do trabalho em virtude de desconforto neuromuscular.

Segundo Mango et al., (2012) a dor musculoesquelética tem relação direta com baixa produtividade, níveis elevados de absenteísmo, afastamentos do trabalho, impedimentos na realização de atividades da vida diária.

Com relação às regiões, Tabela 4, 15 (18,3%) evitaram atividades relacionadas as suas funções no trabalho, serviço doméstico ou

passatempo, por dores na região do pescoço; 16 nos ombros (19,5%); 6 nos cotovelos (7,3%); 11 no punho/mão (13,4%); 19 na região dorsal (23,2%); 18 na região lombar (22%); 2 nas coxas (2,4%); 9 nos joelhos (11%) e 8 responderam que evitaram atividades por problemas na região do tornozelo/pé (9,7%). Zona dorsal, zona lombar, pescoço e ombros, foram regiões responsáveis por grande parte dos impedimentos relacionados à realização de atividades cotidianas.

Tabela 4 - Impedimentos na realização de atividades cotidianas

Região	Nº	%
Pescoço	15	18,3 %
Ombro	16	19,5 %
Cotovelo	6	7,3 %
Punho/Mão	11	13,4 %
Zona Dorsal	19	23,2 %
Zona Lombar	18	22 %
Coxa	2	2,4 %
Joelho	9	11 %
Tornozelo/Pé	8	9,7 %

Fonte: O Autor, 2016.

As regiões relacionadas com a parte superior do corpo (zona dorsal, zona lombar, pescoço e ombros) também foram as mais mencionadas, no tocante aos impedimentos relacionados à realização de atividades cotidianas, revelando que nos docentes essas são as regiões mais afetadas por doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho.

CONCLUSÃO

Os docentes pesquisados apresentaram idade mínima de 46 anos; são casados; prevalecendo os portadores de títulos de mestrado e doutorado completos; são exclusivos da instituição; trabalham em dois ou três turnos; trabalham há mais de 20 anos na instituição. Nota-se que a instituição possui quadro profissional com nível elevado de qualificação, sugerindo maior cobrança em termos de resultados

e produção, além de estarem submetidos à carga elevada de trabalho em virtude do ritmo e intensidade de suas atividades.

A presente pesquisa permitiu identificar e realizar dimensionamento da prevalência de sintomas neuromusculoesqueléticas em docentes universitários, mostrando que 67 (81,7%) dos 82 pesquisados apresentaram dores nos últimos 12 meses e 41 (59%) nos últimos 7 dias.

Com relação às regiões acometidas por sintomas neuromusculoesqueléticos, o estudo em questão revelou que a região do pescoço, região dos ombros, zona lombar e zona dorsal, foram as mais afetadas no tocante à ocorrência anual e semanal, sendo também as mais mencionadas quanto ao impedimento da realização de atividades diárias. Esses dados evidenciam regiões merecedoras de maior atenção por parte dos docentes.

Diante dos resultados, evidencia-se a necessidade de programar atividades estratégicas durante atividade laborativa visando reduzir a sobrecarga dessas regiões, compreendendo a importância da saúde de trabalhadores visualizada, por meio de queixas referidas, rotinas ou condições de trabalho, visando um serviço desempenhado com maior funcionalidade.

No sentido de evitar ou minimizar, futuras disfunções físicas, bem como, afastamento profissional decorrente dos riscos presentes no ambiente de trabalho, sugere-se a implantação de exercício físico aos docentes da Instituição pesquisada.

REFERÊNCIAS

BARROS, E. N. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Cross-cultural adaptation of the Nord musculoskeletal questionnaire. **IntNurs Review**, v.50, n.2, p.101-108, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador. In: **Caderno de atenção básica**, n.5, Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos**

(LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012, 68p.

COSTA, D; LACAZ, F. A. C.; FILHO, J. M. J; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.38, n.127, p.11-30, 2013.

CRUZ, R. M.; LEMOS, J. C.; WELTER, M. M.; GUISSO, L. Saúde docente, condições e carga de trabalho. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**. p.147-160, 2010.

FONTANA, R. T.; PINHEIRO, D. A.; Condições de saúde auto-referidas de professores de uma universidade regional. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.31, n.2, p.270-276, 2010.

GARCIA, B. T.; VIEIRA E. B. M.; GARCIA J. B. S. Relação entre dor crônica e atividade laboral em pacientes portadores de síndromes dolorosas. **Rev. Dor.**, v.14, n.3, São Paulo July/Sept., 2013.

GIANNINI, Susana Pimentel Pinto;LATORRE,Maria do Rosário Dias de Oliveira, FERREIRA, Léslie Piccolotto. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho docente: um estudo caso-controlle. **CoDAS**, 2013.

HUGUE, T. D.; PEREIRA JÚNIOR, A. A. Prevalência de dor osteomuscular entre os funcionários administrativos da unifebe. **Revista da UNIFEBE**, Santa Teresinha, v.1, n.09, 2011.

IASP- INTERNACIONAL ASSOCIATION FOR STUDY PAIN – Dor musculoesquelética, in: **Ano mundial contra a dor musculoesquelética**. Tradução Dr. Carlos Mauricio de Castro Costa. Seattle, IASP Press, 2009.

KARINO, M. E.; MARTINS, J. T.; BOBROFF, M. C. C. Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios. **Cienc. Cuid. Saude**, v.10, n.2, p.395-400, 2011.

LEÃO, L. H. C.; CASTRO, A. C. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.769-778, 2013.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.23, n.2, p.187-93, 2010.

MANGO, M. S. M.; CARILHO, M. K.; DRABOVSKI, B. et al. Análise dos sintomas osteomusculares de professores do ensino fundamental em Matinhos (PR). **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v.25, n.4, p.785-794, out./dez., 2012.

MOHR, P. A., GUIMARÃES, A. V., BARBOSA, A. R. Sintomas de distúrbios osteomusculares em profissionais de educação física, atuantes em academias de Florianópolis-SC. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v.33, n.4, p.1041-1053, 2011.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **A prevenção das doenças profissionais**. Relatório. Bureau Internacional do Trabalho; Genebra: OIT, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=378%3Asaude-trabalhador&catid=990%3Aprincipal&Itemid=595>. Acesso em: 08 Set. 2016.

RABAY, L. M. C. **Qualidade de vida no trabalho**: diagnóstico situacional do Fórum de Bayeux. 2014, 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Planejamento e Gestão Pública) - Universidade Estadual da Paraíba. João Pessoa, 2014. [Monografia]

RAMOS, D. G.; AREZES, P. M.; AFONSO, P. Analysis of the return

on preventive measures in musculoskeletal disorders through the benefitecost ratio: A case study in a hospital. **International Journal of Industrial Ergonomics**. Elsevier, p.1-12, 2015.

REIS, M. S. F. **Servidores Públicos**: contexto trabalho e saúde [Trabalho de conclusão de curso]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, Curso de Fisioterapia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.

SAMPAIO, A. A.; OLIVEIRA, J. R. G. A ginástica laboral na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida no trabalho. **Caderno de Educação Física (ISSN1676-2533)**. Marechal Cândido Rondon, v.7, n.13, p.2, 2008.

SANCHEZ, H. M; GUSATTI N; SANCHEZ E G. M; BARBOSA M. A. Incidência de dor musculoesquelética em docentes do ensino superior. **Revista Brasileira Medicina do Trabalho**, v.11, n.2, p.66-75, 2013.

SANTANA, M. C. C; GOULART, B. N. G; CHIARI, B. M. **Distúrbios da voz em docentes**: revisão crítica da literatura sobre a prática da vigilância em saúde do trabalhador. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol*, 2012.

SILVA, R. S.; SILVA, I.; SILVA, R. A.; SOUZA, L.; TOMASI, E. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.115-120, 2010.

SOARES, R. L. O. **O mal-estar docente**: condições de trabalho e suas implicações. 2012, 82p. Dissertação (mestrado em teologia) – Escola Superior em Teologia, São Leopoldo, 2012.

SOUSA-UVA, A.; SERRANHEIRA, F. Trabalho e Saúde/(Doença): o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. São Paulo, v.11, n.1, p.43-49, 2013.

SUDA, E. Y.; COELHO, A. T.; BERTACI, A. C.; SANTOS, B. B. Relação entre nível geral de saúde, dor musculoesquelética e síndrome de burnout em professores universitários. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.3, p.270-4, 2011.

VITTA, A.; PALMA, R.; MAGANHINI, C. B. et al. Nível de capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais de atividades sedentárias. **SALUSVITA**, Bauru, v.31, n.3, p.259-271, 2012.

PERFIL DOS IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DE TABAGISMO

*Patrícia Regina Cardoso de Almeida
Clésia Oliveira Pachú*

INTRODUÇÃO

As preocupações que cercam o envelhecimento humano na atualidade refletem o importante período de transição demográfica e epidemiológica que o Brasil vivencia, representando grande significado quando se trata da população idosa e do aumento da prevalência de doenças crônicas, as quais necessitam de tratamentos complexos e de longa duração.

Nos últimos cem anos observou-se um fenômeno mundial, principalmente nos países industrializados, onde é marcante a transformação do perfil epidemiológico da população, caracterizada pela gradual e progressiva queda das doenças infecciosas e parasitárias e pela prevalência das doenças crônico-degenerativas (ARAÚJO, 2012).

Discutir sobre a situação da população no futuro, compreendendo fatores de risco e de proteção para as formas de adoecimento mais prevalentes merece destaque por vislumbrar as consequências que o aumento da expectativa de vida poderá gerar, principalmente na área da saúde.

O envelhecimento humano é um processo natural e gradativo, com variações para cada indivíduo, sendo estas variações dependentes de

fatores como o estilo de vida, as condições socioeconômicas, a presença de doenças crônicas, dentre outros. O tabagismo se apresenta como um dos fatores associados ao estilo de vida, sendo responsável por acelerar o processo de envelhecimento, diminuindo a qualidade de vida do idoso e reduzindo sua longevidade (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Na atualidade, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública onde se observa a alta prevalência de fumantes e também as altas taxas de mortalidade decorrentes das doenças relacionadas ao tabaco (MIRRA et al., 2010).

Segundo Araújo (2009) o tabagismo é uma doença crônica recorrente cujo ciclo se inicia ainda na infância/adolescência e se mantém na vida adulta, representando a maior causa evitável de doenças e mortes precoces em todo o mundo e um fator de risco para 55 doenças provocadas pela exposição ativa ou passiva aos componentes do tabaco. A mortalidade anual relacionada ao tabaco, no mundo, é de 5,4 milhões de pessoas, sendo um óbito a cada dez adultos, dos quais 70% em países em desenvolvimento. No Brasil, ocorrem 200 mil óbitos por ano relacionados ao uso do cigarro (MIRRA et al., 2010).

A cessação do tabagismo é uma das medidas que podem ser adotadas para que a população idosa obtenha uma melhor qualidade de vida. Fontanella e Secco (2012, p.169) afirmam que “em qualquer fase do ciclo vital e para qualquer sexo, a cessação do uso do tabaco promove benefícios à saúde, sobretudo diminuindo riscos cardiovasculares e de alguns cânceres”.

Na abordagem aos pacientes tabagistas idosos se faz importante a compreensão das peculiaridades próprias do envelhecimento, como as doenças crônicas e os fatores sociais como o isolamento social e a aposentadoria. Para além do descrito, apresenta-se a dependência nicotínica, que segundo Carvalho et al., (2013) é aquela que possui uma relação complexa de estímulos ambientais, de hábitos pessoais, condicionantes psicossociais e ainda as ações biológicas da nicotina no organismo.

Observado o exposto, a relação envelhecimento humano e tabagismo, o presente estudo objetivou descrever o perfil das pessoas idosas que procuraram o Programa de Tratamento Multidisciplinar

de Tabagistas do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, Campina Grande, Paraíba.

REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Brito (2008) a transição demográfica no Brasil surge como consequência, dentre outros indicadores, da redução da taxa de mortalidade, da queda na taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida, produzindo um fenômeno mundialmente conhecido como “envelhecimento populacional”.

Conforme indicadores sociodemográficos e de saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2009), o grupo etário de 60 anos ou mais, irá se duplicar, em termos absolutos, no período de 2000 a 2020, passando de 13,9 para 28,3 milhões, e em 2050 será de 64 milhões, fazendo-se relevantes estudos e práticas voltadas à promoção da qualidade de vida desta população.

O índice de envelhecimento é um indicador do processo de envelhecimento da população brasileira, onde em 2008 existia 24,7 idosos de 65 anos ou mais de idade para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, registrando-se assim, um crescimento de 170% da proporção de idosos (BRASIL, 2010). Esse indicador de envelhecimento e os demais dados que demonstram o processo ascendente de aumento da população idosa geram a necessidade de compreensão dos agravos à saúde mais prevalentes nesta faixa etária, para que, a partir destes conhecimentos seja possível intervir de maneira eficiente e eficaz na saúde destes indivíduos.

Nas doenças que acometem a população idosa atual são prevalentes as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), subgrupo das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs). No Brasil, essas doenças são responsáveis por 72% da mortalidade, (31,3%), doenças do aparelho circulatório, câncer (16,3%), diabetes (5,2%), e a doença respiratória crônica (5,8%), atingindo indivíduos de todas as camadas sociais e econômicas, porém com maior intensidade nos grupos de maior vulnerabilidade, como aqueles de baixa escolaridade e os idosos (BRASIL, 2011).

As DCNTs são as formas de adoecimento mais frequentes em pessoas idosas, visto o próprio fator de cronicidade da doença se

desenvolver com o passar do tempo, com períodos variados de latência. Outro fator é a vulnerabilidade própria do envelhecimento, onde há uma exposição a diversos fatores de risco e a prática de hábitos de vida prejudiciais à saúde, como é o caso da utilização prolongada de substâncias psicoativas prejudiciais à saúde, como o tabaco.

O tabagismo é classificado pela Classificação Internacional de Doenças (10ª revisão – CID-10) como um transtorno mental e de comportamento relacionado às substâncias psicoativas (ZAITUNE et al., 2012).

Com o estado de transição, seja ela, demográfica ou epidemiológica, é inegável a colocação de alguns focos para estudos e intervenções da saúde coletiva como é caso do envelhecimento humano. Devem-se considerar as características, consequências e condições de vida e saúde dos idosos, sendo ponto-chave da presente pesquisa, o tabagismo, que tem como substância psicoativa a nicotina, responsável pela dependência dos usuários. As drogas psicoativas representam um fator de risco relevante para várias formas de adoecimento de toda a população, inclusive dos idosos.

As drogas psicoativas são aquelas que têm a propriedade de alterar o estado mental do indivíduo, sendo utilizadas há milhares de anos, acompanhando toda a história da humanidade (BRASIL, 2013).

De acordo com Pillon et al., (2010), compreende-se que a utilização de substâncias psicoativas também representa, na atualidade, uma preocupação em termos de saúde pública. As relações do indivíduo com as substâncias psicoativas variam de acordo com o contexto, podendo ser inofensivas e com riscos mínimos, mas podem também assumir padrões de utilização gerando prejuízos biopsicossociais ao indivíduo (BRASIL, 2013).

Em termos de dados epidemiológicos para o tabagismo os autores Dias-damé, Cesar e Silva (2011) dizem que o tabagismo corresponde a principal causa de morte para metade dos seus usuários, ocorrendo uma taxa de 50% de óbitos de usuários do tabaco numa faixa etária de 35 aos 69 anos de idade, visualizando que nenhum outro fator de risco é tão devastador quanto o cigarro.

Peixoto, Firmo e Lima-Costa (2006) afirmam que os idosos correspondem a uma faixa etária que apresenta maior prevalência de

doenças e agravos crônicos, que podem não estar relacionados ao tabaco, porém a continuidade do uso do cigarro corresponde a um fator que contribui para o maior risco de complicações, de surgimento de comorbidades e dos prejuízos terapêuticos decorrentes do efeito do fumo no metabolismo de vários medicamentos.

A utilização do tabaco e outras substâncias psicoativas podem ser tidas como consequência de uma diversidade de fatores sejam eles de risco ou de proteção (BRASIL, 2013).

Fatores de risco podem ser entendidos como aqueles que convergem para a construção das circunstâncias do uso abusivo, já os fatores de proteção são aqueles que colaboram para que o indivíduo ainda que tenha contato com a droga possa se proteger (BRASIL, 2013).

Os autores Seabra, Faria e Santos (2011) mostram o tabagismo como um fator de risco para o desencadeamento da dependência nicotínica na população atual de idosos, visto o prolongado período de tempo o uso do tabaco que há alguns anos era visto como um símbolo que impunha e remetia a status, independência na sociedade, especialmente nas mulheres. Atualmente são diversos os fatores de risco que conduzem o indivíduo a utilização do tabaco, tornando-o dependente dele.

O tabagismo possui suas peculiaridades e merece ser entendido como doença de grande relevância a ser observada em indivíduos idosos, visto o grande período de latência para o desencadeamento de alterações clínicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC. Araújo (2009, p.24) afirma que:

Em geral, o fumante não costuma atribuir ao tabaco os primeiros sinais de distúrbios orgânicos como, por exemplo, a queda no desempenho em atividades físicas, crendo tratar-se de cansaço por estresse. Assim, a maioria dos fumantes busca ajuda terapêutica somente quando surgem manifestações de alguma doença relacionada ao tabaco (DRT) como, por exemplo, DPOC, ou se precisam parar por alguma razão temporal como uma cirurgia.

Diante do exposto, faz-se necessário a cessação da dependência do tabaco como uma alternativa para que se tenha uma redução dos danos que o cigarro pode causar. Carvalho et al., (2013) afirmam que são diversos os benefícios que podem ser obtidos com a cessação do tabagismo, como a redução do risco de adoecer, o controle das doenças pré-existentes, o melhoramento da qualidade de vida e até mesmo da expectativa de vida, onde nos idosos que utilizam até uma carteira de cigarros por dia, há aumento de dois a três anos na expectativa de vida após abandono do tabagismo.

O sucesso na cessação do tabagismo é tão maior quanto mais intensiva a abordagem. Tanto a abordagem individual quanto a em grupo são eficazes, sendo ideal um tempo de abordagem de 90 minutos, e um mínimo de quatro sessões para resultados satisfatórios (MIRRA et al., 2010).

São várias as estratégias de intervenção para o tabagismo no mundo. A Convenção- Quadro é o primeiro tratado internacional de saúde pública, elaborado pela Organização Mundial de Saúde e aprovada em 2003, tem o objetivo de reduzir o consumo e a exposição ao tabaco (RAMOS; SOARES; VIEGAS, 2009).

No Brasil, merece destaque o Programa Nacional de Controle do Tabagismo que é tido como um dos mais abrangentes entre os países em desenvolvimento, com foco na eliminação dos fatores de risco para o consumo como a proibição da propaganda, a obrigatoriedade das imagens de advertência nas carteiras de cigarro e restrições ao fumo em ambientes fechados de uso coletivo (BARROS et al., 2011).

Diante das medidas para a recuperação dos tabagistas é importante salientar que o uso ou a dependência da droga não restringe o indivíduo à condenação de nunca se recuperar (BRASIL, 2013).

Goulart et al., (2010) mostram em seu estudo que a cessação do fumo deve ser feita com auxílio médico tendo em vista que uma orientação não especializada tem taxa de sucesso de apenas 6%.

O autor Araújo (2009, p.25) orienta quanto ao tratamento que se deve realizar diante de um paciente que busca ajuda profissional:

- 1) Colher história clínica completa, incluindo presença de co-morbidades e outros fatores de risco; 2)

levantar dados relativos a dependência e a atitude do fumante diante desta; 3) valorizar o estágio de motivação em que se encontra o fumante; 4) valorizar o grau de dependência (escala de Fagerström).

Segundo as diretrizes para a cessação do tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - SBPT (2008), o fumante, ao ser submetido a avaliação clínica na admissão ao programa de cessação do tabagismo, seja ele saudável, com doenças relacionadas ao tabagismo ou com outras comorbidades, deve objetivar a reconquista da saúde e da qualidade de vida.

No Brasil são poucos os serviços públicos especializados no tratamento intensivo do fumante e infelizmente os dados que existem disponíveis sobre as características dos pacientes que procuram esses serviços são escassos, visto que o conhecimento do público-alvo é fundamental para que os programas sejam estruturados de forma a atender as necessidades específicas de cada população, como é o caso dos idosos, que necessitam de uma abordagem ainda mais específica (CARAM et al., 2009). Diante desta realidade este estudo surge como um diferencial para se compreender o perfil das pessoas idosas que procuram espontaneamente serviços para tratamento da dependência da nicotina, podendo desta forma entender a multidimensionalidade dos fatores que interferem no bom andamento da terapêutica que será adotada.

O importante é que o tabagismo seja compreendido como uma doença e não como um “estilo de vida”, devendo existir uma grande preocupação com o diagnóstico e a orientação terapêutica adequada por todos os profissionais sempre existindo uma associação entre a terapia cognitiva-comportamental e a terapia farmacológica (ARAÚJO, 2009).

REFERENCIAL METODOLÓGICO

Este trabalho se configura como um estudo de natureza descritiva que permitirá uma demonstração de resultados de forma quantitativa, baseado em dados de pesquisa documental.

De acordo com Prodanov e Freitas (2013, p.52) a pesquisa

descritiva acontece:

Quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de Levantamento.

Nas pesquisas descritivas ocorre a observação, registro, análise, classificação e interpretação dos dados sem que haja interferência do pesquisador (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Do ponto de vista da abordagem do problema que o presente estudo trata, pode-se entender esta pesquisa como de cunho quantitativa, na qual:

Considera o que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão) (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010, p.26).

A pesquisa documental, por sua vez, é aquela que é elaborada a partir de materiais que não receberam tratamento analítico, destacando-se por poder organizar informações que se encontram dispersas, conferindo-lhe importância como fonte de conhecimentos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Esta pesquisa foi realizada a partir dos questionários respondidos pelos usuários do Projeto de Extensão: “Tratamento do Tabagismo: enfoque multidisciplinar”, desenvolvido desde 2008, fruto de uma parceria da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Faculdade Maurício de Nassau, as quais cooperam com os acadêmicos dos cursos de farmácia,

medicina, psicologia, nutrição e odontologia; o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), caracterizando-se como local sede das intervenções e o Laboratório Eurofarma, fornecedor do medicamento utilizado no tratamento dos tabagistas. Os atendimentos são voltados à demanda espontânea de tabagistas do município de Campina Grande- PB e cidades circunvizinhas.

A população compreendeu todas as pessoas assistidas pelo programa de tratamento de tabagistas nos anos de 2012 e 2013. A amostra envolveu 49 idosos de ambos os sexos, como idade igual ou superior a 60 anos, que passaram pelo acompanhamento farmacológico durante as entrevistas que fazem parte do programa de tratamento.

Foram considerados sujeitos da pesquisa os pacientes do serviço de tratamento classificados como idosos de acordo com o Estatuto do Idoso, os quais deveriam possuir idade igual ou superior a 60 anos, ter participado da entrevista com os acadêmicos do projeto e respondido ao questionário de atendimento farmacológico, pertencer a ambos os sexos.

A coleta de dados se deu de forma secundária, onde se utilizou os questionários de Avaliação Farmacêutica do Paciente dos anos de 2012 e 2013. Este questionário engloba questões objetivas e de múltipla escolha referentes à caracterização dos usuários, o perfil de utilização do tabaco, doenças que o usuário autor refere, questões acerca de motivações para a cessação do uso. O questionário supracitado não teve seu total de questionamentos utilizados para esta pesquisa, tendo-se utilizado apenas aquelas que se fizeram de maior relevância para compreender o perfil dos usuários idosos e aquelas que estavam em maior concordância para a área de formação da pesquisadora, podendo-se assim obter uma descrição mais apurada e consistente dos resultados obtidos nesta pesquisa.

O procedimento de coleta durou de setembro de 2013 a janeiro de 2014, visto a necessidade de aguardar a conclusão dos atendimentos até dezembro de 2013, para uma melhor delimitação do espaço de tempo dos atendimentos, assim como, obtenção de uma maior abrangência de usuários atendidos no serviço.

O processamento e análise dos dados foram realizados utilizando-se o programa SPSS (Statistical Packag for the Social Sciences)

versão 13.0, onde se pode realizar a tabulação dos dados e sua descrição a partir de técnicas estatísticas descritivas, apresentando os dados em forma de tabelas e gráficos.

DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Quanto às variáveis sociodemográficas, dos 253 questionários de usuários atendidos no serviço de tratamento de tabagistas pelos extensionistas do Programa de Educação e Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (PEPAD), entre os anos de 2012 e 2013, n= 49 (19,4%) corresponderam às pessoas com faixa etária igual ou superior a 60 anos.

A média de idade encontrada foi de 65,5 adotando-se um Desvio Padrão (DP) $\pm 4,21$, com idade variando do valor mínimo de 60 e máximo de 82.

Quanto ao sexo houve um predomínio do sexo feminino correspondendo a 67,3% das pessoas idosas que fazem parte do programa. Este dado pode ser observado em outros estudos.

De acordo Mirra et al., (2010) tanto indivíduos do sexo masculino quanto feminino têm igual benefício das mesmas intervenções no tratamento do tabagismo, considerando-se logicamente as características individuais.

O mesmo autor afirma que pessoas do sexo feminino possuem maior receio do ganho ponderal e da ocorrência de depressão no abandono ao fumo, mas são mais motivadas pelos impactos positivos da cessação, como a prevenção da osteoporose, procurando assimtratamento.

Na Tabela 1 é possível observar a relação dos percentuais de idade e sexo:

Tabela 1 – Distribuição de faixa etária e sexo dos idosos atendidos no programa de tratamento de tabagistas do HUAC, 2012-2013.

<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
	Feminino	Masculino	
60	12,1%	,0%	8,2%

61	,0%	12,5%	4,1%
62	6,1%	25,0%	12,2%
63	15,2%	6,3%	12,2%
64	12,1%	,0%	8,2%
65	6,1%	6,3%	6,1%
66	18,2%	18,8%	18,4%
67	9,1%	,0%	6,1%
68	9,1%	12,5%	10,2%
70	6,1%	6,3%	6,1%
71	3,0%	,0%	2,0%
73	3,0%	,0%	2,0%
76	,0%	6,3%	2,0%
82	,0%	6,3%	2,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Programa de Educação e Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas - PEPAD, 2014.

Na Tabela 2 são observadas as comorbidades autorreferidas pelos idosos. Foi obtido um percentual de 22,8% de idosos com hipertensão, 14,1% que declararam possuir artrite e 17,4% o percentual de idosos que afirmaram não possuir nenhuma doença.

A hipertensão arterial, de acordo com Carvalho Filho e Netto (2006), representa, na atualidade, um dos mais importantes fatores de incapacidade, tendo sua prevalência aumentada com a idade, comprometendo mais de 60% dos indivíduos com mais de 65 anos.

Os mesmos autores realizando uma investigação dos fatores de risco para a acentuação da hipertensão constataram, dentre outros, o fumo com fator de complicações e agravos da hipertensão e das doenças cardiovasculares, sendo sua cessação um passo fundamental no tratamento não-farmacológico da hipertensão (CARVALHO FILHO; NETTO, 2006).

A artrite, segunda doença mais autorreferida pelos idosos deste estudo, consiste numa doença inflamatória crônica sistêmica que possui etiologia desconhecida, é autoimune, sofrendo a influência de fatores genéticos, hormonais e ambientais, afetando mais

comumente mulheres entre 30 e 50 anos e sendo mais incidente até os 85 anos (MONT'ALVERNE et al., 2011).

Na Tabela 2, observa-se a frequência e percentuais das doenças autorreferidas pelos idosos:

Tabela 2 – Distribuição de frequência e percentuais das doenças autorreferidas pelos idosos do programa de tratamento de tabagistas do HUAC, 2012-2013.

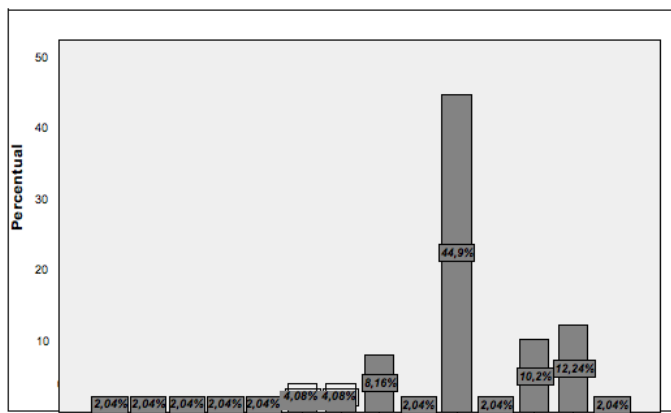
Quais doenças você apresenta?	Respostas	
		%
N		%
Hipertensão	21	22,8%
Diabetes	8	8,7%
Epilepsia	1	1,1%
Dislipidemias	4	4,3%
Artrite	13	14,1%
Depressão	7	7,6%
Problema renal	3	3,3%
Asma	2	2,2%
Gastrite	8	8,7%
Outras	9	9,8%
Nenhuma	16	17,4%
Total	92	100,0%

Fonte: Programa de Educação e Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas - PEPAD, 2014.

O Gráfico 1 aborda o perfil de dependência da nicotina, demonstrando quantos cigarros os idosos fumavam ao dia, ou seja, o número de cigarros que o fumante estava consumindo antes do tratamento, visto que o Questionário de Avaliação Farmacêutica é aplicado durante a primeira consulta de triagem do usuário.

Os resultados obtidos para esta questão podem ser visualizados no Gráfico 1:

Gráfico 1- Quantidade de Cigarros fumados diariamente antes do início do tratamento de tabagistas do HUAC, 2012-2013.



Fonte: O Autor, 2014

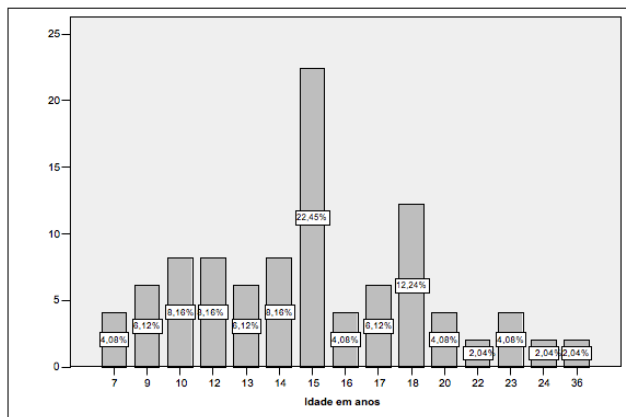
No Gráfico 1 é possível observar um percentual de 44,9% de idosos que informaram fumar a quantidade de 20 cigarros ao dia, correspondendo a uma carteira de cigarros. Esse questionamento é de extrema relevância para avaliar o perfil de dependência do usuário. A quantidade de cigarros fumados ao dia é uma das perguntas do teste de Fagerström que possui medidas generalizadas para a dependência da nicotina (MENESES-GAYA et al., 2009).

A quantidade de cigarros fumados ao dia faz parte da avaliação do grau de dependência à nicotina do paciente e merece destaque no enfoque terapêutico para que se possa realizar um planejamento adequado no tratamento para a cessação do tabagismo (BRASIL, 2010).

A idade de iniciação do consumo do tabaco também representa uma variável relevante quando se fala em dependência, podendo ser visualizada no Gráfico 2. Um percentual de 22,4% informou ter iniciado aos 15 anos, seguido de 12,2% que informou ter iniciado o consumo aos 18 anos. A média da idade de início foi de 15,27 adotando-se um Desvio Padrão (DP) de $\pm 5,003$. As idades variaram entre 7 e 36 anos, utilizando-se as medidas de mínimo e máximo,

respectivamente, em relação às idades de início informadas pelos tabagistas. As demais idades de iniciação ao uso do tabaco são demonstradas no Gráfico 2:

Gráfico 2 – Idade de iniciação ao consumo do tabaco dos usuários do serviço de tratamento de tabagistas do HUAC, 2012-2013.



Fonte: O Autor, 2014

De acordo com Araújo (2009), a idade de iniciação ao consumo do tabaco geralmente ocorre na adolescência, sendo o tabagismo muitas vezes considerado como uma patologia de cunho pediátrico, visto que quanto mais precoce é o seu início, maiores serão o grau de dependência e os problemas gerados por esta. Estes dados reforçam a necessidade de intervenções primárias com crianças e adolescentes.

A curiosidade é um exemplo de fator de risco que pode levar à experimentação, correspondendo ainda a uma característica do adolescente (BRASIL, 2013).

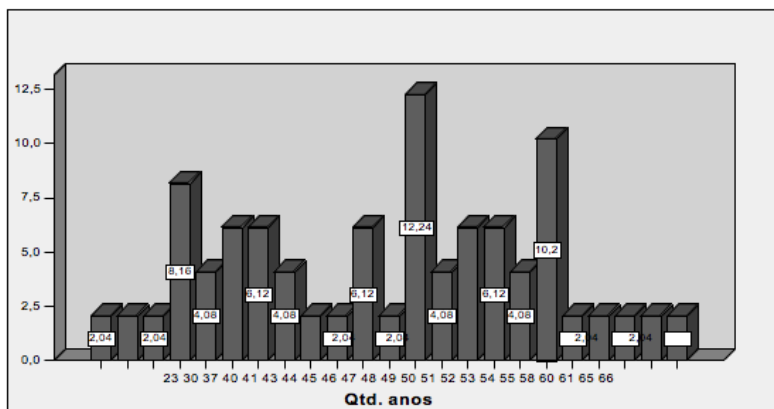
A fase de construção de uma identidade própria faz com que a população adolescente tenha maior vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas (SERRADILHA; RUIZ- MORENO; SEIFFERT, 2010).

Nas Diretrizes para Cessação do Consumo do Tabaco da SBPT

(2008) essa faixa etária também é falada, onde se tem que o consumo do tabaco tem seu início geralmente na adolescência, em média entre 13 e 14 anos de idade, destacando que quanto mais precoce o seu início, maior a gravidade da dependência e os problemas a ela associados.

Observadas as idades de iniciação é possível abordar o tempo de consumo do tabaco pelos idosos. No Gráfico 3, encontra-se a distribuição dos percentuais relacionadas ao tempo de consumo do tabaco pelos idosos, em anos. Em termos de dados mais significativos pode-se observar 12,24% correspondendo aqueles que vêm fumando há 50 anos.

Gráfico 3– Número de anos que o tabagista fuma todos os dias/HUAC, 2012-2013.



Fonte: O Autor, 2014

Compreendendo a idade de iniciação e o tempo de consumo, temos que “o tabagismo é uma doença crônica recorrente cujo ciclo se inicia ainda na infância/adolescência e se mantém na vida adulta” (ARAÚJO, 2009, p.21).

O envelhecimento é uma fase da vida em que já se manifestam as comorbidades do tabagismo devido ao longo período de exposição ao tabaco e ao próprio processo de envelhecimento que fazem com

que sejam maiores as chances de adoecimento (SATTLER; CADE, 2013).

A exposição mais longa ao fumo, a cigarros sem filtro e com elevados teores de nicotina, faz com que os idosos possuam maior risco atual de apresentar doenças relacionadas ao cigarro (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2006).

A Tabela 3 mostra outro dado relevante deste estudo, a quantidade de vezes que os idosos tentaram cessar o uso do tabaco durante toda a sua vida por 24 horas. Na amostra 75,5% dos idosos tentaram parar o fumo, com 51% correspondendo aos que tentaram cessar o fumo pelo menos uma vez. Sendo 24,5% os que afirmaram nunca terem tentado parar de fumar durante toda a sua vida. Os demais números podem ser observados na Tabela 3:

Tabela 3 – Quantidade de vezes que tentou parar de fumar por pelo menos 24 horas durante toda a vida / HUAC, 2012-2013

Quantas vezes tentou parar de fumar?	Frequência	%	% válido	% acum.
0	12	24,5	24,5	24,5
1	25	51,0	51,0	75,5
2	3	6,1	6,1	81,6
3	2	4,1	4,1	85,7
4	2	4,1	4,1	89,8
8	2	4,1	4,1	93,9
10	3	6,1	6,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Fonte: Programa de Educação e Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas - PEPAD, 2014.

O tratamento farmacológico é considerado uma medida efetiva para a cessação do tabagismo para todo fumante acima de 18 anos que apresenta um consumo maior do que 10 cigarros/dia (BRASIL,

2010).

No questionário utilizado para este estudo, os idosos, quando interrogados sobre a participação em outros programas de tratamento, 91,8% dos idosos informaram nunca terem participado de nenhum outro serviço que oferecesse atividades para o tratamento do tabagismo, demonstrando a imensa relevância do programa para a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos visto a procura ser realizada por vontade própria do usuário.

As Diretrizes para cessação do tabagismo recomendam que exista priorização do aconselhamento profissional, aumentando as chances de tabagista cessar o hábito de fumar (BRASIL, 2008).

Ainda que os idosos não tenham tido acesso a serviços de tratamento eles foram questionados acerca da utilização de algum método farmacológico para a cessação do fumo, tendo 44,9% informado ter utilizado algum método farmacológico.

Os métodos farmacológicos variaram entre os adesivos de nicotina, comprimidos, pastilhas, spray nasal ou outros tipos de fármacos utilizados para a cessação da dependência da nicotina. A Tabela 4 mostra a distribuição destes métodos farmacológicos:

Tabela 4 – Distribuição em frequência e percentuais dos fármacos utilizados pelos idosos para a cessação do fumo / HUAC, 2012-2013

TIPO DE FARMACOTERAPIA	N	%	% dos casos
Adesivos de nicotina	5	9,6%	10,2%
Pastilhas de nicotina	3	5,8%	6,1%
Spray Nasal	1	1,9%	2,0%
Comprimido	14	26,9%	28,6%
Outro	2	3,8%	4,1%
Nenhum	27	51,9%	55,1%
Total	52	100,0%	106,1%

Fonte: Programa de Educação e Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas –PEPAD, 2014.

De acordo com a Tabela 4, o comprimido foi referido por 26,9%,

seguido por 9,6% dos que informaram já ter utilizado adesivos.

O tratamento farmacológico deve ser utilizado objetivando a complementação da terapia cognitivo-comportamental, tendo também como efeito o alívio dos sintomas da abstinência (ARAÚJO, 2009).

Um aspecto relevante quando se aborda o tratamento, encontra-se no fato de que as terapêuticas adotadas não devem ser baseadas unicamente no afastamento e eliminação da droga do organismo, mas também abordar aspectos psicológicos e socioculturais (BRASIL, 2013).

Nas recomendações para conselheiros da Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (BRASIL, 2013) mostra-se evidente que na atualidade os indivíduos usuários de drogas são grupos heterogêneos que necessitam de abordagens terapêuticas diferenciadas, ocorrendo pelo fato da dependência envolver aspectos biológicos, sociais e psicológicos, indicando para intervenções que englobem todas as áreas relacionadas.

No Programa Multidisciplinar para Tratamento de Tabagistas onde o presente estudo foi realizado, observa-se a abordagem terapêutica que prioriza o indivíduo em sua integralidade, não restringindo sua dependência nicotínica apenas às doenças biológicas que esta pode desencadear, mas também observando os aspectos sociais e psicológicos que estão presentes neste e desta forma podendo interferir multidimensionalmente a partir de profissionais de diversas áreas da saúde que atuarão no tratamento do tabagista.

Bicalho e Oliveira (2011) afirmam quanto a abordagem multidisciplinar que sua principal característica é a justaposição das ideias, estando a multidisciplinaridade hierarquicamente no primeiro nível, inferior, de integração entre as disciplinas, quando comparada à inter e à transdisciplinaridade.

Por último, foram perguntadas as motivações que conduziram o idoso a procurar o programa de tratamento de tabagistas.

As motivações para a cessação questionaram acerca de preocupações com a saúde atual, com a família, com a saúde futura. Outros motivos foram abordados, como a pressão colocada pela família e pela sociedade para que o idoso se liberte da dependência.

Todas as motivações foram listadas e descritas em termos de números absolutos e percentuais, entendendo-se sempre a quantidade de respostas num universo de n=49. A Tabela 5 mostra as motivações para a cessação do tabagismo pelos idosos atendidos no programa de tratamento.

Tabela 5 – Distribuição em números absolutos e percentuais das motivações que levaram os idosos a procurarem tratamento para o tabagismo/HUAC, 2012-2013

Quais motivações o levaram a procurar tratamento para o tabagismo	N	% do total de casos
Porque está afetando minha saúde	43	91,5%
Outras pessoas estão me pressionando	30	63,8%
Pelo bem estar da minha família	36	76,6%
Fumar é anti-social	29	61,7%
Porque gasto muito dinheiro com cigarro	30	63,8%
Estou preocupado com minha saúde no futuro	36	76,6%
Porque meus filhos pedem	33	70,2%
Porque não gosto de ser dependente	32	68,1%
Fumar é um mau exemplo para as crianças	26	55,3%
Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados	25	53,2%

Fonte: Programa de Educação e Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas –PEPAD, 2014.

A compreensão do tabagista em sua totalidade é essencial para que se tenha sucesso no processo de cessação do fumo. As motivações para fumar ou deixar de fumar merecem enfoque na abordagem do dependente do tabaco (SANTOS et al., 2011).

Os 91,5% dos tabagistas referiram o fato de o tabagismo estar afetando sua saúde. Este dado pode ser comparado com dados de estudo semelhante de Russo e Azevedo (2010) onde 69,8% dos pacientes entrevistados também citaram esse fator como a principal motivação, podendo sugerir a relevância da informação dada pelo profissional

de saúde no seu atendimento clínico e um ponto incentivador para o tratamento que deve ser trabalhado pelos profissionais.

A preocupação com o bem estar da família (76,6%) e a preocupação com a saúde no futuro (76,6%) são, em segundo lugar, as maiores motivações dos tabagistas para cessar o fumo.

Outros fatores motivacionais foram abordados em grande escala pelos tabagistas, o fumo ser anti-social (61,7%) e o fato de não gostar de ser dependente (68,1%). Disto, pode-se compreender o fato do hábito de fumar ser na atualidade um comportamento rejeitado socialmente pelos malefícios que causam à saúde e também pela maior ação das políticas e legislações que informam sobre o seu uso e consequências.

A compreensão dos fatores motivacionais para a cessação é importante visto que o tratamento implicará na complexa demanda dos fatores biopsicossociais que serão identificados pela equipe multidisciplinar, fazendo com que todas as questões envolvidas recebam seus devidos tratamentos.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo mostraram que 67,3% dos pacientes que procuraram o programa de tratamento da dependência à nicotina pertenciam ao gênero feminino. Demonstrando que mulheres se preocupam e buscam com mais frequência cuidar da saúde.

Entre as doenças crônicas, a hipertensão arterial foi a mais citada com 22,4%, seguida de 14,1% para artrite, tornando evidente a relação entre tabagismo, envelhecimento e hipertensão.

A quantidade de cigarros fumados ao dia correspondeu em 44,9% dos pacientes a 20

cigarros. Já a idade de iniciação ao consumo aconteceu na adolescência, ocasionando nos indivíduos, na atualidade idosa, considerável tempo de exposição. Assim, 75,5% dos idosos que já tentaram abandonar o fumo, porém poucos tiveram acesso a outros programas de tratamento, 44,9% dos pacientes já utilizaram algum tipo de tratamento farmacológico para a cessação do hábito de fumar. O fator motivacional para buscar tratamento se deve ao fato do fumo estar afetando sua saúde.

O estudo traçou o perfil dos idosos atendidos, possibilitando a tomada de decisões para aperfeiçoamento e implantação de atividades voltadas a essa população em tratamento do tabagismo.

O tabagismo como um dos grandes fatores desencadeadores de doenças e conseqüentemente com redutor da qualidade de vida do idoso fumante faz com que os resultados deste estudo apontem para a necessidade de incentivo a estratégias para cessação do tabagismo em idosos, propondo ações específicas para este grupo etário o qual apresenta maior vulnerabilidade à complicações e até mesmo à morte pela permanência do comportamento utilização do tabaco.

O estudo realizado apresentou limitações quanto à sua amostra. A definição da amostra pode ser considerada um fator limitante, por ela não ser aleatória. O tamanho da amostra também se configura como uma limitação importante, onde ao se apresentar em tamanho reduzido, nos permite apenas considerar os resultados para a população em questão.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Alberto José de. Tratamento do tabagismo pode impactar a DPOC. **Pulmão Rj**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.20-33, 2009.

ARAÚJO, José Duarte de. Polarização Epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.4, p.533-538, 2012.

BARROS, Aluísio J. D. et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, p.3707-3716, 2011.

BICALHO, Lucinéia M.; OLIVEIRA, Marlene. Aspectos Conceituais da Multidisciplinaridade... **Rev. Elet. de Bibliot. e Ci. da Infor.**, Florianópolis, v.32, n.16, p.1-26, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/viewFile/1518-2924.2011v16n32p1/19336>>. Acesso em: 23 dez. 2013.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - SBPT.

Diretrizes da SBPT: diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **J Bras Pneumol.**, v.34, n.10, p.845-80, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série Pactos pela Saúde, v.12).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil - 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do Uso de Drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5.ed. Brasília: SENAD; MEC, 2013.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **R. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v.25, n.1, p.5-26, 2008.

CARAM, Laura Miranda de Oliveira et al. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. **J Bras Pneumol.**, v.35, n.10, p.980-985, 2009.

FILHO, Eurico Thomaz de.; NETTO, Matheus CARVALHO Papaléo. **Geriatrics: Fundamentos, clínica e terapêutica**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

CARVALHO, Anderson Albuquerque de et al. Controle do tabagismo em instituição de longa permanência para idosos: relato de experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.1119-1130, 2013.

DIAS-DAMÉ, Josiane L.; CESAR, Juraci A.; SILVA, Suele Manjourany. Tendência temporal de tabagismo em população urbana: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.11, p.2166-2174, 2011.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional** [Internet], v.20, n.1, p.106-194, 2012. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/viewFile/382/268>>. Acesso em: 05 nov., 2013.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; SECCO, Karina Nogueira Dias. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.61, n.3, p.168-175, 2012.

GOULART, Denise et al. Tabagismo em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.313-320, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: MPOG, 2009 (Estudos e Pesquisas; n  25).

KAUARK, Fabiana da Silva; MANHÃES, Fernanda Castro; MEDEIROS, Carlos Henrique. **Metodologia da Pesquisa: um guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, 2010, 88p.

MENESES-GAYA, Izilda Carolina de et al. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerstr m para Dependência de Nicotina. **J. Bras. Pneumol**, São Paulo, v.35, n.1, p.73-82, 2009.

MIRRA, Antônio Pedro et al. Tabagismo - Parte I. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.56, n.2, p.127-143, 2010.

MONT'ALVERNE, Andrea Rocha de S. et al. Artrite reumatoide no idoso: estudo de 35 casos. **Geriatrics & Gerontologia**, v.5, n.3, p.159-162, 2011.

PEIXOTO, Sérgio Viana; FIRMO, Jos lia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Condições de saúde e tabagismo entre

idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p.1925-1934, 2006.

PILLON, Sandra Cristina et al.,. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial - álcool e outras drogas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.742-748, 2010.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2.ed. Nova Hamburgo: Universidade Feevale, 2013, 276p.

RAMOS, Donatela; SOARES, Thaís da Silva Tavares; VIEGAS, Karim. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p.1499-1505, 2009.

RUSSO, Adriana Carneiro; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. **J. Bras. Pneumol**, In: v.36, n.5, p.603-611, 2010.

SANTOS, Juliana Dias Pereira dos, et al. Instrumentos para Avaliação do Tabagismo: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4707-4720, 2011.

SATTLER, Alexandre Coutinho; CADE, Nágela Valadão. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.253-264, 2013.

SEABRA, Carolina Ribeiro; FARIA, Hila Martins Campos; SANTOS, Fabiane Rossi dos. O tabagismo em uma perspectiva biopsicossocial: panorama atual e intervenções interdisciplinares. **Ces Revista**, Juiz de Fora, v.25, p.321-336, 2011.

SERRADILHA, Antonia de Fátima Zanchetta; RUIZ-MORENO, Lidia; SEIFFERT, Otilia Maria Lúcia Barbosa. USO DE TABACO ENTRE ESTUDANTES DO ENSINO TÉCNICO DE ENFERMAGEM. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.3, p.479-487, 2010.

ZAITUNE, Maria Paula do Amara et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.583-595, 2012.

CUIDADO FARMACÊUTICO DIRIGIDO A TABAGISTAS EM TRATAMENTO FARMACOLÓGICO COM CLORIDRATO DE BUPROPIONA

Clésia Oliveira Pachú
Bruna Moura Ribeiro Nunes
Luana Silva Barbosa
Mateus Raposo dos Santos
Matheus Vinícius Nascimento Cabral
Cibelly Alves Santos
Marília Gabrielly Pereira Maniçoba
Genilza de Santana
Flávia Gabryelle de Lima Barbosa
Mirelly Barbosa Santos
Janielle Silva Marinho de Araújo
Gabryella Garcia Guedes

INTRODUÇÃO

O tabagismo se inicia por meio de vários fatores, dentre eles, estão o fácil acesso, o baixo custo e durante longos anos, a influência da mídia promovendo apenas o lado positivo do uso do tabaco. O ato de fumar tornou-se natural em inúmeras sociedades, devido a estratégias dos fabricantes para aumentar o consumo do tabaco. Diante disso, o tabagismo apresenta índices em constante avanço, sendo considerada a principal causa de mortes evitáveis no mundo todo (INCA, 2007).

O tabagismo é um obstáculo para o desenvolvimento, pois com o uso indiscriminado do tabaco, os usuários tornam-se dependentes da nicotina, e, por conseguinte, também são afetados por doenças decorrentes de outras substâncias contidas no cigarro como alcatrão e monóxido de carbono. Estas implicando em grande parte dos usuários serem acometidos por doenças, e estes, muitas vezes, tornam-se incapazes de gerar e prover renda a si e aos seus familiares.

São mais de 50 tipos de doenças relacionadas com o uso do tabaco, a de maior destaque, o câncer, seguida por doenças cardiovasculares e doenças pulmonares. O tabagismo se atribui a: 85% das mortes por doença pulmonar (enfisema), 45% das mortes por infarto do miocárdio, 30% das mortes por câncer e 25% das mortes por derrames (INCA, 2003).

Diante de todos os aspectos negativos em consequência do tabagismo, torna-se de suma importância intervenções que reduzam o risco de mortalidades e também reduzam os custos de tratamentos impostos aos usuários. E essa redução de riscos e custos pode ser realizada por meio do Cuidado Farmacêutico, na orientação e acompanhamento, principalmente farmacoterapêutico, do paciente para cessação do fumo.

Esta prática compreende valores éticos, competências, habilidades, compromissos e responsabilidades em prol da prevenção de doenças e da promoção e recuperação da saúde (TORRES, 2011). Na Atenção Farmacêutica, o que se busca é desenvolver uma prática focada no paciente e voltada à resolução e prevenção de problemas farmacoterapêuticos, fundamentalmente pela necessidade de redução de morbimortalidades relacionadas aos medicamentos e ao fumo.

A abordagem farmacêutica, dependendo da situação, pode apresentar melhores resultados, se apoiada por medicamentos que diminuam sintomas da síndrome de abstinência. É importante enfatizar que o apoio farmacoterapêutico tem papel bem definido no processo de cessação do tabagismo, minimizando sintomas da abstinência ao tabaco e facilitando a abordagem comportamental.

Atualmente, existem medicamentos com eficácia comprovada no combate ao tabagismo. A bupropiona é o medicamento de eleição nesse grupo, pois na maioria dos casos não apresenta efeitos

colaterais importantes (BRASIL, 2001). A Bupropiona é um antidepressivo atípico de ação lenta. Este por sua vez, diminui os sintomas relacionados à síndrome de abstinência e a vontade de fazer uso do cigarro. No entanto, o medicamento pode causar insônia, boca seca, cefaleia e, em casos mais graves, convulsões, taquicardia, hipertensão arterial, urticária e manchas na pele. Por isso é indispensável o acompanhamento da equipe farmacêutica no tratamento (NUNES; CASTRO, 2011).

Por intermédio de análise criteriosa do tabagista é possível ao farmacêutico estabelecer a(s) necessidade(s) e o(s) problema(s) de saúde do indivíduo, identificando a presença de sinais e/ou sintomas de alerta, como interações medicamentosas e reações adversas à bupropiona. Nesses casos, avalia-se o encaminhamento a outro profissional, objetivando a efetividade e segurança do tratamento.

A presente intervenção utilizou a metodologia ativa do tipo Aprendizagem Baseada em Problemas. Foi realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) pelo Programa de Tratamento de Tabagistas com tabagistas em tratamento farmacológico com Cloridrato de Bupropiona (BUP), promovendo qualidade na terapia e visando reduzir o número de tabagistas na cidade de Campina Grande-PB. Foram assistidos tabagistas que de forma voluntária buscaram tratamento com intuito de abandonar o cigarro. Na abordagem foi realizada entrevista acerca do perfil social e histórico farmacoterapêutico, nível de dependência à nicotina e motivação para parar de fumar.

O tabagismo está associado a enormes custos sociais e econômicos originários do aumento de morbi mortalidades relacionadas ao fumo (NUNES; CASTRO, 2011). A magnitude dos custos relacionados ao tabagismo impõe uma carga importante tanto para o indivíduo quanto para os sistemas de saúde. Estimativas conservadoras indicam que os custos em saúde atribuíveis às doenças tabaco-relacionadas alcançam em termos globais cerca de USD 500 bilhões por ano, devido à redução da produtividade, adoecimento e mortes prematuras (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

De acordo com estimativas do Banco Mundial, os gastos relacionados com o fumo representam 6% a 15% dos custos anuais de

países desenvolvidos. No Brasil, todo ano, 200 mil pessoas morrem em consequência do tabagismo. Aponta o referido estudo que cerca de 90% dos cânceres de pulmão e 30% dos outros tipos de câncer são devidos ao tabaco (NUNES; CASTRO, 2011). O papel fundamental de estratégias de marketing sofisticadas e globalizadas no fomento da expansão do consumo em escala planetária fez a OMS considerar o tabagismo uma doença transmissível pela publicidade (CAVALCANTE, 2005).

Dessa forma, promover a redução do consumo de cigarros é imprescindível. Para um efetivo controle do tabagismo é preciso que se entenda que o problema do tabagismo envolve questões que não se limitam ao indivíduo fumante. A problemática é resultante de um contexto social, político e econômico que historicamente tem favorecido que indivíduos comecem a fumar e dificultado outros a deixarem de fumar (INCA, 2003).

Medidas como prevenção, promoção de ambientes livres de fumo e tratamento do tabagismo devem ser prioridade de saúde pública. Os malefícios causados são inúmeros e o alcance de pessoas que consomem cigarros deve ser preconizado. Para isso, os programas de controle ao tabagismo permitem que o profissional de saúde, em especial o farmacêutico, realize abordagem do tabagista, acompanhando-o adequadamente de acordo com suas especificidades, aumentando a efetividade para cessação do tabagismo.

Objetivou-se abordagem por meio do cuidado farmacêutico tabagistas em tratamento farmacológico com Cloridrato de Bupropiona (BUP), promovendo qualidade na terapia e visando reduzir o número de tabagistas na cidade de Campina Grande-PB.

REFERENCIAL TEÓRICO

A EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA

A prática profissional do farmacêutico passou por mudanças e adaptações, até o surgimento da Atenção Farmacêutica como área de atuação. Hepler e Strand, no ano de 1990, utilizaram pela primeira vez o termo “Pharmaceutical Care”, que ao ser traduzido para o Português, recebeu a denominação de Atenção Farmacêutica.

Em seu artigo, a atenção farmacêutica foi definida como a “provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes”. Este conceito foi discutido, aceito e ampliado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na reunião de peritos da realizada em Tóquio. Nesta reunião, foi designado ao farmacêutico o papel de ser “dispensador de atenção à saúde, podendo participar ativamente na prevenção de enfermidades e na promoção da saúde, concomitantemente com outros membros da equipe de saúde” (OMS, 1994).

Debates e discussões surgiram na busca de aprimoramento e adaptação da temática, para que esta fosse adequada para a realidade de cada nação. Dentre estas adaptações, encontram-se a publicação norte-americana *Pharmaceutical Care Practice*, proposta por Cipolle, Strand e Morley, na Universidade de Minnesota, em 1998. E a abordagem da Espanha, que representa uma adaptação da proposta de Minnesota para a população espanhola, com a utilização do termo *Atención Farmacéutica* e o desenvolvimento do modelo farmacoterapêutico através da metodologia *Dáder*, desenvolvida por um grupo de investigação em *Atención Farmacéutica* da Universidade de Granada. Na Espanha houve também a realização de consensos para a definição de conceitos, modelos de acompanhamento farmacoterapêutico e classificação de *Problemas Relacionados ao uso de Medicamentos (PRMs)* (PEREIRA; FREITAS, 2008).

No Brasil, o termo *Atención Farmacéutica* surgiu como proposta do Consenso de *Atención Farmacéutica* em 2002 e foi adotado a partir de discussões realizadas por instituições como Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Neste encontro, o conceito de *atenção farmacêutica* foi reconhecido nacionalmente como:

Modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica, compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde.

Sendo a interação direta entre o farmacêutico e o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2002).

Além disso, neste mesmo encontro foram definidos também os macrocomponentes necessários para a prática da atenção farmacêutica, sendo estes a promoção do uso racional de medicamentos (atenção em saúde), orientação farmacêutica, dispensação de medicamentos, atendimento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades (PEREIRA; FREITAS, 2008; TORRES, 2008).

Contudo, a definição de Atenção Farmacêutica, aceita e citada por pesquisadores como Hepler e Strand continua em seu processo de adaptação, sendo atualmente aceita como a parte da prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando o atendimento das suas necessidades relacionadas aos medicamentos.

PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS (PRMS) E INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA

O ideal de assistência à saúde já foi excessivamente medicalizado e mercantilizado, sendo o medicamento um dos, senão o principal fator de recuperação da saúde. A relação médico-paciente era dependente do medicamento, sendo praticamente impossível pensar a prática médica sem a presença desses produtos, com inclusões de tratamentos paliativos.

Neste contexto, a morbimortalidade relacionada ao uso irracional de medicamentos se tornou um grande problema de saúde pública, enquadrando-se nos problemas relacionados a medicamentos.

O termo Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs)

surgiu junto com a proposta de Atenção Farmacêutica. E, em 2002, foi elaborado o Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados a Medicamentos que definiu PRM como sendo: “problemas de saúde, entendidos como resultados negativos, derivados da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, conduzem à não obtenção do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos indesejados” (CINFARMA, 2015).

Diversos fatores podem ser relatados como contribuintes para o surgimento dos PRMs, dentre estes destacam-se a automedicação, a não adesão ao tratamento, indicação incorreta do medicamento, alta/baixa dosagem, entre outros. Com base nisso, o II consenso de Granada classificou os PRMs em: Necessidade, onde o PRM está diretamente relacionado com o uso do medicamento desnecessário e com o não recebimento do fármaco necessário; Efetividade, o paciente sofre de um PRM em consequência de uma efetividade quantitativa ou não quantitativa; Segurança, o paciente sofre de um problema de saúde referente à uma insegurança quantitativa ou não quantitativa.

Um estudo realizado na Espanha verificou que 1 em cada 3 pacientes que procuram o serviço hospitalar de urgências o faz devido a um PRM e que na maioria dos casos, cerca de 73,13%, são evitáveis (CORRER, et al., 2007). Gerando assim, gastos enormes em todo o mundo.

Desta maneira, o farmacêutico atua na prevenção de PRMs através do estudo da farmacoterapia de cada paciente. Para tal são analisadas a presença de fármacos desnecessários, a efetividade dos fármacos utilizados, a aderência do paciente à farmacoterapia, além da existência de efeitos adversos que promovam insegurança ao uso de medicamentos e interações medicamentosas que venham a alterar os efeitos destes.

As interações medicamentosas (IM) podem surgir do uso de dois ou mais fármacos concomitantemente, assim como do uso de fármacos com alimentos, bebidas e agentes ambientais ou químicos. Estas interações podem resultar em leves danos a saúde do paciente ou em complicações mais severas (PAULA et al., 2015).

As IM podem ser classificadas como interações graves, que são

potencialmente ameaçadoras, podendo levar a óbito ou sendo capazes de causar danos permanentes; interações moderadas, cujos efeitos causam alguma alteração clínica no paciente exigindo tratamento adicional, alteração da dose prescrita ou hospitalização; interações leves, cujos efeitos são normalmente mais suaves, podendo ser incômodos ou passarem despercebidos, sem afetar significativamente o efeito da terapia (SILVA; SANTOS, 2010).

O crescente desenvolvimento de novos fármacos, o uso abusivo de medicamentos e prescrições com combinações cada vez mais complexas, aumenta a prevalência de interações medicamentosas potencialmente prejudiciais ao paciente. Os riscos e gravidade destas interações são determinados por diversos fatores, entre os quais, estágio da doença, duração do tratamento e associação de vários medicamentos (HAMMESH, et al., 2008).

Fatores como a idade do paciente e presença de doenças podem interferir na metabolização e eliminação dos fármacos, sendo fatores que potencializam o surgimento de interações medicamentosas. Desta forma, os idosos por serem em sua maioria portadores de doenças crônicas, fazem uso de inúmeros medicamentos e apresentarem as funções hepáticas e renais deterioradas, implicando na diminuição do metabolismo e eliminação dos fármacos se apresentam como um grupo mais vulnerável a apresentar interações medicamentosas (PAULA et al., 2015).

Por meio da análise das características clínicas e farmacológicas dos pacientes, das drogas prescritas e dos eventos adversos é possível identificar quais pacientes estão mais susceptíveis a apresentarem potenciais interações medicamentosas e desencadearem reações clínicas não desejadas. Nesse contexto, o farmacêutico possui a formação profissional direcionada para o estudo dos fármacos e sua atuação no organismo, evidencia-se como o profissional apto para atuar na prevenção e resolução dos problemas relacionados aos medicamentos e as possíveis reações clínicas indesejadas provenientes de interações medicamentosas (PAULA et al., 2015).

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO TRATAMENTO DE TABAGISTAS

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde como um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade e principal causador de mortes evitáveis. Responsável por cerca de 5 milhões de óbitos anuais no mundo, deverá alcançar 10 milhões de mortes anuais em 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos). O hábito de fumar não somente inflige o usuário, mas também se estima que é responsável, passivamente, por 600 mil mortes anuais (INCA, 2011).

Desse modo, diante do grande potencial maléfico do tabagismo nos fumantes tanto ativos quanto passivos, é essencial a existência de projetos multidisciplinares, que ajudem os tabagistas interessados em interromper definitivamente a prática tabagista, dentre os profissionais empenhados em ajudar os tabagistas, destacam-se os farmacêuticos, em que, atualmente, a atividade desempenhada não exerce apenas a função de dispensação de medicamentos, mas também atua na prevenção de doenças e na promoção da saúde. O farmacêutico é um profissional qualificado que atua diretamente em contato com a população e as comunidades em geral, pois as farmácias são estabelecimentos de atenção primária onde o principal objetivo é promover as necessidades de saúde da população com ações preventivas e curativas (CHAGAS, 2012).

Frente a isto, a atuação do farmacêutico no segmento da atenção farmacêutica se faz fundamental no combate ao tabagismo uma vez que a função deste profissional é estabelecer um contato maior com o paciente já que através da coleta de dados, é possível que o farmacêutico identifique os medicamentos utilizados pelos pacientes, e com isso analise a farmacoterapia na busca de possíveis interações medicamentosas buscando identificar possíveis PRMs, possíveis soluções para estes, implantar o plano de orientação ao paciente e comunicar sobre as devidas reações adversas ao prescritor por meio de notificação sobre o ocorrido. Não se tratando apenas do tratamento medicamentoso, o farmacêutico também toma conhecimento sobre a maneira com a qual o paciente utiliza seus medicamentos proporcionando conhecimento sobre a utilização e armazenamento de

forma correta e segura, avalia seus problemas de saúde e como estão se sentindo durante todo o tratamento. Dessa forma, o profissional farmacêutico é de suma importância na aderência dos pacientes ao tratamento e busca sempre estratégias que alterem de forma positiva o comportamento da comunidade assistida abrangendo um ato profissional mais amplo, orientando sobre os riscos do consumo do tabaco, orientando mudanças em seus hábitos alimentares e estilo de vida, dessa forma, proporcionando a melhora na qualidade de vida desses pacientes (CHAGAS, 2012).

No âmbito da atenção farmacêutica no tratamento de tabagistas, a intervenção farmacológica é um grande aliado representando um grande apoio na redução dos sintomas presentes na síndrome de abstinência e é o principal fator que influencia a cessação do tabagismo (RICARTE, 2016). A bupropiona (BUP) é o medicamento utilizado no tratamento de tabagistas e está na lista dos medicamentos autorizados pela Portaria nº 571 de 5 de abril de 2013 do Ministério da Saúde, sendo este considerado um fármaco de primeira linha no tratamento de tabagistas (BRASIL, 2013). O BUP é um antidepressivo antagonista dos receptores dopaminérgicos e esta atividade resulta na diminuição dos sintomas da abstinência ao cigarro. Este medicamento mostra-se eficaz não apresentando potencial efeito de dependência, entretanto, seus efeitos colaterais mais comuns são a insônia, boca seca, tontura e aumento da pressão arterial, portanto, deve ser avaliado a utilização da bupropiona em pacientes hipertensos e não é recomendado seu uso em gestantes e lactentes (REICHERT, 2007).

METODOLOGIA

A presente intervenção se utilizou de metodologia ativa do tipo Aprendizagem Baseada em Problemas. O local de realização foi o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), em Campina Grande, Paraíba, no Programa Multidisciplinar de Tratamento de Tabagistas, em parceria com a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Faculdade Maurício de Nassau.

Foram assistidos tabagistas voluntários maiores de 18 anos e ambos os sexos com disponibilidade de realizar o tratamento às

sextas-feiras à tarde quinzenalmente. Estes foram divididos em quatro grupos por cores: azul, laranja, verde e vermelho. A intervenção foi realizada no período de Setembro de 2015 a Novembro de 2016.

A assistência ao tabagista contava com equipe multidisciplinar composta por estudantes de medicina, farmácia, nutrição, psicologia, odontologia, fisioterapia e educação física, sob a orientação de seus respectivos professores-orientadores. O acompanhamento do tabagista foi realizado em conformidade com a área de atuação de cada profissional.

No âmbito da equipe de farmácia, inicialmente foram realizadas abordagens por meio de exposições acerca do papel do farmacêutico e dependência química à nicotina, responsável pela dependência. Com as devidas orientações acerca do mecanismo da nicotina no SNC abordava-se a terapia medicamentosa a ser utilizada: O cloridrato de bupropiona (BUP). Como o medicamento é um antidepressivo, as contraindicações, seus possíveis efeitos colaterais e sua posologia, foram explicitadas. Na palestra, seguida por roda de discussão, procurava-se esclarecer aos assistidos, informações a respeito do medicamento e demais dúvidas que surgiam.

Uma semana após a palestra e discussões, foram realizadas abordagens individuais, baseado na metodologia Dáder, acerca do perfil socioeconômico, histórico tabagista, medicamentos utilizados atualmente e teste de Fagerström para avaliação do grau de dependência à nicotina. Nesses encontros, também foram observados a classificação conforme ATC e interação medicamentosa dos fármacos que o assistido utilizava em conjunto com bupropiona.

Após a primeira avaliação da equipe, os assistidos eram liberados para fazer parte do tratamento, com encontros quinzenais para orientações e, caso não houvesse contraindicação, dispensação da bupropiona fracionada indicando melhor forma de ser tomada, bem como a avaliação clínica relacionada dos sintomas de abstinência e métodos para reduzir a quantidade de cigarros/dia e, se houve alguma reação adversa com o medicamento dispensado.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em se tratando de um conjunto de estratégias intervencionistas,

fundamentadas nos objetivos da Política Nacional de Controle do Tabagismo e elaboradas por uma parceria entre Ensino, pesquisa, extensão, comunidade, Universidade e Secretarias de Saúde. Dos 164 pacientes assistidos pelo Programa Multidisciplinar de Tabagistas, predominantemente, 60,4% eram do gênero feminino e 39,6%, do gênero masculino, sendo dentre estes, a faixa etária mais analisada referente a pessoas maiores de 46 anos, responsabilizando-se por 64,6% da amostra total, seguidos pela faixa de 36 a 45 anos (17,7%) e 26 a 35 anos (12,8%).

Ainda na abordagem, os entrevistados afirmaram em sua maioria residir na cidade de Campina Grande, e dentre os bairros existentes nesta, os mais citados são respectivamente: Malvinas, Catolé e Centro. Quanto à profissão, apresentam-se em sua maioria como domésticas, dona-de-casa e aposentados. O estado civil mais indicado foi casado/a, representando (46,3%), seguido por, solteiro/a (29,9%) e divorciado (11%). Quanto ao grau de escolaridade, dos 164 entrevistados, 3,6% afirmaram ser analfabetos, 25,6% dos assistidos afirmaram que só estudaram o 1º ano fundamental incompleto e outros 23,8% concluíram o 2º ano do fundamental completo. Abstiveram-se de resposta 6,1%.

Abordando sobre a religião praticante, 68,3% são católicos, 14% evangélicos, outras religiões, 13,4%. Sobre avaliação socioeconômica, 62,2% afirmaram receber menos de 2 salários mínimos, 29,9% entre 2 a 4 salários mínimos e não soube informar, 4,9%. Em seguida relataram sobre a história tabagista e os motivos reforçadores do vício. A faixa etária prevalente ao início do uso do tabaco foi de 11 a 15 anos (42,08%) por incentivo de amigos, moda ou pelo ato de achar charmoso, seguido por jovens na faixa de 16 a 20 anos (28,66%) e crianças, na faixa de 5 a 10 anos (14,64%).

Sobre a quantidade mínima do uso do cigarro, a utilização diária estabelecida na faixa de 11 a 20 cigarros cerca de 53,7%, seguido por quem utiliza mais de 10 cigarros (21,9%). Ainda sobre a utilização, 60% dos assistidos afirmaram que logo que acordam, trazem o cigarro, mesmo na cama. Concomitante a porcentagem referida, outros assistidos fumam o primeiro cigarro entre 6 e 30 min, 28 afirmaram que demoram entre 31 e 60 min para trazer o primeiro cigarro,

tempo de preparar e tomar café, 16 fumam após 60 min e 1 não soube informar sobre o real tempo.

Quando se foi perguntado sobre a tentativa de parar de fumar, 134 assistidos ou 81,7%, disseram que já tentaram parar e 18,3%, não fizeram a tentativa. Dentro da tentativa de parar o uso do cigarro, 33,6% utilizaram meios para forçar, como: acupuntura, meditação e força de vontade, 9% referiram ao apoio da equipe anteriormente e 10,4% utilizaram a reposição de nicotina (TRN). Ainda sobre a história tabagista, foi questionado sobre o desenvolvimento ou não de morbidades referentes ao uso do cigarro, 76,2% afirmaram não ter nenhum tipo de doença decorrente ao uso do mesmo e 23,8% afirmaram em ter, sendo elas DPOC, tuberculose, bronquite e gastrite.

Sobre a associação que eles relataram ao uso do cigarro no dia-a-dia, 84,1% fazem o uso quando estão ansiosos e outros 79,2% com o café. Questionados se convivem com fumantes em casa, 68,3% afirmaram não residir e 31,7% disseram que convivem com pai, mãe, esposo/a, filho/a e sobrinho/a. Quando citado sobre o temido medo de engordar após a cessação, 58,5% afirmaram que não têm medo e 35,3% disseram ter medo de engordar. Os assistidos revelaram notar o prejuízo à saúde devido ao tabagismo, e que é existente a pressão de familiares e gastos com a compra do cigarro como fatores estimulantes ao cessamento.

Após a entrevista acerca do perfil socioeconômico e história tabagistas, é realizado o perfil farmacoterapêutica onde são citados sobre os problemas de saúde e medicamentos utilizados, sendo problemas antecedidos ou não, ao uso do cigarro. Nele há pergunta acerca do nome do medicamento, sua utilização, para que serve, se está se sentindo melhor e se houve algo estranho após sua administração. Com as respostas obtidas, é realizada uma lista com os fármacos utilizados, a fim de ser checado do mesmo associado ao tratamento oferecido no hospital.

Sobre os 106 fármacos citados, foram observados 25 casos de interação, sendo dois casos graves: cloridrato de captopril + losartana - podendo haver, se não for orientado e observado, o aumento do risco de efeitos secundários tais como baixa pressão arterial, insuficiência da função renal e uma condição chamada hipercalemia (alta

concentração de potássio no sangue). Em casos graves, hipercalemia pode levar à insuficiência renal, paralisia muscular, ritmo cardíaco irregular e parada cardíaca.

Dentro dos casos moderados: cloridrato de bupropiona + anlodipino – pode ter efeitos aditivos em diminuir a pressão arterial, podendo haver experiência de dor de cabeça, tonturas, vertigens, desmaios, e/ou alterações no pulso ou frequência cardíaca. E dos casos leves: hidroclorotiazida + anlodipino – por ser de menor relevância, não costuma causar dano.

Ao final da triagem, foi realizado o teste de Fagerström, que avalia o grau de dependência à nicotina e seus respectivos níveis, distribuídos em: muito baixo (13,4%), baixo (28,6%), médio (23,2%), elevado (26,2%) e muito elevado (8,5%) dos assistidos. Com o resultado obtido, os estudantes de farmácia propõem formas de reduzir progressivamente o uso do cigarro, como tiras de cenoura simulando um cigarro, exercício físico, leitura ou até mesmo, jogar a carteira de cigarro na água. Nos retornos houve relatos sobre a abstinência, a fome excessiva, ansiedade, insônia, sonolência e irritabilidade e sobre a reação adversa ao medicamento (BUP) foram citadas náuseas, tremor, boca seca, paladar alterado e tontura.

No período de 10 meses, 39% dos assistidos conseguiram parar de fumar, tendo como êxito comparado as literaturas existentes, que têm como média, apenas 30%.

Ao profissional de saúde, cabe perguntar a qualquer paciente sobre seus hábitos de vida, incluindo o tabagismo e o desejo de tratamento, sendo assim, com total responsabilidade, interesse e força de vontade, há a chance de aumentar o número de assistidos que alcançam a cessação tabágica por meio do projeto, além da total orientação que a equipe de farmácia faz, impedindo o uso irracional de medicamentos e até mesmo, o encerramento abrupto do tratamento.

O formulário utilizado para atendimento individualizado possui conteúdo amplo, buscando analisar sob diferentes aspectos as características e costumes de tabagistas, além das possíveis razões que os levaram a dar início ao hábito. A amostra foi composta em sua maioria por pessoas maiores de 46 anos, e em sua minoria por pessoas mais jovens, o que demonstra que pessoas com idade mais

elevada apresentam maior predisposição ao abandono do tabagismo, o que pode ser explicado pelo maior tempo de uso do cigarro e o surgimento de complicações de saúde decorrente de muitos anos de tabagismo, visto que mais de 40% da amostra afirmou ter dado início ao consumo ainda na infância.

O perfil socioeconômico dos participantes é outro fator relevante, grande parte destes relatou viver com menos de dois salários mínimos, sendo as profissões mais citadas domésticas, donas de casa e aposentados. Este aspecto demonstra que grande parte dos interessados no programa de tratamento do tabagismo opta por este por possíveis limitações financeiras para arcar com os custos de um tratamento pago, o que reflete na importância do programa para estes cidadãos, que encontram neste a oportunidade de superação do tabagismo e mudança de hábitos para uma vida mais saudável. Ademais, ressalta-se que mais de 80% dos participantes buscaram meios alternativos para o cessamento do tabagismo antes de darem início ao tratamento por meio do programa, todos sem sucesso em longo prazo, dado que enaltece a importância do projeto por representar a esperança para tabaco-dependentes que encontram dificuldades no alcance da abstinência.

Quanto aos motivos para o início do tabagismo, observa-se que influência de pessoas próximas e mídia são grandes gatilhos. Ao considerar que o Brasil adotou medidas para desmotivar fumantes e diminuir a adesão da população ao tabagismo, nota-se que estas medidas estão sendo eficazes devido ao baixo número de pessoas mais jovens buscando o programa de tratamento do tabagismo e a grande parcela de pessoas mais idosas, que vivenciaram a promoção do tabagismo quando jovens (BRASIL, 2013).

De modo geral, a regressão dos sintomas de abstinência, bem como das reações adversas evidencia a eficácia do tratamento proposto, em conjunto com o trabalho da equipe multiprofissional, uma vez que os resultados têm sido bastante satisfatórios. Desta forma, a execução da atenção farmacêutica está sendo de extrema importância, visto que os sintomas indesejados causados pela redução no número de cigarros, muitas vezes, são as principais barreiras encontradas pelos pacientes a desistir de se abster do cigarro. Além de

que, a presença de interações medicamentosas tanto com relação a bupropiona, quanto dentro da própria farmacoterapia dos pacientes é frequente, e representa riscos à saúde deste e ao sucesso do tratamento (PAULA et al., 2015). Medidas específicas são tomadas pela equipe, sempre atenta a possíveis complicações relacionadas ao tratamento, o que garante segurança, maior adesão e casos de sucesso dentro do programa.

Desta maneira, o trabalho exercido por farmacêuticos, reflete no somatório de sucesso do tratamento dos pacientes, que recebem atenção completa, acompanhamento individualizado, humanizado e eficaz e encontram no projeto multidisciplinar de tratamento do tabagismo uma grande oportunidade que vai além da cessação do tabagismo e representa completa mudança de vida.

CONCLUSÃO

No desenvolvimento deste Programa observou-se como primordial para todas as equipes a qualidade da terapia dispensada pacientes que realizaram o tratamento com a Bupropiona, almejando assim, cessar o vício do tabaco e colaborar com a promoção da saúde.

Os tabagistas que procuraram participar do programa compreenderam que a garantia do sucesso esperado pelo tratamento vem principalmente da força de vontade do indivíduo carrega em si para se livrar desse hábito prejudicial e não apenas com o uso da medicação.

Apesar da quantidade de pacientes que possuem doenças resultantes do uso do cigarro no grupo assistido ser a minoria, é importante frisar que todos os fumantes estão sujeitos a adquirir alguma dessas doenças, uma vez que a cronificação desse hábito acarreta morbimortalidade ao indivíduo.

Também se faz útil ressaltar que para os 68,3% que não residem com fumantes, de uma forma ou de outra, atuam direta ou indiretamente incentivando a prática do consumo e prejudicando a saúde dos que residem naquele ambiente, estes últimos conhecidos como “fumantes passivos”. O custo atual para manter o vício se apresenta cada vez maior, principalmente para classe economicamente menos favorecida, gerando prejuízos também no sentido econômico.

O tratamento para os tabagistas foi oferecido de maneira

totalmente gratuita, a maioria dos fumantes não tem condições de custear um tratamento pago. Assim, promoveu-se grande contribuição para a população adquirir uma melhora na qualidade de vida e bem estar como um todo.

Além de ser disponibilizado uma equipe multiprofissional que acompanha todo o tratamento realizado, os assistidos dispunham de espaço para que cada um deles relate para o grupo sua experiência no decorrer da terapêutica, fazendo assim com que os demais se sintam motivados a enfrentar os transtornos da síndrome de abstinência, promovendo a troca de experiências que auxiliaram no êxito do tratamento.

O cuidado farmacêutico realizado, dentre outras atribuições, voltou-se para forma correta da administração do medicamento, horários adequados com o intuito de evitar alguns efeitos adversos, interação medicamentosa impedindo ou evitando que ocorram reações indesejadas na utilização da Bupropiona (BUP) juntamente com outros medicamentos utilizados pelos pacientes. É grande o número de pessoas que se automedicam.

O formulário utilizado apresenta perguntas concisas e claras com conteúdo amplo buscando analisar diferentes aspectos, características e costumes de tabagistas, além das possíveis razões que conduziram a iniciação ao hábito.

O cuidado farmacêutico se faz fundamental no controle do tabagismo, estabelecendo maior contato por meio de rodas de conversa e consulta individualizada, tornando possível a identificação dos medicamentos já utilizados pelos assistidos, com isso realizar análise da farmacoterapia na busca de possíveis PRMs, como interações medicamentosas, por intermédio do uso concomitante de BUP e anti-hipertensivos, antidepressivos ou ansiolíticos.

A equipe de farmácia atuou no Programa de Tratamento de Tabagistas com intervenções farmacêuticas utilizando técnicas e instrumentos oferecidos pela atenção ao paciente, já que apresentam muitas dúvidas no início do tratamento acerca do uso de medicamentos e em especial ao BUP.

REFERÊNCIAS

ALVES, H. N. P. Tabagismo. In: **Tratado de Clínica Médica**, v.2. São Paulo: Roca Ltda, 2006, p.2501-2504.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Abordagem e tratamento do fumante**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº571**, de 5 de abril de 2013.

BENOWITZ, N. L. Tabaco. In: **Tratado de Medicina Interna**, v.1, 21.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan S.A, p.39-43, 2001.

CARREIRA, C. F. S. et al. Interações medicamentosas: um relato de caso sobre a avaliação e intervenção farmacêutica. In: **Encontro de Iniciação à Docência**. João Pessoa: UFPB-PRG, 2008.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clín.** Rio de Janeiro - RJ, v.32. n.5, p.283-300, 2005.

CHAGAS, I. **Visão do paciente sobre a importância da assistência farmacêutica prestada em uma farmácia do município de Rio Tinto - PB no ano de 2012**. 43f. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal da Paraíba, 2013.

CINFARMA – Centro de Informação Farmacêutica do Departamento de Farmacovigilância, DNME/MINSA. **Folha Informativa Farmacoterapêutica**. Ano 0, n.6/7, abr/set., 2015.

CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - PROPOSTA. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p.24, 2002.

CORRER, C. et al. Riscos de problemas relacionados com

medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.43, n.1, p.55-62, jan./mar., 2007.

HAMMESH, J. A. et al. Prevalência de potenciais interações medicamentosas droga-droga em unidades de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, Joinville-SC., v.20, n.4, p.349-354, 2008.

IBGE. Comentários. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/comentarios.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. José Alencar Gomes da Silva. **A situação do tabagismo no Brasil**: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Inca, 2011, 76p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer**: modelo lógico e avaliação. 2.ed. Rio de Janeiro – RJ: Ministério da Saúde, 2003.

Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo**: dados e números. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view_arq.asp?ID=1493>. Acesso em: 17 maio, 2017.

NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P., (orgs). **Tabagismo**: abordagem, prevenção e tratamento. Londrina: Eduel, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The role of the pharmacist in the health care system**. Geneva: OMS, p.24, 1994.

PAULA, V. C. et al. Avaliação de eventos clínicos adversos decorrentes de interações medicamentosas em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Boletim Informativo Geum**,

Piauí, v.6, n.3, p.83-90, jul./set. 2015.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.44, n.4, out./dez., 2008.

PINTO M. F. T et al. **Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil. Relatório final**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2012, 41p.

PINTO M. T.; PICHON-RIVIERE A.; BARDACH A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.6, p.1283-1297, jun., 2015.

REICHERT, J. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Tratamento Farmacológico do Tabagismo**, 2007. Disponível em: <<http://sites.uem.br/tabagismo/livros-e-arquivos-texto/tratamento-farmacologico-do-tabagismo>> . Acesso em: 15 maio, 2017.

RICARTE, Y. **Atenção farmacêutica na redução do tabagismo**. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Farmácia, Universidade Estadual da Paraíba, 2016.

SILVA, L. D.; SANTOS, M. M. Interações medicamentosas em unidade de terapia intensiva: uma revisão que fundamenta o cuidado do enfermeiro. **Rev. Enferm**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.134-139, jan./mar., 2011.

TORRES, D. G.; MONTRUCCHIO, D. P. A prática da atenção farmacêutica nas farmácias comunitárias de Curitiba. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v.8, n.2, Jul. – Dez./2007.

NÍVEL DE ESTRESSE ENTRE TABAGISTAS EM RECUPERAÇÃO NUM HOSPITAL PÚBLICO EM CÂMPINA GRANDE-PB

*Terezinha Lumena Carneiro Rodrigues Silva
Clésia Oliveira Pachú*

INTRODUÇÃO

Os efeitos adversos do tabagismo à saúde têm sido demonstrados há décadas. Dados da Organização Mundial da Saúde estimam que 5,4 milhões de óbitos são atribuídos ao tabagismo, sendo na atualidade considerado uma pandemia silenciosa por envolver uma série de consequências negativas, como o câncer de pulmão, doenças coronarianas, doenças cerebrovasculares, aneurismas arteriais, trombose vascular, úlcera do trato digestivo, Infecções respiratórias e impotência sexual masculina.

Em média se inicia o consumo de tabaco entre 13 e 14 anos, porém a vulnerabilidade para dependência não está relacionada apenas à idade, mas está intimamente relacionada à influência dos pais, colegas e da mídia, esses são considerados fatores preditores de seu consumo (RODRIGUES, et al., 2011).

Observa-se que muitos adultos se julgam incapazes de enfrentarem situações sociais de conflito. Com o uso de substâncias, encontram um escape que, embora não seja a ideal, é a que tende a diminuir a ansiedade e eles acreditam que diminuem as dificuldades encontradas. Muitos usuários se dizem fracos e que o uso da droga os ajuda a enfrentar os problemas diários.

Habilidades sociais são descritas, como expressar sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, resolvendo problemas imediatos, minimizando a probabilidade de futuros problemas, ou seja, muitos indivíduos acabam buscando nas drogas uma forma de se tornarem mais sociáveis e com melhor capacidade de interação com seus pares (RODRIGUES, et al., 2011).

Há evidências também de que a exposição a condutas de risco como o tabagismo e o uso de drogas ilícitas está intimamente relacionada ao estresse psicossocial em adultos (CARVALHO, et al., 2011).

Oliveira e Garaieb (2012) observaram que o início do tabagismo está relacionado ao alívio proporcionado diante de situações de nervosismo, estresse, ansiedade, tristeza e mesmo para esquecer os problemas.

Portanto, independente do que leva a um repertório diminuído de habilidades sociais, o uso de drogas fica associado a um meio para enfrentar a rotina ou a fortes pressões externas (RODRIGUES, et al., 2011).

Assim, o cortisol como hormônio indicador do estresse fisiológico realiza numerosas funções no corpo e está envolvido em ações anti-inflamatórias, no metabolismo da glicose e nas respostas imunes. Em alguns estudos, fumantes apresentaram maiores concentrações de cortisol plasmático em jejum quando comparados a indivíduos não fumantes, ou seja, pessoas fumantes são mais estressadas quando comparadas aos não fumantes (FRANÇA, et al., 2010). Isso pode ocorrer através da estimulação do sistema nervoso autônomo simpático, induzida pelo tabagismo.

Assim, a presente pesquisa se torna relevante, visto que contribuirá para ampliação dos conhecimentos disponíveis sobre as alterações fisiológicas, em seres humanos, provocadas pelas substâncias contidas no tabaco.

Podendo ser fonte de estudo para os clínicos e estudantes, principalmente, da área da saúde que buscam compreender e enriquecer seus conhecimentos a respeito do tema, além de poder contribuir para o desenvolvimento de novas campanhas que buscam sensibilizar

a sociedade sobre os malefícios provocados pelo cigarro.

Dessa forma, o entendimento das alterações fisiológicas dos níveis de cortisol provocadas pelas substâncias contidas no cigarro contribuirá para a criação de novas estratégias e/ou diretrizes que irão nortear o tratamento de tabagistas em eventos ocorridos durante a fase de abstinência.

REFERENCIAL TEÓRICO

O CORTISOL

O cortisol é considerado um excelente marcador do estresse fisiológico. Trata-se de hormônio da família dos esteróides que está diretamente envolvida na resposta ao estresse e que realiza numerosas funções no corpo. Está envolvido em ações anti-inflamatórias, no metabolismo da glicose e nas respostas imunes (FRANÇA, et al., 2010).

O hormônio cortisol é produzido pelas glândulas adrenais e aumenta nas últimas etapas do sono no ser humano, com o objetivo de preparar o organismo para a vigília (ROCHA, et al., 2013).

O TABAGISMO

Nas últimas décadas, os padrões de morbimortalidade sofreram grandes transformações. Constatou-se que a predominância das mortes deixou de ser por doenças infecto contagiosas para ser decorrente de doenças ligadas ao estilo de vida (RAMIS, et al., 2012).

Atualmente mais de um bilhão de pessoas são fumantes no mundo e na década de 2030 estima-se que esse total poderá chegar a dois bilhões. O tabagismo é responsável por 90% dos tumores pulmonares, 75% das bronquites crônicas, 25% das doenças isquêmicas do coração (FILHO, et al., 2010), tornando o tabagismo a principal causa de morte prematura e evitável no mundo, sendo que 80% delas ocorrerão em países em desenvolvimento (BARROS, et al., 2011).

A fumaça expelida pelos fumantes é extremamente prejudicial à saúde, onde a duração e o nível de exposição à fumaça do tabaco estão diretamente relacionados com o risco e severas consequências adversas à saúde. Além de o tabaco ser um causador de inúmeras

doenças, ele também é responsável por impactos econômicos, sociais e ambientais (PORTES, 2014).

No Brasil, aproximadamente 34% dos homens e 29% das mulheres são fumantes, consumindo cerca de 175 bilhões de cigarro por ano (RAMIS, et al., 2012).

O ESTRESSE

Condutas de risco à saúde que são incorporadas ao estilo de vida durante a adolescência tendem a prevalecer na vida adulta, sendo assim apresentam pequenas chances de transformação (CARVALHO, et al., 2011).

O ser humano, por natureza, procura manter um equilíbrio de suas forças internas com todos os órgãos, para que assim exista uma harmonia entre os sistemas. Entretanto, quando ocorre o desequilíbrio dessas forças, causadas por situações que despertem emoções positivas ou negativas, isso resultará numa fonte de estresse (ROCHA, et al., 2013).

A dependência nicotínica é resultado da relação de estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e ações biológicas da nicotina (CARVALHO, et al., 2011).

A SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

A Síndrome de abstinência, ausência ou redução de nicotina no organismo caracteriza-se pela presença de sintomas de irritabilidade, ansiedade, nervosismo, cansaço ou dificuldade de concentração quando ocorre a interrupção do uso de determinada substância.

A nicotina é a responsável pela dependência química observada no tabagista. Está relacionada à perda de controle quanto ao consumo do tabaco, mesmo o indivíduo estando consciente dos riscos envolvidos no hábito, o que torna a dependência ao tabagismo um fator que vai além dos efeitos fisiológicos, ou seja, um fator que pode ser explicado por fatores sociais e psicológicos, que aponta para uma dependência comportamental traduzida pela associação entre reforços subjetivos da nicotina e situações emocionais ou certos contextos (ROCHA, 2010).

Os fumantes desenvolvem comportamentos que podem indicar a

intensidade da dependência à nicotina, na medida em que a necessidade de fumar é deflagrada por situações relacionadas à melhora de desempenho, alívio de desconforto ou ampliação da sensação de prazer, e quanto mais o paciente percebe a necessidade de consumo relacionada a essas substâncias, é possível considerar sua dependência mais elevada (ISSA, 2012).

Assim, o *craving* ou fissura ocorre na síndrome de abstinência sendo descrito como um processo neurofisiológico que inclui necessidade intensa, regular, persistente e intrusiva de consumir uma substância (SANTOS, et al., 2011).

O TRATAMENTO

No Brasil, o tratamento do tabagismo é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do Programa de Controle do Tabagismo, regulamentado pelas Portarias N° 1035/GM de 31/05/2004 e Portaria SAS/MS/442 de 13/08/2004. Estas portarias ampliam o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo na atenção básica e média complexidade da rede do SUS, incluem no elenco de procedimentos financiados pelo Piso da Atenção Básica (PAB) aqueles referentes ao tratamento do tabagismo e aprovam o plano de implantação da abordagem e tratamento do tabagismo na rede SUS e o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dependência à nicotina (INCA, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs, em maio de 1999, a adoção do primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). O objetivo da Convenção é proteger as gerações presentes e futuras das consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco a serem implementadas nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir o número contínuo e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (BRASIL, 2011).

REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa quantitativa descritiva realizada por intermédio

da dosagem sérica do cortisol por radioimunoensaio em tabagistas em tratamento. O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), da Universidade Federal de Campina Grande/PB, no período de dezembro de 2013 a março de 2014.

O município de Campina Grande está localizado no Agreste Paraibano, a 120 km de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. Segundo dados do censo de 2010, disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Campina Grande possui 385.213 habitantes e uma área territorial de 594,179 Km².

O estudo foi realizado com 16 participantes do grupo de tratamento de tabagistas, no Hospital Universitário Alcides Carneiro. Foram sujeitos do estudo os pacientes com idade superior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com base na Resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa em seres humanos sob número 0094.0.133.000-08.

As amostras de sangue foram coletadas antes (Basal) do tratamento, após 30 dias e 60 dias, para análise dos níveis de cortisol. Os exames foram realizados no laboratório de análises clínicas do citado serviço.

A análise dos resultados dos níveis de cortisol foi tabulada por meio do programa STATISTICA versão 7.0, utilizando Anova e o teste Tukey-Kramer. O nível de significância estatística adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, o valor de p igual ou inferior a 0,05 para o resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$). Os resultados serão apresentados através de tabelas e gráficos.

DADOS E ANÁLISE DE DADOS

Na amostra estudada, observou-se uma maior prevalência de mulheres, constituindo 77,7% e 22,2% de homens.

O nível basal apresentou média 14,1 ng/dl de cortisol. Na coleta realizada após 30 dias de tratamento foi verificada média de cortisol em 21,31 ng/dl, após 60 dias de tratamento a média da dosagem de cortisol foi 18,1ng/dl como representado na Tabela 01. Deve-se considerar que o valor de referência para o cortisol é 20ng/dl.

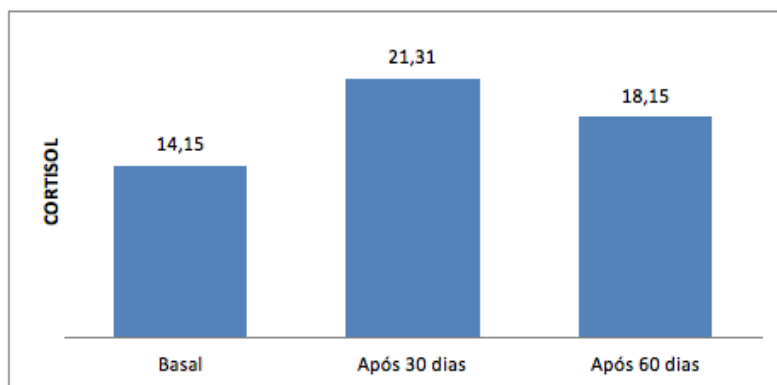
Tabela 1 – Níveis de cortisol a 0,30 e 60 dias de tratamento de tabagista

Período de tratamento (dias)	CONTAGEM	SOMA	MÉDIA	VARIÂNCIA
0	16	99,11	14,158	13,058
30	16	149,21	21,315	29,203
60	16	127,05	18,15	17,482

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

A partir desses valores, foi confeccionada a curva referente aos níveis de cortisol, demonstrada no gráfico 01.

Gráfico 01 - Níveis de cortisol (ng/dl) de tabagistas em tratamento em 0,30 e 60 dias.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Na pesquisa, a média do cortisol basal se encontra dentro do considerado ideal. Em 1998 o pesquisador Lupien já havia estudado as alterações do cortisol, observando que sua elevação pode causar graves danos no hipocampo e prejudicar a aprendizagem e a memória dos indivíduos. Então, pode-se inferir que a abordagem realizada pela equipe multidisciplinar causa um efeito positivo na aceitação

do tratamento pelo usuário onde esse visualiza no tratamento uma oportunidade para o abandono do vício, criando um vínculo de confiança com a equipe e, segurança demonstrado pelos níveis de cortisol (tabela 01), como citou Silva (2010) identificando que a primeira intervenção para o tratamento se constitui no acolhimento.

Verificou-se que após os 30 dias de tratamento houve um aumento significativo dos níveis de cortisol representando, possivelmente, a dificuldade do tabagista em superar as situações de estresse durante a crise de abstinência, como representado no Gráfico 01.

Esse estudo corrobora com a análise de Araújo (2009), quando refere que o *craving* mais intenso leva o usuário a procurar estratégias pouco eficientes para a redução do estresse, ocasionando em um maior número de recaídas durante o tratamento. Deve-se esclarecer ao usuário que a fissura inicia e desaparece em um curto período e que o desconforto e as más sensações logo desaparecerão (SILVA, 2010).

A síndrome de abstinência produz sensações desagradáveis e é sinalizada ao usuário como um aumento na ansiedade e quando chega a um nível elevado o mesmo tem a sensação de perda de controle, levando ao consumo do cigarro (DIAS, et al., 2014) onde o usuário passa a ser motivado ao uso do tabaco não mais para obter prazer e sim para controlar os sintomas da abstinência (PILLON, et al., 2011). Tal fato se encontra intimamente relacionado com o abandono do tratamento no período, entre 30 e 45 dias após o início do tratamento, ou seja, os pacientes se veem incapacitados de resistir ao cigarro e acometidos por um sentimento de vergonha de voltar ao hospital para continuar o tratamento.

Calheiros (2009) e Castro (2010) apontam uma correlação significativa entre a dependência física à nicotina e a gravidade nos sintomas de ansiedade, observando que fumantes com mais sintomas de depressão e ansiedade fumavam maior quantidade de cigarros por semana.

A medicação utilizada foi a bupropiona, originalmente usada como antidepressivo, avaliado pelo Federal Drugs Administration (FDA) e caracterizado como único medicamento psicoativo extensamente testado (SILVA, 2010).

Segundo as diretrizes, é uma medicação de primeira linha no tratamento do tabagismo, sendo eficaz no controle da dependência. A medicação era entregue a cada 15 dias de tratamento.

O fumante deve ser motivado a parar de fumar e a evitar as situações conhecidas como gatilho, ou seja, situações em que o usuário cria um vínculo com o hábito de fumar, como por exemplo, tomar café, tomar cerveja com amigos, dirigir, entre outras, necessitando da mudança na rotina (PILLON, et al., 2011).

Pode-se observar na Tabela 02, estatisticamente, que o valor de Fo e o F crítico equivalem a 4,52 e 3,55, respectivamente, representando a existência de diferenças significantes entre as amostras. Após 60 dias de tratamento, o cortisol diminuiu, representando um melhor enfrentamento do usuário frente à síndrome de abstinência à nicotina.

Tabela 2 - Representação do Fo e F crítico do cortisol nas amostras estudadas

Fonte de Variação	SQ	GI	MQ	F	P valor	F crítico
Entre Grupo	180,08	2	90,04	4,52	0,02	3,55
Dentro dos Grupos	358,46	18	19,91			
Total	538,54	20				

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

A atividade física deve fazer parte da vida do usuário, pois além de reduzir os níveis de colesterol, triglicérides e o risco de desenvolver doenças cardíacas, também reduz a ansiedade e o estresse do indivíduo. Conforme Rocha (2013) e Souza (2013) as atividades físicas e de lazer favorecem o enfrentamento de situações geradoras de

estresse no dia a dia, reduzindo dores osteomusculares, cansaço físico, aumentando a disposição no trabalho e diminuindo a ansiedade e o estresse dos indivíduos. Ressalta-se a importância de orientar os pacientes quanto à ingestão de dieta equilibrada e a prática de atividade física.

A concentração de cortisol como índice fisiológico se mostrou capaz de avaliar o grau de estresse dos tabagistas demonstrando ser útil no acompanhamento destes, servindo no aperfeiçoamento das estratégias de recuperação da dependência à nicotina.

O nível de cortisol demonstra o estado emocional do tabagista em tratamento e norteia o profissional. Destaca-se que o tabagismo deve ser tratado com uma visão multidisciplinar, necessitando maior nível de entendimento e de comprometimento da equipe de saúde que trabalha em programas de prevenção e de tratamento.

É importante que a equipe multidisciplinar esteja preparada para psico educar os usuários, mostrando estratégias eficazes no enfrentamento da fissura, e assim, diminuindo as chances de recidiva (ARAÚJO, et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nível de cortisol demonstra o estado emocional do tabagista em tratamento e norteia o profissional. A concentração de cortisol como índice fisiológico se mostrou capaz de avaliar com precisão a presença de estresse dos tabagistas, sendo uma ferramenta importante de acompanhamento da evolução do paciente. Assim, recomenda-se durante a evolução do tratamento de tabagistas o doseamento de cortisol.

Observa-se que o sucesso no abandono do tabaco está intimamente relacionado com a ansiedade e pelo estresse causado pela síndrome de abstinência. Deve-se acompanhar o paciente de forma intensa apresentando estratégias individuais viáveis à cessação do fumo.

A prática de exercícios físicos e alimentação adequada devem ser motivadas durante o tratamento de tabagistas, apresentando-se como necessidade para manutenção de um estilo de vida saudável. Além de evitar obesidade, problemas respiratórios e melhorar a força

muscular, auxiliando também na redução da ansiedade e melhora do humor.

Destaca-se que o tabagismo deve ser tratado com visão multidisciplinar, necessitando maior nível de entendimento e de comprometimento da equipe de saúde que trabalha em programas de prevenção e de tratamento.

O período de maior fragilidade dos usuários frente ao tratamento do tabagismo demonstrado neste estudo foi após 30 dias de abandono do cigarro, visto que a concentração plasmática se encontra acima dos valores avaliados como ideais demonstrados pelo aumento dos níveis de cortisol.

Em pesquisas futuras, pretende-se estudar o nível de envolvimento dos profissionais que realizam o tratamento com os tabagistas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. B. et al. Coping strategies for craving management in nicotine dependent patients. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.31, n.2, p.89-94, Junho, 2009.

BARROS, Aluisio. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, set., 2011.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Ministério da Saúde. **Tabagismo: dados e números**, 2011.

CALHEIROS, P. R. V. et al. Sintomas da ansiedade em tabagistas no início do tratamento. **Rev. de Psico. da IMED.**, Porto Alegre, v.1, n.1, 2009.

CARVALHO, P. D. et al. Condutas de risco à saúde e indicadores de estresse psicossocial em adolescentes estudantes do Ensino Médio. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.2, n.11, p.2095-2105, Nov, 2011.

CASTRO, M. R. P. et al. Características clínicas e qualidade de vida

de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento de tabagistas. **J. Bras. Pneumol.** [online]. v.36, n.1, p.67-74, 2010.

DIAS, C. R. K. et al., Programa de cessação de tabagismo: Resultados em pacientes cardiopatas. **Rev. bras. de ciências da saúde.** [online], n.39, mar., 2014.

FILHO, V. W. et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**v.13, n.2, p.175-187, São Paulo, 2010.

FRANÇA, J. C. Q. et al. Correlação entre tabagismo e variáveis antropométricas em doadores de sangue no Piauí. **Rev. Brás. em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.23, n.1, p.11-17, jan./mar., 2010.

ISSA, J. S. Um novo escore para dependência a nicotina e uma nova escala de conforto do paciente durante o tratamento do tabagismo. **J. Bras. Pneumol.**[online]. v.38, n.6, p.761-765. 2012.

LUPIEN, S. N. et al. Cortisol levels during human aging predict hippocampal atrophy and memory deficits. **Nature Neuroscience**, v.1, 1998.

OLIVEIRA, C. M; GARAYEB, R. Diferenças de gênero e fatores motivacionais para início do tabagismo em adolescentes. **Sau. &Transf. Soc.** Florianópolis, v.3, n.1, p.49-54, 2012.

MESQUITA, Alex Andrade. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, São Paulo, v.15, n.2, ago.2013.

PORTES, L. H. et al.,. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária a Saúde. **Rev Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.439-448. Fev, 2014.

PILLON, S. C. et al. Tabagismo em usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: um estudo piloto. **Acta Paul. Enferm.**

[online], v.24, n.3, 2011.

RAMIS, T. R. et al. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v.15, n.2, p.176-18, 2012.

RODRIGUES, V. S.; SILVA, J. G.; OLIVEIRA, M. S. Habilidades sociais e tabagismo: uma revisão de literatura. **Arq. Bras. de Psico.**, Rio de Janeiro, v.63, n.1, p.31-41, 2011.

ROCHA, M. C. P. et al. Estresse em Enfermeiros: o uso do cortisol salivar no dia de trabalho e de folga. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v.47, n.5, 2013.

ROCHA, Vânia; GUERRA, Marina Prista; MACIEL, Maria Júlia. Dependência tabágica, assertividade e alexitimia em doentes cardíacos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v.20, n.46, ago., 2010.

SANTOS, J. D. P. et al. Instrumentos para Avaliação do Tabagismo: Uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v.16, n.12, p.4707-4720, 2011.

SOUZA, P. S. et al. Educação em saúde nos grupos de controle ao tabagismo no município de criciúma: A prática do Fisioterapeuta. **Rev. Saúde Públ.** Santa Catarina, v.6, n.3, p.8-20, jul./set., 2013.

SILVA, Luis Carlos Correa. Tratamento do tabagismo. **Rev. da AMRIGS**, Porto Alegre, v.54, n.2, jun, 2010.

WUNSCH, F. V. et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v.13, n.2, jun, 2011.

GASTO PÚBLICO COM ACIDENTADOS DE MOTO NO ANO DE 2013 EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE CAMPINA GRANDE – PB

Matheus Vítor Pereira Lima

Clésia Oliveira Pachú

INTRODUÇÃO

A violência no trânsito é um problema de saúde pública de dimensão humana e material. Cerca de 1,2 milhão de pessoas em todo o mundo morrem vítimas dos acidentes de trânsito (AT) a cada ano, sendo mais de 90% dessas mortes com ocorrência em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; ABREU et al., 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que perdas anuais devido aos AT ultrapassem US\$ 500 bilhões. No Brasil, o número de mortos e feridos graves ultrapassa 150 mil pessoas. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), estima que custos totais dos acidentes sejam de R\$ 28 bilhões ao ano (BACCHIERI; BARROS, 2011).

Os dados acima referidos associados ao consumo de bebidas têm gerado grande demanda por atendimentos ambulatoriais e internações. A violência no trânsito engrandece seus números quando associada ao consumo de bebidas alcoólicas (VIEIRA et al., 2011). Por meio desse fator parte dos números de atendimento hospitalar e internações nas emergências provêm do fator de violência no trânsito.

Segundo Oliveira et al., (2013), a maioria dos acidentes ocorrem com população masculina jovem, ressaltando os prejuízos

econômicos e impacto sobre essa população. Percebe-se ainda, elevado índice de casos de acidentes de trânsito atendidos no setor de emergência, quando comparados a outras causas, sendo estes responsáveis pelos principais atendimentos nas grandes emergências dos hospitais urbanos, onde se observa a gravidade do acidente possuir ligação direta ao consumo de bebidas alcoólicas.

Outro fator de relevância nos AT é o aumento, ano a ano, da frota de motocicletas, tendo aumentado 300% de 1998 a 2007. De maneira gradativa, a motocicleta se tornou opção importante de transporte individual e instrumento de trabalho não só para motofrentistas e mototaxistas (MONTENEGRO, 2011; VIEIRA et al., 2011).

Diversos estudos (BACCHIERI; BARROS, 2011; PAIXÃO et al., 2015; MELIONE; MELLO-JORGE, 2008; BRASIL, 2009) relatam valor dos custos em acidente de trânsito. Estes demonstram gastos do Ministério da Saúde, observado no Fundo Nacional de Saúde, Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de informações Ambulatoriais (SIA) dos hospitais públicos estudados, não confluindo de modo similar nos demais hospitais analisados.

Carneiro e Phebo (1998) em estudo único acerca do tema obtiveram investigação de custos em saúde com serviço de urgência e emergência onde obtiveram os dados medindo os custos de vítimas de causas externas por meio de estudos de caso interagindo com os valores de custos disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) com informações bastante detalhadas sobre todas as internações realizadas pelo SUS, registradas nas guias de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) do SIH.

Frente o exposto, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas constitui relevante problema de saúde pública, apresentando como consequências as doenças cardiovasculares, neoplasias, absenteísmo, como falta ao trabalho e aposentadorias precoces, acidentes de trabalho e de transporte, episódios de violência (agressões, homicídios, suicídios) e elevada frequência de ocupação de leitos hospitalares.

Na observação dos problemas dos acidentes de transporte/trânsito, sabe-se que diversos fatores contribuem para sua ocorrência, como o desrespeito às leis de trânsito, falta de manutenção das vias e veículos e condições climáticas. Entretanto, o consumo de bebidas

alcoólicas se destaca como um dos fatores mais frequentemente apontados no estudo da causalidade desses acidentes (CARNEIRO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2013; MALTA et al., 2010).

Nesse contexto, pretendeu-se observar a incidência do consumo de bebidas alcoólicas por partes dos motoristas, número de acidentes automobilísticos em associação ao consumo de álcool e informações concisas em relação ao gasto dos cofres públicos com motoristas alcoolizados acidentados. O estudo foi realizado em um hospital de referência, Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Pretendeu-se, estudar o gasto público com acidentes automobilísticos na cidade de Campina Grande – Paraíba, o custo hospitalar em acidentes com motos envolvendo motoristas alcoolizados; O valor com internação de acidentados em hospital de referência da cidade de Campina Grande-PB e o número de acidentados em emergências.

REVISÃO DA LITERATURA

Os acidentes de trânsito, como fator da morbimortalidade geral, são considerados, na atualidade, verdadeiro problema de saúde pública em muitos países, em especial no Brasil. Estima-se que mais de 1,2 milhão de pessoas morrem por ano no mundo e cerca de 50 milhões sofrem lesões, sendo que 15 a 20% dessas lesões apresentam sequelas diversas. Projeções para o ano 2020 apontam que acidentes de trânsito ocuparão o terceiro lugar nas causas gerais de mortalidade mundial, no entanto, essa projeção só se concretizará se países de baixa e média renda não adotarem medidas necessárias a respeito, sobretudo os países em desenvolvimento (ABREU et al., 2010).

Um estudo nacional demonstrou que no período de 1990 a 2005, houve aumento de 72% de vítimas fatais de acidentes de trânsito em municípios com menos de 100 mil habitantes. Ressalta-se que aproximadamente 70% dos acidentes violentos com mortes, no trânsito, o álcool é o principal responsável. No entanto, ainda que estudos venham apontando essa relação, pouco se estuda no Brasil, a ocorrência do acidente e o nível de alcoolemia da vítima no momento do acidente (OLIVEIRA et al., 2013).

Pode-se observar na literatura científica, no ano de 2010, 42.830

mortes decorrentes de acidentes de transporte terrestre foram registradas no Sistema de Informações de Mortalidade, sendo a maior parte entre homens (81,6%) nas faixas etárias de 20 a 39 anos e de 40 a 59 anos (BRASIL, 2010; GOLIAS et al., 2013).

Vivencia-se no país epidemia silenciosa, vidas são tiradas diariamente e muitos necessitam de tratamentos e podem ficar com consequências traumáticas pelo restante da vida. Dentre as causas externas, lesões e óbitos relacionados ao trânsito ocupam o segundo lugar em mortalidade, só superado pelos homicídios (REICHENHEIM et al., 2011), e permanecem como importante desafio aos serviços de saúde pela magnitude e transcendência (GOLIAS et al., 2013).

Neste contexto, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas se constitui em relevante problema de Saúde Pública, por apresentar consequências diretas, ou relacionadas, ao surgimento de doenças cardiovasculares, neoplasias, transtornos mentais e comportamentais, absenteísmo, acidentes de trabalho e transporte, agressões, homicídios, suicídios e elevada frequência de ocupação de leitos hospitalares. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam a participação dessa substância como causa específica de morte na proporção de 40% a 60% das vítimas de acidentes de transporte terrestre (ATT) (MALTA et al., 2010).

O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) implantado pela Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, modificado pela Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, conhecida popularmente como “Lei Seca”, inibe o consumo de bebida alcoólica pelo condutor de veículo automotor. Esta nova regulamentação inclui e, pode classificar a infração como crime com pena de reclusão, quando a concentração de álcool for superior a 0,6g/l. Considerando a relação do consumo de bebida alcoólica e a ocorrência de ATT, a presente Nota Técnica tem por finalidade apresentar os resultados preliminares da avaliação do impacto da medida legislativa de restrição do álcool na morbidade e mortalidade por ATT no Brasil (MALTA et al., 2010).

Nos últimos cinco anos, a frota de veículos cresceu cerca de 30 a 42 milhões, com destaque para motocicletas, cujo licenciamento cresceu mais de 75%, ocasionado por diversos fatores, dentre estes, seu baixo valor de aquisição em comparação com automóveis,

facilidade de acesso aos consórcios, múltiplas linhas de financiamentos e opções de negócios proporcionados com o emprego de motos (VIEIRA et al., 2011; BRASIL, 2006).

Entre os anos 2008 e 2012, foram registradas 33.185 hospitalizações causadas por acidentes de transporte resultando no custo total de R\$ 37.739.861,52. Houve tendência de custos crescentes, seguindo a tendência de aumento de casos, já que, em 2008, tais internações foram responsáveis pelo gasto de R\$ 5.029.642,60, e, em 2012, esse valor chegou a R\$ 9.302.110,90. Os eventos que culminaram com internações de motociclistas acidentados representaram a maior parte dos gastos por subgrupo de causas, onerando os cofres públicos em R\$ 19.493.139,34, ou 51,6% do total de gastos, com tendência crescente de custos, evoluindo de R\$ 2.229.990,58, em 2008, para R\$ 5.152500,33 em 2012.

Apesar do aumento dos custos, no período estudado, o valor médio das internações teve redução em seus principais subgrupos de causas, incluindo os acidentes com motociclistas. Em 2008, o valor médio da hospitalização por acidentes de trânsito era R\$ 1.220,21. Já, em 2012, essa média caiu para R\$1.111,50. Dentre os subgrupos de causas, as hospitalizações em pacientes ocupantes de automóveis apresentaram maior média de gastos nos anos estudados (R\$1.538,82), seguido por lesões em motociclistas (R\$1.169,07). Numa análise temporal, ambas as causas tiveram uma diminuição no valor do custo médio com a internação. Também foi observada uma redução na média de permanência no hospital desse grupo de pacientes (PEDREIRA et al., 2013).

Estudo único, a respeito do tema realizado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão em 2003, constatou que:

A coleta dos custos médico-hospitalares relativos aos programas de reabilitação foi feita de forma retrospectiva. Foram levantados os prontuários e realizada a seleção e escolha dos pacientes e entrevistas. Foram escolhidos dois tipos de lesões que resultam em deficiência física definitiva e exigem um programa de reabilitação estruturado multiprofissional e que são atendidas de forma rotineira no serviço. Incluiu-se pacientes com lesão da medula espinhal e pacientes amputados dos membros inferiores, deficiências essas

decorrentes de acidentes de trânsito. No total, foram selecionados 20 pacientes incluídos no programa de reabilitação do Hospital das Clínicas, abrangendo os 18 primeiros meses de atendimento após a alta hospitalar, que levaram a um custo médio de R\$56 mil por vítima (BRASIL, 2003, p.29).

Estudo realizado durante a Dissertação de Mestrado de Palu (2013) pode-se observar que “o custo dos danos a motocicleta, variou de 15,00 a 5.800,00 reais, com mediana de 300,00 e média de 597,20 +/- 860,80. Estes dados se referem a 155 vítimas, e não estão incluídos valores de perda total do veículo, ocorrido em 9 ocasiões”.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e o Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN, 2006), com base em estudo realizado entre os anos de 2003 e 2006, os ATs representam custos anuais da ordem de R\$ 28 bilhões no Brasil. Custos com AT no Brasil foram estimados em R\$ 3,6 bilhões (abril de 2003) de acordo com a pesquisa “Impactos sociais e econômicos dos ATs nas aglomerações urbanas”, realizada pelo IPEA. Esses custos foram determinados com base no tratamento e reabilitação das vítimas, na recuperação ou reposição dos bens materiais danificados, no custo administrativo dos serviços públicos envolvidos e nas perdas econômicas e previdenciárias (IPEA; DENATRAN, 2006).

O Brasil ocupa a quinta posição entre os países com maior número de mortes por AT, estimando-se, ao ano, 40.000 óbitos, que somados aos feridos graves, ultrapassam 150 mil vítimas e, custos totais relacionados aos acidentes em torno de R\$ 28 bilhões anuais (BRASIL, 2014; BACCHIERI; BARROS, 2011; PAIXÃO et al., 2015).

METODOLOGIA

O presente estudo se configura como quantitativo, descritivo e exploratório. Foi desenvolvido no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, referência no município de Campina Grande-PB no atendimento de acidentados, onde no ano de 2013 atendeu a 10.064 pacientes acidentados por motocicletas. Os dados foram coletados no setor de arquivologia de prontuários e radiografias juntamente com o departamento de contas médicas, local que gera o valor dos procedimentos do prontuário

(RODRIGUES, 2012). Seguiu-se o preceito da resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012 com pesquisa com seres humanos com o número aprovado no comitê de ética, pela Plataforma Brasil, de número 37576914.9.0000.5187, através do projeto de Iniciação Científica intitulado “Gasto Público Com Acidentes Automobilísticos na Cidade de Campina Grande-Paraíba” cota 2014-2015 com número de inscrição 4.06.02.00-1-3904.

No tocante aos critérios de inclusão foram analisados todos os prontuários disponibilizados nas SIH e SIA do respectivo hospital do ano de 2013 separado por mês que atendam a inclusão no estudo: ser acidentado de veículos automobilísticos, com registro nos prontuários da ingestão de bebida alcólicas na admissão do hospital, bem como, todos os custos disponibilizados pelo SIH e SIA dos atendimentos prestados com as vítimas já caracterizadas. Foram excluídos do estudo os demais prontuários, que não atenderem os critérios de inclusão.

No primeiro momento, foi realizada contagem de todos os prontuários pela planilha mensal do ano de 2013 onde foram registrados os que possuíssem como fator de atendimento (independente se foi na internação ou no ambulatório) o fator “Acidente de moto” e “Queda de Moto”. Em seguida, separados os prontuários pela amostra ambulatorial (85%) e, amostras em internação (15%).

Para a contabilização total dos gastos foi somado os gastos totais em ambulatório mais os gastos totais em internação. Em seguida os outros dados foram distribuídos separadamente e em comparação.

Para atender os requisitos de coleta foi utilizada a busca exploratória direcionada por meio de um questionário elaborado para com os documentos de admissões e custeios de pacientes pelas SIA E SIH.

Foram coletados após a autorização do Comitê de Ética no mês de Outubro de 2014 a Agosto de 2015. Foi realizado com os respectivos documentos de admissão dos pacientes e registros de custo pelo SIA e SIH. Foram coletados através de uma entrevista semiestruturada. Nessa entrevista como fonte de coleta de dados foi desenvolvido formulário versando acerca de dados socioeconômicos dos pacientes, intervenções realizadas e número de procedimentos geradores de valor aos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Sistema de

Internações hospitalares.

Os dados foram tabulados pelo programa software Excel®. Utilizando a fórmula de amostragem sistemática de estágio único da fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

de cada mês, onde “n” foi o tamanho da amostra que queríamos calcular, “Z” o tamanho do universo a uma constante de 1,96, “e” É a margem de erro máximo que eu quero admitir a uma proporção de 0,5 e “p” é a proporção que esperamos encontrar a uma proporção de 5%. Onde se obteve a aleatoriedade de amostras aproximadamente em “3” para a fidedignidade da coleta ser permanecida.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

DADOS SOCIOECONÔMICOS DOS ACIDENTADOS

Foram analisados 3152 prontuários de acordo com o valor amostral apresentado onde foram realizadas análises das variáveis socioeconômicas como sexo, faixa etária, cidade, estado e profissão. Observou-se que 2073 (85,74%) dos acidentados são provenientes do Sexo masculino (Tabela 1) e possuem a maior faixa etária entre 21 a 30 anos (Tabela 1). Em comparação com estudos similares acerca do tema, Pedreira et al., (2013); Paixão et al., (2015); Rechennheihn et al., (2011); Ascari et al., (2013) e, Nascimento e Alves (2013) afirmam que pessoas do sexo masculino mais se acidentam no trânsito e consomem bebidas alcoólicas. Esse fato se relaciona diretamente ao fator cultural, imprudência do sexo masculino quanto a ingestão de álcool.

Com relação à variável idade, Nascimento e Alves (2013) demonstraram que parte dos acidentados (81%) possuíam idade superior a 18 anos. Esse fato é atestado pelo fato da grande contingência de jovens condutores que muitas vezes não possuem experiência no trânsito assim como a facilidade de consumo de bebidas alcoólicas.

A origem dos acidentados relaciona no presente estudo 10 cidades, apresentando Campina Grande o maior número (45,68%), Queimadas (2,93%), Alagoa Nova (2,24%), Lagoa Seca (1,99%), Esperança (1,77%), Boqueirão (1,64%), Puxinanã (1,64%), Pocinhos (1,58%), Aroeiras (1,36%), Juazeirinho (1,20%). Sugere-se a ocorrência do fato a condição de Campina Grande ser uma cidade de médio porte com 400 mil habitantes (IBGE, 2014), refletindo a proximidade dos acidentados em procurarem o Hospital de Trauma com menos tempo e mais facilidade do que os outros habitantes das outras cidades. Também nota-se o fato das cidades serem circunvizinhas ao município campinense e todas serem do Estado da Paraíba (Tabela 1).

Quanto a origem, em termo de Estado, os pacientes da Paraíba assumem a liderança (87,97%), seguida de Pernambuco (0,83%), Maranhão (0,21%), Minas Gerais (0,21%), Rio Grande do Norte (0,10%) e, não constava Estado em 10,68% dos prontuários.

Em relação à profissão dos acidentados em 58,61% dos prontuários não constavam com nenhuma informação em relação à sua atividade laboral. Encontrou-se que 11,83% dos pacientes eram agricultores, 7,76% estudantes, “Do lar” consistiu em 1,9%, Pedreiro em 1,42%, aposentado (a) consistiu em 1,42% e “Menor” em 1,07%. As outras profissões seguiram um percentual menor que 1%.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos prontuários segundo características sociodemográficas.

Tabela 1 – Distribuição dos prontuários segundo características sociodemográficas dos pacientes

Variáveis	Categoria	N	%
Sexo	Masculino	2073	85,74
	Feminino	361	11,45
	Não Consta	88	2,81
Faixa etária	De 1 a 10 anos	89	2,81
	De 11 a 20 anos	611	19,56
	De 21 a 30 anos	922	29,24
	De 31 a 40 anos	641	20,5
	De 41 a 50 anos	436	13,94
	De 51 a 60 anos	159	5,1
	De 61 a 70 anos	101	3,23
	De 71 a 80 anos	42	1,35
	De 81 a 90 anos	13	0,42
	De 91 a 100 anos	0	0
	Não Consta	123	3,75
Profissão	Agricultores	373	11,83
	Estudantes	245	7,76
	Do lar	60	1,90
	Pedreiro	45	1,42
	Aposentado	45	1,42
	Menor	34	1,07
	Outras	59	1,90
	Não Consta	2291	58,61
Cidade	Campina Grande	1440	45,68
	Queimadas	92	2,93
	Alagoa Nova	71	2,24
	Lagoa Seca	63	1,99
	Esperança	56	1,77

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

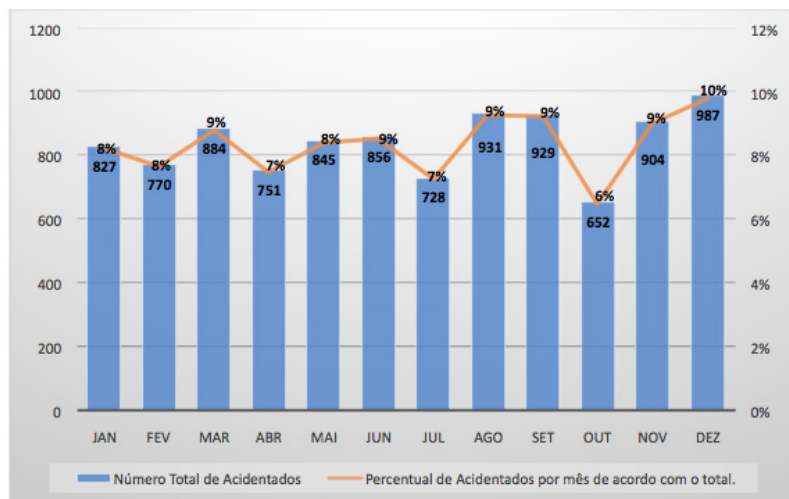
NÚMERO DE ACIDENTADOS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIAS DO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Ao analisar e contabilizar os números de acidentados por moto no setor SAME, distribuídos por mês, o total e tipo de entradas no Hospital e, contabilizado as entradas “Queda de Moto” e “Acidente de Moto”, procedeu-se a distribuição das frequências e exposição em gráfico.

Ao analisar a distribuição de entradas dos acidentados por motocicletas, percebe-se que os meses de junho e julho, meses de maior festividade na cidade e comumente de maior consumo de bebidas alcoólicas pela população não foram os meses de maior número de entradas de acidentados, sendo o mês de dezembro o possuidor de maior número de entradas. Levanta-se a hipótese desse fato ocorrer, durante os meses mais festivos, em virtude de maior fiscalização da regulação da Lei Seca, tornando-a mais efetiva e consequente redução de motociclistas alcoolizados, assim minimizando acidentes no trânsito.

Esse fato corrobora com estudos realizados por Malta et al., (2010), onde aponta redução de mortalidade após a efetivação da Lei Seca em 2008, constatou-se haver no âmbito brasileiro geral redução (-7,4%) de mortalidade por Acidentes de Trânsito.

Gráfico 1 – Distribuição e frequência de acidentados por mês, no ano de 2013, no Hospital Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

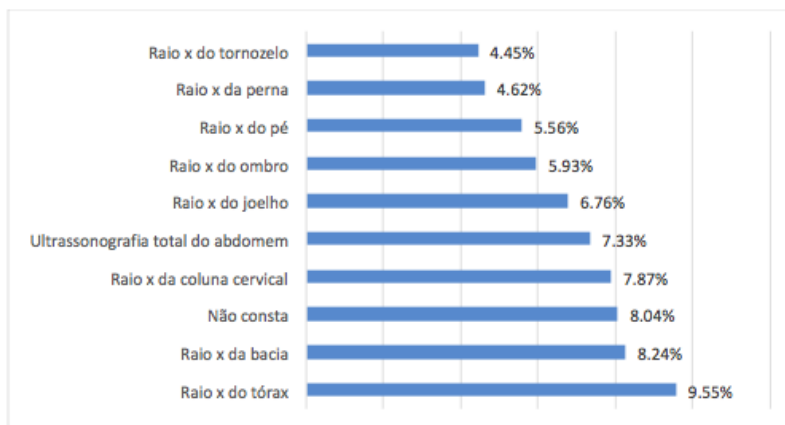
GASTO PÚBLICO COM OS ACIDENTADOS POR MOTOCICLETAS

O gasto total com acidentados correspondeu a R\$ 110.596,40 com média de R\$ 25,00 por paciente. O gasto total com pacientes em ambulatório de R\$ 61.541,65 com média de R\$ 14,28 por paciente. O gasto total internação de R\$ 49.054,75 com média de R\$ 527,47 por paciente. O fato a ser destacado se trata da limitação durante a coleta dos prontuários de internação já que não foi possível catalogar o número de todos os procedimentos que geram valor, já que o ano de 2013 não possuía todos e alguns dos procedimentos possivelmente já estariam mudados e/ou vencidos. Essa dificuldade atesta também com dificuldade semelhante encontrada em trabalhos de outros autores como Rodrigues et al., (2009) quando este afirma que: “(...) Duas limitações nos dados disponíveis dificultam o cálculo direto do custo da violência para o Sistema de Saúde Pública do Brasil. Em primeiro Lugar as informações disponíveis não permitem uma

distinção dos procedimentos e custos associados”.

Nesse sentido o trabalho também procurou trazer outros tipos de processos realizados que não geram valor direto, tais como medicamentos, exames radiológicos e semelhantes para enriquecer a pesquisa. Observa-se, Gráfico 2, exames e medicamentos utilizados no setor ambulatorial e setor de internação.

Gráfico 2 - Exames Utilizados No Atendimento Ambulatorial Aos Acidentados Por Moto no Hospital de Trauma em Campina Grande no ano de 2013, em percentual.



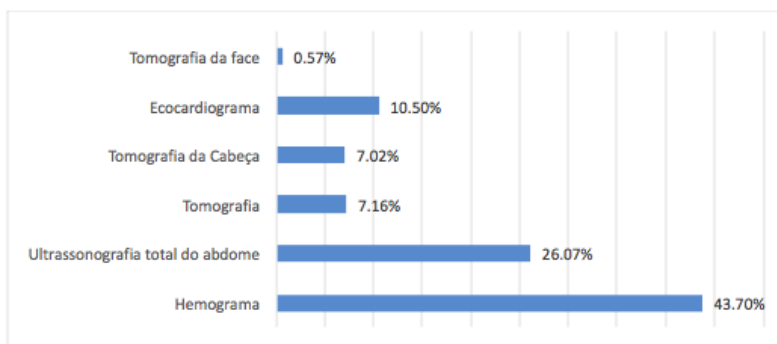
Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Constata-se exames realizados em ordem decrescente de realização: Radiografia do tórax (9,55%), seguido de radiografia da bacia (8,24%), Radiografia da coluna cervical (7,87%), Ultrassonografia total do abdômen (7,33%), radiografia do joelho (6,76%), radiografia do ombro (5,93%), radiografia do pé (5,56%), radiografia da perna (4,62%), radiografia do tornozelo (4,45%), não consta entrou em uma quantidade considerável na pesquisa (8,04%).

Em relação ao setor de internação os exames mais realizados foram Hemograma (43,70%), seguidos de Ultrassonografia Total do abdômen (26,07%), Tomografia (7,16%), Tomografia da Cabeça (7,02%), Ecocardiograma (10,50%) e Tomografia da face (0,57%).

Na comparação de estudos semelhantes, pode-se observar que Soares (2013) conseguiu obter o custo real dos exames além de sua quantificação não ocorrendo no presente estudo em virtude da contabilidade do hospital ser por registro de quantidade de exames. Assim, em estudos futuros, pretende-se conseguir obter valor de cada exame específico e facilitar a contabilidade de tais procedimentos.

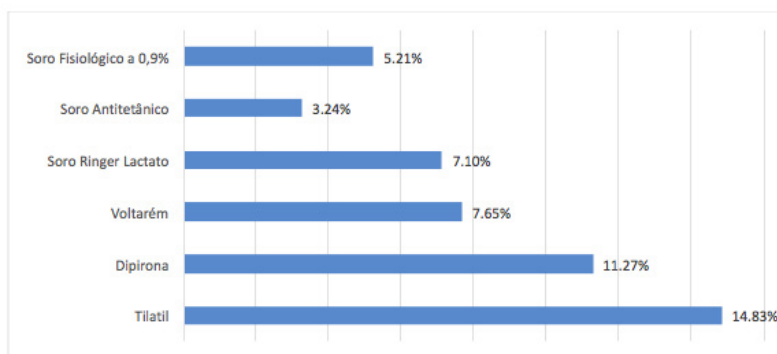
Gráfico 3 – Exames Mais Realizados Na Internação Ao Acidentados Por Moto No Hospital De Trauma em Campina Grande No Ano De 2013, em Percentual.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Em relação aos medicamentos utilizados só conseguiu manter unanimidade e coesão com prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório, em contrapartida, os de internação não possuíam uma precisão exata. O Gráfico 4 apresenta os medicamentos mais utilizados no ambulatório.

Gráfico 4 -Principais medicamentos utilizados por acidentados de moto no ambulatório no Hospital de Trauma em Campina Grande durante o ano de 2013, em percentual.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

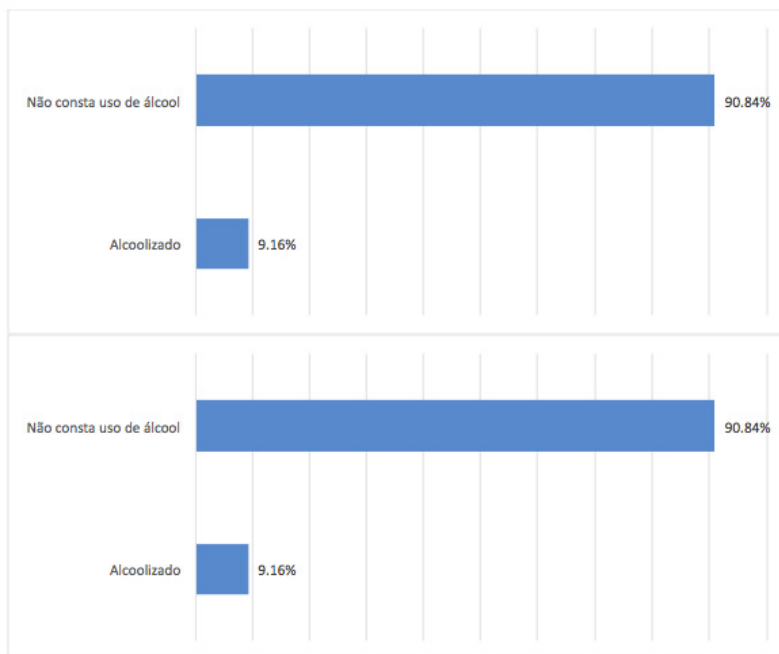
Nessa avaliação de dados pode-se relacionar que em estudos anteriores referidos por Soares (2013) se pode obter, além da quantidade dos medicamentos, o valor real total e sua média direta de custos diferentes do encontrado na pesquisa onde havia registro somente dos procedimentos e seus respectivos valores. Faz-se então a sugestão de que nos futuros estudos se encontrem uma maneira onde estejam mais explícitos os valores de cada medicamento e procedimento realizado.

ÍNDICE DE ALCOOLEMIA ENTRE ACIDENTADOS POR MOTO DURANTE O ANO DE 2013

A investigação do uso de bebidas alcoólicas pelos acidentados gerou diferente resultado comparada a estudos semelhantes sobre o tema. Abreu et al., (2012) e, Bacchieri e Barros (2011) mostram que o índice de ingestão de álcool ultrapassava o índice de não ingestão. Os índices de ingestão foram de 9,16% consideravelmente menor que os de “não ingestão ou não constam o uso de bebidas alcoólicas” conforme gráfico 5. Esse fato pode se atestar com a possível relação da Lei Seca na redução de motoristas alcoolizados e também com

fato da possível omissão do consumo de bebidas pelos pacientes nos prontuários, como afirmado por Malta et al., (2010).

Gráfico 5 -Uso De Bebidas Alcoólicas Pelos Acidentados Por Moto Atendidos No Hospital De Trauma De Campina Grande No Ano De 2013, em Percentual.

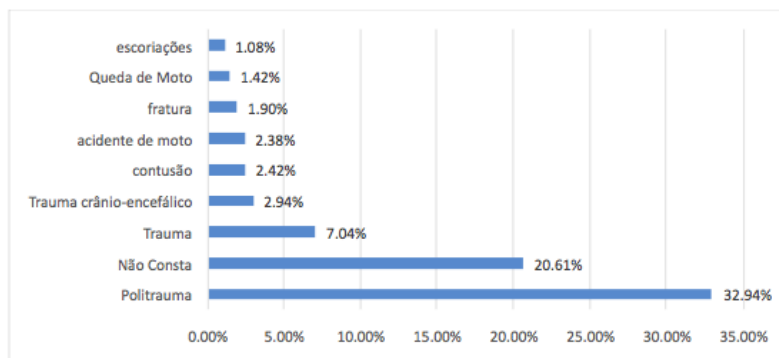


Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

OUTRAS INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Observados os prontuários, verificaram-se informações diagnóstica ou justificativa de internação do paciente (Gráfico 6) e, especialidades médicas mais requisitadas (Gráfico 7). Semelhantes estudos sobre o tema, como o de Franco et al., (2015) que averiguou em um dos objetivos de sua pesquisa sobre a “Distribuição das vítimas de acidente de trânsito de acordo com o tipo de trauma” onde constatou-se que acidentes na região das pernas, braços, cabeça e lombar ocorrem em maior quantidade, respectivamente.

Gráfico 6 -Diagnóstico dos pacientes acidentados por moto no ambulatório do Hospital de Trauma de Campina Grande durante o ano de 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

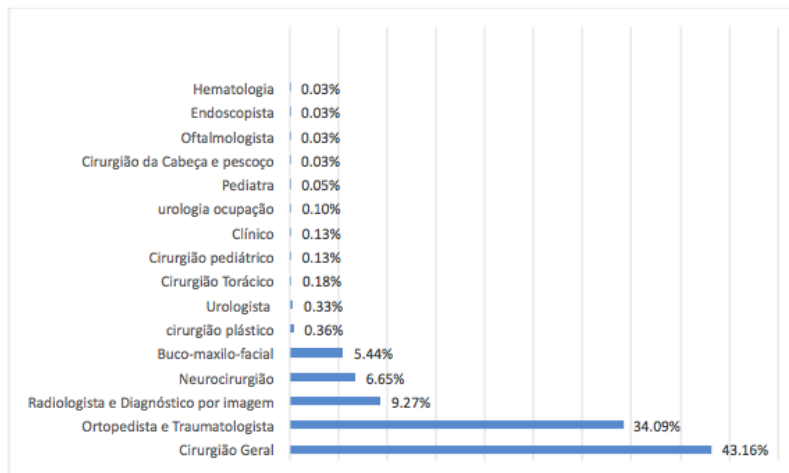
No presente estudo, o Politrauma é o diagnóstico mais detectado durante a admissão dos pacientes, corroborando com estudo de Ascari et al., (2013) onde demonstra que segmentos anatômicos dos acidentados por moto foram em mais de um membro (79%) levando a crer que a maioria dos acidentes por motocicletas de qualquer natureza acomete traumas de grande extensão ao acidentado.

Os resultados pouco diferem dos apresentados em pesquisas anteriores acerca do tema, como o estudo realizado por Santos (2004) quando este apresenta prevalência de membros/cintura pélvica, principalmente dos ocupantes de motocicleta. Parreira et al., (2012), ao analisar as lesões em motociclistas vítimas do trânsito, cita que 80,4% das lesões ocorreram em extremidades, seguida das lesões na região da cabeça com 15,5% e ainda que, a maior predominância dos atendimentos na sala de emergência foi dos motociclistas vítimas de trauma fechado, relatando ainda que as lesões mais graves estavam entre extremidades (FRANCO et al., 2015).

Fato que chama atenção devido grande quantidade de termo registrado é o termo “Não Consta” durante a coleta realizada, propondo a sugestão que em futuras pesquisas se atentem melhor a lograr com mais especificidade e precisão os termos não encontrados para

melhor análise de dados.

Gráfico 7 - Especialidades Médicas Requisitadas no Atendimento Ambulatorial de Acidentados por Moto no Hospital de Trauma de Campina Grande no Ano de 2013.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Em comparação com estudos antecessores, pode-se afirmar que Cirurgião Geral foi a ocupação médica mais revisitada no setor ambulatorial com os acidentados no ano de 2013, seguidos por Ortopedista e Traumatologista, Radiologista e Diagnóstico por imagem, neurocirurgião e Buco-Maxilo-Facial (onde a porcentagem ultrapassa 1%), correlacionando-se com a pesquisa feita por Ascari et al., (2013) que por mostrar que a quantidade de membros afetados pelo trauma em acidentados influi também em suas especialidades médicas para tal processo interventivo de cura e reabilitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstra que o maior percentual de acidentados é do sexo masculino, encontrando-se intimamente relacionado com

fator cultural da imprudência masculina ser maior que a feminina. O percentual de jovens motoristas de 21 a 30 anos prevalece a quantidade de acidentados, chamando a atenção para esse grupo estar presente nos estudos citados.

Na correlação ao número de acidentes provocados por motocicletas, conclui-se ser o mês de dezembro com maior número de acidentados contrariando resultados e estatísticas de estudos anteriores apontam que em períodos festivos, de mais consumo de álcool pelos motoristas, tornam-se períodos com mais vicissitudes no trânsito. No entanto, para melhor detalhamento científico, tornam-se necessários estudos contínuos no mesmo hospital para melhor análise desse evento.

Acerca dos índices de ingestão de álcool 90,84% de acidentados não tinham o registro de ingestão de álcool em seus prontuários. Por isso, propõe-se estudo contínuo no mesmo hospital para anos subsequentes e melhor análise acerca do tema.

Em relação aos gastos, existe limitação de acesso aos dados em virtude da forma de anotação da contabilização dos cálculos, não há valor direto dos medicamentos.

Quanto às formas de trauma e acometimentos dos acidentados, o estudo revela e explicita, ainda mais, a gravidade do acidente de motocicleta pode acometer o cidadão, atestando a necessidade da população por maior fiscalização no trânsito pelas autoridades responsáveis, minimizando os agravos. Neste contexto, faz-se necessário pesquisas subsequentes para avaliação de acidentes envolvendo motociclistas em outros anos.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. M. M. et al. Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.spe, jan/maio, 2010.

ASCARI, R. A.; CHAPIESK, C.M. et al. Perfil epidemiológico de vítimas de acidente de trânsito. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, Rio Grande do Sul. v.3

n1, p.112-121, 2013.

BACCHIERI, G.; BARROS, A. J. D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. São Paulo. **Revista De Saúde Pública**, v.5, n.45, p.950-963. 2011.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Departamento Nacional de Trânsito. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras**. Relatório Executivo. Brasília, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2014**.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. Brasília (DF). [citado 10 out. 2009].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informação e Informática do SUS**. Sistemas de Informações sobre Internações Hospitalares (SUS), 2010.

CARNEIRO, L. P.; PHEBO, L. (Orgs.). **Magnitude, custos econômicos e políticas de controle da violência no Rio de Janeiro**. Washington DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento/Rio de Janeiro: Instituto de Estudos da Religião, 1998.

CARNEIRO, R. F. et al. Bebida e direção: um olhar dos homens vítimas de acidente de trânsito. **SANARE**, Sobral, v.14, n.02, p.123-129, jul/dez., 2015.

FRANCO, M. S. P. et al. Caracterização de pacientes vítimas de

acidentes de trânsito admitidos em Hospital Regional da Paraíba. **Revista Interdisciplinar**, v.8, n.2, abr./maio/jun., p.129-135, 2015.

GOLIAS, A. R. C. et al. Caracterização e custos de acidentes de motocicleta com vítimas atendidas em regime de hospitalização no município de Paranavaí-PR no ano de 2007. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.1123-1146, 2013.

MALTA, D. C. et al. Impacto da legislação restritiva do álcool na morbimortalidade por acidentes de transporte terrestre – Brasil, 2008. **Epidemiologia. Serviço e Saúde**, v.19, n.1. p.77-78, 2010.

MELIONE, R. P. M.; MELLO-JORGE, L. H. P. **Gastos do sistema único de saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, ago., 2008.

MONTENEGRO, M. M. S. Mortalidade de motocicletas em acidente de transporte no Distrito Federal, 1996 a 2007. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.3. p.529-38, 2011.

OLIVEIRA, A. P. P. et al. **Possível impacto da “Lei Seca” nos atendimentos a vítimas de acidentes de trânsito em uma unidade de emergência**. Rio de Janeiro: Escola Ana Nery, v. 17, n.1, jan., 2013.

PAIXÃO, L. M. M. M. et al. Acidentes de trânsito em Belo Horizonte: o que revelam três diferentes fontes de informações, 2008 a 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.18, n. 1, p.108-112, Jan./Mar, 2015.

PALU, L. A. O custo social dos acidentes com motocicletas e sua correlação com os índices de trauma. 2013, 96f. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Universidade Federal do Paraná, 2013.

PARREIRA, J. G. et al. Análise comparativa entre as lesões encontradas em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito e vítimas de outros mecanismos de trauma fechado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.58, n.1, p.76-81, jan./fev, 2012.

PEDREIRA, R. B. S. et al. Custos com internações Hospitalares por acidentes de trânsito na Bahia. **Revista Saúde**, Salvador, v.9, n.2, 2013.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, v.6736, n.11, p.75-89, 2011.

RODRIGUES, V. B. G. B. A utilização da tecnologia em saúde e sua contribuição para a prestação de serviços médicos – O caso do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes. 12 de dezembro de 2012. **Tese de conclusão de Curso**. Bacharelado em Administração. Universidade Estadual da Paraíba, 2012.

_____. Departamento de informática do SUS. **Movimento mensal de internação hospitalar**. Disponível em:<<http://msbbs.datasus.gov.br/public/default.htm>>. 2006.

SANTOS, A. M. R. et al. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1927-1938, 2008.

SANTOS, M. R. Vítimas do trânsito em São José do Rio Preto, São Paulo. **Tese** (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo, 2004, 288f. Disponível em: http://www.famerp.br/teses/tese_marilene.pdf.

SOARES, F. H. C. Custos diretos dos acidentes por motocicleta em um hospital de trauma. Setembro de 2011 a agosto de 2012, 2013. **Dissertação de Mestrado Profissional**. Instituto de Medicina Integral

Prof. Fernando Figueira no Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Saúde, 2013.

VIEIRA, I. L. et al. **Perfil da violência no trânsito após promulgação da Lei Seca.** Relação entre direção e consumo de bebidas alcoólicas. São João del Rei: **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.1, n.2, 2011.

CONDUÇÃO À PRISÃO EM CUMPRIMENTO À LEI 11.343/2006

*Maria Gabryella Nogueira da Rocha
Clésia Oliveira Pachú*

INTRODUÇÃO

O presente artigo intitulado “Condução à prisão em cumprimento a lei 13.343/2006” busca evidenciar a problemática do tráfico de drogas quanto à necessidade de investigação de crimes que envolvem o uso indevido de drogas. O tráfico de drogas é um desafio para sociedade e Estado. Este tem o dever de resguardar a proteção dos direitos de todos os cidadãos que lhes transferiram legitimidade para agir em nome da coletividade quando a ordem social for perturbada assim como também tem o dever de reinserir aqueles que transgridam as suas leis penais (FOUCAULT, 2017). De forma que só caberá ao ente estatal o dever fundamental de punir o particular que vier a desobedecer ao estado de direito.

Neste contexto, a Lei de entorpecentes, datada de 2006, dispõe acerca da criação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e recomenda medidas preventivas ao uso indevido de drogas ilícitas, atenção e reinserção social de usuários, e, dependentes químicos (BRASIL, 2017). É válido ressaltar, que a lei prevê repressão à produção desautorizada de substâncias que causem torpor e o tráfico de drogas ilícitas. A presente lei não pune o usuário de drogas ilícitas com pena de privação de liberdade, remete à existência da necessária advertência acerca dos efeitos promovidos pelas drogas, prestação de

serviços à comunidade e participação em projeto educativo.

Na perspectiva de descobrir quais variáveis influenciam o tráfico de drogas na Cidade de Campina surge o questionamento: Qual o perfil sócio demográfico e a forma de condução à prisão dos cidadãos que descumprem a Lei Federal, que regula os crimes relacionados ao uso e venda de drogas ilícitas no Brasil, lei de Drogas? A busca por resposta acerca da população enquadrada em algum dos artigos que compõem a Lei de Tóxicos, atualmente conhecida como Lei de Drogas, quem são essas pessoas que se envolvem com tráfico de drogas, a motivação seria obter vantagem financeira ou simplesmente para manter o vício.

Dessa forma, esta pesquisa objetivou identificar a forma de condução à prisão em cumprimento a Lei 11.343/2006 na comarca de Campina Grande, Paraíba. A problemática das drogas ilícitas nessa cidade carece de propostas para redução efetiva da criminalidade vinculada ao tráfico de drogas e, delineada pelo perfil sociodemográfico dos desobedientes à lei de drogas.

REFERENCIAL TEÓRICO

A FIGURA DO USUÁRIO, DEPENDENTE E TRAFICANTE

A lei 11.343/06 revogou a antiga Lei 6.368/76 e criou o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. A nova lei simbolizou novo olhar do legislador acerca do tráfico de drogas. A antiga lei visualizava apenas repressão e com atenção maior a figura do traficante, em contrapartida, a nova lei passou a vislumbrar a saúde pública, trazendo tratamento diferenciado quanto ao usuário, dependente químico e traficante. Tais figuras são distintas, o usuário faz uso da substância ilícita e mantém suas atividades diárias normais, enquanto o dependente tem uso habitual deixando suas atividades em segundo plano e rompendo os seus relacionamentos sociais. Já o traficante, com fins meramente econômicos, promove a disseminação de ser atraente e confortável o uso de substâncias psicoativas ilícitas.

Na doutrina é fácil perceber a diferença entre condutas acima descritas, no entanto, na prática isso se torna diferente por serem diferenciadas, figuras delitivas do usuário e traficante. O marco

distintivo da variante quantidade de drogas em posse do indivíduo no momento do flagrante é inócuo ao judiciário na tomada de decisão de medidas adequadas por ausência de conteúdo probatório suficiente a ensejar condenação.

ESTRATÉGIAS PARA INVESTIGAÇÃO, VALORAÇÃO E PUNIÇÃO DO CRIME

A problemática das drogas é um desafio percorrido pelas autoridades de polícia judiciária. Foucault (1999), em sua obra menciona a existência de confusão entre dois tipos de poder: O que presta justiça e formula uma sentença aplicando a lei e o que faz a própria lei.

Neste contexto, considerando essa premissa, quando nos referimos ao âmbito dos entorpecentes nos deparamos com um universo paralelo ao estado de direito, no qual a norma do país parece não tem valor (FOUCAULT, 2017).

Durante o século XVIII, Foucault relata uma nova estratégia para solução dos conflitos, que não seria a de punir mais, mas a de punir melhor. Desde então, pensou-se em regras para prática de punir, tais como: um crime só é cometido porque traria vantagens, se tornasse desvantagem, deixaria de ser desejável sua prática; a punição não precisa utilizar o corpo basta representar a dor e o sofrimento; o crime deverá ter efeitos naqueles que ainda não cometeram; cada crime deve estar associado à ideia de um castigo específico (FOUCAULT, 2017).

É possível cogitar que com esses parâmetros de punição poderia haver uma redução significativa da criminalidade, porém, frisa-se existir duas faces do criminoso, considerado inimigo de todos e, desqualificado como cidadão. No entanto, não podemos esquecer o princípio da individualização dessas penas, utilizando critérios singulares de cada criminoso.

Também não podemos esquecer que quando trabalhamos com drogas a situação é mais delicada do que imaginamos, pois no âmbito de uma mesma situação fática poderá estar um inocente, usuário ou traficante, reduzindo ao magistrado a figura do filósofo proposto a descobrir a verdade real.

Os núcleos descritos no artigo 28 da legislação especial, frisa que

a incriminação se dará a vários agentes, em conjunto, pois ao adquirirem a droga para consumo será absolutamente viável a imputação de todos os agentes, mesmo que somente um deles tenha sido surpreendido com a droga, porquanto o acordo de vontades e o vínculo psicológico unem os infratores objetivando um propósito comum.

E quando a análise da quantidade de droga encontrada em poder do réu segue a seguinte orientação legislativa do art.28, § 2º: “Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente” (BRASIL, 2017).

Podemos perceber a partir deste dispositivo a importância que existe no conhecimento das variáveis relacionadas não só ao momento da conduta do agente, bem como o próprio agente e contexto social em que é inserido.

Dessa forma, inegável a importância da presente pesquisa por buscar analisar a forma de condução à prisão por descumprimento da lei e, observar a atuação das autoridades policiais e judiciárias que lidam diariamente com o tema das drogas ilícitas, dirimindo conflitos em torno do Tráfico de Drogas em Campina Grande.

METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa no planejamento de atividades deve ser entendida como o conjunto detalhado e sequencial de métodos e técnicas científicas a serem executados ao longo da pesquisa, de tal modo que se consiga atingir os objetivos inicialmente propostos e, ao mesmo tempo, atender aos critérios de menor custo, maior rapidez, maior eficácia e mais confiabilidade de informação (BARRETO; HONORATO, 1998).

A presente pesquisa quantitativa descritiva foi desenvolvida no Fórum Afonso Campos na cidade de Campina Grande, no segundo semestre de 2014. Foram analisados todos os processos do ano de 2013 e, anotados o perfil sociodemográficos dos cidadãos que descumpriram a lei de drogas, bem como, a forma de condução à prisão.

O caráter descritivo expõe características de determinada

população ou fenômeno. E quanto aos meios de investigação se trata de pesquisa documental, onde foram utilizados processos judiciais da vara de entorpecentes da Comarca de Campina Grande. Usou-se formulário próprio e, realizada análise de todos os dados constantes nos processos da referida vara do ano de 2013.

Foram observados os aspectos éticos conforme preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (CAAE 63174716.o.0000.5187). Na presente pesquisa foi realizada a análise estatística descritiva simples.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

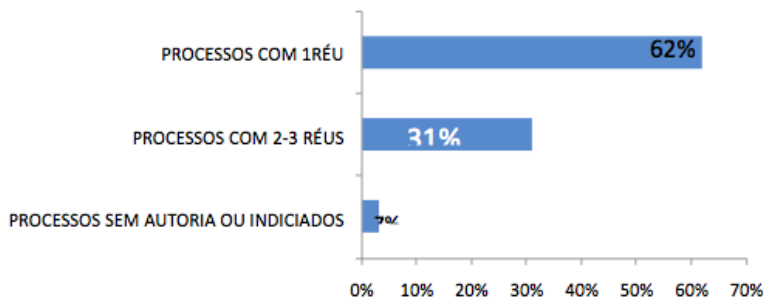
Neste panorama, organizou-se um formulário no qual continha várias informações dos principais autores das infrações que a Lei 11.343/2006 prevê, bem como o perfil dessas pessoas e a forma como os profissionais que atuam diariamente com a problemática registram essas ocorrências, levando-se em consideração todas as variáveis possíveis para chegar a conclusão da real situação que Campina Grande se encontra quando o assunto é tráfico de drogas.

NÚMERO DE RÉUS POR PROCESSO

No Gráfico 1, é possível analisar que grande percentual (62%) dos processos se encontravam com apenas um réu, ficando em segundo lugar os processos com dois ou no máximo três réus (31%). Em apenas três processos não foi possível detectar a autoria, tendo em vista que dois destes a droga foi arremessada ao presídio para supostamente ser utilizada pelos presos e no outro caso foi a situação em que vários menores estavam em posse de droga no maior evento junino da cidade e ao ver escolta policial jogaram em direção incerta, de modo que os policiais não pudesse ter a certeza da autoria do delito.

Em consonância com esses dados, o Estado de São Paulo também demonstrou em pesquisa realizada no ano de 2011 uma situação semelhante, onde a maior porcentagem das apreensões era de apenas um indivíduo (JESUS et al., 2011).

Gráfico 1 – número de réus por processo em percentual.

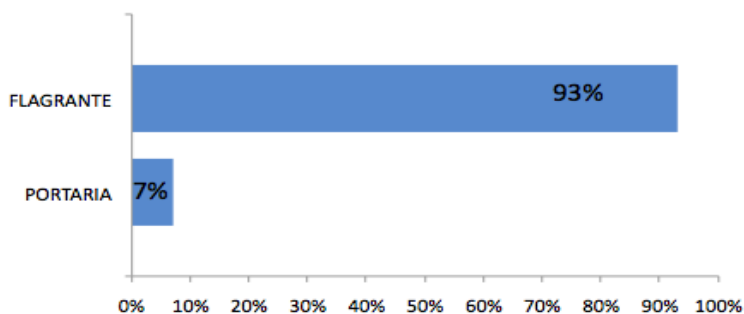


Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

TIPO DE DENÚNCIA

No Gráfico 2, demonstra-se a forma como a notícia da ocorrência do delito chega às autoridades judiciárias, ficando visível que a maioria (91%) das denúncias são embasados apenas no auto de prisão em flagrante que sempre tem como testemunha os policiais que participaram da abordagem policial que deu ensejo à prisão do indiciado, tendo sido 41 processos iniciados dessa forma. Apenas 1 portaria deflagrou o processo, sendo esta oriunda do presídio, cujo o diretor do estabelecimento prisional abriu sindicância e encaminhou a denúncia para delegacia para ser averiguada a infração cometida.

Gráfico 2 – Forma de condução à prisão.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Em comparação com pesquisa realizada no Estado de São Paulo em 2011, os dados não parecem ser muito diferentes, tendo em vista que é uma cidade que já possuía à época uma Delegacia especializada na área de entorpecentes, aproximando-se de forma notória os dados, pois 85,63% das apreensões foram efetuadas pela Polícia Militar e apenas 9,58% foram efetuadas pela polícia civil, o que nos leva a crer que está havendo uma falha no sistema de investigação policial, podendo serem levadas em consideração algumas hipóteses, tais como: a) A polícia civil trabalha com um número ínfimo de profissionais e uma deficiente estrutura que os impossibilitam de agir com a profundidade que cada caso necessita; b) As colheitas de provas após a efetuação da prisão se torna muito mais difícil e cansativa, tendo em vista que um dos meios de provas mais difíceis de serem produzidas é a testemunhal, pois a maioria das testemunhas tem medo de depor (JESUS; OI; ROCHA; LAGATTA, 2011).

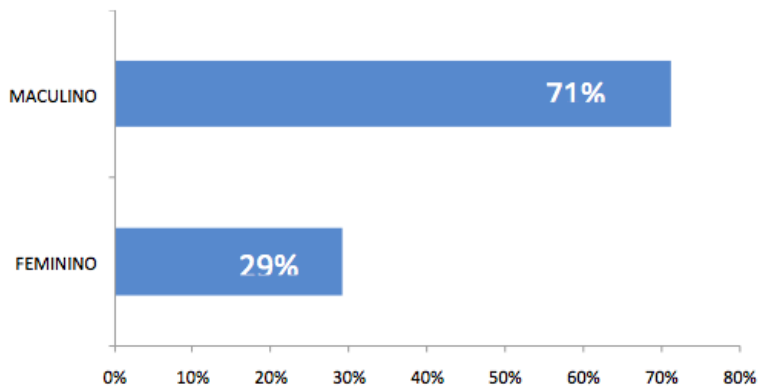
Neste diapasão, leva-se em consideração que a Polícia Militar não tem condições, nem estrutura para o traficante de grande porte, tendo, portanto que depender dos mecanismos utilizados pela polícia civil. O que demonstra que as grandes quantidades ainda estão em circulação na nossa cidade pelos grandes traficantes que se utilizam de pessoas para criar uma rede e dificultar o acesso a eles.

SEXO DOS RÉUS

O Gráfico 3 ilustra o crescente envolvimento das mulheres no tráfico, muito embora o público masculino ainda domine a maior parte desse universo chegando a ser de 93%.

Foi possível constatar que a maioria dessas mulheres que se envolve direta ou indiretamente com tráfico é atraída por seus parceiros, seja com o intuito de levar a eles o produto para consumo nos presídios ou até mesmo para substituir o companheiro na liderança do tráfico enquanto este se encontra preso.

Gráfico 3- Sexo dos réus.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Segundo dados obtidos junto à pesquisa realizada pelo Departamento Penitenciário de Segurança Nacional, mostrado na Tabela 1, o número de mulheres encarceradas em virtude do cometimento de tráfico de drogas cresce a cada ano, sendo o crime com maior ocorrência neste caso.

O que nos conduz a que crer que este é um fenômeno que atinge todas as regiões do país, desde aquelas que possuem grandes centros de investigação até as cidades de pequeno porte.

As mulheres se envolvem na criminalidade, geralmente, por meio de seus companheiros e são presas em revistas penitenciárias transportando droga para dentro dos presídios (DEPEN, 2014).

Tabela 1 – Tipificação criminal por sexo, em percentual

FEMININO		MASCULINO	
Violência doméstica	0	Violência doméstica	1
Receptação	1	Receptação	2
Quadrilha ou bando	1	Quadrilha ou bando	3
Latrocínio	2	Latrocínio	3
Desarmamento	3	Desarmamento	8
Roubo	7	Roubo	11
Homicídio	7	Homicídio	12
Furto	8	Furto	14
Outros	8	Outros	21
Tráfico de drogas	63	Tráfico de drogas	25

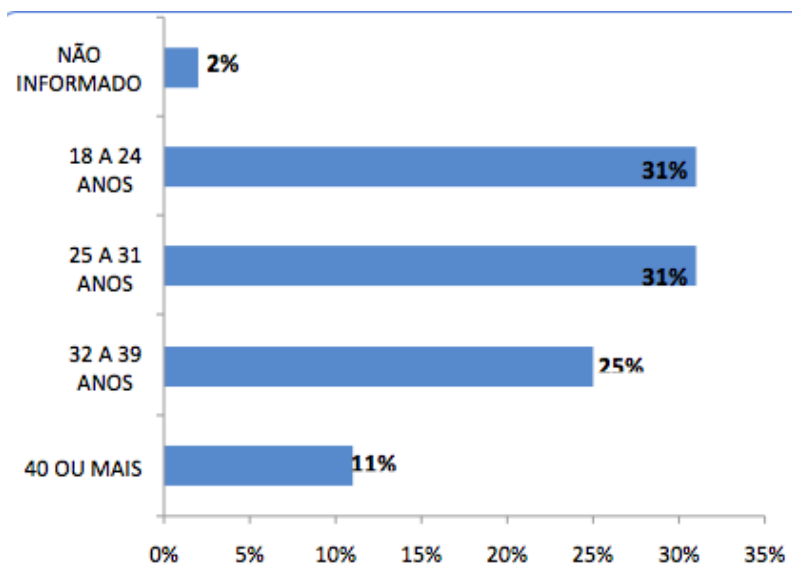
Fonte: DEPEN, 2014.

É interessante citar que em alguns países como os EUA o sexo é fator relevante na aplicação da sentença, o sexo feminino possui mais probabilidade de serem reduzidas as penas do que aos homens, pois conforme o estudo feito por alguns autores como Albonetti, (2002), LaFrentz & Spohn, (2006), Mustard, (2001), os homens são mais propensos à criminalidade. Além disso, mulheres com filhos são mais prováveis de ganharem benefícios que mulheres sem filhos, assim como no Brasil (SPOHN; SAMPLE, 2013).

IDADE DOS RÉUS

É possível observar, no Gráfico 4, que a maioria das pessoas que se envolvem nesses crimes está numa faixa etária de alta produtividade, ou seja, que teoricamente deveria estar apta a exercer alguma atividade laborativa, pois se enquadra no conceito de população economicamente ativa.

Gráfico 4 - Idade dos réus.



Fonte: Dados da Pesquisa 2016.

A população de jovens nos presídios, segundo pesquisa formulada em junho de 2014 pelo DEPEN, comparando o perfil etário da população prisional com o da população brasileira em geral e, constatou-se que a proporção de jovens é maior no sistema prisional que na população em geral (DEPEN, 2014).

Porém é imprescindível analisarmos a vida diária desses jovens ou adultos antes de sofrerem a privação da liberdade. Os jovens que estão envolvidos em situações vulneráveis não só são vítimas da violência como se tornam um produto fabricado por esta, pois muitos adultos que hoje se encontram nas grandes penitenciárias quando eram jovens tiveram um frágil contexto social, familiar e educacional.

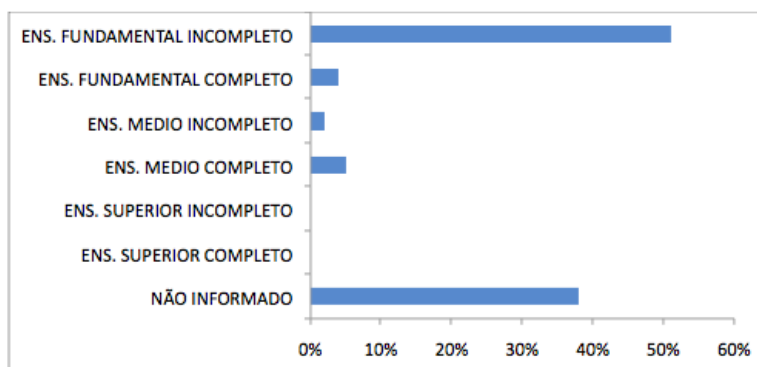
Nessa perspectiva, fatores como o ambiente em que habitam, como iremos observar mais adiante no Gráfico 5, juntamente com as pessoas com quem se relacionam e o comportamento individual de cada sujeito são variáveis propícias que o adaptam ao cenário da

criminalidade.

ESCOLARIDADE DOS RÉUS

Em consonância com o Gráfico 5, é possível analisarmos a intrínseca relação que a idade teve com o grau de instrução adquirido por essas pessoas, pois nenhum dos indivíduos examinados durante a pesquisa por amostragem possuía ensino superior completo. A maioria possui como grau de escolaridade máximo apenas o ensino médio completo.

Gráfico 5 - Escolaridade dos réus.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Interessante, lembrarmos que este é um dos critérios de seletividade dos transgressores da lei no nosso país. A passagem pela vida universitária concede para aqueles que cursaram o ensino superior completo direito de aguardar o julgamento em uma sala de estado maior, e somente após a condenação ser inserido na massa carcerária comum.

Há algum tempo a prisão especial foi objeto de discussão, especificamente, no ano de 2015, quando o Procurador Geral da República, Rodrigo Janot, ajuizou ação para considerar tais benefícios inconstitucionais. Segundo o procurador, o texto que originou tais privilégios foi redigido em uma época onde havia supressão de garantias

constitucionais (MARTÍN, 2017).

Após tomar conhecimento o advogado Geral da União deu parecer argumentando que a prisão especial é temporária e que o respaldo estaria vinculado aos princípios da isonomia e presunção de inocência.

No entanto, ressaltou que a ilegalidade está pautada em não se conceder o benefício a todos, de modo que seria necessário uma lei que regulamentasse a extensão do benefício (MARTÍN, 2017).

No Gráfico 5 também se concretiza as palavras lançadas pelo Jurista Flávio Gomes, onde afirma o perfil do preso brasileiro se mantém entre os jovens e pessoas de baixa escolaridade. Essa situação permanece porque não são apresentadas políticas públicas realmente eficazes de inserção do jovem na atual sociedade, ao contrário, economiza-se em escolas para construir presídios (GOMES, 2017).

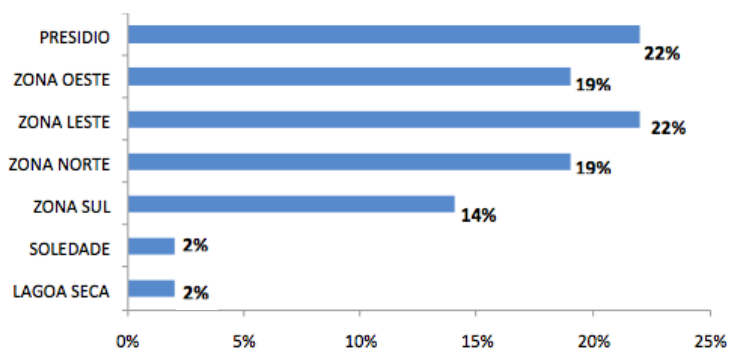
O jurista menciona, ainda, o fato de que é preciso trabalhar a base da sociedade ampliando as possibilidades de participação social e no mercado de trabalho, a fim de se evitar que nossas crianças e jovens vejam como única saída, já que quase sempre ela se apresenta como fácil a entrada para criminalidade (GOMES, 2017).

LOCAL DO CRIME

De acordo com o Gráfico 6, temos uma possível noção do panorama geográfico da atuação desses indivíduos no que tange à localidade onde foram realizadas grande parte das abordagens policiais.

Diante dessa observação, foi possível perceber que o tráfico está presente em todas as regiões, muito embora ainda predomine nos bairros mais pobres, pois são nestes onde as rondas policiais são mais intensas.

Gráfico 6- Local do crime.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

No entanto, durante a pesquisa foi averiguado alguns casos de pessoas que apesar de residirem em um bairro não atuam dentro dele. Alguns indivíduos se organizam de maneira que a comercialização do entorpecente possa ser deixado em algum local predeterminado, funcionando como uma espécie de “delivery” no tráfico.

Algumas regiões circunvizinhas que fazem parte da comarca de Campina Grande também tiveram participantes no crime de tráfico, porém estes não residiam nessas cidades, faziam apenas a comercialização no momento da abordagem.

Vale ressaltar também que o presídio da cidade de Campina Grande apesar de situado na região oeste da cidade, ele foi analisado individualmente como status de uma região/bairro.

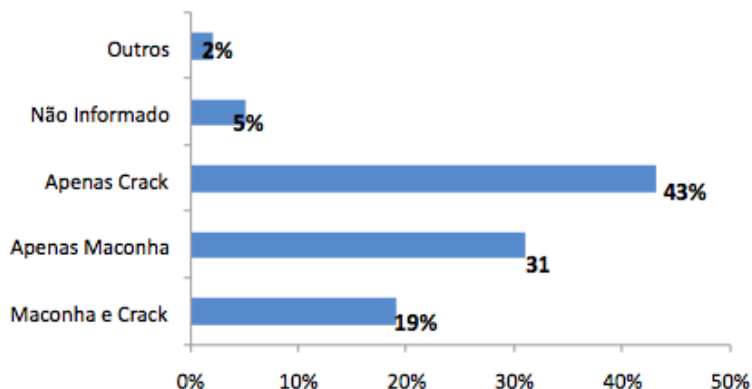
Dessa maneira pudemos constatar que ele também teve o maior número de abordagens, o que evidencia a presença influente do tráfico dentro dos presídios.

DROGAS APREENDIDAS

Podemos averiguar a monopolização do circuito que envolve o crack e a maconha na região da Borborema (Gráfico 7). O crack por ser uma droga de fácil acesso traz um alto nível de dependência por sua característica intensa e imediata, o que faz com que estas pessoas que

consomem, o consumam cada vez mais.

Gráfico 7- Drogas apreendidas durante abordagens policiais.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Neste contexto, gera-se um círculo de violência generalizada, onde a droga passa a ser o centro e a forma de vida de muitas pessoas. Porém, esquecemos que por trás das drogas existem famílias sendo destruídas, pessoas assaltando para seu consumo, pessoas matando para monopolizar o comércio das drogas.

O Ministro do Desenvolvimento Social no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, o senhor Osmar Terra, relata em uma de suas entrevistas e critica a posição favorável à legalização das drogas explanada pelo ministro do STF, Luís Barroso.

Para Terra, a ideia de que o tráfico e violência acabarão com a liberação das drogas é uma distorção da real problemática. Segundo este Ministro, não é o tráfico que mais mata, mas sim o transtorno mental, a violência doméstica, os latrocínios cometidos por quem está em busca de droga e são estes que não aparecem nas mídias (GLOBO, 2017).

Por título comparativo nos deparamos com sistemas congêneres ao nosso, mas com algumas peculiaridades. Por exemplo, nos Estados Unidos, assim como no Brasil, possui um sistema de amostragem para constatação do material colhido para análise, entretanto

em alguns de seus estados se tem a preocupação de analisar todo o conteúdo do recipiente apreendido para certificar se realmente é droga. Essas situações ocorrem com mais frequência quando o material apreendido é pó solto, já que poderia ser heroína ou cocaína, por exemplo, ou, possivelmente, um fármaco falsificado, tais como a farinha, o açúcar.

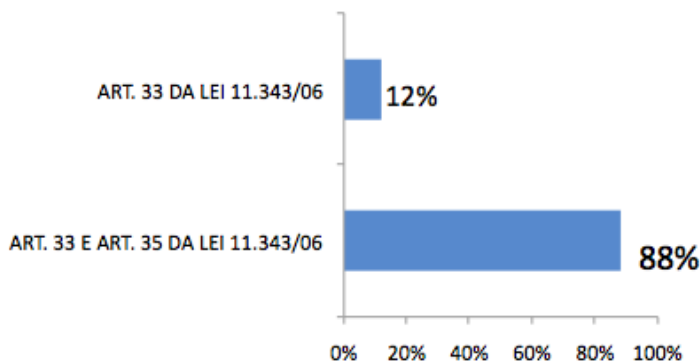
ENQUADRAMENTO LEGAL DOS RÉUS

O enquadramento legal dos autores das condutas previstas na Lei 13.343 de 2006 (Gráfico 8) é uma questão ainda controvertida, pois até pouco tempo atrás em nossa cidade não havia um centro de investigação com especialização na área do tráfico de entorpecentes, o que dificultava o papel do judiciário na hora de fazer o julgamento desses indivíduos.

Nesse sentido, foi possível abstrair que grande parte dos processos teve sua fundamentação legal embasada ou na posse ou na associação de duas ou mais pessoas para cometimento dos verbos elencados no art. 33 da lei 13.343 de 2006, quais sejam:

Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar (BRASIL, 2017).

Gráfico 8 - Enquadramento Legal.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Diante deste contexto vislumbramos a problemática tênue que perpassa a esfera do poder judiciário ao ter que analisar a situação de indivíduos que ora se apresentam como usuários ora traficantes.

E ao observamos o quadro abaixo veremos que o maior percentual está enquadrado dentro de tráfico e muitos desses como visto no quadro 4.1 são duas ou três pessoas que são encontradas sob posse de drogas em quantidade razoável, mas que a cena geral do crime dá indícios notáveis da prática do tráfico.

Tendo como referencial uma pesquisa realizada em São Paulo no ano de 2011, Estado esse que possui uma estrutura de polícia científica bem melhor que o nosso, uma vez que é o maior Estado do nosso país e tem a maior população carcerária, a problemática é a mesma.

Nos EUA existem dois fatores graves que são utilizados como presunção do Narcotráfico: primeiramente ser reincidente no tráfico e em segundo lugar ser pego portando arma, pois a utilização desta reforça a potencial lesividade da conduta a ser dotadas pelos agentes. Também é relevante mencionar que nessa mesma pesquisa observou-se que 72% dos brancos eram pegos com metanfetamina enquanto os negros 76% trabalhavam com o crack. Porém algo que chamou atenção é que na dosimetria da pena apesar de os brancos cometerem mais infrações que os hispânicos (latino americanos), estes tinham pena mais severa, o que evidencia a desigualdade étnica (SPOHN; SAMPLE, 2013, p.10).

Também se assemelha com a nossa realidade a forma como são abordados os suspeitos de tráfico nos EUA, pois são através de evidências circunstanciais, tais como: armas, grandes quantidades de dinheiro, scanners policiais, beepers, telefones celulares, parafernália de drogas e a quantidade de drogas ilícitas na posse do réu, embalagem, são com esses indícios que a acusação forma um arsenal de informações para estabelecer a intenção do réu de distribuir drogas (ALAN J.; IZENMAN, 2003, p.9).

CONCLUSÃO

A ausência de delegacia especializada na área de entorpecentes pode influenciar na esfera judicial, devido a fragilidade das provas

e dificuldade de delimitação da conduta dos indivíduos envolvidos nos crimes dispostos na Lei de drogas.

Vimos durante a pesquisa que a distinção entre usuários de drogas e traficantes é um debate que ainda parece longe de estar esgotado, bem como a dúvida sobre o provável encarceramento de usuários de drogas como traficantes.

E apesar de ser uma cidade interiorana, Campina Grande, conta com um alto índice de criminalidade e até o ano de 2016 não possuía um centro de investigação voltado para área de entorpecentes. Assim, dificultando o trabalho das autoridades policiais e judiciárias da região, de modo que delegacias distritais e/ou de roubos e furtos acumulavam suas funções com área de entorpecente, não obtendo o aprofundamento que esta necessitava.

O trabalho de Investigação tem grande importância, pois é por intermédio dele que podemos analisar detalhadamente as circunstâncias que envolvem o contexto da conduta delituosa, bem como os potenciais atores da malha que envolve o tráfico e os crimes conexos a ele.

Durante a pesquisa o perfil das pessoas que são conduzidas a prestar esclarecimentos na esfera policial são pessoas jovens e adultas, que de modo geral possuem baixo nível de escolaridade e veem no tráfico um meio de vida, uma fonte de renda.

Dessa forma, buscou-se por meio dessa pesquisa evidenciar a problemática do tráfico de drogas desde o perfil das pessoas que infringem a normal penal, a forma que é conduzida à prisão e como essas variáveis influenciarão no livre convencimento motivado do juiz, podendo o magistrado julgar contrariamente no todo ou em parte, o laudo de constatação de drogas.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referência e elaboração. Rio de Janeiro, 2000.

ASSOCIAÇÃO DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação

e documentação: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5/10/1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/principal.htm>. Acesso em: 17 abr. 2014.

BRASIL. **Lei 11.343 de 23 de Agosto de 2006**. Brasília: Presidência da República do Brasil, 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Disponível em: <HYPERLINK “http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.%3e%20.%20Acesso”http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.HYPERLINK “http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.%3e%20.%20Acesso”>HYPERLINK “http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.%3e%20.%20Acesso” . Acesso em: 15 set. 2016.

DEPEN. **Departamento Penitenciário Nacional**. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf/>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Trad. Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis: Vozes, 1987.

GOMES, Luis Flavio. **O perfil dos presos no Brasil em 2012**. Disponível em: <<https://professorlfg.jusbrasil.com.br/artigos/121932332/perfil-dos-presos-no-brasil-em-2012>> . Acesso em: 17 abr. 2017.

JESUS, Maria Gorete Marques de; OI, Amanda Hildebrando; ROCHA, Thiago Thadeu da; LAGATTA, Pedro. **Prisão provisória e lei de drogas**: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo. São Paulo: Fusp, 2011.

MARTÍN, Maria. **Presos com diploma**: A elite carceraria do Brasil. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2017/02/02/politica/1486060660_586514.html>. Acesso em: 17 abr. 2017.

MATHUSO, Mampolokeng; MARY-ELIZABETH; MONYAKANE. **The south african drugs and drug trafficking act 140 of 1992 read with the south african criminal law amendment act 105 of 1997: an example of a one size fits all punishment?** Africa: Crosmark, 2016.

RAMOS, Solange de Oliveira. **Comentários a lei de drogas**. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/2780304/HYPERLINK> “<https://www.passeidireto.com/arquivo/2780304/lei-de-drogas-comentada%3e.Acesso>” leiHYPERLINK “<https://www.passeidireto.com/arquivo/2780304/lei-de-drogas-comentada%3e.Acesso>”-de-drogas-comentadaHYPERLINK “<https://www.passeidireto.com/arquivo/2780304/lei-de-drogas-comentada%3e.Acesso>”>HYPERLINK “<https://www.passeidireto.com/arquivo/2780304/lei-de-drogas-comentada%3e.Acesso>”. Acesso em: 17 set. 2016

ROBERTS, Bryan R; CHEN, Yu. Drugs, violence, and the state. **Annual Rewies**, 2013.

SILVA, Eduardo Veronese da. **Usuário ou dependente de drogas**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/usuario-ou-dependente-de-drogas/126573/>>. Acesso em: 19 set. 2016.

SPOHN, Cassia; SAMPLE, Lisa L. **The dangerous drug offender in federal court: intersections of race, ethnicity and culpability**. Sage, 2013.

VENTURA, Deisy. **Monografia jurídica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

VERGARA, Silvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2014.

Sobre o livro

Projeto gráfico Erick Ferreira Cabral

Normatização e correção Antônio de Brito Freire

Mancha Gráfica 10,5 x 16,7 cm

Tipologias utilizadas Adobe Garamond Pro 11/13,2 pt