

CENTRO UNIVERSITÁRIO CENTRAL PAULISTA
CURSO DE FISIOTERAPIA

MARIANA LEME INFANTE

AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA EM TRABALHADORES DAS ESTRADAS

São Carlos

2019

MARIANA LEME INFANTE

AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA EM TRABALHADORES DAS ESTRADAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Central Paulista como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Estudo aprovado pelo comitê de ética, protocolo número 08534919.6.0000.5380.

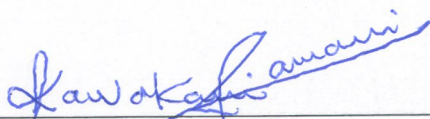
Orientadora: Prof^a Ms. Luciana Kawakami Jamami

São Carlos

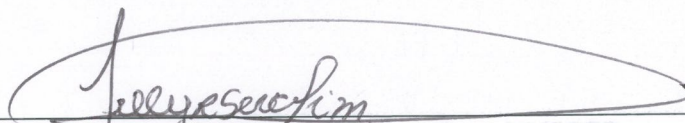
2019

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA PARA APRESENTAÇÃO DO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO CURSO DE FISIOTERAPIA
DE **MARIANA LEME INFANTE** APRESENTADO NO CENTRO
UNIVERSITÁRIO CENTRAL PAULISTA – UNICEP EM 06 DE
DEZEMBRO DE 2019


BANCA EXAMINADORA:



Prof^ª. Ms. Luciana Kawakami Jamami – UNICEP



Prof^ª. Dr^ª. Kelly Regina Serafim - UNICEP



Prof^ª. Dr^ª. Kamilla Tays Marrara Marmorato - UNICEP

DEDICATORIA E AGRADECIMENTOS

Dedico esse trabalho ao meu avô Felix Infante, que infelizmente não pode me ver concluir esta etapa, ele é meu exemplo de caráter e dignidade. Primeiramente, sou grata a Deus e a Nossa Sr.^a Aparecida, por serem minha fortaleza e me guiarem nessa trajetória chamada vida, agradeço imensamente ao homem mais importante da minha vida, meu pai Paulo que é minha maior inspiração, sinto muito orgulho em ser sua filha, obrigada por tudo pai! Agradeço muito a minha mãe Maria Aparecida e a minha tia Patricia, pelo apoio que me deram, por cada incentivo, cada oração, gratidão eterna por vocês.

Obrigada professora Luciana, por confiar e dedicar todo seu tempo, paciência e o amor para me orientar.

E não poderia deixar de dedicar esse trabalho a todos os caminhoneiros que, assim como meu pai e meu avô são exemplo de trabalhadores dignos que meio a tanta dificuldade, arriscam as suas vidas diariamente, que a presença de Deus esteja sempre com vocês.

*“Ainda que se perca tudo. E que não exista
nenhuma alternativa para melhorar.
Ainda que o sofrimento passe a ser uma constante
em nossas vidas. Ainda que a
cabeça se distorça num martelar doloso de desesperança,
é preciso pensar e agir, ir em frente, cambaleante
Sim, mas não caído, mesmo porque,
Assim como a Glória, a dor também é passageira.”*

Antônio Zaidan

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil e características dos caminhoneiros, analisar os hábitos de vida em relação ao consumo do tabaco (grau de dependência nicotínica) e o quão prejudicial venha a ser nos aspectos da saúde e qualidade de vida. **Materiais e métodos:** Foram estudados 691 indivíduos, sendo eles caminhoneiros e do sexo masculino, com idade entre de 18 a 60 anos. Foi realizada análise das fichas da Centrovias, avaliado a qualidade de vida pelo questionário WHOQOL – Bref. e aplicado o questionário de Fagerström para avaliar o grau de dependência nicotínica. Os dados foram estudados estatisticamente. **Resultados:** mostraram que não houve diferença significativa para a maioria das variáveis, apenas para o tempo de profissão dos participantes. **Conclusão:** A maioria dos motoristas de estradas estão propensos a vários distúrbios e hábitos de vida irregulares, como o hábito de fumar, alimentação inadequada, podendo ocorrer risco de prejudiciais à saúde.

Palavras – chave: tabagismo, caminhoneiro, qualidade de vida, nicotina, trabalhadores das estradas.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the profile and characteristics of truck drivers, to analyze life habits in relation to tobacco consumption (degree of nicotine dependence) and how harmful it may be in the aspects of health and quality of life. **Materials and methods:** We studied 691 individuals, being truck drivers and males, aged between 18 and 60 years. Centrovias records were analyzed and quality of life was assessed by the WHOQOL - Bref questionnaire. and the Fagerström questionnaire was applied to assess the degree of nicotine dependence. The data were studied statistically. **Results:** showed that there was no significant difference for most variables, only for the time of profession of the participants. **Conclusion:** Most road drivers are prone to various disorders and irregular lifestyle habits, such as smoking, improper diet, and risk of adverse health.

Key words: smoking, truck driver, quality of life, nicotine, road workers.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da amostra estuda.....	20
Figura 2 - Tipos de cargas para cada grupo e sua porcentagem.....	23
Figura 3 - Porcentagem dos grupos referente a renda mensal.....	23
Figura 4 - Porcentagem de indivíduos que praticam atividades Física.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos participantes nos diferentes grupos.....	21
Tabela 2 – Classificação do IMC dos participantes nos diferentes grupos.....	21
Tabela 3 – Características da profissão dos participantes.....	22
Tabela 4 – Características do tempo de habilitação e profissão de cada grupo.....	23
Tabela 5 – Medicamentos utilizados por parte dos motoristas.....	25
Tabela 6 – Qualidade de vida dos participantes distribuídos nos diferentes grupos.....	26

LISTA DE ANEXOS

Anexo I - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida.....	34
Anexo II – Escala de Fagerström (QTF).....	40
Anexo III – IMC.....	42

LISTA DE APÊNDICE

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	40
---	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	16
4.1 Participantes.....	15
4.2 Critérios de exclusão.....	15
4.3 Aspectos Éticos.....	15
4.4 Métodos.....	15
4.4.1 Variáveis Antropométricas.....	17
4.4.2 Jornada de trabalho.....	18
4.4.3 Hábitos de vida.....	18
4.4.4 Medicamentos utilizados.....	18
4.4.5 Qualidade de Vida.....	18
4.4.6 Dependência da Nicotina.....	18
4.5 Análise dos dados	19
5 RESULTADOS	20
6 DISCUSSÃO	28
7 CONCLUSÃO	31
8 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	32

1 INTRODUÇÃO

Os trabalhadores das estradas recebem essa denominação devido ao trabalho ser com transportes em rodovias, para estes, a cidade é apenas um local para carga e/ou descarga, domicílio ou cruzamento. No ponto de vista dos motoristas, ser de estrada, refere-se com a valorização da profissão, liberdade, aumento de conhecimentos e de realização econômica. Esses podem ser chamados de “tanqueiros”, “basculanteiros”, “tombeiras”, “graneleiros”, “caravanistas” entre outros, de acordo com o tipo de veículo com o qual trabalham (CHEROBIM, 1984).

No Brasil um pouco mais de quatro milhões de pessoas trabalham no ramo de transporte de cargas, a frota dos veículos ultrapassa de 1,9 milhões de caminhões. A quantidade exata dos caminhoneiros é desconhecida (SILVA et al., 2003a) porém, a Agência Nacional de Transportes Terrestre (ANTT) prevê que existe mais de 700 mil caminhoneiros, entre eles autônomos ou cooperativados, sendo a maior parte constituído por pessoas do sexo masculino (93%), com maior concentração na região Sul e Sudeste conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (TEDESCO et al., 2011).

Assim, os trabalhadores das estradas integram uma população com grande locomobilidade, permanecem longe de casa com períodos variáveis no trânsito e com longas jornadas diárias (SILVA et al., 2003b) sendo descrito como cansativo, monótono e solitário (MCCREE et al., 2010). As circunstâncias em que esses motoristas trabalham é constantemente perigosa, seja relacionada com acidentes ou até mesmo com assaltos, portanto, essa profissão é considerada altamente perigosa e estressante (SILVA et al., 2003c).

Além disso, segundo Masson (2010) a difícil jornada de trabalho dos caminhoneiros acaba levando a diversos prejuízos à saúde pois, contribui para adesão de estilo de vida pouco saudáveis como consumo de tabaco, álcool, sedentarismo, alimentação irregular, sobrepeso, entre outros.

A profissão também interfere na convivência familiar e vida social, somando esses fatores com o nível de estresse elevado, há riscos para desenvolvimento de patologias cardiovasculares, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, obesidade, câncer, osteoporose, calculose renal, biliar e disfunção erétil e a saúde mental como, diminuição da autoestima, da autoimagem, do bem estar, da sociabilidade, aumento da ansiedade, depressão, mal de Alzheimer, Parkinson e prejuízo a cognição (LAGO, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a “Qualidade de Vida (QV) é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A QV é

definida em três níveis: avaliação total do bem-estar, domínio global (físico, psicológico, econômico, espiritual e social) e componentes de cada domínio, portanto, essa denominação engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais e o relacionamento entre as peculiaridades proeminentes do ambiente (SPILKER, 1996).

Nos últimos anos, a qualidade de vida tem sido aplicada como medida para avaliar o impacto tanto do tabagismo quanto das doenças a estas associadas na vida do indivíduo (CASTRO et al., 2007), pois conforme a OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE BR, 2002) o tabaco está entre a maior causa de morte evitável e de maior crescimento no mundo, onde acarreta em elevadas taxas de morbimortalidade.

Freitas et al (2010) relatam que fumante é todo sujeito que faz uso de qualquer tipo ou quantidade de tabaco cotidianamente, há pelo menos seis meses; já os que não fumam nenhum tipo de cigarro dentro do período de seis meses é considerado ex-fumante. A escolha de parar de fumar proporciona maiores benefícios, reduz o risco de morte (MENOTTI et al., 2001) e melhora a circunstância geral de saúde, sendo claramente demonstrado em aumento da expectativa de vida em até três anos, auxilia também na redução do risco de adoecer e melhor controle da evolução de patologias já existentes (CARVALHO; GOMES; LOUREIRO, 2010).

Sabe-se que a nicotina é considerada uma droga psicoativa e que exerce atividade estimulante sobre o sistema nervoso central e a sua dependência significa usar compulsivamente o tabaco (FERREIRA, 2013). Os sintomas de dependência nicotínica podem aparecer dentro de um período de alguns dias ou semanas após o início do uso ocasional, muitas vezes antes de instalar o consumo diário e regular. Uma vez instalada a dependência, a ausência da nicotina no organismo provoca a síndrome de abstinência, na qual apresenta quadros de forte desejo de voltar a fumar, irritabilidade, frustração, ansiedade, depressão, dificuldades de concentração, alterações do sono, humor disfórico ou deprimido, diminuição do ritmo cardíaco, cansaço e aumento de apetite ou ganho ponderal de peso Nunes (2006).

Em vista das características do trabalho e os hábitos de vida dos caminhoneiros, se faz necessários estudos que possam analisar qual o impacto das horas de jornada de trabalho, geralmente excessivas, turnos não fixos, viagens de longa duração e hábitos de vida irregulares para verificar o quanto está relacionado negativamente com alguns aspectos da QV desses trabalhadores, é importante salientar também que, se torna indispensável verificar o quanto o tabaco pode influenciar na qualidade de vida, visto que há uma associação entre o consumo prolongado de cigarros para com o desenvolvimento de inúmeras doenças podendo interferir na saúde geral dos indivíduos.

2 JUSTIFICATIVA

Os trabalhadores das estradas estão expostos a diversos fatores de risco e situações que podem acarretar em danos prejudiciais para a saúde como por exemplo, os hábitos de vida irregulares, o uso de cigarros, má alimentação, sedentarismo, sendo assim, ocasionando inúmeros prejuízos na qualidade de vida.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Este estudo tem como objetivo analisar os hábitos de vida dos trabalhadores das estradas em relação ao consumo do tabaco e o quão prejudicial venha a ser nos aspectos da saúde e qualidade de vida.

3.2 Objetivos Específicos

- 1- Observar os hábitos de vida (atividade física e vícios) em trabalhadores das estradas;
- 2- Verificar o perfil dos caminhoneiros com relação a jornada de trabalho e as características dos mesmos, entre eles, variáveis antropométricas, características do Índice de Massa Corpórea (IMC), renda mensal e uso dos medicamentos mais frequentes;
- 3- Detectar patologias mais frequentes nos caminhoneiros;
- 4- Avaliar o consumo de cigarro e o grau de dependência nicotínica por parte dos trabalhadores das estradas;
- 5- Avaliar a qualidade de vida por meio do WHOQOL – Bref. em Tabagistas, Não Tabagistas e Ex tabagistas.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi realizado durante o evento Viva Saúde que ocorreu no Posto Castelo – SP 310 - KM 222 no município de São Carlos (SP) em 3 momentos ao longo do ano de 2011, em parceria com o Centro Universitário Central Paulista (UNICEP) e a concessionária da rodovia, a Centrovias (Grupo OHL).

4.1 Participantes

Participaram do presente estudo indivíduos de ambos os gêneros, com faixa etária entre 18 a 70 anos, que utilizam como meio de trabalho o caminhão / carreta, por pelo menos cinco anos e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Estes participantes foram divididos em 3 grupos, sendo eles, Ex Tabagistas, Tabagistas e Não Tabagistas.

4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídas as fichas incompletas, ou seja, que não constavam informações sobre os hábitos de vida, dados profissionais necessários e os que não preencheram os questionários WHOQOL-Bref, e Fagerström, sendo este último instrumento aplicado apenas aos fumantes e foram excluídas também as fichas do sexo feminino.

4.3 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICEP cujo protocolo n°. 08534919.6.0000.5380. Para participar do evento, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice I), tendo a ciência dos objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, bem como os benefícios e riscos, podendo desistir a qualquer momento sem quaisquer penalidades.

4.4 Métodos

Foi realizada análise das fichas da Centrovias (Grupo OHL), para coleta dos dados pessoais, características antropométricas, características da profissão e jornada de trabalho, renda mensal, hábitos de vida, comorbidades e medicamentos utilizados.

Além disso, para avaliação da qualidade de vida foi aplicado o questionário WHOQOL – Bref. e para avaliar o grau de dependência nicotínica dos fumantes foi aplicado o questionário de Fagerström.

4.4.1 Variáveis Antropométricas

Foi realizado a verificação do peso e altura dos indivíduos, após foi calculado o Índice de Massa Corpórea (IMC) de cada um. O IMC é uma ferramenta utilizada para detectar casos de desnutrição, peso normal, sobrepeso e obesidade classificando-a em três graus (ANEXO). Para calcular o IMC, foi selecionado o valor do peso e dividido pelo valor da altura elevada ao quadrado.

4.4.2 Jornada de trabalho

Durante avaliação foi questionado aos voluntários sobre o turno de trabalho, se trabalhavam em turno fixo ou revezamento, horários de início e término do turno, calculado a jornada de trabalho mensal.

4.4.3 Hábitos de vida

Foi perguntado aos participantes sobre hábitos de vida quanto a prática de atividades físicas, consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas.

4.4.4 Medicamentos Utilizados

Foi questionado o uso de medicamentos contínuos utilizados por cada participante.

4.4.5 Qualidade de Vida

O questionário WHOQOL-Bref. é composto por 26 perguntas sendo as duas primeiras sobre qualidade de vida em geral, as respostas seguem uma escala de Likert: inclui Intensidade (nada a extremamente), Capacidade (nada a completa), Frequência (nunca a sempre) e Avaliação (muito insatisfeito a muito satisfeito), essa escala tem a somatória de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida, já as demais perguntas são relacionadas a quatro domínios, sendo eles: físico (dor e desconforto, sono e repouso, mobilidade, capacidade de trabalhador, atividades da vida cotidiana) , psicológico(sentimentos positivos e negativos, espiritualidade, entre outros, relações sociais (relações pessoais, suporte social e vida sexual ativa) e meio ambiente (segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, entre outros.

4.4.6 Dependência de Nicotina

A Escala de Fagerström consiste em um questionário de seis perguntas de escolha simples. Para cada alternativa das questões do teste existe uma pontuação, a soma dos pontos permitirá a avaliação do grau de dependência de nicotina.

O método empregado foi a aplicação do instrumento de avaliação o Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF), acrescido de dados de identificação, consumo de cigarros em maços/ano. (ANEXO).

A partir da somatória das questões, classifica-se o grau de dependência nicotínica em: 0 à 2 pontos – muito baixo, 3 à 4 pontos - baixo, 5 pontos – médio, 6 à 7 pontos – elevado e 8 à 10 pontos – muito elevado. Uma soma acima de seis pontos indica que provavelmente o paciente terá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar (HALTY et al., 2002).

4.5 Análise dos Dados

Os resultados do presente estudo foram realizados através de análise de fichas, os dados foram ilustrados em tabelas, sendo descrita em Média e Desvio Padrão para todas as variáveis. Foram utilizadas figuras para a observação do comportamento das variáveis coletadas neste estudo.

O foco central deste estudo é a análise quantitativa. Na análise estatística, inicialmente foi aplicado o teste de Shapiro Wilk como forma de verificar a normalidade dos dados, sendo determinado o uso do teste. Logo após a verificação da normalidade ou não das variáveis foi realizada uma análise comparando os caminhoneiros tabagistas e não tabagistas com relação aos hábitos de vida.

Além disso, foi realizada uma análise qualitativa buscando caracterizar os hábitos de vida dos caminhoneiros e os possíveis fatores de riscos à saúde que podem interferir na qualidade de vida.

5 RESULTADOS

A amostra foi inicialmente composta por 691 fichas, no entanto 417 foram excluídos, permanecendo 274, dos quais 140 foram excluídos. Assim, o final foi composto por 134 caminhoneiros, sendo 20 (15%) Ex tabagistas (Grupo Ex Tabagistas), 43 (32%) Tabagista (Grupo Tabagistas) e 71 (53%) Não Tabagistas (Grupo Não tabagistas).

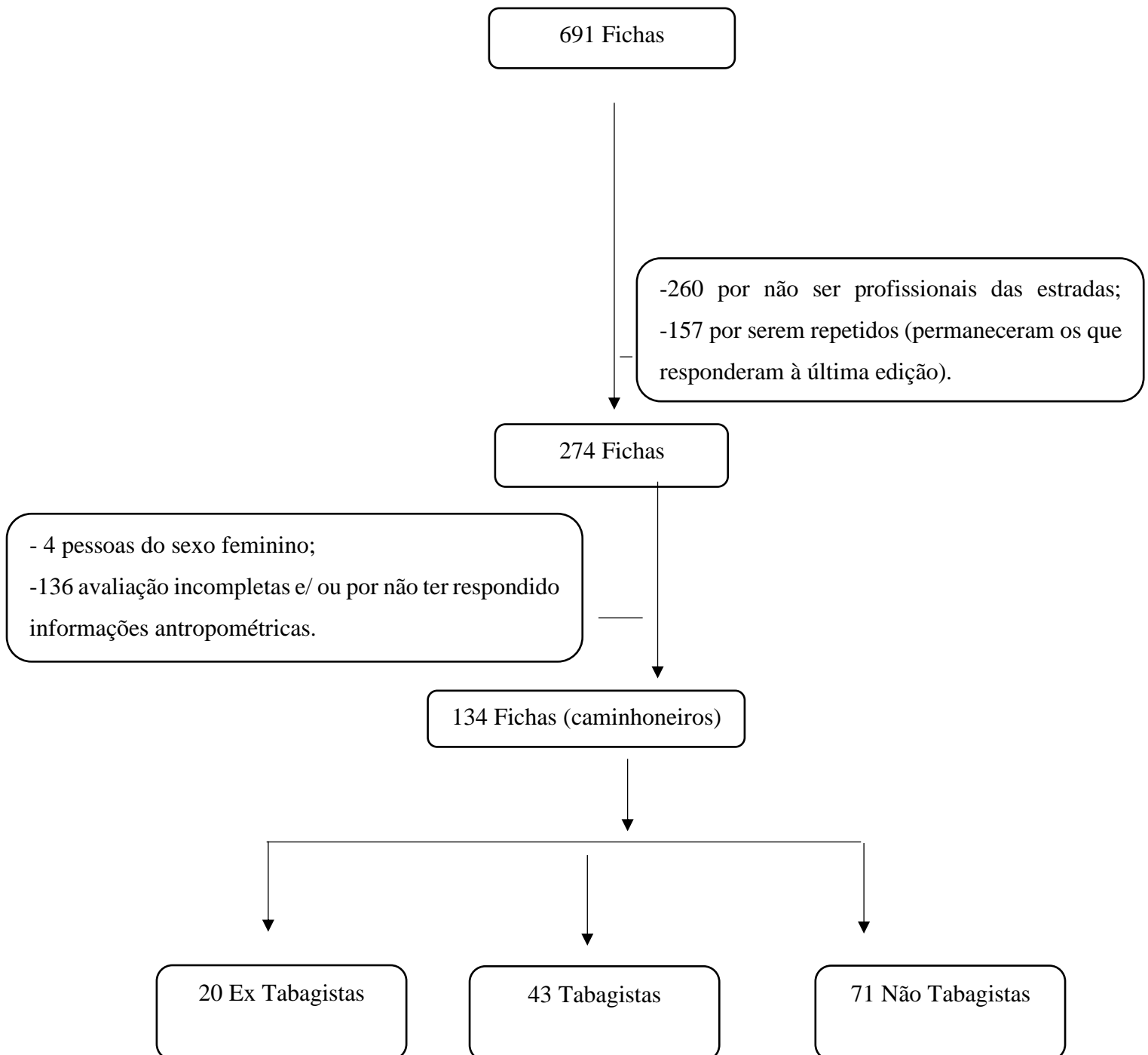


Figura 1 – Fluxograma da amostra estudada.

Na descrição dos resultados as variáveis serão divididas em antropométricas, características da jornada de trabalho, hábitos de vida, doenças associadas e consumo do tabaco por parte dos trabalhadores das estradas.

5.1 Características dos participantes

Para melhor visualização dos resultados, as características dos participantes foram descritas através de tabela, representada por três grupos (Grupo Ex Tabagistas, Grupo Tabagistas e Grupo Não Tabagistas) na tabela 1.

Tabela 1 - Características dos participantes nos diferentes grupos.

	Grupo Ex Tabagistas	Grupo Tabagistas	Grupo Não Tabagistas
Idade (anos)	43,5 ± 12,7	41 ± 11,4	39,9 ± 8,8
Altura (cm)	172,3 ± 7,5	172,5 ± 6,4	173,3 ± 7,3
Massa (Kg)	91,2 ± 26	89,3 ± 22	91,7 ± 19
IMC (Kg/m²)	30,8 ± 8,1	29,9 ± 6,3	30,5 ± 5,8

A tabela 2 representa os dados coletados do IMC tanto para o Grupo Ex tabagista quanto para os Grupos Tabagistas e Não Tabagistas. A tabela é composta pela classificação do IMC por grupos. Os dados foram representados pelo número de participantes e respectivamente por sua porcentagem.

Tabela 2 – Classificação do IMC dos participantes nos diferentes grupos.

	Grupo Ex Tabagistas	Grupo Tabagistas	Grupo Não Tabagistas	Total
Normal	3 (15%)	11 (25,5%)	12 (16,9%)	29 (19,5%)
Sobrepeso	8 (40%)	12 (27,9%)	19 (26,8%)	39 (29,1%)
Obesidade Grau I e II	8 (40%)	16 (37,3%)	35 (49,3%)	59 (44%)
Obesidade Grau III	1 (5%)	4 (9,3%)	5 (7%)	10 (7,4%)

5.2 Características da profissão e Jornada de Trabalho

Foi possível observar as características da profissão de cada participante do evento, se os mesmos são autônomos ou funcionários de empresas, quais os tipos de mercadorias são transportados, tempo de habilitação e de profissão de cada motorista e jornada de trabalho dos mesmos.

Em relação a jornada de trabalho, de forma geral, independente do grupo, os motoristas dirigem cerca de $11,5 \pm 4,7$ horas por dia.

O Grupo Ex Tabagista é composto por 20 indivíduos com o tempo de habilitação $13,1 \pm 12$ anos e o tempo de profissão de $8,7 \pm 9,2$ anos, desses, 15 (75%) são funcionários assalariados e 5 (25%) autônomos, dentre eles 19 (95%) transportam carga do tipo sólida e apenas 1 (5%) tipo líquido.

O Grupo Tabagista é formado por 43 motoristas, sendo o tempo de habilitação representado por $15 \pm 12,3$ anos e o tempo de profissão $12 \pm 11,7$ anos, desses 34 (79%) são funcionários e 9 (21%) são autônomos sendo que 40 (93%) conduzem cargas sólidas, 2 (4,7%) cargas líquido e apenas 1 (2,3%) tipo gasoso.

O Grupo dos Não Tabagista é representado por 71 trabalhadores das estradas, sendo que o tempo de habilitação é representado por $18,2 \pm 9,6$ anos e o tempo de profissão $14,9 \pm 10$, desses 51 (72%) indivíduos são contratados e 20 (28%) são autônomos, do qual, 56 (79%) conduzem cargas do tipo sólida, 14 (19%) no estado líquido e apenas 1 (1,%) gasoso.

Em relação ao tempo de profissão e o tempo de habilitação, 20 pessoas de cada grupo não responderam.

Após, foi possível classificar se essas mercadorias transportadas eram produtos perecíveis ou não e se eram considerados produtos perigosos.

No Grupo Ex Tabagista, apenas 2 (10%) transportam cargas perecíveis e 3 (15%) são considerados produtos perigosos, já no Grupo Tabagista, 5 (11,6%) transportam cargas perecíveis e 6 (13,9%) produtos perigosos e por fim, no Grupo Não Tabagista, 16 (22,5%) transportam cargas perecíveis e 15 (21,1%) produtos considerados perigosos.

Tabela 3 - Características da profissão dos participantes.

Funcionários	Grupo Ex Tabagistas	Grupo Tabagistas	Grupo Não Tabagistas
Autônomos	5 (25%)	9 (21%)	20 (28%)
Assalariados	15 (75%)	34 (79%)	51 (79%)

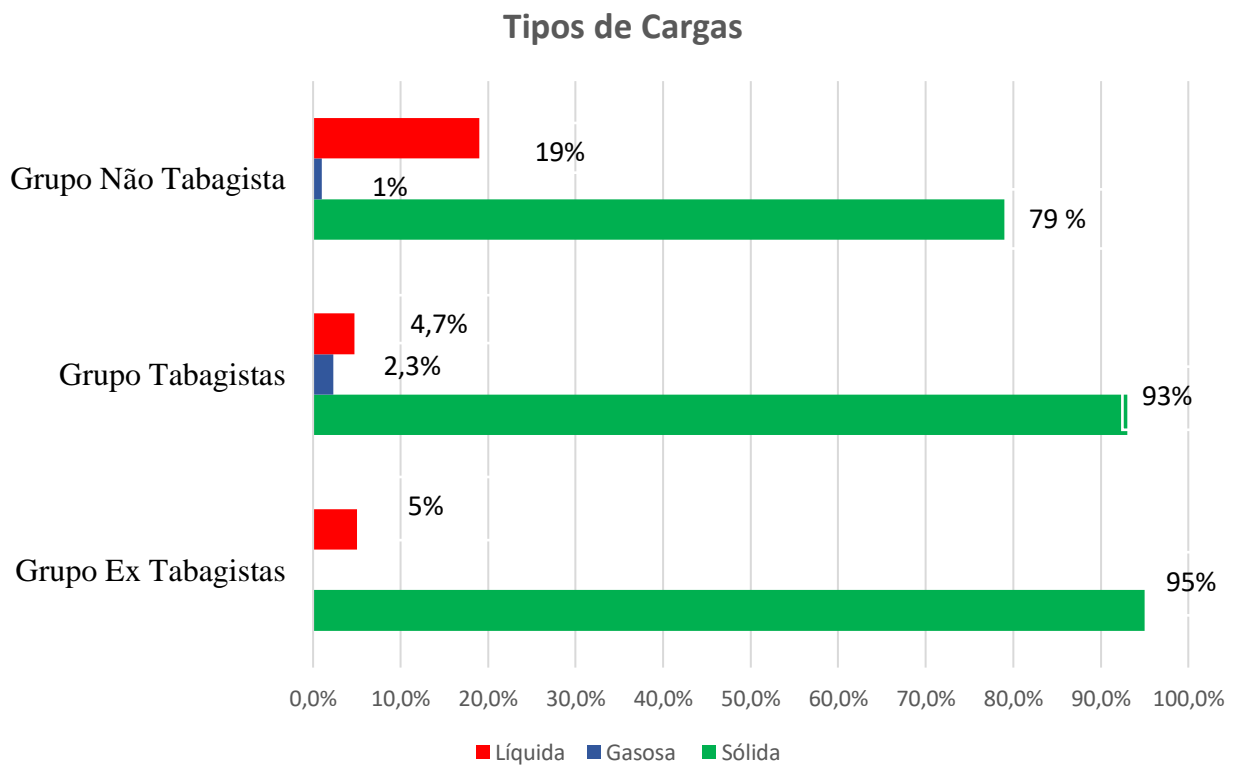
Tabela 4 – Características do tempo de habilitação e profissão de cada grupo.

	Grupo Ex Tabagistas	Grupo Tabagistas	Grupo Não Tabagistas	Estatística
Tempo de Habilitação	13,1 ± 12	15 ± 12	18,2 ± 9,6	NS
Tempo de Profissão	8,7 ± 9,2	12 ± 11,7	14,9 ± 10	*

Legenda: NS = Não Significativo; * = Significativo ($p < 0,05$) teste ANOVA.

Pode-se observar na tabela 4 o tempo de habilitação e profissão para os Ex Tabagistas, Tabagistas e Não Tabagistas, houve diferença significativa (teste ANOVA $p < 0,05$) entre os grupos com relação ao tempo de profissão.

A figura 2 representa os tipos de cargas, se são sólidas, líquidas e/ou gasosas para cada grupo.

**Figura 2** – Tipos de cargas para cada grupo e sua porcentagem.

5.3 Renda Mensal

A figura 3 representa os resultados da Renda Mensal de cada grupo, foi realizado a coleta das informações referente a renda de cada participante classificando-as, em 1 a 3 salários mínimos (SM), de 3 a 6 SM e mais de 6 SM.

No Grupo Ex tabagistas 10 (50%) indivíduos recebem de 1 à 3 SM, 9 (45%) de 3 à 6 SM e 1 (5%) mais de 6 SM.

No Grupo Tabagistas, 24 (55,9%) motoristas recebem de 1 à 3 SM, 17 (39,5) de 3 à 6 SM e 2 (4,6%) mais de 6 SM.

No Grupo Não Tabagistas, 29 (40,8%) trabalhadores recebem de 1 à 3 SM, 31 (43,6%) de 3 à 6 SM e 11 (15,4%) mais de 6 SM.

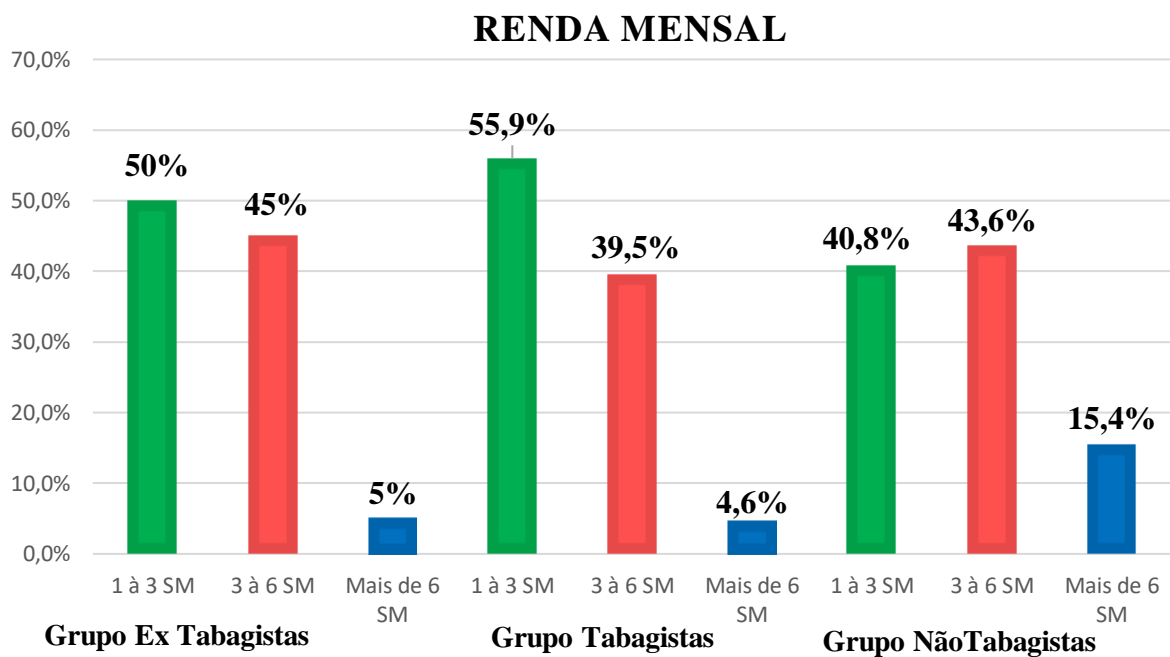


Figura 3 – Porcentagem dos grupos referente a renda mensal.

5.4 Atividades Físicas

A figura 4 representa a porcentagem de participantes de cada grupo que realizam atividades físicas. Ao todo foram 29 (21%) dos 134 motoristas que praticam algum tipo de atividade física, sendo que apenas 5 (17%) são do Grupo Ex Tabagistas, 9 (31%) do Grupo Tabagistas e 15 (31%) do Grupo Não Tabagistas.

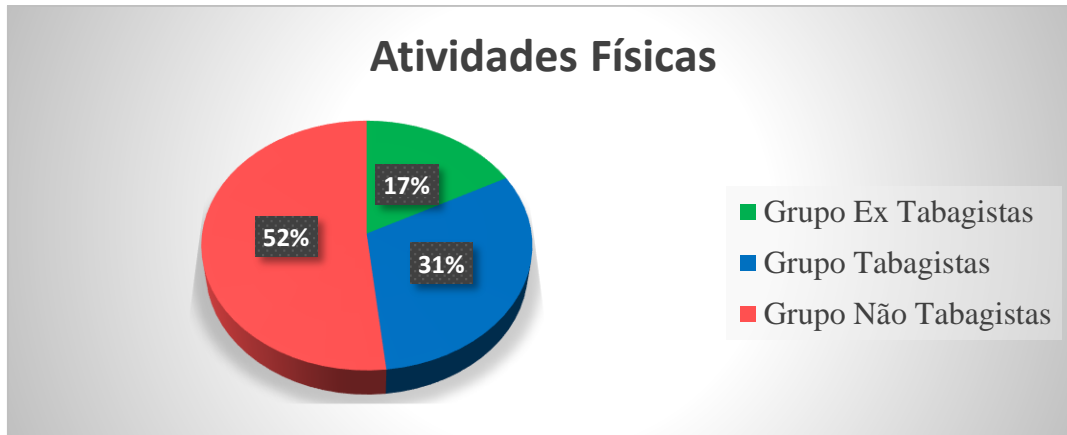


Figura 4 – Porcentagem de indivíduos que praticam Atividades Físicas.

5.5 Comorbidades e Uso de Medicamentos

Foi questionado o uso de medicamentos por parte dos motoristas, sendo assim, possível observar as doenças associadas já existentes.

No Grupo Ex Tabagista 5 (25%) utilizam de forma continua medicamentos, no Grupo Tabagistas 10 (23%) fazem uso de medicamentos e no Grupo Não Tabagistas 9 (12,6%) também fazem uso de certas medicações.

Tais medicações utilizadas pelos motoristas são para as seguintes patologias: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Osteoporose, Colesterol e Moderador de sono.

No Grupo Ex Tabagista 2 (10%) motoristas administram medicamentos para DM, 1 (5%) para HAS, 1 (5%) para Osteoporose e 1 (5%) para colesterol.

No Grupo Tabagistas, 2 (4,6%) tomam medicações para colesterol, 3 (6,9%) para DM, 4 (9,2%) para HAS e 1 (2,3%) para moderador de sono.

No Grupo Não Tabagistas, 5 (7%) indivíduos administram medicamentos para HAS, 1 (1,4%) para DM, 1 (1,4%) para moderador de apetite, 1 (1,4%) para colesterol, e 1 (1,4%) para insônia.

A seguir, a tabela 5 para melhor visualização dos resultados

Tabela 5 – Medicações utilizadas por parte dos motoristas.

	Grupo Ex Tabagistas	Grupo Tabagistas	Grupo Não Tabagistas
Diabetes Mellitus	2 (10%)	3 (6,9%)	1 (1,4%)
Hipertensão Arterial	1 (5%)	4 (9,2%)	5 (7%)

Moderador de apetite	-	-	1 (1,4%)
Colesterol	1 (5%)	2 (4,6%)	1 (1,4%)
Osteoporose	1 (5%)	-	-
Moderador de sono	-	1 (2,3%)	1 (1,4%)

5.6 Qualidade de vida

A tabela 6 temos a média e desvio padrão para cada grupo em relação a pontuação total e por domínios do Questionário de vida WHOQOL – Bref.

Tabela 6 – Qualidade de vida dos participantes distribuídos nos diferentes grupos.

WHOQOL Pontuação 0 a 100	Grupo Ex Tabagistas	Grupo Tabagistas	Grupo Não Tabagistas
Físico	80,1 ± 10,6	80,5 ± 10,5	80,9 ± 9,4
Social	76,2 ± 11,2	75,3 ± 15,7	77,5 ± 14
Psicológico	73,1 ± 24,6	77,4 ± 10,7	78,2 ± 11,3
Dependência	68,4 ± 16,2	64,3 ± 12	67,8 ± 13,4
Total	74,4 ± 11,1	74,4 ± 9	76,1 ± 8,9

Não houve diferença estatística significativa.

Pode-se observar que no domínio Dependência foi o com menor pontuação para todos os grupos, principalmente para o grupo de Tabagistas (64,3 ± 12). Não foi verificada diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

5.7 Dependência de Nicotina

O Questionário de Tolerância de Fagerström será representado pela média e desvio padrão. Dos 43 tabagistas, 27 indivíduos não responderam ao questionário. Portanto o resultado é referente aos 16 motoristas, no qual a quantidade de tabacos consumidos por dia é de 17,4 ± 8,5 cigarros, em relação ao tempo em que fumam é de 19,7 ± 11,2 anos.

No Grupo Tabagistas foi aplicado o Questionário de Tolerância de Fagerström, para avaliação do grau de dependência nicotínica, sendo observado que apenas 3 fumantes apresentavam grau de dependência nicotínica elevado, e segundo Halty et al., 2002, irão

apresentar desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar, 8 motoristas apresentavam o grau muito baixo (0 à 2 pontos), 3 motoristas manteve-se na classificação de 3 à 4 pontos (baixo) e 2 motoristas apresentavam grau médio para dependência nicotínica (5 pontos).

Perante o questionário, a primeira pergunta constitui-se por “quanto tempo após acordar você fuma a seu primeiro cigarro”, o valor para essa questão é representado pelo valor $1,2 \pm 0,8$ em minutos. A próxima pergunta é “você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido?” devendo ser respondido somente SIM equivalente ao número 1 ou NÃO representado pelo número 0, o resultado para essa questão é $0,1 \pm 0,3$. A pergunta de número 3 é “Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação” sendo representado pelo valor de $0,5 \pm 0,5$. A questão 4 é referente a quantos cigarros fumam por dia, sendo o valor total de $0,9 \pm 0,7$ cigarros. A questão de números 5 é se fumam mais no período da manhã do que no resto do dia, sendo respondido por sim ou não, o valor então é de $0,3 \pm 0,4$. A última pergunta é relacionada se a pessoa fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama na maior parte do tempo, também é respondido por sim ou não, resultando num valor de $0,1 \pm 0,4$. Portanto, a soma dos resultados das 6 questões para o Grupo de Tabagista é $3,3 \pm 2,1$.

No Grupo Ex Tabagistas a quantidade de cigarros tragados ao dia é representada pelo valor $25,7 \pm 22,8$ cigarros, com a quantidade de cigarros ao ano de $365 \pm 1632,3$ e com o tempo em que fumaram é equivalente a $14,8 \pm 11,1$ anos.

6 DISCUSSÃO

O tabagismo é um tema discutido mundialmente, sendo considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública (SILVA et al., 2006) devido as patologias e complicações advindas do ato de fumar, tornando-se necessário estudos que possam avaliar os fatores envolvidos e relacionando-os à gravidade.

Pode-se observar no presente estudo que, somente 43 voluntários são Tabagistas, 20 Ex tabagistas e 71 Não tabagistas, o tempo de tabagismo dos indivíduos fumantes foi maior ao ser comparado aos Ex Tabagistas, sendo considerado para o grupo Tabagistas $19,7 \pm 11,2$ anos e para os Ex fumantes $14,8 \pm 11,1$ anos.

O hábito de fumar e conseqüentemente a dependência à nicotina tem início na fase da adolescência, no entanto, ao iniciar os primeiros contatos com os cigarros, os mesmos permanecem como forte fator da adição ao tabaco durante a vida adulta (SILVA et al., 2006). Conforme podemos observar no estudo, 53% dos tabagistas iniciou o hábito de fumar durante a adolescência, foi possível constatar que um indivíduo iniciou a pratica do tabagismo com apenas 13 anos, portanto conforme esse achado, pode-se sugerir o início precoce deste hábito, corroborando o estudo de Silva et al., (2006).

Foi possível verificar que o tempo de tabagismo dos indivíduos fumantes está altamente relacionado com a idade, indicando que quanto maior a idade, maior é o tempo de uso do tabaco.

Nos estudos de Carvalho, Gomes e Loureiro (2010), avaliou uma população composta por 573 idosos com idade acima de 60 anos, a prevalência em relação ao tabagismo reduziu com o aumento da faixa etária e a partir dos 60 – 69 anos que foi de 52,3%, 70 – 79 anos para 40,1% e 80 anos ou mais chegando aos 7,6%, fato este que não aconteceu no presente estudo, provavelmente pelo fato da média de idade dos participantes ser bem inferior. No Grupo Ex Tabagistas a menor idade foi de 23 anos e a maior foi 70 anos, no Grupo Tabagistas o mais novo apresentou a idade de 22 anos e o indivíduo com mais idade foi de 61 anos, o Grupo Não Tabagistas, a idade mínima foi 23 anos e idade máxima de 62 anos.

Em relação a idade, foi observado que o grupo dos Não Tabagistas são mais jovens apresentando a média $39,9 \pm 8,8$ anos. Já o massa e estatura, observa-se que os grupo de fumantes tem o menor peso $89,3 \pm 22$ Kg e altura apresentaram-se maior em relação aos demais $172,5 \pm 6,4$ cm, o IMC menor em relação aos demais ficou com o grupo de Não Tabagistas $30,5 \pm 5,8$ Kg/m² e o maior IMC foi o grupo Ex tabagistas.

Uma informação que chama atenção neste estudo, foi que grande parte dos indivíduos do estudo eram obesos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2016, mais de 1,9 bilhões de pessoas apresentavam excesso de peso, sendo que mais de 650 milhões eram

obesas (DIPPER, JR. et al, 2019) foi possível analisar que 59 dos 134 motoristas apresentam obesidade de Grau I e II (44%), 10 (7,4%) indivíduos obesidade de Grau III e 39 (29,1%) com sobrepeso, totalizando portanto, em 69 obesos (sendo mais da metade dos entrevistados), 39 indivíduos apresentavam-se com sobrepeso e 26 na faixa do IMC considerada normal.

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), os tabagistas que abandonam o vício antes dos 50 anos de idade, quando comparado com aqueles que mantêm o consumo, apresentam uma redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas com o tabagismo após 16 anos de abstinência. O risco de morte por câncer do pulmão sofre uma redução de 30% a 50% em ambos os sexos após 10 anos sem a prática de fumar; e o risco de doenças cardiovasculares cai pela metade após um ano sem fumar. Conforme observado no estudo, é possível deduzir que no Grupo Ex Tabagistas, a maioria dos indivíduos abandonaram o vício antes dos 50 anos devido a maioria dos motoristas apresentarem idade inferior a 50 anos ($43,5 \pm 12,7$).

Em relação ao grau de dependência nicotínica do grupo de tabagistas, foi possível analisar que, apenas 3 fumantes apresentavam grau de dependência nicotínica elevado, 8 motoristas apresentavam o grau muito baixo (0 à 2 pontos), 3 motoristas manteve-se na classificação de 3 à 4 pontos (baixo) e 2 motoristas apresentavam grau médio para dependência nicotínica (5 pontos). Segundo Halty et al (2002) quanto mais a pessoa for dependente da nicotina, maior será a possibilidade e/ou a gravidade da síndrome de abstinência quando este resolver cessar o tabaco, portanto apresentara maior dificuldade em manter a abstinência a longo prazo.

A alta incidência de casos de obesidade tem sido atribuída a vários fatores, incluindo hereditariedade, hábitos alimentares, redução de gasto energético, e a falta de atividades físicas (RASLLAN et al., 2008), entre outras. Foi observado no estudo o baixo número de indivíduos que realizam atividades físicas, ao todo apenas 21% dos 134 motoristas praticam algum tipo de atividade física, sendo que apenas 5 (17%) são do Grupo Ex Tabagistas, 9 (31%) do Grupo Tabagistas e 15 (31%) do Grupo Não Tabagistas.

Segundo Sabia, Santos e Ribeiro (2004), a falta de atividade física e os distúrbios alimentares são hoje os principais fatores para o desenvolvimento da obesidade. O exercício físico aumenta a capacidade aeróbica, diminui a massa corporal e a porcentagem de gordura corporal, sem reduzir a massa corporal magra.

A prevalência da obesidade tem crescido rapidamente representando um dos principais desafios de saúde pública Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). A obesidade é um fator de risco independente de doença cardiovascular. Além disso, a incidência de fatores de riscos

tradicionais aumenta, como por exemplo, complicações de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus do tipo 2 (DM) e dislipidemias (DIPPER, JR. et al, 2019), apneia do sono, problemas psicossociais, doenças ortopédicas e diversos tipos de câncer (NISSEN et al., 2012). Com isso, é possível observar no estudo, que 18,3% dos indivíduos utilizam medicamentos para diabetes mellitus, 21,2% para hipertensão arterial, apenas 1,4% utilizam medicamentos para moderador de apetite, já para colesterol cerca de 11% dos motoristas, osteoporose apenas 5% e por último, 3,7% dos indivíduos utilizam medicamentos do tipo moderador de sono.

Por serem consideradas doenças crônicas, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial são as mais frequentes, cujo tratamento e controle necessitam de alterações em relação a medicamentos, dieta e estilo de vida. Estas alterações necessitam de orientação adequada para não comprometer a qualidade de vida, em relação ao seu tratamento ou reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias (MIRANZI et al., 2008).

Nos resultados deste estudo, não houve diferença estatística significativa entre os grupos, porém foi possível observar uma relação extremamente forte entre eles, sendo que para todos os grupos a maior no domínio físico, seguido do domínio social, psicológico e dependência. Apesar deste estudo não ter avaliados sintomas específicos relacionados com a depressão e a ansiedade, que encontram-se comumente associados ao tabagismo, (CASTRO et al., 2007), relata que tem sido identificado que os dependentes de tabaco apresentavam mais sintomas de ansiedade e de depressão, foi observado no domínio psicológico que o grupo dos Ex tabagistas apresenta o menor valor quando comparado com o grupo Tabagistas, indo contra o estudo de Castro e colaboradores. Foi observado que no domínio Dependência existe a menor pontuação ($64,3 \pm 12$) para o Grupo Tabagistas.

Em relação ao tempo de profissão de cada grupo, foi observado diferenças significativas (teste ANOVA, $p < 0,05$), quando comparado o Grupo Ex tabagista com ($8,7 \pm 9,2$ anos), com os Não Tabagistas ($14,9 \pm 10$ anos).

Como observado no estudos, os motoristas passam cerca de $11,5 \pm 4,7$ horas por dia, sendo assim, presume-se que a maior parte do tempo de trabalho seja na posição sentada, o que leva a pessoa desenvolver o sedentarismo devido a longas e extenuantes jornadas de trabalho, na qual muitas vezes priva o indivíduo de práticas atividades físicas regulares.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se a partir desse estudo que as características da maioria dos caminhoneiros apresentam-se sedentários e com IMC acima do recomendado (obesidade), tornando possíveis aparecimentos de patologias, em relação ao consumo de tabaco, apenas 3 estão com o grau de dependência nicotínica elevado o que indica prejuízos na saúde, porém quando comparado os 3 grupos não houve diferenças estatísticas significativas relacionado ao questionário de QV. Faz-se necessário a conscientização da população quanto aos malefícios do tabaco e, portanto, sugere-se novas pesquisas.

8 REFERÊNCIAS

- CARVALHO, A. A.; GOMES, L.; LOUREIRO, A. M. L. **Tabagismo em idosos internados em instituições de longa permanência.** J Bras Pneumol, v.36, n.3, p.339-346, 2010.
- CASTRO, M. G. et al. **Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco.** Rev Psiq Clin, v.34, n.2, p.61-67, 2007.
- CHEROBIM, M. O caminhoneiro na estrada. **Perspectivas.** São Paulo, v.7, p113-125- 1984.
- DIPPE JR. et al., Estudo de perfusão miocárdica em obesos sem DCI conhecida. **Arq Bras Cardiol.** 2019;112(2):121-128.
- FERREIRA, L. L., Análise da dependência do tabaco e da qualidade de vida de indivíduos fumantes. **Revista Inspirar Movimento & Saúde**, v.5, n.1, ed.22, 2013.
- FREITAS, E. R. F. S. et al. Fatores Associados ao Tabagismo em Idosos Residentes da Cidade de Londrina, Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.13, n.2, p. 277-288, 2010.
- HALTY, L.S. et al., Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. J Pneumol 28(4) – jul-ago de 2002.
- LAGO M. **Perfil lipídico e fatores de risco cardiovasculares em motoristas de caminhão da região norte do estado do Rio Grande do Sul** [Monografia]. Carazinho: Universidade Luterana do Brasil; 2009.
- MASSON, V. A. et al. Estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho de motoristas de caminhão. **Rev. Bras. Enferm.** Campinas, São Paulo, p. 533-540, jul/ago. 2010.
- MCCREE DH, COSGROVE S, STRATFORD D, VALWAY S, KELLER N, VEGA-HERNANDEZ J, ET AL. Sexual and Drug Use Risk Behaviors of Long-Haul Truck Drivers and Their Commercial Sex Contacts in New Mexico. **Public Health Rep.** 2010;125(1):52-60.
- MENOTTI, A. et al. **Cardiovascular risk factors and 10-year all-cause mortality in elderly European male populations; the FINE study.** Finland, Italy, Netherlands, Elderly. Eur Heart J, v.22, n.7, p.573-579, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE BR. Instituto Nacional de Câncer. **Programa tabaco ou saúde.** Rio de Janeiro (RJ). Ministério da Saúde, 2002.
- MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 672-679, 2008.
- NISSEN, L.P. et al. Intervenções para tratamento da obesidade: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** Florianópolis, v.7, n.24, p. 184-90, 2012.
- NUNES, E. Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. **Rev Port Clin Geral**, N.22, p.225-244, 2006.

- RASSLAN, Z et al.; Avaliação da função pulmonar na obesidade graus I e II. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. 2008, vol.30, n.6. pp.508-514.
- SABIA, R.F., SANTOS, J. E., RIBEIRO, R.P.P.; Efeito da atividade física associada à orientação alimentar em adolescentes obesos: comparação entre o exercício aeróbio e anaeróbio. **Rev Bras Med Esporte** _ Vol. 10, Nº 5 – Set/Out, 2004.
- SILVA, M. A. M. et al. Prevalência e variáveis associadas ao hábito de fumar em crianças e adolescentes. **J. Pediatr**, v.82, n.5, p.365-370, 2006.
- SOUZA, C. S., PAIVA, T., REIMÃO R. Qualidade de vida dos caminhoneiros. *J Bras Psiquiatr*, 55(3): 184-189, 2006
- SILVA, O.A., GREVE, J.M.D., YONAMINE, M., LEYTON, V., **Drug use by truck drivers in Brazil**. *Drugs Educ Prev Policy*. 2003;10(2):135-9.
- SPIPKER B. **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. 2.ed. New York: Lippincott-Raven, 1996.
- TEDESCO G.M.I., et al., Mercado de Transporte Rodoviário de Cargas no Brasil. **Revista ANTT**.v.3,n.2, p.140-151 - 2011.

9 ANEXOS

9.1 (ANEXO I) Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	Médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	Médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito

2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	Médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem	1	2	3	4	5

	sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
--	---	--	--	--	--	--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Domínios do Questionário de qualidade de vida WHOQOL- bref.

Domínio 1 – Domínio Físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio 2 – Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/ religião/crenças pessoais

Domínio 3 – Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

Pontuação do WHOQOL- bref

Recode q3 q4 q 26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)

(scores transformed to a 0-100 scale)

Compute dom 1b= (dom1-4)* (100/16)

Compute dom 2b= (dom1-4)* (100/16)

Compute dom 3b= (dom1-4)* (100/16)

Compute dom 4b= (dom1-4)* (100/16)

Compute q 1b= (q1-1)* (100/16)

Compute q 2b= (q2-1)* (100/16)

9.2 (ANEXO II) Escala de Fagerström (QTF)

Nome: _____ N° Registro ou leito: _____

Local: _____ Data: ____/____/____

Idade: _____ Sexo: M F m/a Motivado a deixar o fumo nos próximos seis meses? Não Sim

1. Quanto tempo após acordar você fuma a seu primeiro cigarro?

- dentro de 5 minutos (3)
- entre 6 e 30 minutos (2)
- entre 31 e 60 minutos (1)
- após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca, etc.)?

- sim (1)
- não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?

- o primeiro da manhã (1)
- outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- 10 ou menos (0)
- 11 a 20 (1)
- 21 a 30 (2)
- 31 ou mais (3)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?

- Sim (1)
- Não (0)

6. Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- Sim (1)
- Não (0)

Total: _____

Tabela de Fagerström

Conclusão quanto ao grau de dependência

- 0 a 2 pontos – muito baixo
- 3 a 4 pontos – baixo
- 5 pontos – médio
- 6 a 7 pontos – elevado
- 8 a 10 pontos – muito elevado

Uma soma acima de seis pontos indica que provavelmente o paciente terá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.

9.3 ANEXO III

O IMC é uma ferramenta utilizada para detectar casos de desnutrição, peso normal, sobrepeso e obesidade classificando-a em três graus (Grau I, II, III).

Classificação do IMC

IMC	Resultado
Menos do que 18,5	Abaixo do peso
Entre 18,5 e 24,9	Peso normal
Entre 25 e 29,9	Sobrepeso
Entre 30 e 34,8	Obesidade Grau I
Entre 35 e 39,9	Obesidade Grau II
Mais do que 40	Obesidade Grau III

APÊNDICE

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: **AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA, SONO E QUALIDADE DE VIDA EM VOLUNTÁRIOS PARTICIPANTES DO PRÓ- SAÚDE DA UNICEP.**

Pesquisador(a) responsável Luciana Kawakami Jamami
Instituição / Departamento: Curso de Fisioterapia da UNICEP
Endereço do(a) pesquisador(a) responsável :R. Antonio Guaratini, 70
Telefone do(a) Pesquisador(a) responsável para contato: 16 – 81581380
Local da coleta de dados: Instituição conveniadas com a UNICEP

Prezado(a) Senhor(a):

- 1) Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **Voluntária**.
- 2) Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- 3) Os pesquisadores deverão responder a todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- 4) Você tem direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivos do estudo: Avaliação respiratórias e de qualidade de vida

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa apenas no preenchimento de questionário, serei submetido a avaliação respiratória (medidas das pressões inspiratória e expiratória máximas, peak flow).

Benefícios: Esta pesquisa fornecerá informações e orientações respiratórias e posturais Riscos: O preenchimento deste questionário representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pelo (a) pesquisador (a), eu _____ RG: _____, estou de acordo em participar desta pesquisam assinando este consentimento em duas vias, ficando coma posse de uma delas.
São Carlos, ___/___/___

Assinatura do sujeito de pesquisa ou
Responsável pelo projeto

Assinatura do responsável legal

Ciência e de acordo do pesquisador responsável:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Declaro que assinei 2 vias deste termo, ficando com 1 via em meu poder.

Assinatura do sujeito de pesquisa