



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

ELIAS MATIAS LAURENTINO

**CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR DOCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO
FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR NO CEARÁ, BRASIL**

FORTALEZA

2019

ELIAS MATIAS LAURENTINO

CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR DOCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO
FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR NO CEARÁ, BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências Farmacêuticas. Área de concentração: Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Djanilson Barbosa
dos Santos

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Sérgio
Dourado Arrais

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L1c LAURENTINO, ELIAS MATIAS.
CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR DOCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL
DE ENSINO SUPERIOR NO CEARÁ, BRASIL / ELIAS MATIAS LAURENTINO. – 2019.
204 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Djanilson Barbosa dos Santos.

Coorientação: Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais.

1. Utilização de medicamentos. 2. Docente. 3. Universidade. 4. Qualidade de vida. 5. Síndrome de
Burnout. I. Título.

CDD 615

ELIAS MATIAS LAURENTINO

CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR DOCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO
FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR NO CEARÁ, BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências Farmacêuticas. Área de concentração: Farmácia.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Djanilson Barbosa dos Santos (Orientador)
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

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

Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Mirian Parente Monteiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Cristo, meu Senhor, Deus e Salvador.
Aos meus pais, Valmir José Laurentino e
Francisca Luiza Matias Laurentino.

AGRADECIMENTOS

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Ao Prof. Dr. Djanilson Barbosa dos Santos, pela excelente orientação. Pelas longas, produtivas e boas horas de reunião no Skype. Pelas palavras de conselho e ânimo. Por ajudar a forjar em mim um pesquisador. Pela simplicidade, sinceridade e amizade.

Ao Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais, pela esplêndida co-orientação, por me ensinar que a pesquisa pode ser simples e profunda, e que no mestrado o tempo é curto. Pelas longas e boas horas de reunião e discussão. Por me ensinar a ser um docente engajado com o aprendizado do aluno, por ceder suas aulas para que eu pudesse dar os primeiros passos nesta carreira. Pelas palavras de conselho e ânimo. Por ajudar a forjar em mim um pesquisador. Pela sinceridade e amizade.

Aos professores participantes da banca examinadora Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Soares Gondim, Prof^ª. Dr^ª. Ângela Maria de Souza Ponciano, Prof^ª. Dr^ª. Mirian Parente Monteiro, Prof. Dr. Djanilson Barbosa dos Santos e Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais pelo tempo empenhado na leitura, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos professores participantes da pesquisa, pelo tempo gasto com a pesquisa.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas. Em especial aos amigos Felipe Moreira de Paiva e Wendell Saraiva Costa, que se mostraram bons amigos, dividindo momentos alegres e outros tensos, me encorajando sempre a buscar o melhor de mim. Pelas horas bem gastas no mundo dos board games modernos. À amiga de longas horas de bons bate-papos, conversas sadias e frutíferas, Ana Cláudia Brito Passos.

À minha amada, simplesmente um encanto de menina. Doçura, empatia e prestabilidade formam o seu ser. Obrigado por nestes dois anos ter me apoiado e lutado ao meu lado. Obrigado pelo aconchego nos seus versos ao me admoestar e pela bravura na sua voz suave ao me elogiar.

Aos meus pais e irmãos, que mesmo de longe se mostram bem presentes, me dando força e motivos para continuar na jornada.

Aos meus pais e irmãos, que me adotaram e me fazem querer sempre voltar para perto deles. Que me ajudam a sempre ter em mente meus princípios e diretrizes.

“Emprego é fonte de renda e trabalho é fonte de vida. Meu trabalho é minha obra. A noção grega de obra é poiesis. De onde vem poesia, que é o que você elabora. Eu gosto dessa ideia. Tanto que não há estresse no meu trabalho, só cansaço. Cansaço resulta de um esforço intenso e estresse resulta de um esforço para o qual você não vê sentido. Cansaço se cura descansando. Estresse só se cura se houver mudança de rota.”

Mario Sergio Cortella

RESUMO

O estudo teve por objetivo analisar a prevalência e os fatores associados à utilização de medicamentos entre docentes de uma universidade pública do Ceará, Brasil. O mesmo apresenta delineamento transversal e foi realizado de Abril à Junho de 2018, sendo utilizado questionário eletrônico e auto-aplicado via e-mail. Estudou-se uma amostra composta por 758 docentes. O instrumento de coleta de dados foi composto pelo questionário de identificação da amostra; de qualidade de vida (WHOQOL-bref); e de avaliação da síndrome de *Burnout* (CESQT). Foram considerados consumidores de medicamentos aqueles que consumiram ao menos um medicamento, nos 15 dias anteriores à entrevista. A análise bivariada foi realizada por meio dos testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher e a multivariada pelo modelo de regressão de Poisson. As variáveis foram dispostas segundo modelo teórico hierarquizado em 8 níveis e mantidas no modelo final somente aquelas com nível de significância inferior a 5%. Na análise estatística foram incluídos 742 docentes, obtendo-se 16 perdas. A prevalência do consumo de medicamentos foi de 71% e a de automedicação de 28,7%. Os motivos que mais levaram ao consumo foram dor de cabeça, hipertensão e dores em geral. Os fatores relacionados ao consumo, foram: ser do sexo feminino, ter 40 anos de idade ou mais, ter realizado consulta médica nos últimos 3 meses, ser acometido por doença crônica, não se sentir reconhecido como docente, apresentar perfil 2 da síndrome de *Burnout*, considerar a qualidade de vida muito ruim no domínio físico e se afastar da docência por motivo de saúde. Os medicamentos que agem no sistema nervoso foram os mais utilizados, sendo os analgésicos e psicoanalépticos as classes terapêuticas mais usadas e a combinação dipirona+caféina+orfenadrina e a dipirona isolada os fármacos mais consumidos. O alto consumo de medicamentos deve ser olhado com preocupação e cautela, visto que mesmo os medicamentos isentos de prescrição não estão isentos de riscos à saúde. Os gestores e profissionais da saúde devem dar maior atenção aos docentes, a fim de evitar problemas relacionados à medicamentos, maior taxa de absenteísmo e maiores gastos com saúde. Ações educativas voltadas para o uso racional de medicamentos devem ser consideradas.

Descritores: Medicamento. Docente. Universidade. Qualidade de vida. *Burnout*.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the prevalence and factors associated with the use of medication among teachers of a public university in Ceará, Brazil. The same cross-sectional design was carried out from April to June 2018 using an electronic and self-administered questionnaire via e-mail. A sample of 758 teachers was studied. The data collection instrument was composed by the sample identification questionnaire; quality of life (WHOQOL-bref); and Burnout Syndrome (CESQT). Those who consumed at least one drug within the 15 days prior to the interview were considered as drug users. The bivariate analysis was performed using the Chi-square and Fisher Exact tests and the multivariate analysis using the Poisson regression model. The variables were arranged according to a hierarchical theoretical model in 8 levels and only those with a significance level of less than 5% were maintained in the final model. In the statistical analysis 742 teachers were included, obtaining 16 losses. The prevalence of drug use was 71% and that of self-medication was 28.7%. The reasons that led to the most consumption were headache, hypertension and pain in general. The factors related to consumption were: being female, being 40 years of age or older, having had a medical visit in the last 3 months, being affected by chronic disease, not feeling recognized as a teacher, presenting Burnout syndrome profile 2, consider the quality of life very bad in the physical domain and move away from teaching for health reasons. The drugs that act on the nervous system were the most used, analgesics and psychoanalytcs being the most used therapeutic classes and the combination dipirone+caffeine+orphenadrine and dipyrone alone the most consumed drugs. The high consumption of medicines should be viewed with concern and caution, since even prescription drugs are not exempt from health risks. Managers and health professionals should pay greater attention to teachers in order to avoid drug-related problems, higher absenteeism rates, and higher health expenditures. Educational actions aimed at the rational use of medicines should be considered.

Keywords: Medication. Teacher. University. Quality of life. Burnout..

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma geral da metodologia desenvolvida	62
Figura 2 – Fórmula para a determinação do tamanho da amostra	66
Figura 3 – Modelo hierárquico do processo de determinação do consumo de medicamentos	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Instituições de ensino superior no Ceará e seus respectivos quantitativo de docentes, campus, pontuação IGC e CI	63
Tabela 2	Distribuição dos docentes por campus e unidade acadêmica	64
Tabela 3	Distribuição dos docentes entre capital e interior do estado, na amostra	67
Tabela 4	Distribuição dos docentes por campus dentro da amostra	68
Tabela 5	Distribuição dos docentes por unidade acadêmica dentro da amostra ..	68
Tabela 6	Identificação das perguntas aos seus respectivos domínios	76
Tabela 7	Identificação das perguntas às suas respectivas dimensões - CESQT ...	78
Tabela 8	Descrição da variável categórica nominal Motivação Intrínseca e escores das categorias adotadas para análise dos dados	91
Tabela 9	Descrição da variável categórica nominal Absenteísmo e escores das categorias adotadas para análise dos dados	91
Tabela 10	Descrição da variável categórica nominal Qualidade de Vida e escores das categorias adotadas para análise dos dados - WHOQOL-bref	94
Tabela 11	Descrição da variável categórica nominal síndrome de Burnout e escores das categorias e perfis adotados para análise dos dados do questionário CESQT	96
Tabela 12	Distribuição das características demográficas dos docentes participantes do estudo. Fortaleza/CE, 2018 (n = 742)	102
Tabela 13	Distribuição das características demográficas dos docentes participantes do estudo segundo hábitos sociais e condição de saúde. Fortaleza/CE, 2018 (n = 742)	103
Tabela 14	Distribuição dos 10 tipos de doenças crônicas mais frequentes entre os docentes. Fortaleza/CE, 2018 (n = 254)	104

Tabela 15	Distribuição do número de doenças crônicas entre os docentes. Fortaleza/CE, 2018 (n = 254)	104
Tabela 16	Distribuição das características dos docentes participantes do estudo segundo fatores ocupacionais. Fortaleza/CE, 2018 (n = 742)	105
Tabela 17	Distribuição da motivação intrínseca e absenteísmo entre os docentes. Fortaleza/CE, 2018 (n = 742)	106
Tabela 18	Médias e desvios padrões dos escores da qualidade de vida geral auto-referida e dos domínios de qualidade de vida. Fortaleza/CE, 2018 (n = 723)	107
Tabela 19	Distribuição das características dos docentes participantes do estudo segundo qualidade de vida classificada em três categorias. Fortaleza/CE, 2018 (n = 723)	108
Tabela 20	Coefficiente de correlação de Spearman entre os domínios e a qualidade de vida geral autor-referida. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 739) ..	109
Tabela 21	Média, desvio padrão (DP), amplitude e consistência interna das dimensões do CESQT. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 723)	110
Tabela 22	Número e percentagem dos participantes com níveis muito baixo; baixo; médio; alto e crítico da Síndrome de Burnout mediante os percentis (P) e dimensões do manual CESQT. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 723)	110
Tabela 23	Número e percentagem dos participantes sem Síndrome de Burnout e daqueles com a síndrome mediante perfil 1 ou 2. Fortaleza/CE, 2018 (n = 723)	111
Tabela 24	Distribuição da quantidade de medicamentos consumidos por docente participante do estudo. Fortaleza/CE, 2018 (n = 516)	111

Tabela 25	Distribuição da quantidade de princípios ativos nos medicamentos consumidos pelos docentes participantes do estudo. Fortaleza/CE, 2018 (n = 1282)	112
Tabela 26	Distribuição da indicação do uso dos medicamentos consumidos e da automedicação por docente participante do estudo. Fortaleza/CE, 2018 (n =1282)	112
Tabela 27	Distribuição do motivo do uso do medicamento por medicamentos. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 1282*)	113
Tabela 28	Distribuição do consumo de medicamentos segundo grupo anatômico terapêutico, primeiro nível da classificação ATC. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 1282*)	114
Tabela 29	Distribuição do consumo de medicamentos segundo grupo terapêutico principal, segundo nível da classificação ATC. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 1282*)	115
Tabela 30	Distribuição do consumo de medicamentos segundo princípios ativos, quinto nível da classificação ATC. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 1282*) ..	116
Tabela 31	Distribuição da amostra e prevalências globais de utilização de medicamentos entre docentes, segundo características demográficas. Fortaleza/ CE, 2018	117
Tabela 32	Distribuição da amostra e prevalências de utilização de medicamentos entre docentes, segundo hábitos sociais e condição de saúde. Fortaleza/ CE, 2018	118
Tabela 33	Distribuição da amostra e prevalências globais de utilização de medicamentos entre docentes, segundo fatores ocupacionais. Fortaleza/ CE, 2018	120
Tabela 34	Distribuição da amostra e prevalências de utilização de medicamentos entre docentes, segundo motivação intrínseca e absenteísmo. Fortaleza/ CE, 2018	121

Tabela 35	Distribuição da amostra e prevalências globais de utilização de medicamentos entre docentes, segundo qualidade de vida. Fortaleza/ CE, 2018	122
Tabela 36	Distribuição da amostra e prevalências globais de utilização de medicamentos entre docentes, segundo síndrome de Burnout. Fortaleza/ CE, 2018	124
Tabela 37	Distribuição da quantidade de medicamentos consumidos por docente com síndrome de Burnout participante do estudo. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 62)	125
Tabela 38	Distribuição da quantidade de princípios ativos nos medicamentos consumidos pelos docentes com síndrome de Burnout participantes do estudo. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 192)	125
Tabela 39	Distribuição da indicação do uso dos medicamentos consumidos e da automedicação pelos docentes com síndrome de Burnout participante do estudo. Fortaleza/CE, 2018 (n = 192)	126
Tabela 40	Distribuição do motivo do uso do medicamento por medicamentos. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 192)	127
Tabela 41	Distribuição do consumo de medicamentos segundo grupo anatômico terapêutico, primeiro nível da classificação ATC. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 192)	128
Tabela 42	Distribuição do consumo de medicamentos segundo grupo terapêutico principal, segundo nível da classificação ATC. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 192)	129
Tabela 43	Distribuição do consumo de medicamentos segundo princípios ativos, quinto nível da classificação ATC. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 192*)	130

Tabela 44	Distribuição da amostra, prevalência do consumo e as razões brutas e ajustadas das variáveis que apresentaram-se significantes na análise bivariada, mas que perderam força na análise multivariada. Fortaleza/ CE, 2018	133
Tabela 45	Distribuição da amostra, prevalência do consumo e as razões brutas e ajustadas das variáveis que apresentaram-se significantes na análise bivariada e multivariada. Fortaleza/ CE, 2018	134

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	Sistema Anatômico-Terapêutico-Químico (Anatomical Therapeutic Chemical)
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética de Pesquisa
CESQT	Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DDD	Dose Diária definida
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
IES	Instituições de Ensino Superior
MBI	Maslach Burnout Inventory
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAUM	Pesquisa Nacional de Acesso e Uso de Medicamentos
PPGCF	Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
PROGEP	Pró-Reitora de Gestão de Pessoas da casa
QV	Qualidade de Vida
SB	Síndrome de Burnout
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	Statistical Package for Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidade Acadêmica
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA	Universidade Federais da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFCA	Universidade Federal do Cariri
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

UFPe Universidade Federal de Pelotas
UNIFOR Universidade de Fortaleza
UNILAB Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
URCA Universidade Regional do Cariri (URCA)
UVA Universidade Estadual Vale do Acaraú) em Sobral
WHOQOL-100 World Health Organization Quality Of Life – 100

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
2. OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo Geral	25
2.2 Objetivos Específicos	25
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
3.1 O consumo de medicamentos.....	26
3.1.1 Uma visão sobre o medicamento em nossa sociedade.....	26
3.1.2 Determinantes do consumo de medicamentos	28
3.1.3 O consumo de medicamentos no cenário mundial	32
3.1.4 O consumo de medicamentos no Brasil.....	34
3.1.5 O consumo de medicamentos entre docentes	37
3.1.6 Classificação do consumo de medicamentos – Sistema ATC	41
3.2 Universidades no Ceará.....	42
3.3 O trabalho docente nas instituições de ensino superior e seus acometimentos.....	43
3.3.1 Fatores determinantes no adoecimento dos docentes	44
3.4 Motivação Intrínseca	45
3.5 Absenteísmo	47
3.6 Qualidade de vida	49
3.7 Síndrome de Burnout.....	55
4. MÉTODOS.....	61
4.1 Tipo do estudo	61
4.2 Plano de desenvolvimento da pesquisa	61
4.3 Da escolha do local	62
4.4 Sujeitos do estudo	64
4.5 Construção do banco de e-mails e captação dos e-mails dos docentes	65
4.6 Plano de amostragem.....	66
4.7 Critérios de inclusão e exclusão	68
4.8 Variáveis do estudo.....	69
4.9 Construção do instrumento da coleta de dados e programação	73
4.9.1 Questionário de identificação da amostra	74
4.9.2 Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL – Abreviado	74
4.9.3 Questionário de Avaliação para a Síndrome de Burnout (CESQT)	77
4.10 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	79
4.11 Estudo piloto.....	80
4.12 Coleta de dados.....	81
4.13 Análise estatística dos dados	83
4.13.1 Questionário 1.....	87
4.13.2 Questionário 2.....	92
4.13.3 Questionário 3.....	95
4.13.4 Análise multivariada – Modelo Hierarquizado	97
4.14 Questões éticas	99
5. RESULTADOS	101
5.1 Características demográficas da população estudada.....	101
5.2 Hábitos sociais e condição de saúde	103
5.3 Fatores ocupacionais.....	105

5.4 Motivação intrínseca e absenteísmo	106
5.5 Qualidade de vida	106
5.6 Síndrome de <i>Burnout</i>	109
5.7 Consumo de medicamentos	111
5.7.1 Grupos e subgrupos terapêuticos.....	114
5.7.2 Consumo de medicamentos em relação às características demográficas	116
5.7.3 Consumo de medicamentos em relação aos hábitos sociais e condição de saúde	118
5.7.4 Consumo de medicamentos em relação aos fatores ocupacionais	119
5.7.5 Consumo de medicamentos em relação à motivação intrínseca e absenteísmo	120
5.7.6 Consumo de medicamentos em relação à qualidade de vida	121
5.7.7 Consumo de medicamentos em relação à síndrome de <i>Burnout</i>	123
5.7.7.1 Grupos e subgrupos terapêuticos.....	127
5.8 Análise multivariada – Modelo Hierarquizado	130
5.8.1 Variáveis do modelo final.....	133
6. DISCUSSÃO	138
6.1 Caracterização da população do estudo	138
6.1.1 Características gerais.....	138
6.1.2 Qualidade de vida	143
6.1.3 Síndrome de <i>Burnout</i>	147
6.1.4 Consumo do medicamento	152
6.1.5 Perfil dos docentes.....	162
6.2 Fatores determinantes do uso de medicamentos	163
6.3 Limitações do estudo	170
7. CONCLUSÃO	172
8. REFERÊNCIAS	174
APÊNDICES	187
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	187
Questionário 1: Instrumento de caracterização da amostra e perfil do consumo de medicamentos.....	187
Questionário 2: Instrumento da avaliação da qualidade de vida – WHOQOL-bref	193
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Error!
Bookmark not defined.	
ANEXOS	Error! Bookmark not defined.
ANEXO 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	Error! Bookmark not defined.
ANEXO 2: Parecer do Conselho Regional de Medicina sobre a Síndrome de <i>Burnout</i> Error!	Error! Bookmark not defined.

1. INTRODUÇÃO

“Madrugada, noite, silêncio, respiração lenta e cansada, um copo d’água, um complexo vitamínico e alguns outros comprimidos para aliviar as dores e dar um pouco de tranquilidade, um corpo deitado sem conseguir descansar e outra pessoa dormindo. Primeiros raios de sol, dia, ainda silêncio, a não ser pelo suave “acorda meu bem” que sai da boca de quem acordou e que entra estrondosamente nos ouvidos de quem apenas se deitou, “ACORDA MEU BEM!”. Mal se deitou e já é dia, tudo novamente, a mesma rotina massacrante. Sentado a beira da cama, ainda sonolento (moribundo) e o filme do que será o dia passa rapidamente em sua cabeça (ou talvez, seja o que aconteceu ontem, antes de ontem, ou semana passada...): aulas para a graduação, para o mestrado e doutorado, orientação de iniciações científicas, monografias, dissertações e teses, corrigir provas, trabalhos e produções científicas, palestrar em um congresso, organizar um congresso, escrever artigos próprios e ser colaborador em outros, conseguir recursos para a pesquisa, lidar com a falta de recursos para a pesquisa... respira fundo, o pensamento exaustivo e caótico se vai, mas não suas obrigações. Toma um copo d’água com um complexo vitamínico e alguns outros comprimidos para aliviar as dores e dar uma injeção de ânimo para o dia que apenas está começando. No medicamento, uma tentativa de aplacar e suprir a falta de motivação e o desejo insano de ausentar-se do trabalho ou ao menos chegar atrasado...

Uff! Basta apenas um dia na presença de um professor universitário para se sentir esgotado, com dores no corpo, com uma forte dor de cabeça, estressado, com um quê de desilusão profissional, frustrado e meio depressivo... mas sem problemas, vai ser só passar na casa da “vovó” e pegar alguns comprimidos para aliviarem essas dores e me tirarem desta realidade tão castigante, se lá não tiver, passo na farmácia ou vou ao médico e peço um comprimido para dormir o resto do ano” (narrativa pessoal do autor, que passou os 5 anos de sua graduação convivendo e morando com um casal de docentes).

Esta breve e densa narrativa sobre a vida de um docente e daqueles que o rodeiam, se repete dia após dia nas várias universidades espalhadas no Brasil e no mundo, sendo uma área rica a ser explorada nos Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM)

e que demonstra uma quantidade alarmante de docentes com estresse, com baixa qualidade de vida (QV), apresentando desenvolvimento de síndromes e uma saúde questionável. Esses, na tentativa de amenizar seus problemas de saúde e na esperança de encontrar o fármaco que possa lhes reestabelecer sua vitalidade, lançam mão de variados medicamentos, sejam estes de uso contínuo ou não, conseguindo-os com ou sem receitas médicas. Assim, de forma límpida e clara, salta aos olhos a pergunta motriz deste projeto de pesquisa e inquietadora neste pesquisador: Qual é a prevalência do consumo de medicamentos e quais fatores determinam o consumo entre os docentes?

Todavia, a escolha do tema EUM desenvolvido nesta pesquisa de mestrado, foi algo na contramão da minha formação acadêmica, uma vez que me envolvi com o Laboratório de Planejamento de Fármacos e Modelagem Molecular, da Faculdade de Farmácia/UFG, desde o segundo período da minha graduação até a finalização do meu Trabalho de Conclusão de Curso, participando de programas de iniciação científica, monitorias, congressos e simpósios nesta área. No entanto, através dos estágios nas unidades básicas de saúde, do estágio hospitalar, do estágio na Vigilância Sanitária e através da disciplina de Epidemiologia, pude manter contato com os EUM e cada vez mais me interessar pelo tema.

Fator decisivo nesta transição de área do conhecimento, foi o relacionamento que desenvolvi antes e durante a minha graduação com um casal de amigos, os quais eram (e são) professores, ela em escolas do município e ele em instituições de ensino superior (IES), tanto pública quanto privadas. Devido à grande distância que a casa de meus pais apresentava até à universidade, resolvi pedir guarida na casa destes amigos e passei a fazer parte desta família, morando lá todo o período da minha graduação. Desta maneira, fiquei diretamente em contato com a rotina de dois professores, assim, pude notar o quão cheia de percalços e desafios é essa rotina e o quão estressante e exaustiva é a carreira de um docente. Muitas foram as vezes que chegaram em casa extremamente cansados, estressados e com diferentes dores corporais e não menos raras foram as vezes que perguntaram sobre qual medicamento usar para dor no corpo, dor de cabeça ou para ficarem mais calmos e relaxados.

Outro fator decisivo, foi o encontro que tive com o professor doutor Paulo Sérgio Dourado Arrais, professor na UFC e referência nacional na área de EUM. Este, me

acolheu na UFC e me apresentou uma ideia de projeto que estava pensando em desenvolver, envolvendo o consumo de medicamentos e os fatores determinantes para este consumo, por parte dos docentes.

Desta forma, me senti muito atraído pela proposta do professor Paulo, já que esta fora uma situação que convivi intimamente durante toda a minha graduação, além de sempre ter estado sensível às situações que os meus professores na graduação estavam expostos. Assim, desenvolver um objeto de pesquisa que possibilite identificar o consumo de medicamentos e os fatores determinantes para este consumo, por parte dos docentes de uma universidade pública de Fortaleza; e a identificação de uma possível associação entre o consumo de medicamentos com o trabalho docente em instituições de ensino superior (IES); motivação intrínseca; síndrome de Burnout; qualidade de vida; e absenteísmo, contemplam as minhas expectativas quanto à entender a atmosfera do trabalho docente e suas complicações.

Por conseguinte, lançar mão dos EUM é uma boa estratégia para a elucidação do consumo de medicamentos por parte dos docentes, já que nestes estudos pode ser calculado a prevalência de um desfecho em uma determinada população (casos novos e antigos, encontrados em uma população definida em um determinado ponto do tempo (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010)). Os EUM também descrevem como um medicamento é comercializado, prescrito e utilizado e ainda, como estes fatores influenciam nos desfechos clínicos, sociais e econômicos (ACURCIO, 2013). Neste contexto, a orientação do professor Djanilson Barbosa dos Santos foi fundamental para este EUM, já que o mesmo desenvolveu função ímpar ao contribuir ricamente na estruturação desta pesquisa, nas análises metodológicas e estatísticas, assim como na discussão dos resultados.

Observando alguns EUM, como o de Bertoldi et al. (2016), ao estudarem a prevalência de consumo de medicamentos na população brasileira na Pesquisa Nacional de Acesso e Uso de Medicamentos (PNAUM), podemos notar que 50,7% da população brasileira consome algum tipo de medicamento independentemente de utilizar ou não uma receita médica. Em outro estudo, ainda com dados do PNAUM, Arrais et al. (2016) destacam que os medicamentos mais consumidos pela população brasileira são medicamentos que agem sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), sobre o aparelho

musculoesquelético e sobre o trato gastrointestinal e metabolismo. Já quanto à qualidade de vida e desenvolvimento de síndromes, Costa (2014), nos alerta para o fato do desenvolvimento crescente e preocupante da síndrome de *Burnout* em docentes, provocando tanto danos na saúde física, mental e social destes profissionais quanto prejuízos na qualidade de ensino repassada por estes professores.

A literatura aborda cada um dos assuntos desenvolvidos por esta pesquisa. Artigos que discutem os fatores determinantes do uso de medicamentos em várias cidades do Brasil e no mundo; artigos que trabalham a questão da automedicação (seleção e o uso de medicamentos sem prescrição ou supervisão de um médico ou dentista, segundo a Organização Mundial da Saúde (1998)); pesquisas que avaliam a síndrome de Burnout entre docentes (síndrome do estresse laboral crônico, com sintomas de baixa ilusão pelo trabalho, alto desgaste psíquico e alta indolência, podendo ou não apresentar culpa (Gil-Monte, 2011)) e a motivação destes profissionais em dar aula; pesquisas que tecem a relação entre o trabalho e o indivíduo; e outras que foram desenvolvidos para, que de alguma forma, possam tentar mensurar a qualidade de vida das pessoas. No entanto, esses foram realizados de forma independente, sem uma correlação entre si e sem inter-relacionar o perfil do consumo de medicamentos com os fatores determinantes na medicalização e com a realidade dos docentes das universidades públicas. Desta forma, fica a cargo do pesquisador, realizar uma vasta e densa leitura da literatura, para assim, poder fazer uma inferência, sobre os riscos, sobre a situação de saúde e sobre o consumo de medicamentos por parte dos docentes.

Nesse sentido, este estudo tem grande relevância científica, já que permitirá ampliar as análises nesse objeto de pesquisa, o que não é tão bem discutido nos diversos estudos, assim como, inter-relacionar os diferentes assuntos abordados no mesmo e que se encontram isolados na literatura, ajudando assim, de certa forma, a sedimentar o conhecimento científico nesta área de pesquisa.

Esta pesquisa também desenvolve um papel social de suma importância, uma vez que atinge uma parcela da população que não é tão bem estudada quanto ao consumo de medicamentos. Assim, pôde-se identificar a prevalência do consumo de medicamentos e analisar sua relação com os aspectos demográficos, socioeconômicos, fatores ocupacionais, estilo de vida e de condições de saúde, assim como pôde-se identificar os

grupos e subgrupos farmacológicos dos fármacos consumidos e os efeitos adversos que esses podem trazer à saúde dos docentes. Ao identificar previamente os fatores que levam ao consumo de medicamentos, os professores poderão se prevenir frente às situações de risco que sua vida profissional possa lhe oferecer.

Por fim, mas não menos importante, esta pesquisa também abarca um papel político de relevância, uma vez que, ao identificar o perfil de consumo de medicamentos e seus fatores determinantes, foram gerados dados que poderão corroborar com o delineamento de ações educativas voltadas para o uso racional de medicamentos. Os dados gerados estão diretamente relacionados com política, já que poderão ser utilizados como base de uma política pública, que vise melhorar a qualidade de vida desses profissionais e prevenir o uso constante de medicamentos, evitando assim reações adversas aos medicamentos e danos à saúde. Conseqüentemente, poderá ser evitado gastos na reabilitação desses profissionais, que muita das vezes se apresentam estressados, depressivos e desenvolvendo síndromes, como a síndrome de Burnout, entre outros problemas de saúde.

Desta maneira, este estudo de utilização de medicamentos, identificou o consumo de medicamentos, no período recordatório de 15 dias anteriores à entrevista, assim como, os fatores determinantes no uso de medicamentos por parte dos docentes de uma universidade pública de Fortaleza. Foi realizado um EUM quantitativo, com delineamento transversal e descritivo com abordagem analítica, na tentativa de esclarecer se há alguma correlação entre o consumo de medicamentos com o uso de determinada classe de medicamentos, fatores estressores da vida acadêmica, motivação intrínseca, absenteísmo e surgimento de síndromes apresentadas por esses profissionais.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a prevalência e os fatores associados à utilização de medicamentos entre docentes de uma universidade pública do Ceará, Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a prevalência do consumo de medicamentos entre docentes, segundo aspectos sociodemográficos, fatores ocupacionais, estado de saúde, hábitos sociais, motivação intrínseca, absenteísmo, síndrome de Burnout e qualidade de vida;
- Identificar os medicamentos consumidos, os motivos do uso e os responsáveis pela sua indicação;
- Avaliar a associação entre consumo de medicamentos e aspectos sociodemográficos, fatores ocupacionais, estado de saúde, hábitos sociais, motivação intrínseca, absenteísmo, síndrome de Burnout e qualidade de vida.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O consumo de medicamentos

3.1.1 Uma visão sobre o medicamento em nossa sociedade

Os medicamentos são bens sociais importantes para a melhora da expectativa e qualidade de vida das pessoas. Todavia, muitas vezes são encarados como a única solução para determinada situação, patológica ou não, adquirindo até mesmo, em certos casos, um potencial místico para trazer melhoras ao indivíduo. Nessa busca por subterfúgios que objetivam fornecer algum padrão de qualidade de vida, as pessoas se encontram cada vez mais medicamentalizadas, estando a população brasileira entre as maiores consumidoras de medicamentos, e o Brasil ocupando a quarta posição no ranking mundial no consumo de medicamentos e o primeiro na América Latina (SOUSA; SILVA; NETO, 2008).

O alto consumo entre a população brasileira, 50,7% (BERTOLDI et al., 2016), pode ser explicado por um conjunto de fatores que incluem: o grande número de produtos farmacêuticos disponíveis no mercado nacional, o excesso de farmácias, o acesso fácil a uma ampla oferta de medicamentos, o marketing agressivo da indústria farmacêutica, a medicalização da sociedade e a automedicação (ARRAIS et al., 2005; SOUSA; SILVA; NETO, 2008).

Neste contexto do consumo de medicamentos, nossa sociedade vem agregando de modo crescente as noções de autocuidado, autonomia de decisão e individualismo. Levando em conta estes aspectos, aliados aos conhecimentos sobre medicamentos adquiridos através de fontes duvidosas – via internet (sites, blogs e aplicativos de busca rápida) e outros meios de comunicação – e sem possuírem pleno entendimento do assunto para julgar devidamente as informações, ocorre um consumo indiscriminado, com a banalização na utilização de medicamentos. Esse tipo de fenômeno pode resultar na medicamentalização e na automedicação, que são hábitos comuns e bastante difundidos em nossa sociedade (ARRAIS et al., 1997; DOMINGUES et al., 2015).

Sociedade esta que julga como certo e excelente tudo o que provém da medicina e por extensão, que provém daqueles que a praticam. Este tipo de entendimento, gera um

estilo de vida totalmente dependente e dominado por esta arte, a qual influencia e interfere na construção de conceitos, costumes e comportamentos sociais. Esta subjugação do homem pela medicina, dá sentido ao termo medicalização, que fora criado no final da década de 1960, para expressar a crescente apropriação do modo de vida do homem pela medicina e suas tecnologias (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Assim, muitas são as situações onde um problema casual é tratado como uma doença, transtorno ou problema médico, sendo confortável ao indivíduo passar em uma clínica ou hospital para se consultar e conseguir algum medicamento, pois os indivíduos de nossa sociedade “não podem mais” sentir nenhum tipo de desconforto, e se há algum, este deve ser tratado, de forma veemente e farmacológica (CARVALHO et al., 2015).

Este “não poder mais” sentir nenhum tipo de desconforto, tem levado a um uso abusivo de medicamentos de forma “politicamente correta”, ou seja, utiliza-se medicamentos pois estes foram receitados por um médico, a um desconforto legítimo que o indivíduo apresenta, ainda que casual ou inerente à condição humana. No entanto, este constante consumo não está isento de riscos; podendo levar à muitas e diferentes reações adversas; à mascaramentos de sintomas de uma patologia real; e ao não tratamento e/ou prevenção do fator causador do motivo que levara a consumir o medicamento. Dessa maneira, trabalhamos o termo “medicamentalização” nesta pesquisa, sobre a ótica do consumo de medicamentos, seja este exacerbado ou não, por um indivíduo, através de uma receita médica ou não (SERVILHA; ARBACH, 2011; SOUZA; GUIMARÃES; ARAUJO, 2013).

No entanto, muitos são aqueles que lançam mão de medicamentos para tratar seus sintomas sem antes terem passado por uma consulta clínica, exercendo assim a automedicação. Este ato, é uma forma de autocuidado do usuário de medicamentos, que consiste em consumir uma especialidade farmacêutica por iniciativa própria na tentativa de aliviar sintomas ou tratar doenças. Envolve a aquisição de medicamentos sem prescrição médica, reutilização de prescrições antigas, partilha de medicamentos com parentes ou membros do círculo social, ou utilizando sobras de medicamentos mantidos em casa (ARRAIS et al., 1997; KUMAR et al., 2013; LUZ et al. 2014).

Quando utilizado de forma indiscriminada, o medicamento pode não apresentar o efeito esperado, ocasionando reações adversas, intoxicações e até ocorrências fatais. Os

erros de administração, muito frequentes no uso indiscriminado de medicamentos, além de poderem causar danos ao organismo, podem também resultar em interação medicamentosa, interferindo na ação de outros medicamentos utilizados, seja potencializando ou anulando os efeitos um do outro (ARRAIS et al., 1997; DOMINGUES et al., 2015). Este uso irracional de medicamentos é motivo de preocupação, no entanto havendo o conhecimento dos fatores determinantes envolvidos neste consumo e a conscientização sobre o uso racional de medicamentos, as consequências podem ser prevenidas ou minimizadas (MAO et al., 2015).

3.1.2 Determinantes do consumo de medicamentos

Muitos são os fatores que determinam e/ou que influenciam o consumo de medicamentos em nossa sociedade. Vários autores levantaram uma série destes determinantes, onde destacam-se os fatores sociodemográficos; a condição de saúde do indivíduo; acesso ao sistema de saúde; e influenciando todas estas camadas, o marketing e a mídia da indústria farmacêutica, alavancando suas vendas e o consumo de medicamentos (ARRAIS et al., 2005; GUERINI, 2015) (Quadro 1).

Dentre os determinantes sociodemográficos, ser do sexo feminino ocasiona um maior consumo de medicamentos, talvez pelo fator cultural da mulher estar mais envolvida com os cuidados do corpo, perpassando pela condição biológica de que todo o mês se prepara para gerar filhos, envolvendo o uso de medicamentos para alívio das dores da tensão pré-menstrual, uso de anticoncepcionais ou ainda, suplementos e vitaminas para ajudar na gravidez. Nota-se também, que ainda hoje, a mulher desempenha um papel chave nos cuidados de saúde dos membros de sua família, o que a deixa mais familiarizada com o contato e uso do medicamento (ARRAIS et al., 2005; COSTA et al., 2011; VOSGERAU et al., 2011; GALVÃO, 2014; BERTOLDI et al., 2004; 2016).

Outro fator sociodemográfico correlacionado ao aumento do consumo de medicamentos, é a idade, onde a maior expectativa de vida tem se apresentado como determinante do consumo, estando esta ainda correlacionada ao maior uso de medicamentos de uso contínuo e à polimedicação, como em casos de fármacos utilizados

no tratamento de doenças cardiovasculares, reumáticas, transtornos depressivos e diabetes (ARRAIS et al., 2005; COSTA et al., 2011; FRANCISCO et al., 2014; GALVÃO, 2014; BERTOLDI et al., 2004; 2016; NASCIMENTO et al., 2017).

A classe social e o poder aquisitivo do cidadão também são determinantes sociodemográficos correlacionados ao consumo do medicamento, onde pessoas das classes A/B apresentam maior prevalência de consumo em comparação com as demais classes, revelando menor acesso à medicamentos e serviços de saúde por estas outras classes sociais (ARRAIS et al., 2005; COSTA et al., 2011; BERTOLDI et al., 2004; 2016). Destaca-se uma inversão na prevalência do consumo no fator sociodemográfico “consumo por região do país” ao longo destas duas últimas décadas. No início dos anos 2000, Brasil (2003), mostrou maior prevalência do consumo de medicamentos na região sul, seguida pela região sudeste do Brasil. No entanto, Bertoldi et al. (2016) ao trabalhar os dados da Pesquisa Nacional de Acesso e Uso de Medicamentos (PNAUM), revela uma inversão desta prevalência por regiões, onde passa a ser maior na região nordeste e norte do Brasil.

Ainda sobre os determinantes sociodemográficos, Arrais et al. (2005) apontam um maior consumo de medicamentos entre aqueles que possuem escolaridade maior que oito anos. Galvão (2014), relata o desemprego e a aposentadoria como fatores positivamente associados com o consumo de medicamentos.

Bertoldi et al. (2004), ao estudar a relação entre o consumo de medicamentos e hábitos sociais, aponta que tabagistas, ex-tabagistas e aqueles que realizam pouca atividade física, estão positivamente associados com o consumo de medicamentos.

Quanto ao determinante “condição de saúde”, indivíduos que julgaram ter uma saúde ruim ou muito ruim, ou que apresentaram alguma morbidade nos últimos quinze dias, apresentam um maior consumo de medicamentos (BERTOLDI et al., 2004; ARRAIS et al., 2005; COSTA et al., 2011; VOSGERAU et al., 2011). Ainda sobre condição de saúde, nota-se uma inversão na prevalência do uso de medicamentos entre aqueles que utilizaram um fármaco devido a um quadro de doença aguda ou crônica. Arrais et al., (2005), Costa et al. (2011), Vosgerau et al. (2011), Francisco et al. (2014) e Galvão (2014), mostram que o consumo foi maior (e até mesmo mais que o dobro) entre aqueles que alegavam doença crônica em comparação com aqueles que não

apresentavam. No entanto, Bertoldi et al. (2016), constata a inversão desta situação, onde pessoas com quadro clínico agudo apresentaram maior prevalência do uso de medicamentos do que pessoas com doenças crônicas.

Já em relação ao determinante do consumo “sistema de saúde”, indivíduos que foram a uma consulta médica nos últimos três meses; que foram hospitalizados nos últimos doze meses ou que possuem plano de saúde, apresentam um maior consumo de medicamentos (ARRAIS et al., 2005; VOSGERAU et al., 2011; FRANCISCO et al., 2014; GALVÃO, 2014).

Tanto o fato de ir a uma consulta médica nos últimos três meses, quanto os outros determinantes de saúde aqui apresentados, são diretamente influenciados pela cultura do consumo, onde o medicamento torna-se uma valiosa mercadoria da indústria farmacêutica, quando esta, frequentemente, se apossa da saúde, tratando-a como meio lucrativo. Assim, a indústria farmacêutica, se vale da medicalização, saber médico envolvido em todas as esferas da vida de uma pessoa e de toda uma população e que dita seus passos, o que abre caminho para o trilhar da medicamentação, que é o uso indiscriminado de produtos farmacêuticos, medicamentos no geral, para tratar toda e qualquer condição da vida humana, seja patológica verdadeiramente ou porque se tornou patológica com o advento da medicalização, como por exemplo, tratamento médico e medicamentoso para a dor do luto, da saudade ou de fatores próprios da condição humana, fazendo os lucros das indústrias alcançarem cifras bilionárias (GUERINI, 2015).

Dantas (2010), ao trabalhar o papel da publicidade para com os medicamentos, relata características da sociedade atual como determinantes deste uso de medicamentos, como a prática demasiada do capitalismo e do consumismo, aliados ao forte desenvolvimento tecnológico e da medicina, assim como da premente necessidade de gerar lucro, lançando mão, através do marketing, do engodo de que existe uma pílula mágica envolta de sofisticação e esperança, capaz de solucionar todo e qualquer problema, ainda que previamente este não fosse patológico, mas que pela medicalização se tornou. As estratégias de propaganda e marketing, perpassam por expor tanto aos médicos quanto ao consumidor, em linguagem científica, a doença e a tecnologia de ponta embutida no medicamento para o tratamento da mesma. Portanto, o medicamento

deixa de ser apenas uma mercadoria, para galgar o título de mercadoria/signo, repleto de valores, emoções, status e sentimentos. Assim, a propaganda cria uma forte relação entre a medicina e a sociedade, ao promover o medicamento como um ideário de desejo, e a medida que estabelece a fonte de sofrimento e a cura dessa, através da compra do medicamento. Dantas (2010) conclui que a propaganda de produtos farmacêuticos, em primeira instância, é a principal forma de tornar o medicamento atraente, e em seguida, indispensável ao indivíduo, enaltecendo seus benefícios, o colocando como solução para quase tudo na vida ou como um facilitador, sem nunca correlacionar o uso de medicamentos com efeitos adversos e riscos que seu uso promove.

Arrais (2009), em seu livro “Medicamentos: consumo e reações adversas”, destaca ainda outros fatores determinantes no consumo do medicamento que não são o foco desta pesquisa, mas que vale expô-los aqui, como a acirrada competição pelo monopólio do mercado farmacêutico entre as multinacionais, que a cada ano gera uma enxurrada de novos medicamentos; número elevadíssimo de novos medicamentos no mercado farmacêutico e que muitas vezes não possuem eficácia e segurança comprovadas; excessivo número de farmácias e drogarias, facilitando ao máximo o acesso aos medicamentos; busca por aconselhamento no balcão de farmácias e drogarias, onde muitas vezes o atendente está preocupado com a bonificação e metas a serem alcançadas no final do mês, não atentando ao real risco que o medicamento pode gerar; a grande e fácil disponibilidade de medicamentos isentos de prescrição médica, também chamados de medicamentos de venda livre; acesso fácil e consumo indiscriminado de medicamentos de venda sob prescrição médica ou controle especial; venda de medicamentos, controlados ou não, fora do estabelecimento farmacêutico, como bares, supermercados e feiras livres; entre outros fatores, como saneamento básico, que já fogem demais do escopo da pesquisa.

3.1.3 O consumo de medicamentos no cenário mundial

É notório que o uso racional de medicamentos tem melhorado a qualidade de vida e aumentado a expectativa de vida das pessoas, se tornando um artigo de relevância para a sociedade atual e indispensáveis em muitos tratamentos médicos. Desta maneira, muitos estudos têm se prestado à avaliar o uso de medicamentos, analisando prevalências, diversas características e tendências deste consumo. Assim, destaca-se que a prevalência de uso global de medicamentos (uso de qualquer medicamento, com ou sem receita médica) na Alemanha foi de 74,7%; 65,1% na Espanha; e de 49,6% em Cuba (SANS, 2002; CARRERA-LASFUENTES et al., 2013; BERTOLDI et al., 2016).

Detalhando melhor o consumo de medicamento em alguns países no mundo, destaca-se estudo realizado na Suécia, publicado nos anos 2000, com a população feminina (2991 mulheres responderam o questionário que receberam por caixa postal) que estava, no momento da entrevista, utilizando algum medicamento sob prescrição médica. Nota-se, que 40% da amostra relatou estar utilizando ao menos um medicamento e que aproximadamente 11%, três ou mais medicamentos. Os medicamentos mais utilizados foram aqueles que atuam no sistema geniturinário (22%), sistema nervoso (12%), cardiovascular (10%) e musculoesquelético (8%). O estudo ainda relata que a idade, o nível educacional e a saúde percebida permaneceram significativamente correlacionados ao uso de medicamentos na análise multivariada. As mulheres com 55 ou mais anos tiveram 3,52 vezes mais chances de usar medicamentos do que mulheres de 34 a 44 anos. Assim como, aquelas que alegaram ter um péssimo estado de saúde tiveram 17 vezes mais chances de usar medicamentos do que as que disseram ter um excelente estado de saúde (BARDEL; WALLANDER; SVÄRDSUDD, 2000).

Estudo transversal realizado com a população adulta da comunidade autônoma de Aragão, Espanha (2.700 adultos maiores de 16 anos), publicado no ano de 2013, com o objetivo de estimar a prevalência do consumo de medicamentos desta população, revelou que 65,1% dos participantes haviam consumido ao menos um medicamento ao longo das duas semanas anteriores à entrevista, sendo que 11,7% deste consumo foi fruto de automedicação. Destaca-se o maior consumo entre as mulheres (prevalência de 71,3% e de 58,7% entre os homens), assim como um maior consumo com o passar da idade (25 -

34 anos: 49,7%; 65 – 74 anos: 91,8%). As mulheres consumiram 1,67 vezes mais medicamentos do que os homens; e aqueles com idade entre 65 – 74 anos consumiram 10,9 vezes mais medicamentos do que os com idade entre 16 – 24 anos. O consumo também foi maior entre aqueles que consideram ter um pior estado de saúde (prevalência de consumo de 55,2% entre os que consideram ter um bom estado de saúde e de 92,1% entre aqueles que consideram ter um estado de saúde ruim), no qual aqueles com um estado de saúde ruim consumiram 5,9 vezes mais medicamentos do que os que consideraram ter um bom estado de saúde. Os medicamentos mais consumidos foram analgésicos (25,5%) e anti-hipertensivos (17,5%), sendo que 39,2% haviam consumido algum produto farmacêutico para tratamento de dor não especificada (CARRERA-LASFUENTES et al., 2013).

Estudo realizado por Rocío et al. (2017), também com a população espanhola (21.007 indivíduos com idade acima de 15 anos), utilizando dados secundários individualizados da Pesquisa Nacional (Espanha) de Saúde (2012), um estudo transversal, referente ao consumo de medicamentos nas duas semanas anteriores à entrevista, não considerando imigrantes, mostrou ligeiro decréscimo no consumo de medicamentos (61,7%), quando comparado ao estudo de Carrera-Lasfuentes et al., (2013), 65,1%, mantendo-se maior o consumo entre o gênero feminino (prevalência de 68,6% entre as mulheres e de 54,7% entre os homens) e entre os mais idosos (25 – 44 anos: 50,5%; 75 anos ou mais: 86,1%). Os analgésicos foram os medicamentos mais consumidos por esta população, no qual destaca-se uma prevalência de 51,4% de consumo de produto farmacêutico para o tratamento da dor pela população nativa; prevalência de 29,9% de consumo de medicamentos para o tratamento de pressão sanguínea; e prevalência de 20,6% de consumo de medicamentos para o estômago.

Estudo transversal realizado em Bogotá, Colômbia, em 325 domicílios, revelou que 58,5% das famílias entrevistadas consumiram ao menos um medicamento durante as duas semanas anteriores à entrevista. Nota-se também que, a prevalência da automedicação fora de 27,3%, sendo mais presente entre as mulheres (77,8%). Por fim, destaca-se o maior consumo de analgésicos (59,3%) e antigripais (13,5%). Em relação aos principais diagnósticos para o consumo de medicamentos por automedicação estão dor (31,1%), gripe (20%) e febre (4,4%) (LÓPEZ; DENNIS; MOSCOSO, 2009).

3.1.4 O consumo de medicamentos no Brasil

Partindo para análises nacionais do consumo de medicamentos, estudo realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 2003, apontou que a prevalência da utilização de medicamentos entre as regiões do país foi maior no Sul (62,3%) e Sudeste (62,2%), seguidos pelo Centro-Oeste (50,5%), Nordeste (50,2%) e Norte (43,1%) (BRASIL, 2003). Carvalho et al. (2005), analisando os dados do estudo realizado pelo CONASS, mostra que a prevalência do consumo de medicamentos, entre a população brasileira, durante as duas semanas anteriores à pesquisa, foi de 49%. O autor também relata uma maior prevalência do consumo de medicamentos entre indivíduos do sexo feminino, 57,2%, contra 39% do sexo masculino; entre indivíduos mais velhos (18-39: 38,9%; 40-59: 54%; 60 ou mais: 73%); e que julgam ter uma saúde ruim ou muito ruim, 73,8% (boa a muito boa: 38,9% e moderada: 57%). Foi observado uma prevalência de 25% de automedicação entre a amostra analisada. Destaca-se também que 22,1% dos medicamentos consumidos eram analgésicos, antipiréticos, anti-inflamatórios e relaxantes musculares, seguidos pelos cardiovasculares (13,5%) e pelos hormônios e contraceptivos (6%).

Bertoldi et al. (2004) em estudo realizado entre adultos do município de Pelotas, RS, ao questionar o uso de medicamentos nas últimas duas semanas, obteve uma prevalência do uso global de medicamentos de 65,9%. Destaca-se que 47,7% da amostra utilizou um ou dois medicamentos e 18,2% utilizou três ou mais. Do total de medicamentos utilizados, 45,2% foram para tratamento de problemas agudos e 54,8% para problemas crônicos. O consumo de medicamentos foi maior entre as mulheres (78,5%) em comparação aos homens (49,3%), assim como foi observado que o passar da idade leva a um maior consumo de medicamentos (20-39: 57,8%; 40-59: 68,2%; 60 ou mais: 81,8%). Indivíduos pertencente às classes A/B apresentaram uma prevalência de consumo de 73,4%, sendo que a utilização esteve diretamente associada ao nível econômico de cada uma das classes, assim como, 23,8% dos indivíduos da classe A consumiram três ou mais medicamentos. Os autores também relatam que a autopercepção de saúde está diretamente associada ao uso de medicamentos, sendo que a prevalência da utilização de três ou mais medicamentos aumenta conforme piora a autopercepção de

saúde. O estudo destaca o grande uso de medicamentos pertencentes ao grupo dos analgésicos e anti-inflamatórios (26,6%), com destaque para os analgésicos não opióides (16,5%) e anti-inflamatórios não esteroides (8,3%), seguido pelo grupo dos medicamentos que atuam no sistema cardiovascular (24,6%), sobressaindo o uso de anti-hipertensivos (11%) e de diuréticos (6,5%) e ocupando a terceira posição, os medicamentos que atuam no sistema endócrino e reprodutor (12,1%), com destaque para os contraceptivos (6,5%).

Estudo realizado com a população geral de Fortaleza, CE, por Arrais et al., (2005), revelou que 49,7% dos entrevistados referiram ter consumido ao menos um medicamento nos últimos quinze dias precedentes à pesquisa. O autor destaca que houve maior consumo entre as mulheres (55,6%) em relação aos homens (37,1%) e que o consumo aumenta conforme a idade aumenta (0-15: 38,8%; 16-49: 44,4%; 50 ou mais: 67,2%). O consumo também foi maior entre aqueles que alegavam doença crônica (88%), em comparação com aqueles que não apresentavam (39%), assim como, entre aqueles que realizaram uma ou mais consultas médicas nos últimos três meses (64,5%) ou que tenha sido hospitalizado ao menos uma vez no último ano (62%). O consumo também está elevado entre aqueles que julgam ter uma saúde ruim ou muito ruim, 69,9% (excelente a muito boa: 40,7% e boa: 47,5%). Outro fator preditor no consumo de medicamentos, foi a presença de indivíduos por domicílio, onde foi revelado que quanto menos pessoas, maior o consumo (≤ 3 : 56%; 4-5: 48,5%; ≥ 6 : 38,4%). Nota-se também que indivíduos com renda familiar mensal superior a três salários mínimos apresentaram uma prevalência de consumo de 55,2%, em comparação com que recebe menos do que esse valor, 40,8%.

Vosgerau et al. (2011), em estudo realizado com a população adulta de Ponta Grossa, PR, sobre o consumo de medicamentos nos últimos sete dias anteriores à pesquisa, identificaram uma prevalência de consumo de 67,1%, com maior utilização entre as mulheres, 77,5%. Os autores relatam que pessoas com doenças crônicas possuem 2,4 vezes mais chances de utilizar medicamentos do que pessoas que não possuem doenças crônicas (OR = 2,40, IC 95%: 1,35 – 4,3). Outro fator que aumenta a razão de chances de uso de medicamentos, segundo os autores, é considerar seu estado de saúde ruim (OR = 2,85, IC 95%: 1,48 – 5,48). Nota-se que, 27,1% dos entrevistados fizeram

uso de apenas um medicamento durante o período referente à pesquisa; 32,3% utilizou de dois a três; e 7,7% utilizou cinco ou mais medicamentos. Além disso, o estudo revela que, com o aumento da idade, ocorre o aumento no número de fármacos consumidos. Em análise do uso do medicamento, os autores destacam que os medicamentos mais consumidos, segundo grupos anatômicos são: medicamentos com ação no sistema nervoso (29,5%), no aparelho cardiovascular (20,4%) e no aparelho digestivo e metabolismo (12,8%). Dentre as classes terapêuticas mais utilizadas estão os analgésicos (17,4%), os hormônios-sexuais (9,6%) e os anti-inflamatórios (7,8%). Ressalta-se também, que a dipirona foi o princípio ativo mais utilizado. A pesquisa mostra que 77,1% dos medicamentos utilizados foram prescritos por médicos; 3% foram indicados por farmacêutico ou balconista; 2,8% por parentes ou amigos; e 17,1% por conta própria.

Em análise realizada por Bertoldi et al. (2016) dos dados da Pesquisa Nacional de Acesso e Uso de Medicamentos (PNAUM), nos últimos quinze dias anteriores à pesquisa, os autores referem que a prevalência do consumo de medicamentos entre a população brasileira é de 50,7%, sendo mais presente entre as mulheres, 61%, do que entre os homens, 39,3%. Nota-se que o passar da idade leva a um maior consumo de fármacos, onde tem-se uma prevalência de 11,2% entre indivíduos de 20 a 39 anos; 39,4% entre os da faixa etária de 40 a 59 anos; e de 74,8% entre os com 60 ou mais anos de idade, observa-se ainda que, para todas estas faixas etárias analisadas, houve maior prevalência do consumo do medicamento entre as mulheres. Destaca-se também que, o consumo de medicamentos entre a classe A/B (51,9%) é ligeiramente superior do que nas outras classes e do que a média nacional (C = 51,1%; D = 50,1%; E = 43,5%; Nacional = 50,7%). Por fim, os autores relatam uma maior prevalência do consumo de medicamentos na região nordeste, 53,4%, (N = 42,4%; S = 49,8%; SE = 50,8%; C-O = 51,8%), assim como, maior consumo de medicamentos entre pessoas com quadros clínicos agudos (33,7%) do que entre pessoas com quadros clínicos crônicos (24,3%).

Estudo realizado por Arrais et al. (2016) dos dados do PNAUM, nos últimos quinze dias anteriores à pesquisa, revela que a prevalência da automedicação entre a população brasileira é de 16,1%, sendo maior entre as mulheres, 19%, em comparação aos homens, 13,1%. Nota-se que indivíduos na faixa etária de 20-39 anos, apresentam maior prevalência de automedicação (21,6%), do que indivíduos mais velhos, 40 ou mais

anos de idade (16%). Outro ponto de destaque, foi a automedicação em função da escolaridade, onde observou-se que indivíduos com tempo de estudo \geq a 12 anos, praticam mais a automedicação (19,4%), enquanto aqueles com escolaridade \leq 8 anos apresentaram prevalência de 14,7%. A região Nordeste, se destaca sendo a que apresenta a maior prevalência de automedicação, 23,8%, seguida pelo Centro-Oeste, 19,2%, enquanto Sul e Sudeste apresentam 11,4% e 12,8% respectivamente. Arrais et al. (2016) ainda identificaram que os medicamentos mais consumidos pela população brasileira são aqueles que agem sobre o sistema nervoso central, aparelho musculoesquelético, trato alimentar e sobre o metabolismo. Logo, as classes terapêuticas mais utilizadas são os analgésicos (33,4%), relaxantes musculares (13,8%) e anti-inflamatórios e anti-reumáticos (11,7%).

Nascimento et al. (2017), ao analisarem os dados do PNAUM, nos últimos quinze dias anteriores à pesquisa, referem que a prevalência da polimedicação (consumo de cinco ou mais medicamentos) entre usuários de medicamentos é de 9,4%, sendo a maioria do sexo feminino (79,9%) e da faixa etária entre 45 e 64 anos, 54,8%. O estudo revela que 95,1% dos indivíduos com duas ou mais doenças crônicas realizaram polimedicação. Neste contexto, as doenças crônicas mais referidas foram hipertensão (84,3%); dislipidemia (57,8%); artrite, artrose ou reumatismo (51,3%); depressão (47,3%) e diabetes Mellitus (41,6%). Os medicamentos mais utilizados pela população em polifarmácia possuem ação no sistema cardiovascular, sendo eles Sinvastatina (35,7%) e Losartana (34%), seguidos de fármacos destinados para outros tratamentos, como o Omeprazol (33,6%); AAS (26,5%) e Metformina (24,8%).

3.1.5 O consumo de medicamentos entre docentes

Araújo (2002), ao estudar a prevalência da automedicação, em um estudo transversal, com 100 docentes de uma universidade de Campina Grande, Paraíba, nos quinze dias anteriores à pesquisa, utilizando um questionário com 22 variáveis e técnicas simples de estatística para análise dos dados, como análise descritiva e bivariada, destaca que 45% dos docentes utilizaram ao menos um medicamento no período referido. Destes medicamentos consumidos, 17,7% fora indicado por médico, 11,6% por amigos e

vizinhos e 66,6% fora consumido por conta própria, remetendo a um percentual de 78,2% de automedicação, ou ainda, a uma proporção alarmante de que apenas um em cada cinco medicamentos consumidos foram indicados por médicos. Destaca-se também, uma maior prevalência do consumo entre as mulheres, 67%, enquanto menos da metade deste percentual fora consumido por homens, 31%. No entanto, aproximadamente 90% dos homens que consumiram medicamentos, o fizeram por automedicação, ao passo que uma taxa menor de automedicação fora encontrada entre as mulheres, 75%, evidenciando um consumo mais racional por parte das mesmas. Quanto às características deste consumo, nota-se que as classes terapêuticas mais utilizadas foram os analgésicos/antipiréticos, 64,4%; seguido dos contraceptivos, 17,7%; e depois por vitaminas, 8,8%. Relata-se também que 41,9% deste consumo fora para tratar dor de cabeça, 11,6% para tratar febre, 7% dos fármacos para dores em geral e outros 7% para tratar problemas digestivos.

Suzin (2005), pesquisando a saúde geral dos professores municipais de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, destaca que 48% dos docentes utilizaram ao menos um medicamento. Dentre a amostra, 28% utiliza antidepressivos e 17,6% necessita de algum medicamento para dormir, sendo que os ansiolíticos correspondem a 50% destes medicamentos utilizados como indutores e mantenedores do sono. Quanto à reposição hormonal, nota-se que 17,6% da amostra utilizou medicamentos com este propósito, enquanto 23,2% usam anticoncepcional como medida contraceptiva. O estudo também destaca que, 60% dos docentes apresentam dor e desconforto na região da coluna cervical, 56% sentem dor e desconforto nos membros superiores e 40% nos membros inferiores. Destaca-se ainda que 37% dos docentes apresentam dor e desconforto na coluna lombar e 28% apresentam dor de cabeça. No entanto, a pesquisa não relata ou faz referência ao uso de analgésicos ou outros medicamentos, nem tão pouco faz um estudo mais detalhado deste consumo, não indicando quais classes terapêuticas foram as mais utilizadas, qual a proporção de automedicação, ou ainda qual sexo ou faixa etária apresentou maior prevalência do consumo.

Camisasca (2005), em boletim publicado no site da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), traz um breve resumo sobre o consumo de medicamentos envolvendo 334 professores das unidades acadêmicas da UFMG, em um período de quinze dias anteriores à entrevista. A autora destaca que 48,6% da amostra pratica

automedicação, sendo o consumo ligeiramente maior entre os pós-doutores (76%) e titulares (75%), em comparação aos docentes com titulação de mestre (71%). Nota-se maior consumo entre os docentes da área de humanidades (79,8%), assim como, pertencer ao sexo feminino, estar exposto ao estresse, apresentar nível insatisfatório de sono e possuir conhecimento em farmacologia pode induzir a um maior consumo do medicamento. No boletim, ainda é exposto que, três quartos dos medicamentos consumidos são monofármacos, indicando uma racionalidade no uso do medicamento por parte dos mesmos. Quanto às classes de medicamentos mais utilizadas, destacam-se os analgésicos (17,8%), vitaminas (6,9%), hormônios (6,7%), fitoterápicos (6,3%) e antiácidos (5,9%). Apenas 3,8% dos medicamentos utilizados eram antidepressivos e 3,2% eram ansiolíticos. A autora ainda destaca que 3,2% dos docentes sofriam com hipotireoidismo, sendo a levotiroxina sódica o quarto fármaco mais utilizado entre a amostra.

Araújo e Carvalho (2009), ao analisarem as condições de trabalho docente e saúde na Bahia, em um estudo transversal abrangendo 257 docentes da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e 314 docentes da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), utilizando questionários autoaplicáveis abordando dados sociodemográficos; questões relacionadas ao cotidiano docente; características do ambiente de trabalho e queixas de doenças, destacam que 24,8% dos docentes da UFBA queixaram-se de dor na garganta e 25,8% de rouquidão. Um pouco abaixo destes índices, estão as prevalências dos professores da UEFS, onde 20,2% reclamaram de dor na garganta e 18,5% de rouquidão. Ainda comparando estas duas universidades, 18,8% dos docentes da UFBA, relataram dor nos braços; 36,1% dor nas pernas e 37% dor nas costas. Quanto aos docentes da UEFS, 16,7% relataram dor nos braços; 28,3% dor nas pernas e 30,8% dor nas costas. A análise de prevalência de transtornos mentais comuns foi de 18,7% entre docentes da UFBA, com maior prevalência no sexo feminino, 20% em relação aos homens, 17,6%. Quanto aos docentes da UEFS, 19,3% apresentaram transtornos mentais comuns, sendo também maior a prevalência entre as mulheres, 26,4%, em relação aos homens, 11,2%. O estudo não refere uma análise do consumo de medicamentos pela amostra, porém, espera-se que medicamentos para tratar dores de garganta, dores osteomusculares e medicamentos para o humor sejam mais consumidos pelo público da pesquisa.

Terra et al. (2011), em estudo transversal, descritivo e correlacional, pesquisando o perfil de 71 docentes do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública (39 docentes) e de uma universidade privada (32 docentes) de Alfenas, Minas Gerais, destacam que 41% dos docentes da universidade pública e 31,3% dos docentes da universidade privada utilizaram ao menos um medicamento. Apesar do estudo não fornecer a prevalência das classes terapêuticas mais consumidas, destaca que, em ambas as universidades, os medicamentos mais consumidos foram anti-hipertensivos, hipoglicemiante oral e o hormônio tireoidiano. Este consumo pode ser explicado pela prevalência de doenças encontradas na amostra, onde a presença de doenças crônicas entre os docentes da universidade pública foi de 33,3% e de 21,9% entre os docentes da universidade privada, sendo as mais frequentes hipertensão arterial, hipotireoidismo, e a diabetes mellitus. O estudo ainda destaca que, 40,8% da amostra total, pratica atividade física semanalmente e 7% diariamente, ao passo que 35,2% são sedentários. Quanto ao consumo de bebida alcoólica, 45,1% diz consumir, porém, 75% destes, tiveram um consumo menor que uma vez por semana. Nota-se que 4,2% dos docentes diz ser tabagista.

Barp (2013), em curta enquete com 29 docentes do município de Boa Esperança do Iguaçu, Paraná, sobre o uso de psicofármacos, expõe que aproximadamente 14% da amostra relataram consumo, sendo utilizado benzodiazepínico, antidepressivo e combinação de ambos. A enquete também destaca início de uso ou aumento da dose do psicofármaco após ingresso na carreira do magistério, porém sem correlacionar ambas as situações.

Ferreira (2016), pesquisando o uso de medicamentos por professores da rede estadual de educação de Rio Verde, Goiás, destaca que 79,2% dos docentes utilizaram ao menos um medicamento nos quinze dias anteriores à pesquisa, sendo utilizadas 538 especialidades farmacêuticas, que correspondem a 155 princípios ativos. Os medicamentos mais utilizados foram os que atuam no sistema nervoso (29,6%), sendo os analgésicos (15,9%; dipirona e paracetamol) a classe mais utilizada neste grupo, seguido por antidepressivos (6,7%; fluoxetina e escitalopram) e ansiolíticos (2,2%; clonazepam). O segundo grupo mais consumido, age sobre o sistema musculoesquelético (19,5%; analgésico + relaxante muscular (7,4%) e anti-inflamatório e antirreumático (7,6%)). O

terceiro grupo mais consumido, corresponde aos que atuam sobre o aparelho digestivo (17,3%); com destaque para analgésicos + antiespasmódico (4,6%) e antiácidos (4,6%). A maioria dos docentes (37,1%) fazia uso de um único medicamento e 8,3% cinco ou mais. Nota-se que 63,9% das indicações de uso foram recomendadas por médicos, enquanto 36,1% por indicação própria ou de parentes, amigos, farmacêuticos, entre outros. Os principais motivos de uso dos medicamentos foram dores em geral (26,7%); tratamento de doenças crônicas (13,2%); depressão (6,9%); gripe (3,6%); alergias e ansiedade (3,2% cada); e estresse (2,7%). O estudo relata maior uso de medicamentos pelo sexo feminino (73,4%) em relação ao masculino (26,6%). Nota-se um maior uso de medicamentos entre docentes que consideram ter uma condição de saúde boa ou muito boa (58,5% e 26,6%, respectivamente), enquanto que apenas 7,9% dos que declararam ter uma condição de saúde ruim utilizaram medicamentos. Houve um maior uso de medicamentos entre aqueles que apresentavam doenças crônicas (51,6%) e que realizaram ao menos uma consulta médica nos últimos três meses (66,1%).

3.1.6 Classificação do consumo de medicamentos – Sistema ATC

Muitos são os fármacos utilizados hoje em dia para os mais variados problemas de saúde em todo o mundo, assim como há uma grande quantidade de estudos sobre estes medicamentos, apontando mecanismos e sítios de ação; ação farmacológica e efeitos colaterais; princípios ativos e outras características. Desta forma, para realizar comparações internacionais confiáveis do consumo de medicamentos ou até mesmo do seguimento do padrão nacional de consumo, é mister um sistema internacional único de classificação dos medicamentos. Assim, criou-se o Sistema Anatômico-Terapêutico-Químico (*Anatomical Therapeutic Chemical – ATC*), que além de permitir comparações internacionais e nacionais do consumo, permite a análise das mudanças do consumo ao longo do tempo e em uma determinada região ou país. Desenvolveu-se juntamente ao sistema ATC, a Dose Diária Definida (DDD), uma unidade de consumo de medicamentos robusta às diferentes formas farmacêuticas disponíveis para fins de EUM comparativos (ACURCIO, 2013).

O Sistema de classificação ATC divide os fármacos em grupos, mediante o órgão ou sistema de sua ação, suas propriedades farmacêuticas, químicas e farmacológicas. Cinco são os níveis hierárquicos de classificação, sendo que no primeiro nível, os fármacos são divididos em 14 grupos anatômicos; no segundo nível tem-se o grupo farmacêutico principal; no terceiro nível define-se o subgrupo terapêutico; no quarto nível identifica-se o subgrupo terapêutico/químico; e por fim, no quinto nível, tem-se a substância química ou princípio ativo. Nota-se que o primeiro, terceiro e quarto nível são representados por letras do alfabeto, já o segundo e quinto nível são representados por dois dígitos (ver anexo 4 e 5) (ACURCIO, 2013).

3.2 Universidades no Ceará

O e-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior, é uma base de dados oficial e única de informações relativas às Instituições de Educação Superior – IES e cursos de graduação do sistema federal de ensino. Neste, as informações relacionadas às IES são declaratórias e de responsabilidade exclusiva dessas instituições. Para uma melhor organização de dados, o e-MEC categoriza as IES em diferentes categorias, sendo uma das categorias criadas a chamada categoria por organização acadêmica, a qual abarca faculdades, centros universitários, institutos federais, e universidades (BRASIL, 2017).

As universidades em sua guisa de fornecedoras do ensino superior, estimulam o pensamento reflexivo, o espírito científico e o florescer cultural, incentivam o trabalho de pesquisa e o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, assim como, contribuem para a formação de profissionais em diferentes áreas do conhecimento e colaboram na formação contínua das pessoas. As universidades diferem-se das faculdades, centros universitários e dos institutos federais, uma vez que oferecem uma maior quantidade de cursos; necessariamente desenvolvem atividades de ensino, pesquisa e extensão em diferentes áreas do conhecimento; tem autonomia para criação de novos cursos e programas de ensino sem necessidade de aprovação do MEC; e apresentam no mínimo um terço do corpo docente com dedicação em tempo integral à instituição (BRASIL, 1996).

O estado do Ceará conta com sete universidades registradas no e-MEC, sendo as localizadas fora da capital cearense a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) em Redenção; Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) em Sobral; Universidade Federal do Cariri (UFCA) em Juazeiro do Norte; e a Universidade Regional do Cariri (URCA), no Crato. As outras três universidades do estado estão em Fortaleza, sendo elas a Universidade Federal do Ceará (UFC), a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) (BRASIL, 2017).

3.3 O trabalho docente nas instituições de ensino superior e seus acometimentos

Entre os docentes da área da saúde, o consumo de medicamentos e a automedicação podem se tornar maiores devido ao acúmulo de conhecimentos acerca dos medicamentos, maior acesso aos produtos e experiências anteriores, tornando-os mais decididos e convictos em suas ações e na escolha dos medicamentos. Ademais, as situações de estresse e as condições de trabalho com as quais estes profissionais estão submetidos no cotidiano também contribuem para a maior utilização de medicamentos (AUTA et al., 2012; SEGAT; DIEFENTHAELER, 2013; LUZ et al., 2014).

Os professores universitários englobam uma das categorias de profissionais mais propensas a sofrerem de estresse no desenvolvimento de suas obrigações, prejudicando a saúde, o bem-estar e o desempenho pessoal e profissional (SERVILHA; ARBACH, 2011; SERVILHA, 2012; SOUZA; GUIMARÃES; ARAUJO, 2013). Nota-se que o estresse pode motivar o trabalho e auxiliar na tomada de decisões, porém, o estresse excessivo é prejudicial, afeta o sistema imunológico e é fator de risco para doenças cardíacas, gastrointestinais, neurológicas e de cunho emocional (SOUZA; GUIMARÃES; ARAUJO, 2013).

A realização de múltiplas tarefas a que estão submetidos os docentes de Instituições de Ensino Superior (IES) – sala de aula, projetos de pesquisa, extensão e docência, orientações, participação em programas de pós-graduação e a produção científica – podem estar relacionadas ao desenvolvimento de estresse e ao adoecimento. Assim, estes docentes estão expostos a muitas exigências; precisam conciliar muitas

atividades; possuem um grande volume de trabalho e, muitas vezes, precisam lidar com a escassez de recursos. Desta forma, têm que se adaptar às circunstâncias e condições de trabalho, lidando com preocupações e buscando superar suas expectativas, o que interfere diretamente em sua qualidade de vida.

3.3.1 Fatores determinantes no adoecimento dos docentes

Leite (2015), ao escrever o capítulo “Produtivismo acadêmico e adoecimento docente”, do livro “Precarização do trabalho e saúde docente nas universidades públicas brasileiras”, discute a hegemonia do neoliberalismo adentrando e dominando a vida acadêmica. Assim, a educação passa a se submeter aos interesses do capital, tornando características do capitalismo como suas, refletindo um ambiente acadêmico produtivista, competitivo ao extremo, obrigado a cumprir metas e que não dá o devido suporte financeiro, logístico e de capital humano para o desenvolver da profissão docente. O ter que cumprir prazos e aproveitar editais, ter que possuir sempre alunos para que o programa não perca bolsas, ter que participar de eventos científicos entre outros, tem corroborado para a ocorrência de agravos à saúde dos professores. Com tamanha sobrecarga, a somatização dos problemas acaba por refletir em um alto número de docentes adoecidos, acometidos frequentemente por estresse (alguns com síndrome de Burnout), depressão, problemas de coluna, hipertensão, enxaquecas, dentre outros.

Abreu, Coelho e Ribeiro (2017), em estudo sobre a percepção dos professores universitários sobre as repercussões do seu trabalho sobre a própria saúde, mostram que o cotidiano do docente pode levar a impactos físicos e orgânicos, como a falta de voz, cefaleia, queda do sistema imunológico, problemas musculoesqueléticos e problemas envolvendo o sistema nervoso, como o comprometimento do sono. Os autores também destacam os impactos psicológicos, como o estresse, ansiedade, irritação, frustração e preocupação. Estes acometimentos foram correlacionados à carga excessiva de trabalho dos docentes, sendo não rara as vezes, que estes, precisam levar trabalho para casa, ocupando sua noite, final de semana e feriados, consumindo assim seu tempo de descanso e lazer; às atividades administrativas que muita das vezes têm que desempenhar; e às muitas cobranças e exigências que estes sofrem. Nota-se um destaque para a sobrecarga

de trabalho e de exigências em relação à pesquisa, à produção e à publicação de artigos, que além de tomar muito tempo do pesquisador, proporciona um ambiente não saudável e competitivo entre os docentes, programas de pós-graduação e universidades.

Koetz, Rempel e Périco (2013), em estudo transversal com 203 docentes de instituições de ensino superior comunitárias do Rio Grande do Sul, utilizou o questionário autoaplicável WHOQOL-bref para identificar a qualidade de vida dos docentes e a correlação com características da vida acadêmica. Os autores destacaram que 48,3% dos docentes possuíam carga horária de 40 horas semanais e que há uma correlação negativa e significativa entre a carga horária semanal e a qualidade de vida no domínio psicológico ($r = -0,1442$, $p = 0,0484$). Esta correlação demonstra que, a medida que a carga horária semanal aumenta, menor é a qualidade de vida do docente no domínio psicológico, indicando um maior sentimento de desespero, ansiedade e insatisfação consigo mesmo. A qualidade de vida também diminui nos domínios meio ambiente e domínio social, a medida que aumenta a carga horária ($r = -0,1494$, $p = 0,0409$; $r = -0,1649$, $p = 0,0239$, respectivamente).

Souto et al. (2016), em estudo transversal com 221 professores de uma universidade pública de Minas Gerais, utilizou o questionário autoaplicável WHOQOL-bref para identificar a qualidade de vida dos docentes e a correlação com características da vida acadêmica. Os autores encontraram escores mais baixos da qualidade de vida em todos os domínios entre aqueles que possuíam mais de 12 anos de docência, indicando que quanto mais tempo de docência, menor a qualidade de vida, comprometendo assim a saúde física e psicológica do docente.

3.4 Motivação Intrínseca

A motivação intrínseca encontra sua base teórica nos estudos de Deci e Ryan (1985, 2000) ao tecerem a teoria da autodeterminação. Segundo estes autores, o ser humano em constante mudança, tende ao auto desenvolvimento, ou desenvolvimento do *self*, em conjunto com a interação com o meio em que se relaciona. Desta maneira, nesta teoria são colocadas três necessidades psicológicas básicas do indivíduo, a autonomia, a

competência e o vínculo, sendo estes três uma tríade interdependente (GUIMARÃES; BORUCHOVITCH, 2004).

Perceber-se responsável por suas próprias ações, comportamentos e decisões é o que a teoria da autodeterminação define como autonomia, deixando de lado o sentido da palavra que remete à independência, individualismo e desapego e abarcando a semântica da palavra que aborda auto-governo, auto-direção e autodeterminação (DECI; RYAN, 2000).

Estes autores, também trabalham o conceito de competência, sendo este o grau de efetividade para se engajar e realizar atividades. Na teoria da autodeterminação, o conceito de competência é encarado como a capacidade do indivíduo interagir com o meio, aprender e desenvolver as capacidades exigidas e assim, superar os obstáculos impostos por este meio. Deste modo, a sensação do progredir e de superar um desafio, traz uma sensação forte de competência entrelaçada com emoções positivas, fazendo deste sentimento de competência, algo motivacional (GUIMARÃES; BORUCHOVITCH, 2004).

O terceiro pilar desta tríade de necessidades psicológicas básicas trabalhadas na teoria da autodeterminação é o vínculo, também encarado como necessidade de pertencer ou de estabelecer vínculos, que é entendido como as relações de convívio que o sujeito faz com as pessoas do meio em que atua e convive. Desta maneira, as pessoas estabelecem e tentam manter, pelo menos em quantidades mínimas, relacionamentos agradáveis, duradouros e significativos com outras pessoas, o que influencia o equilíbrio emocional e o bem estar do indivíduo. (DECI; RYAN, 2000; GUIMARÃES; BORUCHOVITCH, 2004).

Desta maneira, trabalhar em um contexto social que privilegie as três necessidades psicológicas básicas do indivíduo, facilita e promove, a motivação intrínseca de cada profissional inserido neste contexto, já que a motivação intrínseca é composta e regulada por esta tríade, estando relacionada também à integridade psicológica e social (GUIMARÃES; BORUCHOVITCH, 2004). Assim, Deci e Ryan (2000) definem motivação intrínseca como a vontade própria de querer executar algo, como a ação voluntária de querer realizar uma tarefa sem esperar nada em troca, sem um sistema de recompensas extrínsecas acoplado a este processo, como dinheiro ou prêmios.

Logo, motivação intrínseca pode ser entendida como a busca incessante por um tesouro, onde se percorre trilhas e trilhas, mas onde se entende que o tesouro a ser encontrado é o próprio ato de se trilhar a trilha, sem uma “botija de ouro” no final deste caminho. Leva em consideração o divertimento, a satisfação e o prazer que se obtêm em participar do processo, em trilhar o caminho (GUIMARÃES; BORUCHOVITCH, 2004).

Guimarães (2009) destaca que quando há motivação intrínseca em um sujeito, este desempenha suas atividades por conta própria, para benefício próprio, por querer realizar tal atividade. Este se sente bem, se sente pleno na execução destas tarefas, pois isso lhe gera satisfação e gozo, sendo seu comprometimento forte e espontâneo, tendo a atividade um fim em si mesma. Desta maneira, a motivação intrínseca fornece ao indivíduo uma renovação constante dos seus interesses e do seu bem estar, uma vez que, sempre está a procura de novidades, de satisfação da curiosidade e de desafios a serem superados gerando sensação de domínio e prazer. No entanto, a perda da motivação intrínseca, pode gerar um profissional insatisfeito e desanimado, e que possa vir a desenvolver alguns quadros patológicos, como o desenvolvimento de doenças, a exemplo da síndrome de Burnout, levando a uma queda na qualidade de vida, ao consequente uso de medicamentos (com ou sem indicação e receita médica) e ao absenteísmo.

3.5 Absenteísmo

Protagonista na sala de aula como aquele que traz e conduz o saber, o papel do docente é “indiscutível” na universidade e na sociedade. Sociedade esta capitalista e segregadora, que não valoriza a classe dos docentes (que ao invés disso deprecia), que não reconhece os seus direitos e que em resposta aos serviços prestados, retribui com baixos salários, com sobrecargas de serviços e desvalorização profissional e social, impondo-lhes o papel de vítimas e coadjuvantes. Por conseguinte, este árduo papel, tem desencadeado doenças que comprometem a saúde física e mental, levando o profissional a ficar incapacitado para o trabalho e a lançar mão de medicamentos. Muita das vezes, esta rotina massacrante tem como desfecho o absenteísmo e a solicitação de licença médica para o tratamento de saúde (BRAZ, 2007; SPOSITO; GIMENES; CORTEZ, 2014).

Desta maneira, Delchiaro (2009) refere que absenteísmo é a ausência do funcionário no trabalho seja por falta ou atraso. Giomo (2009) define absenteísmo como o não comparecimento ao trabalho, sendo esta falta por motivos totalmente alheios à previsão da chefia do serviço, seja essa ausência decorrente de atraso, não comparecimento ou outro motivo. Esta situação, também chamada de ausentismo, esta relacionada à precarização do trabalho docente, atrasos involuntários, faltas voluntárias por motivos pessoais, a falta de valorização da carreira docente e insatisfação do docente, baixos salários, escassez de recursos humanos, carga horária, baixa motivação para trabalhar, problemas de saúde comuns e/ou ocupacionais, dentre outros (CHIAVENATO, 2008; GIOMO, 2009; SPOSITO; GIMENES; CORTEZ, 2014).

A ausência do profissional ou mesmo o atraso, pode interferir negativamente na qualidade do serviço prestado e no aprendizado do aluno. Levando em consideração as instituições de ensino superior federais, este é um grave problema, visto que são precários os meios de cobrar a assiduidade do docente ou até mesmo de se registrar a ausência deste profissional, deixando uma lacuna a ser preenchida, seja pelo regresso mais a frente deste profissional ou pelo remanejamento de outro para cobrir esta ausência. Quando o profissional se atrasa ou falta um ou outro dia, isso tem um impacto menos prejudicial, visto que o docente de alguma forma irá repor este tempo perdido, repondo o conteúdo. No entanto, atrasos e faltas frequentes podem tanto quebrar um ritmo de aprendizagem do aluno quanto demonstrar que pode haver algo de errado com a saúde e a qualidade de vida deste docente. Quando o profissional se afasta da docência durante o período letivo, a interação professor-aluno é interrompida e o tempo produtivo da aula é reduzido, visto que com o remanejamento de um novo docente, há a necessidade de uma apresentação do novo docente e um tempo para a sua adaptação tanto para com a turma quanto com o conteúdo e rotina, o que muita das vezes pode afetar a motivação dos alunos (TAVARES; CAMELO; KARSMIRSKI, 2009; SPOSITO; GIMENES; CORTEZ, 2014).

O absenteísmo também pode ser visto como uma forma de auto defesa do docente, uma vez que este passa a faltar às aulas para fugir da tensão derivada do exercício de sua profissão, sendo esta uma válvula de escape das tensões acumuladas (ZARAGOZA, 1999). Zaragoza (1999) também alerta que nos finais de trimestres e no final do curso o número de licenças médicas aumentam muito, sendo, de acordo com

Sombrio (2003) e Braz (2007), as especialidades médicas psiquiatria, neurologia e otorrinolaringologia as que apresentam maior número de dispensas.

3.6 Qualidade de vida

A expressão “qualidade de vida” é um conceito subjetivo que ganha diferentes sentidos e significados mediante à percepção do sujeito sobre o que é o objeto “qualidade” e sobre o que é objeto “vida”. Tentar dar uma definição taxativa e estática sobre este termo seria no mínimo ingênuo da parte de qualquer pesquisador que entende a subjetividade deste conceito e a constante transformação do homem, atribuindo novos conceitos a um mesmo objeto mediante novas experiências. No entanto, trago duas visões sobre o tema para que possam servir como ponto de partida para uma reflexão sobre este conceito.

Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995), refere que qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Já Gonçalves e Vilarta (2004) define qualidade de vida como “a percepção subjetiva do processo de produção, circulação e consumo de bens e riquezas. A forma pela qual cada um de nós vive seu dia-a-dia”.

Desta maneira, percebe-se que em apenas duas definições já se tem sentidos diferentes sendo explorados, no entanto, algumas palavras chave chamam a atenção, como “expectativas, preocupações, processo de produção e consumo de bens”. Palavras estas bem presentes na vida de docentes de IES, que entram na carreira docente mergulhados em grandes expectativas e cheios de boa vontade. No entanto, devido às preocupações excessivas com os diferentes tipos de aluno que estão envolvidos (graduandos, mestrandos, doutorandos e por vezes pós-doutorandos), com os diferentes tipos de programas que participam e devido ao produtivismo acadêmico frenético, se veem muita vezes privados de seus prazeres, de seus hobbies e círculos sociais. Nesta bola de neve, muita das vezes estes docentes se encontram em processos de desenvolvimento de doenças físicas e/ou mentais (como a *síndrome de Burnout*), o que inevitavelmente os levam a uma baixa qualidade de vida levando em consideração as

definições expostas. Com o objetivo de melhorar a saúde e ver-se mais disposto para o dia a dia, muitos docentes lançam mão de medicamentos, até mesmo de forma inapropriada, assim como tantos outros passam a apresentar uma rotina mais faltosa no trabalho, chegando muita das vezes a abandonarem a carreira acadêmica.

Pereira (2008), ao estudar a qualidade de vida (*WHOQOL-bref*) e condições de trabalho de 349 professores da educação básica da rede pública do município de Florianópolis, SC, constatou que a média da qualidade de vida geral auto-referida pelos docentes foi de 63 pontos (qualidade de vida considerada como indefinida pelo autor), sendo o domínio meio ambiente o que apresentou a menor média de pontuação (53 pontos). O estudo destaca que os domínios físico ($r = 0,631$) e meio ambiente ($r = 0,494$) foram responsáveis pelos maiores percentuais de explicação da qualidade de vida geral auto-referida no teste de correlação de *Pearson*. Nota-se ainda que 50,7% dos professores foram alocados na região de sucesso (pontuações acima de 70) para qualidade de vida auto-referida, sendo que 33% foram classificados na região de indefinição (pontuações de 41 a 70) e 16,3% na região de fracasso (pontuações de 0 a 40). Quanto aos domínios, o domínio meio ambiente foi o que apresentou a maior quantidade de docentes na região de fracasso (19,2%) e o domínio relações sociais o que teve maior percentual de docentes na região de sucesso (59,6%). O autor ainda revela que, considerando as razões de prevalência do modelo não ajustado, professores com maior tempo de magistério apresentaram prevalência 8,5 vezes maior de baixa qualidade de vida quando comparados com docentes no início de carreira. Docentes com maior carga horária apresentaram prevalência 2 vezes maior de baixa qualidade de vida em relação aos de baixa carga horária. As variáveis gênero, faixa etária e estado civil não se mostraram estatisticamente significante nas razões de prevalência ($p > 0,05$).

Koetz (2011), em sua pesquisa sobre a qualidade de vida de professores de instituições de ensino superior comunitárias, RS, aplicando o *WHOQOL-bref* em uma amostra de 203 docentes, não trabalha com a qualidade de vida geral auto-referida, porém refere que a média individual das respostas de cada domínio aponta para uma boa qualidade de vida (pontos de 61 a 80). Assim, o domínio físico apresentou uma média de 74,5 pontos; o domínio psicológico apresentou uma média de 72,7 pontos; o domínio social apresentou uma média de 71,3 pontos e o domínio meio ambiente apresentou uma

média de 69,7 pontos. Destaca-se também que entre os domínios, o psicológico e o meio ambiente foram os que apresentaram a maior quantidade de docentes que classificaram como boa, a qualidade de vida que possui (56% cada um). Nota-se que para todos os domínios, mais de 70% da amostra, consideram ter uma qualidade de vida muito boa ou boa, destacando o domínio físico, onde 49% relataram ter uma boa qualidade de vida e 38% a classificaram como muito boa. No entanto, 30% dos docentes classificaram como ruim ou nem ruim nem boa, a qualidade de vida que possui, no que se refere ao domínio relações sociais e 23% fizeram estas mesmas classificações no domínio meio ambiente. Destaca-se que de 1 a 2% classificaram como ruim a qualidade de vida que possui para todos os domínios. No estudo de correlação, realizado pela correlação de *Pearson*, destaca-se que quanto maior a carga horária dos professores menor foi o índice de qualidade de vida no domínio psicológico ($r = -0,1442$, $p = 0,0484$), expondo uma correlação fraca, negativa e significativa, assim como ocorreu no domínio social ($r = -0,1649$, $p = 0,0239$). Em relação à variável idade, a autora refere que quanto maior a idade, maior foi o índice de qualidade de vida no domínio psicológico ($r = 0,1885$, $p = 0,0095$), demonstrando uma correlação fraca, positiva e significativa. Quanto à variável “outras atividades desempenhadas”, professores que atuam como profissionais além das instituições de ensino possuem melhor qualidade de vida no domínio ambiental ($p = 0,0431$, ANOVA, teste de *Tukey*).

Machado et al. (2011), ao analisarem a qualidade de vida, pelo instrumento *WHOQOL-bref*, de 79 docentes de uma universidade federal em Diamantina, MG, apontam que 81% dos professores consideraram boa ou muito boa a qualidade de vida que possui, no que se refere à qualidade de vida geral auto-referida. Os autores destacam que para todos os domínios, a média das pontuações refletem uma boa qualidade de vida (pontuação entre 61 a 80), onde destaca-se que o domínio físico apresentou a maior média de pontos (73,3), sendo o aspecto mais positivo da qualidade de vida dos docentes. No entanto, o domínio meio ambiente foi o que apresentou a menor média de pontos (62,3), sendo o aspecto menos positivo da qualidade de vida dos docentes. Os autores descrevem ainda aspectos da qualidade de vida que se destacam positivamente e negativamente. Nota-se que os aspectos que mais influenciaram negativamente a qualidade de vida dos docentes foram a insatisfação com a saúde, sono e lazer, onde

27,84%; 18,98% e 17,72% dos docentes relataram estar insatisfeitos, respectivamente. Por outro lado, os aspectos que mais influenciaram positivamente a qualidade de vida dos docentes foram a capacidade de atribuir sentido à vida, a boa ou muito boa capacidade de se locomover e não sentirem ou sentirem muito pouco dores físicas capazes de impedi-los de realizar as atividades costumeiras, onde 88,60%; 86,07% e 79,74% dos docentes relataram estar satisfeitos com estes aspectos, respectivamente.

Tabeleão et al. (2011), ao trabalharem a qualidade de vida (*WHOQOL-bref*) e esgotamento profissional (Maslach Burnout Inventory) entre 601 docentes da rede pública de ensino médio e fundamental em Pelotas, RS, observaram que a qualidade de vida média dos docentes para cada domínio foi considerada como boa (pontos de 61 a 80), com exceção do domínio meio ambiente, que o valor da média reflete uma qualidade de vida nem boa nem ruim. Desta maneira, o domínio com a média de pontuação mais elevada foi o de relações sociais, 72,5 (DP = 17,3); seguido do psicológico, 70,6 (DP = 14,0); físico 69,2 (DP = 16,8); e por fim pelo domínio meio ambiente, 60,7 (DP = 14,0). Outro ponto relevante do trabalho é que para todos os domínios, quanto maior a renda familiar, mais alta a pontuação na qualidade de vida. Quanto maior a carga horária na escola, melhor as pontuações nos domínios físico e meio ambiente, onde quem ministra até 20h aulas por semana, apresentou uma qualidade de vida inferior mas ainda considerada boa (67,8), em relação a quem ministra mais de 20h aulas por semana, que também apresentou uma qualidade de vida considerada boa, porém com pontuação mais elevada (71,3) para o domínio físico. Já para o domínio meio ambiente, esta relação se mantém, porém, quem ministra até 20h aulas por semana, apresentou uma qualidade de vida inferior e considerada nem boa nem ruim, ao passo que quem ministra mais de 20h aulas por semana, apresentou uma qualidade de vida considerada boa (62,2). Nota-se que entre o sexo masculino, para os domínios físico e psicológico, houve uma ligeira melhora na qualidade de vida, onde para o domínio físico, os homens apresentaram pontuação de 73,8 contra 68,4 das mulheres e para o domínio psicológico, 74,4 contra 69,9 das mulheres. Em relação à síndrome de *Burnout*, houve uma prevalência global de 31%, onde registrou-se que 63% e 21% dos professores apresentaram, respectivamente, níveis médios e altos de exaustão. Quanto às dimensões, 30% apresentou altos níveis de despersonalização, e 58% e 14% apresentaram níveis médios e baixos de realização

pessoal, respectivamente. Outro fator alarmante, foi que todas as dimensões da síndrome se associaram significativamente com a qualidade de vida em todos os domínios, onde nota-se uma queda na qualidade de vida ao passo que aumenta a exaustão emocional e a despersonalização, no entanto, a qualidade de vida cai à medida que diminui a realização pessoal.

Santos (2015), ao trabalhar a relação entre aspectos nutricionais e qualidade de vida percebida entre 248 docentes de uma instituição de ensino superior de Sergipe, relata que 77,4% dos docentes perceberam sua qualidade de vida auto-referida (primeira pergunta do questionário) como boa ou muito boa, ao passo que apenas 4% considerou esta qualidade de vida como ruim ou muito ruim. No entanto, ao considerar a segunda pergunta do questionário, relativa à percepção de saúde, apenas 56,8% dos docentes perceberam sua qualidade de vida, no que tange à saúde, como boa ou muito boa, sendo que houve um acréscimo substancial para 14,5% daqueles que consideraram sua condição de saúde ruim ou muito ruim, revelando um contraste entre considerar ter uma boa qualidade de vida apesar de um saúde ruim ou não tão boa assim. Sabidamente a média das respostas destas duas perguntas formam a qualidade de vida geral auto-referida, indicada pelo autor como sendo de 67,84 pontos, sendo considerada uma qualidade de vida geral auto-referida boa, porém mais próxima de ser classificada como nem ruim nem boa do que como muito boa, fato este influenciado pela má percepção do estado de saúde de cada docente. Observou-se que a qualidade de vida média dos docentes para cada domínio foi considerada como boa (pontos de 61 a 80). Desta maneira, o domínio com a média de pontuação mais elevada foi o psicológico (77,23); seguido do físico (75,03); relações sociais (74,87); e por fim, pelo domínio meio ambiente (70,00). Destaca-se também que entre os domínios, o psicológico foi o que apresentou a maior quantidade de docentes que classificaram como boa (47,2%) ou muito boa (31,2%) a qualidade de vida que possui. No entanto, o domínio físico foi o qual a maioria dos docentes relataram ter uma pior qualidade de vida, com 10,1% destes classificando-a como ruim ou muito ruim para este domínio. Destaca-se ainda que o domínio meio ambiente foi o que apresentou a menor quantidade de docentes que classificaram como boa (43,5%) ou muito boa (23,1%) a qualidade de vida que possui. Nota-se que de 5 a 10,1% classificaram como ruim ou muito ruim a qualidade de vida que possui para todos os domínios. O autor relata

que as facetas dos domínios com uma menor pontuação atingida foram “Cuidados de saúde” (57,96); “Recursos financeiros” (59,48); e “Recreação e lazer” (61,69), sendo as duas primeiras classificadas como situações nem ruins nem boas e a terceira como boa, mas muito próxima da classificação anterior. Em contrapartida, as facetas “Autoestima” (91,53), “Mobilidade” (87,40), e “Transporte” (82,86) alcançaram as maiores pontuações, sendo classificadas como situações onde se aponta uma qualidade de vida muito boa. Por fim, o autor destaca que houve correlação positiva e significativa entre o domínio meio ambiente e o tempo de instituição do docente ($r = 0,2377$, $p < 0,001$), logo, quanto mais tempo de serviço, melhor a pontuação alcançada neste domínio. Algo semelhante ocorreu entre o domínio meio ambiente e a idade dos docentes ($r = 0,19072$, $p = 0,003$), logo, quanto mais idade, melhor a pontuação alcançada neste domínio.

Souto (2016), em estudo realizado sobre os fatores associados à qualidade de vida dos docentes da área da saúde de uma universidade pública de Minas Gerais, utilizando o *WHOQOL-bref* e com uma amostra de 221 docentes, relata que 75,1% dos docentes perceberam sua qualidade de vida auto-referida (1ª pergunta do questionário) como boa e 69,7% mostraram-se satisfeitos com sua saúde (2ª pergunta do questionário). Observou-se que a qualidade de vida média dos docentes para cada domínio foi considerada como boa (pontos de 61 a 80), com exceção do domínio físico, que o valor da média reflete uma qualidade de vida nem boa nem ruim (pontos de 41 a 60). Desta maneira, o domínio com a média de pontuação mais elevada foi o relações sociais (73,7); seguido pelo meio ambiente (70,4); psicológico (66,6); e por fim, pelo domínio físico (57,9). Apesar de o autor não expor os valores de correlação das variáveis estudadas, este relata que houve associação positiva estatisticamente significativa ($p = 0,037$) entre o domínio físico e a idade, indicando que os docentes mais velhos possuem uma qualidade de vida neste domínio melhor do que os mais jovens. Em relação ao tempo de atuação na docência, houve associação negativa estatisticamente significativa deste com os domínios físico ($p = 0,03$), psicológico ($p = 0,02$) e meio ambiente ($p = 0,04$), indicando maiores pontuações para docentes com até 12 anos de atuação, o que significa que quanto menor o tempo de docência, maior a qualidade de vida. O autor ainda aponta que as demais características – sexo, cor autodeclarada, outro vínculo empregatício, nível máximo de formação universitária, fumante – não foram encontradas associações significativas.

3.7 Síndrome de Burnout

Quando ocorre falta de equilíbrio entre os afazeres, exigindo mais do que as habilidades e recursos podem prover no momento, o profissional pode desenvolver a síndrome de *Burnout* (SB), caracterizada por um quadro de exaustão e esgotamento emocional, físico e mental, despersonalização e de baixa realização profissional, acompanhados do aparecimento de sintomas psicossomáticos decorrentes de distúrbios do sono, alterações gastrointestinais, cardiovasculares e desordens psíquicas, tais como dores generalizadas, insônia, ansiedade, depressão, gastrite e hipertensão (SERVILHA; ARBACH, 2011; SERVILHA, 2012; SOUZA; GUIMARÃES; ARAUJO, 2013).

A síndrome de *Burnout* (SB), também conhecida como a síndrome do esgotamento profissional ou sensação de estar acabado, é um tipo de estresse ocupacional crônico e causa consequências negativas ao indivíduo, afetando tanto o desempenho laboral como as relações interpessoais (CARLOTTO, 2002). Segundo a portaria N° 1339, de 18 de novembro de 1999, do ministério da saúde, a síndrome de *Burnout* (SB) é classificada no grupo V da CID-10, que se refere à transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho, tendo por fatores de risco de natureza ocupacional o ritmo de trabalho penoso e dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho. Assim, o magistério é uma profissão de alto risco para o desenvolvimento de estresse, tendo sido a síndrome de *Burnout* documentada em docentes universitários, como em estudos de Sousa e Mendonça (2009), Monteiro (2012) e Gomes et al. (2013).

A síndrome prejudica as condições de saúde do docente, assim como a qualidade de vida. Docentes relatam a falta de equilíbrio entre o trabalho e lazer, de modo que a realização de atividades físicas, culturais e esportivas é prejudicada, além das dificuldades em diversificar os campos de interesse e o desenvolvimento de atividades criativas. As interações sociais saudáveis também são afetadas e há menos tempo para a família. Muitas vezes, o profissional extrapola seus problemas e sentimentos de ansiedade, tristeza e preocupação para os familiares, gerando situações de conflito e apreensão no ambiente domiciliar (CARLOTTO, 2002; GARCIA; OLIVEIRA; BARROS, 2008).

Para o tratamento dos sintomas, o profissional pode recorrer ao uso de

medicamentos analgésicos, anti-inflamatórios, ansiolíticos e/ou antidepressivos, entre outros, o que pode sem dúvidas proporcionar as conhecidas reações adversas à medicamentos (SEGAT; DIEFENTHAELER, 2013).

Figueiredo-Ferraz et al. (2009), relatam em sua pesquisa sobre a prevalência da síndrome de *Burnout* (SB) em uma amostra de 211 professores de diferentes colégios de Portugal, utilizando o questionário de avaliação para a síndrome de *Burnout* (CESQT), que 14,2% da amostra apresentou um alto nível da síndrome de *Burnout* para as dimensões ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico e indolência, indicando que estes apresentaram o perfil 1 da síndrome de *Burnout*. Quanto ao perfil 2, caso mais deteriorado da síndrome de *Burnout*, 1,9% dos docentes se encontraram nesta condição, apresentando altos níveis da síndrome de *Burnout* para as dimensões já citadas no perfil 1, acrescida agora por alto nível para a dimensão culpa. Destaca-se que o autor categoriza com altos níveis de síndrome de *Burnout* aqueles que obtiveram valores médios, em cada dimensão, maior ou igual a 2 escores (escala de 0 a 4) e como baixos níveis de SB aqueles que obtiveram valores médios, em cada dimensão, menor a 2 escores (escala de 0 a 4). Mais detalhadamente, 9% dos docentes demonstraram baixa ilusão pelo trabalho; 45,5% alcançaram altos níveis de desgaste psíquico; 12,8% altos níveis de indolência; e por fim, 7,1% altos níveis de culpa. No entanto, considerando a classificação dos dados em percentis (P10; P25; P33; P66; P75 e P90), o autor destaca que 9% dos docentes demonstraram baixa ilusão pelo trabalho; 36% alcançaram altos níveis de desgaste psíquico; 9% altos níveis de indolência; e por fim, 10,4% altos níveis de culpa. Nota-se também, que considerando os percentis, 2,4% da amostra apresentou perfil 2 da síndrome de *Burnout*.

Rojas (2010), realizou um estudo sobre a prevalência da síndrome de *Burnout* em uma amostra de 698 professores do primário da cidade da Cidade do México, México, utilizando o questionário de avaliação para a síndrome de *Burnout* (CESQT). Em sua pesquisa, a prevalência da síndrome de *Burnout* para cada dimensão foi considerada pelo valor médio alcançado, onde classificou-se como baixa ilusão pelo trabalho, pontuações menores ou iguais a 2 (escala de 0 a 4 pontos) e para as dimensões desgaste psíquico, indolência e culpa, uma pontuação maior que 2 escores para considerar uma alta prevalência. O pesquisador identificou que o maior valor entre as médias das dimensões

foi obtido para a ilusão pelo trabalho ($\mu = 3,5$; $DP = 0,58$), indicando baixo nível de síndrome de *Burnout*. A dimensão desgaste psíquico apresentou um valor médio de 1,6 ($DP = 0,84$), a dimensão culpa apresentou um valor médio de 0,96 ($DP = 0,67$) e a dimensão indolência um valor médio de 0,76 ($DP = 0,59$). O autor destaca que 3% da amostra apresentou baixa ilusão pelo trabalho; 37,4% manifestaram altas pontuações em desgaste psíquico; 4,7% altos níveis de indolência e 9,7% se sentiam culpados por alguma ação no trabalho. Nota-se que 35,5% da amostra apresentou um alto nível da síndrome de *Burnout* para as dimensões ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico e indolência, indicando que estes apresentaram o perfil 1 da síndrome de *Burnout*. Quanto ao perfil 2, caso mais deteriorado da síndrome de *Burnout*, 17,2% dos docentes se encontraram nesta condição, apresentando altos níveis da síndrome de *Burnout* para as dimensões já citadas no perfil 1, acrescida agora por alto nível para a dimensão culpa. O artigo ainda revela que os homens apresentaram níveis significativamente mais baixo de ilusão pelo trabalho (3,36) e para desgaste psíquico (1,52) quando comparados às mulheres (3,54 e 1,70, respectivamente, $p = 0,001$). Por fim, o estudo mostra que o maior caso de baixa ilusão pelo trabalho ocorreu entre indivíduos na faixa etária de 41 a 50 anos, atingindo 5,9% dos docentes, nesta faixa etária ainda se encontram o maior número de casos de alto desgaste psíquico (24%), alta indolência (5%) e alta culpa (6%).

Vilela (2014), estudou os fatores associados à síndrome de *Burnout* em uma amostra de 253 professores de colégios públicos do Peru, utilizando o questionário de avaliação para a síndrome de *Burnout* (CESQT). A autora aborda que o maior valor entre as médias das dimensões foi obtido para a dimensão culpa ($\mu = 63,43$; $DP = 26,76$), seguida por desgaste psíquico, que apresentou um valor médio de 36,51 ($DP = 25,56$); indolência, que apresentou um valor médio de 31,96 ($DP = 26,75$); e por fim, ilusão pelo trabalho, que apresentou um valor médio de 22,04 ($DP = 0,80$), indicando alto nível de síndrome de *Burnout*, já que para esta dimensão baixos escores são indicativos de altos níveis de síndrome de *Burnout*. No entanto, em relação à distribuição de frequências segundo percentis (P10; P33; P66 e P90), o autor destaca que não houve participantes que classificaram ter uma ilusão baixa ou muito baixa pelo trabalho, ao passo que 65% dos docentes se encontraram em níveis altos ou críticos; 3% alcançaram níveis críticos e 16% altos níveis de desgaste psíquico; 4% níveis críticos e 6% altos níveis de indolência; e por

fim, 29% alcançaram níveis críticos e 20% altos níveis de culpa. Nota-se também, que considerando os percentis, 2,4% da amostra apresentou perfil 1 e 9,5% perfil 2 da síndrome de *Burnout*.

Dattoli et al. (2015), relatam em sua pesquisa sobre a síndrome de *Burnout* com amostra de 71 professoras de escolas primárias da cidade de Montevideo, Uruguai, utilizando o questionário de avaliação para a síndrome de *Burnout* (CESQT), que 21,4% da amostra apresentou um nível crítico da síndrome de *Burnout* para as dimensões ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico e indolência, indicando que estes apresentaram o perfil 1 da síndrome de *Burnout* e 24,3% apresentaram nível alto, mostrando uma situação de vulnerabilidade das docentes em desenvolver a síndrome de *Burnout*. Destaca-se que 9,9% da amostra considera ter uma ilusão muito baixa pelo trabalho e 19,7% uma baixa ilusão. Quanto ao desgaste psíquico, 28,2% da amostra se encontra em estado crítico e outros 28,2% da amostra se encontra com um alto nível de desgaste. Para a indolência, 16,9% apresentaram nível crítico e 28,2% apresentou alto nível de indolência. Por fim, 5,6% das professoras apresentaram um nível crítico para culpa e 25,4% um alto nível de culpa. Nota-se que 1,4% da amostra apresentaram o perfil 2 da síndrome de *Burnout*, que envolve um sentimento crítico de culpa.

Gil-Monte et al. (2011), relatam em sua pesquisa sobre a prevalência da síndrome de *Burnout* em uma amostra de 714 docentes da cidade de Porto Alegre, utilizando o questionário CESQT, que o maior valor entre as médias das dimensões foi obtido para a ilusão pelo trabalho ($\mu = 3,01$; $DP = 0,80$), indicando baixo nível de síndrome de *Burnout*. A dimensão desgaste psíquico (DP) apresentou um valor médio de 1,63 ($DP = 0,89$), a dimensão culpa apresentou um valor médio de 1,11 ($DP = 0,63$) e a dimensão indolência um valor médio de 1,00 ($DP = 0,74$). Nota-se que 12% da amostra apresentou um alto nível da síndrome de *Burnout* para as dimensões ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico e indolência, indicando que estes apresentaram o perfil 1 da síndrome de *Burnout*. Quanto ao perfil 2, caso mais deteriorado da síndrome de *Burnout*, 5,6% dos docentes se encontraram nesta condição, apresentando altos níveis da síndrome de *Burnout* para as dimensões já citadas no perfil 1, acrescida agora por alto nível para a dimensão culpa. Destaca-se que o autor categoriza como altos níveis de síndrome de *Burnout* aqueles que obtiveram valores médios, em cada dimensão, maior ou igual a 2

escores (escala de 0 a 4) e como baixos níveis de síndrome de *Burnout* aqueles que obtiveram valores médios, em cada dimensão, menor a 2 escores (escala de 0 a 4).

Costa (2014) ao estudar a prevalência da síndrome de *Burnout* em uma amostra de 169 professores universitários de Piracicaba, SP, utilizando o questionário CESQT, identificou que o maior valor entre as médias das dimensões foi obtido para a ilusão pelo trabalho ($\mu = 2,93$; $DP = 0,81$), sendo que nesta dimensão, altas pontuações são indicativas de baixos níveis de síndrome de *Burnout*. No entanto, o valor médio mais baixo encontrado, foi para a dimensão indolência ($\mu = 0,68$; $DP = 0,56$), na qual, baixas pontuações são indicativas de baixos níveis de síndrome de *Burnout*. O estudo mostrou que 11,2% ($n=19$) dos docentes apresentaram perfil 1 e 3% perfil 2 da síndrome de *Burnout*. Destaca-se também que em todas as dimensões houveram casos críticos, ou seja, docentes que apresentaram nível muito baixo de desgaste psíquico (17,8%), ilusão pelo trabalho (11,2%), culpa (8,3%) e indolência (5,9%).

Dutra et al. (2016) em sua pesquisa sobre a síndrome de *Burnout* com 311 docentes do ensino superior de instituições privadas de Santarém, PA, utilizando o questionário CESQT, relata que docentes sem companheiros e os com mais tempo de instituição foram os que apresentaram maior ilusão pelo trabalho, fator que indica baixos níveis de síndrome de *Burnout*. No entanto, baixos níveis para esta dimensão, ilusão pelo trabalho, foram encontrados entre os docentes com maior tempo de docência e curiosamente entre os que relataram melhor estado de saúde. Em relação à dimensão desgaste psíquico, notou-se que quanto menor a idade e o tempo de instituição, maior foi o desgaste psíquico. Porém, quanto maior o tempo de docência, maior foi o desgaste psíquico. Na dimensão indolência, os docentes que referiram pior percepção de saúde, obtiveram maior pontuação nesta dimensão, indicando maior nível de síndrome de *Burnout*. Por fim, para a dimensão culpa, docentes com pior relacionamento entre os colegas e chefes e aqueles com maior cansaço para realizar atividades diárias, apresentaram maior pontuação nesta dimensão, refletindo maior nível de síndrome de *Burnout*.

Carlotto e Câmara (2017), pesquisando os riscos psicossociais associados à síndrome de *Burnout* em uma amostra de 250 docentes universitários da região metropolitana de Porto Alegre, utilizando o questionário CESQT, identificaram que o

maior valor entre as médias das dimensões foi obtido para a ilusão pelo trabalho ($\mu = 3,18$; $DP = 0,68$), indicando baixo nível de síndrome de *Burnout*. A dimensão desgaste psíquico apresentou um valor médio de 1,85 ($DP = 0,78$), a dimensão culpa apresentou um valor médio de 0,94 ($DP = 0,63$) e a dimensão indolência um valor médio de 0,91 ($DP = 0,58$). O autor destaca que quanto maior a presença de conflitos interpessoais no trabalho, menor é a ilusão pelo trabalho; quanto maior o conflito de papel percebido pelo docente, maior o sentimento de desgaste psicológico; quanto maior os conflitos interpessoais, maior o comportamento de indiferença e distanciamento nas relações; e por fim, quanto maior o conflito de papel e interpessoal, maior a culpa sentida pelo docente por não corresponder às expectativas sociais cobradas pela sociedade.

4. MÉTODOS

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um “Estudo de Utilização de Medicamentos” (EUM) quantitativo, com delineamento transversal, realizado com docentes da Universidade Federal do estado do Ceará, no período de 17 de abril de 2018 à 25 de junho de 2018. Participaram da pesquisa docentes de todos os três campus de Fortaleza e dos quatro campus espalhados pelo interior do estado, tendo a utilização de medicamentos como a variável de desfecho.

4.2 Plano de desenvolvimento da pesquisa

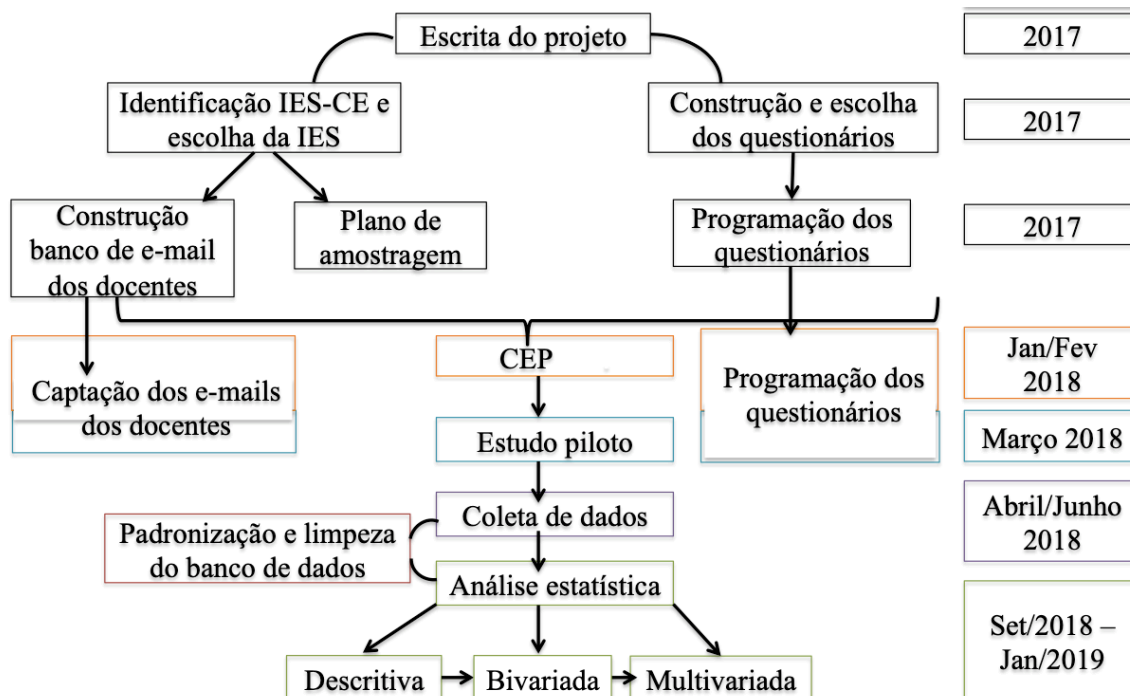
De forma a dar um panorama geral sobre o desenvolver do projeto, apresenta-se aqui sucintamente, as etapas que foram seguidas nesta pesquisa, mas que foram melhor detalhadas a seguir. Assim, conforme exposto, considerando o desenho do estudo, o local, a população e a amostra, as variáveis e os questionários que foram aplicados e o estudo piloto, tem-se o planejamento de pesquisa realizado (Figura 1).

Após a escrita e planejamento do projeto, este foi enviado ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da UFC. Em paralelo ao período de análise e aprovação do projeto pelo CEP, os formulários foram digitalizados, assim como foi construído o banco de dados para receber as informações que seriam coletadas a partir dos questionários. Conjuntamente à análise do projeto pelo CEP, foi realizado a montagem da planilha no Excel para obter o e-mail de cada professor.

Após aprovação do projeto pelo CEP, realizou-se o estudo piloto em duas etapas. Enquanto ocorria a tramitação do projeto no CEP e as correções realizadas no questionário de entrevista e aprovação deste pelos pesquisadores convidados, houve a captação dos e-mails dos docentes e alimentação do banco de e-mails. Em seguida, ocorreu simultaneamente a divulgação da pesquisa e envio dos questionários aos docentes. Após este período, utilizou-se os próximos três meses para o “limpar” o banco de dados e proceder com as análises estatísticas descritivas. Os meses restantes foram destinados à análises estatísticas mais aprofundadas e à escrita e discussão dos resultados,

assim como escrita de artigos, apresentações em congressos e para a defesa da dissertação.

FIGURA 1: Fluxograma geral da metodologia desenvolvida



Fonte: Próprio autor

4.3 Da escolha do local

Foi realizado uma consulta online no site do e-MEC, efetuando busca por instituições de ensino superior, localizadas em todo o estado do Ceará, envolvendo as seis categorias administrativas (pública municipal; pública estadual; pública federal; privada sem fins lucrativos; privada com fins lucrativos; e especial), tendo o título de “Universidade” como sua organização acadêmica e credenciamento “Presencial – superior” ou “EAD – superior”. Assim, constatou-se a atividade de sete universidades com estas características, sendo elas: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), em Redenção; Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em Sobral; Universidade Regional do Cariri (URCA), no Crato; Universidade Federal do Cariri (UFCA), em Juazeiro; e três com sede na capital

cearense, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Universidade Estadual do Ceará (UECE); e por fim, a Universidade Federal do Ceará (UFC) (BRASIL, 2017).

Elegeu-se apenas a UFC para estudo, devido à pouca disponibilidade de tempo e de recursos financeiros e logísticos para a realização do projeto. Corroborou também para a escolha da mesma, o fato desta apresentar um quadro de docentes maior do que as demais e por apresentar mais campus espalhados pelo estado, atribuindo maior variabilidade e representatividade ao estudo (tabela 1). Outro fator de destaque é a pontuação realizada pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC) para categorizar as universidades segundo seu desempenho, onde nota-se que a UFC apresenta maior Índice Geral de Cursos, quatro (4) pontos (assim como a UNILAB) e maior Conceito Institucional, cinco (5) pontos, índices estes que visam medir o desempenho da universidade, assim, quanto maior a pontuação alcançada, julga-se ter um maior empenho e comprometimento, assim como uma maior cobrança, tanto dos alunos quanto dos docentes. Assim, estes dados mostram o bom desempenho desta instituição, mas talvez, mediante a uma sobrecarga dos atuantes, o que pode refletir no consumo do medicamento (tabela 1) (BRASIL, 2017; CEARÁ, 2017).

Os dados apresentados na tabela 1, foram retirados das web page oficiais de cada instituição, observando sempre a última atualização das mesmas.

Tabela 1 – Instituições de ensino superior no Ceará e seus respectivos quantitativo de docentes, campus, pontuação IGC* e CI**

	Nº Docentes	Nº Campus	IGC	CI
UNILAB	277	4	4	4
UVA	410	4	3	-
URCA	475	5	3	-
UFCA	260	5	3	-
UNIFOR	1300	1	3	4
UECE	1094	10	3	-
UFC	2228	7	4	5

*Índice Geral de Cursos

** Conceito Institucional

Justificada a escolha de se trabalhar com docentes da UFC, nota-se que esta apresenta três campus em Fortaleza, denominados Campus do Benfica, Campus do Pici e Campus do Porangabuçu (tem-se ainda a unidade isolada LABOMAR, localizada no

bairro Meireles), além de outros quatro campus distribuídos pelo estado, sendo eles o Campus de Sobral, Campus de Quixadá, Campus de Crateús e Campus de Russas.

4.4 Sujeitos do estudo

Foi solicitado à Pró-Reitora de Gestão de Pessoas da instituição pesquisada (PROGEP), através de um memorando, a relação quantitativa dos docentes, divididos por campus e por unidades acadêmicas, solicitação esta que foi prontamente atendida. Assim, segue-se a distribuição dos docentes por campus e unidade acadêmica (Tabela 2), de tal modo que tem-se um total de 1.859 docentes alocados na capital cearense, além de 366 docentes nos campus do interior, sendo 2.225 o número geral de docentes da UFC (CEARÁ, 2017).

Tabela 2 – Distribuição dos docentes por campus e unidade acadêmica

CAMPUS	UNIDADE ACADÊMICA	Nº DOCENTES	TOTAL
BENFICA	Faculdade de Direito	64	602
	Faculdade de Educação	71	
	Centro de Humanidades	287	
	Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade	137	
	Arquitetura e Urbanismo (CT)*	40	
	Cursos do ICA**	3	
PICI	Centro de Ciências	298	838
	Centro de Ciências Agrárias	138	
	Centro de Tecnologia	192	
	Instituto de cultura e arte	136	
	Instituto Universidade Virtual	43	
	Instituto de educação física e esporte	31	
PORANGABUÇU	Faculdade de Medicina	261	389
	Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem	128	
MEIRELES	Instituto de ciências do mar	30	30
CRATEÚS	/	37	37
QUIXADÁ	/	65	65
RUSSAS	/	40	40
SOBRAL	/	224	224
TOTAL			2225

Fonte: PROGEP-UFC, 2018

*CT = Centro de Tecnologias

** ICA = Instituto de Cultura e Artes

4.5 Construção do banco de e-mails e captação dos e-mails dos docentes

Após obter o quantitativo geral de docentes da instituição, seguiu-se para a etapa de construção do banco de e-mails e captação dos e-mails dos 2.225 docentes. Este banco de e-mails foi construído através de uma planilha no Excel, onde reservava-se espaço para a coleta de dados como: campus, unidade acadêmica e departamento de alocação do docente, informações sobre a diretoria de cada unidade acadêmica e de cada departamento (diretor, vice-diretor, chefe, sub-chefe, endereço, telefone e e-mail para contato e o site, caso houvesse) e por fim, o nome do docente e seu respectivo e-mail (distinguindo-se uma coluna para os e-mails enviados por cada departamento ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas (PPGCF) e outra para aqueles e-mails coletados dos sites dos departamentos).

Após à construção do banco de e-mails, seguiu-se com a divulgação da pesquisa nas secretarias dos 96 departamentos e das 17 unidades acadêmicas da UFC. Assim, objetivou-se obter os e-mails atualizados dos docentes alocados em cada um dos departamentos, visto que as secretarias dos departamentos possuem um maior controle e contato com os docentes, conferindo maior confiabilidade ao dado a ser utilizado.

Para uma maior eficiência na divulgação da pesquisa e coleta dos e-mails, foram utilizadas três estratégias simultâneas: Envio de memorando, pela secretaria do PPGCF, a cada uma das secretarias dos 96 departamentos e 17 unidades acadêmicas, devidamente assinado, apresentando a pesquisa e solicitando os nomes dos docentes alocados em cada departamento e seus respectivos e-mails, respeitando os critérios de inclusão e exclusão da amostra descrito no memorando. A segunda estratégia foi ligar para cada um dos departamentos apresentando a pesquisa e solicitando que enviassem para o e-mail do PPGCF os dados referidos. Ambas as medidas foram realizadas uma vez por semana, ao longo de três meses (janeiro a março de 2017). A terceira estratégia utilizada, foi a divulgação da pesquisa e solicitação dos dados pessoalmente, onde o pesquisador principal deste projeto se deslocou aos departamentos e unidades acadêmicas, a fim de ser melhor sucedido, aumentando o número de e-mails cadastrados. Esta última estratégia ocorreu ao longo dos três meses citados, porém, foi aplicada apenas aos departamentos alocados na capital cearense, devido a falta de apoio logístico e financeiro.

Em paralelo a estas três estratégias, realizou-se a busca no site de cada departamento a fim de obter os nomes e e-mails dos docentes. No entanto, esta foi uma estratégia secundária no plano de coleta de e-mails, devido à desatualização frequente de sites de muitos departamentos, o que geraria a perda de muitos e-mails de docentes recém contratados, ou o inconveniente de enviar e-mails à docentes que não fazem mais parte do corpo docente da instituição por vários motivos, ou ainda, à aqueles que não se enquadram nos critérios de inclusão da pesquisa e sim nos de exclusão.

Desta maneira, ao final dos três meses dedicados à coleta e construção do banco de e-mails, conseguiu-se apurar e-mail(s) de 2.009 docentes de um total de 2.225, ressaltando que muitos docentes possuíam mais de um e-mail.

4.6 Plano de amostragem

A amostra do estudo foi calculada em função do quantitativo de docentes (2.225), logo uma população finita, de forma a garantir a representatividade dos docentes de forma geral. Assim sendo, para o dimensionamento da amostra foi adotado um modelo de amostragem estratificada proporcional, onde fora considerado um nível de confiança de 95%; 5% de limite de confiança, 4% de erro máximo de estimativa (diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional) e 53% de frequência esperada (probabilidade de ocorrência do evento, consumo de medicamentos), cálculo este realizado no programa estatístico Stata. Desta maneira, o tamanho da amostra calculado foi de 544 docentes a serem entrevistados (Figura 2).

FIGURA 2: Fórmula para a determinação do tamanho da amostra

$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$	<p>n = Tamanho da amostra a ser calculado N = Tamanho do universo Z = Nível de confiança (distribuição normal → 95% => Z = 1,96) p = Proporção esperada do desfecho (1 - p) = Complementar da proporção esperada do desfecho E = Erro máximo</p>
---	--

Fonte: Weyne (2004)

Como visto anteriormente, a prevalência do consumo de medicamentos entre a população brasileira é de 50,7% e com maior prevalência na região Nordeste (53,4%), como demonstrado por Bertoldi et al. (2016), justificando o uso de 53% adotado como frequência esperada.

Visando uma melhor representatividade e variabilidade dos docentes da UFC, estimou-se quantos docentes dentro do universo da amostra, 544 docentes, deveriam ser proporcionalmente oriundos de cada unidade acadêmica (UA), campus e zona (Capital / Interior). Para tanto, calculou-se o percentual representativo do número de docentes de determinada unidade acadêmica (UA), campus ou zona, dentre a população geral (2.225). Em seguida, calculou-se o quantitativo de docentes que esta percentagem deveria representar dentro a amostra (Tabela 3; 4; 5).

- 1) Descobrir a percentagem de docentes de cada unidade acadêmica (UA)* em relação à totalidade dos docentes da UFC:

$$\begin{array}{l} 2.225 \text{ (total de docentes UFC)} \text{ ----- } 100\% \\ Z \text{ (total de docentes de dada UA*)} \text{ ----- } X \\ X = \% \end{array}$$

- 2) Descobrir quanto vale essa percentagem dentro da amostra total:

$$\begin{array}{l} 544 \text{ (total de docentes da amostra)} \text{ ----- } 100\% \\ Y \text{ (total de docentes para dada UA*)} \text{ ----- } X\% \\ Y = ? \text{ docentes} \end{array}$$

*Substituir UA por determinado campus e zona, para os devidos cálculos.

Desta maneira, as tabelas 3; 4 e 5 mostram o quantitativo de docentes pertencentes a cada zona, campus e UA, respectivamente, que proporcionalmente deveriam compor a amostra de 544 docentes.

Tabela 3 - Distribuição dos docentes entre capital e interior do estado, na amostra

Total de docentes por Zona	% em relação ao total geral (2225)	Quantidade de docentes/Zona em relação ao total da amostra (544)	Arredondado
CAPITAL (1.859)	83,55	454,5	454
INTERIOR (366)	16,45	89,5	90
TOTAL	100	544	544

Tabela 4 - Distribuição dos docentes por campus dentro da amostra

Total de docentes por Campus	% em relação ao total geral (2.225)	Quantidade de docentes/Campus em relação ao total da amostra (544)	Arredondado
BENFICA	27,06	147,2	147
PICI	37,66	204,9	205
PORANGABUÇU	17,48	95,1	95
MEIRELES	1,35	7,3	7
CRATEÚS	1,66	9,0	9
QUIXADÁ	2,92	15,9	16
RUSSAS	1,8	9,8	10
SOBRAL	10,07	54,8	55
TOTAL	100	544	544

Tabela 5 - Distribuição dos docentes por unidade acadêmica dentro da amostra

Total de docentes por unidade acadêmica	% em relação ao total geral (2.225)	Quantidade de docentes por unidade acadêmica em relação ao total da amostra (544)	Arredondado
CC = 298	13,4	72,9	73
CCA= 138	6,2	33,7	34
CT = 232	10,4	56,7	57
CH = 287	12,9	70,2	70
FEAAC = 137	6,2	33,5	33
FD = 64	2,9	15,7	16
FE = 71	3,2	17,3	17
FFOE = 128	5,7	31,3	31
FM = 261	11,7	63,8	64
ICM = 30	1,3	7,3	7
ICA = 139	6,2	34,0	34
IEFE = 31	1,4	7,6	8
IUV = 43	1,9	10,5	10
CRATEÚS = 37	1,7	9,0	9
QUIXADÁ = 65	2,9	15,9	16
RUSSAS = 40	1,8	9,8	10
SOBRAL = 224	10,1	54,8	55
TOTAL	100	544	544

CC: Centro de ciências; CCA: Centro de ciências agrárias; CT: Centro de tecnologias; CH: Centro de humanidades; FEAAC: Faculdade de economia, administração, atuarias e contabilidade; FD: Faculdade de direito; FE: Faculdade de educação; FFOE: Faculdade de farmácia, odontologia e enfermagem; FM: Faculdade de medicina; ICM: Instituto ciências do mar; ICA: Instituto de cultura e arte; IEFE: Instituto de educação física; IUV: Instituto universidade virtual

4.7 Critérios de inclusão e exclusão

Desta maneira, foram selecionados para a pesquisa, todo o corpo docente de todos os campus da UFC, que estavam em pleno exercício de suas funções ou realizando pós-graduação na própria IES em que é docente (dando no mínimo 4h/aula/semana) durante o período de realização da pesquisa, independentemente do tipo de vínculo empregatício e

que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Aqueles que estavam de licença saúde; licença maternidade; realizando pós-graduação fora da sua IES, estando em outro estado ou país; em período de férias; ou afastamento no momento da coleta, foram excluídos da pesquisa.

4.8 Variáveis do estudo

A variável dependente, também identificada por variável de desfecho foi o consumo de medicamentos no período recordatório de 15 dias anteriores à entrevista. As variáveis independentes ou de exposição, foram os aspectos sociodemográficos; aspectos relativos aos fatores ocupacionais; ao estado de saúde; à qualidade de vida, à motivação intrínseca, à síndrome de Burnout e ao absenteísmo.

4.8.1 Variável de desfecho

A variável de desfecho de interesse deste estudo é o consumo de medicamentos no período recordatório de 15 dias anteriores à entrevista. Esta variável foi avaliada por uma pergunta direta contida no primeiro questionário.

- Nos últimos quinze dias, o(a) sr.(a) fez uso de algum medicamento? (Resposta binária SIM/NÃO).

4.8.2 Variáveis de exposição

As variáveis de exposição abordadas no primeiro questionário são:

- ✓ Fatores ocupacionais (analisado neste estudo apenas as questões que abordam a vinculação do docente, o regime de trabalho e o tempo de docência).
 - Regime de trabalho (Pergunta com três alternativas de resposta: 20h; 40h e 40h DE).

- Número de disciplinas ministradas neste semestre (Soma da quantidade de disciplinas ministradas na graduação e pós-graduação. Pergunta aberta, que foi transformada em variável categórica com três categorias, a saber: até 2; 11 – 20; > 20).
 - Número de orientandos (Soma da quantidade de orientandos na graduação e pós-graduação. Pergunta aberta, que foi transformada em variável categórica com três categorias, a saber: 0; 1 a 5; mais de 5).
 - Tempo de exercício docente (anos)? (Pergunta aberta, que foi transformada em variável categórica com três categorias, a saber: 0 - 10; 11 - 20; >20).
- ✓ Hábitos sociais
- Consome algum tipo de bebida alcoólica? (Resposta com cinco alternativas variando de “nunca” a “sempre”, que foi transformada em binária, SIM/NÃO, onde fora considerado como “SIM” as alternativas “raramente; as vezes; frequentemente; e sempre” e como “NÃO” a alternativa “nunca”).
 - Faz uso de cigarros? (Resposta com cinco alternativas variando de “nunca” a “sempre”, que foi transformada em binária, SIM/NÃO, onde fora considerado como “SIM” as alternativas “raramente; as vezes; frequentemente; e sempre” e como “NÃO” a alternativa “nunca”).
 - Pratica alguma atividade física (ao menos 30 min e 3 vezes por semana)? (Resposta binária SIM/NÃO).
- ✓ Condição de saúde
- Você tem plano de saúde? (Resposta binária SIM/NÃO).
 - Você se consultou com um médico nos últimos três meses? (Resposta binária SIM/NÃO).
 - Ficou hospitalizado no último ano? (Resposta binária SIM/NÃO).
 - Possui alguma doença crônica (que lhe aflige por mais de seis meses)? (Resposta binária SIM/NÃO).

- ✓ **Motivação intrínseca**
 - Qual é o grau de reconhecimento que você percebe ter por ser docente? (Resposta na escala Likert, com cinco alternativas, variando de “pouco reconhecido” a “muito reconhecido”).
 - Com que frequência acha a profissão menos interessante do que quando começou? (Resposta na escala Likert, com cinco alternativas, variando de “nenhuma” a “muitíssima”).
- ✓ **Absenteísmo**
 - Com que frequência se afasta do trabalho por motivo de saúde? (Resposta na escala Likert, com cinco alternativas, variando de “nenhuma” a “muitíssima”).
- ✓ **Dados demográficos**
 - Sexo: (Resposta binária masculino/feminino).
 - Faixa etária: (Resposta aberta, a qual foi transformada em variável categórica com três categorias, a saber: 25 a 39; 40 a 59; 60 a 71).
 - Estado civil: (Resposta com as alternativas: solteiro; casado; vivendo como casado; separado; divorciado; viúvo; outros. Esta variável foi dicotomizada, admitindo-se a categoria “casado” que abrange as alternativas “casado; e vivendo como casado” e a categoria “não casado” que abrange as alternativas “solteiro; separado; divorciado; viúvo; outros).
 - Cor da pele: (Resposta com as alternativas: branco; preto; pardo; amarelo e indígena. Esta variável foi dicotomizada, admitindo-se a categoria “branco” que abrange a alternativa “branco” e a categoria “não branco” que abrange as alternativas “preto; pardo; amarelo e indígena”).
 - Quantidade de filhos: (Resposta aberta, que foi transformada em variável categórica com três categorias, a saber: 0; 1 a 2; 3 a 4).
 - Quantos moram em sua casa incluindo você? (Resposta aberta, que foi transformada em variável categórica com três categorias, a saber: 1; 2 a 3; 4 a 5).
 - Renda (calculada utilizando as questões que abordam a carreira de progressão do docente, que são “classe; nível; e regime de trabalho”. A

variável foi transformada em variável categórica binária, a saber: até R\$5000,00; > R\$5000,00).

As variáveis de exposição abordadas na parte de medicamentos do primeiro questionário são:

- ✓ Nome comercial. (Resposta aberta).
- ✓ Princípio ativo. (Variável criada a partir da variável nome comercial e busca de registros no bulário eletrônico da ANVISA).
- ✓ Motivo do uso. (Resposta aberta).
- ✓ Indicação do uso do medicamento. (Resposta com dez alternativas: Médico; dentista; farmacêutico; balconista; outro profissional da saúde; parente, amigo, vizinho; propaganda; outro; não sabe/não quer responder).
- ✓ Automedicação. (Criada a partir da variável “Indicação do uso do medicamento”, sendo entendido como todo o consumo realizado sem indicação de médico ou dentista).

As variáveis de exposição abordadas no segundo questionário foram:

- ✓ Qualidade de vida auto-referida (calculada pela média da soma das duas primeiras questões do questionário WHOQOL. As opções de resposta na escala Likert, variaram entre cinco alternativas, indo de “muito ruim” a “muito boa” sendo estas as categorias desta variável categórica).
- ✓ Domínio físico (média da soma das sete perguntas que formam essa dimensão. As opções de resposta na escala Likert, variaram entre cinco alternativas, indo de “muito ruim” a “muito boa”)
- ✓ Domínio psicológico (média das seis perguntas que formam essa dimensão. As opções de resposta na escala Likert, variaram entre cinco alternativas, indo de “muito ruim” a “muito boa”)
- ✓ Domínio relações sociais (média das três perguntas que formam essa dimensão. As opções de resposta na escala Likert, variaram entre cinco alternativas, indo de “muito ruim” a “muito boa”)
- ✓ Domínio meio ambiente (média das oito perguntas que formam essa dimensão. As

opções de resposta na escala Likert, variaram entre cinco alternativas, indo de “muito ruim” a “muito boa”).

A variável de exposição abordada no terceiro questionário é:

- ✓ Síndrome de *Burnout* (esta variável foi avaliada segunda as quatro dimensões usadas na identificação do *Burnout* e foram traduzidas em três possíveis situações ou respostas, a saber: Sem síndrome de *Burnout*; Perfil 1 ou Perfil 2).

4.9 Construção do instrumento da coleta de dados e programação

O instrumento de coleta de dados, utilizado nesta pesquisa, foi composto por três questionários, sendo eles o questionário de identificação da amostra (questionário 1, 41 perguntas); o questionário de Qualidade de Vida WHOQOL – bref (questionário 2, 26 perguntas); e o questionário de avaliação da síndrome de *Burnout* (CESQT) (questionário 3, 20 perguntas). Desta maneira, o instrumento final foi composto por 87 perguntas.

Visto o grande volume de perguntas e a variabilidade de respostas disponíveis, o instrumento impresso se tornou uma alternativa inviável de ser praticada, tanto pelo alto gasto que iria ser gerado com a impressão de folhas, quanto pela baixa adesão, que poderia se configurar, no momento em que o docente recebesse um calhamaço de folhas para responder. Adiciona-se também o fato de que o instrumento impresso obrigaria o pesquisador a tabular os dados impressos, o que se configuraria como uma possível fonte de erro, já que ao tabular os dados assumiria-se o risco de anotar algum equívoco.

Face ao exposto, os questionários foram digitalizados por um programador contratado. Este teve a responsabilidade de programar uma ferramenta digital que contivesse os três questionários referidos, além do TCLE. Desta maneira, o programador construiu um link de acesso aos questionários da pesquisa que fora enviado por e-mail aos docentes, juntamente com o convite de participação. Ao acessar o link, o docente tinha primeiramente contato com o TCLE e em seguida, com os questionários. Uma vez que o TCLE estivesse devidamente e positivamente preenchido, o docente passava a ter acesso aos questionários, assim como, uma cópia em PDF deste TCLE era encaminhada

tanto para o e-mail que o docente cadastrara, quanto para uma pasta de controle do pesquisador, onde eram armazenados todos os TCLE dos docentes participantes. A medida que os questionários iam sendo respondidos, ia sendo criado arquivos no Excel que permitiriam análises futuras no pacote estatístico SPSS.

4.9.1 Questionário de identificação da amostra

O questionário de identificação da amostra é o primeiro dos questionários e consequentemente, foi o primeiro contato do docente com a pesquisa propriamente dito. Este questionário foi projetado pelos pesquisadores, observando sempre artigos e outros materiais disponíveis para a pesquisa. Ressalta-se o apoio em artigos e teses produzidos, como por exemplo Arrais et al., (2004) e Costa (2014). Inicialmente este questionário foi montado com um total de 70 perguntas, no entanto, após várias reuniões e debates sobre quais perguntas melhor se alinhavam ao objetivo da pesquisa e após as contribuições do teste piloto, este questionário passou a contar com 41 perguntas. Estas, buscavam compreender questões relacionadas aos aspectos sociodemográficos; aos fatores ocupacionais; ao estado de saúde; ao uso de serviços de saúde; ao estilo de vida; ao consumo de medicamentos nos 15 dias anteriores à entrevista; à identificação de quem receitou ou aconselhou o uso do medicamento; à motivação intrínseca e ao absenteísmo.

4.9.2 Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL – Abreviado

As informações sobre a qualidade de vida dos docentes foram coletadas a partir da utilização do instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), o World Health Organization Quality Of Life – 100 (WHOQOL-100) na sua versão abreviada, o WHOQOL-bref. Este instrumento foi criado para atender à necessidade de se ter um instrumento com poucas perguntas e que levasse pouco tempo para o seu preenchimento, mas que no entanto, mantivesse de forma satisfatória, suas características psicométricas (WHOQOL GROUP, 1995; FLECK, 1999).

Segundo Fleck et al. (2000), em estudo realizado com 300 indivíduos que

responderam ao questionário, na cidade de Porto Alegre, Brasil, este é um instrumento validado para a população brasileira. O WHOQOL-bref apresentou boas características de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste, apresentando bom desempenho psicométrico com praticidade de uso devido ao seu curto tamanho.

Este instrumento é utilizado para avaliar qualidade de vida de populações adultas e contém 26 perguntas das quais 24 questões abrangem como a pessoa qualifica sua vida, estando distribuídas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. O domínio Físico, avalia diferentes aspectos sobre a percepção que o indivíduo tem sobre sua condição física. O domínio Psicológico, avalia aspectos sobre a percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva. O domínio Relações Sociais, avalia diferentes aspectos sobre a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida. Por último, o domínio Meio Ambiente avalia diferentes aspectos da percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive (tabela 6) (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

As questões foram formuladas para uma escala Likert de respostas variando de um a cinco pontos, possuindo quatro escalas de respostas (intensidade; capacidade; frequência e avaliação), em que a resposta mais negativa, por exemplo: “nada”, corresponde à pontuação 1; e a mais positiva, por exemplo: “completamente”, à pontuação 5. A escala de intensidade varia de “nada” à “extremamente” (questões três à nove); a de capacidade varia de “nada” à “completamente” (questões dez à quatorze); a de frequência varia de “nunca” à “sempre” (questão vinte e seis); e por fim, a escala de avaliação varia de “muito insatisfeito” à “muito satisfeito” (questão dois e da dezesseis à vinte e cinco) e de “muito ruim” à “muito bom” (questões um e quinze). Quanto maior a classificação da resposta do participante para cada item, pontuou-se como sendo melhor sua qualidade de vida. É importante destacar que as questões 3; 4 e 26 são questões que possuem pontuações invertidas, desta maneira, quando a resposta foi um, a pontuação foi considerada cinco; se dois, foi quatro; e assim sucessivamente. Nota-se, que as duas primeiras questões do instrumento são questões gerais, sendo que uma se refere à autopercepção da qualidade de vida e a outra sobre satisfação com a saúde, não entrando assim em nenhum dos quatro domínios.

Tabela 6 - Identificação das perguntas aos seus respectivos domínios - WHOQOL-bref

DOMÍNIO	FACETA	QUESTÕES	TOTAL
Domínio I Físico	Dor, desconforto e dependência de medicamento ou de tratamento	3 e 4	7
	Energia; fadiga; atividades da vida cotidiana; e capacidade de trabalho	10; 15; 17 e 18	
	Sono e repouso	16	
Domínio II Psicológico	Sentimentos positivos	5 e 6	6
	Pensar; Aprender ; Memória e Concentração	7	
	Imagem corporal e aparência	11	
	Autoestima	19	
Domínio III Relações sociais	Sentimentos negativos	26	3
	Relações pessoais	20	
	Atividade sexual	21	
Domínio IV Meio ambiente	Sentimentos negativos	22	8
	Segurança física e proteção	8	
	Ambiente no lar	23	
	Recursos financeiros	12	
	Cuidados de saúde e sociais	24	
	Oportunidades de ter novas informações e habilidades	13	
Oportunidades de recreação e lazer	14		
	Ambiente físico	9	
	Transporte	25	
TOTAL			24

Para se determinar as pontuações de cada domínio somou-se a pontuação de todos os itens incluídos dentro de um domínio e em seguida dividiu pelo número de itens que compõe o domínio em questão, obtendo assim a média da pontuação deste domínio. Em seguida, multiplicou-se a média por quatro e depois subtraiu o valor de quatro unidades e então multiplicou-se por 6.25 (ou 100/16). Deste modo, o valor de cada domínio variou de 0 a 100, sendo que foi considerado cinco níveis de qualidade de vida, a saber: muito ruim (0 – 20); ruim (21 – 40); nem ruim nem boa (41 – 60); boa (61 – 80) e muito boa (81 – 100) (PADRÃO, 2008; KOETZ; REMPEL; PÉRICO, 2013; SOUTO et al., 2016).

Optou-se pela versão abreviada WHOQOL-bref em detrimento da versão longa

(WHOQOL-100) ou a aplicação de outros instrumentos como o Short Form – 36, por estes últimos serem mais extensos, sendo assim de difícil aplicabilidade em estudos epidemiológicos e/ou em utilização de múltiplos instrumentos de avaliação, onde o montante de perguntas se torna demasiadamente grande (FLECK *et al.*, 2000).

4.9.3 *Questionário de Avaliação para a Síndrome de Burnout (CESQT)*

Para a avaliação do estresse/*síndrome de Burnout* (SB) nos docentes, o instrumento utilizado foi o Questionário de Avaliação para a Síndrome de *Burnout* (Gil-Monte, 2005, 2011), versão em português, validada para população brasileira (Gil-Monte *et al.*, 2010) do *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT). Este é um questionário autoaplicável formado por 20 itens distribuídos em quatro dimensões (tabela 7):

- I. Cinco itens que trabalham a dimensão **Ilusão pelo trabalho**, definida como a expectativa do indivíduo em alcançar determinadas metas laborais, pois isto supõe uma fonte de realização pessoal e profissional. Baixas pontuações nesta dimensão não indica altos níveis de SB;
- II. Quatro itens que trabalham a dimensão **Desgaste psíquico**, definida como a presença de esgotamento emocional e físico decorrente da atividade de trabalho, tendo em vista a necessidade de relacionar diariamente com pessoas que possuem ou geram problemas;
- III. Seis itens que trabalham a dimensão **Indolência**, definida como a presença de atitudes negativas de indiferença e cinismo frente aos clientes da organização. Altas pontuações nesta dimensão, demonstra que o profissional apresenta insensibilidade e que não se preocupa com os problemas das outras pessoas a sua volta;
- IV. Quatro itens que trabalham a dimensão **Culpa**, definida como a ocorrência de sentimentos de culpa pelo comportamento e atitudes negativas desenvolvidas no trabalho, principalmente frente às pessoas com as quais o trabalhador deve relacionar-se profissionalmente.

As respostas foram avaliadas por meio de uma escala de frequência de 5 pontos, variando de 0 (nunca) a 4 (Muito frequentemente, todos os dias), desta maneira, poderá ser identificado dois tipos de perfis da síndrome de Burnout. O perfil 1 refere-se ao estresse laboral, que origina uma forma moderada de mal-estar, mas que não impossibilita a realização das atividades docentes, ainda que pudesse realizá-las de melhor forma. Este perfil caracteriza-se pela presença de baixas pontuações na dimensão Ilusão pelo trabalho e com altas pontuações nas dimensões de Desgaste psíquico e Indolência. O perfil 2 define os casos clínicos mais deteriorados pelo desenvolvimento da síndrome de *Burnout*, incluindo, além dos sintomas já mencionados, sentimentos de culpa, tendo assim, altas pontuações na dimensão Culpa (GIL-MONTE, 2005).

Tabela 7 - Identificação das perguntas às suas respectivas dimensões - CESQT

DIMENSÃO	SIGNIFICADO	QUESTÕES	TOTAL
ILUSÃO PELO TRABALHO (IT)	Expectativa do indivíduo em alcançar determinadas metas laborais. Realização pessoal e profissional.	1; 5; 10; 15; 19	5
DESGASTE PSÍQUICO (DP)	Presença de esgotamento emocional e físico decorrente da atividade de trabalho	8; 12; 17; 18	4
INDOLÊNCIA (In)	Presença de atitudes negativas de indiferença e cinismo frente aos clientes da organização.	2; 3; 6; 7; 11; 14	6
CULPA (C)	Ocorrência de sentimentos de culpa pelo comportamento e atitudes negativas desenvolvidas no trabalho.	4; 9; 13; 16; 20	5
TOTAL			20

Optou-se pela utilização do questionário CESQT em detrimento do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), o instrumento mais utilizado para a avaliação da síndrome de *Burnout* que considera como dimensões da síndrome: baixa realização pessoal no trabalho, alto esgotamento e alta despersonalização ou cinismo (MASLACH et al, 2001),

pois se detecta com frequência insuficiências psicométricas (KRISTENSEN et al, 2005), sobretudo quando o instrumento original é adaptado para outros idiomas excluindo o inglês (TRUCHOT et al, 2000; OLMEDO et al, 2001; PEETERS; RUTTE, 2005), o que torna necessário o uso de instrumentos de avaliação alternativos.

4.10 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Após a construção do instrumento de coleta de dados e sua programação, o projeto foi submetido à análise pelo CEP em janeiro de 2018. O primeiro parecer da entidade, considerou a síndrome de *Burnout* excessivamente técnica para análise por outros profissionais, a não ser psiquiatras, e solicitou um posicionamento do respectivo conselho. A equipe de pesquisa recorreu ao Conselho Regional de Medicina no intuito de saber se os questionários CESQT (para a avaliação da síndrome de Burnout) e WHOQOL (para a avaliação da qualidade de vida), são de uso privativo e interpretativo de psiquiatras, sendo assim, a devolutiva do conselho foi que os questionários referidos e apresentados não constam como testes psiquiátricos registrados no Conselho Federal de Medicina, não sendo portanto, de uso exclusivo dos profissionais desta área. Portanto pode ser feito o uso dos mesmos no que diz respeito à esta instância, sendo abertos à aplicação e interpretação por outros profissionais (ANEXO 2).

Outra solicitação do CEP neste parecer foi a inclusão do CPF dos docentes no TCLE. A recomendação foi acatada, porém essa situação contribuiu para a desistência de parte dos docentes na participação, visto que os pesquisadores receberam vários e-mails de docentes dizendo que não participariam da pesquisa pois não gostariam de fornecer um dado tão pessoal em um meio eletrônico.

No final de fevereiro de 2018, foi liberado parecer positivo para a realização do projeto de pesquisa, sendo o número do protocolo do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) : 82127917.0.0000.5054.

4.11 Estudo piloto

Previamente à coleta dos dados, foi aplicado um teste-piloto com o objetivo de verificar a adequação do instrumento de pesquisa antes deste ser aplicado definitivamente, conforme recomendam Lakatos e Marconi (2008). Assim, intencionou-se avaliar a efetividade dos questionários utilizados; avaliar se haveria dúvidas durante o preenchimento; e avaliar a adesão à pesquisa por parte dos docentes.

O teste piloto foi realizado em duas etapas, a primeira ocorreu durante os dias 02 à 27 de Março de 2018 e segunda, durante os dias 28 à 30 do mesmo mês. Na primeira etapa, houve o aprimoramento do questionário através das sugestões de docentes convidados de outras instituições de ensino superior, e na segunda etapa, houve uma reavaliação do questionário modificado. Para a realização da primeira etapa do teste piloto, foram convidados 46 docentes oriundos das universidades federais da Bahia (UFBA), de Goiás (UFG) e de Pelotas (UFPe). Estes docentes foram abordados previamente via e-mail e esclarecidos sobre a importância do estudo e então, foi-lhes enviado um e-mail convite com link de acesso à pesquisa e aos questionários auto-aplicados, para que pudessem ser preenchidos eletronicamente e retornados com as devidas contribuições caso houvessem. Assim, aderiram à participação do teste piloto cinco docentes da UFBA, cinco docentes da UFG e um docente da UFPe.

Desta maneira, estes docentes sugeriram 17 modificações na forma da escrita de perguntas e orientações de preenchimento, para um melhor entendimento das mesmas, evitando duplo sentido. Também foram retiradas do questionário sete perguntas consideradas repetidas e acrescentada uma nova questão que não havia sido abordada e que considerou-se de proveito para a pesquisa.

Após as modificações sugeridas pelos docentes terem sido realizadas, seguiu-se para a segunda fase do teste-piloto, realizada nos três dias seguintes ao final da primeira etapa. O conjunto de questionários foi reavaliado por dois docentes da UFC e um novo docente da UFBA, especialistas na área do consumo do medicamento, não sendo sugerido mais nenhuma modificação. Nota-se que não foram realizadas nenhuma alteração no questionário que aborda a qualidade de vida (WHOQOL) e no que aborda a síndrome de Burnout (CESQT), devido estes serem questionários previamente validados.

Considerou-se, portanto, que o conjunto de questionários estava apto a ser enviado para os docentes da UFC que participariam de fato da pesquisa. Desta maneira, o estudo seguiu para a etapa de divulgação da pesquisa e envio dos questionários, sendo que os dados produzidos pelos docentes participantes das duas etapas do teste piloto não foram incluídos no estudo, conforme recomendam Marconi e Lakatos (2003).

4.12 Coleta de dados

Após a construção do banco e obtenção dos e-mails, a fim de realizar a coleta de dados, seguiu-se com a divulgação da pesquisa entre os docentes e envio dos questionários. A coleta de dados foi realizada durante o período de 17 de abril à 25 de junho de 2018, sendo utilizado um questionário digitalizado, auto-aplicado via e-mail, composto pelos três instrumentos já citados, o questionário de identificação da amostra (questionário 1); o WHOQOL-bref (questionário 2); e o CESQT (questionário 3).

Para aproximar o docente à pesquisa, tentando promover uma empatia no entrevistado pela mesma, adotou-se três estratégias: a primeira foi a divulgação do projeto de pesquisa através do e-mail convite enviado tanto aos docentes, quanto aos departamentos e unidades acadêmicas, ressaltando a importância e os benefícios da pesquisa; a segunda estratégia foi a divulgação através de ligações para os departamentos, solicitando reenvio do e-mail convite aos docentes. Ainda nesta etapa, buscava-se informações quanto às reuniões dos docentes e melhores dias e horários para realização de visitas para expor a pesquisa; e por fim, a terceira estratégia utilizada foi participações breves e claras em reuniões de docentes explicando o projeto e seus benefícios, assim como, visitas às secretarias das unidades acadêmicas e dos departamentos, e aos gabinetes dos docentes com o mesmo propósito de divulgação e esclarecimento.

De forma a evitar, por parte dos participantes, a interpretação do e-mail convite como vírus ou a marcação como SPAM, os e-mails foram enviados pela secretaria do PPGCF às secretarias dos outros departamentos e das unidades acadêmicas, solicitando reencaminhamento do e-mail convite aos docentes. Assim como, foi utilizado o endereço de e-mail pessoal e acadêmico do pesquisador para o envio do convite ao docente, com

uma mensagem introdutória contendo informações sobre o pesquisador e objetivos da pesquisa.

Para evitar que o e-mail passasse despercebido pelo docente, o e-mail convite foi emitido via e-mail uma vez por semana, em dias diferentes, durante o período de 17 de abril à 25 de junho de 2018. Após este momento, foi entendido que todos os docentes receberam o e-mail contendo os questionários e que portanto, fora superado o problema. Nota-se, que no corpo do e-mail convite, foi adicionado uma opção para a recusa de participação, desta maneira, todos os docentes que reagiam ao e-mail, seja respondendo à pesquisa positivamente ou não aderindo à pesquisa, iam sendo retirados diariamente da lista de endereços de e-mails que era utilizada para enviar o convite aos docentes todas as semanas.

Com o objetivo de prevenir situações em que o entrevistado preenchesse apenas um dos questionários, por achar ter finalizado todos os questionários da pesquisa, deixando os outros incompletos, a plataforma digital foi dividida em quatro partes: TCLE; questionário 1; questionário 2; e questionário 3. Observa-se, que o acesso era gradativo, começando pelo TCLE e prosseguindo com a habilitação dos demais, em ordem crescente numérica, conforme finalização do anterior.

Visando proporcionar maior comodidade ao docente no preenchimento do questionário, o docente teve a opção de preenche-lo na hora e no momento que desejasse (dentro do limite de tempo pré-estabelecido). Nota-se que, o respondente pôde iniciar o preenchimento e interromper sua ação no momento que desejasse sem prejuízo do que já havia sido preenchido, bastando apenas ter concluído o questionário em que estava antes de fechá-lo. Quando retomava o preenchimento, o docente continuava a responder a partir do próximo questionário a ser respondido, evitando ter que responder tudo novamente.

Para superar os problemas de esquecimento, daqueles docentes que começavam a responder os questionários e que por algum motivo paravam e não mais retomavam à pesquisa, foi feita uma planilha de controle, atualizada diariamente, especificando se o docente havia apenas assinado o termo de compromisso; se havia respondido até o primeiro questionário; até o segundo; ou se havia completado a pesquisa. Portanto, através deste controle, foi possível mandar e-mails direcionados pedindo o preenchi-

mento de exatamente o que faltava. Estes e-mails de alerta de conclusão eram enviados uma vez por semana, em dias diferentes, durante todo o período da coleta de dados.

4.13 Análise estatística dos dados

Os dados coletados foram tabulados e salvos automaticamente pelo recurso de formulários do questionário construído em uma planilha no padrão Microsoft Excel. Foi utilizado o software “Statistical Package for Social Science” SPSS versão 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) para análise de dados e planilha de Excel 2018 para formatação dos resultados em tabelas.

Quanto à análise univariada, foi analisado a distribuição dos dados, através da análise dos valores de frequência absoluta (número de vezes que uma variável assumiu um valor) e relativa (percentual que uma variável assumiu um valor) para variáveis qualitativas (ou categóricas), bem como, média, mediana e desvio padrão mínimo e máximo para quantitativas (ou contínuas). Destaca-se que as variáveis: faixa etária; filhos; quantidades de moradores na casa do docente; renda; tempo de exercício docente; quantidade de disciplinas ministradas no semestre e quantidade de alunos que orienta no semestre, são variáveis que foram tanto categorizadas conforme faixas apresentadas na literatura (referências da categorização de cada variável nos itens 4.13.1; 4.13.2 e 4.13.3), quanto calculado média, mediana e desvio padrão máximo e mínimo, sendo também encaradas como variáveis contínuas, e apresentadas na mesma tabela para melhor análise da variável.

A análise bivariada das variáveis, as quais são de natureza qualitativa, foi realizada por meio dos testes Qui-quadrado (valores esperados maiores do que 5 em todas as caselas) ou Exato de Fisher (pelo menos um valor esperado menor do que 5), apropriados para verificar associação entre variáveis explicativas e desfecho (consumo de ao menos um medicamento durante os quinze dias anteriores à entrevista). Nesta etapa, a magnitude das associações foi expressa por meio de razões de prevalências bruta com respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Considerou-se, para todos os testes estatísticos, um nível de significância de 5%. Ressalta-se ainda que para o cálculo da razão de prevalência, quando uma variável apresentava duas, três, ou mais categorias,

sempre uma das categorias fora considerada como a de referência e as demais categorias foram comparadas com esta, gerando assim uma comparação 2x2 necessária para o cálculo da razão de prevalência como observado em outros artigos (ARRAIS et al., 2005; 2016; COSTA et al., 2016). Desta maneira, ser do sexo masculino, ser mais jovem (25 – 39 anos), praticar atividade física, não ter doença crônica, não ter plano de saúde e não ter ido a uma consulta médica nos últimos três meses foram consideradas as categorias de referência, uma vez que a literatura aponta que estes consomem menos medicamentos (Tabelas 31 e 32) (BERTOLDI et al., 2016; FRANSCISCO et al., 2014; GALVÃO, 2014; COSTA et al., 2011; VOSGERAU et al., 2011). Ter maior nível econômico (> R\$5000,00) e ser tabagista foram tomados por categorias de referência esperando que as demais categorias complementares se apresentassem como fator de proteção, já que a literatura aponta maior consumo entre os fumantes e entre aqueles com maior nível econômico (Tabelas 31 e 32) (BERTOLDI et al., 2016; ARRAIS et al., 2005).

Arrais et al. (2005), ao analisar a variável “quantos moram em sua residência incluindo você”, considerou como categoria de referência a que apresentava maior quantidade de moradores na residência, assim como feito nesta pesquisa, todavia considerou os não casados como categoria de referência, diferentemente desta pesquisa, que considerou os casados como referência, afim de identificar a categoria complementar como fator de proteção (Tabela 31). Bertoldi et al. (2004), para a variável “cor da pele”, considerou como categoria de referência os “não brancos”, assim como feito nesta pesquisa (Tabela 31).

Quanto à variável “filhos”, foi considerado como categoria de referência não ter filhos, já que entende-se que quanto mais filhos maior o desgaste físico e mental, o que favorece o consumo de medicamentos, esperando que as demais categorias da variável se apresentem como fator de risco (Tabela 31). Já para a variável “bebida”, foi considerado como categoria de referência não consumir bebida alcoólica, visto que o consumo de bebida alcoólica, quando elevado, pode propiciar agravo à saúde e o consequente consumo de medicamentos (Tabela 32).

Para as variáveis “tempo de exercício docente”, “quantidade de disciplinas ministradas no semestre” e “quantidade de alunos que orienta no semestre”, foi escolhido como categoria de referência aquelas que apresentavam um menor valor numérico, uma

vez que levou-se em consideração a interpretação de que quanto mais tempo de docência, de disciplinas ministradas ou alunos orientados, maior seria a probabilidade do docente ficar enfermo e ter que consumir medicamentos, esperando assim que as respectivas categorias complementares, a medida que aumentassem o valor numérico, se apresentassem como fator de risco para o consumo de medicamentos. Já quanto à variável “regime de trabalho”, optou-se por fazer como categoria de referência “40h DE”, visto que a grande maioria dos docentes se enquadram nesta categoria (Tabela 33).

Quanto à variável “reconhecimento docente”, se sentir “totalmente reconhecido” foi considerado a categoria de referência, uma vez que espera-se que aqueles que se sintam menos reconhecidos possam estar frustrados e abatidos, podendo considerar o uso de medicamentos para melhorar o humor, logo, esperava que as demais categorias complementares se mostrassem como fatores de risco para o consumo de medicamentos. Para as variáveis “frequência com que acha a profissão menos interessante” e “frequência de afastamento”, foi considerado como categoria de referência a categoria “nenhuma”, por entender que a maior frequência de desinteresse e de faltas, está relacionado a um pior estado de saúde físico ou mental, o que propicia o maior consumo de medicamentos, assim, esperava-se que as categorias complementares se mostrassem como fatores de risco (Tabela 34).

Para as variáveis “qualidade de vida geral auto-referida”, “domínio físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “meio ambiente” foi considerado como categoria de referência a categoria “muito boa”, visto que entende-se que ter uma qualidade de vida muito boa em qualquer uma destas variáveis, propicia um menor consumo de medicamentos, logo, esperava-se que as categorias complementares se mostrassem como fatores de risco para o consumo de medicamentos (Tabela 35).

Por fim, para as variáveis que refletem a síndrome de Burnout, “desgaste psíquico”, “indolência”, “culpa”, “CESQT (15 itens)” e “síndrome de burnout” foi considerado como categoria de referência a categoria “muito baixo” e “sem síndrome de burnout”, visto que entende-se que quanto mais elevado for o nível de desgaste nestas variáveis, maior será o consumo de medicamento, assim, esperava-se que as categorias complementares se mostrassem como fatores de risco para o consumo de medicamentos. Todavia, para a variável “ilusão pelo trabalho”, foi considerado como categoria de

referência a categoria “crítico”, visto que entende-se que quanto maior a ilusão pelo trabalho, melhor a qualidade de vida emocional do indivíduo, logo este tenderia a consumir menos medicamentos, sendo as categorias complementares fator de risco para o consumo de medicamentos (Tabela 36).

A análise multivariada foi realizada afim de avaliar a relação entre as variáveis explicativas (independentes ou preditoras) e a única variável desfecho (dependente) na intenção de que fosse encontrada uma equação (modelo de regressão) que previsse o desfecho a partir da combinação das variáveis preditoras. Para tanto, fora utilizado um modelo de regressão de Poisson com variância robusta, já que trata-se de um estudo onde o desfecho é o consumo de medicamentos em um determinado tempo e população/região (variável categórica nominal binária), que sugere uma distribuição binomial, mas que devido ao grande número da amostra, foi possível trabalhar com a distribuição de Poisson. Associado ao grande número da amostra, foi atendido os pressupostos de que um número infinito de ocorrências do evento ser possível e pelo fato deste evento ocorrer independentemente, ou seja, em teoria um docente poderia ter consumido um número infinito de medicamentos nos últimos quinze dias, além de que o consumo de um medicamento não interfere no consumo do próximo medicamento (PAGANO; GAUVREAU, 2015).

Foram selecionadas para a análise multivariada todas as 32 variáveis deste estudo. O procedimento utilizado no modelo de regressão foi a seleção stepwise, no qual as variáveis foram dispostas segundo um modelo teórico hierarquizado em oito níveis de proximidade com o fenômeno estudado, sendo introduzido as variáveis que formavam cada um dos oito níveis, um nível por vez, no modelo de regressão. Conforme cada novo nível, as respectivas variáveis explicativas foram incluídas na equação, de modo que todas as variáveis que já compunham o atual modelo eram reavaliadas e mantidas aquelas com significância estatística ao nível de 10%. Foram mantidas no modelo final somente aquelas com nível descritivo inferior ao nível de significância de 5% (VICTORA; FACHEL, 1996; ARRAIS et al., 2005; PAGANO; GAUVREAU, 2015).

4.13.1 Questionário 1

Neste questionário, o qual aborda questões sobre dados de identificação da amostra, encontra-se a variável dependente, o consumo de medicamentos. Onde, entende-se que consumidores de medicamentos são todos aqueles (docentes) que consumiram ao menos um medicamento nos 15 dias anteriores à entrevista. Conforme aponta o item 4.8.1, os participantes foram separados entre aqueles que consumiram e entre os que não consumiram medicamentos nos 15 dias anteriores à entrevista, assim como a literatura sugere (Bertoldi et al., 2016).

As variáveis independentes são: Fatores ocupacionais; hábitos sociais; condição de saúde; auto-avaliação da saúde; motivação intrínseca; absenteísmo e dados demográficos. As respostas foram dicotomizadas ou agrupadas de três em três, mediante análise individual de cada questão para um melhor agrupamento das respostas e cruzamento com outros dados.

Todas as variáveis foram categorizadas observando primeiro as faixas e categorias utilizadas por pesquisas que envolviam o consumo de medicamentos entre docentes; entre a população geral brasileira e/ou de uma determinada localidade do Brasil. Para as variáveis na qual não havia pesquisas de consumo de medicamentos envolvidas, como as variáveis que compõem motivação intrínseca, absenteísmo, qualidade de vida e síndrome de *Burnout*, foram observados os estudos mais recentes na área, envolvendo o público em questão.

Assim, as variáveis sexo, faixa etária, hospitalização no último ano e plano de saúde acompanharam a categorização realizada na Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do uso Racional de Medicamentos (PNAUM) (BERTOLDI et al., 2016; ARRAIS et al., 2016). O estado civil acompanhou a proposta de Arrais et al., 2005 e cor da pele a de Bertoldi et al., 2004. As variáveis filhos; quantidade de moradores e renda, foram categorizadas levando em consideração a média dos resultados, onde para as duas primeiras, foram observadas uma categoria mínima (não possuir filhos e morar sozinho, respectivamente), seguidos por duas categorias separadas pela média (1 ou 2 filhos e 2 ou 3 moradores, respectivamente). As variáveis bebida e cigarro, foram avaliadas mediante proposta de Terra et al., 2011; a variável atividade física conforme a

proposta de Costa et al., 2011 e as variáveis consulta nos últimos 3 meses e doença crônica, segundo a proposta de Vosgerau et al. 2011, destacando que estas variáveis foram categorizadas de forma binária (Sim/Não), conforme os artigos. A variável “regime de trabalho” foi categorizada de acordo com os três tipos de organização possível do docente na instituição (20h, 40h, 40h DE).

As variáveis “tempo de exercício docente”, “quantidade de disciplinas ministradas no semestre” e quantidade de alunos que orienta no semestre” foram categorizadas de modo a facilitar a interpretação das mesmas. Para a primeira, tempo de exercício docente, utilizou-se um intervalo de 10 anos entre as categorias (visto que um tempo menor geraria muitos níveis de análise e um tempo maior tornaria a variável com pouco poder de descrever a população); quanto à quantidade de disciplinas, observou-se o valor médio e desvio padrão da variável (3,1 +/- 1,3) e considerou-se as categorias “até 2 disciplinas”, “3 a 4 disciplinas” e “mais de 5 disciplinas”; e quanto à quantidade de alunos que orienta, optou-se por uma categoria nula, uma categoria de “1 a 5 orientandos” e por fim, uma categoria com “6 ou mais orientandos”. As variáveis “reconhecimento docente”, “frequência com que acha a profissão menos interessante” e “frequência de afastamento”, foram categorizadas mediante a proposta de Costa, 2014. Destaca-se que mesmo sendo utilizado a escala Likert para estas variáveis, sendo utilizado 5 categorias de resposta, optou-se por juntar as categorias dos extremos com a primeira categoria posterior ou anterior imediata (Nenhum/Pouco reconhecido; Totalmente/Muito reconhecido; Nenhuma/Pouca e Muitíssima/Muita), visto os extremos apresentarem poucos dados para análise.

Elegeu-se três perguntas para estimar a renda salarial base do docente, dentre as quinze que abordam a rotina docente. Assim, utilizando a questão 1.2.1, classe do docente (titular; associado; adjunto; assistente; adjunto se doutor ou mestre, auxiliar se graduado ou especialista e substituto); questão 1.2.2, nível (1, 2, 3 ou 4) e questão 1.2.3, regime de trabalho (20h, 40h ou 40h DE), estimou-se a renda base salarial do docente. Todavia, visto que no questionário não fora perguntado a titulação de cada docente, não fora possível calcular a retribuição por titulação.

Para um melhor entendimento da variável de desfecho, consumo de medicamentos, em relação à rotina docente, optou-se por utilizar as variáveis “regime de

trabalho” e “tempo de exercício docente”, uma vez que a literatura aponta, estas duas variáveis como fatores de risco para o adoecimento docente (PEREIRA, 2008; BATISTA et al., 2010; KOETZ, 2011; DUTRA et al., 2016). Assim como as variáveis "número de disciplinas ministradas" e "quantidade de orientandos", uma vez que os pesquisadores entendem que estas variáveis podem influenciar no consumo de medicamentos por exigirem maior esforço ao docente quanto maior forem. As demais variáveis sobre rotina docente poderão ser utilizadas em análises futuras voltadas sumariamente para o entendimento do cotidiano docente.

Também foram analisados os aspectos relativos ao perfil do consumo de medicamentos, como o nome do medicamento; princípio ativo; motivo do uso; fonte de indicação; apresentação de receita médica; categorial legal do medicamento e número total de medicamentos consumidos.

Utilizou-se o bulário eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para a verificação da composição de cada especialidade farmacêutica ou ainda, sites relacionados que dispunham da bula de dado medicamento quando este não estava relacionado pela ANVISA (BRASIL, 2013).

Utilizou-se o Anatomical Therapeutical Chemical Classification System, classificação ATC, e Guidelines, para listar e classificar os princípios ativos presentes em cada especialidade farmacêutica. Desta maneira, os princípios ativos foram classificados mediante os cinco níveis hierárquicos desta classificação, levando em consideração o órgão ou sistema de sua ação, suas propriedades farmacêuticas, químicas e farmacológicas (WHO, 2018).

Ainda neste questionário foi abordado, em duas perguntas, a variável Motivação Intrínseca, a qual foi avaliada segundo a proposta de Deci e Ryan (2000). Desta maneira, valendo-se da teoria da autodeterminação, apoiada pela tríade interdependente composta pela autonomia, competência e vínculo, trabalhou-se duas perguntas, a saber: questão 4.1: “Qual o seu grau de reconhecimento que você percebe ter por ser docente”; e questão 4.2: “Com que frequência acha a profissão menos interessante do que quando começou?”. Trabalhou-se, portanto, na questão 4.1, o reconhecimento docente, que envolve a noção de ser responsável por suas próprias ações, de autonomia. Já na questão 4.2, trabalhou-se a ideia de interesse pela profissão, medindo o conceito de competência, sendo este o grau

de efetividade para se engajar e realizar atividades. A questão 4.2 ainda trabalha a característica vínculo, que é entendida como as relações de convívio que o sujeito faz com as pessoas do meio em que atua e convive. Desta maneira, o respondente foi categorizado por meio de uma escala de frequência de cinco pontos, variando de um (Nenhuma) a cinco (Totalmente) para o grau de reconhecimento e de um (Nenhuma) a cinco (Muitíssima) para o grau de interesse. Nota-se que a variável interesse possui pontuação invertida, onde cinco pontos nesta variável reflete uma queda muitíssimo forte do interesse pela profissão, refletindo uma baixa motivação intrínseca. Caso seja necessário para comparações com outras variáveis, estas apresentam também um valor dicotomizado (tabela 8).

O absenteísmo entre os docentes também foi abordado neste questionário. A pergunta 5.2 : “Com que frequência se afasta do trabalho por motivo de saúde”, tem por objetivo verificar o absenteísmo em relação a quadros clínicos, para assim poder ser correlacionado com as demais variáveis abordadas neste trabalho como consumo de medicamentos, qualidade de vida e síndrome de Burnout. Desta maneira, a frequência das respostas foi categorizada por meio de uma escala de frequência de cinco pontos, variando de um (Nenhuma) a cinco (Muitíssima). Nota-se que a variável absenteísmo possui pontuação invertida, onde cinco pontos nesta variável reflete um alto índice de absenteísmo, sendo desejável pontuações mais baixas. Caso seja necessário para comparações, esta apresenta também um valor dicotomizado (tabela 9).

Conforme Arrais et al., (2016), realizou-se a análise do perfil do consumo do medicamentos, sendo calculado a distribuição dos medicamentos utilizados pelos docentes nos últimos 15 dias. Foi expresso a percentagem e IC95% de cada consumo, segundo a classificação ATC, mediante o primeiro nível (por grupos anatômicos), segundo nível (grupo terapêutico principal) e quinto nível (substância química ou princípio ativo). Nota-se que para o primeiro nível, foram calculados as percentagens e IC95% para todos os 14 grupos anatômicos, no entanto, para o segundo nível, que possui 92 grupos terapêuticos principais, foi expresso apenas os 20 grupos que tiverem representante(s) seu consumido(s). Quanto aos dados de consumo do quinto nível, que também possui vários representantes, foram expressos os 12 fármacos mais utilizados.

Tabela 8 - Descrição da variável categórica nominal Motivação Intrínseca e escores das categorias adotadas para análise dos dados

VARIÁVEIS DA MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA	ESCORES DAS VARIÁVEIS	
	Cinco categorias	Categorias dicotomizadas
RECONHECIMENTO	1 = Nada reconhecido	1 - 3 = Negativo
	2 = Pouco reconhecido	
	3 = Nem pouco nem muito reconhecido	
	4= Muito reconhecido	4 - 5 = Positivo
	5 = Totalmente reconhecido	
INTERESSE Frequência com que acha a profissão menos interessante	1 = Nenhuma	1 - 2 = Alto interesse
	2 = Pouca	
	3 = Nem pouca nem muita	3 - 5 = Baixo interesse
	4= Muita	
	5 = Muitíssima	

Tabela 9 - Descrição da variável categórica nominal Absenteísmo e escores das categorias adotadas para análise dos dados

VARIÁVEL	ESCORES DA VARIÁVEL	
	Cinco categorias	Categorias dicotomizadas
ABSENTEÍSMO Frequência com que se afasta do trabalho por motivo de saúde	1 = Nenhuma	1 - 3 = Baixa frequência
	2 = Pouca	
	3 = Nem pouca nem muita	
	4= Muita	4 - 5 = Alta frequência
	5 = Muitíssima	

No que se refere ao consumo de medicamento por automedicação, avaliamos esta variável, automedicação, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (1998), que define automedicação como a seleção e o uso de medicamentos sem prescrição ou supervisão de um médico ou dentista, a qual também fora utilizada por Arrais et al., (2016) em seu estudo sobre a prevalência da automedicação no Brasil. Foi descrito quem indicou o uso do medicamento; se os medicamentos consumidos tiveram ou não uma prescrição para o seu uso; e ainda se a receita, caso fosse alegado estar utilizando medicamento por indicação e receita médica, fora obtida nos últimos três meses. Foi

expresso a frequência e percentagem de medicamentos utilizados com mais de um princípio ativo.

O conceito de polimedicação também foi trabalhado nesta pesquisa, onde entendeu-se por polimedicação o regime terapêutico paralelo e/ou concomitante de cinco ou mais medicamentos (Nascimento et. al., 2017) utilizados pelo docente.

O uso do medicamento mediante à presença de alguma doença foi analisado frente à doenças crônicas (doença com mais de seis meses de duração) e agudas (doença com menos de seis meses de duração) (Bertoldi et al., 2016). Assim, foi apresentado a frequência e percentagem de docentes com doença crônica, assim como quais são as doenças crônicas com maior prevalência, além de mostrar o número de medicamentos consumidos na presença dessas doenças.

4.13.2 *Questionário 2*

O questionário 2, foi utilizado para análise da qualidade de vida dos docentes, sendo este o WHOQOL-bref, instrumento criado pela Organização Mundial da Saúde, traduzido e validado para a população brasileira (FLECK et al., 2000).

Destaca-se que neste questionário, a média dos valores das respostas das duas primeiras perguntas, compõe a qualidade de vida geral do respondente. Nota-se também que, a análise das outras 24 questões divididas entre os 4 domínios estudados neste questionário, é independente da análise da qualidade de vida geral. Muitas vezes, busca-se um único score como valor identificador final do que o instrumento se propõe a medir. Porém, uma vez que qualidade de vida é um conceito teórico multidimensional, não existe um único score como resultado, mas sim, uma pontuação para a qualidade de vida geral auto-referida e outra para cada um dos domínios.

As duas primeiras questões do instrumento são questões auto-avaliativas, onde a primeira refere à qualidade de vida e a segunda à saúde. A média destas duas questões gerais, formam a qualidade de vida geral auto-referida e é avaliada independentemente das outras questões e domínios.

Dito isto, calculou-se as frequências e percentagens das questões gerais (Q1 e Q2) para cada uma das cinco opções de resposta. Como a qualidade de vida geral auto-

referida é proveniente da média dos escores destas duas questões, foi aplicado o teste “*t*” de *Student* para dados pareados para analisar a diferença entre as questões e correlação de *Sperman*, para assim saber se os respondentes percebem ou não a qualidade de vida como sendo diferente da percepção de saúde, e se ambas as perguntas estavam correlacionadas positivamente com a qualidade de vida geral auto-referida.

Foram apresentadas as médias e desvios padrões dos escores dos domínios de qualidade de vida tanto na escala de escores de 4 a 20 quanto de zero a 100.

Em seguida, foi utilizado o teste de correlação de *Pearson* para analisar a correlação entre os escores dos domínios com os escores da qualidade de vida geral auto-referida e a análise de regressão linear para identificar e explicar a importância de cada domínio para a qualidade de vida geral (PEREIRA, 2008).

Como visto no item 4.6.2, o valor de cada domínio pode variar de 0 a 100, sendo considerado cinco níveis de qualidade de vida, como: muito ruim (0 – 20); ruim (21 – 40); nem ruim nem boa (41 – 60); boa (61 – 80) e muito boa (80 – 100) (PADRÃO, 2008; KOETZ; REMPEL; PÉRICO, 2013; SOUTO et al., 2016). Contudo, quando necessário, a variável qualidade de vida foi reclassificada em três conjuntos de escores: em qualidade de vida negativa (0 – 40) (dados daqueles que consideram sua qualidade de vida muito ruim e ruim); qualidade de vida indefinida (41 – 60); e por fim, qualidade de vida positiva (61 – 100); afim de poder compará-la a outras variáveis (Tabela 10).

Nota-se uma não concordância na literatura na divisão destas pontuações para o agrupamento das categorias, sendo que Moraes (2006) as classifica como: escores até 25% são considerados como insatisfação, entre 25% e 75% posição intermediária, e acima de 75% como satisfação. No entanto, Pereira (2008) classifica os escores em região de fracasso (zero a 40%); região de indefinição (41% a 70%); e região de sucesso (71% a 100%). Tanto Moraes (2006), quanto Pereira (2008) aumentaram a faixa de qualidade de vida “indefinida” em relação à faixa estabelecida no questionário original, porém, nesta pesquisa respeitou-se a mesma faixa “indefinida” que o próprio instrumento sugere.

Tabela 10 - Descrição da variável categórica nominal Qualidade de Vida e escores das categorias adotadas para análise dos dados - WHOQOL-bref

DOMÍNIO	ESCORES DOS DOMÍNIOS	
	Cinco categorias	Categorias trinas
Qualidade de vida auto-referida	0 - 20 = Muito ruim	
	21 - 40 = Ruim	0 - 40 = Negativa
	41 - 60 = Nem ruim nem boa	41 - 60 = Indefinida
	61 - 80 = Boa	61 - 100 = Positiva
	81 - 100 = Muito boa	
Condição de saúde auto-referida	0 - 20 = Muito ruim	
	21 - 40 = Ruim	0 - 40 = Negativa
	41 - 60 = Nem ruim nem boa	41 - 60 = Indefinida
	61 - 80 = Boa	61 - 100 = Positiva
	81 - 100 = Muito boa	
Qualidade de vida geral auto-referida	0 - 20 = Muito ruim	0 - 40 = Negativa
	21 - 40 = Ruim	41 - 60 = Indefinida
	41 - 60 = Nem ruim nem boa	61 - 100 = Positiva
	61 - 80 = Boa	
	81 - 100 = Muito boa	
Físico	0 - 20 = Muito ruim	0 - 40 = Negativa
	21 - 40 = Ruim	41 - 60 = Indefinida
	41 - 60 = Nem ruim nem boa	61 - 100 = Positiva
	61 - 80 = Boa	
	81 - 100 = Muito boa	
Psicológico	0 - 20 = Muito ruim	
	21 - 40 = Ruim	0 - 40 = Negativa
	41 - 60 = Nem ruim nem boa	41 - 60 = Indefinida
	61 - 80 = Boa	61 - 100 = Positiva
	81 - 100 = Muito boa	
Relações sociais	0 - 20 = Muito ruim	
	21 - 40 = Ruim	0 - 40 = Negativa
	41 - 60 = Nem ruim nem boa	41 - 60 = Indefinida
	61 - 80 = Boa	61 - 100 = Positiva
	81 - 100 = Muito boa	
Meio ambiente	0 - 20 = Muito ruim	
	21 - 40 = Ruim	0 - 40 = Negativa
	41 - 60 = Nem ruim nem boa	41 - 60 = Indefinida
	61 - 80 = Boa	61 - 100 = Positiva
	81 - 100 = Muito boa	

Visto as faixas de classificação da qualidade de vida no parágrafo acima, foi então calculado a frequência e percentual da qualidade de vida geral e dos domínios de

qualidade de vida conforme as cinco categorias de resposta e quando foi necessário, conforme às categorias trinas.

Desta maneira, através da estatística descritiva, analisou-se as frequências absolutas e relativas e procedeu-se com o cálculo de médias e desvios padrões dos resultados de cada domínio, da qualidade de vida e de saúde auto-referida. Foi investigado se havia associação entre a qualidade de vida e de saúde auto-referidas e dos domínios, com o uso de medicamentos.

4.13.3 Questionário 3

O questionário três aborda a questão do estresse, através da síndrome de *Burnout*. Desta maneira, o nível da síndrome de *Burnout* na amostra foi analisado mediante a proposta de Gil-Monte (2011), onde a síndrome é classificada em 5 níveis diferentes, de acordo com os percentis 10, 33, 66 e 90 (P10, P33, P66 e P90), no qual o cálculo destes percentis foi considerado para poder estabelecer pontos de corte baseados na distribuição da amostra. Desta maneira, foram classificados como: (a) muito baixo – pontuações \leq ao P10; (b) baixo – pontuações \leq ao P33; (c) médio – pontuações \leq ao P66; (d) alto – pontuações $<$ ao P90; e (e) crítico – pontuações \geq ao P90. Foram considerados com síndrome de *Burnout*, perfil 1, os casos que apresentaram pontuações \geq ao P90 na pontuação média dos 15 itens que formam as subescalas de Ilusão pelo trabalho (escala invertida), Desgaste psíquico e Indolência. As perguntas relativas à dimensão Culpa não foram utilizadas para o cálculo do perfil 1. No entanto, foram considerados com síndrome de *Burnout*, perfil 2, os casos que apresentaram pontuações \geq ao P90 na pontuação média dos 15 itens já citados, adicionados dos casos \geq ao P90 na subescala Culpa (Tabela 11), sendo as perguntas desta escala utilizadas apenas para diferenciar perfil 1 do perfil 2.

Tabela 11 - Descrição da variável categórica nominal síndrome de Burnout e escores das categorias e perfis adotados para análise dos dados do questionário CESQT

DIMENSÃO	ESCORES DAS DIMENSÕES		
	Quatro categorias	Perfis	
Ilusão pelo trabalho (IT)	$\leq P10$ = Muito baixo	Sem Síndrome de Burnout	$< P90$ --> IT (invertida)
	$\leq P33$ = Baixo		$< P90$ --> DP
	$\leq P66$ = Médio		$< P90$ --> In
	$< P90$ = Alto		$< P90$ --> C
	$\geq P90$ = Crítico		$\geq P90$ --> IT (invertida)
Desgaste psíquico (DP)	$\leq P10$ = Muito baixo	Perfil I	$\geq P90$ --> DP
	$\leq P33$ = Baixo		$\geq P90$ --> In
	$\leq P66$ = Médio		$< P90$ --> C
	$< P90$ = Alto	Perfil II	$\geq P90$ --> IT (invertida)
	$\geq P90$ = Crítico		$\geq P90$ --> DP
Indolência (In)	$\leq P10$ = Muito baixo		$\geq P90$ --> In
	$\leq P33$ = Baixo		$\geq P90$ --> C
	$\leq P66$ = Médio		
	$< P90$ = Alto		
	$\geq P90$ = Crítico		
Culpa (C)	$\leq P10$ = Muito baixo		
	$\leq P33$ = Baixo		
	$\leq P66$ = Médio		
	$< P90$ = Alto		
	$\geq P90$ = Crítico		

IT: Ilusão pelo trabalho; DP: Desgaste psíquico; In: Indolência; C: Culpa

Desta maneira, através da estatística descritiva, calculou-se a média e desvio padrão dos resultados de cada domínio e dos perfis identificados na amostra, assim como frequências e percentagens de docentes com níveis *Muito Baixo*, *Baixo*, *Médio*, *Alto* e *Crítico* da síndrome de *Burnout* de acordo com os percentis do manual do CESQT. Investigou-se a prevalência do consumo de medicamentos entre os docentes que apresentaram perfil 1 e 2 da síndrome de *Burnout* e as razões de prevalência bruta e ajustada para uso de medicamentos entre docentes, assim como investigou-se as características das variáveis que melhor se associaram ao consumo de medicamentos nos questionários 1 e 2, buscando associação com os perfis da síndrome de *Burnout*.

4.13.4 Análise multivariada – Modelo Hierarquizado

Análises multivariadas com modelo hierarquizado, permitem em geral, fazer uma análise conjunta de variáveis, como as sociais, as biológicas e as de comportamento, sendo possível avaliar como estas influenciam no desfecho analisado e identificar aquelas variáveis ditas de confusão (Mosley; Chen, 1984; Fuchs; Victora; Fachel, 1996).

O modelo é dito hierarquizado por ser dividido e analisado em camadas mais distais até às camadas mais proximais. As variáveis distais são localizadas mais distantes da variável de desfecho, tendo uma ação indireta sobre esta. Os determinantes intermediários, possuem uma ação cada vez mais direta sobre a variável de desfecho a medida que se aproximam da camada mais proximal, sendo incorporadas ao modelo com o propósito de esclarecer a relação dos determinantes mais proximais com o desfecho. Os determinantes proximais agem de maneira direta ou imediata sobre o desfecho (Mosley; Chen, 1984).

Desta maneira construiu-se um modelo hierárquico teórico baseado nos trabalhos de Costa (2014), Arrais et al., (2005) e Victora e Fachel (1996). Dos estudos de Arrais et al., (2005) e Victora e Fachel (1996), o modelo hierárquico considerou os seguintes níveis: socioeconômico, demográfico, saúde, avaliação subjetiva (autopercepção do estado de saúde). O estudo de Costa (2014), foi utilizado como base para a ordenação temporal e distal/proximal das variáveis subjetivas, como motivação intrínseca, síndrome de *Burnout*, qualidade de vida e absenteísmo, relativas às variáveis do quinto ao oitavo nível do presente trabalho.

A introdução das variáveis no modelo se deu por etapas e apenas as variáveis de um mesmo nível foram introduzidas simultaneamente. A cada nível foi necessário estimar as respectivas regressões e seus parâmetros estatísticos, levando sempre para o próximo nível aquelas variáveis que apresentaram resultados com $p < 0,10$. Utilizou-se este valor p , com o objetivo de não excluir um potencial fator de confusão ao longo dos oito níveis hierárquicos. Desta maneira, a cada novo nível e cada vez que uma variável foi retirada do modelo, calculou-se novas estimativas dos parâmetros estatísticos utilizados, de modo que foram analisadas as variáveis dos níveis mais distais até o mais

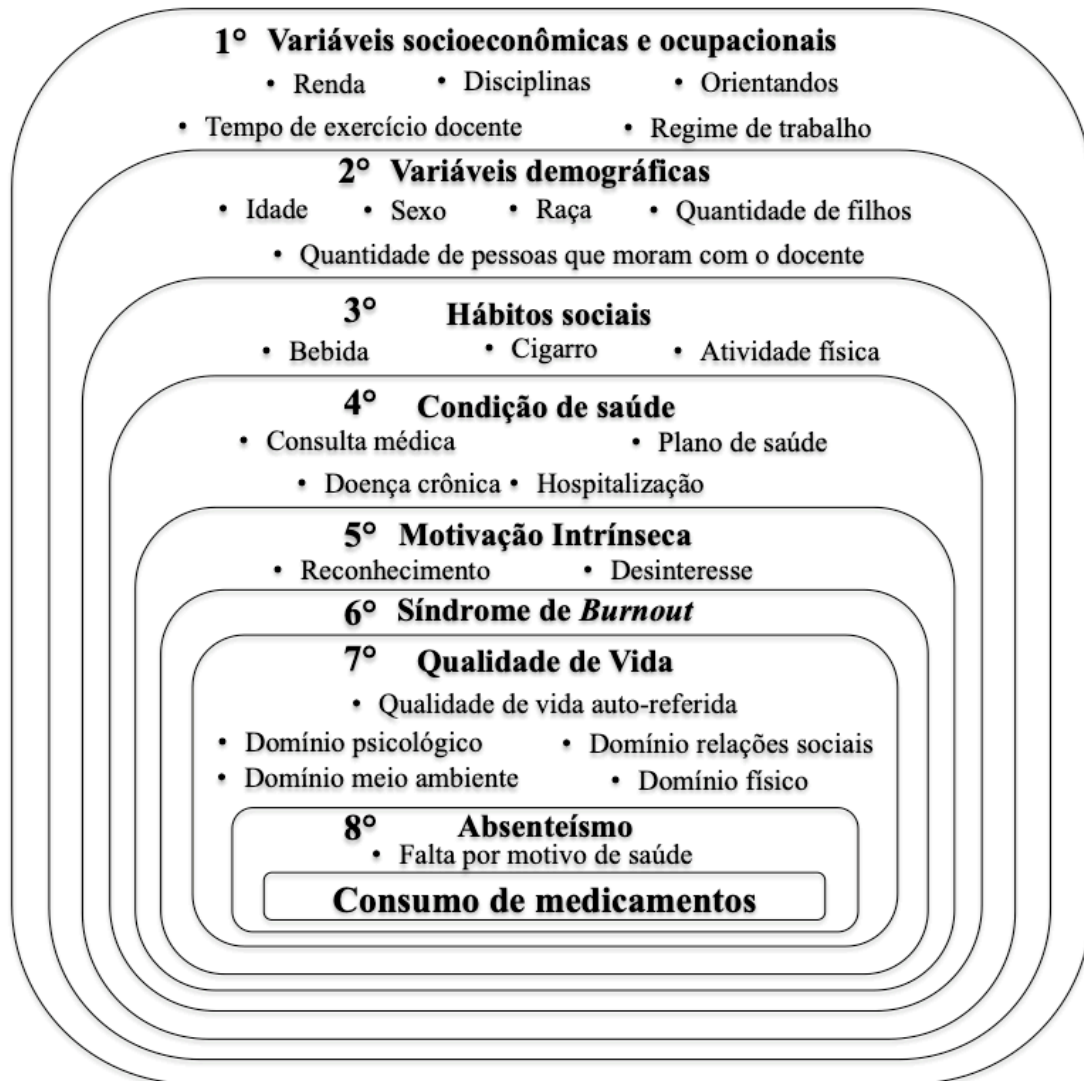
proximal. As análises no último nível, oitavo, foram realizadas com valor de $p < 0,05$ para indicar as associações estatisticamente significativas (Victora et al., 1997).

Desta forma, os fatores socioeconômicos e fatores ocupacionais (renda; regime de trabalho; tempo de exercício docente; número de disciplinas ministradas e número de orientandos) que pertencem ao primeiro nível, entraram no primeiro passo da análise, nível mais distal. O segundo nível foi composto pelas variáveis relativas aos dados demográficos (sexo; idade; estado civil; raça; quantidade de filhos e quantidade de pessoas que moram com o docente). O terceiro nível foi formado por variáveis relacionadas aos hábitos sociais (bebida, cigarro e atividade física). O quarto nível foi composto por fatores relativos à condição de saúde e indicadores da utilização de serviços de saúde (plano de saúde; consulta médica; hospitalização e doença crônica). O quinto, pela variável motivação intrínseca (reconhecimento e desinteresse). O sexto, pela variável síndrome de *Burnout* (sem síndrome; perfil 1 e perfil 2). O sétimo, pela variável qualidade de vida (qualidade de vida auto-referida; domínio físico; domínio psicológico; domínio relações sociais e domínio ambiente) e por fim, o nível mais proximal, o oitavo nível, composto pela variável absenteísmo (falta por motivo de saúde) (Figura 2).

O modelo final foi apresentado por meio da razão de prevalência, seus intervalos de confiança e nível descritivo encontrado (valor de p) (Victora et al., 1997; Arrais, et al., 2005).

A fim de analisar a possível ocorrência de multi-colinearidade entre as variáveis do modelo final, foi calculado o VIF (variance inflation factory).

FIGURA 3 - Modelo hierárquico do processo de determinação do consumo de medicamentos



Fonte: Próprio autor

4.14 Questões éticas

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde-CONEP e aprovado em Fevereiro de 2018, sendo emitido o protocolo do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) : 82127917.0.0000.5054. Através do e-mail convite, os participantes foram consultados sobre o interesse de participar da pesquisa e esclarecidos sobre o objetivo, finalidades e procedimentos metodológicos, recebendo a

garantia do sigilo conferido às informações e identidades e direito de desistência a qualquer momento. A inclusão dos participantes somente se deu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que foi enviado por e-mail ao docente no e-mail cadastrado para participação da pesquisa, assim como foi gerado eletronicamente e guardado, com o pesquisador principal, uma cópia de cada TCLE assinado.

5. RESULTADOS

Responderam ao questionário 758 docentes, dos quais dois respondentes foram retirados da pesquisa por apresentarem respostas inconsistentes às perguntas feitas e catorze por responderem não dar aula nem na graduação nem no pós-graduação, sendo enquadrados como parte do grupo de exclusão. Assim, foram inclusos na pesquisa 742 docentes. Destaca-se que do total geral da amostra calculada ($n = 544$), conseguiu-se 36% a mais de participantes ($n = 198$).

5.1 Características demográficas da população estudada

A maioria dos docentes são do sexo masculino (53,4%). A idade variou de 25 a 71 anos, com média de 45,3 ($dp \pm 10,3$) e mediana de 44 anos, existindo uma maior frequência de docentes nas faixas etárias de 30 a 39 anos (31,7%) e 40 a 49 anos de idade (29,9%). A maioria são casados ou estão vivendo como casados (74,3%), destaca-se que entre os não casados estão aqueles que declararam ser solteiro, separado, viúvo, divorciado ou outros. A maioria declara ser de cor branca (51,9%), sendo os não brancos aqueles que declararam ser preto, pardo, amarelo ou indígena; assim como a maioria possui de um a dois filhos (52,2%), tendo em média 2,0 ($dp \pm 0,9$) filhos por docente, sendo em grande número aqueles que não possuem filhos (33,7%). Em relação à quantidade de pessoas que moram na casa, incluindo o docente, destaca-se que na maioria das casas dos docentes moram de duas a três pessoas, 44,6%, morando em média de 2,8 ($dp \pm 1,6$) pessoas por casa. Quanto à renda, 57,5% dos docentes recebem mais de R\$ 5.000,00 em relação à renda básica, sem considerar a retribuição por titulação, já que não fora questionado o grau de estudo de cada docente. (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição das características demográficas e econômicas dos docentes participantes do estudo. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 742)

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS	n	%
Sexo		
Masculino	396	53,4
Feminino	346	46,6
Faixa Etária		
20 a 29	25	3,4
30 a 39	235	31,7
40 a 49	222	29,9
50 a 59	176	23,7
≥ 60	84	11,3
Média ± desvio padrão	45,3 ± 10,3	
Mediana (1° - 3° quartis)	44,0 (37,0 – 53,0)	
Estado civil		
Casado	551	74,3
Não casado*	191	25,7
Cor da pele		
Branca	385	51,9
Não branca**	357	48,1
Filhos		
0	250	33,7
1 ou 2	387	52,2
3 ou 4	105	14,2
Média ± desvio padrão***	2,0 ± 0,9	
Mediana (1° - 3° quartis)***	3,0 (2,0 – 4,0)	
Quantos moram em sua casa incluindo você		
1	135	18,2
2 ou 3	331	44,6
≥ 4	276	37,2
Média ± desvio padrão	2,8 ± 1,6	
Mediana (1° - 3° quartis)	3,0 (2,0 – 4,0)	
Renda		
Até R\$ 5.000	315	42,5
> R\$ 5.000	427	57,5
Média ± desvio padrão	5488,4 ± 141,6	
Mediana (1° - 3° quartis)	5488,4 (4491,0 – 6893,1)	

* Não casado: solteiro, separado, viúvo, divorciado ou outros

** Não branco: preto, pardo, amarelo ou indígena

***Média entre apenas aqueles que possuem filhos

5.2 Hábitos sociais e condição de saúde

Em relação aos hábitos sociais, 84,2% dos docentes declararam consumir bebida alcoólica; 6,2% declararam ser fumantes; e 35,6% declararam não praticar atividade física ao menos 30 minutos e três vezes por semana. A porcentagem de pessoas que realizaram no mínimo uma consulta médica nos últimos três meses foi de 72,6%; 7,1% dos docentes foram hospitalizados no último ano; 95,1% possuem plano de saúde; e 34,2% declararam possuir alguma doença crônica (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição das características dos docentes participantes do estudo segundo hábitos sociais e condição de saúde. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 742)

VARIÁVEIS HÁBITOS SOCIAIS E CONDIÇÃO DE SAÚDE	n	%
Bebida		
Sim	625	84,2
Não	117	15,8
Cigarro		
Sim	46	6,2
Não	696	93,8
Atividade física		
Sim	478	64,4
Não	264	35,6
Consulta nos últimos 3 meses		
Sim	539	72,6
Não	203	27,4
Hospitalizado no último ano		
Sim	53	7,1
Não	689	92,9
Plano de saúde		
Sim	706	95,1
Não	36	4,9
Doença crônica		
Sim	254	34,2
Não	488	65,8

Dentre os 254 (34,2%) docentes que relataram ter alguma doença crônica, foram mencionadas 77 tipos de doenças crônicas diferentes. Destaca-se que a hipertensão foi a doença crônica mais citada, 18,2% das doenças crônicas, apresentando uma prevalência de 23,23% entre os doentes crônicos e uma prevalência de 8,0% na população geral. Destaca-se também que 8,0% das doenças crônicas referidas são diabetes tipo 1 e 2; e

7,7% são problemas relacionados à tireoide, como hipotireoidismo e tireoidite de Hashimoto. Outro fator de destaque é a presença da depressão e da ansiedade entre as dez doenças crônicas mais prevalentes entre os docentes, sendo 4,0% e 3,1% das doenças crônicas referidas, respectivamente, o que reflete uma prevalência de 1,8% de depressão e de 1,3% de ansiedade entre a população geral de docentes (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição dos 10 tipos de doenças crônicas mais frequentes entre os docentes. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 254)

% das doenças crônicas relatadas	n	%*	%**	%***
Hipertensão	59	18,2	23,23	8,0
Diabetes 1 ou 2	26	8,0	10,24	3,5
Problema na tireoide	25	7,7	9,84	3,4
Rinite	19	5,8	7,48	2,6
Refluxo	16	4,9	6,30	2,2
Depressão	13	4,0	5,12	1,8
Hérnia de disco	11	3,4	4,33	1,5
Ansiedade	10	3,1	3,94	1,3
Enxaqueca	10	3,1	3,94	1,3
Sinusite crônica	10	3,1	3,94	1,3
Outras	126	38,8	49,61	17,0

* Frequência Relativa (%) referente ao número de doenças crônicas

** Frequência Relativa (%) referente ao número de doentes crônicos

*** Frequência Relativa (%) referente a todos os participantes do estudo

Observa-se que a grande maioria dos docentes apresentam apenas uma doença crônica (73,2%; n = 186) e que apenas um (0,4%) docente apresenta quatro doenças crônicas concomitantes, quantidade máxima concomitante de doenças crônicas encontrada em um docente (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição do número de doenças crônicas entre os docentes. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 254)*

Número de doenças crônicas	n	%
1	186	73,2
2	51	19,7
3	17	6,7
4	1	0,4

*Unidade de análise: docentes

5.3 Fatores ocupacionais

Os fatores ocupacionais (que envolve a rotina do docente) foram avaliados segundo as variáveis “regime de trabalho”; “tempo de exercício docente”; “número de disciplinas ministradas neste semestre” e “número de orientandos”. Em relação ao regime de trabalho, 86,7% trabalham 40h e são dedicação exclusiva. Em relação ao tempo de exercício docente, 44,9% dos docentes têm até dez anos de carreira, sendo o tempo médio de exercício docente de 14,9 anos (DP \pm 11,1). Nota-se que 52,3% dos docentes ministraram de 3 a 4 disciplinas e que 53,1% orientam mais de cinco alunos durante o semestre (Tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição das características dos docentes participantes do estudo segundo fatores ocupacionais. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 742)

Fatores ocupacionais	n	%
Regime de trabalho		
20h	39	5,3
40h	60	8,1
40h DE	643	86,7
Tempo de exercício docente		
0 - 10	333	44,9
11 - 20	202	27,2
> 20	207	27,9
Média \pm desvio padrão		14,9 \pm 11,1
Mediana (1° - 3° quartis)		12,0 (6,0 - 22,0)
Quantidade de disciplinas ministradas no semestre		
Até 2	259	34,9
3 a 4	388	52,3
5 ou mais	95	12,8
Média \pm desvio padrão		3,1 \pm 1,3
Mediana (1° - 3° quartis)		3,0 (2,0 - 4,0)
Quantidade de alunos que orienta no semestre		
0 (nenhum)	86	11,6
1 a 5	262	35,3
Mais de 5	394	53,1
Média \pm desvio padrão		6,8 \pm 6,8
Mediana (1° - 3° quartis)		6,0 (2,0 - 9,0)

5.4 Motivação intrínseca e absenteísmo

Com relação à motivação intrínseca, 49,5% dos docentes se sentem totalmente / muito reconhecidos e 21,9% se sentem pouco ou nada reconhecidos. Por outro lado, 72,6% dos docentes ainda consideram a profissão interessante em comparação a quando começaram a lecionar e 13,1% pensam o oposto. Em relação ao absenteísmo, 96,5% dos docentes afirmaram que com pouca ou nenhuma frequência se afastam da docência por motivo de saúde (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição da motivação intrínseca e absenteísmo entre os docentes. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 742)

Variáveis	n	%
Reconhecimento docente		
Nada reconhecido	35	4,7
Pouco reconhecido	128	17,2
Nem pouco nem muito reconhecido	212	28,6
Muito reconhecido	293	39,5
Totalmente reconhecido	74	10,0
Frequência com que acha a profissão menos interessante		
Nenhuma	319	43,0
Pouca	220	29,6
Nem pouca nem muita	106	14,3
Muita	78	10,5
Muitíssima	19	2,6
Frequência de afastamento por motivo de saúde		
Nenhuma	416	56,1
Pouca	300	40,4
Nem pouca nem muita	21	2,8
Muita	5	0,7
Muitíssima	0	0,0

5.5 Qualidade de vida

Quanto à qualidade de vida, dos 742 participantes do estudo, 19 docentes deixaram de responder ao questionário, obtendo-se assim 723 respondentes. A qualidade

de vida média dos docentes, em relação à qualidade de vida geral auto-referida e aos domínios pesquisados, foi considerada como boa (pontos de 61 a 80) (Tabela 18).

Tabela 18 – Médias e desvios padrões dos escores da qualidade de vida geral auto-referida e dos domínios de qualidade de vida. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 723)

Domínios e questões da qualidade de vida	Média*	Desvio padrão
Qualidade de vida geral auto-referida	69,04	18,90
Q1- Auto avaliação da qualidade de vida	73,51	19,48
Q2- Satisfação com a saúde	64,56	24,30
Domínio físico	72,11	15,24
Domínio psicológico	71,43	13,38
Domínio relações sociais	68,42	17,41
Domínio meio ambiente	65,22	12,63

*Escore de zero a 100

**Escala: muito ruim (0 – 20); ruim (21 – 40); nem ruim nem boa (41 – 60); boa (61 – 80); muito boa (81 – 100)

Com o objetivo de avaliar se realmente as questões Q1 e Q2 estavam correlacionadas e se assim poderiam descrever a qualidade de vida geral, realizou-se o teste de correlação de Pearson entre elas, desta forma, o resultado revelou associação significativa e positiva entre as duas perguntas ($r = 0,513$; $p < 0,001$), mostrando que quando considera-se a qualidade de vida positiva, as pessoas também consideram ter uma boa saúde, evidenciando que as perguntas estão sim correlacionadas e que a média das respostas de ambas as perguntas descrevem bem a qualidade de vida geral auto-referida.

Quanto aos domínios, o domínio com a média de pontuação mais elevada foi o físico ($\mu = 72,11$; $dp = 15,24$); seguido do psicológico ($\mu = 71,43$; $dp = 13,38$) (Tabela 18). No entanto, ao considerar a qualidade de vida mediante as três formas de classificação (Negativa, Indefinida e Positiva), observa-se que a grande maioria dos docentes consideram ter uma qualidade de vida positiva (pontos de 61 a 100 ou ainda, considerar ter uma qualidade de vida boa ou muito boa) em todos os domínios, no qual mais docentes consideram ter uma qualidade de vida positiva no domínio psicológico (81,6%), seguido de perto pelo domínio físico (81,2%). Destaca-se também que 11,2% dos docentes consideram ter uma qualidade de vida auto-referida negativa, onde o domínio Relações Sociais teve a maior porcentagem de pessoas insatisfeitas com sua qualidade de vida (5,9%) (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição das características dos docentes participantes do estudo segundo qualidade de vida. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 723)

VARIÁVEL	n	%
Quali. de vida geral auto-referida		
Muito ruim	4	0,4
Ruim	78	10,8
Nem ruim nem boa	88	12,2
Boa	395	54,6
Muito boa	158	21,8
Domínio Físico		
Muito ruim	1	0,1
Ruim	29	4,0
Nem ruim nem boa	106	14,7
Boa	352	48,7
Muito boa	235	32,5
Psicológico		
Muito ruim	2	0,3
Ruim	15	2,1
Nem ruim nem boa	116	16,0
Boa	443	61,3
Muito boa	147	20,3
Relações sociais		
Muito ruim	8	1,1
Ruim	35	4,8
Nem ruim nem boa	188	26,0
Boa	324	44,8
Muito boa	168	23,2
Meio ambiente		
Muito ruim	1	0,1
Ruim	20	2,8
Nem ruim nem boa	212	29,3
Boa	412	57,0
Muito boa	78	10,8

A fim de identificar a contribuição de cada domínio para a qualidade de vida geral, realizou-se a análise de correlação de *Spearman*. Todos os domínios apresentaram correlação significativa e positiva com a qualidade de vida geral auto-referida, com destaque para o domínio Físico que apresentou a maior correlação ($r = 0,564$), mostrando ser este o domínio que melhor explica a qualidade de vida dos docentes, todavia, o

domínio Relações Sociais é o que menos se mostrou correlacionado com a qualidade de vida auto-referida dos docentes ($r = 0,394$) (Tabela 20).

Tabela 20 – Coeficiente de correlação de *Spearman* entre os domínios e a qualidade de vida geral autor-referida. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 739).

Domínios	Qualidade de vida geral auto-referida	
	Correlação	
	r	p*
Físico	0,564	<0,001
Psicológico	0,538	<0,001
Relações sociais	0,394	<0,001
Meio ambiente	0,414	<0,001

*Teste de Correlação de Spearman

5.6 Síndrome de *Burnout*

Quanto à síndrome de *Burnout*, dos 742 participantes do estudo, os mesmos 19 docentes que deixaram de responder o segundo questionário, por consequência, também não responderam o terceiro questionário, visto que este não se tornou acessível a estes docentes por não terem respondido o anterior, obtendo-se assim 723 respondentes.

A Tabela 21 mostra as médias, desvio padrão, variação e consistência interna das dimensões do questionário utilizado para a síndrome de *Burnout*. Nela podemos notar que apenas a dimensão indolência não apresentou valor de consistência interna, alfa de Cronbach, superior a 0,70, no entanto, o resultado para esta dimensão passou muito próximo deste valor de referência (alfa de Cronbach da dimensão indolência = 0,65). Quanto às outras dimensões, todas apresentaram o valor de alfa de Cronbach superior a 0,70, estando assim os itens relacionados significativamente com seus constructos originais para avaliar a mesma faceta, ou seja, as perguntas que compõem uma mesma dimensão estão correlacionadas positivamente, concordando entre si.

Quanto às médias das dimensões, observa-se que como a escala ilusão pelo trabalho apresenta pontuação invertida (altas pontuações são indicativas de baixos níveis de *Burnout*), logo esta dimensão apresentou o maior valor entre as médias ($\mu = 3,11$ e DP $\pm 0,69$). O valor mais baixo foi obtido para a dimensão indolência ($\mu = 0,59$ e DP $\pm 0,46$).

Tabela 21 – Média, desvio padrão (DP), amplitude e consistência interna das dimensões do CESQT. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 723)

Dimensões	Média	DP	Amplitude	Alpha de Chrobach
Ilusão pelo trabalho	3,11	0,69	0 - 4	0,852
Desgaste psíquico	1,53	0,89	0 - 4	0,833
Indolência	0,59	0,46	0 - 4	0,646
Culpa	0,78	0,55	0 - 4	0,755
CESQT (15 itens)*	0,94	0,49	0 - 4	0,834
CESQT (20 itens)**	0,90	0,44	0 - 4	0,847

*Média das 15 perguntas que compõe as dimensões Ilusão pelo trabalho (pontuação invertida), Desgaste psíquico e Indolência

**Média das 20 perguntas que compõe todas as quatro dimensões (Ilusão pelo trabalho (invertida))

Como visto na tabela 22, 12,4% (n = 90) dos docentes apresentam nível muito baixo de ilusão pelo trabalho; 11,1% (n = 80) nível crítico de desgaste psíquico; 13,7% (n = 99) nível crítico de indolência e 14,4% (n = 104) nível crítico de culpa. Destaca-se ainda que 10,2% (n = 74) dos docentes apresentam síndrome de *Burnout*.

Tabela 22 – Número e percentagem dos participantes com níveis *muito baixo; baixo; médio; alto e crítico* da Síndrome de *Burnout* mediante os percentis (P) e dimensões do manual CESQT. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 723)

Dimensões	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Crítico
	p≤10	p11-p33	p34-p66	p67-p89	p≥90
Ilusão pelo trabalho	90 (12,4)	149 (20,6)	250 (34,6)	129 (17,8)	105 (14,5)
Desgaste psíquico	110 (15,2)	140 (19,4)	248 (34,3)	145 (20,1)	80 (11,1)
Indolência	101 (14)	192 (26,6)	193 (26,7)	138 (19,1)	99 (13,7)
Culpa	96 (13,3)	219 (30,3)	252 (34,9)	52 (7,2)	104 (14,4)
CESQT (15 itens)	89 (12,3)	172 (23,8)	225 (31,1)	163 (22,5)	74 (10,2)*

* Perfil 1: Pontuações ≥ P90 na pontuação média dos 15 itens que formam as subescalas Ilusão pelo trabalho (invertida); Desgaste psíquico e Indolência

A tabela 23, apresenta o número e percentagem tanto daqueles sem Síndrome de *Burnout*, quanto daqueles com a síndrome mediante perfil 1 ou 2. Assim, 89,8% (n = 649) dos docentes não apresentaram síndrome de *Burnout*, porém, 10,2% (n = 74) apresentaram a síndrome, dos quais, 5,9% (n = 43) apresentam apenas o perfil 1 e 4,3% (n = 31) apresentam o quadro mais deteriorado da síndrome, que é o perfil 2, ocorrendo sentimentos críticos de culpa.

Tabela 23 – Número e percentagem dos participantes sem Síndrome de *Burnout* e daqueles com a síndrome mediante perfil 1 ou 2. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 723)

Classificação	n	%
Sem Síndrome de Burnout	649	89,8
Perfil 1	43	5,9
Perfil 2	31	4,3
Total	723	100

5.7 Consumo de medicamentos

Entre os 742 docentes, houve uma prevalência de consumo de 71,0% (n = 527), onde foram utilizados de um a 12 medicamentos, sendo que 34,1% (n = 176) fizeram uso de apenas 1 medicamento, ao passo que 11,8% (n = 61) consumiram cinco ou mais medicamentos, configurando uma situação de polimedicação (Tabela 24). Destaca-se que 29,0% (n = 215) da amostra não consumiu medicamentos. A média geral do consumo (incluindo os que não consumiram medicamentos) foi de 1,75 medicamentos por pessoa (DP ± 1,86) e a média do consumo entre apenas os que consumiram medicamentos, foi de 2,48 medicamentos por pessoa (DP ± 1,76). Houve uma perda de 2% (n = 11) dos dados, relativos aos dados de docentes que relataram ter consumido medicamentos mas que não especificaram quantos ou quais foram.

Tabela 24 - Distribuição da quantidade de medicamentos consumidos por docente participante do estudo. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 516)

Medicamentos por docentes	n	%
1	176	34,1
2	152	29,5
3	91	17,6
4	36	7,0
≥5	61	11,8

*11 perdas

Foram consumidos no total 1.282 medicamentos, dos quais haviam 530 produtos farmacêuticos de diferentes nomes comerciais e 368 princípios ativos (combinados e isolados) diferentes. Dentre os medicamentos consumidos, 76,0% eram monofármacos (medicamentos com apenas um princípio ativo) e 2,0% possuíam cinco ou mais

princípios ativos. Observa-se que 9 medicamentos não tiveram seu nome comercial ou princípio ativo descritos corretamente, não sendo possível identificar a quantidade de princípios ativos nestes, logo, foram classificados como perda (Tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição da quantidade de princípios ativos nos medicamentos consumidos pelos docentes participantes do estudo. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 1282)

Princípios ativos	n	%
1	967	76,0
2	125	9,8
3	125	9,8
4	31	2,4
≥ 5	25	2,0

* 9 perdas

Quanto à fonte de indicação do uso dos medicamentos, observa-se que 71,1% das indicações do uso para o tratamento foram feitas por médicos, seguidos pelo uso por conta própria (22,9%). Quanto à automedicação, 28,7% dos medicamentos foram consumidos sem ser indicados por médicos ou dentistas, mas sim por conta própria, parentes, amigos, outros profissionais da saúde, balconistas entre outros (Tabela 26).

Tabela 26 - Distribuição da indicação do uso dos medicamentos consumidos e da automedicação por docente participante do estudo. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 1282)*

Indicação do uso	n	%
Médico	912	71,1
Conta própria	294	22,9
Parente/ amigo/ vizinho	27	2,1
Balconista	11	0,9
Farmacêutico	7	0,5
Propaganda	3	0,2
Dentista	2	0,2
Outro profissional da saúde	21	1,6
Outro	5	0,4
Automedicação		
Sim	368	28,7
Não	914	71,3

*Unidade de medida: medicamentos

Em relação ao motivo do uso do medicamento, foram listados 184 motivos de saúde que levaram ao consumo dos 1.282 medicamentos. Na tabela 20, estão representados os 19 motivos do uso que mais contribuíram para o consumo de medicamentos, representando 72,3% do motivo de uso geral. Observa-se que 11,4% (n = 146) dos medicamentos consumidos, tiveram o objetivo de tratar dores de cabeça; 10,4% (n = 133) foram utilizados para tratar hipertensão e 6,6% (n = 85) para dores em geral. Destaca-se que 4,6% (n = 59) dos medicamentos consumidos, foram utilizados no tratamento da ansiedade e 2,9% (n = 37) no tratamento da depressão (Tabela 27).

Tabela 27 - Distribuição do motivo do uso do medicamento por medicamentos. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 1282*).

Motivo do uso do medicamento	n	%
Dor de cabeça**	146	11,4
Hipertensão	133	10,4
Dor em geral***	85	6,6
Suplementação mineral ou vitamínica	72	5,6
Colesterol alto	61	4,8
Ansiedade	59	4,6
Diabetes	59	4,6
Problemas na tireoide	46	3,6
Enxaqueca	41	3,2
Depressão	37	2,9
Rinite	35	2,7
Alergias	27	2,1
Refluxo	27	2,1
Gripe	23	1,8
Anticoncepcional	17	1,3
Insônia	17	1,3
Sinusite aguda	16	1,2
Azia e queimação	13	1,0
Dislipidemia	13	1,0
Outros	355	27,7

*Unidade de análise: medicamentos

**Dor de cabeça: motivos do uso referidos como dor de cabeça, cefaleia e cefaleia tensional

*** Dor em geral: dores musculares; dor no corpo; dor nas costas; dor de garganta; dor na nuca; dor lombar; dor na coluna cervical; dor abdominal; dor no joelho; dor muscular no braço e no ombro; dor no calcanhar; dor na coluna

5.7.1 Grupos e subgrupos terapêuticos

Os medicamentos mais consumidos de acordo com a classificação ATC, primeiro nível (grupos anatômicos terapêuticos), foram os medicamentos utilizados no sistema nervoso central (28,8%); seguido dos fármacos para o trato gastrointestinal e metabolismo (21,0%), sistema cardiovascular (18,6%), aparelho respiratório (9,1%) e sistema musculoesquelético (7,0%) (Tabela 28).

Tabela 28 - Distribuição do consumo de medicamentos segundo grupo anatômico terapêutico, primeiro nível da classificação ATC. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 1282*)

Grupos anatômicos terapêuticos	n	%
A - Trato gastrointestinal e metabolismo	267	21,0
B - Sangue e órgãos hematopoiéticos	31	2,4
C - Sistema cardiovascular	237	18,6
D - Fármacos usados em dermatologia	16	1,3
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	41	3,2
H - Fármacos hormonais sistêmicos, com exclusão dos hormônios sexuais e insulinas	56	4,4
J - Anti-infecciosos de uso sistêmico	24	1,9
L - Agentes anti-neoplásicos e imunomoduladores	4	0,3
M - Sistema musculoesquelético	89	7,0
N - Sistema nervoso	367	28,8
P - Antiparasitários, inseticidas e repelentes	3	0,2
R - Aparelho respiratório	116	9,1
S - Órgãos dos sentidos	21	1,6
V - Vários	1	0,1
Total	1282	100

*Unidade de análise: medicamentos

**9 perdas

Quanto aos medicamentos mais consumidos segundo o subgrupo terapêutico principal, segundo nível da classificação ATC, observa-se que os dois grupos terapêuticos principais consumidos com maior frequência agem no sistema nervoso, sendo os analgésicos o grupo mais consumido (15,7%), seguidos pelos psicoanalépticos (estimulantes do sistema nervoso central) (7,7%); o terceiro grupo mais consumido foi o grupo dos agentes anti-dislipidêmicos (7,1%); seguido dos agentes com ação sobre o sistema renina-angiotensina (6,4%) e ocupando a quinta colocação entre os fármacos mais consumidos estão as vitaminas (6,0%) (Tabela 29).

Tabela 29 - Distribuição do consumo de medicamentos segundo grupo terapêutico principal, segundo nível da classificação ATC. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 1282*)

Grupos terapêuticos principais	n	%
N02 - Analgésicos	200	15,7
N06 - Psicoanalépticos	98	7,7
C10 - Agente anti-dislipidêmico -modificador de lipídeo	90	7,1
C09 -Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	81	6,4
A11 - Vitaminas	76	6,0
M01 - Anti-inflamatórios e antirreumáticos	66	5,2
A10 - Medicamentos utilizados no diabetes	60	4,7
A02 - Medicamento para transtorno relacionado à acidez	54	4,2
H03 - Terapia da tireoide	47	3,7
C07 - Betabloqueadores	40	3,1
R01 - Preparações de uso nasal	36	2,8
N05 - Psicolépticos	35	2,7
R06 - Anti-histamínico de uso sistêmico	35	2,7
G03 - Hormônio sexual e modulador do sistema genital	32	2,5
N03 - Antiepilépticos	24	1,9
R03 - Agente contra doenças obstrutivas das vias aéreas	24	1,9
A03 - Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais	20	1,6
A12 - Suplementação mineral	20	1,6
R05 - Preparações para tosse e resfriado	20	1,6
B01 - Agentes antitrombóticos	19	1,5
Demais grupos ATC nível 2	196	15,4

*Unidade de análise: medicamentos

**9 perdas

Em relação à distribuição do consumo dos 20 medicamentos mais utilizados, segundo seus princípios ativos, quinto nível da classificação ATC, nota-se que a combinação Dipirona + Cafeína + Orfenadrina, junto da Dipirona isolada e Paracetamol isolado compõem 12,6% do consumo geral, demonstrando os fármacos que formam a alta percentagem de analgésicos consumidos. Destaca-se ainda que Dipirona + Cafeína + Orfenadrina e Dipirona isolada foram os dois princípios ativos mais consumidos, 6,8% e 3,8%, respectivamente. Houve também um alto consumo de Levotiroxina (3,6%), vitamina D (2,9%) e de medicamentos para o tratamento cardiovascular (Rosuvastatina; Losartana; Atenolol; Valsartana; Sinvastatina e Atorvastatina) (9,6%), estando em destaque dentre estes, o consumo de Rosuvastatina (2,8%) (Tabela 30).

Tabela 30 - Distribuição do consumo de medicamentos segundo princípios ativos, quinto nível da classificação ATC. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 1282*).

Princípios ativos	n	%
N02BB52 - Dipirona + Cafeína + Orfenadrina	86	6,8
N02BB02 - Dipirona	49	3,8
H03AA01 - Levotiroxina	46	3,6
A11CC05 - Colecalciferol	37	2,9
C10AA07 - Rosuvastatina	36	2,8
A10BA02 - Metformina	30	2,4
N02BE01 - Paracetamol	29	2,3
C09CA01 - Losartana	23	1,8
A11AA03 - Multivitamínicos e minerais	16	1,3
A02BC01 - Omeprazol	15	1,2
M01AB55 - Diclofenaco + Paracetamol + Carisoprodol + Cafeína	15	1,2
A02BC02 - Pantoprazol	14	1,1
N06AX12 - Bupropiona	14	1,1
C07AB03 - Atenolol	13	1,0
C09CA03 - Valsartana	13	1,0
C10AA01 - Sinvastatina	13	1,0
C10AA05 - Atorvastatina	13	1,0
C10AX - Ômega três	13	1,0
M01AE01 - Ibuprofeno	13	1,0
R05X - Dipirona + Clorfeniramina + Cafeína	13	1,0
Demais grupos ATC nível 5	772	60,6

*Unidade de análise: medicamentos

5.7.2 Consumo de medicamentos em relação às características demográficas

A tabela 31 mostra uma maior prevalência do consumo de medicamentos entre indivíduos do sexo feminino, 77,2% (n = 267), contra 65,7% (n = 260) do sexo masculino ($p < 0,001$), logo, o sexo feminino apresenta razão de prevalência 1,18 vezes maior de consumo de medicamentos em relação ao masculino. Em relação à idade, indivíduos mais velhos consumiram mais medicamentos (60 à 71 anos: 83,3%) do que as faixa etárias mais novas, observando-se um gradiente positivo crescente de consumo de medicamentos entre os 25 aos 71 anos de idade. Docentes na faixa etária de 25 a 39 anos apresentaram a menor prevalência de consumo, 62,7% ($p < 0,001$), sendo assim considerada como a categoria de referência para a análise da razão de prevalência. Aqueles entre 40 à 59 anos apresentaram uma prevalência de consumo de aproximadamente 74% e os acima de 59 anos apresentaram a maior prevalência de consumo de medicamentos, aproximadamente 83%. Desta maneira, ter entre 40 à 59 anos é um fator de risco para o consumo de medicamentos, na qual houve uma razão de prevalência do consumo de 1,18 vezes maior

do que a média de consumo da categoria de referência. Esta razão de prevalência do consumo se acentua na faixa etária de 60 a 71 anos, onde aqueles com mais de 59 anos apresentaram uma razão de prevalência do consumo de 1,33 vezes maior do que a média de consumo da categoria de referência. O estado civil, cor da pele e quantidades de filhos e de pessoas que moram com o docente, e a renda, não apresentaram resultados estatísticos significantes ($p > 0,05$). Destaca-se porém, que apesar do valor estatístico não ser significativo na variável “pessoas que moram com o docente”, nota-se que o consumo diminui ao passo que a quantidade de pessoas na casa aumenta.

Tabela 31 – Distribuição da amostra e prevalências globais de utilização de medicamentos entre docentes, segundo características demográficas. Fortaleza/ CE, 2018

VARIÁVEL	Frequência n (742)	Prevalência de consumo de medicamentos n (%)	Valor p	RP (IC 95%)
Sexo			<0,001 ¹	
Masculino	396	260 (65,7)		1
Feminino	346	267 (77,2)		1,18 (1,07 - 1,29)
Estado civil			0,323 ¹	
Casado	551	386 (70,1)		1
Não casado	191	141 (73,8)		1,05 (0,95 - 1,17)
Faixa etária			<0,001 ¹	
25 a 39	260	163 (62,7)		1
40 a 59	398	294 (73,9)		1,18 (1,06 - 1,32)
60 a 71	84	70 (83,3)		1,33 (1,16 - 1,52)
Cor da pele			0,565 ¹	
Branco	385	277 (71,9)		1,03 (0,94 - 1,13)
Não branco	357	250 (70)		1
Filhos			0,349 ¹	
0	250	183 (73,2)		1
1 a 2	387	266 (68,7)		0,94 (0,85 - 1,04)
3 a 4	105	78 (74,3)		1,01 (0,89 - 1,16)
Quantos moram em sua casa incluindo você			0,439 ¹	
1	135	102 (75,6)		1,08 (0,96 - 1,22)
2 a 3	331	232 (70,1)		1 (0,9 - 1,11)
4 a 5	276	193 (69,9)		1
Faixa de renda			0,592 ¹	
Até 5000	315	227 (72,1)		1,03 (0,94 - 1,12)
> 5000	427	300 (70,3)		1

¹Teste qui-quadrado

5.7.3 Consumo de medicamentos em relação aos hábitos sociais e condição de saúde

A tabela 32 aborda o consumo de medicamentos frente a hábitos sociais e condição de saúde. As variáveis relativas aos hábitos sociais, como “bebida”, “cigarro” e “atividade física” não apresentaram resultados estatísticos significantes ($p > 0,05$). Destaca-se porém, que apesar dos valores estatísticos não serem significantes para as variáveis “cigarro” e “atividade física”, nota-se um menor o consumo de medicamentos entre aqueles que não fumam e que praticam atividade física.

Tabela 32 – Distribuição da amostra e prevalências de utilização de medicamentos entre docentes, segundo hábitos sociais e condição de saúde. Fortaleza/ Ce, 2018

VARIÁVEL	Frequência n (742)	Prevalência de consumo de medicamentos n (%)	Valor p	RP (IC 95%)
Bebida			0,258 ¹	
Sim	625	449 (71,8)		1,08 (0,94 - 1,24)
Não	117	78 (66,7)		1
Cigarro			0,117 ¹	
Não	696	499 (71,7)		1,18 (0,93 - 1,49)
Sim	46	28 (60,9)		1
Atividade física			0,673 ¹	
Sim	478	337 (70,5)		1
Não	264	190 (72)		1,02 (0,93 - 1,12)
Consulta nos últimos 3 meses			<0,001 ¹	
Sim	539	410 (76,1)		1,32 (1,16 - 1,5)
Não	203	117 (57,6)		1
Hospitalizado no último ano			0,046 ¹	
Sim	53	44 (83)		1,18 (1,04 - 1,35)
Não	689	483 (70,1)		1
Plano de saúde			0,013 ¹	
Sim	706	508 (72)		1,36 (1 - 1,86)
Não	36	19 (52,8)		1
Doença crônica			<0,001 ¹	
Sim	254	234 (92,1)		1,53 (1,42 - 1,66)
Não	488	293 (60)		1

¹Teste qui-quadrado

Ainda na tabela 32, observa-se um maior consumo de medicamentos entre aqueles que foram a uma consulta médica nos últimos três meses (76,1%) ($p < 0,001$), assim,

estes apresentam uma razão de prevalência de 1,32 vezes maior de consumo de medicamentos em relação àqueles que não foram a uma consulta médica no último ano. Em relação à hospitalização, 83,0% dos docentes que foram hospitalizados no último ano consumiram medicamentos ($p = 0,046$), indicando uma razão de prevalência de 1,18 vezes maior de consumo de medicamentos em relação àqueles que não foram hospitalizados. O consumo também foi maior entre aqueles que possuem plano de saúde (72%) em relação aos que não possuem plano (52,8%) ($p = 0,013$), no qual, observou-se que aqueles que possuem plano de saúde apresentaram uma razão de prevalência de consumo de medicamentos 1,36 vezes maior do que a média de consumo daqueles que não possuem plano de saúde. Observa-se que 92,1% daqueles que possuem doença crônica consumiram medicamentos, à medida que 60% dos que não possuem consumiram ($p < 0,001$), onde, quem possui doença crônica apresenta uma razão de prevalência de consumo de medicamentos 1,53 vezes maior do que a média de consumo daqueles que não possuem doença crônica.

5.7.4 Consumo de medicamentos em relação aos fatores ocupacionais

A tabela 33 aborda o consumo de medicamentos frente às variáveis que descrevem os fatores ocupacionais. Observa-se um maior consumo de medicamentos entre aqueles com mais de 20 anos de tempo de exercício docente (78,7%) ($p < 0,001$). Destaca-se também que aqueles com mais de 20 anos de tempo de exercício docente apresentam razão de prevalência de consumo de medicamentos 1,24 vezes maior em relação à média de consumo daqueles com menos de 10 anos de docência. As variáveis regime de trabalho, quantidade de disciplinas ministradas no semestre e quantidade de alunos que orienta, não apresentaram resultado estatístico significativo para a prevalência de consumo de medicamentos ($p > 0,05$), nem tão pouco nas análises de razão de prevalência.

Tabela 33 – Distribuição da amostra e prevalências globais de utilização de medicamentos entre docentes, segundo fatores ocupacionais. Fortaleza/ CE, 2018

VARIÁVEL	Frequência n (742)	Prevalência de consumo de medicamentos n (%)	Valor p	RP (IC 95%)
Regime de trabalho			0,885 ¹	
20h	39	29 (74,4)		1,05 (0,87 - 1,27)
40h	60	42 (70,0)		0,99 (0,83 - 1,17)
40h DE	643	456 (70,9)		1
Tempo de exercício docente (anos)			<0,001 ¹	
0 - 10	333	212 (63,7)		1
11 -20	202	152 (75,2)		1,18 (1,06 - 1,32)
> 20	207	163 (78,7)		1,24 (1,11 - 1,38)
Quantidade de disciplinas ministradas no semestre			0,543 ¹	
Até 2	259	187 (72,2)		1
3 a 4	388	277 (71,4)		0,99 (0,90 - 1,09)
5 ou mais	95	63 (66,3)		0,92 (0,78 - 1,08)
Quantidade de alunos que orienta no semestre			0,557 ¹	
0	86	65 (75,6)		1
1 a 5	262	187 (71,4)		0,94 (0,82 - 1,09)
Mais de 5	394	275 (69,8)		0,92 (0,81 - 1,06)

¹Teste qui-quadrado

5.7.5 Consumo de medicamentos em relação à motivação intrínseca e absenteísmo

A tabela 34 aborda o consumo de medicamentos em relação à motivação intrínseca e absenteísmo. Observa-se que 86,5% daqueles que se sentem totalmente reconhecido consomem medicamentos e que 48,6% dos que se sentem nada reconhecido o fazem. Assim, destaca-se que aqueles que se sentem nada reconhecidos têm uma razão de prevalência de consumo de medicamentos 44% a menos do que a média de consumo daqueles que se sentem totalmente reconhecidos, logo se sentir nada reconhecido se mostrou um fator de proteção para o consumo de medicamentos.

Em relação à variável “frequência de afastamento”, 64,9% dos docentes que não se afastam da docência por motivo de saúde (nenhuma frequência) consumiram medicamentos, todavia, 100% daqueles que se afastaram com muita frequência o fizeram. Assim, quem se afasta com muita frequência por motivo de saúde apresentou uma razão de prevalência de consumo de medicamentos 1,54 vezes maior do que a média de

consumo de quem não costuma se afastar, sendo portanto, o afastamento por motivo de saúde um fator de risco para o consumo de medicamentos.

A variável frequência com que acha a docência menos interessante do que quando começou a lecionar não apresentou resultados estatísticos significantes ($p > 0,05$).

Tabela 34 – Distribuição da amostra e prevalências de utilização de medicamentos entre docentes, segundo motivação intrínseca e absenteísmo. Fortaleza/ CE, 2018

VARIÁVEL	Frequência n (742)	Prevalência de consumo de medicamentos n (%)	Valor p	RP (IC 95%)
Reconhecimento docente			0,001¹	
Nada reconhecido	35	17 (48,6)		0,56 (0,39 - 0,8)
Pouco reconhecido	128	92 (71,9)		0,83 (0,72 - 0,96)
Nem pouco nem muito reconhecido	212	146 (68,9)		0,8 (0,7 - 0,9)
Muito reconhecido	293	208 (71)		0,82 (0,73 - 0,92)
Totalmente reconhecido	74	64 (86,5)		1
Frequência com que acha a profissão menos interessante			0,137¹	
Nenhuma	319	231 (72,4)		1
Pouca	220	158 (71,8)		0,99 (0,89 - 1,1)
Nem pouca nem muita	106	65 (61,3)		0,85 (0,72 - 1)
Muita	78	57 (73,1)		1,01 (0,87 - 1,17)
Muitíssima	19	16 (84,2)		1,16 (0,95 - 1,43)
Frequência de afastamento*			<0,001²	
Nenhuma	416	270 (64,9)		1
Pouca	300	236 (78,7)		1,21 (1,11 - 1,33)
Nem pouca nem muita	21	16 (76,2)		1,17 (0,91 - 1,51)
Muita	5	5 (100)		1,54 (1,44 - 1,65)

*A categoria “Muitíssima” não aparece por não haver nenhum representante em “consumiu” ou “não consumiu”. ¹Teste qui-quadrado; ² Teste exato de Fisher

5.7.6 Consumo de medicamentos em relação à qualidade de vida

A tabela 35 aborda o consumo de medicamentos em relação à qualidade de vida. Observa-se que aqueles que consideram ter uma qualidade de vida auto-referida boa ou muito boa consomem menos medicamentos do que os demais (68,4% e 62,7%, respectivamente) ($p < 0,001$). Destaca-se que aqueles que possuem uma qualidade de vida auto-referida ruim apresentam uma razão de prevalência de consumo de

medicamentos 1,31 vezes maior do que a média de consumo de quem considera ter uma qualidade de vida auto-referida muito boa.

Tabela 35 – Distribuição da amostra e prevalências globais de utilização de medicamentos entre docentes, segundo qualidade de vida. Fortaleza/ CE, 2018

VARIÁVEL	Frequência n (723)	Prevalência de consumo de medicamentos n (%)	Valor p	RP (IC 95%)
Qualidade de vida geral auto-referida			<0,001¹	
Muito ruim	4	3 (75)		1,2 (0,67 - 2,13)
Ruim	78	64 (82,1)		1,31 (1,12 - 1,54)
Nem ruim nem boa	88	74 (84,1)		1,34 (1,15 - 1,56)
Boa	395	270 (68,4)		1,09 (0,95 - 1,25)
Muito boa	158	99 (62,7)		1
Domínio Físico			<0,001¹	
Muito ruim	1	1 (100)		1,73 (1,55 - 1,93)
Ruim	29	28 (96,6)		1,67 (1,47 - 1,9)
Nem ruim nem bia	106	90 (84,9)		1,47 (1,28 - 1,68)
Boa	352	255 (72,4)		1,25 (1,1 - 1,42)
Muito boa	235	136 (57,9)		1
Psicológico			0,037¹	
Muito ruim	2	2 (100)		1,52 (1,35 - 1,7)
Ruim	15	13 (86,7)		1,31 (1,04 - 1,65)
Nem ruim nem bia	116	93 (80,2)		1,21 (1,05 - 1,41)
Boa	443	305 (68,8)		1,04 (0,91 - 1,19)
Muito boa	147	97 (66)		1
Relações sociais			0,151¹	
Muito ruim	8	5 (62,5)		0,9 (0,52 - 1,55)
Ruim	35	31 (88,6)		1,27 (1,09 - 1,49)
Nem ruim nem bia	188	132 (70,2)		1,01 (0,88 - 1,16)
Boa	324	225 (69,4)		1 (0,88 - 1,13)
Muito boa	168	117 (69,6)		1
Meio ambiente			0,499¹	
Muito ruim	1	1 (100)		1,53 (1,3 - 1,8)
Ruim	20	17 (85)		1,3 (1,02 - 1,66)
Nem ruim nem boa	212	151 (71,2)		1,09 (0,91 - 1,31)
Boa	412	290 (70,4)		1,08 (0,91 - 1,28)
Muito boa	78	51 (65,4)		1

¹Teste exato de Fisher

Em relação ao domínio físico, nota-se que quanto mais dores e desconfortos em relação ao seu bem estar físico, mais medicamento o docente consome, desta maneira, 100% dos docentes que declararam ter uma qualidade de vida muito ruim e 96,6% dos que declararam ter uma qualidade de vida ruim para este domínio, consumiram medicamentos ($p < 0,001$), destacando que quem tem uma qualidade de vida ruim apresenta uma razão de prevalência de consumo de medicamentos 1,67 vezes maior do que a média de consumo de quem a considera muito boa.

O mesmo ocorre no domínio psicológico, quanto pior a classificação da qualidade de vida em relação à saúde mental e emocional, maior a prevalência de consumo de medicamentos, onde nota-se que 100% dos docentes que declararam ter uma qualidade de vida muito ruim e 86,7% dos que declararam ter uma qualidade de vida ruim para este domínio, consumiram medicamentos ($p = 0,037$), assim, quem tem uma saúde mental e emocional muito ruim apresenta uma razão de prevalência de consumo de medicamentos 1,52 vezes maior do que a média de consumo de quem a considera muito boa.

Os domínios “relações sociais” e “meio ambiente” não apresentaram resultados estatísticos significantes ($p > 0,05$).

5.7.7 Consumo de medicamentos em relação à síndrome de Burnout

A tabela 36 aborda o consumo de medicamentos em relação à síndrome de *Burnout*. Observa-se que 87,1% ($n = 27$) dos docentes com o quadro mais deteriorado da síndrome de *Burnout*, perfil 2, consumiram medicamentos, a medida que 69% dos docente sem a síndrome consumiram, podendo ser observado um gradiente positivo de consumo de medicamentos a medida que passa de sem a síndrome para perfil 1 e depois perfil 2. Não obstante, nota-se que para todas as dimensões da síndrome, o consumo do medicamento não apresentou resultados estatísticos significativos. Todavia, ao se analisar a dimensão desgaste psíquico, pode-se observar uma maior percentagem de docentes em estado crítico consumindo medicamentos.

Entre os 74 docentes com síndrome de *Burnout*, houve uma prevalência de consumo de 83,8% ($n = 62$), no qual 22,6% ($n = 14$) fizeram uso de apenas 1 medicamento, ao passo que 17,7% ($n = 11$) consumiram cinco ou mais medicamentos,

configurando uma situação de polimedicação (Tabela 37). Destaca-se que 16,2% (n = 12) da amostra não consumiu medicamentos.

Tabela 36 – Distribuição da amostra e prevalências globais de utilização de medicamentos entre docentes, segundo síndrome de Burnout. Fortaleza/ CE, 2018

VARIÁVEL	Frequência n (723)	Prevalência de consumo de medicamentos n (%)	Valor p	RP (IC 95%)
Ilusão pelo trabalho			0,942	
Muito baixo	90	63 (70)		0,97 (0,81 - 1,16)
Baixo	149	104 (69,8)		0,96 (0,82 - 1,13)
Médio	250	173 (69,2)		0,96 (0,83 - 1,1)
Alto	129	94 (72,9)		1,01 (0,86 - 1,18)
Crítico	105	76 (72,4)		1
Desgaste psíquico			0,108	
Muito baixo	110	71 (64,5)		1
Baixo	140	96 (68,6)		1,06 (0,89 - 1,27)
Médio	248	170 (68,5)		1,06 (0,9 - 1,25)
Alto	145	109 (75,2)		1,16 (0,99 - 1,38)
Crítico	80	64 (80)		1,24 (1,04 - 1,48)
Indolência			0,244	
Muito baixo	101	69 (68,3)		1
Baixo	192	139 (72,4)		1,06 (0,9 - 1,24)
Médio	193	133 (68,9)		1,01 (0,86 - 1,19)
Alto	138	91 (65,9)		0,97 (0,81 - 1,15)
Crítico	99	78 (78,8)		1,15 (0,98 - 1,36)
Culpa			0,124	
Muito baixo	96	59 (61,5)		1
Baixo	219	152 (69,4)		1,13 (0,94 - 1,35)
Médio	252	188 (74,6)		1,21 (1,02 - 1,44)
Alto	52	34 (65,4)		1,06 (0,83 - 1,37)
Crítico	104	77 (74)		1,2 (0,99 - 1,46)
CESQT (15 itens)			0,062	
Muito baixo	89	67 (75,3)		1
Baixo	172	116 (67,4)		0,9 (0,76 - 1,05)
Médio	225	154 (68,4)		0,91 (0,78 - 1,05)
Alto	163	111 (68,1)		0,9 (0,77 - 1,06)
Crítico	74	62 (83,8)		1,11 (0,95 - 1,3)
Síndrome de Burnout			0,027	
Sem SB*	649	448 (69)		1
Perfil 1**	43	35 (81,4)		1,18 (1,01 - 1,37)
Perfil 2***	31	27 (87,1)		1,26 (1,09 - 1,46)

* Sem síndrome de Burnout: Pontuações < P90 na pontuação média dos 15 itens que formam as subescalas Ilusão pelo trabalho (invertida); Desgaste psíquico e Indolência

**Perfil 1: Pontuações ≥ P90 na pontuação média dos 15 itens que formam as subescalas Ilusão pelo trabalho (invertida); Desgaste psíquico e Indolência

***Perfil 2: Pontuações ≥ P90 na pontuação média dos 20 itens do questionário, abordando as subescalas Ilusão pelo trabalho (invertida); Desgaste psíquico; Indolência e Culpa

Tabela 37 - Distribuição da quantidade de medicamentos consumidos por docente com síndrome de *Burnout* participante do estudo. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 62)*

Quantidade de medicamentos por docente	n	%
1	14	22,6
2	18	29,0
3	13	21,0
4	6	9,7
≥5	11	17,7

* Unidade de análise: docentes

Foram consumidos um total de 192 medicamentos. Dentre os medicamentos consumidos, 75,3% eram monofármacos (medicamentos com apenas um princípio ativo) e 1,3% possuíam cinco ou mais princípios ativos, configurando uma situação de polifármaco. Observa-se que 2 medicamentos não tiveram seu nome comercial ou princípio ativo descritos corretamente, não sendo possível identificar a quantidade de princípios ativos nestes, logo, foram classificados como perda (Tabela 38).

Tabela 38 - Distribuição da quantidade de princípios ativos nos medicamentos consumidos pelos docentes com síndrome de *Burnout* participantes do estudo. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 192)*

Quantidade de princípios ativos	n	%
1	143	75,3
2	15	7,9
3	28	14,7
4	1	0,5
≥ 5	3	1,6

* Unidade de análise: medicamentos

**2 perdas

Quanto à fonte de indicação do uso dos medicamentos, observa-se que 58,4% das indicações do uso para o tratamento foram feitas por médicos, seguidos pelo uso por

conta própria (35,4%). Quanto à automedicação, 41,1% dos medicamentos foram consumidos sem ser indicados por médicos ou dentistas, mas sim por conta própria, parentes, amigos, outros profissionais da saúde, balconistas entre outros (Tabela 39).

Tabela 39 - Distribuição da indicação do uso dos medicamentos consumidos e da automedicação pelos docentes com síndrome de *Burnout* participante do estudo. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 192)*

INDICAÇÃO DO USO	n	%
Médico	112	58,4
Conta própria	68	35,4
Parente/ amigo/ vizinho	4	2,1
Balconista	3	1,6
Outro profissional da saúde	2	1
Farmacêutico	1	0,5
Propaganda	1	0,5
Dentista	1	0,5
Automedicação**		
Sim	79	41,1
Não	113	58,9

*Unidade de medida: medicamentos

** Automedicação: Todo consumo realizado sem indicação de médico ou dentista

Em relação ao motivo do uso do medicamento, foram listados 69 motivos de saúde que levaram ao consumo dos 192 medicamentos. Na tabela 40, estão representados os 19 motivos do uso que mais contribuíram para o consumo de medicamentos, representando 72,1% do motivo de uso geral. Observa-se que 12,7% (n = 26) dos medicamentos consumidos, tiveram o objetivo de tratar dores de cabeça; 9,3% (n = 19) foram utilizados para tratar dores em geral; e 6,3% (n = 13) para tratar ansiedade. Destaca-se que 3,4% (n = 7) dos medicamentos consumidos, foram utilizados para o tratamento da depressão e da insônia (Tabela 40).

Tabela 40 - Distribuição do motivo do uso do medicamento por medicamentos. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 192*).

Motivo do uso do medicamento	n	%
Dor de cabeça**	26	12,7
Dores em geral***	19	9,3
Ansiedade	13	6,3
Enxaqueca	10	4,9
Hipertensão	10	4,9
Suplementação mineral ou vitamínica	9	4,5
Depressão	7	3,4
Insônia	7	3,4
Rinite	7	3,4
Alergia	5	2,4
Sinusite crônica	5	2,4
Aumentar imunidade	4	2,0
Diabetes 1 e 2	4	2,0
Faringite	4	2,0
Febre	4	2,0
Infecção urinaria	4	2,0
Cólica menstrual	3	1,5
Indisposição	3	1,5
Refluxo	3	1,5
Outros	58	28,3

*Unidade de análise: medicamentos

**Dor de cabeça: motivos do uso referidos como dor de cabeça, cefaleia e cefaleia tensional

***Dor em geral: dores musculares; dor no corpo; dor nas costas; dor na nuca; dor lombar; dor abdominal

5.7.7.1 Grupos e subgrupos terapêuticos

Os medicamentos mais consumidos de acordo com a classificação ATC, primeiro nível (grupos anatômicos terapêuticos), foram os medicamentos utilizados no sistema nervoso central (40,5%); seguido dos fármacos para o trato gastrointestinal e metabolismo (18,9%), aparelho respiratório (11,1%), sistema cardiovascular (10,0%) e sistema musculoesquelético (6,8%) (Tabela 41).

Tabela 41 - Distribuição do consumo de medicamentos segundo grupo anatômico terapêutico, primeiro nível da classificação ATC. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 192*)

Grupos anatômicos terapêuticos	n	%
A - Trato gastrintestinal e metabolismo	36	18,9
B - Sangue e órgãos hematopoiéticos	2	1,1
C - Sistema cardiovascular	19	10,0
D - Fármacos usados em dermatologia	2	1,1
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	3	1,6
H - Fármacos hormonais sistêmicos, com exclusão dos hormônios sexuais e insulinas	6	3,2
J - Anti-infecciosos de uso sistêmico	8	4,2
L - Agentes anti-neoplásicos e imunomoduladores	1	0,5
M - Sistema musculoesquelético	13	6,8
N - Sistema nervoso	77	40,5
P - Antiparasitários, inseticidas e repelentes	2	1,1
R - Aparelho respiratório	21	11,1
S - Órgãos dos sentidos	0	0
V - Vários	0	0
Total	190	100

*Unidade de análise: medicamentos

**2 perdas

Quanto aos medicamentos mais consumidos segundo o subgrupo terapêutico principal, segundo nível da classificação ATC, observa-se que os três grupos terapêuticos principais, consumidos com maior frequência, agem no sistema nervoso, sendo os analgésicos o grupo mais consumido (22,1%), seguidos pelos psicoanalépticos (estimulantes do sistema nervoso central) (10,5%) e psicolépticos (depressores do sistema nervoso central) (4,7%); na quarta colocação estão as vitaminas e anti-inflamatórios, ambos com a mesma prevalência (4,2%) e ocupando a quinta colocação entre os fármacos mais consumidos estão os agentes com ação sobre o sistema renina-angiotensina (3,2%) (Tabela 42).

Tabela 42 - Distribuição do consumo de medicamentos segundo grupo terapêutico principal, segundo nível da classificação ATC. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 192*)

Grupos anatômicos terapêuticos	n	%
N02 - Analgésicos	42	22,1
N06 - Psicoanalépticos	20	10,5
N05 - Psicolépticos	9	4,7
A11 - Vitaminas	8	4,2
M01 - Anti-inflamatórios e antirreumáticos	8	4,2
C09 -Agentes com ação sobre o sistema renina-angiotensina	6	3,2
J01 - Antibacterianos de uso sistêmico	6	3,2
R01 - Preparações de uso nasal	6	3,2
A02 - Medicamentos para transtornos relacionados à acidez	5	2,6
C10 - Agente anti-dislipidêmico (agentes modificadores de lipídeos)	5	2,6
M03 - Relaxante muscular	5	2,6
N03 - Antiepilépticos	5	2,6
R03 - Agentes contra doenças obstrutivas das vias aéreas	5	2,6
R05 - Preparações para tosse e resfriado	5	2,6
R06 - Anti-histamínico de uso sistêmico	5	2,6
A10 - Medicamentos utilizados no diabetes	4	2,1
A13 - Tônicos	4	2,1
A04 - Antieméticos e antinauseantes	3	1,6
A16 - Outros produtos que agem no trato alimentar e metabolismo	3	1,6
C07 - Betabloqueadores	3	1,6
C08 - Bloqueadores do canal de cálcio	3	1,6
H03 - Terapia da tireoide	3	1,6
Demais grupos ATC nível 2	27	14,2

*Unidade de análise: medicamentos

**2 perdas

Em relação à distribuição do consumo dos 13 medicamentos mais utilizados, segundo seus princípios ativos, quinto nível da classificação ATC, nota-se que a combinação dipirona + cafeína + orfenadrina, junto da dipirona isolada e paracetamol isolado compõem 19,5% do consumo geral, demonstrando os fármacos que formam a alta percentagem de analgésicos consumidos. Destaca-se ainda que estes fármacos foram os três princípios ativos mais consumidos, 11,1%; 5,3% e 3,2% respectivamente (Tabela 43).

Tabela 43 - Distribuição do consumo de medicamentos segundo princípios ativos, quinto nível da classificação ATC. Fortaleza/ CE, 2018 (n = 192*)

Princípios ativos	n	%
N02BB52 - Dipirona + Cafeína + Orfenadrina	21	11,1
N02BB02 - Dipirona	10	5,3
N02BE01 - Paracetamol	6	3,2
A11CC05 - Colecalciferol	4	2,1
A13A - Tônico	4	2,1
M03BX08 - Ciclobenzaprina	4	2,1
A04AD - Antiemético	3	1,6
C08CA01 - Anlodipino	3	1,6
C10AX - Ômega três	3	1,6
N03AE01 - Clonazepam	3	1,6
N06AX12 - Bupropiona	3	1,6
N06AX16 - Venlafaxina	3	1,6
R05X - Dipirona + Clorfeniramina + Cafeína	3	1,6
Demais grupos ATC nível 5	120	63,2

*Unidade de análise: medicamentos

5.8 Análise multivariada – Modelo Hierarquizado

No primeiro nível hierárquico, fatores socioeconômicos e ocupacionais, as variáveis “regime de trabalho”; “número de disciplinas ministradas” e “número de orientandos”, apresentaram valores $p > 0,10$, sendo retiradas do modelo para a análise do próximo nível. Ressalta-se que a primeira variável retirada do modelo foi a “regime de trabalho”, por apresentar o valor de p mais alto e $> 0,10$, em seguida fora refeito os cálculos do modelo com as demais variáveis do primeiro nível, conforme a metodologia stepwise prevê. Em seguida fora retirada a variável “número de disciplinas ministradas” e logo após a variável “número de orientandos”. A variável “renda” apresentou $p = 0,057$ e a variável “tempo de exercício docente” $p = 0,314$ para a faixa 11 – 20 anos e $p < 0,001$ para aqueles maiores de 20 anos de docência, portanto, ambas as variáveis foram mantidas para o próximo nível.

No segundo nível, dados demográficos, observando sempre qual variável apresentava o valor de p mais alto e $> 0,10$ a cada novo modelo, fora então sequencialmente retiradas as variáveis “raça”; “estado civil”; “quantidade de pessoas que

moram com o docente” e “quantidade de filhos”, por apresentarem valores $p > 0,10$. A variável “renda” apresentou $p = 0,031$; a variável “tempo de exercício docente” $p = 0,773$ para a faixa 11 – 20 anos e $p = 0,028$ para aqueles maiores de 20 anos de docência; “sexo” apresentou $p = 0,001$ e “idade” $p = 0,168$ para a faixa 39 – 59 anos e $p = 0,045$ para aqueles maiores de sessenta anos de idade; sendo estas quatro variáveis mantidas para o próximo nível.

No terceiro nível, hábitos sociais, as três variáveis adicionadas não se sustentaram e saíram do modelo, $p > 0,10$. Assim, as variáveis que estavam no nível dois se mantiveram com os mesmos p valores e foram para o quarto nível hierárquico.

No quarto nível, condição de saúde, as variáveis “hospitalização”; “plano de saúde” e “tempo de exercício docente”, foram retiradas do modelo por apresentarem valores $p > 0,10$. A variável “renda” apresentou $p = 0,067$; a variável “sexo” apresentou $p = 0,001$; “idade” $p = 0,048$ para a faixa 39 – 59 anos e $p = 0,001$ para aqueles maiores de sessenta anos de idade; a variável “doença crônica” apresentou $p < 0,001$ e a variável “consulta médica” apresentou $p = 0,003$; sendo estas cinco variáveis levadas para o próximo nível.

No quinto nível, motivação intrínseca, as variáveis do nível anterior e as introduzidas neste, se mantiveram no modelo. A variável “renda” apresentou $p = 0,054$; a variável “sexo” apresentou $p = 0,002$; “idade” $p = 0,111$ para a faixa 39 – 59 anos e $p = 0,004$ para aqueles maiores de sessenta anos de idade; a variável “doença crônica” apresentou $p < 0,001$ e a variável “consulta médica” apresentou $p = 0,005$; a variável “reconhecimento” $p = 0,112$ para a faixa muito reconhecido, $p = 0,117$ para a faixa nem pouco nem muito reconhecido, $p = 0,208$ para a faixa pouco reconhecido e $p = 0,003$ para a faixa nada reconhecido; e a variável “desinteresse” $p = 0,171$ para a faixa pouca frequência, $p = 0,057$ para a faixa nem pouco nem muita frequência, $p = 0,154$ para a faixa muita frequência e $p = 0,184$ para a faixa muitíssima frequência. Estas sete variáveis foram levadas para o próximo nível.

No sexto nível, síndrome de *Burnout*, a variável “desinteresse”; foi retirada do modelo por apresentar valor $p > 0,10$. A variável “renda” apresentou $p = 0,048$; a variável “sexo” apresentou $p = 0,001$; “idade” $p = 0,004$ para a faixa 39 – 59 anos e $p = 0,001$ para aqueles maiores de sessenta anos de idade; a variável “doença crônica” apresentou $p <$

0,001; a variável “consulta médica” apresentou $p = 0,013$; a variável “reconhecimento” $p = 0,032$ para a faixa muito reconhecido, $p = 0,009$ para a faixa nem pouco nem muito reconhecido, $p = 0,021$ para a faixa pouco reconhecido e $p = 0,002$ para a faixa nada reconhecido; e a variável “síndrome de *Burnout*” $p = 0,277$ para a faixa “perfil 1” e $p = 0,021$ para a faixa “perfil 2”. Estas sete variáveis foram levadas para o próximo nível.

No sétimo nível, qualidade de vida, as variáveis “domínio meio ambiente”; “qualidade de vida auto-referida” e “domínio relações sociais”, foram retiradas do modelo por apresentarem valores $p > 0,10$. A variável “renda” apresentou $p = 0,046$; a variável “sexo” apresentou $p = 0,001$; “idade” $p = 0,008$ para a faixa 39 – 59 anos e $p < 0,001$ para aqueles maiores de sessenta anos de idade; a variável “doença crônica” apresentou $p < 0,001$; a variável “consulta médica” apresentou $p = 0,012$; a variável “reconhecimento” $p = 0,047$ para a faixa muito reconhecido, $p = 0,012$ para a faixa nem pouco nem muito reconhecido, $p = 0,019$ para a faixa pouco reconhecido e $p = 0,002$ para a faixa nada reconhecido; a variável “síndrome de *Burnout*” $p = 0,365$ para a faixa “perfil 1” e $p = 0,047$ para a faixa “perfil 2”; a variável “domínio físico” $p = 0,002$ para a faixa boa, $p = 0,026$ para a faixa nem ruim nem boa, $p = 0,017$ para a faixa ruim e $p = 0,223$ para a faixa muito ruim; e a variável “domínio psicológico” $p = 0,508$ para a faixa boa, $p = 0,850$ para a faixa nem ruim nem boa, $p = 0,880$ para a faixa ruim e $p = 0,093$ para a faixa muito ruim. Estas nove variáveis foram levadas para o próximo nível.

No oitavo nível, absenteísmo, as variáveis “domínio psicológico” e “renda”, foram retiradas do modelo por apresentarem valores $p > 0,05$. A variável “sexo” apresentou $p = 0,001$; “idade” $p = 0,040$ para a faixa 39 – 59 anos e $p < 0,001$ para aqueles maiores de sessenta anos de idade; a variável “doença crônica” apresentou $p < 0,001$; a variável “consulta médica” apresentou $p = 0,013$; a variável “reconhecimento” $p = 0,022$ para a faixa muito reconhecido, $p = 0,009$ para a faixa nem pouco nem muito reconhecido, $p = 0,013$ para a faixa pouco reconhecido e $p = 0,003$ para a faixa nada reconhecido; a variável “síndrome de *Burnout*” $p = 0,114$ para a faixa “perfil 1” e $p = 0,031$ para a faixa “perfil 2”; a variável “domínio físico” $p = 0,003$ para a faixa boa, $p = 0,024$ para a faixa nem ruim nem boa, $p = 0,003$ para a faixa ruim e $p = 0,031$ para a faixa muito ruim; e a variável “falta por motivo de saúde” $p = 0,455$ para a faixa pouca

frequência, $p = 0,044$ para a faixa nem pouca nem muita, $p = 0,350$ para a faixa muita frequência. Estas oito variáveis foram as quais compuseram o modelo final.

5.8.1 Variáveis do modelo final

Na tabela 44 observa-se a distribuição dos indivíduos, a prevalência do consumo e as razões brutas e ajustadas das variáveis que apresentaram-se significantes na análise bivariada, mas que perderam força na análise multivariada. A tabela 45 mostra estas análises, porém para as variáveis que apresentaram-se significantes na análise bivariada e que mantiveram-se na análise multivariada.

Tabela 44 – Distribuição da amostra, prevalência do consumo e as razões brutas e ajustadas das variáveis que apresentaram-se significantes na análise bivariada, mas que perderam força na análise multivariada. Fortaleza/ CE, 2018

VARIÁVEL	Frequência n = 742 (%)	Prevalência do consumo n = 742 (%)	Valor p	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
Hospitalizado no último ano			0,046¹		
Sim	53 (7,1)	44 (83)		1,18 (1,04 - 1,35)	1,05 (0,93 - 1,19)
Não	689 (92,9)	483 (70,1)		1	1
Tempo de exercício docente (anos)			<0,001¹		
0 a 10	333 (44,9)	212 (63,7)		1	1
11 a 20	202 (27,2)	152 (75,2)		1,18 (1,06 - 1,32)	0,99 (0,89 - 1,11)
> 20	207 (27,9)	163 (78,7)		1,24 (1,11 - 1,38)	0,90 (0,79 - 1,03)
Qualidade de vida geral auto-referida*			<0,001²		
Muito ruim	4 (0,55)	3 (75)		1,2 (0,67 - 2,13)	0,73 (0,34 - 1,59)
Ruim	78 (10,79)	64 (82,1)		1,31 (1,12 - 1,54)	1,01 (0,83 - 1,22)
Nem ruim nem boa	88 (12,17)	74 (84,1)		1,34 (1,15 - 1,56)	1,10 (0,94 - 1,30)
Boa	395 (54,63)	270 (68,4)		1,09 (0,95 - 1,25)	1,03 (0,89 - 1,18)
Muito boa	158 (21,85)	99 (62,7)		1	1
Domínio Psicológico*			0,037²		
Muito ruim	2 (0,28)	2 (100)		1,52 (1,35 - 1,7)	1,34 (0,99 - 1,81)
Ruim	15 (2,07)	13 (86,7)		1,31 (1,04 - 1,65)	1,00 (0,77 - 1,29)
Nem ruim nem boa	116 (16,04)	93 (80,2)		1,21 (1,05 - 1,41)	1,02 (0,86 - 1,20)
Boa	443 (61,27)	305 (68,8)		1,04 (0,91 - 1,19)	0,96 (0,84 - 1,10)
Muito boa	147 (20,33)	97 (66)		1	1

¹Teste qui-quadrado; ² Teste exato de Fisher

* 19 perdas

Tabela 45 – Distribuição da amostra, prevalência do consumo e as razões brutas e ajustadas das variáveis que apresentaram-se significantes na análise bivariada e multivariada. Fortaleza/ CE, 2018

VARIÁVEL	Frequência n = 742 (%)	Prevalência do consumo n = 742 (%)	Valor p	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
Geral	742 (100)	527 (71,0)			
Sexo			<0,001 ¹		
Masculino	396 (53,4)	260 (65,7)		1	1
Feminino	346 (46,6)	267 (77,2)		1,18 (1,07 - 1,29)	1,15 (1,06 - 1,26)
Faixa etária			<0,001 ¹		
25 a 39	260 (35,1)	163 (62,7)		1	1
40 a 59	398 (53,6)	294 (73,9)		1,18 (1,06 - 1,32)	1,12 (1,01 - 1,26)
60 a 71	84 (11,3)	70 (83,3)		1,33 (1,16 - 1,52)	1,31 (1,14 - 1,50)
Consulta nos últimos 3 meses			< 0,001 ¹		
Sim	539 (72,6)	410 (76,1)		1,32 (1,16 - 1,5)	1,17 (1,03 - 1,32)
Não	203 (27,4)	117 (57,6)		1	1
Doença crônica			< 0,001 ¹		
Sim	254 (34,2)	234 (92,1)		1,53 (1,42 - 1,66)	1,41 (1,30 - 1,54)
Não	488 (65,8)	293 (60,0)		1	1
Reconhecimento docente			0,001 ¹		
Nada reconhecido	35 (4,7)	17 (48,6)		0,56 (0,39 - 0,80)	0,61 (0,44 - 0,85)
Pouco reconhecido	128 (17,2)	92 (71,9)		0,83 (0,72 - 0,96)	0,83 (0,71 - 0,96)
Nem pouco nem muito	212 (28,6)	146 (68,9)		0,80 (0,70 - 0,90)	0,84 (0,73 - 0,96)
Muito reconhecido	293 (39,5)	208 (71)		0,82 (0,73 - 0,92)	0,87 (0,77 - 0,98)
Totalmente reconhecido	74 (10,0)	64 (86,5)		1	1
Domínio Físico*			<0,001 ²		
Muito ruim	1 (0,1)	1 (100,0)		1,73 (1,55 - 1,93)	1,37 (1,03 - 1,83)
Ruim	29 (4,0)	28 (96,6)		1,67 (1,47 - 1,90)	1,29 (1,09 - 1,52)
Nem ruim nem boa	106 (14,7)	90 (84,9)		1,47 (1,28 - 1,68)	1,18 (1,02 - 1,36)
Boa	352 (48,7)	255 (72,4)		1,25 (1,10 - 1,42)	1,20 (1,06 - 1,35)
Muito boa	235 (32,5)	136 (57,9)		1	1
Síndrome de Burnout*			0,027		
Sem síndrome	649 (89,8)	448 (69,0)		1	1
Perfil 1	43 (5,9)	35 (81,4)		1,18 (1,01 - 1,37)	1,15 (0,97 - 1,36)
Perfil 2	31 (4,3)	27 (87,1)		1,26 (1,09 - 1,46)	1,20 (1,02 - 1,42)
Frequência de afastamento			<0,001 ²		
Nenhuma	416 (56,1)	270 (64,9)		1	1
Pouca	300 (40,4)	236 (78,7)		1,21 (1,11 - 1,33)	0,89 (0,67 - 1,20)
Nem pouca nem muita	21 (2,8)	16 (76,2)		1,17 (0,91 - 1,51)	1,20 (1,01 - 1,44)
Muita	5 (0,7)	5 (100,0)		1,54 (1,44 - 1,65)	1,09 (0,91 - 1,32)

¹Teste qui-quadrado; ² Teste exato de Fisher

* 19 perdas

A prevalência do consumo de medicamentos foi maior entre docentes do sexo feminino (77,2%); com idade maior ou igual a sessenta anos (83,3%), que realizaram consulta nos últimos três meses (76,1%), que foram hospitalizados no último ano (83%) e que possuíam doença crônica (92,1%). Foi maior entre aqueles que se consideraram totalmente reconhecidos como docente (86,5%), com mais de 20 anos de exercício docente (78,7%) e entre aqueles que se afastaram com muita frequência do trabalho por

motivo de saúde (100%). A prevalência do consumo foi maior entre os que consideraram ter uma qualidade de vida auto-referida nem ruim nem boa (84,1%) e ruim (82,1%), qualidade de vida muito ruim (100%) e ruim (96,6%) no domínio físico e qualidade de vida muito ruim (100%) e ruim (86,7%) no domínio psicológico. Com relação à síndrome de *Burnout*, a prevalência do consumo foi maior entre os docentes que apresentaram o perfil 2 da síndrome (87,1%), casos mais deteriorados. Destaca-se que todos estes resultados apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) (tabelas 44 e 45).

Na análise bivariada, observou-se associação positiva e estatisticamente significativa entre consumo de medicamentos e as variáveis: ter sido hospitalizado no último ano (razão de prevalência – RP: 1,18; intervalo de confiança de 95%: 1,04 - 1,35); ter mais de vinte anos de exercício docente (RP: 1,24; IC-95%: 1,11 - 1,38); ter uma qualidade de vida auto-referida nem ruim nem boa (RP: 1,34; IC-95%: 1,15 - 1,56); ter uma qualidade de vida muito ruim no domínio psicológico (RP: 1,52; IC-95%: 1,35 - 1,70) (tabela 44). A associação também foi positiva e estatisticamente significativa entre consumo de medicamentos e as variáveis: sexo feminino (RP: 1,18; IC-95%: 1,07 - 1,29); ter sessenta anos ou mais (RP: 1,33; IC-95%: 1,16 - 1,52); ter realizado uma consulta nos últimos três meses (RP: 1,32; IC-95%: 1,16 - 1,50); ter doença crônica (RP: 1,53; IC-95%: 1,42 - 1,66); ter uma qualidade de vida muito ruim no domínio físico (RP: 1,73; IC-95%: 1,55 - 1,93); ter perfil 2 de *Burnout* (RP: 1,26; IC-95%: 1,09 - 1,46) e se afastar da docência com muita frequência por motivo de saúde (RP: 1,54; IC-95%: 1,44 - 1,65). No entanto, observou-se associação negativa e estatisticamente significativa entre consumo de medicamentos e a variável “reconhecimento docente”, na qual se sentir nada reconhecido se mostrou um fator de proteção (RP: 0,56; IC-95%: 0,39 – 0,80) (Tabela 45).

Dentre as variáveis inseridas na primeira etapa do modelo hierarquizado, variáveis econômicas e ocupacionais, apenas a variável “tempo de exercício docente” mostrou associação positiva e estatisticamente significativa com o consumo de medicamentos na análise bivariada. Entretanto, esta associação passou a ser negativa e não se manteve estatisticamente significativa quando ajustada com as variáveis presentes no quarto nível, condição de saúde (RP: 0,90; IC-95%: 0,79 - 1,03), da análise multivariada, não configurando entre as variáveis influenciadoras do consumo no modelo final.

Na segunda etapa da análise de regressão multivariada, foram inseridas as variáveis demográficas. No entanto, dentre as variáveis do segundo nível, apenas a variável ser do “sexo feminino” e a variável “ter sessenta ou mais anos de idade” mantiveram-se positiva e significativamente associadas ao consumo de medicamentos, mesmo após ajustes pelas variáveis que compunham o segundo nível e pelas demais variáveis dos outros seis níveis restantes, (RP: 1,15 IC-95%: 1,06 - 1,26) e (RP: 1,31; IC-95%: 1,14 - 1,50) respectivamente, confirmando os achados significantes da análise bivariada.

As variáveis do terceiro nível hierárquico, hábitos sociais, já não haviam mostrado associação estatisticamente significante com o consumo de medicamentos na análise bivariada (tabela 36) e este resultado se confirmou na análise multivariada, após ajustes pelas variáveis que compunham os níveis anteriores e que haviam se mostrado estatisticamente significantes até o terceiro nível.

Na quarta etapa da análise de regressão, foram inseridas as variáveis condição de saúde. As variáveis “ter ido a uma consulta médica nos últimos três meses” e “ter doença crônica” mantiveram-se positiva e significativamente associadas ao consumo de medicamentos, mesmo após ajustes pelas variáveis que compunham o quarto nível e pelas demais variáveis dos outros quatro níveis restantes, (RP: 1,17; IC-95%: 1,03 - 1,32) e (RP: 1,41; IC-95%: 1,30 - 1,54) respectivamente, confirmando os achados significantes da análise bivariada. Todavia, ter sido hospitalizado no último ano, deixou de apresentar associação estatisticamente significante com o consumo de medicamentos, como a análise bivariada havia apontado, mas ainda assim, apresentou associação positiva (RP: 1,05; IC-95%: 0,93 - 1,19).

Do bloco motivação intrínseca, quinto nível, a variável “se sentir nada reconhecido” manteve associação negativa e significante com o consumo de medicamentos mesmo após ajustes pelas variáveis que compunham o quinto nível e pelas demais variáveis dos outros três níveis restantes (RP: 0,61; IC-95%: 0,44 – 0,85), confirmando os resultados da análise bivariada.

Em relação à síndrome de *Burnout*, sexto nível, destaca-se que “ter o perfil 2 da síndrome de *Burnout*” manteve associação positiva e significante com o consumo de medicamentos, mesmo após ajustes pelas variáveis que compunham o sexto nível e pelas

demais variáveis dos outros dois níveis restantes (RP: 1,20; IC-95%: 1,02 – 1,42), confirmando os resultados da análise bivariada. No entanto, “apresentar o perfil 1” deixou de ter associação estatisticamente significativa com o consumo de medicamentos após os mesmo ajuste pelo qual o perfil 2 passou, ainda que a associação tenha se mantido positiva (RP: 1,15; IC-95%: 0,97 – 1,36), quando comparado aos resultados da bivariada.

Ao observar os resultados da análise multivariada do bloco qualidade de vida, sétimo nível, nota-se que apenas a variável “ter uma qualidade de vida muito ruim no domínio físico” manteve associação positiva e significativa com o consumo de medicamentos, mesmo após ajustes pelas variáveis que compunham o sétimo e oitavo nível (RP: 1,37; IC-95%: 1,03 – 1,83), confirmando os resultados da análise bivariada. Todavia, “ter qualidade de vida auto-referida nem ruim nem boa” deixou de apresentar associação estatisticamente significativa com o consumo de medicamentos, como a análise bivariada havia apontado, após ajustes pelas variáveis que compunham o sétimo nível, mas ainda assim, apresentou associação positiva com o consumo do medicamento (RP: 1,10; IC-95%: 0,94 - 1,31). Já a variável “ter uma qualidade de vida muito ruim no domínio psicológico”, deixou de apresentar associação estatisticamente significativa, após ajustes pela variável “falta por motivo de saúde”, que compunha o oitavo nível, (RP: 1,34; IC-95%: 0,99 - 1,81).

Na última etapa, bloco absenteísmo, a variável “falta por motivo de saúde” comportou-se de forma não comum. Se “afastar do trabalho com nem pouca nem muita frequência” não apresentava associação significativa com o consumo de medicamentos na análise bivariada, mas passou a ser significativa na análise multivariada após ajustes pelas variáveis que compunham o oitavo nível (RP: 1,20; IC-95%: 1,01 – 1,44). Entretanto, se “afastar do trabalho com muita frequência” apresentava associação significativa com o consumo de medicamentos na análise bivariada, mas passou a apresentar associação não significativa na multivariada (RP: 1,09; IC-95%: 0,91 – 1,32). E por fim, se “afastar do trabalho com pouca frequência” apresentava associação positiva e significativa com o consumo de medicamentos na análise bivariada, no entanto, passou a apresentar associação negativa e não significativa na multivariada (RP: 0,89; IC-95%: 0,67 – 1,20).

6. DISCUSSÃO

Houve uma alta prevalência do consumo de medicamentos, 71% e uma alta prevalência de automedicação, 28,7%. Os motivos que mais levaram ao consumo foram dor de cabeça, hipertensão e dores em geral, motivos estes que revelam que a população estudada está envolvida em uma profissão que tem por característica levar o indivíduo ao desgaste físico e mental. Os fatores preditores do consumo, foram: ser do sexo feminino, ter 60 anos de idade ou mais, ter realizado consulta médica nos últimos 3 meses, ser acometido por doença crônica, não se sentir reconhecido como docente, apresentar perfil 2 da síndrome de *Burnout*, considerar a qualidade de vida muito ruim no domínio físico e se afastar da docência por motivo de saúde. Os medicamentos que agem no sistema nervoso foram os mais utilizados, sendo os analgésicos a classe terapêutica mais usada e a combinação dipirona+caféina+orfenadrina o medicamento mais consumido.

6.1 Caracterização da população do estudo

6.1.1 Características gerais

A frequência na participação da pesquisa predominante do sexo masculino (53,4%) se repete nas pesquisas entre IES de Dutra et al. (2016) (51%) e Araújo (2002) (63%). No entanto, outros autores mostram a inversão desta frequência entre os docentes de IES, no qual apresentam maior parte do quadro docente composto pelo sexo feminino, como nos estudos de Filho, Netto-Oliveira e Oliveira (2012) (57,7%); Koetz, Rempel e Périco (2013) (67%); Santos (2015) (61,7%) e Carlotto e Câmara (2017) (51,6%). A frequência de mulheres na docência cresce ainda mais no ensino médio e fundamental como aponta Ferreira (2016) (70, 6%). A predominância do sexo feminino encontra-se relacionada à inserção da mulher no mercado de trabalho, que a cada dia torna-se mais visível, sendo a docência uma grande absorvedora da mão de obra feminina, já que não demanda força bruta, mas sim cuidado e dedicação, algo culturalmente mais relacionado ao sexo em questão. Esta ligeira menor participação feminina na pesquisa, já é um reflexo desta conquista do mercado de trabalho, tendo sido reduzida a grande quantidade de

professores homens em IES e equiparado as frequências entre os sexos. A menor proporção de mulheres na pesquisa, pode ter refletido no perfil do consumo de medicamentos, onde também não percebesse um grande consumo de anticoncepcionais ou medicamentos utilizados para cólica e afins, muito embora estes fatos estarem também relacionados à maior média de idade da população, onde naturalmente cai o uso de anticoncepcionais e de medicamentos utilizados para os transtornos menstruais. Todavia, caso houvesse maior proporção feminina, como nos estudos de Koetz, Rempel e Périco (2013) e Ferreira (2016), muito provavelmente estes medicamentos teriam maior destaque na pesquisa.

No estudo, a média de idade dos docentes foi alta (45,3; dp: +- 10,3 anos) e um pouco acima da encontrada nos estudos com professores de IES e de instituições de ensino médio e fundamental (que mantiveram-se entre 41 e 42 anos). O maior número de docentes encontra-se na faixa etária de 30 – 49 anos (61,6%), corroborando de certa forma com os achados de Santos (2015), no qual a faixa preponderante foi a de menores de 40 anos (57,6%), porém, diferentes dos estudos que apontam para uma população de docentes de instituições de ensino superior mais maduros, entre a faixa etária de 40 – 59 anos, como nos achados de Araújo (2002) (58%); Filho, Netto-Oliveira e Oliveira (2012) (49%) e Dutra et al. (2016) (42,1%). O perfil do docente vem mudando, sendo observado o ingresso de professores mais jovens, todavia, esta média de idade ainda é elevada. O ingresso de docentes com idade mais elevada se deve aos meios percorridos e necessários para se tornarem docentes de IES, onde a cada dia as exigências são maiores, contratando-se ou admitindo-se em concursos aqueles com as melhores titulações Santos et al. (2016). Assim, demanda-se tempo para alcançar nível de mestre, doutor ou pós-doutor, interferindo diretamente na idade em que os docentes ingressam nas universidades. Esse ingresso tardio, gera um perfil de docente com dadas características no consumo de medicamentos, já que é normal o aparecimento de doenças próprias daqueles com quarenta anos ou mais, como problemas cardíacos, vista cansada (o que aumenta as dores de cabeça visto a necessidade constante de leitura na profissão) e obesidade (que traz consigo inúmeros problemas de saúde, como hipertensão e diabetes). Logo, era de se esperar o alto consumo de analgésicos, medicamentos para tratar problemas cardiovasculares e para o tratamento da diabetes, como ocorreu no estudo.

Em relação à estado civil, cor da pele, filhos, quantidade de pessoas que moram com o docente e renda, foram predominantes os casados (74,3%), os brancos (51,9%), os que tinham filhos (66,4%), os que moravam com duas ou três pessoas (44,6%) e os que recebiam mais de R\$ 5.000,00 por mês (valor sem a remuneração por titulação) (57,5%). Os resultados em relação à ser casado, possuir filhos e renda, concordam com os dados encontrados entre docentes de IES por Araújo (2002); Filho, Netto-Oliveira e Oliveira (2012) e Carlotto e Câmara (2017). Dentre essas variáveis, a que mais influencia o consumo de medicamentos é com certeza a renda, conforme a literatura aponta (BERTOLDI et al., 2004; 2016; COSTA et al., 2011; ARRAIS et al., 2005). No entanto, estes autores apontam que o consumo de medicamentos é maior entre aqueles com renda superior a três salários mínimos, algo em torno de R\$ 3.000,00, o que certamente todos os docentes recebem somando o salário base mais as gratificações por titulação, assim, este salário diferenciado em relação às demais classes sociais, contribuiu para a alta prevalência de consumo encontrada no estudo (71%), já que renda não é um fator limitante para a compra de medicamentos, para essa parcela da população, considerando o baixo preço dos medicamentos que mais foram consumidos, analgésicos.

No que tange à consumo de bebida alcoólica, uso de cigarro e prática de atividade física, observa-se que considerável parcela dos docentes consomem bebida alcoólica (84,2%), a grande maioria não fuma (93,8%) e pratica atividade física ao menos três vezes por semana por no mínimo 30 min (64,4%). Estas características mostram um perfil de docentes que se preocupam com a saúde, visto a baixa proporção de fumantes e a menor quantidade daqueles que não praticam exercícios físicos. Destaca-se aqui a importância de não fumar e de se praticar exercícios físicos com certa frequência, como fatores de prevenção de doenças crônicas que poderiam apresentar maior frequência na amostra, caso estas práticas não fossem observadas (POLISSENI; RIBEIRO, 2014). O benefício da não utilização do fumo reflete-se como por exemplo no fato de nenhuma doença do trato respiratório, a não ser as de origem alérgica, terem se mostrado presentes entre as dez doenças crônicas mais frequentes, assim como, não se mostraram uns dos 20 motivos de saúde que mais levaram ao consumo. Em relação à prática de exercícios, nota-se que se estes não fossem praticados pela maioria dos docentes, com certeza a frequência de doenças cardiovasculares, diabetes, entre outras estariam aumentadas, o

que inevitavelmente tenderia o perfil do consumo mais para fármacos utilizados para estes problemas de saúde e seria observado uma população mais doente.

Uma alta quantidade de doentes crônicos foi observada no estudo, 34,2%. Destaca-se que as doenças crônicas de maior frequência foram a hipertensão (8%), diabetes (3,5%) e problemas na tireoide (3,4%), frequências justificadas pela alta faixa etária da maioria da população em questão, refletindo sobre os medicamentos mais consumidos, ajudando a explicar o alto consumo de fármacos para o trato gastrintestinal e metabolismo (21%) e para o sistema cardiovascular (18,6%) (Tabela 14). A maioria dos docentes com doença crônica apresentavam apenas uma doença crônica (73,2%), no entanto, 26,8% apresentavam mais de uma, o que chama atenção para o uso de polimedicação e o risco de possíveis interações medicamentosas e reações adversas, sendo necessário uma atenção farmacêutica mais apropriada. No entanto, no presente estudo não fora realizado uma pesquisa para identificar possíveis interações medicamentosas entre aqueles que utilizaram mais de um medicamento.

Em relação ao regime de trabalho, tempo de exercício docente, quantidade de disciplinas ministradas e alunos orientados no semestre, observa-se que 86,7% dos docentes dispõem 40 horas com afazeres da docência na semana e são dedicação exclusiva; 44,9% têm menos de dez anos de exercício docente; 65,1% ministraram mais de duas disciplinas e 53,1% orientam mais de 5 alunos. Os estudos de Costa et al. (2011) (42,6%); Koetz, Rempel e Périgo (2013) (45,3%); Santos (2015) (63,7%) e Dutra et al. (2016) (51,1%) corroboram com os achados desta pesquisa, mostrando que grande parcela dos docentes de IES estão relativamente no início da carreira docente apesar da idade. Uma vez que a docência oferece progressão salarial a medida que o docente alcança determinadas metas, todos lutam para alcançá-las, tornando a rotina do docente sufocante e muito estressante, diminuindo sua qualidade de vida e propiciando o aparecimento de doenças e o consequente consumo de medicamentos (BAIÃO; CUNHA, 2013; KOETZ, REMPEL e PÉRIGO (2013); SANTOS et al., 2016). Esta corrida por melhoria salarial pode ser vista até mesmo pela quantidade de docentes que ministram mais de duas disciplinas e pela quantidade de docentes com mais de cinco orientandos. Ambas as estratégias garantem pontos para uma progressão mais rápida, todavia, exigem mais do docente, expondo-o a maiores situações de estresse, sendo comum após um dia

cheio, o convívio com dores de cabeça e extremo cansaço. Esta situação corrobora para o maior consumo de medicamentos, em especial de analgésicos e multivitamínicos, como fora observado nesta pesquisa, sendo os medicamentos mais consumidos, ao lado dos cardiovasculares. O fato da grande maioria ser 40DE, corrobora com a necessidade de aumentar o salário, visto que não possuem outra fonte de renda, impulsionando ainda mais a busca pela progressão salarial, gerando mais e mais efeitos danosos à saúde.

Analisando o absenteísmo entre docentes, 56,1% (n= 416) dos professores não se afastaram da docência por motivo de saúde e 40,4% (n= 300) o fizeram poucas vezes. Tavares, Camelo e Karsmirski (2009), em estudo sobre o absenteísmo entre docentes da rede estadual paulista, mostram que quanto mais estável o docente, em termos de tempo de carreira, maiores são os incentivos a faltar e quanto maior o engajamento do professor na escola, menor a incidência de faltas. Como visto nos resultados, 44,9% dos docentes deste estudo possuem menos de 10 anos de exercício docente, contribuindo para o baixo nível de absenteísmo. Ainda que haja certa estabilidade, por se tratar de um concurso público, há a necessidade de se estabilizar financeiramente galgando novos patamares na carreira acadêmica, o que exige empenho e dedicação, logo, fica mais difícil faltar ao trabalho. Em relação à motivação intrínseca, nota-se que 49,5% dos docentes se sentem muito ou totalmente reconhecidos e 72,6% acham a profissão tão interessante do que quando começaram a lecionar, indicando que boa parcela dos docentes estão bem motivados, o que confere um maior engajamento e conseqüentemente um menor absenteísmo. Observando-se os resultados negativos, 21,9% dos professores se sentem pouco ou nada reconhecidos; 13,1% acham com muita frequência a profissão menos interessante do que quando começaram; e 44% se afastaram da docência por motivo de saúde. Desta maneira, se sentir pouco ou nada reconhecido ou achar a profissão menos interessante do que quando começou, reflete um profissional desmotivado, insatisfeito e que provavelmente está fragilizado frente à doenças de cunho psicológico. Esta baixa motivação do docente, sugere um perfil de consumo de medicamentos que sejam revitalizadores, como visto na prevalência do consumo, sendo dois dos cinco grupos farmacêuticos principais mais consumidos os psicoanalépticos e vitaminas.

6.1.2 Qualidade de vida

Quanto à qualidade de vida entre os docentes, observa-se que a mesma foi considerada boa de maneira geral (faixa de pontuação de: 61 – 80 pontos), pelos participantes da pesquisa, sendo esta a mesma classificação encontrada para a qualidade de vida auto-referida; para o domínio físico; psicológico; relações sociais e ambiente.

Em relação à qualidade de vida auto-referida, tida por boa neste estudo (69,04), destaca-se que dados da literatura com docentes de IES corroboram com estes achados, indicando que normalmente docentes de IES tendem a achar que possuem uma boa qualidade de vida (Machado et al.; 2011 (69,59); Koetz, Rempel e Périco (2013) (74,4); Silva, Portes e Mendes (2015) (72)). No entanto, apesar da classificação como boa, alguns estudos, também com docentes de IES, mostram uma pontuação mais baixa da qualidade de vida auto-referida, tendendo à nem ruim nem boa (faixa de pontuação: 41 – 60 pontos), como no estudo de Santos (2015) (67,84). Esta tendência para baixo, pode estar relacionada com a segunda pergunta que forma o constructo, relacionada à saúde, na qual uma maior quantidade de docentes veem sua qualidade de vida em relação à saúde não tão boa assim ou não como queriam que fosse, como visto no trabalho de Pereira (2008) e entre os docentes pesquisados neste presente estudo.

Destaca-se ainda que 11,2% dos docentes consideraram sua qualidade de vida auto-referida como negativa, a medida que apenas 2% dos docentes pesquisados por Koetz, Rempel e Périco (2013) a classificaram assim. Este fato revela uma pior autopercepção do estado de saúde de cada docente e do modo de como se vive a vida, que para este público em questão, se mostram mais estressados por terem que conciliar uma agenda cheia de diversos compromissos perpassando pela sala de aula, pesquisa, captação de recursos e serviços administrativos, roubando-lhes tempo de descanso, lazer e momentos com a família e amigos (BAIÃO; CUNHA, 2013; SANTOS et al., 2016).

Quanto ao domínio físico, a pontuação média (72,1) foi similar à encontrada na literatura (Machado et al.; 2011 (73,3); Koetz, Rempel e Périco (2013) (74,5); Santos (2015) (75,0); Silva, Portes e Mendes (2015) (72,6)), denotando uma boa qualidade de vida em relação à presença de dor e desconforto; à dependência de medicamentos ou tratamentos médicos para levar o dia-a-dia; em relação à energia, fadiga, sono e repouso.

Porém este resultado destoa dos achados de Souto et al. (2016) (57,9), que classificou como “nem ruim nem boa” a qualidade de vida neste domínio. Já em comparação com docentes da rede básica de ensino, Pereira (2008) (65,7); Fernandes, Rocha e Fagundes (2011) (62,7) e Damásio, Melo e Silva (2013) (69,3) apontam que os professores apresentam uma qualidade de vida pior do que a maioria dos docentes de IES e conseqüentemente do que a dos docentes deste estudo.

Observa-se que neste estudo, 18,8% dos docentes apresentaram qualidade de vida no domínio físico indefinida ou negativa, logo, maior do que a proporção encontrada por Koetz, Rempel e Périco (2013) (14%) porém, menor que a encontrada por Santos (2015) (28%) e Pereira (2008) (49,3%). A pontuação média relativamente alta deste estudo para o domínio físico e a baixa proporção daqueles que consideram ter uma qualidade de vida negativa (4,15%), entram em conflito com a alta prevalência de medicamentos utilizados, em especial de analgésicos, visto que por se tratar de um domínio que envolve a saúde física, esperava-se que houvesse uma maior proporção de docentes que considerassem sua qualidade de vida negativa e uma pior classificação, tendendo a pelo menos “nem ruim nem boa”. Desta maneira, os dados nos levam a pensar que devido ao uso de medicamentos e o alívio que trazem, os docentes encaram ter uma boa qualidade de vida.

No domínio psicológico, a pontuação média (71,4) também foi similar à encontrada na literatura (Machado et al.; 2011 (72,3); Koetz, Rempel e Périco (2013) (72,7); Santos (2015) (77,2); Silva, Portes e Mendes (2015) (75)), denotando uma boa qualidade de vida em relação à sentimentos positivos, à capacidade de raciocinar, aprender, memorizar, concentrar, se aceitar fisicamente e a ter autoestima. Este resultado difere um pouco dos encontrados por Souto et al. (2016) (66,6) e ligeiramente dos resultados encontrados entre docentes da educação básica, como nos estudos de Pereira (2008) (68,6), Fernandes, Rocha e Fagundes (2011) (67,8) e Damásio, Melo e Silva (2013) (69,5), indicando melhor qualidade de vida neste domínio, entre docentes de IES.

Apenas 2,4% dos docentes classificaram sua qualidade de vida no domínio psicológico como negativa, o que é visto na literatura no estudo de Koetz, Rempel e Périco (2013) (1%) e Pereira (2008) (3,7%), mostrando que a grande maioria dos docentes tanto de IES quanto da educação básica possuem uma boa saúde mental. Koetz, Rempel e Périco (2013), aborda que quanto maior o tempo de docência e a idade, maior a

qualidade de vida neste domínio, assim, como visto neste estudo, a maioria possui mais de dez anos de exercício docente e mais de quarenta anos de idade, justificando a alta frequência de docentes com boa saúde psicológica. No entanto, 18,4% apresentaram uma qualidade de vida indefinida ou negativa, dentre estes, provavelmente estão aqueles 10,2% dos docentes que apresentaram síndrome de *Burnout*, visto o maior comprometimento psicológico que a síndrome acarreta. Destaca-se também, que o consumo de medicamentos psicoanalépticos e psicolépticos provavelmente está influenciado por estes que apresentaram uma baixa qualidade de vida no domínio psicológico. Nota-se que apenas 3,4% dos participantes desta pesquisa, têm menos de trinta anos e 44,9% menos de 10 anos de docência, logo, estes provavelmente estão ainda se adaptando à sala de aula, aprendendo a lidar com a instituição, com alunos e colegas e com a própria rotina acadêmica, sendo mais exigidos mentalmente, apresentando assim maior desgaste psíquico (BAIÃO; CUNHA, 2013; KOETZ, REMPEL e PÉRICO, 2013).

Observa-se que para o domínio relações sociais a pontuação média da qualidade de vida foi menor do que a encontrada nos domínios anteriores, 68,4, porém, ainda considerada como boa qualidade de vida. Esta pontuação média está de acordo com o encontrado na literatura, porém com valor um pouco inferior (Machado et al.; 2011 (70,3); Koetz, Rempel e Périco (2013) (71,3); Santos (2015) (74,9); Silva, Portes e Mendes (2015) (71,4); Souto et al.; 2016 (73,7)). Portanto, torna-se claro que docentes de IES normalmente consideram ter bons relacionamentos pessoais, boa atividade sexual e mais sentimentos positivos, como observado na amostra apesar de menor pontuação. Observa-se ainda que, os valores médios encontrados para este domínio, entre professores da rede básica de ensino, estão semelhantes ou ligeiramente superior ao encontrado neste estudo, indicando que as principais diferenças entre IES e a rede de ensino básico, como a melhor remuneração e maior estabilidade, não foram fatores influenciadores da qualidade de vida nas relações sociais (Pereira (2008) (73,1), Fernandes, Rocha e Fagundes (2011) (68,7) e Damásio, Melo e Silva (2013) (69,9)).

Destaca-se que 31,9% dos docentes classificaram sua qualidade de vida no domínio relações sociais como indefinida ou negativa, dados condizentes com os achados na literatura e que denunciam um ambiente que muitas das vezes se torna difícil de conviver devido às lutas e imposições de ego muito presente no meio acadêmico (Koetz,

Rempel e Périco (2013) (30%) e Santos (2015) (23,8%). Koetz, Rempel e Périco (2013) ainda destacam que uma maior carga horária semanal, leva a uma menor qualidade de vida neste domínio. Como já mencionado, os docentes deste estudo, majoritariamente estão envolvidos com a docência 40 horas semanais e não possuem outro vínculo empregatício, logo, convivem boa parte do seu tempo com o mesmo grupo de pessoas, facilitando atritos e desgastes, justificando esta alta frequência de docentes indecisos ou insatisfeitos com sua qualidade de vida em si tratando de relacionamentos.

Em relação ao último domínio da qualidade de vida, domínio meio ambiente, percebe-se que este é o mais prejudicado, apresentando a pior média entre as demais, 65,2, porém, sendo ainda classificada como uma boa qualidade de vida. Esta pior classificação entre os domínios também é observada na literatura entre os docentes de IES (Machado et al. (2011) (62,3); Koetz, Rempel e Périco (2013) (69,7); Santos (2015) (70); Silva, Portes e Mendes (2015) (69,2) e aponta para uma maior insatisfação com a segurança e proteção física, com os recursos financeiros recebidos e oportunidades de acesso a informação e aprimoramento pessoal, insatisfação com o ambiente físico de trabalho (poluição, clima e barulho), transporte, recursos financeiros e com as oportunidades de recreação e lazer. Este baixo valor médio encontrado possivelmente está relacionado à falta de tempo que os docentes dispõem para desfrutar de momentos de descanso e lazer, visto a infinidade de trabalho que os cercam mesmo fora da faculdade, tendo que corrigir provas e trabalhos da graduação, dissertações, teses e artigos da pós-graduação e ainda realizar tarefas burocráticas para conseguir auxílios e verbas para projetos de pesquisa, tudo dentro de prazos rígidos, que não respeitam finais de semana, feriados e até mesmo férias (BAIÃO; CUNHA, 2013; SANTOS et al., 2016). Destaca-se também que o ambiente físico em muitas blocos de salas de aula deixam a desejar, com estruturas velhas, rede elétrica incapaz de suportar a demanda, salas mofadas, outras sem ar condicionado ou com este funcionando fazendo grande barulho, dentre outras queixas que corroboram para a queda na pontuação média, que foram relatadas pelos docentes informalmente ao pesquisador no momento do convite à participação e explicação da pesquisa.

Observa-se que 32,2% dos docentes classificaram sua qualidade de vida no domínio meio ambiente como indefinida ou negativa, valor quase 10% maior do que o

encontrado por Koetz, Rempel e Périco (2013) (23%), porém bem menor do que a proporção encontrada entre professores da rede básica de ensino por Pereira (2008) (87,4%). Os achados indicam que docentes universitários apresentam uma melhor qualidade de vida em relação ao meio ambiente onde trabalham quando comparados aos professores da rede de ensino básico, fato este que mostra a precariedade da infraestrutura da segunda e o grande risco quanto à saúde física que o docente de escolas da rede básica é exposto ao sair para dar aula em periferias e bairros menos favorecidos. Esta situação não é comum entre as IES, visto um maior investimento destinado a estas e devido ao menor número destas no país, assim como pelo perfil social que a frequenta, onde tem-se pessoas engajadas com o conhecimento. No entanto, a alta frequência de docentes deste estudo insatisfeitos com sua qualidade de vida no local de trabalho e com a falta de oportunidades de recreação e descanso, denuncia o frenético e danoso estilo de vida que a docência tem conduzido seus atores e a falta de suporte financeira e logístico adequado por parte dos órgãos responsáveis (BAIÃO; CUNHA, 2013; SANTOS et al., 2016).

Para um entendimento mais aprofundado sobre a qualidade de vida dos docentes é necessário realizar análises estatísticas tendo os domínios envolvidos e a qualidade de vida auto-referida como variáveis de desfecho e as demais como variáveis de exposição afim de identificar possíveis fatores determinantes ou influenciadores da qualidade de vida dos docentes. Como a análise da qualidade de vida não é o objetivo principal desta pesquisa, as análises bivariadas e multivariadas com as demais variáveis do estudo não foram realizadas, porém pretende-se realiza-las para um melhor entendimento de como a docência interfere na qualidade de vida dos docentes e assim publicar os resultados em artigos e revistas.

6.1.3 Síndrome de Burnout

De forma geral, observando as médias das dimensões analisadas no questionário CESQT, entende-se que em média, os docentes deste estudo se mostraram com um baixo nível de estresse.

O maior valor entre as médias ocorreu na dimensão ilusão pelo trabalho (3,11), o que supõe grande realização pessoal e profissional. Valores semelhantes foram

encontrados por Costa et al. (2013) (2,93), ao analisarem a frequência da síndrome de *Burnout* entre 169 docentes de IES de Piracicaba – SP e por Carlotto e Câmara (2017) (3,18), ao analisarem os riscos psicossociais associados à síndrome de *Burnout* entre 250 docentes de IES de Porto Alegre – RS. Em relação às escolas da rede básica de ensino, também fora encontrado valor similar no estudo de Gil-Monte et al. (2011) (3,01), pesquisando a frequência da síndrome de *Burnout* entre 714 professores da rede básica de ensino de Porto Alegre – RS. No entanto, Rojas (2010) ao estudar a frequência da síndrome de *Burnout* e sua associação com a sobrecarga e auto-eficácia entre 698 professores da rede básica de ensino da Cidade do México, México, encontrou um valor médio mais elevado (3,5), o que pode estar relacionado às características sociais e tratamento dispensado à categoria docente naquele país.

Ao analisar a média da pontuação da dimensão “desgaste psíquico”, observa-se que esta é a dimensão mais prejudicada, apresentando o pior valor dentre as médias (1,53). Este achado indica esgotamento emocional e físico decorrente da docência, uma vez que os professores julgam estar pressionados e saturados pelo trabalho e por se relacionarem diariamente com pessoas que possuem ou geram algum grau de problema. No entanto, resultados superiores foram achados por Costa et al. (2013) (1,67) e Carlotto e Câmara (2017) (1,85), mostrando que os docentes analisados nesta pesquisa encontram-se com desgaste psíquico ligeiramente menor. Em relação aos docentes de escolas da rede básica de ensino, também fora encontrado valor similar ao desta pesquisa, como visto no estudo de Gil-Monte et al. (2011) (1,63) e Rojas (2010) (1,6). Devido a docência no ensino superior lidar com conhecimento mais aprofundado exigindo maior empenho mental do docente e por estes terem que lidar com grande pressão para cumprir prazos e metas, esperava-se que apresentassem um maior desgaste psíquico do que os docentes da rede de ensino básico, o que não fora observado.

Quanto à dimensão indolência, a com melhor perspectiva média dos valores das dimensões, nota-se que entre os docentes foi observado baixa presença de atitudes negativas de indiferença e cinismo frente aos outros docentes, funcionários e alunos, revelando um professor que está sensível (ou que apresenta baixos níveis de insensibilidade) e que se preocupa com os problemas das outras pessoas a sua volta. Resultados similares foram encontrados entre docentes tanto de IES quanto da rede

básica de ensino, mostrando que naturalmente docentes se importam com o próximo, algo intrínseco ao caráter da profissão, que é a empatia pelo outro. Mesmo assim, o achado desta pesquisa (0,59) mostrou-se consideravelmente menor ao dos outros estudos, como o de Costa et al. (2013) (0,68); Carlotto e Câmara (2017) (0,91); Rojas (2010) (0,76) e Gil-Monte et al. (2011) (1,00) revelando um bom ambiente de trabalho.

Há também, em média, um baixo sentimento de culpa entre os docentes (0,78), confirmando o clima amistoso entre os professores deste estudo, sendo poucos os que sentem sentimentos de culpa por comportamentos e atitudes negativas desenvolvidas no trabalho. Este resultado concorda com o achado na literatura, embora mais uma vez esteja abaixo das outras médias, indicando melhor estado de saúde mental e menor sentimento de culpa quando comparado aos outros estudos, como o de Costa et al. (2013) (0,82); Carlotto e Câmara (2017) (0,94); Rojas (2010) (0,96) e Gil-Monte et al. (2011) (1,11).

A frequência de docentes com síndrome de *Burnout* no estudo é motivo de preocupação, já que 10,2% da amostra apresentou perfil 1 ou 2. Este resultado concorda com o achado por Costa et al. (2013) (14,2%) e por Cruz (2016) (15,0%), no entanto, em relação aos estudos com docentes de escolas da rede básica de ensino, a frequência desta pesquisa, na grande maioria das vezes, mostra-se bem abaixo, como visto nos estudos de Figueiredo-Ferraz et al. (2009) (16,1%); Rojas (2010) (52,7%); Gil-Monte et al. (2011) (17,6%); e Dattoli et al. (2015) (22,8%). Chama a atenção a frequência da síndrome encontrada nesta pesquisa, visto que entre os acometidos pode ocorrer o comprometimento da saúde física, mental e social, o que pode influenciar diretamente no aparecimento de doenças, no consequente consumo de fármacos (consumo racional ou não), no maior absenteísmo e por reflexo, na queda na qualidade do ensino.

Observa-se uma maior frequência de docentes com perfil 1 da síndrome (5,9%) em comparação ao perfil 2 (4,3%), assim como observado na literatura tanto entre docentes de IES quanto de escolas da rede de ensino básico, como observado nos estudos de Costa et al. (2013) (perfil 1: 11,2% e perfil 2: 3%); Cruz (2016) (perfil 1: 7,78% e perfil 2: 7,22%); Figueiredo-Ferraz et al. (2009) (perfil 1: 14,2% e perfil 2: 1,9%); Rojas (2010) (perfil 1: 35,5% e perfil 2: 17,2%); Gil-Monte et al. (2011) (perfil 1: 12% e perfil 2: 5,6%) e Dattoli et al. (2015) (perfil 1: 21,4% e perfil 2: 1,4%). Esta maior frequência do perfil 1 supõem um desenvolvimento recente do quadro de exaustão, visto ser

primeiro estágio da doença e o perfil menos grave. Todavia, a maior frequência do perfil 1, também nos traz à reflexão de que boa parte dos docentes estão trabalhando sob uma condição de saúde prejudicada, já que este perfil não o impossibilita de ministrar aulas, assim o docente convive com a moléstia e com a fonte geradora da mesma, o que pode levar a uma piora do quadro de saúde. Já no perfil 2, situação mais deteriorada da síndrome, o docente ao experimentar sentimentos de culpa passa a se martirizar psicologicamente por ter cometido algum mal comportamento ou atitudes ruins no trabalho, o que compromete ainda mais sua saúde. Apesar de na amostra a frequência de docentes com perfil 2 ter sido menor, esta encontra-se muito próxima da frequência do perfil 1, portanto, deve-se tomar maiores cuidados para com os docentes devido aos danos que pode causar ao indivíduo, como distúrbios do sono, alterações gastrointestinais, cardiovasculares e desordens psíquicas, tais como dores generalizadas, insônia, ansiedade, depressão, gastrite e hipertensão (SERVILHA; ARBACH, 2011; SERVILHA, 2012; SOUZA; GUIMARÃES; ARAUJO, 2013).

Em relação a cada uma das dimensões, observa-se que 12,4% da amostra apresentaram uma ilusão pelo trabalho muito baixa; 11,1% apresentaram nível crítico de desgaste psíquico; 13,7% nível crítico de indolência e 14,4% nível crítico de culpa. Estas percentagens fundamentam o nível considerável de indivíduos com a síndrome e estão de acordo com os estudos de Costa et al. (2013) que encontrou valores similares. Dutra et al. (2016) ao estudar a síndrome de *Burnout* em 311 docentes de IES de Santarém – PA, identificou que quanto maior o tempo de exercício docente menor a ilusão pelo trabalho; quanto menor a idade e maior o tempo de exercício docente maior o desgaste psíquico; e quanto menor o regime de trabalho, maior a culpa, estas considerações ajudam a fundamentar os resultados desta pesquisa, visto que 44,5% da amostra tem menos de 10 anos de exercício docente, logo explica a grande quantidade de docentes com média, alta ou muito alta ilusão pelo trabalho (66,9%) e o desgaste psíquico muito baixo (15,2%) (ainda que tenha sido a dimensão com a média mais elevada).

A ilusão muito baixa pelo trabalho encontrada nesta pesquisa em 12,4% dos docentes, pode estar relacionada ao fato de que quase 30% da amostra ter mais de vinte anos de exercício docente, tendo estes menor interesse pela profissão já que se

aproximam da aposentadoria e por já terem trilhado um caminho muito árido durante a vida docente, o que pode ter contribuído para uma visão menos romântica da mesma.

Já a considerável percentagem de docentes com nível crítico de desgaste psíquico (11,1%), pode ser explicada tanto pela grande frequência de docentes com mais de vinte anos de exercício docente, quanto por 35% dos mesmos terem menos de quarenta anos de idade. Possuir mais de vinte anos de exercício docente, claramente indica que o docente já se desgastou bastante resolvendo problemas envolvendo outros docentes e discentes, além de problemas administrativos, procurando captar recursos e visibilidade para seu departamento e ainda por se desgastar mentalmente preparando conteúdo para as disciplinas e para produzir pesquisas e artigos. O fato de terem menos de quarenta anos, remonta à ideia de que estes docentes estão nos primeiros dez anos de sua vida profissional, logo estão ainda se habituando com a mesma, o que gera desgaste psicológico, além de terem que produzir mais e mais pesquisas e assumir uma quantidade maior de compromissos pedagógicos para uma melhor e mais rápida progressão salarial, o que acaba por contribuir com a piora da saúde psicológica dos mesmos.

Como vetor resultante desta rotina muito cheia e atribulada, tem-se um docente muitas vezes distante e frio para com o outro, indolente e irônico, resultado de estar sempre focado em resolver problemas e produzir mais e mais ciência, se afastado de seu lado mais humano e aproximando-se de uma personalidade mais robótica, fabril e produtivista, sendo visto um menor apoio social no trabalho (cooperação de outros docentes e discentes), justificando os 13,7% de professores que apresentam níveis críticos de indolência (CARLLOTO et al., 2012; BAIÃO; CUNHA, 2013; SANTOS et al., 2016).

Quanto à percentagem de docentes com índice crítico de culpa (14,4%), destaca-se que 94,7% dos docentes são 40h, logo despendem uma grande quantia de tempo em favor da docência. Não obstante, grande parte dessas 40h muitas vezes são gastas resolvendo problemas relativos à pesquisa, planejamentos e serviços burocráticos, enquanto poucas horas são empenhadas sanando dúvidas ou propondo atividades diferentes para uma melhor aprendizagem do discente, assim como sobra pouco tempo para um relacionamento, não restrito à pesquisa, com outros docentes, o que pode acabar por gerar este sentimento de culpa na amostra.

Destaca-se ainda que 20,6% dos docentes apresentaram baixa ilusão pelo trabalho, 20,1% alto nível de desgaste psíquico; 19,1% alto nível de indolência e 7,2% alto nível de culpa. Estes docentes merecem destacada atenção por serem um grupo de risco para o desenvolvimento da síndrome, visto o perfil de suas respostas e que são expostos diariamente aos estressores.

Para um entendimento mais aprofundado sobre a síndrome de *Burnout* entre os docentes, é necessário realizar análises estatísticas tendo os perfis e dimensões como variáveis de desfecho. Pretende-se realizar tais análises e assim publicar os resultados em artigos e revistas.

6.1.4 Consumo do medicamento

A prevalência de consumo de medicamentos encontrada entre os docentes foi de 71% e está influenciada pelo sexo, idade, realização de consulta médica nos últimos três meses, presença de doença crônica, falta de reconhecimento como docente, síndrome de *Burnout* (perfil 2), domínio físico da qualidade de vida e afastamento por motivo de saúde.

A prevalência de consumo foi maior do que a verificada por Araújo (2002), em estudo realizado com docentes de uma universidade de Campina Grande, PB (45%); por Terra et al. (2011), entre docentes do curso de Enfermagem de uma universidade privada em Alfenas, MG (41%); por Suzin (2005), entre professores municipais de Caxias do Sul, RS (48%) e por Meireles et al. (2016), com docentes de escolas municipais de educação infantil de 16 cidades do estado do Rio Grande do Sul (46,6%). Quando comparado ao estudo de Ferreira (2016), realizado com professores da rede estadual de Rio Verde, GO (79,2%), o consumo encontrado no presente trabalho mostrou-se inferior.

O consumo também se mostra elevado quando comparado a outros estudos que envolvem a população adulta em diferentes cidades brasileiras, assim como em relação à prevalência nacional e ao consumo de medicamentos na Espanha. O estudo de Bertoldi et al. (2004), realizado entre adultos do município de Pelotas, RS, sobre o uso de medicamentos nos 15 dias anteriores à pesquisa, identificou uma prevalência do uso de medicamentos de 65,9%. Arrais et al. (2005), em estudo realizado com a população

adulta de Fortaleza, CE, sobre o uso de medicamentos com o mesmo período recordatório do estudo anterior, identificaram prevalência do uso de 49,7%. Vosgerau et al. (2011), identificaram uma prevalência de consumo de 67,1%, entre a população adulta de Ponta Grossa, PR, porém em um período recordatório do consumo de medicamentos de 7 dias. Galvão (2014), também analisando o consumo de medicamentos nos 7 dias anteriores à pesquisa, entre adultos residentes no Distrito Federal, identificou uma prevalência de consumo de 35,7%. Já os estudos de Costa et al. (2011) e de Costa, Francisco e Barros (2016), foram realizados analisando o consumo de medicamentos nos 3 dias anteriores à pesquisa, ambos entre adultos do município de Campinas, SP, e identificaram prevalência de consumo de 48,5% e 57,2%, respectivamente. A Pesquisa Nacional de Acesso e Uso de Medicamentos (PNAUM), realizada no ano de 2014 e publicada por Bertoldi et al. (2016), ao investigarem o consumo de medicamentos nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, identificaram que a prevalência de consumo de medicamentos é maior na região Nordeste (53,4%) e que é de 50,7% entre a população geral brasileira. Por fim, Carrera-Lasfuentes et al. (2013) e Rocío et al. (2017), ao estudarem o consumo de medicamentos entre a população espanhola, nos 15 dias anteriores à pesquisa, identificaram uma prevalência de consumo de 65,1% e 61,75%, respectivamente.

Este alto consumo de medicamentos entre os docentes pode ser explicado como sendo o resultado de uma soma de fatores, que inclui a grande participação das mulheres na pesquisa (ainda que não sejam a maioria), visto que ser do sexo feminino corrobora para um maior consumo; à idade acima de 40 anos de mais da metade dos docentes e de 11,3% acima de 60 anos; ao fato de 72,6% ter ido a uma consulta médica; à presença de doenças crônicas em pouco mais de um terço dos docentes; ao aparecimento de quadros agudos autolimitados; e ao estresse ocasionado pela carga horária elevada e infraestrutura precária (o domínio meio ambiente da qualidade de vida, que envolve satisfação com o ambiente físico de trabalho, apresentou a menor quantidade de docentes que considerou este domínio como positivo, o que fora endossado por relatos informais de professores, que durante às visitas para apresentação da pesquisa e convite de participação, disseram que a infraestrutura das salas de aula e laboratórios de pesquisa se encontrava em situações ruins, apresentando mofo, instalações elétricas não próprias e ventilação prejudicada), cooperando para uma pior qualidade de vida e maior consumo de

medicamentos. Tanto a análise multivariada realizada neste estudo, quanto os resultados de várias outras pesquisas, apontam estas variáveis como fatores associados ao consumo de medicamentos, explicando o maior consumo (BERTOLDI et al., 2004; 2016; ARRAIS et al., 2005; COSTA et al., 2011; COSTA, FRANCISCO E BARROS, 2016; VOSGERAU et al., 2011; FRANCISCO et al., 2014; GALVÃO, 2014).

O estudo demonstrou que os medicamentos que agem no sistema nervoso (28,8%), trato gastrointestinal e metabolismo (21%), e sistema cardiovascular (18,6%) foram os mais utilizados entre os docentes, sendo os analgésicos (15,7%), psicoanalépticos (7,7%) e agentes antidislipidêmicos (7,1%) as classes terapêuticas mais usadas. Entre os vinte princípios ativos mais consumidos, os oito mais utilizados foram a combinação dipirona+caféina+orfenadrina; dipirona; levotiroxina; colecalciferol; rosuvastatina; metformina; paracetamol e losartana. Estes oito medicamentos refletem bem o perfil do consumo entre os docentes.

Todavia, estes resultados diferem em parte dos estudos realizados entre docentes de IES encontrados na literatura. Araújo (2002) reporta um maior consumo de analgésicos e antipiréticos (64,4%), que apesar da maior percentagem, corrobora com os achados deste estudo, no entanto, o autor também aponta que a segunda e terceira classe terapêutica mais consumidas foram contraceptivos (17,7%) e vitaminas (8,8%), respectivamente. Camissasca (2005) encontrou uma prevalência de consumo de analgésicos bem similar a encontrada nesta pesquisa (17,8%), porém, reporta que vitaminas (6,9%) e hormônios (6,7%) foram o segundo e terceiro grupos terapêuticos principais mais consumidos. Terra et al. (2011) encontrou resultados ainda mais divergentes, apontando que os medicamentos mais consumidos foram anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e hormônio tireoidiano. O consumo de medicamentos entre professores do ensino médio e fundamental, encontrado na literatura, se aproxima mais do perfil de consumo encontrado neste estudo, guardando algumas ressalvas. Ferreira (2016) destaca que houve maior consumo de medicamentos que agem no sistema nervoso (29,6%) (corroborando com os achados desta pesquisa), seguido dos medicamentos que agem no sistema musculoesquelético (19,5%) (que nesta pesquisa aparece como o quinto grupo mais utilizado), e aparelho digestivo e metabolismo (17,3%) (que aparece como o segundo grupo mais utilizado nesta pesquisa). O autor ainda aponta que os três princípios

ativos mais consumidos foram dipirona; dipirona+caféina+orfenadrina; e paracetamol, assemelhando-se ao consumo deste estudo em relação aos dois primeiros. Meireles et al. (2016), também relata semelhança com esta pesquisa, uma vez que o grupo terapêutico principal mais consumido foi analgésicos (59%). No entanto, o segundo (anti-inflamatórios (41,9%)) e terceiro (antibióticos (31,7%)) grupo terapêutico principal mais consumido destoam do encontrado nesta pesquisa.

Em relação ao consumo de medicamentos pela população geral em diferentes regiões do Brasil, o consumo praticado pelos docentes desta pesquisa é semelhante, apesar de variações na ordem dos grupos mais consumidos. Entre a população brasileira, há um maior consumo de medicamentos que agem no sistema cardiovascular, mas que por vezes, em alguns estudos, inverte de posição com medicamentos para o sistema nervoso, seguidos do consumo de medicamentos para o aparelho digestivo e metabolismo. Bertoldi et al. (2004) e Vosgerau et al. (2011) encontraram em seus estudos que os medicamentos que agem no sistema nervoso (26,6% e 29,5%), sistema cardiovascular (24,6% e 20,4%) e trato gastrointestinal e metabolismo (12,1% e 12,8%), respectivamente, foram os fármacos mais utilizados, o que corrobora em parte com os dados desta pesquisa, já que a ordem do segundo com o terceiro se inverte em relação ao presente estudo. Nota-se ainda que ambos os autores apontaram os analgésicos como o grupo terapêutico mais utilizado (16,5% e 17,4%), como os achados desta pesquisa. No entanto, Bertoldi et al. (2004) apontam os anti-hipertensivos (16,5%) e anti-inflamatórios (8,3%) como o segundo e terceiro grupo terapêutico mais utilizado e Vosgerau et al. (2011), apontam os hormônios sexuais e moduladores do sistema genital (9,6%) e os anti-inflamatórios (7,8%) como os mais consumidos, diferentemente do que esta pesquisa aponta. Os resultados de Arrais (2004) corroboram com os achados desta pesquisa e até mesmo as prevalências de consumo se assemelham, visto que os medicamentos que agem no sistema nervoso (25,4%), trato gastrointestinal e metabolismo (16,2%) e sistema cardiovascular (15,3%) foram os mais consumidos. Tal semelhança nos resultados pode ter a ver com o fato de se tratar de pessoas da mesma região e pelo fato de que no estudo de 2004 possa ter envolvido docentes na pesquisa, o que contribuiria para a semelhança nos resultados. Arrais (2004) ainda aponta que os analgésicos (18,5%) foi o grupo terapêutico mais consumido, assim como nesta pesquisa e em outros estudos, porém,

vitaminas e suplementos minerais (8,5%) e antibacterianos (5,5%) foram o segundo e terceiro grupo mais consumido, diferentemente dos achados desta pesquisa. O autor ainda aponta que o paracetamol, a dipirona e o ácido acetilsalicílico foram os princípios ativos mais consumidos, diferentemente dos princípios ativos mais consumidos encontrados por esta, mas que reflete o maior consumo de princípios ativos que agem como analgésicos, assim como o encontrado neste estudo. Todavia, as pesquisas de Costa et al. (2011), Costa, Francisco e Barros (2016) e de Galvão (2014), apontaram que os medicamentos que agem no sistema cardiovascular foram os mais consumidos, diferentemente dos achados desta pesquisa. Esta diferença pode estar relacionada à maior participação de pessoas com mais de 60 anos de idade nestas três pesquisas, puxando o consumo para o tratamento de umas das doenças mais comuns na velhice, as doenças relacionadas ao coração. Estes autores ainda destacam que os medicamentos que agem no sistema nervoso e trato gastrointestinal e metabolismo foram o segundo e terceiro grupos de medicamentos mais utilizados, alternando as posições entre um estudo e outro, o que se assemelha de certa forma a esta pesquisa.

De modo geral, o consumo de medicamentos entre os docentes deste estudo acompanhou o consumo de medicamentos apontado na literatura realizados por docentes de IES e por docentes de escolas de ensino médio e fundamental, tendo um maior consumo de medicamentos que agem no sistema nervoso, destacando os analgésicos e mais especificamente a dipirona (combinada ou não). Este consumo acompanha parte da literatura que aponta que, para a população em geral, há um maior consumo de analgésicos, entretanto, destoam dos resultados de estudos mais recentes que identificaram um maior consumo, pela população geral, de medicamentos que agem no sistema cardiovascular, como os que atuam no sistema renina-angiotensina.

Analisando os resultados do perfil do consumo de medicamentos neste estudo e considerando o estudo de Santos et al. (2016), sobre a saúde docente e a mercantilização do ensino superior (onde a mercantilização visa a maior produtividade e qualificação profissional, medidos por uma corrida desenfreada por produção de artigos e captação de recursos, que mostra-se danosa à saúde), infere-se que o alto consumo de medicamentos, acaba por denunciar o modo de vida estressante e prejudicial ao organismo que se é vivido pelo docente no meio acadêmico/mercantilista. Ilustrativamente, muitos docentes

provavelmente iniciam o dia ingerindo psicoanalépticos e/ou vitaminas (segundo e quinto grupos terapêuticos mais utilizados nesta pesquisa, respectivamente) para darem conta dos afazeres da lida docente e ao final da jornada diária, analgésicos e anti-inflamatórios (primeiro e sexto grupos terapêuticos mais utilizados nesta pesquisa, respectivamente), visto a grande necessidade de se aplacar as dores de cabeça, enxaquecas e dores muscular (primeiro, oitavo e décimo primeiro motivos de uso de medicamentos nesta pesquisa, respectivamente). Destaca-se também que muitos podem ter desenvolvido quadros de hipertensão, ansiedade e depressão (segundo, sexto e décimo motivos de uso de medicamentos nesta pesquisa, respectivamente), devido à rotina exaustiva, que não rara as vezes, não valoriza o profissional e que chega a se tornar angustiante, visto que boa parcela dos docentes se sentem pouco ou nada reconhecidos, apresentam uma qualidade de vida auto-referida negativa e síndrome de burnout, variáveis influenciadoras do consumo de medicamentos, explicando assim, o grande consumo de fármacos, em especial dos que agem no sistema nervoso e cardiovascular.

O considerável consumo de medicamentos que agem no sistema nervoso, aparelho digestivo e metabolismo e cardiovascular é preocupante visto estas classes estarem frequentemente envolvidas com eventos adversos à medicamentos (EAM) e reações adversas à medicamentos (RAM). Rozenfeld, Giordani e Coelho (2013) em pesquisa realizada sobre EAM em hospital, apontam que as classes de medicamentos mais envolvidas foram as que agem no sistema cardiovascular (27,8%); sistema nervoso (22,2%); e sobre o aparelho digestivo e metabolismo (20,4%). Já Machado-Alba et al. (2015), em estudo realizado sobre RAM na população colombiana, apontam que as classes de medicamentos mais envolvidas foram os anti-infecciosos de uso sistêmico, seguido pelos fármacos que agem no sistema nervoso, cardiovascular e sobre o aparelho digestivo e metabolismo.

O consumo exagerado de analgésicos chama a atenção visto que os mesmos, ainda que bem tolerados, podem causar distúrbios gastrointestinais, reações alérgicas, efeitos renais e a cronificação da cefaleia, devendo ser realizado o uso racional dos mesmos (ARRAIS et al., 2016; FERREIRA, 2016).

O uso de dipirona, princípio ativo mais utilizado e que tem como principais funções os efeitos antitérmico e analgésico, chama a atenção visto este ser o

medicamento com maior número de RAM no estudo de Machado-Alba et al. (2015) e por estar frequentemente relacionada a RAM como náuseas e vômitos, como relatado por Rozenfeld, Giordani e Coelho (2013). Este medicamento também pode causar choque e reações anafiláticas, distúrbios de pele e do tecido subcutâneo, anemia aplástica, agranulocitose e pancitopenia, dentre outras RAM (BRASIL, 2019). Desta maneira, o uso da dipirona torna-se ambíguo, uma vez que devido à relatos de agranulocitose relacionada à sua administração, divulgados desde 1935, este teve sua comercialização suspensa em países como Austrália, EUA, Inglaterra e Suécia, todavia, permanece sem restrições de uso em países como Brasil, Rússia, Índia e Portugal, uma vez que estes países consideram que a agranulocitose é um evento raro (1,1 casos por milhão de expostos), com baixa mortalidade e com risco de promover RAM semelhante ao de outros fármacos com propriedade analgésica e antitérmica no mercado (LUCCHETTI et al., 2010).

A associação dipirona+cafeína+orfenadrina também merece destaque devido ter sido o princípio ativo mais consumido e por ser considerado de valor inaceitável por Colet (2008), apresentando uma relação risco benefício desfavorável em todas as circunstâncias, já que devido à presença da orfenadrina na composição. Este princípio ativo causa uma maior sedação e maiores efeitos anticolinérgicos do que alternativas no mercado que são mais seguras, como o paracetamol, relacionado no mesmo estudo de Colet (2008), como um fármaco de valor elevado, ou seja, que o uso está justificado em indicações definidas, por apresentar efeitos imediatos e óbvios.

Rozenfeld, Giordani e Coelho (2013) destacam que 8,8% dos eventos adversos a medicamentos em sua amostra foi lipotimia, perda brusca de consciência, e entre os fármacos causadores estava a Levotiroxina. Nesta pesquisa a levotiroxina foi o terceiro princípio ativo mais consumido, despertando assim certa preocupação. Observa-se que a toxicidade da tiroxina esta diretamente relacionada com o nível hormonal. Em adultos, sua alta concentração, pode levar ao aumento do nervosismo, intolerância ao calor, taquicardia e perda inexplicável de peso (KATZUNG et al., 2015). No entanto, este medicamento apresenta valor elevado, segundo estudo de Colet (2008), por apresentar efeitos imediatos e óbvios em sua terapia, justificando seu consumo, desde que seja observado o uso racional do mesmo. Katzung et al. (2015), apontam que a levotiroxina é

o fármaco de escolha utilizado no tratamento do hipotireoidismo. Brenta et al. (2013) destacam que o hipotireoidismo se refere a uma diminuição do hormônio tiroideano (tiroxina), o que resulta no aumento dos níveis do hormônio estimulador de tireoide (TSH), assim o uso da levotiroxina prevê restaurar os níveis de tiroxina no organismo e promover seus benefícios, já que este é a forma sintética do hormônio tiroideano. A causa mais comum de hipotireoidismo é a tireoidite autoimune crônica (tireoidite de Hashimoto), mas pode resultar do tratamento cirúrgico do hipertireoidismo ou após o tratamento farmacológico com drogas antitiroidianas (BRENTA et al., 2013). Assim, nota-se que o uso deste fármaco mostra-se normal para o tratamento da patologia e que parece não apresentar correlações imediatas com a vida docente, visto ser uma doença normalmente de cunho autoimune. Todavia, destaca-se que deve ser feitas orientações claras sobre o uso do medicamento para que este não seja consumido de forma inadequada, orientações estas que devem ser realizadas pelo médico ao prescrever o medicamento ou pelo farmacêutico no momento de dispensação, praticando assim a atenção farmacêutica, a fim de se evitar níveis elevados de TSH e suas consequências, devido à má adesão, interações medicamentosas, doses inadequadas, entre outros.

Em relação ao paracetamol, sétimo fármaco mais consumido neste estudo e que é amplamente utilizado na população em geral, cabe destacar que este é um fármaco analgésico e antipirético, útil no alívio da dor leve a moderada, como nas cefaleias e mialgias, o que justifica seu uso relativamente elevado, já que a dor de cabeça foi o motivo do uso mais citado entre os docentes. Se for utilizado doses terapêuticas deste fármaco acima da recomendada, pode ocorrer tontura, excitação e desorientação. Destaca-se que o paracetamol é um inibidor da COX-1 e da COX-2, porém é um inibidor fraco, logo não está relacionado à formação de úlceras gástricas, apesar de poder causar um leve desconforto estomacal. No entanto, o uso do ibuprofeno, presente entre os 20 princípios ativos mais consumidos neste estudo, chama mais a atenção neste sentido, por ser um forte inibidor da COX-1 e da COX-2, logo, ao inibir a COX-1, esta não age sobre a PGE-2, responsável por ajudar a formar o muco gástrico e diminuir a acidez do estômago, o que propicia forte desconforto gástrico e até mesmo úlceras pépticas, sendo recomendado o uso com cautela deste fármaco (KATZUNG et al., 2015).

Quanto à automedicação, esta mostrou-se muito comum entre os docentes deste estudo, visto que 28,7% a praticaram. Todavia, esta considerável percentagem mostra-se abaixo da prevalência de automedicação entre docentes de IES, como visto no estudo de Araújo (2002), no qual 78,2% do consumo fora realizado por automedicação e destes, 66,6% realizado por conta própria. Camisasca (2005) também aponta um elevado consumo por automedicação (48,6%) entre os docentes de IES. O consumo entre professores da rede estadual de Rio Verde, GO, apontado por Ferreira (2016), aproximou-se do consumo deste estudo, ainda que tenha se mostrado maior (36,1%), todavia, quase 90% dos professores de Rio Verde declararam realizar automedicação quando doente ou julgar necessário. Arrais et al. (2016), revela que a prevalência da automedicação na população brasileira é de 16,1% e maior na região Nordeste, 23,8%. Esta diferença notável entre as percentagens de automedicação entre docentes de IES, dos estudos encontrados na literatura com esta pesquisa, pode estar influenciada por uma maior conscientização do uso racional de medicamentos com o passar dos anos, visto uma diferença mínima de 15 anos entre aqueles e este estudo. Todavia a automedicação ainda permanece elevada em relação à população geral, o que pode estar sendo influenciado pelo maior acesso aos medicamentos, visto maior renda e maior conhecimento por parte dos docentes, assim como pela grande participação feminina na pesquisa (46,%); pela fato de 35,1% dos participantes terem de 25 a 39 anos de idade, sendo esta faixa etária a com maior disposição ao consumo por automedicação; e por 34,2% da amostra possuir doença crônica, fatores estes apontados como influenciadores do consumo por automedicação nos estudos de Arrais et al. (2016).

Em relação à polimedicação, observa-se um preocupante índice de consumo de mais de cinco medicamentos, 11,8%, mostrando-se maior do que a prevalência encontrada por Ferreira (2016) entre professores (8,3%) e maior do que a encontrada para a população brasileira, em estudo realizado por Nascimento et al. (2017), analisando os dados do PNAUM, 9,4%. Nascimento et al. (2017), ainda destaca que a polimedicação é influenciada pela faixa etária acima de 45 anos, pela presença de doença crônica e por ter plano de saúde, fatores estes bem presentes na amostra deste estudo e que provavelmente contribuíram para essa maior polimedicação. Observa-se que 35% da amostra tem mais de 49 anos, 34% apresenta doença crônica e 95% possuem plano de saúde, corroborando

para o uso de mais de cinco medicamentos por docente, o que pode propiciar interações medicamentosas e reações adversas, podendo gerar intoxicações e até mesmo a morte, assim, deve ter atenção maior quanto ao uso exacerbado e por vezes inapropriado de medicamentos, em especial casos de polimedicação. Reforçasse aqui, que deve ser tomadas medidas que levem a uma prescrição segura e apropriada em relação ao uso de mais de um medicamento, assim como ser incentivado a prática da atenção farmacêutica no momento da dispensação dos medicamentos, a fim de se evitar interações medicamentosas e reações adversas que sejam danosas ao usuário.

Quanto aos motivos do uso de medicamentos, destaca-se que de modo geral, o resultado não fugiu ao esperado, sendo a dor de cabeça (11,4%), a hipertensão (10,4%) e dores em geral (6,6%) os motivos mais apontados como justificativa do uso. Ferreira (2016) aponta que os motivos que mais levaram os professores da rede estadual de educação de Rio Verde, GO, a usarem medicamentos foram dor de cabeça (18,3%), hipertensão (13,2%) e depressão (6,9%), estando as dores gerais em quarto lugar (5,5%). Araújo (2002), relata que os motivos que mais levaram os docentes da IES de seu estudo a utilizarem medicamentos foram dor de cabeça (41,9%), febre (11,6%) e dores em geral junto com problemas digestivos (7,0% cada motivo). Pode-se considerar que os motivos do uso, tanto deste estudo quanto dos citados, apontam para uma profissão que causa dor, desgaste físico e mental, o que por sua vez, justifica o alto consumo de analgésicos. Fernandes, Rocha e Costa-Oliveira (2009), também colocam que a elevada prevalência de sintomas osteomusculares causadores de dores em geral, está relacionado à prática da docência. O motivo de uso hipertensão, provavelmente está relacionado à média de idade mais elevada dos docentes, sendo que 35% da amostra possui cinquenta anos ou mais de idade, o que é um fator de risco para a doença. Todavia, a hipertensão também pode estar relacionada à carga de estresse que a profissão gera em seus atuantes, como visto nos estudos de Baião e Cunha (2013), que apontou o estresse e a exaustão emocional como os distúrbios mais presentes no meio docente. A literatura mostra que o estresse no ambiente de trabalho, em especial o relacionamento com colegas de profissão, está associado à hipertensão, como revela Andrade e Fernandes (2016) em revisão da literatura, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão no trabalho. Assim, como visto neste estudo, 10% da amostra apresenta síndrome de *Burnout*

(esgotamento profissional ou sensação de estar acabado) e 18% e 32% da amostra consideraram ter uma qualidade de vida indefinida ou negativa nos domínios psicológico e relações sociais, respectivamente, o que pode ter contribuído para a hipertensão ter sido o segundo motivo de uso de medicamento mais utilizado.

6.1.5 Perfil dos docentes

O perfil dos professores do estudo se configura como sendo docente do sexo masculino; com média de idade de 45 anos; casado; de cor branca; com dois filhos em média; mora em média com mais duas pessoas; recebe mais de R\$ 5.000,00 como salário base; ingere bebida alcoólica; não fuma, realiza atividade física ao menos três vezes por semana por no mínimo 30 min; que foi a uma consulta médica nos últimos três meses, porém não foi hospitalizado no último ano e não apresenta doença crônica. Se doente crônico, apresenta apenas uma comorbidade, a hipertensão. Quanto aos fatores ocupacionais, é um docente com regime de trabalho de 40 horas, dedicação exclusiva, com média de 15 anos de tempo de exercício docente; ministra de duas a três disciplinas no semestre e orienta mais de 5 alunos. Se sente muito ou totalmente reconhecido; acha a profissão tão interessante quanto quando começou a lecionar e se afasta da docência com pouca ou nenhuma frequência por motivo de saúde. Julga ter uma qualidade de vida auto-referida positiva e qualidade de vida positiva no domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Possui uma média ilusão pelo trabalho e apresenta nível médio de desgaste psíquico, indolência e de culpa, refletindo em uma considerável parcela de docentes com síndrome de *Burnout* (10%), porém, no geral, não sofre a síndrome. Quanto ao perfil do consumo de medicamentos, consumiu 1,75 medicamentos nos últimos quinze dias, sendo este consumo prescrito por médico, mas que também, pratica um consumo elevado por automedicação. Pratica polimedicação acima da média de professores de outros estudos e da média nacional. Utiliza medicamentos mais para tratar dor de cabeça, lançando mão de fármacos que agem no sistema nervoso, em geral analgésicos e mais especificamente a combinação dipirona+cafeína+orfenadrina.

6.2 Fatores determinantes do uso de medicamentos

Nesta pesquisa, mostraram-se como fatores determinantes do uso de medicamentos ser do sexo feminino, ter 60 anos de idade ou mais, ter realizado consulta médica nos últimos três meses, ser acometido por doença crônica, não se sentir reconhecido como docente, apresentar sinais e sintomas da síndrome de *Burnout* (perfil 2), apresentar qualidade de vida muito ruim no domínio físico e se afastar por motivo de saúde da docência.

Quanto ao sexo, no presente estudo, a prevalência do consumo de medicamentos foi elevada em ambos os sexos, todavia maior no sexo feminino, onde destaca-se que as mulheres consumiram 1,15 vezes mais medicamentos. Araújo (2002) analisando o consumo de medicamentos entre docentes de IES e Ferreira (2016) entre professores do ensino médio e básico, confirmam a maior prevalência do consumo entre o sexo feminino, no qual o primeiro identificou consumo de 67,6% entre as mulheres e de 31,7% entre os homens, e o segundo de 82,3% entre as mulheres e de 71,8% entre os homens.

Estudos com a população em geral, também confirmam a maior prevalência do consumo de medicamentos entre as mulheres. Costa et al. (2011) apontam para uma prevalência de consumo de 36,8% entre os homens e de 59,2% entre as mulheres; Galvão (2013) aponta para uma prevalência de consumo de 26,3% entre os homens e de 40,3% entre as mulheres; Costa, Francisco e Barros (2016) prevalência de 45,4% e de 68,0% entre homens e mulheres, respectivamente; e Bertoldi et al. (2016), 39,3% e 61,0% entre homens e mulheres, respectivamente. Em relação à razão de prevalência, a literatura aponta razões de prevalências maiores às encontradas neste estudo. Costa et al. (2011), encontraram 1,38 (1,14 - 1,67); Vosgerau et al. (2011), 2,74 (1,67 - 4,49); e Galvão (2014), 1,54 (1,28 - 1,85).

Culturalmente a mulher se preocupa mais com a saúde do corpo, além da condição biológica de ter que passar pelo período menstrual, envolvendo muitas das vezes o uso de medicamentos para alívio das dores da tensão pré-menstrual, uso de anticoncepcionais ou ainda, suplementos e vitaminas para ajudar à alcançar um padrão estético. Nota-se também, que ainda hoje, a mulher desempenha um papel chave nos cuidados de saúde dos membros de sua família, o que a deixa mais familiarizada com o

contato e uso do medicamento (BERTOLDI et al., 2014; 2016; GALVÃO, 2014; COSTA et al., 2011; VOSGERAU et al., 2011; ARRAIS et al., 2005).

Todavia, ponto bastante relevante na variável sexo, foi o alto consumo entre os homens, observado também no estudo de Ferreira (2016), com professores do ensino médio e básico. No entanto, este resultado mostra-se muito elevado quando comparado ao consumo entre os docentes de IES da pesquisa de Araújo (2002) e em relação à população brasileira em geral. Portanto, o alto consumo entre os homens, revela que a docência caminha por uma trilha que a envolve no processo de desenvolvimento de doenças, visto que mesmo aqueles que outrora não tinham a necessidade frequente de utilizar fármacos, agora lançam mão dos mesmos, com grande frequência, para aplacar suas dores e desconfortos. O aumento do consumo entre o sexo masculino, reflete em uma menor razão de prevalência, encontrada neste estudo, em comparação com a literatura. Logo, ainda que as mulheres permanecem como grupo de risco para o consumo de medicamentos, deve-se dispender também, atenção ao consumo de medicamentos entre o público masculino, visto estar bastante aumentado.

O consumo de medicamentos também aumenta com a idade e é maior entre os com idade entre 40 a 59 anos e entre aqueles com 60 anos ou mais, logo não difere do encontrado em outros estudos, porém mostra-se elevado quando compara-se as faixas etárias com a literatura.

Os resultados de Ferreira (2016), entre professores, apresentam-se na contramão deste estudo e da literatura, visto ter identificado maior utilização de medicamentos entre docentes com idade média de 39 anos ($p = 0,02$), a autora destaca que possivelmente o consumo está influenciado pela maior prevalência de doenças crônicas na faixa etária de 31 a 50 anos. Entretanto, os resultados de Bertoldi et al. (2016), com a população geral, corroboram com os achados desta pesquisa, visto que 49,3% daqueles com 20 a 39 anos; 59,4% dos com 40 a 59 anos e 77% dos com 60 a 69 anos de idade consumiram medicamentos. Os estudos de Vosgerau et al. (2011) e de Costa, Francisco e Barros (2016) também apontam para uma maior prevalência de consumo de medicamentos a medida que a idade avança.

Costa, Francisco e Barros (2016) ainda abordam que aqueles com 30 a 59 anos consumiram 1,36 vezes mais medicamentos do que aqueles com até 29 anos e os com 60

a 69 anos, 1,42 vezes mais. O alto consumo entre os mais velhos, pode ser explicado devido ao aparecimento das doenças crônicas que tornam-se mais frequentes com os anos. Com o envelhecer, também vem o declínio natural da saúde e consigo, o declínio do sistema imunológico, sendo assim o idoso mais facilmente acometido por doenças agudas, que demandam maior uso de medicamentos isentos de prescrição.

Todavia, nesta pesquisa com docentes, chama atenção a alta prevalência do consumo entre aqueles com 25 a 39 anos (62,7%), o que pode ser explicado pelo fato de termos docentes mais novos, provavelmente em início de carreira, aprendendo a lidar com novos desafios (rotina de sala de aula, continuidade do serviço em casa, orientações e pesquisa) e tendo que lidar com as cobranças do meio acadêmico, rotina essa, altamente estressante, que pode levar ao adoecimento do docente e ao maior consumo de medicamentos (BAIÃO; CUNHA, 2013; FERREIRA, 2016).

Houve um elevado consumo de medicamentos entre as pessoas que realizaram consultas nos últimos três meses, o que não é diferente do que foi encontrado em outros estudos. A análise da razão de prevalência ajustada mostra que aqueles que foram a uma consulta, consumiram 1,17 vezes mais medicamentos, assim, ir a uma consulta médica nos últimos três meses apresenta associação positiva e significativa com o consumo de medicamentos, ou seja, ir a uma consulta médica é um fator de risco para o consumo de medicamentos. Entretanto, independentemente de ter ido ou não a uma consulta, o consumo mostrou-se elevado. Este consumo elevado pode ter ocorrido em função do poder aquisitivo mais elevado desta população, sendo mais fácil a compra de até mesmo de medicamentos com valores mais altos e também ao maior acesso a serviços de saúde que sua condição financeira o permite, e conseqüentemente ao consumo.

Os resultados de Ferreira (2016) corroboram com os achados desta pesquisa, visto que a autora encontrou maior prevalência do consumo entre os que foram a uma consulta médica (88,2%) em relação aos que não foram (65,8%). Os resultados de Costa, Francisco e Barros (2016) (consumo dos que foram a uma consulta: 81,1%; e dos que não foram: 51,5%) e de Arrais et al. (2005) (consumo dos que foram a uma consulta: 64,5%; e dos que não foram: 34,1%) também se alinham aos resultados deste estudo. Arrais et al. (2005) aponta uma razão de prevalência de consumo de 1,8 vezes mais medicamentos do que aqueles que não foram a uma consulta, assim como Costa, Francisco e Barros (2016)

relatam uma razão de prevalência de consumo de 1,1 vezes mais medicamentos. Vosgerau et al. (2011), aponta que não ir a uma consulta nos últimos três meses é um fator de proteção, onde os que não foram a uma consulta médica consumiram 40% a menos de medicamentos.

Desta maneira, o alto consumo se justifica pela crescente medicalização na sociedade e pelo fato da grande maioria das consultas médicas terminarem com a indicação de um ou mais medicamentos, assim como pelo fato de que o maior número de consultas realizadas, leva a uma maior quantidade de medicamentos consumidos. Chama a atenção a alta prevalência de consumo entre aqueles que não foram a uma consulta nos últimos três meses, o que provavelmente encontra justificativa no grande percentual de dor de cabeça como principal motivo do uso de medicamentos e que por sua vez, leva ao consumo por automedicação, que como visto fora elevado entre os docentes.

Em relação à doença crônica, docentes com alguma patologia por mais de seis meses consumiram mais medicamentos do que os que não possuíam, logo, os dados não diferem do que foi encontrado na maioria dos estudos. Este alto consumo se justifica visto que nestes casos o uso de medicamento é essencial para evitar a progressão da doença, que pode levar a morte, e melhorar a qualidade de vida. Os achados de Ferreira (2016) corroboram com os desta pesquisa, uma vez que 92,8% dos professores de ensino médio e fundamental com doença crônica em seus estudos consumiram medicamentos, enquanto que 68,5% dos não doentes crônicos o fizeram. Os estudos de Costa et al. (2011) e de Costa, Francisco e Barros (2016), com a população geral do município de Campinas, SP, também reforçam os dados desta pesquisa, uma vez que em média 63,3% e 81%, respectivamente, dos doentes crônicos consumiram medicamentos, assim como 22,2% e 38,5%, respectivamente, dos não doentes crônicos consumiram. Costa et al. (2011) e Costa, Francisco e Barros (2016), ainda apontam que, em média, doentes crônicos consumiram 2,3 e 1,44 vezes mais medicamentos, respectivamente, do que os não doentes crônicos.

O elevado consumo entre aqueles com doença crônica e o alto consumo entre os doentes agudos, perpassa pela noção de autocuidado, medicalização e automedicação da sociedade que a cada dia aumenta. Corriqueiramente, doentes crônicos também são acometidos por injúrias passageiras e a soma da comorbidade crônica à passageira, gera

uma situação propícia ao maior consumo. Este consumo é maior já que o doente crônico se encontra familiarizado ao uso de medicamentos; realiza visitas mais frequentes às consultas médicas, as quais tendem a terminar com a prescrição de fármacos; e pela crescente noção em nossa sociedade de não poder sentir dor. Desta maneira, já estando acostumado a utilizar medicamentos, indo frequentemente às consultas e incorporando o raciocínio da medicalização, o enfermo se sente mais confortável em comprar um medicamento, especialmente os isentos de prescrição, dado a facilidade em adquiri-los.

Observa-se que o consumo entre doentes crônicos, na população geral, apresentado por Costa et al. (2011) e por Costa, Francisco e Barros (2016), no decorrer de cinco anos aumentou muito, de 63,3% para 81%, chegando próximo à prevalência de consumo entre os professores doentes crônicos deste estudo, indicando que nestes anos que se passaram, a sociedade passou a consumir muito mais medicamentos, buscando uma melhor qualidade de vida, mas também se expondo mais às possíveis reações adversas que possam vir a ocorrer, o que preocupa ainda mais quando se trata de pessoas já com a saúde fragilizada. O declínio da razão de prevalência notada nos estudos de Costa et al. (2011) e de Costa, Francisco e Barros (2016), de 2,3 para 1,44, e que se aproxima à razão de prevalência deste estudo, 1,41, reflete o maior uso de medicamentos entre os doentes não crônicos, que reafirma o consumo elevado de medicamentos pela população e a sua medicamentação.

Todavia, o resultado do PNAUM vai na contra mão dos dados deste estudo e dos já citados, onde pessoas com quadro clínico agudo apresentaram maior prevalência do uso de medicamentos do que pessoas com doenças crônicas, 33,7% e 24,3% respectivamente (BERTOLDI et al., 2016). Esta inversão do consumo, corrobora com o crescente uso de medicamentos em nossa sociedade, visto a urgência em estancar o menor sinal de desconforto e a facilidade que se tem em adquirir medicamentos, até mesmo os mais restritos que exigem a utilização de prescrições.

Não foram encontrados artigos na literatura abordando a prevalência do consumo de medicamento em relação ao grau de reconhecimento docente, à síndrome de burnout e à qualidade de vida dos professores. Assim, estas variáveis foram discutidas em função dos seus próprios resultados.

Observa-se que os docentes totalmente reconhecidos apresentaram uma maior

prevalência de consumo e os menos reconhecidos uma menor prevalência. Destaca-se ainda que se sentir nada reconhecido é um fator de proteção para o consumo de medicamentos, já que estes consumiram 39% menos medicamentos do que os que se sentem totalmente reconhecidos. Ao analisar a associação entre a idade e o reconhecimento dos docentes, obteve-se que 66,6% dos docentes que se sentem muito ou totalmente reconhecidos, têm 60 ou mais anos de idade. Ao analisar a associação entre a idade e presença de doença crônica, obteve-se que 44% dos docentes maiores de 59 anos, possuem doença crônica. Portanto, visto as correlações e que a idade avançada e a presença de doença crônica, foram apontadas neste estudo e na literatura como sendo fatores influenciadores do consumo de medicamentos, entende-se que os mais reconhecidos consumam mais medicamentos por terem idade avançada e apresentarem doenças crônicas.

Em relação à síndrome de *Burnout*, observa-se que prevalência do consumo aumenta mediante o aumento da gravidade da doença. Destaca-se que aqueles com altos níveis de desgaste psíquico e indolência e baixa ilusão pelo trabalho, perfil 1, apresentaram uma alta prevalência de consumo e consomem 1,15 vezes mais medicamentos do que aqueles sem a síndrome. No entanto, a situação piora com o agravamento da doença, perfil 2, no qual o docente além de sofrer os sintomas citados no perfil 1, se sente culpado por suas atitudes, refletindo no aumento da prevalência de consumo e numa maior razão de prevalência, uma vez que docentes com perfil 2 consumiram 1,2 vezes mais medicamentos do que aqueles sem a síndrome. Chama a atenção o fato de 10,2% da amostra ter apresentado sinais de síndrome de *Burnout* e estes apresentarem uma alta prevalência de consumo de medicamentos, fato este já esperado, visto que são pessoas em um quadro de saúde debilitado, sendo plausível o uso de medicamentos como combate aos sinais e sintomas.

Analisando o perfil de consumo de medicamentos entre este público, observa-se um quadro preocupante, visto terem relatado que os três motivos do uso de medicamentos mais prevalentes foram a dor de cabeça, dores em geral e ansiedade, tendo ainda grande destaque a depressão e a insônia. Este perfil de motivos de uso de medicamentos, reflete um profissional bastante atingido por dores e com problemas sérios de fundo psicológico, comprometendo tanto seu intelecto quanto seu corpo.

Outra situação preocupante entre os docentes com a síndrome, foi a alta percentagem daqueles que consumiram medicamentos por automedicação (41,1%), se mostrando maior do que a média geral deste estudo (28,7%) e muito maior do que a média nacional (16,1%).

Observa-se ainda que psicoanalépticos e psicolépticos foram o segundo e terceiro grupos anatômicos terapêuticos mais utilizados e que o Clonazepam e a Venlafaxina passaram a configurar entre os doze princípios ativos mais consumidos. Levando em consideração a alta taxa de automedicação, os principais motivos de uso e a grande utilização de Clonazepam que pode causar depressão, fraqueza muscular, alucinações, entre outros, e o uso da Venlafaxina que pode causar insônia, dor de cabeça, taquicardia, hipertensão e outros, deve-se ter atenção especial para com estes docentes e realizar alguma abordagem educativa sobre a conscientização do uso racional de fármacos, afim de se evitar reações adversas e até mesmo por em risco a vida dos mesmos.

Quanto à qualidade de vida, o consumo de medicamentos aumenta à medida que a qualidade de vida no domínio físico piora. Observa-se que quase a totalidade daqueles que julgam ter uma qualidade de vida ruim no domínio físico consumiram medicamentos e que estes consumiram 1,29 vezes mais medicamentos do que os que consideram ter uma qualidade de vida muito boa neste domínio. Estes achados corroboram para a interpretação deste domínio, já que este versa sobre dor, desconforto, fadiga, sono, repouso e necessidade de medicamentos ou algum tipo de tratamento para levar o dia de trabalho, assim, o esperado era que pessoas insatisfeitas com sua condição no domínio físico consumissem mais medicamentos, como o ocorrido.

Se afastar do trabalho por motivo de saúde aparece como um fator associado ao consumo de medicamentos. Contudo, manteve-se positivamente e estatisticamente significativa na análise multivariada ajustada apenas a faixa “se afastar do trabalho com nem pouca nem muita frequência”, o que ainda contribui com o entendimento de que se afastar do trabalho por motivo de saúde durante o semestre leva ao consumo de medicamentos.

A literatura aponta que a classe social e o poder aquisitivo também são determinantes sociodemográficos correlacionados ao consumo do medicamento, onde pessoas com renda familiar superior a três salários mínimos apresentam maior

prevalência de consumo em comparação com os que recebem menos, revelando menor acesso à medicamentos e serviços de saúde pelos mais pobres (BERTOLDI et al., 2016; COSTA et al., 2011; ARRAIS et al., 2005). No entanto, os participantes deste estudo se enquadram todos como pessoas que recebem mais de três salários mínimos, influenciando para cima o consumo, como visto até aqui, porém, não sendo a variável renda, nesta situação, um determinante para o consumo, uma vez que na razão de prevalência ajustada não apresentou valores estatisticamente significantes.

6.3 Limitações do estudo

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas, afim de identificar fatores que podem ter cerceado ou superestimado os resultados deste estudo. Foi alcançado e ultrapassado a quantidade de participantes necessária para o estudo (544), obtendo-se 742 professores (36% a mais da amostra requerida) garantindo maior poder de estudo e uma vez que houve uma preocupação com a proporcionalidade do número de docentes por unidade acadêmica, dentre os 544, afirma-se que população estudada é representativa da população de professores da instituição pesquisada. Todavia, pode ter ocorrido viés de seleção, visto que para os 198 excedentes não foi realizado um controle para que se mantivesse a proporcionalidade exata representante de cada campus. Não obstante, destacou-se, que o número de docentes de cada campus ao final da pesquisa, foi muito próximo ao esperado para cada um deles, tendo uma variação máxima de 4 pontos percentuais para menos em relação ao campus do Benfica, que fora compensado com 4 pontos percentuais para mais do campus do Pici. Os demais campus tiveram uma variação para mais ou para menos de menos de um ponto percentual. Ainda sobre viés de seleção, não foi possível recrutar os participantes mediante à proporcionalidade de docentes da UFC por sexo ou idade.

A época escolhida para a realização do estudo procurou eliminar ou minimizar as influências de períodos considerados mais tensos para os docentes, como o final de semestre, onde normalmente há maior estresse devido aos prazos serem reduzidos visto o encerramento das atividades letivas. No entanto, a coleta que começou na metade do semestre, se estendeu até o final do mesmo, período de provas e fechamento de notas, o

que pode ter contribuído para o consumo mais elevado de algumas classes terapêuticas, como por exemplo: analgésicos, relaxantes musculares e psicolépticos. Observa-se também que o questionário fora respondido em período fora da quadra chuvosa, visando evitar a superestimação de medicamentos utilizados no combate à gripe e resfriados muito comum no período.

Esse estudo pode sofrer com o viés de não respondente, visto que pessoas que se enquadram com quadros mais críticos de síndrome de *Burnout* ou com uma baixa qualidade de vida no domínio psicológico, tendem a não terem paciência ou empatia por responderem pesquisas, ainda mais as longas, subestimando a presença destas na amostra, assim como há aqueles pouco familiarizados com instrumentos digitais, optando por não participarem.

Uma vez que a pesquisa foi online, com inserção direta dos dados pelo docente no banco de dados, evitou-se possíveis erros que poderiam ocorrer caso fosse necessário transcrever os dados para o banco.

No estudo não se pode descartar o viés de memória, logo foram adotados alguns procedimentos para minimiza-lo, incluindo o período recordatório de 15 dias para avaliar a utilização de medicamentos e a possibilidade do preenchimento ser feito em casa junto à receita ou caixa do medicamento. Por se tratar de um estudo de delineamento transversal, este se preocupa em obter as prevalências e razões de prevalências de uma dada amostra em um determinado espaço de tempo, não sendo possível determinar a causalidade da variável de desfecho, tendo sido apenas apontado fatores relacionados ao consumo, sendo necessário outros tipos de desenhos metodológicos para tal.

7. CONCLUSÃO

A prevalência do consumo de medicamentos entre docentes encontra-se elevada e suas características não diferem dos resultados encontrados em outros estudos, mas podem estar influenciados por fatores relacionados as condições de trabalho ou da própria prática docente.

Dentre as variáveis analisadas, ser do sexo feminino, ter entre 40 a 59 anos ou 60 anos de idade ou mais, ter realizado consulta médica nos últimos três meses, ser acometido por doença crônica, não se sentir reconhecido como docente, apresentar sinais e sintomas da síndrome de *Burnout* (perfil 2), apresentar qualidade de vida muito ruim no domínio físico e se afastar da docência por motivo de saúde foram fatores determinantes do uso de medicamentos.

Os analgésicos, psicoanalépticos e agentes antilipídêmicos foram os subgrupos terapêuticos mais utilizados entre os docentes. Os três fármacos mais consumidos foram a combinação dipirona+caféina+orfenadrina; dipirona; e levotiroxina. Este padrão de consumo não difere do encontrado na literatura, exceto no caso da levotiroxina que não apresenta destacado consumo nos diferentes estudos já publicados, todavia, o consumo de levotiroxina parece não apresentar correlações imediatas com a vida docente. Desta maneira, o consumo em destaque destes subgrupos terapêuticos e em especial dos analgésicos, sugere ser necessário orientações ao usuário no momento da prescrição ou na dispensação (atenção farmacêutica), a fim de se evitar o consumo inadequado e suas consequências.

Os motivos do uso de medicamentos, não fugiram ao esperado, sendo a dor de cabeça, a hipertensão e dores em geral os mais apontados. Este padrão de motivos mostra-se correlacionado ao padrão de consumo de medicamentos e sugere que a docência cause desgaste físico e mental, mais precisamente, dores e hipertensão.

O estudo também identificou consumo por automedicação e indivíduos polimedicados o que pode predispor os docentes à possibilidade de ocorrer eventos adversos à medicamentos. Tanto a prática da automedicação quanto a da polimedicação podem ser o reflexo de situações onde encontram-se quadros de doenças agudas como

crônicas, as quais podem estar sendo influenciadas tanto pelas intempéries do dia a dia quanto pela própria prática docente.

A presença da síndrome de *Burnout* entre os docentes é motivo de preocupação pois, envolve o comprometimento da saúde física, mental e social do mesmo, o que pode influenciar diretamente no aparecimento de doenças, no consequente consumo (racional ou não) de fármacos, no maior absenteísmo e por reflexo, na queda na qualidade do ensino e de sua qualidade de vida.

Quanto à qualidade de vida, de forma geral e entre os domínios, os docentes a julgam como positiva, tendo uma baixa proporção daqueles que a consideram como negativa. O uso de medicamentos, ao proporcionar cura e/ou alívio dos sintomas sentidos, gera uma sensação de ter uma boa qualidade de vida, justificando a alta prevalência de consumo de fármacos e de automedicação entre aqueles que consideram ter uma qualidade de vida positiva.

O consumo de medicamentos deve ser olhado com preocupação e cautela, visto que não estão isentos de riscos à saúde.

De maneira geral, os gestores e profissionais da saúde devem dar maior atenção à saúde dos docentes, a fim de evitar problemas relacionados à medicamentos, evitar maior taxa de síndrome de *Burnout*, de qualidade de vida ruim, absenteísmo e maiores gastos com saúde. Ações educativas voltadas para o uso racional de medicamentos e prevenção da síndrome também devem ser consideradas.

8. REFERÊNCIAS

ABREU, Maria Angélica Godinho Mendes de; COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; RIBEIRO, Jorge Luiz Lordelo de Sales. Percepção de professores universitários sobre as repercussões do seu trabalho na própria saúde. **Revista Brasileira de Pós-graduação**, [s.l.], v. 13, n. 31, p.1-22, 17 fev. 2017. CAPES. <http://dx.doi.org/10.21713/2358-2332.2016.v13.1155>.

ACURCIO, Francisco de Assis; REIS, Adriano Max Moreira; ALMEIDA, Alessandra Maciel; JÚNIOR, Augusto Afonso Guerra; ALMEIDA, Celline Cardoso; PÁDUA, Cristiane Aparecida Menezes de; BRANDÃO, Cristiana Mariano Ruas; OLIVEIRA, Gustavo Laine Araújo de; SATURNINO, Luciana Tarbes Mattana; MOL, Marcos Paulo Gomes; CECCATO, Maria das Graças Braga; LIMA, Mariana Guimarães; SILVEIRA, Micheline Rosa da; MAGALHÃES, Sérgia Maria Starling; ARAÚJO, Vânia Eloisa de; CARVALHO, Wânia da Silva; OLIVEIRA, Djenane Ramalho de; ALVARES, Juliana. **Medicamentos: Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 319 p.

ANDRADE, Roberta Coimbra Velez de; FERNANDES, Rita de Cássia Pereira. Hipertensão arterial e trabalho: fatores de risco. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, [s.l.], v. 14, n. 3, p.252-261, 2016. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z1679-443520164015>.

ARAÚJO, Cláudia Maria Gomes de. **AUTOMEDICAÇÃO E SAÚDE: CONSUMO DE MEDICAMENTOS ENTRE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DE CAMPINA GRANDE - PB**. 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Saúde e Sociedade, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2002.

ARAÚJO, Tânia Maria de; CARVALHO, Fernando Martins. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: Estudos Epidemiológicos. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 107, p.427-449, jun. 2009.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado; COELHO, Helena Lutécia Luna; BATISTA, Maria do Carmo Souza; CARVALHO, Marisa L.; RIGHI, Roberto E.; ARNAU, Josep Maria. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. saúde pública**, v. 31, n. 1, p. 71-7, 1997.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. Epidemiologia do consumo de medicamentos e eventos adversos no Município de Fortaleza [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará; 2004.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado; BRITO, Luciara Leite; BARRETO, Maurício Lima; COELHO, Helena Lutécia Luna. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Prevalence and determinants of medicines consumption in Fortaleza, Ceará, Brazil. **Cad. saúde pública**, v. 21, n. 6, p.1737-1746, 2005.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. **Medicamentos: Consumo e reações adversas.** Fortaleza: Edições Ufc, 2009. 165 p.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado; FERNADES, Maria Eneida Porto; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal; RAMOS, Luiz Roberto; MENGUE, Sotero Serrate; LUIZA, Vera Lucia; TAVARES, Noemia Urruth Leão; FARIAS, Marení Rocha; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERTOLDI, Andréa Dâmaso. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006117>.

AUTA, A.; BANWAT S.; SARIEM, C.; SHALKUR, D.; NASARA, B.; ATULUKU, M. Medicines in Pharmacy Students' Residence and Self-medication Practices. **Journal of Young Pharmacists: JYP**, 4(2):119-123, 2012.

BAIÃO, Lidiane P. M.; CUNHA, Rodrigo G. Doenças e/ou disfunções ocupacionais no meio docente: uma revisão de literatura. *Revista Formação@Docente*, Belo Horizonte, v.5, n.1, jan./jun., 2013.

BARP, Simone. **Estudo do uso de psicofármacos por professores do município de Boa Esperança do Iguaçu-PR.** 2013. 43 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Pato Branco, 2013.

BARDEL, A.; WALLANDER, M. A.; SVÄRDSUDD, K. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old women in mid Sweden: a population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, Oxford, v. 53, no. 6, p. 637-643, 2000.

BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; CARLOTTO, Mary Sandra; COUTINHO, Antônio Souto; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Paraíba, v. 3, n. 13, p.502-512, 21 jun. 2010.

BERTOLDI, Andréa Dâmaso; BARROS, Aluísio J. D.; HALLAL, Pedro C.; LIMA, Rosângela C. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:228-38.

BERTOLDI, Andréa Dâmaso; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal; RAMOS, Luiz Roberto; MENGUE, Sotero Serrate; LUIZA, Vera Lucia; TAVARES, Noemia Urruth Leão; FARIAS, Marení Rocha; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. Sociodemographic profile of medicines users in Brazil: results from the 2014 PNAUM survey. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 2, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006119>.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T.. **Epidemiologia Básica.** 2. ed. Santos (São Paulo): Organização Mundial da Saúde, 2010.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, v. 134, n. 248, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27834-27841.

BRASIL, M. S. Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: MS; 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília: Conass, 2003.

BRASIL. Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas. Ministério da Saúde. **Dados de intoxicação**. 2013. Disponível em: <<https://sinitox.icict.fiocruz.br/dados-nacionais>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

BRASIL. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **BULÁRIO ELETRÔNICO**. 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp>. Acesso em: 16 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Educação. **E-MEC: Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados**. 2017. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br>>. Acesso em: 25 maio 2017

BRAZ, Ana Carolina de Athayde Raymundi. **As Implicações das atividades docentes na saúde física e mental do professor**. Terra e Cultura, 2007; 45 (23): 24-34.

BRENTA, Gabriela; VAISMAN, Mario; SGARBI, José Augusto; BERGOGLIO, Liliana Maria; ANDRADA, Nathalia Carvalho de; BRAVO, Pedro Pineda; et al. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [s.l.], v. 4, n. 57, p.265-299, abr. 2013.

CAMISASCA, Flávia. **Boletim**: Dissertação pesquisa consumo de medicamentos entre professores da UFMG. 2005. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/boletim/bol1495/quarta.shtml>>. Acesso em: 13 set. 2018.

CARLOTTO, Mary Sandra. A síndrome de *Burnout* e o trabalho docente. **Psicologia em estudo**, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2002.

CARLOTTO, Mary Sandra; LIBRELOTTO, Rejane; PIZZINATO, Adolfo; BARCINSKI, Mariana. Prevalência e fatores associados à Síndrome de Burnout nos professores de ensino especial. **Análise Psicológica**, Rio Grande do Sul, v. 3, n. , p.315-327, 2012.

CARLOTTO, Mary Sandra; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Riscos psicossociais associados à síndrome de burnout em professores universitários. **Avances En Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 3, n. 35, p.447-457, 2017.

CARRERA-LASFUENTES P.; AGUILAR-PALACIO I.; CLEMENTE Roldán E.; MALO Fumanal S.; RABANAQUE Hernandez M. J. Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. *Aten Primaria*. 2013;45(10):528-35. DOI:10.1016/j.aprim.2013.05.006

CARVALHO, Marcelo Felga; PASCOS, Ana Roberta Pati; JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de Souza; DAMACENA, Giseli Nogueira; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. /, p.100-108, abr. 2005.

CARVALHO, Sérgio R; RODRIGUES, Camila de O.; COSTA, Fabrício d. da; ANDRADE, Henrique S.. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Campinas, v. 25, n. 4, p.1251-1269, out. 2015.

CEARÁ. Brasil. **Universidade Federal do Ceará: A Universidade - Início**. 2017. Disponível em: <<http://www.ufc.br/a-universidade>>. Acesso em: 26 maio 2017.

CHACHAMOVICH, Eduardo; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. **Desenvolvimento do WHOQOL-BREF**. In: FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. A avaliação de Qualidade de Vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, p.74-82, 2008.

CHIAVENATO I. **Recursos humanos: o capital humano das organizações**. São Paulo: Atlas. 2008.

COLET, Christiane de Fátima. Perfil de uso, valor intrínseco, custos diretos de medicamentos e qualidade de vida de idosos participantes de grupos de convivência em Porto Alegre/RS. 2008. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Farmácia, Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

COSTA, Francisca Rosinalva Cardoso Pereira; ROCHA, Renato. Fatores estressores no contexto de trabalho docente. *Revista Ciências Humanas*, v.6, n.1, 2013.

COSTA, Karen Sarmiento; BARROS; Marilisa Berti de Azevedo; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; CÉSAR, Chester Luis Galvão; GOLDBAUM, Moisés; CARANDINA, Luana. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 27, n. 4, p.649-658, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2011000400004>.

COSTA, Karen Sarmiento; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Utilização e fontes de obtenção de medicamentos: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.1-12, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00067814>.

COSTA, Ludmila da Silva Tavares et al. Prevalência da Síndrome de Burnout em uma amostra de professores universitários brasileiros. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.636-642, 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722013000400003>.

COSTA, Ludmila da Silva Tavares. **Avaliação da síndrome de Burnout em professores universitários de Piracicaba-SP**. 2014. 85 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2014.

CRUZ, José Flávio Wanderley. Síndrome de Burnout e fatores associados em professores cirurgiões-dentistas da Bahia. 2016. 114 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Programa de Pós-graduação em Odontologia e Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

DAMÁSIO, Bruno Figueiredo; MELO, Rômulo Lustosa Pimenteira de; SILVA, Joilson Pereira da. Sentido de Vida, Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida em Professores Escolares. **Paidéia (ribeirão Preto)**, [s.l.], v. 23, n. 54, p.73-82, abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272354201309>.

DANTAS, Jurema Barros. Publicidade e Medicamentos: Um mundo de imagens e promessas. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 14, n. 1, p.131-138, jan. 2010.

DATTOLI, Andrea Ratto; PÉREZ, Reina Coral García; SILVA, María Inés; González, María del Carmen. El síndrome de quemarse por el trabajo y factores psicosociales en docentes de primaria de la ciudad de Montevideo. **Ciencias Psicológicas**, [s.l.], v. 2, n. 9, p.273-281, 2015.

DECI, Edward; RYAN, Richard M. **Intrinsic motivation and self-determination in human behavior**. New York: Plenum Press; 1985.

DECI, Edward; RYAN, Richard M. **The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behaviour**. *Psychological Inquiry* 2000;11:227-68.

DELCHIARO, Eliana Chiavone. **Gestão escolar e absenteísmo docente: diferentes olhares e diversas cotidianos. Validação de uma experiência na rede municipal de São Paulo**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC- São Paulo, 2009.

DUTRA, Loreni Bruch et al. A Síndrome de Burnout (SB) em docentes do ensino superior de instituições privadas de Santarém, PA. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 3, n. 10, p.115-136, set. 2016. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i3.1872>.

DOMINGUES, Paulo Henrique Faria; GALVÃO, Taís Freire; ANDRADE, Keitty Regina Cordeiro de Andrade; SÁ, Pedro Terra Teles de; SILVA, Marcus Tolentino;

PEREIRA, Mauricio Gomes. Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: a systematic review. **Revista de saúde pública**. v.49, p. 21-28, 2015.

FERNANDES, Marcos Henrique; ROCHA, Vera Maria da; COSTA-OLIVEIRA, Angelo G. Roncalli da. Fatores Associados à Prevalência de sintomas osteomusculares em professores. **Revista de Salud Pública**, [s.l.], v. 11, n. 2, p.256-267, abr. 2009.

FERNANDES, Marcos Henrique; ROCHA, Vera Maria da; FAGUNDES, Ana Angelica Ribeiro. Impacto da sintomatologia osteomuscular na qualidade de vida de professores. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.276-284, fev. 2011.

FERREIRA, Thayrene Vieira. **SAÚDE DO PROFESSOR: USO DE MEDICAMENTOS POR PROFESSORES DA REDE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE RIO VERDE/GOIÁS**. 2016. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Universidade Federal de Goiás, Rio Verde, 2016.

FIGUEIREDO-FERRAZ, H., GIL-MONTE, P. R., & GRAU-ALBEROLA, E. (2009). Prevalence of burnout syndrome in Portuguese teachers. *Aletheia*, 29, 6-15.

FILHO, Albertino de Oliveira; NETTO-OLIVEIRA, Edna Regina; OLIVEIRA, Amauri Aparecido Bassoli de. Qualidade de vida e fatores de risco de professores universitários. **Revista da Educação Física/uem**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.57-67, 1 abr. 2012. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/reveducfis.v23i1.10468>.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra; PINZON, Vanessa. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da Qualidade de Vida “WHOQOL-bref”**. *Revista de Saúde Pública*, v.34, n.2, p. 178-183, 2000.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; LEAL, Ondina Facchel; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra dos; PINZON, Vanessa. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 211:19-28, 1999b.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; BASTOS, Tássia Fraga; COSTA, Karen sarmento; PRADO, Maria Aparecida Medeiros Barros do; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. The use of medication and associated factors among adults living in Campinas, São Paulo, Brazil: differences between men and women. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 12, p.4909-4921, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.18702013>.

FUCHS, Sandra C; VICTORA, Cesar G; FACHEL, Jandyra. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1996, vol.30, n.2, pp.168-178. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000200009>.

GALVÃO, Taís Freire. Uso de medicamentos por adultos: prevalência no Brasil e no Distrito Federal. 2014. 71f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2014.

GARCIA, Átala Lotti; OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo; BARROS, Elizabete Barros de. Qualidade de vida de professores do ensino superior na área da saúde: discurso e cotidiano. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2008.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunicação., Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 40, p.21-34, jan. 2012.

GIL-MONTE, Pedro R. **El síndrome de quemarse por el trabajo (“Burnout”)**. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, 2005.

GIL-MONTE, Pedro R.; CARLOTTO, Mary Sandra; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Validação da versão brasileira do “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” em professores. *Rev Saúde Pública* 2010;44(1):140-7.

GIL-MONTE, Pedro R. CESQT. Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo. Manual. Madrid, Espana: TEA. 2011.

GIOMO, Denise Bergamaschi. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.24-29, jan. 2009.

GOMES, Antônio Rui; OLIVEIRA, Sílvia; ESTEVES, Anabela; ALVELOS, Mafalda; AFONSO, Jorge. Stress, avaliação cognitiva e *Burnout*: um estudo com professores do ensino superior. **Revista Sul Americana de Psicologia**, v. 1, n. 1, 2013.

GOMES, Vanessa Pereira; SILVA, Marcus Tolentino; GALVÃO, Taís Freire. Prevalência do consumo de medicamentos em adultos brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 8, p.2615-2626, ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.29412016>.

GONÇALVES, Aguinaldo; VILARTA, Roberto. Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, Aguinaldo e VILARTA, Roberto (orgs.). *Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e cotidianos*. Barueri: Manole, 2004, p.03-25.

GUERINI, Lorena Rodrigues. **DA PRESCRIÇÃO À TRADUÇÃO: Apoio Institucional e Matricial a partir da Gestão Autônoma da Medicação.** 2015. 205 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.

GUIMARÃES, Sueli Édi Rufini; BORUCHOVITCH, Evely. O estilo motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes: uma perspectiva da teoria da autodeterminação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Campinas, v. 17, n. 2, p.143-150, jun. 2004.

GUIMARÃES, Sueli Édi Rufini. **Motivação intrínseca, extrínseca e o uso de recompensas em sala de aula.** In: BORUCHOVITCH, Evely.; BZUNECK, J.A. (orgs.). *A Motivação do Aluno: Contribuições da Psicologia Contemporânea.* Petrópolis: Vozes. 2009.

KATZUNG, Bertram G.; MASTERS, Susan B.; TRAVOR, Anthony J.. *Farmacologia: Básica e Clínica.* 12. ed. New York: Amgh Editora Ltda, 2014.

KRISTENSEN, Tage S.; BORRRITZ, Marianne; VILLADSEN, Ebbe; CHRISTENSEN, Karl B. **The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of Burnout.** *Work Stress*, v. 19, p. 192- 207, 2005.

KOETZ, Lydia Christmann Espindola. **QUALIDADE DE VIDA DE PROFESSORES DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR COMUNITÁRIAS: RELAÇÕES ENTRE AMBIENTE E SAÚDE.** 2011. 76 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ambiente e Desenvolvimento, Pós-graduação em Ambiente e Desenvolvimento, Centro Universitário Univates, Lajeado, 2011.

KOETZ, Lydia; REMPEL, Claudete; PÉRICO, Eduardo. Qualidade de vida de professores de Instituições de Ensino Superior Comunitárias do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.1019-1028, abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000400015>.

KUMAR, N.; KANCHAN, T.; UNNIKISHNAN, B.; REKHA, T.; MITHRA, P.; KULKARNI, V.; UPPAL, S. Perceptions and Practices of Self-Medication among Medical Students in Coastal South India. **PLoS ONE**, v. 8, n. 8, 2013.

LEITE, Janete Luzia (Org.). Produtivismo acadêmico e adoecimento docente: duas faces da mesma moeda. In: FERREIRA, Andre Vasconcelos et al (Org.). **Precarização do trabalho e saúde docente nas universidades públicas brasileiras.** Fortaleza: Eduece, 2015. Cap. 8. p. 72-78.

LÓPEZ, José J.; DENNIS, Rodolfo; MOSCOSO, Sonia M.. Estudio sobre la Automedicación en una Localidad de Bogotá. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 3, n. 11, p.432-442, abr. 2009.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Pancitopenia associada ao uso de dipirona: Relato de caso. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, n. 8, p.72-76, 2010.

LUZ, Felipe Andrés Cordero; MORAIS-SILVA, Gessynger; BORGES, Hellen Dayane Silva; FERNANDES-SANTOS, Juliana; MOURA, Ludmilla David; CÂNDIDO, Tatyane Oliveira; LOBATO, Janaina. Perfil comparativo da automedicação entre estudantes da universidade federal de Uberlândia. **Horizonte Científico**, v. 8, n. 1, 2014.

MACHADO-ALBA, Jorge Enrique et al. Reacciones adversas a medicamentos en una población colombiana 2007-2013. **Biomedica**, [s.l.], v. 36, n. 1, p.59-66, 29 jul. 2015. Instituto Nacional de Salud (Colombia). <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v36i1.2781>.

MACHADO, Eduarda Lauck et al. QUALIDADE DE VIDA DOS DOCENTES: UM ESTUDO DE CASO. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 9, n. 2, p.255-263, dez. 2011. Universidade Vale do Rio Verde (UninCor). <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2011.92.255263>.

MAO, Wenhui; VU, Huyen; XIE, Zening; CHEN, Wen; TANG, Shenglan. Systematic Review on Irrational Use of Medicines in China and Vietnam. **PLoS ONE**, v. 10, n. 3, p. e0117710, 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 310 p.

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar B.; LEITER, Michael P. **Job Burnout**. *Annual Review Psychology*, v. 52, p. 397-422, 2001.

MEIRELES, Janaina Barela et al. O uso de medicamentos no processo de trabalho educativo nas Escolas de Educação Infantil. **Relacult - Revista Latino-americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.343-345, 9 mar. 2016. Centro Latino-Americano de Estudos em Cultura - CLAEC. <http://dx.doi.org/10.23899/relacult.v2i1.24>.

MONTEIRO, V. C. T. O trabalho docente e a síndrome de *Burnout*. **Anais do V EPEAL: Encontro de Pesquisa em Educação**, v. 31, 2012.

MORAES, Gláucia Terezinha Bardi de. **Qualidade de vida no trabalho**: um estudo sobre prazer e sofrimento em uma multinacional na cidade de Ponta Grossa-PR. 2006. 83 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Engenharia de Produção, Ufpr, Paraná, 2006.

MOSLEY, W.H. & CHEN, L.C. An analytical Framework or the study of child survival in developing countries. *Popul. Develop. Rev.*, 10 (Supl):25-48, 1984.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p.1-12, 22 set. 2017. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007136>.

OLMEDO, Montes; SANTED, M. A.; JIMÉNEZ, R.; GÓMEZ, M. D. **El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas**. *Psiquis*, v. 22, p. 117-29, 2001.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. v.41, n.10, 1995, p.403-409.

PADRÃO, Marta Bellazzi. **AValiação da Qualidade de Vida de Doadores Vivos Após o Transplante Renal Utilizando os Instrumentos SF-36 e WHOQOL-bref**. 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2008.

PAGANO, Marcello; GAUVREAU, Kimberlee. **Princípios de bioestatística**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015. 506 p.

PEETERS, M. A.; RUTTE, C. G. **Time management behavior as a moderator for the job demand-control interaction**. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 10, p. 64- 75, 2005.

PEREIRA, Érico Felden. **QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES DE TRABALHO DE PROFESSORES DE EDUCAÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS – SC**. 2008. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação Física, Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

POLISSENI, Maria Lucia de Castro; RIBEIRO, Luiz Cláudio. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [s.l.], v. 20, n. 5, p.340-344, out. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1517-86922014200502114>.

ROCÍO, Díaz-rodríguez Dania; VALENTÍN, Hernandez-Barrera; ISABEL, Jiménez-Trujillo; PILAR, Carrasco-Garrido. Factors Associated to Medication Consumption Among the Immigrant Population Residing in Spain. **Journal Of Immigrant And Minority Health**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.909-919, 8 jun. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-017-0608-2>.

ROJAS, Sara Unda. (2010). Estudio de prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y su Asociación con Sobrecarga y Autoeficacia en Maestros de Primaria de la Ciudad de México. *Ciencia & Trabajo* 12(35), 257-262.

ROZENFELD, Suely; GIORDANI, Fabiola; COELHO, Sonia. Eventos adversos a medicamentos em hospital terciário: estudo piloto com rastreadores. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 47, n. 6, p.1102-1111, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2013047004735>.

SANS, Susana; PALUZIE, G.; PUIG, T., BALAÑÁ, L.; BALAGUER-VINTRÓ, I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit.* 2002;16(2):121-30. DOI:10.1016/S0213-9111(02)71643-9

SANTOS, Daniel Alberto Santos; et al. REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE DOCENTE NO CONTEXTO DE MERCANTILIZAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR. **Revista Docência do Ensino Superior**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.159-186, abr. 2016.

SANTOS, Hugo José Xavier. **RELAÇÕES ENTRE ASPECTOS NUTRICIONAIS E QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS**. 2015. 206 f. Tese (Doutorado) - Curso de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SEGAT, E.; DIEFENTHAELER, H. S. Uso de medicamentos antidepressivos por professores de escolas de diferentes redes de ensino em um município do norte do Rio Grande do Sul. **Perspectiva**, v.37, n.137, p. 45-54, 2013.

SERVILHA, Emilse Aparecida Merlin; ARBACH, Máryam de P. Queixas de saúde em professores universitários e sua relação com fatores de risco presentes na organização do trabalho. **Distúrbios da Comunicação**. v. 23, n. 2, 2011.

SERVILHA, Emilse Aparecida Merlin. Estresse em professores universitários na área de fonoaudiologia. **Revista de Ciências Médicas**, v. 14, n. 1, 2012.

SILVA, Ivone Corsi da; PORTES, Leslie Andrews; MENDES, Gelton Novaes. Qualidade de vida de docentes do ensino superior de um centro universitário. **Lifestyle Journal**, São Paulo, v. 2, n. 2, p.15-24, jan. 2015.

SOMBRIO, Katia Nerbass. **Ser professora - o sentido de uma escolha: um estudo sobre âncoras de carreira**. 2003. Dissertação (Mestre em Educação). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PPSI0107.pdf>>. Acesso em 6 de agosto de 2017.

SOUSA, Hudson W. O. e; SILVA, Jennyff L.; NETO, Marcelino S. A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Imperatriz, v. 5, n. 1, p.67-72, jun. 2008.

SOUSA, Ivone Félix de; MENDONÇA, Helenides. *Burnout* em Professores Universitários: Impacto de Percepções de Justiça e Comprometimento Afetivo. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 25, n. 4, p. 499-508, 2009.

SOUTO, Lyssa Esteves Souza; SOUZA, Sarah Martins; LIMA, Cássio de Almeida; LACERDA, Mayara Karolyne Silva; VIEIRA, Maria Aparecida; COSTA, Fernanda Marques da; CALDEIRA, Antônio Prates. Fatores Associados à Qualidade de Vida de Docentes da Área da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 40, n. 3, p.452-460, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e02362014>.

SOUZA, Melissa de Carvalho; GUIMARÃES, Adriana Coutinho de Azevedo; ARAUJO, Camila da Cruz Ramos. Estresse no trabalho em professores universitários. **Rev. Bras. Ciên. Saúde/Revista de Atenção à Saúde**, v. 11, n. 35, 2013.

SPÓSITO, Luciana Souza; GIMENES, Régio Márcio Toesca; CORTEZ, Lúcia Elaine Ranieéri. SAÚDE E ABSENTEÍSMO DOCENTE: UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p.2096-2114, maio 2014.

SUZIN, Rosemeri. **A SAÚDE GERAL DOS PROFESSORES MUNICIPAIS DE CAXIAS DO SUL E SUAS RELAÇÕES COM AS ATIVIDADES LABORAIS**. 2005. 140 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Engenharia, Engenharia – Modalidade Profissionalizante - Ênfase Ergonomia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

TABELEÃO, Viviane Porto; TOMASI, Elaine; NEVES, Siduana Facin. Qualidade de vida e esgotamento profissional entre docentes da rede pública de Ensino Médio e Fundamental no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 27, n. 12, p.2401-2408, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2011001200011>.

TAVARES, Priscilla Albuquerque; CAMELO, Rafael de Sousa; KARSMIRSKI, Paula Reis. **A falta faz falta?: Um estudo sobre o absenteísmo dos professores da rede estadual paulista de ensino e seus efeitos sobre o desempenho escolar**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 37, 2009, Foz do Iguaçu. Anais. Foz do Iguaçu: Anpec, 2009. Disponível <<http://www.anpec.org.br/encontro2009/inscricao.on/arquivos/000c501f661ab69e4d7dd363fd19713be26.pdf>>, Acesso em: 6 ago. 2017.

TERRA, Fábio de Souza; SECCO, Iara Aparecida de Oliveira; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. PERFIL DOS DOCENTES DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.26-33, jan. 2011.

TRUCHOT, Didier; KEIRSEBILCK, Ludivine; MEYER, Stephanie. **Communal orientation may not buffer Burnout**. *Psychological Reports*, v. 86, p. 872-8, 2000.

VICTORA, Cesar G.; HUTTLY, Sharon R.; FUCHS, Sandra C.; OLINTO, Maria Teresa A. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: A Hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26(1): 224-227

VILELA, Ysabel Enriqueta Benites. **FACTORES ASOCIADOS AL BURNOUT EN DOCENTES DE SECUNDARIA DE COLEGIOS PÚBLICOS**. 2014. 73 f. Tese (Doutorado) - Curso de Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidade Católica del Peru, Lima, 2014.

VOSGERAU, Milene Zanoni da Silva; SOARES, Darli Antonio; SOUZA, Regina Kazue Tanno de; MATSUO, Tiemi; CARVALHO, Gisele dos Santos. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. *Ciências e Saúde Coletiva*, Londrina, v. 16, n. 1, p.1629-1638, jan. 2011.

WEYNE, Gastão Rúbio de Sá. Determinação do tamanho da amostra em pesquisas experimentais na área de saúde. *Arquivos Médicos do Abc*, São Paulo, v. 29, n. 2, p.87-90, jul. 2004.

WHO. **ATC/DDD Index 2018**. Disponível em: <https://www.whooc.no/atc_ddd_index/>. Acesso em: 16 ago. 2018.

WHOQOL GROUP. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-10.

ZARAGOZA, José Manuel Esteve; CAVICCHIA, Durley de Carvalho; FONSECA, Orlando. **O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores**. 3a ed. Bauru: Edusc, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário 1: Instrumento de caracterização da amostra e perfil do consumo de medicamentos

Atuação na Universidade

1.01 - A qual departamento/faculdade/instituto você esta vinculado?

Carreira e Regime de trabalho:

1.02.1 - Classe/denominação:

- Titular Livre
- Titular
- Adjunto
- Assistente
- Adjunto A – Se Doutor
- Adjunto A—Se Mestre
- Auxiliar – Se Graduado
- Auxiliar—Se Especialista
- Substituto

1.02.2 – Nível

- 1
- 2
- 3
- 4

1.02.3 - Regime de Trabalho:

- 20h
- 40h
- 40h DE

Nº de disciplinas ministradas neste semestre:

1.04.1 - Graduação :

1.04.2 - Pós-graduação :

Número médio de alunos por turma:

1.05.1 - Graduação:

1.05.2 - Pós-graduação :

Número de orientandos neste semestre (orientação e/ou coorientação):

1.06.1 - Graduação:

1.06.2 - Pós-graduação :

1.07 - Tempo de exercício docente (anos)?

1.8 Quanto tempo (minutos) você gasta para:

1.08.1 - Chegar ao seu trabalho? No caso de deslocamento para campus fora do município de Fortaleza, considere o tempo gasto entre sua residência em Fortaleza e o campus no interior.

1.08.2 - Voltar do seu trabalho? No caso de deslocamento para campus fora do município de Fortaleza, considere o tempo gasto entre sua residência em Fortaleza e o campus no interior.

1.09 - Qual a distância, em km, que percorre para chegar ao seu trabalho? No caso de deslocamento para campus fora do município de Fortaleza, considere a distância entre sua residência em Fortaleza e o campus no interior.

1.10 - Meio de transporte com maior frequência utilizado para chegar até o local onde exerce suas atividades docentes?

2. Situação de saúde autorreferida e utilização de serviços de saúde

2.1 - Você tem plano de saúde?

- Sim
- Não

2.2 - Consome algum tipo de bebida alcoólica?

- Nunca
- Raramente
- As Vezes
- Frequentemente
- Sempre

2.3 - Faz uso de cigarros?

- Nunca
- Raramente
- As Vezes
- Frequentemente
- Sempre

2.4 - Pratica alguma atividade física? (Ao menos 30min e 3 vezes por semana)

- Sim
- Não

2.5 - Você se consultou nos últimos 3 meses com algum médico?

- Sim
- Não

2.6 - Ficou hospitalizado no último ano?

- Sim
- Não

2.7 - Possui alguma doença crônica (que lhe aflige a um longo período de tempo, por mais de 6 meses)?

- Sim
- Não

3. Uso de medicamentos nos últimos 15 dias:

3.1 - Nos últimos 15 dias o(a) Sr.(a) fez uso de algum medicamento?

- Sim
- Não

3.1.1 – Quantos medicamentos diferentes você consumiu nos últimos 15 dias?

*Nome Comercial:

*Forma farmacêutica:

- Adesivo
- Aerosol (Bombinha)
- Cápsula
- Colírio
- Comprimido
- Creme
- Drágeas
- Elixir
- Enema
- Gel
- Glóbulos
- Gotas
- Granulado
- Líquido
- Loção
- Óvulo
- Pastilhas
- Tomada
- Pós
- Solução Antológica
- Solução Oral
- Soluções Tópicas
- Spray
- Supositório
- Suspensão
- Trituração
- Xarope

*Para que você usou este medicamento? (Motivo do uso):

*Quem indicou (lhe recomendou) o medicamento ?

- Balconista
- Conta Própria
- Dentista
- Farmacêutico
- Médico
- Não Sabe/Não Responde
- Outro
- Outro Profissional Da Saúde
- Parente, Amigo, Vizinho
- Propaganda

*O médico utilizou prescrição ?

- Sim
- Não

*A receita médica foi obtida nos últimos 3 meses ?

- Sim
- Não

Motivação intrínseca:

4.1 - Qual é seu grau de reconhecimento que você percebe ter por ser docente?

- Nada Reconhecido
- Pouco Reconhecido
- Nem Pouco Nem Muito Reconhecido
- Muito Reconhecido
- Totalmente Reconhecido

4.2 - Com que frequência acha a profissão menos interessante do que quando começou?

- Nenhuma
- Pouca
- Nem Pouca Nem Muita
- Muita
- Muitíssima

Absenteísmo (ausência ou falta):

5.2 - Com que frequência se afasta do trabalho por motivo de saúde?

- Nenhuma
- Pouca
- Nem Pouca Nem Muita
- Muita
- MUITÍSSIMA

Dados Pessoais

6.1 - Idade (anos) ?

6.2 - Sexo:

- Masculino
- Feminino

6.3 - Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Vivendo como casado(a)
- Separado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo (a)
- Outros

6.4 - Em relação à raça, você se considera:

- Branco
- Preto
- Pardo
- Amarelo
- Indígena

6.5 - Tem filhos?

- Sim
- Não

6.6 - Mora só?

- Sim
- Não

Questionário 2: Instrumento da avaliação da qualidade de vida – WHOQOL-bref

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 de 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. 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 que 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 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 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 perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Questionário 3: Instrumento da avaliação da síndrome de Burnout: CESQT

Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)						
Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda "0" (zero). Em caso afirmativo, indique a frequência (de um a quatro) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição abaixo.						
AFIRMAÇÕES		FREQUÊNCIA				
		0 Nunca	1 Raramente: algumas vezes por <u>ano</u>	2 Às vezes: algumas vezes por <u>mês</u>	3 Frequentemente: algumas vezes por <u>semana</u>	4 Muito frequentemente: todos os <u>dias</u>
1	O meu trabalho representa para mim um desafio estimulante.	0	1	2	3	4
2	Não gosto de atender alguns alunos.	0	1	2	3	4
3	Acho que muitos alunos são insuportáveis.	0	1	2	3	4
4	Preocupa-me a forma como tratei algumas pessoas no trabalho.	0	1	2	3	4
5	Vejo o meu trabalho como uma fonte de realização pessoal.	0	1	2	3	4
6	Acho que os familiares dos alunos são uns chatos.	0	1	2	3	4
7	Penso que trato com indiferença alguns alunos.	0	1	2	3	4
8	Penso que estou saturado (a) pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4
9	Sinto-me culpado(a) por algumas de minhas atitudes no trabalho.	0	1	2	3	4
10	Penso que o meu trabalho que me dá coisas positivas.	0	1	2	3	4
11	Gosto de ser irônico(a) com alguns alunos.	0	1	2	3	4
12	Sinto-me pressionado (a) pelo trabalho.	0	1	2	3	4
13	Tenho remorsos por alguns dos meus comportamentos no trabalho.	0	1	2	3	4
14	Rotulo e classifico os alunos segundo o seu comportamento.	0	1	2	3	4
15	O meu trabalho me é gratificante.	0	1	2	3	4
16	Penso que deveria pedir desculpas a alguém pelo comportamento no trabalho.	0	1	2	3	4
17	Sinto-me cansado (a) fisicamente no trabalho.	0	1	2	3	4
18	Sinto-me desgastado (a) emocionalmente.	0	1	2	3	4
19	Sinto-me encantado (a) pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4
20	Sinto-me mal por algumas coisas que disse no trabalho.	0	1	2	3	4

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) pelo pesquisador responsável desta pesquisa, Elias Matias Laurentino, como participante da pesquisa intitulada **“PERFIL DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, BRASIL”**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa on-line tem como objetivo analisar a prevalência da utilização de medicamentos entre docentes da Universidade Federal do Ceará e sua relação com os aspectos sociodemográficos, condições de saúde, exercício da docência, motivação intrínseca, absenteísmo, Qualidade de Vida, Síndrome de Burnout, assim como identificar os medicamentos mais utilizados pelos docentes. Espera-se que por meio dessa pesquisa, seja possível analisar o padrão de utilização de medicamentos entre professores e assim identificar os fatores que contribuem para tal uso, e ainda constituir oportunidade de reflexão e de implantação de mudanças capazes de melhorar as condições de trabalho dos docentes, as quais repercutirão diretamente na saúde destes profissionais, valorizando seu papel e importância perante a sociedade, como também contribuir com subsídios para o planejamento das políticas farmacêuticas e a promoção do uso racional de medicamentos.

Sua participação consiste em responder a um conjunto de 87 perguntas, subdivididas em três blocos, disponibilizadas on-line para autopreenchimento. Para sua maior comodidade e melhor conveniência, você poderá começar a responder à pesquisa, parar e retomar em outro momento, do mesmo ponto em que parou, visto que você poderá salvar suas ações. Assim, o participante levará, em média, 50 minutos para a

conclusão dos três blocos de perguntas. Você receberá durante os três meses da pesquisa, uma vez por semana, um e-mail de alerta para o preenchimento e término da pesquisa.

Essa pesquisa oferece riscos mínimos, podendo haver apenas possível desconforto ou insegurança ao responder as questões solicitadas no questionário. Com o intuito de atenuar qualquer dano decorrente da sua participação, você tem a liberdade de aceitar ou não responder às questões e de se recusar a participar no momento em que quiser sem qualquer prejuízo para si.

As informações que serão fornecidas são confidenciais e quando divulgados os resultados do trabalho serão de forma global e anônimos. A sua privacidade será mantida e os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa. Você não terá nenhuma despesa para participar da pesquisa e não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação.

A qualquer momento o participante poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa pelos telefones/endereço abaixo indicados, assim como poderá ter acesso às informações referentes à pesquisa e esclarecimentos de quaisquer dúvidas por estes mesmos contatos.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Elias Matias Laurentino

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 949, 1º andar – Rodolfo Teófilo – CEP 60430-160 – Fortaleza – Ceará. E-mail: eliasmatiaslaurentino@gmail.com Telefones para contato: (85)987911229; 33668058

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Consentimento da Participação da Pessoa como Participante da Pesquisa:

Ao assinalar a opção “aceito participar”, a seguir, você atesta sua anuência com esta pesquisa, declarando que compreendeu seus objetivos, a forma como ela será realizada e os benefícios envolvidos, conforme descrição aqui efetuada. Declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante desta pesquisa, que leu cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, teve a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e que recebeu explicações que responderam por completo suas dúvidas. E declara, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

() Aceito participar desta pesquisa

() Não aceito participar desta pesquisa

_____ Data ____/____/____

Participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

RG do participante da pesquisa

_____ Data ____/____/____

Pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXOS

ANEXO 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, BRASIL.

Pesquisador: ELIAS MATIAS LAURENTINO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82127917.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Farmácia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.515.440

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Estudo transversal, a ser realizado com docentes da Universidade Federal do Ceará pertencentes aos três campus de Fortaleza (1872 professores) e dos quatro campus espalhados pelo interior do estado (356 professores), sendo 2.228 o número total de docentes da UFC envolvidos na pesquisa. A estratégia selecionada para a realização da coleta de dados, será o emprego de um questionário auto-aplicado via e-mail, que inclui: características dos indivíduos entrevistados (aspectos sociodemográficos; aspectos relativos à prática docente; ao estado de saúde, motivação intrínseca e absenteísmo) e os instrumentos WHOQOL, que avaliará a qualidade de vida dos docentes, e o CESQT, a síndrome Burnout. A variável dependente, também identificada por variável de desfecho será o consumo de medicamentos no período recordatório de 15 dias anteriores à entrevista. Também serão identificados os medicamentos consumidos, seus motivos de uso e os responsáveis pela sua indicação. As variáveis independentes ou de exposição, serão os aspectos sociodemográficos; aspectos relativos à prática docente; ao estado de saúde; à qualidade de vida, à motivação intrínseca, à síndrome de Burnout e ao absenteísmo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a prevalência e os fatores associados à utilização de medicamentos entre docentes da

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.515.440

Universidade Federal do Ceará.

Objetivo Secundário:

- Identificar a prevalência do consumo de medicamentos entre docentes, segundo aspectossociodemográficos, prática docente, estado de saúde, hábitos sociais, síndrome de Burnout e qualidade de vida.
- Identificar os medicamentos consumidos, os motivos do uso e os responsáveis pela sua indicação.
- Avaliar a relação entre consumo de medicamentos e aspectos sociodemográficos, prática docente, estado de saúde, hábitos sociais, síndrome de Burnout e qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Essa pesquisa oferece riscos mínimos, podendo haver apenas possível desconforto ou insegurança ao responder as questões solicitadas no questionário. Com o intuito de atenuar qualquer dano decorrente da sua participação, você tem a liberdade de aceitar ou não responder às questões e de se recusar a participar no momento em que quiser sem qualquer prejuízo para si.

Benefícios:

O pesquisador se responsabiliza pela assistência integral aos participantes no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa. O(A) participante não terá despesas para participar da pesquisa e não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação, porém se houver algum gasto decorrente da pesquisa por parte do(a) participante, o pesquisador se compromete a ressarcir os gastos ao mesmo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A referida pesquisa tem por objetivo analisar a prevalência e os fatores associados à utilização de medicamentos entre docentes da Universidade Federal do Ceará.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram devidamente apresentados. O pesquisador esclareceu o que foi solicitado.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.515.440

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1055072.pdf	09/02/2018 11:15:38		Aceito
Outros	Resposta_CEP_09_02_18.pdf	09/02/2018 11:14:29	ELIAS MATIAS LAURENTINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_DEVOLUTIVA_09_02_18.pdf	09/02/2018 11:12:54	ELIAS MATIAS LAURENTINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_recorrigido.pdf	16/01/2018 12:32:22	ELIAS MATIAS LAURENTINO	Aceito
Outros	Termo_compromisso_utilizacao_dados.pdf	18/12/2017 15:30:52	ELIAS MATIAS LAURENTINO	Aceito
Outros	Carta_solicitacao_CEP.pdf	18/12/2017 15:29:05	ELIAS MATIAS LAURENTINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado.docx	18/12/2017 15:25:21	ELIAS MATIAS LAURENTINO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_concordancia.pdf	18/12/2017 15:19:21	ELIAS MATIAS LAURENTINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_institucional.pdf	18/12/2017 15:10:14	ELIAS MATIAS LAURENTINO	Aceito
Orçamento	Declaracao_orcamento.pdf	18/12/2017 15:03:54	ELIAS MATIAS LAURENTINO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	18/12/2017 15:02:28	ELIAS MATIAS LAURENTINO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	18/12/2017 14:56:42	ELIAS MATIAS LAURENTINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Tedflio

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.515.440

FORTALEZA, 27 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO 2: Parecer do Conselho Regional de Medicina sobre a Síndrome de *Burnout*



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC
Avenida Antônio Sales, nº 485 – Joaquim Távora – 60135-101
Fortaleza – Ceará
E-Mail: cremec@cremec.org.br

OFÍCIO Nº 515/2018 – CREMEC/SEC

Fortaleza, 9 de fevereiro de 2018.

Ao Senhor
Elias Matias Laurentino
E-mail: eliasmatislaurentino@gmail.com


Assunto: **avaliação da Síndrome de Burnout**

Senhor,

Em resposta à solicitação subscrita por Vossa Senhoria, protocolizada neste Conselho sob o n.º 1828/2018, informamos que o Conselho Regional de Medicina tem o entendimento de que os questionários citados não são de aplicação exclusivo por psiquiatras ou por outros profissionais médicos.

Em se tratando de pesquisa, o projeto, do ponto de vista da eticidade, deve seguir o estabelecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição envolvida, com base nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, que norteiam a Ética em pesquisa.

Atenciosamente,


Cons. Ivan de Araújo Moura Fé
Presidente – CREMEC