



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

INGLIDY RENNALY MACIEL MELO

**ATIVIDADES EDUCATIVAS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR
NO CONTEXTO DA MOBILIDADE URBANA**

**CAMPINA GRANDE
2018**

INGLIDY RENNALY MACIEL MELO

**ATIVIDADES EDUCATIVAS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR
NO CONTEXTO DA MOBILIDADE URBANA**

Trabalho de Conclusão de Curso, em forma de relato de experiência, apresentado ao departamento de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Clésia Oliveira Pachú.

**CAMPINA GRANDE - PB
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M528a Melo, Inglidy Rennaly Maciel.
Atividades educativas na promoção de saúde do
trabalhador no contexto da mobilidade urbana [manuscrito] /
Inglidy Rennaly Maciel Melo. - 2018.
40 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.
"Orientação : Profa. Dra. Clésia Oliveira Pachú ,
Departamento de Farmácia - CCBS."
1. Saúde do trabalhador. 2. Mobilidade urbana. 3. Doenças
crônicas não transmissíveis. I. Título
21. ed. CDD 613.62

INGLIDY RENNALY MACIEL MELO

ATIVIDADES EDUCATIVAS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO
CONTEXTO DA MOBILIDADE URBANA

Trabalho de Conclusão de Curso, em forma de relato de experiência, apresentado ao departamento de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

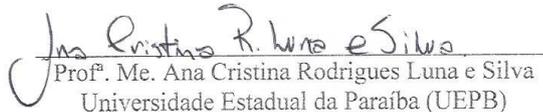
Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 01/10/2018.

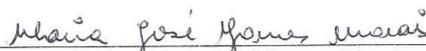
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr. Clésia Oliveira Pachú (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Me. Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Esp. Maria José Gomes Morais
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, exemplos de sabedoria, trabalho e amor, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que com seu amor infinito tornou todas as coisas possíveis, me capacitou para as lutas diárias e esteve comigo todos os dias da minha vida e da minha graduação e que continuará ao meu lado para sempre.

Aos meus pais por me amarem e sempre me incentivarem a estudar, a trabalhar e a crescer de todas as formas possíveis e por terem sempre acreditado que sou capaz de enfrentar os desafios da vida e por estarem ao meu lado em todos eles, os amo muito.

Agradeço a minha irmã, Ialy, por todo apoio e paciência, por sonhar meus sonhos comigo, por acreditar e valorizar tanto a profissão que escolhi seguir e por acreditar que melhor é o que há de vir, a amo infinitamente.

As minhas primas Lene, Núbia e Adrielly, por sempre se fazerem presentes na minha vida e por torcerem pelos meus sonhos, amo vocês.

Aos meus avôs e minhas avós, pela paciência, amizade, amor diário e por me ensinarem tanto sobre a vida, sobre a família e sobre o amor, para sempre serei grata.

À professora Clésia Pachú, com quem aprendi muito e em que me inspiro como profissional, sou grata por todas as orientações, incentivos e puxões de orelha, meu carinho e admiração são imensos e a minha gratidão é eterna.

As minhas amigas Andresa, Ana e Valéria, por toda amizade e companheirismo vividos no decorrer da graduação e fora dela, vocês são únicas e fundamentais na minha vida, sentirei saudades dos dias de universidade/estágio com vocês, mas sei que nossa caminhada juntas segue para além dos muros da UEPB.

Aos meus colegas extensionistas do NEAS, pela amizade e união para a realização das intervenções.

Aos meus amigos de tanto tempo e de sempre Angellyka Kelly, Rute Dantas, Edson Brito, Mizael Brito e Iran José, por todo amor, amizade e momentos compartilhados.

Aos meus amigos Daniel Linhares, Julliano Alex, Júnior Silva e Joyce Menezes pela amizade, carinho e incentivo diário.

A coordenação de enfermagem e em especial a seu Dedé, secretário e amigo querido.

A banca avaliadora, toda minha gratidão e respeito.

E a todos aqueles que se dispuseram a participar das intervenções e que dessa forma tornaram esse estudo possível, que Deus abençoe cada um.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Agente de trânsito e fatores de risco para DCNT.....	26
Gráfico 2 – Elevação dos níveis pressóricos.....	27
Gráfico 3 – Índice de massa corporal masculino.....	28
Gráfico 4 – Índice de massa corporal feminino.....	28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP: Aprendizagem Baseada em Problema
DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV: Doença Cardiovascular
IMC: Índice de Massa Corporal
NEAS: Núcleo de Educação e Atenção a Saúde
OMS: Organização Mundial da Saúde
PA: Pressão Arterial
PNSST: Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PROEX: Pró – reitoria de Extensão
SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS: Sistema Único de Saúde
UEPB: Universidade Estadual da Paraíba
VIGITEL: Sistema de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

“Todas as nações que fizestes virão e se prostrarão perante a tua face, Senhor, e glorificarão ao teu nome. Porque tu és grande e fazes maravilhas, só tu és Deus.” – Salmos 86:9-10.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 Trabalhador.....	13
2.2 Binômio Saúde/Trabalhador frente à atividade laboral (DCNT)	14
2.3 Trabalhador e mobilidade urbana	15
3 METODOLOGIA.....	17
3.1 Caracterização do campo de estudo.....	17
3.2 Tipo de Estudo.....	17
3.3 Público Alvo	18
3.3.1 Assistidos.....	18
3.4 Aspectos Éticos e Legais	18
3.4.1 Projeto de Extensão “Educação em Saúde: Doenças Crônicas Não Transmissíveis”	18
3.5 Registros diários	19
3.6 Procedimento de Produção de dados	19
3.7 Reflexão das informações.....	19
3.8 Intervenções Educativas em Saúde.....	19
3.8.1 Aferição da Pressão Arterial (PA)	20
3.8.2 Índice de Massa Corporal (IMC).....	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	33
ANEXO	39

ATIVIDADES EDUCATIVAS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DA MOBILIDADE URBANA

Inglidy Rennaly Maciel Melo*

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) representam problema de saúde pública, responsável por agravos, comprometimento do bem-estar e da qualidade de vida da população. Objetivou-se realizar ações educativas em saúde para prevenção de doenças e promoção de saúde entre os trabalhadores usuários do transporte público numa cidade do interior da Paraíba. Utilizou-se Metodologia Ativa do tipo Aprendizagem Baseada em Problema (ABP) na assistência de 584 trabalhadores que se encontravam no Terminal de Integração de ônibus público na área central da cidade de Campina Grande – PB no período de agosto a dezembro de 2017. Na primeira etapa, o trabalhador foi abordado e convidado a participar voluntariamente da intervenção, caso positivo, era conduzido ao acolhimento, a fim de traçar o perfil social do assistido. No segundo momento, aferiu-se pressão arterial e foram anotadas as medidas antropométricas. Por último, o assistido era sabedor da sua situação quanto ao Índice de Massa Corpórea e níveis pressóricos, recebendo orientações acerca da necessidade de adoção de hábitos de vida saudáveis. Dos assistidos, 69 e 31% eram do sexo feminino e masculino, respectivamente. Destes, 46,6% da população masculina apresentou sobrepeso, 16% obesidade grau I, 7,2% obesidade grau II e 1,65% obesidade grau III. Enquanto no sexo feminino, 38,2% apresentou sobrepeso, 19,6% obesidade grau I, 8,7% obesidade grau II e 1,24% obesidade grau III. Quanto à observação dos níveis pressóricos, 85,60% e 68,23% da população masculina e feminina, respectivamente, apresentou níveis pressóricos elevados. Através da realização de ações educativas em saúde, foi possível prevenir as DCNT e seus agravos, colaborando para adoção de hábitos saudáveis e manutenção do bem-estar da população.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador. Doenças Crônicas. Educação em Saúde.

* Graduanda de Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: rennalymaciel@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A epidemia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) representam, na atualidade, importante problema de saúde pública, atingindo países ricos, de média e baixa renda. Os países de baixa renda são quem mais enfrentam dificuldades na garantia de políticas públicas que alterem positivamente os seus determinantes de saúde (BRASIL, 2008).

As DCNTs correspondem às doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus. Também são incluídas nesse rol as desordens mentais e neurológicas, doenças bucais, ósseas e articulares, desordens genéticas e patologias oculares e auditivas. Estas doenças geram sofrimento para indivíduos, famílias e sociedade necessitando de atenção continuada, demandando esforços e políticas públicas (OMS, 2005).

Caracterizam-se, como doenças de início gradual, duração longa ou incerta, tendo etiologia relacionada a múltiplos fatores. Em seu tratamento há necessidade de mudanças no estilo de vida em processo contínuo, visando à estabilização da condição de saúde e melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Apresentam altos índices de mortalidade e morbidades relacionadas, sendo responsáveis pela diminuição da qualidade de vida dos indivíduos portadores das doenças, por muitas internações, amputações, perdas de mobilidade e outras funções neurológicas (BRASIL, 2013).

A qualidade de vida dos indivíduos corresponde a tema de grande importância precisando ser colocado entre as prioridades das políticas públicas (AZEVEDO et al., 2013). As DCNTs exigem abordagem ampliada de atenção à saúde que conte com atuação de equipe multiprofissional, intervenções em fatores de risco e nos determinantes sociais dos agravos (JARDIM E NAVARRO, 2017).

Na atualidade, as DCNTs, são responsáveis por cerca de 60% de todo ônus decorrente de doenças no cenário mundial. No ano de 2020 serão responsáveis por cerca de 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento, atualmente, apenas 20% do índice de aderência aos tratamentos propostos (OMS, 2003).

Em 2011, as mortes por DCNTs correspondiam a 72,7 % do total de óbitos registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no Brasil. Sendo as causas de óbitos mais frequentes aquelas por doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes (MALTA et al., 2014).

O impacto causado pelas DCNTs na população brasileira desperta a necessidade de criação de medidas preventivas eficazes, ações em nível populacional e oferta oportuna de cuidados de saúde que visem mudança do cenário atual (FILHA et al., 2015).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis destacando ações populacionais para o controle das doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônica, atuando principalmente sobre os seus fatores de risco com destaque para aqueles que devem ser considerados alvos: o fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial do álcool (DUCAN et al., 2012). Acrescenta-se a estes, o relaxamento, grifo nosso.

O monitoramento da prevalência das DCNTs e seus fatores de risco instrumento necessário para obtenção de indicadores fundamentais que venham a contribuir para definição de políticas de saúde atuantes na prevenção e controle desses agravos (FILHA et al., 2015).

As ações de promoção de saúde relacionadas às DCNT's associam-se a medidas preventivas tanto no estilo de vida do indivíduo quanto no ambiente físico em que o mesmo esteja inserido, não estando mais voltadas exclusivamente no enfoque biomédico (MEDINA et al., 2014). A identificação de situações e fatores de risco no que tange a saúde do trabalhador, por meio das ações de vigilância possibilita o encaminhamento a postos de saúde que possuam o oferecimento de assistência adequada (MENDES et al., 2015).

A saúde do trabalhador busca compreender as relações entre trabalho e processo saúde-doença, observando-se as formas de adoecer e morrer são diretamente relacionados com o processo de inserção do indivíduo no mercado de trabalho (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) disposta pelo Decreto nº 7.602, sendo a execução responsabilidade do Ministério e Emprego, da Saúde e Previdência Social, com o objetivo de promover saúde, melhorias na qualidade de vida, condições de prevenção de acidentes e danos (BRASIL, 2011).

O presente artigo se insere na proposta de relato de experiência, a partir do uso de Metodologia Ativa do tipo Aprendizagem Baseada em Problema (ABP) e tem como objetivo principal descrever as intervenções realizadas por uma discente do curso de Enfermagem, como aluna extensionista bolsista no projeto: “Ações Educativas em Saúde: Doenças Crônicas Não Transmissíveis”, atuando na prevenção de doenças e promoção de saúde ao trabalhador no contexto da mobilidade urbana.

A partir destas considerações, espera-se compreender a inserção das DCNTs no contexto da mobilidade urbana e seus fatores de risco na saúde do trabalhador e, intervir com ações educativas em saúde podendo colaborar para redução dos índices.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Trabalhador

É conceituado como trabalhador todo indivíduo que exerça atividade de trabalho estando inserido, ou não, no mercado de trabalho, considerando inclusive como forma trabalhista as atividades desenvolvidas em cunho familiar e/ou doméstico (BRASIL, 2002).

O trabalho pode ser considerado fonte de vida, no entanto, também pode ser entendido como fator importante para surgimento de doenças, mortes e situações contrárias, como crescimento e atrofia, riqueza e pobreza, desenvolvimento e alienação/estranhamento (LOURENÇO, 2011).

No Brasil, entre as relações de trabalho e saúde do trabalhador, existem situações ocupacionais que envolvem diferentes meios de incorporação tecnológica, diferentes formas de organização e gestão, formas de contratação e suas relações, que em conjunto, influenciam de maneira direta o viver, adoecer e morrer dos trabalhadores (BRASIL, 2001).

Para ter saúde e bem-estar no ambiente de trabalho é necessário que o sujeito se entenda como responsável por suas ações, tanto na vida pessoal como no ambiente de trabalho, envolvendo-se em um relacionamento social com os demais trabalhadores, buscando por conhecimento e lutando por seus direitos e melhores condições de trabalho, qualidade de vida e saúde para o trabalhador (AGOSTINI, 2002).

Nos dias atuais, observam-se novas e importantes tendências no contexto trabalhista que afirmam a idéia do instrumental de trabalho utilizar-se do trabalhador e não o trabalhador de seu instrumental, em que as mudanças no espaço produtivo se relacionam a inovações tecnológicas e organizacionais, mas que agravam a saúde do trabalhador, resultando em condições de mal-estar físico e mental (LARA, 2011). Acresce-se a estes fatores, o afastamento do trabalhador por adoecimento podendo resultar em situações de incapacidade e sofrimento ao indivíduo em questão (ALENCAR E VALENÇA, 2016).

Dessa forma, o processo de trabalho pode agravar ou desencadear muitas doenças crônicas comuns na prática clínica, onde a conduta adequada pode representar afastamento ou necessidade de mudanças na atividade de trabalho do trabalhador (LUCCA, 2012). Em que, se observa impacto negativo das doenças crônicas sobre indivíduos em idade produtiva, que apresentam alta porcentagem de aposentadorias precoces relacionadas à presença destas doenças (SANTOS et al., 2015).

2.2 Binômio Saúde/Trabalhador frente à atividade laboral (DCNT)

Considerando a transição epidemiológica e demográfica vivenciada, estima-se que as cargas de morbimortalidade decorrentes das DCNT sejam cada vez mais frequentes, acarretando custos significativos no tocante ao pagamento de benefícios previdenciários e custos sociais aos indivíduos, famílias e sociedade em geral (SANTOS et al., 2015).

As doenças circulatórias, cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes são consideradas os quatro principais grupos de DCNT. Estas, além de representarem as principais causas de morte no mundo, são responsáveis por perdas na qualidade de vida, alto grau de limitação em atividades de trabalho e lazer e, por importantes impactos econômicos (BRASIL, 2011).

As DCNTs são responsáveis pelo aprofundamento das iniquidades sociais e representam importante obstáculo no enfrentamento das questões que envolvem a luta contra a pobreza e desigualdades sociais, sendo a atuação de maneira intersetorial um dos caminhos para superação desse problema (MALTA et al., 2014).

O aumento na prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos trabalhadores resulta em queda de produtividade, absenteísmo, presenteísmo, invalidez, aposentadoria precoce e aumento de gastos que envolvam o sistema de saúde, onde a observação e gestão dos fatores de risco para essas doenças são fundamentais na garantia da saúde integral da classe (HYEDA et al., 2016).

Tais fatores de riscos podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. No grupo dos fatores de risco modificáveis, estão a hipertensão arterial, ingestão exagerada de bebidas alcoólicas, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo, estresse, obesidade e colesterol elevado. Entre os riscos não modificáveis se encontram a idade, hereditariedade, sexo e raça (BOTREAL et al., 2000; CASADO; VIANNA; THULER, 2009).

O estudo de Costa et al., (2012) observou elevada frequência de fatores de risco modificáveis, principalmente obesidade e sedentarismo, entre trabalhadores atendidos em um ambulatório de nutrição, apontando para necessidade do desenvolvimento de ações de promoção de saúde e de prevenção das DCNT na população em questão.

Ao analisarmos a questão do sedentarismo, é necessário atentar que inatividade física é considerada um dos quatro principais fatores de risco ao desenvolvimento das DCNT, e que, a ocorrência simultânea a outros fatores de risco deve ser levada em consideração para planejamento de cuidados e ações de saúde destinados a grupos de trabalhadores e a população em geral (SANTANA E PEIXOTO, 2017).

No Brasil em 2006, foi lançado o Sistema de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) objetivando o monitoramento desses fatores de risco e proteção das DCNTs em 27 capitais do país, com a obtenção de melhores informações epidemiológicas acerca da temática (MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015).

Em 23 de agosto de 2012, por meio da Portaria nº 1.823 institui-se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a fim de definir princípios, diretrizes e estratégias que devem ser observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para a assistência integral a saúde do trabalhador (BRASIL, 2012).

Torna-se fundamental que todas as ações que se organizam para promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas se perpetuem ao longo de toda a vida dos trabalhadores, favorecendo assim, melhorias na assistência prestada e na qualidade de vida (VILARINHO E LISBOA, 2010).

2.3 Trabalhador e mobilidade urbana

É importante ressaltar que o trabalho sofre influência das condições do meio onde é executado, o que pode acarretar no surgimento de doenças, encurtamento da vida ou a morte propriamente dita dos trabalhadores (AGOSTINI, 2002).

Os trabalhadores que já apresentam algum tipo de Doença Crônica apresentam dificuldades em obter o controle da doença, sob a influência de inúmeros fatores do cotidiano, que vão desde o ambiente de trabalho até características impostas culturalmente no comportamento masculino (YOSHIDA; ANDRADE, 2016).

“As doenças crônicas, sobretudo as não transmissíveis, podem resultar em restrição de mobilidade, permanente ou temporária, devido à evolução da doença ou mesmo ao tratamento realizado, afetando diferentes dimensões da vida dos sujeitos adoecidos, de suas famílias e da sociedade em geral. Dessa maneira, a restrição de mobilidade tem importantes repercussões no uso e na ocupação dos espaços urbanos e, conseqüentemente, no exercício do direito à cidade, à saúde e à cidadania” (BRANDT, 2017, p.442).

Além disso, atualmente o tempo de deslocamento de casa ao trabalho têm se elevado e este fenômeno tem implicações significativas no bem-estar do indivíduo, afetando sua jornada diária. Neste contexto, a mobilidade urbana representa um dos fatores que podem comprometer, mesmo que de maneira indireta, o bem-estar do trabalhador (PERO E STEFANELLI, 2015).

O deslocamento físico-geográfico por meio dos transportes constitui uma das expressões da mobilidade urbana. Esta, que por sua vez deve ser compreendida como o deslocamento físico-social que condiciona e/ou resulta de relações socioespaciais em determinado momento (BRANDT, 2017).

As longas distâncias entre a casa e o local de trabalho geram privações em termos de locomoção afetando a participação dos indivíduos, em especial, os de classe mais baixa, no mercado de trabalho. O elevado tempo de deslocamento envolve custos relacionados ao tempo em si e dinheiro (MACHADO; PERO; MIHESSEN, 2015).

O transporte coletivo como principal meio de deslocamento utilizado pela população de uma cidade, o ambiente ônibus/trânsito condicionando diversas situações, dentre as quais, observam-se importantes fatores de estresse. Mesmo que usuários do transporte público permaneçam menos tempo no ambiente do transporte coletivo quando comparados aos motoristas, eles se encontram mais estressados mesmo que não percebam (SILVA, 2014).

O Sistema Integrado de Transportes pode ser considerado alternativa viável para solução dos problemas que envolvem a oferta do transporte coletivo e das suas consequências no tocante à exclusão dos grupos mais vulneráveis (ARAÚJO et al., 2011).

A utilização do transporte público apresenta diversas vantagens, entre elas, democratização da mobilidade, redução de congestionamentos e níveis de poluição, economia de energia automotiva e da necessidade da construção de estacionamentos e vias de trânsito (ARAÚJO et al., 2011). No entanto, também se observam problemas referentes à má qualidade do serviço, superlotação e a falta de estrutura e investimentos (TEIXEIRA et al., 2014).

É importante atentar-se as condições dos sistemas de transportes e mobilidade, pois a relação transporte e saúde possuem grande sinergia, uma vez que uma viagem fatigante pode transforma-se em vários problemas de saúde ao usuário de transporte (NUGEM; SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Evidencia-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde, atuando de maneira multidisciplinar e interdisciplinar de modo a atender necessidades da população, firmando parcerias entre gestores públicos e cidadãos para construção de uma sociedade inclusiva e equitativa que estimule o convívio coletivo, a mobilidade e acessibilidade sustentáveis (BRASIL, 2010). O planejamento urbano se apresenta como importante instrumento para melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde (SPERANDIO; FILHO; MATTOS, 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do campo de estudo

Campina Grande é um município brasileiro localizado no agreste paraibano, considerado importante pólo de comércio da região desde os primórdios da fundação da Paraíba. Atualmente, estima-se que possui cerca de 410 332 habitantes, representando a segunda cidade mais populosa da Paraíba.

As ações educativas em saúde foram realizadas no Terminal de Integração de Transportes Coletivos de Campina Grande – PB localizado na R. Dom Pedro II, 2- Centro, inaugurado no dia 25 de setembro de 2008, onde circulam cerca de 30 mil pessoas ao dia, em que quatro empresas de ônibus associadas são responsáveis pelo transporte coletivo dos passageiros.

3.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um relato de experiência baseado nas atividades realizadas no Terminal de Integração da Cidade de Campina Grande, Paraíba, durante o período de permanência no Projeto de Extensão “Educação em Saúde: Doenças Crônicas Não Transmissíveis”, vinculado ao Programa Educação e Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas (PEPAD) vinculado a Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) da Universidade Estadual da Paraíba. O PEPAD integra as atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Educação e Atenção a Saúde (NEAS).

A extensão universitária apresenta o contato dos acadêmicos com o público. É neste momento onde estudantes têm a possibilidade de colocar em prática as teorias estudadas na sala de aula, acrescentar novas teorias e nova forma do saber/fazer, somada a participação da população podendo usufruir das atividades oferecidas, observada a partir do contexto do acontecimento de mudanças sociais (RODRIGUES et al., 2013).

Sendo assim, tem grande importância para formação do homem como indivíduo ativo, que transforma e estabelece relação com o mundo que está inserido, permitindo também aos mais abastados em renda ou conhecimento, a possibilidade de compreender o mundo e os indivíduos que também fazem parte dele (CRUZ et al., 2010).

Os relatos de experiência têm como objetivo descrever a realidade, a partir da intervenção nela e tentativa de explicá-la. Diferem dos trabalhos de pesquisa descritivos, muito frequentes na área de saúde, cujo exemplo mais simples, os relatos de caso, por estes não intervirem na realidade (ARAGÃO, 2011).

3.3 Público Alvo

Qualquer trabalhador, passageiro e/ou visitante que se encontrasse no Terminal de Integração, independente do gênero, que se dispusesse a participar voluntariamente das intervenções do Projeto de Extensão.

3.3.1 Assistidos

A população foi composta por indivíduos assistidos no Terminal de Integração de Campina Grande – PB, que tiveram seus dados registrados em Ficha Padrão NEAS, no ano de 2017. Participaram da presente intervenção indivíduos que se encontravam no Terminal de Integração e que se dispuseram a participar voluntariamente das ações. No presente estudo, foram descartados, os indivíduos aposentados ou pensionistas, que não tivessem referido à profissão que desempenham e aqueles menores de 18 anos.

3.4 Aspectos Éticos e Legais

Foi dispensada a avaliação deste trabalho pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), por se tratar de relato de experiência. Foi mantido o anonimato dos indivíduos participantes.

3.4.1 Projeto de Extensão “Educação em Saúde: Doenças Crônicas Não Transmissíveis”

O projeto de extensão conta com a participação de nove graduandos extensionistas, seguindo a linha programática do Programa Educação e Prevenção do Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas da Universidade Estadual da Paraíba (PEPAD/UEPB). Faz parte de um ciclo de projetos de extensão vinculados ao Núcleo de Educação e Atenção em Saúde (NEAS) e devidamente cadastrados na Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) da Universidade Estadual da Paraíba.

As intervenções contavam com ações interdisciplinares por meio de graduandos dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Direito e Matemática da Universidade Estadual da Paraíba, ofertando ação holística ao indivíduo atendido.

As ações do projeto ocorriam anteriormente no Hall da Central Integrada de Aulas (CIA) na UEPB e foram transferidas em agosto de 2017 para o Terminal de Integração a fim de contribuir com a saúde pública do município de Campina Grande – PB, reduzindo agravos e comorbidades associadas às DCNTs.

As intervenções aconteciam semanalmente, nas terças e quartas-feiras, no turno da manhã, possibilitando ao usuário assistido o retorno e acompanhamento as atividades, caso este considerasse necessário e assim se dispusesse a retornar as ações.

3.5 Registros diários

Todas as informações obtidas no decorrer das intervenções foram registradas em Ficha Padrão NEAS, onde são dispostas em um primeiro momento as anotações referentes a sexo, idade, profissão e alguns fatores de risco, a fim de traçar perfil do assistido. Na segunda parte são registradas medidas antropométricas referente aos níveis pressóricos observados e índice de massa corporal (IMC).

3.6 Procedimento de Produção de dados

As informações foram obtidas a partir de técnicas de fundamentação do cuidado, seguindo as orientações necessárias para obtenção fidedigna dos valores observados e seu posterior registro.

3.7 Reflexão das informações

As informações foram analisadas utilizando-se de estatística descritiva, visando à caracterização e identificação de fatores de riscos nos indivíduos assistidos que apontem a presença ou possibilidade de desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

3.8 Intervenções Educativas em Saúde

A metodologia utilizada durante as intervenções com os passageiros do transporte público tratou-se de metodologia ativa, aprendizagem baseada em problema (ABP). O período relatado no presente estudo realizado no Terminal de Integração foi de agosto a dezembro de 2017 e as ações foram realizadas as terças e quartas-feiras no turno da manhã.

Em um primeiro momento, o trabalhador usuário do transporte público coletivo era abordado pelo extensionista, era apresentado o projeto ao passageiro de ônibus, caso houvesse interesse em participar voluntariamente das ações o passageiro, era encaminhado ao acolhimento e assistido de forma multidisciplinar a partir da realização de práticas da fundamentação do cuidado, além de ser informado da assistência semanal que era oferecida aos usuários da integração de ônibus.

Ressalta-se ser de suma importância a criação de espaços entre trabalhadores e a academia, tornando viável o desenvolvimento de processo de discussão de diversos temas e práticas que proporcionem melhores condições de educação, saúde e cultura para o trabalhador (PINTO et al., 2014).

Os instrumentos utilizados para obtenção das informações foram o Formulário Social Padrão NEAS, estetoscópio, esfigmomanômetro e balança mecânica com régua ergométrica, todos disponibilizados pelo NEAS.

3.8.1 Aferição da Pressão Arterial (PA)

A medida da Pressão Arterial (PA) se apresenta como método de escolha utilizado para diagnóstico da hipertensão onde valores obtidos determinam a terapêutica a ser adotada. O aparelho de coluna de mercúrio considerado padrão ouro para realização da técnica (SOUSA et al., 2011). Trata-se de procedimento muito difundido e realizado em todo mundo, podendo ser considerado simples e de fácil execução, mas necessita de uma série de cuidados para ser realizado de forma correta (SILVA E GUERRA, 2011).

Entre as medidas de preparo para realização da técnica, faz-se necessário explicar o procedimento, deixá-lo em repouso por pelo menos cinco minutos e orientá-lo quanto à necessidade de não conversar durante a aferição. O responsável pela execução do procedimento deve estar atento ao posicionamento do indivíduo, a sua condição geral e realização da técnica apropriada para obtenção de valores fidedignos na aferição (GUSMÃO et al., 2011).

No decorrer das intervenções foram seguidas as orientações necessárias para preparo do paciente na realização do procedimento de aferição da PA a partir do uso do estetoscópio e esfigmomanômetro de coluna de mercúrio. Nos casos que a pressão arterial se encontrava muito elevada, o procedimento era realizado novamente no membro contrário ao anterior e ambos os níveis observados eram comparados, levando-se em consideração a presença de variações de 1 a 2 escores de um membro para outro são aceitáveis. Essa conduta foi realizada como forma de obter mensuração fidedigna que pudesse direcionar a equipe a orientação dos usuários sobre a importância da aferição da PA, bem como o esclarecimento quanto à necessidade de procurar especialista ou unidade especializada que pudesse dar suporte aos casos de continuidade ou piora no quadro observado.

Após a interpretação dos valores obtidos e registro dos dados em Ficha Padrão NEAS, o indivíduo participante da intervenção era sabedor de sua condição, e caso fossem observados valores que indicassem hipertensão arterial, eram ofertadas orientações quanto à necessidade de adoção de hábitos de vida saudáveis, controle do peso, diminuição do consumo de sal e produtos industrializados, prática de atividades físicas, abandono do uso do tabaco e bebidas alcoólicas e uso adequado da medicação prescrita anteriormente para

controle da HAS, respeitando horários e dosagens, no caso dos usuários já diagnosticados por médico e que faziam uso de drogas para controle das comorbidades apresentadas.

3.8.2 Índice de Massa Corporal (IMC)

Durante a realização das intervenções foi utilizado balança mecânica com régua ergométrica para obtenção dos valores referentes a peso e altura, utilizados para posterior cálculo do IMC, obtido por meio da fórmula:

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (cm)}.$$

Os padrões de IMC utilizados para determinar a situação dos indivíduos estavam de acordo com o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde em 2004, sendo este índice utilizado para observar se o peso do indivíduo encontra-se nos padrões considerados normais ou alterados (SANTOS; SANTOS; MAIA, 2009).

É uma técnica de fácil execução, sendo um importante instrumento para análise da composição corporal bastante utilizado em estudos epidemiológicos, mas que assim como outros instrumentos epidemiológicos necessita de cerca atenção na interpretação dos seus dados (GUEDES; BISCUOLA; LIMA, 2015).

O IMC foi escolhido como instrumento para realização das ações por ser de fácil manuseio e se apresentar como suficiente para alertar os assistidos, quando da ciência dos valores alterados e, possibilitar a equipe o conhecimento da situação do assistido quanto às condições de sobrepeso, obesidade grau I, obesidade grau II e obesidade grau III, norteando o fornecimento das orientações a partir da condição observada em cada atendimento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente foram analisados os perfis dos assistidos no decorrer das intervenções, por seguinte buscou-se identificar a presença de fatores de risco ao desenvolvimento de DCNT e por fim a análise da situação dos mesmos quanto ao IMC e níveis pressóricos.

A população total do estudo compreendeu 1571 assistidos registrados em 27 Fichas Padrão NEAS, onde após a consideração dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se para o presente estudo o total de 584 assistidos. Destes, a maioria dos assistidos compreendia ao sexo feminino (69%) e 31% do sexo masculino.

Há menor busca de cuidados preventivos em saúde pela população masculina. Esta pode estar associada ao fato destes se aprisionarem em amarras de culturais, dificultando o processo de autocuidado, onde a busca pelos serviços de saúde pode ser entendida como sinais de fraqueza, medo e insegurança, fragilizando a masculinidade socialmente construída (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Apresentando-se como estratégia a sensibilização dessa população com estabelecimento de parcerias com as empresas que esses homens trabalham, a fim de que esses locais também se transformem em ambientes de promoção de saúde e prevenção de doenças (OLIVEIRA et al., 2015). Já que alguns homens associam a baixa busca aos serviços de saúde em decorrência das dificuldades de organização dos seus compromissos de trabalho com o tempo livre para tal (BERTOLINI E SIMONETTI, 2014).

Em relação à idade observada dos assistidos, a população feminina apresentou-se em sua maioria (65,75%) na faixa etária de 41-65 anos, seguida pelas usuárias entre 21-40 anos (31,51%) e 2,74 % de 18 a 20 anos de idade. Fato que está de acordo com o observado na literatura, tendo em vista que no estudo de Pimentel et al., (2011) a população feminina se apresenta com maior frequência na faixa etária com idade superior a 40 anos de idade.

Entre os assistidos do sexo masculino, 68,5% se encontravam entre 41-65 anos, 27,09% entre 21 e 40 anos e 4,41% entre 18 e 20 anos de idade. Situação também observada no estudo de Bidinotto; Simonetti; Bocchi (2016) onde homens mais velhos procuram mais o serviço de saúde e apresentam maior prevalência de DCNTs instaladas.

Ao analisar as profissões, observa-se a população feminina referiu 48 profissões distintas, entre estas, as mais frequentes domésticas/diaristas (20,3%) consideradas em conjunto pela similaridade das atividades desenvolvidas, seguida das donas de casa (17%), estudantes (9,6%), auxiliares de serviços gerais (6,2%) e vendedoras (6%). Do total da população feminina 2,97% alegaram estarem desempregadas, mas foram consideradas no estudo por alegaram a realização de atividades laborais em âmbito domiciliar e fora dele, quando houvesse oportunidade (Tabela 1).

As profissões de Advogada, agente de saúde, auxiliar de contabilidade, babá, bilheteira, design, doceira, empacotadora, enfermeira, feirante, gari, lavadeira, monitora, operadora de caixa, operadora de máquina, radiologista, segurança, técnica eletricitista, técnica em informática e técnica em segurança do trabalho apresentaram prevalência de 0,24% cada uma. As auxiliares administrativas, bibliotecárias, camareiras, garçonetes, manicures e recepcionistas apresentaram prevalência de 0,5%, seguidas das cozinheiras com 0,74%.

Tabela 1 – Profissão/ocupação da população feminina.

Profissão	<u>Quantidade</u> (n)	Total (%) (n= 403)
Agricultora	10	2,5
Artesã	4	1
Assistente Social	4	1
Autônoma	11	2,72
Auxiliar de Serviços Gerais	25	6,20
Cabeleireira	4	1
Comerciante	12	3
Copeira	4	1
Costureira	8	2
Cuidadora	6	1,5
Doméstica/diarista	82	20,34
Dona de casa	69	17,12
Encarregada	7	1,73
Estudante	39	9,7
Funcionária Pública	8	2
Professora	20	5
Secretária	9	2,23
Técnica em Enfermagem	4	1
Vendedora	24	6
Zeladora	5	1,24
Desempregadas	12	2,97

Fonte: O autor, 2018.

A população masculina assim como a população feminina, também referiu 48 tipos distintos de atividades laborais. Dentre estas, as mais frequentes foram: Funcionário Público (13,2%), vendedor (12,1%), agente de trânsito (9,9%) e vigilante (6%). Do total da população masculina, 2,2% referiram estarem desempregados, mas foram considerados no decorrer do estudo pelo mesmo motivo referido em relação aos assistidos do sexo feminino, conforme disposto na Tabela 2.

Tabela 2 – Profissão/ocupação da população masculina.

Profissão	<u>Quantidade</u> (n)	Total (%) (n= 181)
Agente de Trânsito	18	9,9
Agricultor	3	1,6
Atendente de Telemarketing	2	1,10
Autônomo	12	6,6
Auxiliar de Serviços Gerais	5	2,7
Balconista	2	1,10
Carpinteiro	2	1,10
Carroceiro	2	1,10
Cobrador	2	1,10
Comerciante	6	3,3
Eletricista	4	2
Estoquista	2	1,10
Estudante	11	6,0
Frentista	2	1,10
Funcionário Público	24	13,2
Gari	2	1,10
Jardineiro	2	1,10
Mecânico	2	1,10
Motorista	7	3,86
Operador de Máquina	2	1,10
Porteiro	3	1,65
Professor	2	1,10
Servente	5	2,76
Técnico de Laboratório	2	1,10
Vendedor	22	12
Vigilante	11	6,0
Desempregados	4	2

Fonte: O autor, 2018.

Os administradores, responsáveis por almoxarifado, artista plástico, assistente técnico, auxiliar de depósito, bilheteiro, chaveiro, cinegrafista, consultor, contador, educador ambiental, encanador, gazeteiro, marceneiro, marketing, microempresário, pedreiro, polidor, segurança, taxista, técnico administrativo e técnico de enfermagem apresentaram prevalência de 0,55% cada um.

Os agentes de trânsito representaram a parcela da população masculina que se encontrava por mais tempo no local de realização das intervenções, por desempenharem suas atividades no Terminal de Integração. Este considerado ambiente estressante, em virtude do grande número de pessoas que frequentam o local, barulho dos ônibus que nele circulam, além das questões relacionadas à segurança, fazendo a estadia no local proporcionar estresse ao trabalhador e demais usuários do transporte público no local.

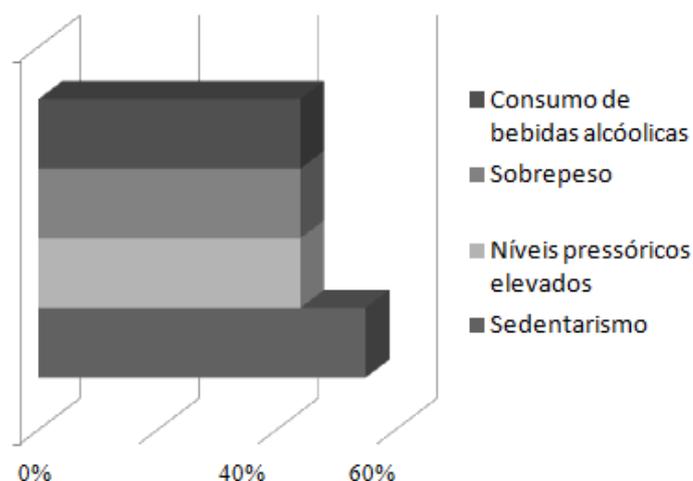
A literatura aponta que apesar dos usuários de transporte público permanecerem menos tempo no ambiente de transporte coletivo quando comparados aos motoristas, apresentam-se em maiores condições de estresse, ainda que não percebam (SILVA, 2014).

Neste contexto, as condições de mobilidade urbana apontam que o sistema de transporte pode submeter o usuário a estímulos agressivos a sua saúde, desencadeando condições de fadiga, raiva repentina, angústia, irritação e até mesmo frustração. A compreensão do processo de estresse, mobilidade urbana e o trabalhador, tornam-se fundamental para possibilitar melhores condições de bem-estar do trabalhador (REZENDE, 2012).

É evidente que o estresse possibilita condições prejudiciais a saúde, associando-se a hipertensão arterial sistêmica, baixa no sistema imunológico e maior prevalência de doenças cardiovasculares (JÚNIOR E NETO, 2010). Em vista de o sistema cardiovascular participar ativamente dos processos de adaptação ao estresse, em que atividades educativas representam importante ferramenta na prevenção, tratamento e redução do nível de estresse (GOMES et al., 2016).

Analisando os Agentes e Fiscais de trânsito com mais atenção, percebeu-se que 44% destes afirmavam o consumo de bebidas alcoólicas, estavam em condições de sobrepeso e apresentavam níveis pressóricos elevados. Destes, 55% alegaram sedentarismo, representando assim, importante condição para desenvolvimento de DCNTs, necessitando de investimentos para sensibilização dessa população e atenuação das situações observadas (Gráfico 1).

Gráfico 1- Agentes de Trânsito e fatores de risco para DCNT.



Fonte: O autor, 2018.

Em relação aos fatores de risco, observados no Gráfico 1, no decorrer das intervenções, o assistido era questionado quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, prática de tabagismo e sedentarismo. Dessa forma, observou-se que 11,66% da população feminina alegaram a não realização de nenhum tipo de exercício físico e 5,52% da população masculina também alegaram sedentarismo.

É importante se atentar ao sedentarismo, pois a inatividade física se relaciona a alta incidência e severidade de doenças crônicas degenerativas, em que os indivíduos sedentários não podem ser considerados saudáveis, havendo a necessidade da promoção de atividades físicas e sensibilização da população quantos aos benefícios da prática (GUALANO E TINUCCI, 2011).

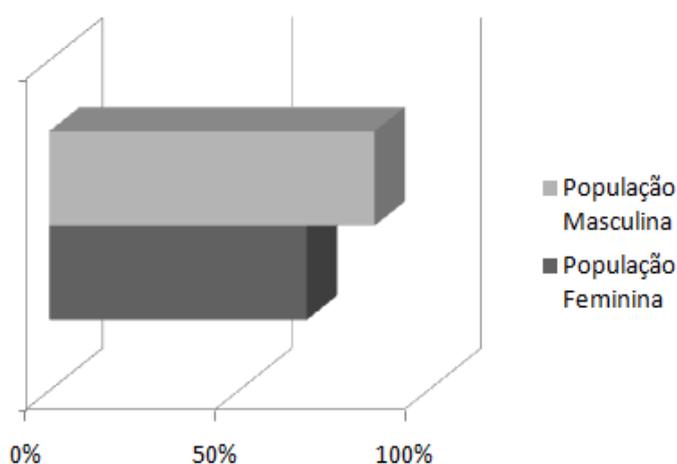
Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 7,18% da população masculina e 4,21% da população feminina alegaram a prática. Já em relação ao tabagismo da população masculina e feminina, 6,62% e 4,96%, referiram o consumo tabaco, respectivamente. Destes, 5,52% da população masculina e 2,72 % alegaram tanto o consumo de bebidas alcoólicas quanto o consumo de tabaco. Nos resultados do estudo de Malta et al., (2011) o consumo de tabaco e álcool foi maior na população masculina, onde 17,3% do sexo masculino alegaram tabagismo e 26,8% consumo excessivo de bebidas alcoólicas, enquanto 11,2% da população feminina alegou o consumo de tabaco e, 9,7% o consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Quando questionados se em algum momento de sua vida haviam recebido diagnóstico médico referente à presença de DCNTs, 19,88% da população masculina alegaram ter HAS e 7,73% diabetes. Em relação à população feminina, 34,45% alegaram HAS e 8,68% diabetes.

Como observado no estudo de Filha et al., (2015) a hipertensão arterial foi a doença mais frequente em ambos os sexos, apresentando-se com maior prevalência no sexo feminino (24,2%) e 18,3% entre indivíduos do sexo masculino.

No entanto, em relação aos níveis pressóricos, Gráfico 2, observou-se que 60,2% da população masculina apresentaram níveis pressóricos elevados (120-139/80-89 mmHg), 16,6% padrões de Hipertensão Arterial-Estágio I (140-159/90-99mmHg) e 8,83% padrões de Hipertensão Arterial-Estágio II. Os níveis pressóricos, no sexo feminino, apresentaram-se 46,15% níveis pressóricos elevados, 16,37% padrões de Hipertensão Arterial-Estágio I e 5,7% padrões de Hipertensão Arterial-Estágio II.

Gráfico 2- Elevação nos níveis pressóricos.



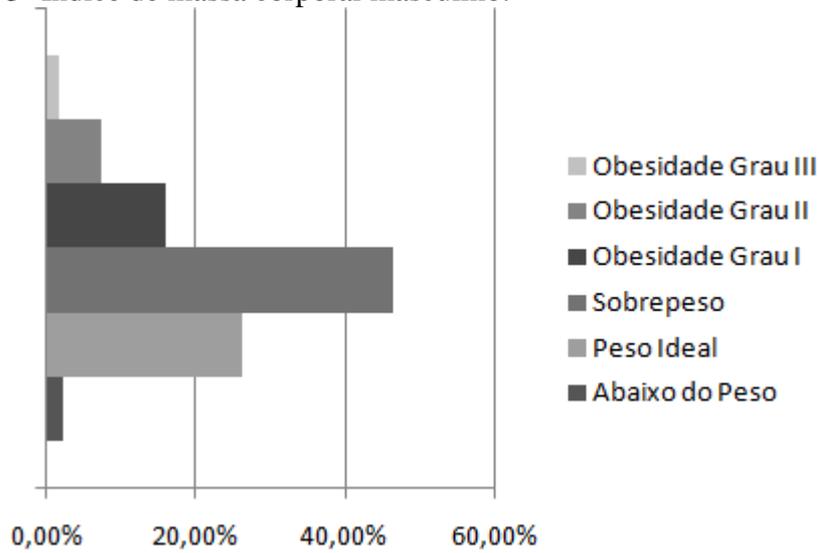
Fonte: O autor, 2018.

Dessa forma, observa-se que 85,63 e 68,22% da população masculina e feminina, respectivamente, apresentaram níveis pressóricos elevados. Esta condição tida como alarmante por ser a hipertensão arterial sistêmica a mais frequente das doenças cardiovasculares, principal fator de risco para complicações mais comuns como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

Também estão expostos a maiores riscos cardiovasculares, de morbidade e mortalidade relacionadas, os indivíduos que apresentam situações de excesso de peso e obesidade e não tratam essas alterações (REZENDE et al., 2006).

Em relação ao IMC, a maioria da população masculina se apresentou em situação de sobrepeso (46,6%), seguida de 16% em obesidade grau I, 7,2% obesidade grau II e 1,65% obesidade grau III, como observado no Gráfico 3.

Gráfico 3- Índice de massa corporal masculino.

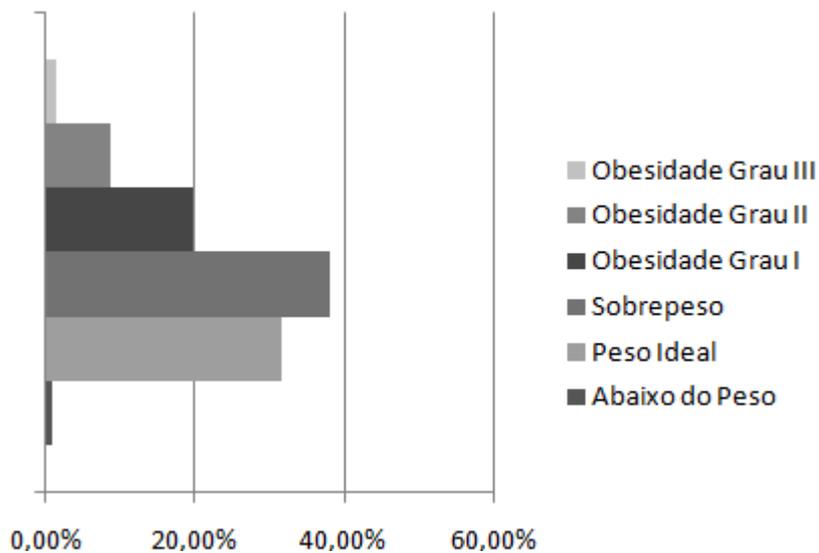


Fonte: O autor, 2018.

Já a população feminina apresentou-se, em sua maioria, com sobrepeso (38,2%), seguida por 19,6% em situação de obesidade grau I, 8,7% obesidade grau II e 1,24% obesidade grau III (Gráfico 4).

O estudo de Mariath et al., (2007) observou padrões de obesidade e sobrepeso entre funcionários de uma indústria de Jaraguá do Sul, e notou-se maiores prevalências de sobrepeso e obesidade nos funcionários do sexo masculino, 40,4 e 10,3%, respectivamente, quando comparados aos do sexo feminino com 22,5 e 7,8% de sobrepeso e obesidade.

Gráfico 4- Índice de massa corporal feminino.



Fonte: O autor, 2018.

As orientações desenvolvidas no Terminal de Integração consideram as particularidades dos assistidos, observando a discussão quanto à disponibilidade para desenvolvimento de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis e força de vontade para abandono do consumo excessivo de álcool e tabaco. Apenas considerando a realidade do mesmo, pode ser proporcionada mudança efetiva nas situações observadas. De modo geral, os usuários se mostraram interessados em participar das atividades, adotarem orientações ofertadas e retornarem as intervenções.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização das atividades educativas em saúde possibilitou a identificação de importantes fatores de risco para desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, contribuindo assim para fornecimento de orientações e ações que possibilitem ao assistido mudanças de comportamento frente aos hábitos observados, conseguinte a possibilidade de melhorias na qualidade de vida e prevenção dos agravos decorrentes das DCNTs.

A população feminina compreendeu a maioria dos assistidos neste estudo, apresentando os maiores índices de hipertensão arterial e diabetes mellitus, quando questionadas acerca da presença de DCNTs. Dessa forma, ficou demonstrado a necessidade da realização de mais ações que trabalhem a prevenção do acometimento dessa população em relação às doenças observadas, considerando estas também apresentaram os maiores índices de obesidade grau I e grau II.

A população masculina se apresenta como minoria dos assistidos, no entanto apresentou os maiores índices de elevação dos níveis pressóricos e condições de sobrepeso, ressaltando assim, a necessidade de chamamento dessa população para atividades de educação em saúde, sensibilizando-os quanto aos possíveis agravos decorrentes das situações observadas e a ausência a busca pelos cuidados de saúde.

Os Agentes e fiscais de trânsito que se encontram no local de realização das ações necessitam de maior cuidado em relação às condições de saúde frente às DCNTs. Estes apresentaram elevados índices de consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, sobrepeso e elevação de níveis pressóricos, constituindo-se em importantes fatores de risco para o desenvolvimento de DCNTs.

Fica evidente que as condições de mobilidade urbana se relacionam mesmo que indiretamente as questões de saúde da população de maneira geral, mas em especial aqueles que por alguma razão estão em contato direto com o Sistema Integrado de Transporte e condições do ambiente onde ocorreu o estudo. Necessita-se de maiores investimentos em atividades que visem à redução do estresse e demais agravos nesse entorno.

Todos os usuários atendidos receberam orientações que visavam o abandono de práticas inadequadas para manutenção do seu bem-estar e adoção de medidas que possibilitem melhorias de qualidade de vida. A educação em saúde foi realizada de maneira clara, numa linguagem acessível ao assistido, facilitando o aprendizado do proposto.

No decorrer das intervenções, caso houvessem dúvidas acerca padrões obtidos, a equipe responsável pela ação sanava tais questionamentos, fornecendo aos assistidos esclarecimento frente às situações observadas.

Alguns assistidos alegaram durante as ações não possuírem tempo entre o fluxo de trabalho e rotina diária para buscar serviços de saúde. Fica demonstrada o aproveitamento das intervenções como instrumento de contato entre trabalhadores e os cuidados com saúde.

Os assistidos demonstraram interesse em participar das atividades e contavam com a possibilidade de retorno as intervenções, caso desejassem, já a intervenção acontecia semanalmente no Terminal de Integração.

Vale salientar, que por meio do desenvolvimento das atividades de extensão, o graduando tem a possibilidade de colocar em prática os conhecimentos obtidos em sala de aula. Além de ter aproximação com atividades a serem desenvolvidas futuramente em sua vida profissional, seja conhecendo a realidade da população que atende, aprendendo a desenvolver atividades em conjunto com demais extensionistas, além de fornecer a população cuidados que representam retorno das ações que a academia pretende e pode oferecer.

O presente estudo contribui como alerta para população e profissionais de saúde quanto à necessidade do desenvolvimento de maiores cuidados no tocante a saúde do trabalhador e as DCNTs. É válido ressaltar que considerando que a ausência de cuidados em saúde apresenta como consequência baixa produtividade no serviço, impossibilidade de realização das atividades, aposentadorias precoces, adoecimento e percas na qualidade de vida desses trabalhadores.

Enquanto Instituição de Ensino, a UEPB possibilita a formação de profissionais qualificados para atuarem no mercado de trabalho e, por intermédio da extensão os aproxima da realidade daqueles que necessitam das intervenções possibilitando desta forma enriquecimento mútuo.

EDUCATIONAL ACTIVITIES IN THE PROMOTION OF HEALTH OF WORKERS IN THE CONTEXT OF URBAN MOBILITY

ABSTRACT

Chronic Noncommunicable Diseases (DNCT) represent a public health problem, which is responsible for injuries, impairment of the population's well-being and quality of life. The objective was to mediate educational actions in health for the prevention of diseases and health promotion among general health workers in an area of the interior city of Paraíba. A problem-based learning (ABP) method was used in the assistance of 584 workers who were in the Public Pairs Integration Terminal in the central area of the city of Campina Grande - PB from August to December 2017. In the first The first was approached and received a voluntary statement of intervention, if positive, was conducted to the host, an end to trace the social profile of the assisted. At the time, arterial blood pressure was measured and recorded as anthropometric measurements. Finally, the assisted was aware of its relationship with the Body Mass Index and pressure levels, the desires to consult about the adoption of healthy lifestyle habits. Of those assisted, 69 and 31% were female and male, respectively. Of these, 46.6% of the male population was overweight, 16% obesity grade I, 7.2% obesity grade II and 1.65% obesity grade III. In females, 38.2% were overweight, 19.6% were obesity grade I, 8.7% were obesity grade II and 1.24% were obesity grade III. About the disclosure of pressure levels, 85.60% and 68.23%, of the male and female series, in their high blood pressure results. Through the implementation of educational actions in health, it was possible to prevent and aggravate the efforts, collaborate to maintain the habits of life and maintain the well-being of the population.

Keywords: Worker's Health. Chronic diseases. Health education.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, M. **Saúde do Trabalhador**. Animais de Laboratório: criação e experimentação (online). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 388p.

ALENCAR, M. C. B.; VALENÇA, J. B. M. Afastamento do trabalho e funcionalidade: o caso de trabalhadores adoecidos por doenças da coluna lombar. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 755-763, 2016.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, n.6, ago, 2011.

ARAÚJO, M. R. M. et al. Transporte público coletivo: Discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. **Revista Psicologia & Sociedade**, v.23, n.3, p.574-582, 2011.

AZEVEDO, A. L. S. et al. Doenças Crônicas e a qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, set, 2013.

BERTOLINI, D. N. P.; SIMONETTI, J. P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v.18, n.4, p. 722-727, 2014.

BIDINOTTO, D. N. P. B.; SIMONETTI, J. P.; BOCCHI, S. C. M. A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.

BOTREAL, T et al. Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, v. 26, n.3, p.87-90, mai, 2000.

BRANDT, D. B. Mobilidade Urbana, transporte e saúde na cidade do Rio de Janeiro. **Revista Ser Social**, Brasília, v. 19, n. 41, p. 439-458, jul/dez, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. Brasília DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília: MS; p. 17-19, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Portaria n. 1823, de 23 de agosto de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília DF, 2013.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: Uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n. 4, p. 379-388, 2009.

COSTA, M. C. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis identificados em trabalhadores atendidos em um ambulatório de nutrição. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n. 3, p.727-739, jul./set. 2012.

CRUZ, B. P. A. et al. Extensão universitária e responsabilidade social: 20 anos de Experiência de uma Instituição de Ensino Superior. **Encontro da ANPAD**, XXXIV, 2010, Rio de Janeiro/RJ.

DUCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46 (Supl), p.126-134, 2012.

FILHA, M. M. T. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18 (Supl), p.83-96, dez, 2015.

GOMES, C. M. et al. Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n. 2, p.351-359, mar/abr. 2016.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos o serviço de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GUALANO, B; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercícios físicos e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 25, p.37-43, dez, 2011.

GUEDES, A. C. F.; BISCUOLA, A. P.; LIMA, M. C. C. Comparação entre índice de massa corporal e índice de adiposidade corporal em adultos do sexo masculino. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 9, n.54, p. 235-242, nov/dez, 2015.

GUSMÃO, J et al. Fontes de erro na medida da pressão arterial: papel do esfigmomanômetro e do observador. **Revista Hipertensão**, v. 14, n.2, p. 33- 44, set/out, 2011.

HYEDA, A et al. A aplicação da arquitetura de informação na gestão dos riscos das doenças crônicas em trabalhadores: uma análise preliminar. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 1, p. 29-36, 2016.

JARDIM, L. V.; NAVARRO, D. Contribuição da ESF no controle de doenças crônicas não transmissíveis. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v.35, n.2, p.122-126, 2017.

JÚNIOR, E. L.; NETO, E. L. Hipertensão arterial: Aspectos comportamentais – Estresse e migração. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n.4, p.33-40, 2011.

LARA, R. Saúde do Trabalhador: Considerações a partir da crítica da economia política. **Revista Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011.

LOURENÇO, E. A. S. Agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil: Alguns nós críticos. **Revista Pegada**, v.12, n.1, p. 3-33, jun. 2011.

LUCCA, S. R. As inter-relações saúde e trabalho na abordagem clínica e individual. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10 n. 3, p: 201-205, mai/jun. 2012.

MACHADO, D. C.; PERO, V; MIHESSEN, V. Mobilidade urbana e mercado de trabalho na região metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista da ABET**, v. 14, n. 2, p. 310-327, jul/dez. 2015.

MALTA, D. C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários de saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.3, p. 2011-2022, 2011.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2001. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.23, n. 4, out/dez, 2014.

MARIATH, A. B. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p.879-905, abr, 2007.

MÁSSIMO, E. A. L.; SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.679-688, 2015.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. especial, p. 69-82, out, 2014.

MENDES, J. M. R. et al. Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. **Revista Argumentum**, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 194-207, jul./dez. 2015.

NUGEM, R. C.; SANTOS, C. H. S.; OLIVEIRA, C. C. Transporte coletivo e saúde: uma questão de gestão. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 10, n. 1, p. 186-198, 2012.

OLIVEIRA, M. M. et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p.273-278, 2015.

PERO, V; STEFANELLI, V. A questão da mobilidade urbana nas metrópoles brasileiras. **Revista de Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 366-402, set/dez. 2015.

PIMENTEL, I. R. S. et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 20, p.175-181, jul/set. 2011.

PINTO, V. L. X. et al. Labor, trabalho e ação: elementos pertinentes aos conceitos arendtianos em relatos autobiográficos de trabalhadores no setor de transporte. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p.1288-1300, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing Chronic Diseases a vital investments**. Geneva, 2005. 182 p.

REZENDE, F. A. C. et al. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com fatores de risco cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 6, p. 728-734, 2006.

REZENDE, M. A. Influência do transporte sobre o nível de estresse dos trabalhadores: Trajeto entre residência e local de trabalho. 2012.122f. **Dissertação de Mestrado** (Engenharia de Produção) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa – PR.

RODRIGUES, A. L. L. et al. Contribuições da extensão universitária na sociedade. **Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e sociais**, v. 1, n. 16, p. 141-148, mar, 2013.

SANTANA, J. O.; PEIXOTO, S. V. Inatividade física e comportamentos adversos para a saúde entre professores universitários. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 23, n.2, mar/abr. 2017.

SANTOS, A. C. Q. et al. Aposentadorias por invalidez e Doenças Crônicas entre os servidores da Prefeitura Municipal de Uberlândia, Minas Gerais, 1990-2009. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p: 57-62, 2015.

SANTOS, B. V.; SANTOS, M. N.; MAIA, H. P. Os benefícios da atividade física regular para pessoas com obesidade. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, v. 7, n. 3, p. 103-113, set/dez, 2009.

SILVA, R; GUERRA, G. Aspectos relevantes no preparo do paciente para a medida da pressão arterial. **Revista Hipertensão**, v. 14, n.2, p. 14- 20, set/out, 2011.

SILVA, A. M. M. Fatores de estresse para o motorista e o usuário do transporte coletivo do Distrito Federal e a percepção em relação ao outro. 2014. 200f. **Dissertação de Mestrado** (Engenharia Civil e Ambiental) – Universidade de Brasília, Brasília – DF.

SPERANDIO, A. M. G.; FILHO, L. L. F.; MATTOS, T. P. Política de promoção da saúde e planejamento urbano: articulações para o desenvolvimento da cidade saudável. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1931-1937, 2016.

SOUSA, A et al. Medida casual da pressão arterial: vantagens e desvantagens no diagnóstico e tratamento da pressão arterial. **Revista Hipertensão**, v. 14, n.2, p. 45- 50, set/out, 2011.

TEIXEIRA, S. M. et al. Qualidade do transporte urbano de passageiros: Uma avaliação do nível de serviço do sistema do Metropolitano de São Paulo. **Revista Metropolitana de Sustentabilidade**, v. 4, n.1, p.3-20, jan/abr. 2014.

VILARINHO, R. M. F.; LISBOA, M. T. L. Diabetes Mellitus: Fatores de risco em trabalhadores de enfermagem. **Revista Acta Paul Enferm**, v.23, n.4, p. 557-561, 2010.

YOSHIDA, V. C.; ANDRADE, M. G. G. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Interface Comunicação, saúde e educação**, v.20, n.58, p. 597-610, 2016.

ANEXO

