



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

ÉLIDA KALINE MELO DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DE
FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES
MODIFICÁVEIS EM CAMINHONEIROS ANTE ROTA NOS
ESTADOS DO NORDESTE BRASILEIRO**

**CUITÉ - PB
2018**

ÉLIDA KALINE MELO DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DE
FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES
MODIFICÁVEIS EM CAMINHONEIROS ANTE ROTA NOS
ESTADOS DO NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Farmácia do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório para obtenção de grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes.

**CUITÉ - PB
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Rosana Amâncio Pereira – CRB 15 – 791

S719a Souza, Élide Kaline Melo de.

Avaliação da qualidade de vida e prevalência de fatores de risco cardiovasculares modificáveis em caminhoneiros ante rota nos estados do nordeste brasileiro. / Élide Kaline Melo de Souza. – Cuité: CES, 2018.

102 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Maria Emília da Silva Menezes.

1. Qualidade de vida. 2. Caminhoneiros. 3. Doenças cardiovasculares. 4. Estilo de vida. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 615.214

ÉLIDA KALINE MELO DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DE
FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES
MODIFICÁVEIS EM CAMINHONEIROS ANTE ROTA NOS
ESTADOS DO NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/CES como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

APROVADO EM: 14 / 11 / 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria Emília da Silva Menezes

Orientadora

(UAS/CES/UFCG)

Prof^a Dr^a Izayana Pereira Feitosa

(UAS/CES/UFCG)

Prof^a MSc. Bruna Pereira da Silva

(UAS/CES/UFCG)

*Dedico este trabalho a minha família,
principalmente aos meus pais M^a Neuma e
François, e aos meus professores. Sem
eles eu seria apenas mais uma.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me conceder a mais bela graça de ter uma família como a que tenho, e por me guiar durante toda a minha jornada de vida. Agradeço, senhor, por todas as bênçãos e livramentos.

Aos meus pais, Maria Neuma de Melo Souza e François Ferreira de Souza, sendo as pessoas mais importantes da minha vida. Obrigada por tudo, principalmente por serem os melhores pais do mundo, vocês são meu tesouro, e não sei o que seria de mim sem vocês. Tudo que sou, e serei um dia, não teria sentido se não tivesse vocês comigo. Todo o apoio e amor de vocês são essencial na minha vida, vocês são tudo pra mim, meus maiores exemplos de pessoas, pais, filhos e profissionais. Espero retribuir tudo o que fizeram e fazem por mim com muito orgulho. A união da nossa família foi imprescindível para conseguirmos tudo o que temos e somos hoje. As vitórias não são de um só, são de nós quatro, sempre.

A minha irmã, Elza Carla Melo de Souza, por toda irmandade firmada em companheirismo, e por sempre ter sido meu espelho desde a infância. Você é uma pessoa que admiro muito e tenho como minha melhor amiga. Muito obrigada por todos os momentos, você é a melhor irmã que eu poderia ter.

Aos meus avós, Elza Pereira de Souza, Francisco Ferreira de Souza e Sinval Dantas de Melo, por serem sempre combustíveis de todo meu esforço, para que um dia eu possa voltar para perto de vocês.

A Tibério Melo de Souza, por ser meu companheiro fiel de todas as horas, e de toda a família. Você foi o melhor presente que Deus poderia colocar em nossas vidas.

A José Luan Medeiros Dantas, por todo o companheirismo e paciência, por ser mais que um namorado, ser um amigo.

Aos demais familiares e vizinhos da rua José Evaristo, vocês são demais.

Aos meus amigos da escola e vida, principalmente Maria Teresa, Benedita Caroline e Matheus Lopes, obrigada por fazerem parte da minha vida, e por todos os momentos. Sou muito feliz por ter vocês comigo.

Aos meus amigos de faculdade, Bárbara Belmiro, Júnior Andrade, Laysa Rubia, Jamille Menezes, Taís Carine, Thainá Pereira, Brenda Tamires, Ana Kelma, Thiago

Willame, Carlos Emmanuel, Bruno Fernandes, Luma Sousa, e demais por todos os momentos de amizade e alegria.

Aos meus professores, que sempre foram meus maiores exemplos e minha admiração. A todas as minhas professoras do Externato Santo Antônio, que marcaram muito minha vida e contribuíram muito com meu caráter e personalidade que tenho hoje. A todos meus professores do Colégio Diocesano Seridoense por todo ensino de qualidade, o melhor momento da minha vida passei ao lado de vocês. E aos mestres e doutores da Universidade Federal de Campina Grande por construírem minha formação e profissionalismo. Vocês são os melhores!

Aos meus professores, Maria Emília da Silva Menezes e Rodrigo Santos Diniz, por irem além da sala de aula, sempre acreditar em mim e me impulsionarem como aluna e futura profissional. Obrigada por acreditarem no meu potencial, e por serem meus pais na graduação. Sem vocês eu não teria brilho nem vontade de ir além. Não esquecerei de vocês nunca!

Aos amigos do meu pai, que também são meus amigos. Meus grandes amigos da estrada. Obrigada por todo apoio em meu trabalho, e por me tratarem tão bem. Agradeço a todos, principalmente a Elefante, Pardal, Genildo, Tadeu, Lapiou, Bodão, Paulo, Solteirão, Tramontina e Ceará. Sem vocês e meu pai esse trabalho não existiria.

A todos os caminhoneiros que dispuseram uma parte de seus tempos para contribuir com essa etapa tão importante da minha vida.

Toda a minha gratidão aos que fazem parte da minha vida!

“Quem ousa, vence”
(Special Air Service)

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Carreteiros de graneleiro.....	19
Figura 02 – Percentuais referente a faixa etária dos caminhoneiros.....	48
Figura 03 – Percentuais referente ao estado civil dos caminhoneiros.....	49
Figura 04 – Percentuais referente a renda familiar dos caminhoneiros.....	50
Figura 05 – Percentuais referente a região residente dos caminhoneiros.....	51
Figura 06 – Percentuais referente ao tempo de profissão dos caminhoneiros....	52
Figura 07 – Percentuais referente a classificação do IMC dos caminhoneiros...	52
Figura 08 – Prevalência de fatores de risco cardiovasculares modificáveis autorreferidos coexistentes.....	55
Figura 09 – Valores das médias, mínimo e máximo dos domínios da qualidade de vida, questionário SF-36.....	56
Figura 10 – Percentuais referente as respostas da pergunta 02 do questionário SF-36, no que diz respeito a comparação da saúde atual com um ano anterior	57
Figura 11 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e tempo de profissão.....	61
Figura 12 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e tabagismo.	62
Figura 13 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e consumo de álcool.	63
Figura 14 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e sedentarismo.	64
Figura 15 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e hipertensão.	65
Figura 16 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e diabetes.	65
Figura 17 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e hipertensão.	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Classificação e características do diabetes mellitus.....	37
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.....	34
Tabela 02 – Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM, adotados pela SBD.....	36
Tabela 03 – Valores referenciais e de alvo terapêutico, conforme avaliação de risco cardiovascular estimado pelo médico solicitante do perfil lipídico para adultos com mais de 20 anos.....	38
Tabela 04 – Classificação internacional da obesidade segundo o índice de massa corporal (IMC) e risco de doença (Organização Mundial da Saúde) que divide a adiposidade em graus ou classes.....	40
Tabela 05 – Nível de escolaridade dos caminhoneiros.....	49
Tabela 06 – Prevalência de fatores de risco cardiovasculares modificáveis autorreferidos tratados isoladamente.....	53
Tabela 07 – Associação estatística entre dados sociodemográficos e diabetes.....	58
Tabela 08 – Associação estatística entre dados sociodemográficos e hipertensão.....	59
Tabela 09 – Associação estatística entre dados sociodemográficos e sedentarismo.	59

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVE – Acidente vascular encefálico;
CBO – Classificação brasileira de ocupações;
CC – Circunferência da cintura;
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CES – Centro de Educação e Saúde;
CID-10 – Classificação internacional das doenças;
CNH – Carteira Nacional de Habilitação;
CT – Colesterol total;
DAC – Doença Arterial Coronariana;
DAC – Doença arterial coronariana;
DANT – Doenças e agravos não transmissíveis;
DAP – Doença arterial periférica;
DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis;
DCV – Doenças cardiovasculares
DM – Diabetes mellitus;
DRC – Doença renal crônica;
EQ-5D – *EuroQol-5 Dimensions*;
HA – Hipertensão arterial;
HAS – Hipertensão arterial sistêmica;
HDL-c – Lipoproteína de alta densidade;
IAM – Infarto agudo do miocárdio;
IC – Insuficiência cardíaca;
IMC – Índice de Massa Corpórea
LDL-c – Lipoproteína de baixa densidade;
MET – Ministério do emprego e trabalho;
OMS – Organização Mundial da Saúde;
PA – Pressão arterial;
QV – Qualidade de Vida;
QVT – Qualidade de vida no trabalho;
SF-36 – *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*;
SSPS – *Statistical Package for the Social Sciences*
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TG – Triglicerídeos;
WHOQOL-100 – *World Health Organization Quality of Life Instrument*.

RESUMO

Os caminhoneiros são profissionais que exercem a função de realizar o transporte terrestre de bens de produção do país, tendo forte relação com o desenvolvimento econômico, político e social. Possuem rotina de trabalho intensa, com sobrecarga de trabalho, longas cargas horárias, maus hábitos alimentares, pouco tempo de folga, estresse, fadiga, curtos períodos de sono, etc. As condições de trabalho a que são submetidos, os expõem a diversos fatores de risco, principalmente ligados às doenças cardiovasculares e acidentes de trânsito. Com isso, aspectos relacionados a atividade laboral do indivíduo tem relação direta com a qualidade de vida e saúde, interferindo em condições físicas, mentais e sociais. O objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida e identificar a prevalência de fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em caminhoneiros trafegantes em estados do Nordeste brasileiro. Seguindo linhas epidemiológicas, com abordagem quantitativa, caráter descritivo e transversal, o instrumento de pesquisa utilizado para avaliar a qualidade de vida dos caminhoneiros foi o questionário SF-36, em adição com dados gerais, como sociodemográficos e fatores de risco cardiovasculares modificáveis. Para a análise estatística foi utilizado o *Software Statistical Package for Social Sciences* versão 25.0. Dentre os 114 caminhoneiros que participaram da pesquisa, sendo todos do sexo masculino e com idade média de 43,07 anos, a maioria deles possuíam baixa escolaridade, encontravam-se casados e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. O fator de risco mais prevalente foi o IMC elevado (sobrepeso e obesidade), seguido de sedentarismo, consumo de álcool, hipertensão, tabagismo e diabetes. Além disso, 57% dos caminhoneiros apresentaram coexistência de 2 ou mais fatores. Quanto a qualidade de vida, o domínio que apresentou maior média foi o de aspectos sociais, seguido de capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, saúde mental, estado de saúde geral e vitalidade. A hipertensão, diabetes e sedentarismo prevaleceram em pessoas obesas e de baixa escolaridade. A população de hipertensos e diabéticos estiveram mais representados por pessoas com mais de 50 anos de idade, renda familiar acima de 3 salários mínimos e com mais de 20 anos de profissão, enquanto sedentários por pessoas com 20 a 39 anos de idade e renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. Os fatores de risco que refletiram maior impacto na qualidade de vida foram tabagismo, hipertensão e diabetes, apresentando pontuações médias dos domínios menores naqueles que apresentava o fator. Consumo de álcool, sedentarismo, classificação do IMC e tempo de profissão não apresentou influência em todos os domínios da qualidade de vida, mas apenas em alguns deles. Portanto, as investigações da prevalência de fatores de risco cardiovasculares e avaliação da qualidade de vida tem utilidade no desenvolvimento de ações preventivas, práticas assistenciais e promoção da saúde voltadas à classe.

Palavras-chave: Qualidade de vida, caminhoneiros, doenças cardiovasculares, estilo de vida.

ABSTRACT

The truck drivers are professionals who perform a function of realizing the terrestrial transport of production goods in the country, aiming at economic, political and social development. They have an intense work routine, with work overload, long hours, bad feeding times, little time off, stress, fatigue, short periods of sleep, etc. cardiovascular, cardiovascular and traffic accidents. With this, the aspects related to the work activity of the man have direct relation with the quality of life and health, interfering in the physical, mental and social conditions. The present study was to evaluate the quality of life and to indicate the prevalence of modifiable risk factors for the development of cardiovascular diseases in truck drivers in Northeastern Brazilian states. The questionnaire SF-36, in English, with general modifiable risk factors, was the research instrument used to evaluate truckers' quality of life, with quantitative, descriptive and transversal quantitative. For a Statistical Analysis the Software Statistical Package for the Social Sciences, version 25.0. The 114 truck drivers who participated in the survey, all males and with a mean age of 43.07 years, received low schooling, were married and had a family of 1 to 3 places minimum. The most prevalent risk factor was alcohol use, obesity, sedentary lifestyle, alcohol consumption, hypertension, smoking, and diabetes. In addition, 57% of the truck drivers were the coexistence of 2 or more factors. As for the quality of life, the domain that the highest average was for social aspects, functional capacity, physical issues, emotional dimensions, mental health, general health and vitality. Hypertension, diabetes and sedentary lifestyle prevail in obese people and low schooling. At 20 years of age, 20 years of age, 20 years of age, 20 years of age and 20 years of age 1 to 3 minimum places. The risk factors that most influenced the impact on quality of life, hypertension and diabetes, scored scores of averages of interest were those that presented the factor. Alcohol consumption, sedentary lifestyle, BMI classification and travel time not applied to all domains of quality of life, but only in some of them. Therefore, investigations of the prevalence of cardiovascular risk factors and assessment of quality of life have utility in the development of preventive actions, health care practices and health promotion aimed at the class.

Key words: Quality of life, truck drivers, cardiovascular diseases, lifestyle

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1 Características profissionais, bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos caminhoneiros.....	18
3.1.1. Estilo de vida.....	20
3.1.2 Condições de saúde.....	24
3.1.3 Papel do farmacêutico na saúde dos caminhoneiros.....	25
3.2 Qualidade de vida.....	27
3.2.1. Instrumentos de qualidade de vida.....	29
3.3 Fatores de risco cardiovasculares.....	32
3.3.1 Hipertensão arterial.....	33
3.3.2 Diabetes Mellitus.....	35
3.3.3 Dislipidemia.....	37
3.3.4 Obesidade e sedentarismo.....	39
3.3.5 Tabagismo e etilismo.....	42
4 METODOLOGIA.....	44
4.1 Tipo de estudo.....	44
4.2 Local da pesquisa.....	45
4.3 População e amostragem.....	45
4.3.1 Critérios de inclusão.....	45
4.3.2 Critérios de exclusão.....	46
4.4 Aspectos éticos.....	46
4.5 Instrumentos para a coleta de dados.....	46
4.5.1 Dados sociodemográficos e clínicos.....	46
4.5.2 Avaliação da qualidade de vida.....	47
4.6 Análise estatística.....	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
5.1 Perfil sociodemográfico.....	48

5.2 Fatores de risco cardiovasculares modificáveis.....	52
5.3 Qualidade de vida.....	55
5.4 Associações estatísticas.....	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68

REFERÊNCIAS

ANEXOS E APÊNDICES

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV), classificadas como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representam a principal causa de morte em todo o mundo. O perfil de mortalidade das DCV é resultado de transformações ocorridas mundialmente com o passar dos anos, refletidas pela urbanização, industrialização e alterações no modo de vida associadas (KASPER et al., 2017).

Além dos elevados níveis de mortalidade, as doenças cardiovasculares têm forte impacto na qualidade de vida, favorece quadros de incapacidades físicas e aumento da permanência hospitalar, refletindo assim efeitos negativos tanto à saúde, quanto na economia, sistemas de saúde e seguridade social (COVATTI et al., 2016). Alguns fatores de risco estão associados ao surgimento de tais doenças, idade, gênero, histórico familiar, obesidade, sobrepeso, diabetes, sedentarismo, hipertensão, dislipidemia, tabagismo e ingestão de álcool (CARLUCCI et al., 2013).

De toda a população que está constantemente exposta a fatores de risco que podem comprometer a saúde como um todo, destacam-se os caminhoneiros, os quais são profissionais responsáveis pelo transporte rodoviário de bens de produção do país, e exercem impacto no desenvolvimento econômico, político e social. Esses trabalhadores são submetidos à rotina laboral intensa caracterizada por longas jornadas e sobrecargas de trabalho, condições ambientais precárias, distância e falta do convívio familiar, solidão e desvalorização profissional, em que frente a esta realidade, acabam adotando condutas ilegais e prejudiciais à saúde em função da produtividade (MASSON; MONTEIRO, 2010; ROCHA et al., 2015; BEZERRA, 2016).

Portanto, com as condições de trabalho que lhes são propostas, comumente esses profissionais têm limitações no que tange a um estilo de vida saudável, e acabam adotando hábitos de vida não adequados e que favorecem o risco no desenvolvimento de doenças, principalmente as cardiovasculares. Na rotina do caminhoneiro existem mínimas oportunidades e tempo para atividades físicas e longos períodos sentados; possuem alimentação rica em gorduras e açúcares, baixo valor nutritivo e alto valor calórico; curtos períodos de sono; consumo de álcool e substâncias psicoestimulantes (KNAUTH et al., 2012; CARNIEL; KRAUSE, 2014; CARVALHO et al., 2015).

A satisfação no trabalho e aspectos relacionados à atividade ocupacional de pessoas, tem relação direta com a qualidade de vida (QV), em que esta interfere no desempenho dos trabalhadores e produtividade laboral. A qualidade de vida então pode ser mensurada, no meio de pesquisas científicas relacionadas à saúde, em utilização de instrumentos próprios que se tratam de questionários, em que podem refletir nas práticas assistenciais, políticas públicas, prevenção de doenças e promoção de saúde. Assim, é possível proceder avaliação da QV em pessoas, independente do estado de saúde levando em consideração aspectos biológicos, psicológicos e sociais (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008; FORNEL, 2010; SOUZA et al., 2014).

Com isso, estudos de prevalência de fatores de risco cardiovasculares reforçam a importância de investigações que se tem a perspectiva de vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e da possibilidade de distinção dos grupos populacionais mais expostos a eventos cardiovasculares e complicações associadas. Este tipo de abordagem pode ser útil no desenvolvimento ações relevantes na intervenção preventiva das doenças, dentro do contexto clínico e epidemiológico, uma vez que o estudo engloba fatores que podem ser reduzidos ou eliminados de acordo com o estilo de vida (DE SOUZA et al., 2013; VIANA; OLIVEIRA, 2017).

Ademais, os caminhoneiros pertencem a uma classe de trabalhadores a qual não é assistida por políticas de saúde pública, apesar das características singulares de estilo de vida e trabalho, implica a necessidade de adoção de estratégias de promoção a saúde distintas da população em geral. Para isso, a mensuração da qualidade de vida ligada a saúde reflete nas práticas assistenciais, políticas públicas, prevenção de doenças e promoção da saúde (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008; GIROTTO et al., 2016).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida e identificar a prevalência de fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em caminhoneiros traficantes em rodovias dos estados do Nordeste brasileiro.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar o perfil sociodemográfico dos caminhoneiros;
- identificar a prevalência de fatores de risco cardiovasculares modificáveis isolados e associados;
- avaliar e mensurar dados da qualidade de vida;
- correlacionar dados sociodemográficos e fatores de risco e;
- correlacionar dados de fatores de risco e qualidade de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Características profissionais, bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos caminhoneiros

O serviço de transporte tem papel fundamental no processo de desenvolvimento econômico com efeitos diretos tanto sobre a produção quanto sobre o consumo no país. Os custos desses parâmetros, tem relação direta com os preços dos bens finais, favorecendo assim o poder de compra e consumo da população, aumentando a demanda por bens e serviços no mercado, e conseqüentemente a atividade produtiva (CNT, 2017).

De acordo com a Confederação Nacional de Transportes, em Maio de 2018, o Brasil possuía uma frota de aproximadamente 2,7 milhões de caminhões, sendo 61% dos transportes de cargas no país realizados por rodovias. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, existem cerca de 2 milhões de caminhoneiros no país, tendo perfil predominante educacional e socioeconômico reduzidos, os quais correspondem a 3,4% de homens em situação economicamente ativa do território nacional. A distribuição destes profissionais é predominantemente de autônomos, pessoas do sexo masculino, com idade média de aproximadamente 44 anos (IBGE, 2015; CNT, 2016; CNT, 2018).

O ministério do trabalho e emprego (MTE), com base na classificação brasileira de ocupações (CBO) definem caminhoneiros, como, os motoristas de veículos de cargas em geral, autônomos ou assalariados, que transportam, coletam e entregam cargas em geral; guincham, destombam e removem veículos avariados e prestam socorro mecânico. Movimentam cargas volumosas e pesadas, podem, também, operar equipamentos, realizar inspeções e reparos em veículos, vistoriar cargas, além de verificar documentação de veículos e de cargas. Definem rotas e asseguram a regularidade do transporte. As atividades são desenvolvidas em conformidade com normas e procedimentos técnicos e de segurança (BRASIL, 2018).

Os caminhoneiros, através do transporte rodoviário, são responsáveis por transportar os bens de produção do país, e com isso favorece o desenvolvimento econômico, político e social. A classe destes profissionais constitui-se

predominantemente por homens, que realizam longas viagens sem interrupções, afim de cumprir metas e prazos de entrega estabelecidos pelas empresas contratantes. Exercem sua profissão em condições de trabalho que exigem grandes esforços corporais e mentais, tendo grande carga horária de trabalho que ultrapassam limites considerados adequados, e que podem comprometer os cuidados à saúde (ROCHA et al., 2015; HINO et al., 2017).

A profissão de caminhoneiro, como as outras, possui certas especializações, em que o agente condicionante da função exercida é o caminhão, podendo este variar entre modelos, capacidade e tipos de carga, independentemente de serem autônomos ou empregados. As atividades dos motoristas são desenvolvidas em conformidade com normas e procedimentos técnicos e de segurança por profissionais que recebem suas denominações de acordo com o tipo de veículo utilizado, sendo algumas delas: carreteiros (figura 01), caçambeiros, cegonheiro, gaioleiro, motorista de basculante, motorista de caminhão leve, motorista de caminhão-betoneira, motorista de caminhão-pipa, motorista caminhão-tanque, motorista de caminhão-gincho e motorista de caminhão-guindaste (KAPRON, 2012; BRASIL, 2018).

Figura 01 – Carreteiros de graneleiro.



Fonte: Acervo próprio, 2018.

De acordo com pesquisas realizadas por Simmonds (2012), grande parte dos caminhoneiros possui uma jornada de trabalho que ultrapassa dez horas por dia, porém afirmam ter a capacidade física suficiente para isso, e satisfação na profissão.

Com isso, os motoristas de caminhão estão submetidos a uma grande sobrecarga de trabalho e condições ambientais precárias, em que não existe rotina diária de trabalho, não há horário previsto para refeição e descanso, ou datas previstas para estar com a família. Em geral, os motoristas não presenciam o nascimento nem acompanham o crescimento dos filhos, convivem com a solidão e a distância da família, buscando o contato social como forma de suavizar o isolamento familiar e de se sentir parte da sociedade (MASSON; MONTEIRO, 2010).

3.1.1 Estilo de vida

O trabalho dos caminhoneiros caracteriza-se não somente pela direção por horas ininterruptas, mas também auxiliam no carregamento e descarga de produtos, incluindo trabalhos noturnos. Portanto, frente a rotina de trabalho, comumente esses profissionais têm limitações no que tange a um estilo de vida saudável e acabam adotando hábitos de vida pouco adequados, sendo citados principalmente a alimentação acessível com elevado teor de gorduras, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo e inadequados períodos de sono (CARNIEL; KRAUSE, 2014; GIROTTI et al., 2016; NOTTO et al., 2017).

Estes profissionais exercem uma profissão que oferece poucas oportunidades e tempo para as atividades físicas ou de lazer, passam longas horas sentados, e quando somados aos hábitos de vida adotados, favorecem fatores potenciais para o aumento de peso. Em sua maioria, os caminhoneiros não conseguem levar vidas regradas, estando expostos aos fatores de risco à saúde, e aos perigos que o trânsito apresenta, aliado ao estresse e à falta do convívio familiar (DOMINGOS et al., 2010; RUAS, PAINI; ZAGO, 2010).

Determinantes de saúde, como rotina laboral e estilo de vida, podem favorecer a prevalência de morbimortalidade encontrada nesta população. Os longos períodos de tempo durante a viagem também interferem diretamente na condição física e mental desses profissionais, havendo poucos momentos de folga para recuperação, caracterizando condições de trabalho extenuantes. Os caminhoneiros são submetidos a intensos ritmos de trabalho, o que favorece desgastes como físico, mental,

emocional e afetivo, afetando sua qualidade de vida (MASSON; MONTEIRO, 2010; ROCHA et al., 2015).

Alguns passam dias, semanas e até meses longe de casa, e isso faz com que acabem se alimentando em lanchonetes, restaurantes, cozinhando no próprio caminhão. Os alimentos preparados fora do domicílio apresentam maior quantidade de gorduras saturadas, com relação aos preparados em casa, em que este tipo de gordura se associa à deposição de gordura abdominal. Como a elevada densidade energética, o elevado teor de gorduras e açúcares, baixo conteúdo de fibras e cálcio, grandes porções de alimentos altamente palatáveis e ofertados em grande variedade e o consumo elevado de refrigerantes e doces contribuem para o ganho excessivo de peso (ROCHA et al., 2015; BEZERRA et al., 2016).

A ingestão de açúcar, principalmente em bebidas, confere uma alta carga glicêmica e está associada a uma baixa saciedade, o que contribui ao consumo de maiores quantidades deste e de outros tipos de alimentos. Na rotina destes profissionais são ofertadas preparações desbalanceadas nutricionalmente, ricas em gordura saturada, açúcar e sódio, havendo a limitação da oferta de alimentos necessários para um padrão adequado (TE MORENGA; MALLARD; MANN, 2013; HAMILTON; VAYRO; SCHWARZER, 2015).

Além disso, o estado nutricional nesta população é significativo, visto que grande parte dos caminhoneiros se encontram obeso e pré-obeso, tendo em vista o hábito de se alimentar fora do horário. A alimentação vai além de uma atitude biológica, assume também um comportamento cultural, onde as escolhas alimentares estão relacionadas às alternativas de alimentos ofertados pelo meio e ao potencial técnico que os indivíduos possuem (CARNIEL; KRAUSE, 2014; LIMA; FERREIRA NETO; FARIAS, 2015).

O sedentarismo torna-se um hábito muito comum entre a classe de caminhoneiros, fato este ligado diretamente à jornada de trabalho, em que quando se tem horários livres, são usufruídos para descanso e conseqüentemente não havendo a realização atividades físicas. Com extensas cargas horárias e ausência de atividades físicas regulares, o gasto energético é baixo, e assim diversos estudos afirmam que a grande maioria dos caminhoneiros são sedentários, e apresentam

quadros de obesidade associados e à más hábitos alimentares (DE PARIS et al., 2013; ROCHA et al., 2015; DE VARGAS PEREIRA; CHAGAS; MADALOZZO, 2016).

O consumo de álcool, outro fator de risco evidente na classe dos caminhoneiros, favorece o desenvolvimento da obesidade, pois geralmente, a energia que fornece é adicional ao valor energético diário dos indivíduos. Além disso, a ingestão de bebida alcoólica aumenta o apetite e está associada ao consumo de outros alimentos concomitantemente, o que também contribui para o ganho de peso. Por ter prioridade no metabolismo, o álcool pode alterar a oxidação lipídica, contribuindo para o estoque de gorduras, sobretudo na região abdominal (CARVALHO et al., 2015).

Com isso, fatores organizacionais do trabalho tem forte influência com o sobrepeso e obesidade. A competitividade econômica e da globalização favorece práticas de sono curtos e maiores cargas horárias de trabalho, que estudos epidemiológicos indicam a relação do trabalho em turnos, períodos curtos de sono, doenças e ganho de peso. A dessincronização do ritmo circadiano é desencadeada pelo sono de curta duração e mudança de tempo de sono, fatores os quais favorecem a obesidade (MARQUEZE, ULHÔA; MORENO, 2012).

Os caminhoneiros comumente em rotina costumam dirigir à noite, o que favorece a fadiga, porém um aumento da renda e probabilidade na utilização de substâncias psicoestimulantes. Assim como a precarização no trabalho e os curtos prazos de entrega estão relacionados ao consumo de drogas, comprometendo as condições de saúde dos caminhoneiros (GIROTTO et al., 2015; SILVA et al., 2016).

A elevada carga de trabalho, combinada com a ausência de oferta de serviços de saúde, de educação e poucas opções de lazer nos locais em que permanecem parados, propicia o consumo de substâncias para ficar acordado, como rebite, álcool e outras drogas. O aumento da remuneração dos caminhoneiros implica aumento da carga de trabalho. Isso produz desgaste físico e emocional, levando-os a buscar solução temporária no consumo de substâncias estimulantes (KNAUTH et al., 2012).

A falta de segurança no trabalho e a possibilidade de presenciar acidentes fatais, pode ser uma vivência muito traumática para os motoristas de caminhão. A mercadoria ter mais valor para a empresa do que a própria vida do trabalhador traz a tona a reflexão em qual seria o sentido do trabalho para o trabalhador e para a própria

empresa, e as repercussões desta situação para o adoecimento mental (ALENCAR; BIZ, 2012).

Percebe-se que, mesmo com a existência de múltiplos fatores de risco, há resistência para acessar os serviços de saúde por parte dos caminhoneiros, em que não consideram uma prática relacionada ao masculino, havendo também a preocupação com a necessidade da atividade laboral. Com o curto prazo que lhes é concedido para a entrega das mercadorias, pressão para atingir metas e a incompatibilidade de horário de funcionamento dos serviços de saúde com seu horário de trabalho, favorecem ainda mais essa característica (HINO et al., 2017).

Tendo em vista que a grande maioria dos profissionais no ramo são do sexo masculino, alguns estudos de gênero em aspecto geral, concluem que a construção social de masculinidade tem relação direta com os modos de perceber e de viver o adoecer e cuidado com o corpo. O construto social, relacionado aos padrões de masculinidade, influencia negativamente na procura pelo serviço de saúde por parte dessa população. Todavia, quando vêm a procurar algum serviço de saúde, os homens utilizam mais serviços hospitalares, consultórios particulares, pronto atendimento e serviços de emergência, que os serviços de saúde de atenção básica, sendo este procurado mais pelas mulheres (OLIVEIRA et al., 2015; HINO et al., 2017).

Frente as características singulares dos motoristas de caminhão, especificamente por ficarem muitos dias, semanas ou meses longe de suas cidades e familiares, implica a necessidade de adoção de estratégias de promoção a saúde distintas da população em geral. Além da saúde em si, existe a necessidade que atuação profissional dos caminhoneiros seja reconhecida pela sociedade, órgãos governamentais e que ofereça o retorno financeiro e as perspectivas de desenvolvimento pessoal e profissional que os caminhoneiros almejam e dos quais são carentes (BEZERRA, 2016; GIROTTO et al., 2016).

Os caminhoneiros pertencem a uma classe de trabalhadores a qual não é assistida por políticas de saúde pública com atenção voltada para eles, quer seja no âmbito público ou privado, cenário este observado no Brasil e em outros países do mundo. Esses indivíduos estão associados a viver e trabalhar condições que aumentam riscos, por exemplo, cardiovasculares. Dessa forma, estudos sugerem algumas medidas como o incentivo aos pontos de parada, as transportadoras e os

locais de carga e descarga a disporem de estruturas mais adequadas a atenderem esta população específica, o que pode favorecer a redução e o impacto dos principais agravos identificados na saúde desse grupo populacional (SANGALETI et al., 2014; GIROTTTO et al., 2016).

3.1.2 Condições de saúde

A condição de saúde do motorista de caminhão está diretamente ligada aos hábitos de vida e condições de trabalho, visto que são condicionantes para o surgimento de doenças como cardiometabólicas, câncer, distúrbios de sono e musculoesqueléticos, hipertensão arterial, sobrepeso e obesidade, diabetes mellitus, dislipidemias, doenças infectocontagiosas, bem como acidentes de trânsito (APOSTOLOPOULOS; LEMKE; SONMEZ, 2014; ALESSI; ALVES, 2015).

Diversas pesquisas apontam percentuais significativos quanto a existência de algumas doenças crônicas nesta população, como a hipertensão. Em caminhoneiros diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica (HAS), dentre os fatores de riscos modificáveis associados ao quadro, destacam-se sobrepeso e obesidade, elevada carga-horária de trabalho, ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo, alimentação a base de alimentos processados, frituras e com adição de sal; além de fator de risco não modificável, o caso de possuírem parentes diretos hipertensos (CAVAGIONI; PIERIN, 2010; GIROTTTO et al., 2016).

Além da hipertensão arterial, outros problemas de saúde adquiridos estão presentes na classe profissional dos motoristas de caminhão, como hipercolesterolemia e diabetes mellitus, porém em menores proporções quando comparados aos casos de HAS (CARNIEL; KRAUSE, 2014; PEREIRA et al., 2014). Estudos direcionados à análise do perfil lipídico da população em questão demonstraram que os indivíduos portadores de dislipidemia apresentam elevação nos níveis de colesterol total, lipoproteínas de baixa densidade (LDL-c) ou triglicerídeos, sendo este último predominante. Os fatores de risco que podem estar em maior associação com o quadro são alimentação inadequada e falta de atividades físicas pelos caminhoneiros (COSER et al., 2009; ALESSI; ALVES, 2015).

Além do mais, apesar de percentuais baixos, a ocorrência de diabetes em caminhoneiros incide, principalmente, em indivíduos que apresentaram quadros de obesidade, e a diminuição das horas de sono (DE PARIS et al., 2013).

Diversos estudos desenvolvidos com caminhoneiros, incluindo os de Kolhs et al. (2017) e Notto et al. (2017), quanto ao excesso de peso, há alta prevalência de indivíduos com sobrepeso e obesidade, os quais apresentam índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura (CC) aumentados. As prevalências elevadas de obesidade e distúrbios metabólicos, especificamente, entre este público, são relacionadas ao trabalho por turnos irregulares e conseqüentemente condições desfavoráveis de sono e alimentação (MARQUEZE; ULHÔA; MORENO, 2012).

Com isso, as condições de saúde dos motoristas de caminhão são determinadas pelos hábitos de vida e condições de trabalho, que além das doenças supracitadas, são encontrados quadros de doenças infectocontagiosas, associadas a não utilização de preservativos nas relações sexuais, não ter parceira fixa e não tomar vacina; lombalgias e artralguas, relacionadas à problemas ergonômicos decorrentes da estrutura do caminhão, estradas e esforço repetitivo; problemas visuais, decorrente da progressão da idade; estresse; depressão e insônia (PEREIRA; SALLES; PASSOS, 2010; PEREIRA et al., 2014; ALESSI; ALVES, 2015; RODRIGUES, 2016).

3.1.3 Papel do farmacêutico na saúde dos caminhoneiros

Tratando de uma população majoritariamente masculina, o construto social relacionado aos padrões de masculinidade influencia negativamente na procura pelo serviço de saúde por parte dessa população. Todavia, quando vêm a procurar algum serviço de saúde, os homens utilizam mais serviços hospitalares, consultórios particulares, pronto atendimento e serviços de emergência, que os serviços de saúde de atenção básica, sendo este procurado mais pelas mulheres (OLIVEIRA et al., 2015; HINO et al., 2017).

Diante das características marcantes na vivência dos caminhoneiros, é comum o adiamento do cuidado à saúde, o que pode proporcionar uma interrupção precoce no trabalho em decorrência do agravamento de quadros de saúde. A redução do tempo de trabalho em função da saúde, pode resultar em déficit na quantidade de

trabalhadores, e conseqüentemente prejuízos ao desenvolvimento do país, assim como custos às entidades públicas de saúde (DELFINO; MORAES, 2015).

A exposição constante dessa população a fatores de risco à saúde pode favorecer o aparecimento de doenças crônicas, por exemplo, em que frente a isso encontra-se a realidade do uso incorreto de medicamentos e conseqüentemente a ineficácia do tratamento, principalmente, em casos de hipertensão arterial (ALESSI; ALVES, 2015).

De acordo com Giroto et al. (2016), é notório baixos índices de tratamento entre caminhoneiros, o que pode está relacionado à dificuldade de acesso e adesão ao tratamento farmacológico, em decorrência de não haver rotina que facilite e estimule o uso correto e contínuo dos medicamentos e orientações de hábitos saudáveis.

Além disso, é comum nesta população a prática da automedicação, que ocorre devido ao pouco tempo que os caminhoneiros empregam em cuidados a saúde. O uso de medicamentos sem os devidos cuidados por um profissional da saúde e orientações médicas favorece os riscos e danos à saúde. A busca por medicamentos ocorre muitas vezes de forma inadequada e tardia, através de informações rápidas por colegas de trabalho ou balconistas de farmácia (DA ROCHA, LEMES; SANTOS, 2017).

Portanto, é importante que os consumidores tenham acesso à informação e educação em saúde, para que se tenha o uso seguro e racional dos medicamentos e conseqüentemente efetividade terapêutica. Através do profissional farmacêutico é possível que as informações e educação e saúde atinjam a população, cabendo a ele a responsabilidade de contribuir positivamente com o bem-estar e saúde do paciente, para que então não haja o comprometimento da qualidade de vida em decorrência de problemas evitáveis relacionados à terapias farmacológicas (VIEIRA; FRANÇA, 2015).

O farmacêutico, que tem um contato direto e acessível para com o paciente, tendo seu papel assistencialista diante da sociedade, utiliza de práticas humanizadas e contextualizadas para passar informações e orientações aos pacientes, a fim de melhorar a eficácia terapêutica e prevenir doenças. Com isso, a prática da atenção farmacêutica proporciona benefícios ao paciente, em que o farmacêutico deixa de ser comerciante de medicamentos e passando a ser fonte de orientações e informações indispensáveis para o bem-estar do paciente (SANTANA et al., 2018).

3.2 Qualidade de vida

O tema qualidade de vida (QV), apesar da significativa relevância social, apresenta imprecisões teórico/metodológicas em seu conceito, o que dificulta a investigação e interação entre as áreas que abordam o tema e a aplicação do conhecimento produzido. Apesar de não haver consenso sobre o que constitui a QV, alguns estudos sugerem aspectos que englobam o tema, dentre estado de saúde, domínios como meio-ambiente, recursos econômicos, relacionamentos, tempo para trabalho e lazer; sendo assim uma expressão multidimensional (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995), qualidade de vida trata-se da percepção do indivíduo sobre 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. Enquanto isso, segundo a *American Psychological Association* (Associação Americana de Psicologia), a qualidade de vida pode ser definida como o grau em que uma pessoa obtém satisfação com a vida, sendo importante para a sua obtenção: o bem estar emocional, material e físico; o envolvimento em relações interpessoais; a presença de oportunidade para o desenvolvimento pessoal; o exercício de direitos e escolhas de estilo de vida; além da participação na sociedade (APA, 2010).

A expressão da qualidade de vida pode ser utilizada para diversos fins, como, por exemplo: técnicos, como conceito articulador em algumas abordagens, ou de práticas nas ciências biomédicas; econômicos, como aglutinador de valor ou justificador da produção ou compra de produtos e serviços; clínicos, como indicador da eficácia de um procedimento de intervenção ou como medida organizadora de grupos de pacientes; político-administrativos, como medida de avaliação e de comparação de políticas públicas de saúde; e subjetivos, como maneira de perceber e avaliar a própria saúde ou como forma de organizar as possibilidades de seu aprimoramento (GIMENES, 2013).

Ainda de acordo com estudos sucedidos por Gimenes (2013), a qualidade de vida pode ser englobada em alguns campos de saberes como: epistemológico, que procuro discutir pelo movimento de alteração ocorrida na concepção de saúde pelas ciências biomédicas; político, a partir das mudanças ocorridas nas estratégias

biopolíticas contemporâneas, saúde pública, direito à saúde e avaliações da saúde em reflexo dos efeitos da globalização; cultural, nas concepções de risco, estilo de vida e promoção de saúde relacionadas à autonomia do indivíduo; e econômico, pela criação de novos nichos de mercado vinculados ao consumo de novos produtos que adquirem valor por meio de suas qualificações como saudáveis ou relativos a estilos de vida saudáveis.

Segundo Campos e Rodrigues Neto (2008), no entendimento de qualidade de vida, podem ser identificadas duas tendências, as genéricas e ligada a saúde. Dispondo da genérica, a QV apresenta uma compreensão ampla, influenciada por estudos sociológicos, sem fazer relação com disfunções e agravos. Ademais, a tendência de qualidade de vida ligada a saúde engloba dimensões específicas do estado de saúde, como a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a elas relacionados. A mensuração da qualidade de vida ligada a saúde vem a refletir nas práticas assistenciais, políticas públicas, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Todavia, Almeida, Gutierrez, Marques (2012) trazem em seu estudo a ideia que a relação entre a saúde e a qualidade de vida depende da cultura da sociedade em que o indivíduo está inserido, além de ser levado em consideração duas vertentes: a subjetiva, ligada às ações pessoais, saúde física e mental, competência social, satisfação com a vida, produtividade, status social; e a objetiva, direcionada pelos programas públicos ligados à melhoria da condição de vida da população, fatores ambientais, níveis educacional e socioeconômico. Ainda assim, o estado de saúde pode ser utilizado como indicador de ações individuais e coletivas, permitindo facilitar estudos sobre a percepção de bem-estar, seja positivo ou negativo, podendo ter influência do ambiente, estilo de vida, biologia humana e organização do sistema de atenção à saúde em que o sujeito está inserido (REIS JÚNIOR, 2008).

A qualidade de vida está relacionada com alguns aspectos, como a maneira que cada pessoa consegue satisfazer suas necessidades pessoais. Como exemplo, em diversos estudos, o termo é comumente aplicado a aspectos financeiros e econômicos, em que não deve ser confundido com padrão de vida. Porém enfatiza-se que com um padrão de vida melhor, favorece a proporcionalidade da qualidade de vida com maior facilidade. Ou seja, um indivíduo com condições financeiras melhores pode proporcionar um nível de satisfação e prazer, sendo este um exemplo de

aspectos que influenciam na qualidade de vida (FRANCISCHETTI; CAMARGO; DOS SANTOS, 2014).

Sendo uma gestão do bem estar, a qualidade de vida deve ser sustentada a partir da visão integrada das necessidades biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo, podendo vir a interferir no desempenho de trabalhadores e produtividade laboral, em que a partir disso a qualidade de vida pode ser relacionada com o trabalho, visando bem estar coletivo, desenvolvimento dos trabalhadores e exercício de cidadania. A QV de uma pessoa como um todo está relacionada sua satisfação com o trabalho e outras variáveis ligadas à sua atividade ocupacional, determinando, assim, sua qualidade de vida no trabalho (QVT) (CAMPOS; NETO, 2008; FORNEL, 2010).

3.2.1 Instrumentos de qualidade de vida

Os questionários, instrumento de utilização ampla, podem ser aplicados em investigações científicas relacionadas à saúde, com intuito de estimar a necessidade de tratamento, determinantes do processo saúde-doença, avaliação de serviços de saúde e qualidade de vida. Para tanto, a qualidade de vida, por possuir característica multidimensional relacionada a diversos aspectos, o objeto de avaliação trata-se da percepção do indivíduo respondente ou paciente (SOUZA et al., 2014).

Existe uma grande variedade de instrumentos para mensurar a qualidade de vida, em que associados às condições de saúde, buscam medir por meio de respostas organizadas sob formas de escalas numéricas, o quanto determinados aspectos da vida são afetados por condições de saúde. Tais escalas refletem a mensuração da dimensionalidade do construto, podendo ser unidimensionais (caracterizando-se de acordo com um conjunto de itens que mensuram uma única e mesma dimensão ou domínio) ou multidimensionais (caracterizam-se por mensurar diferentes dimensões ou domínios). Os domínios são mecanismos de avaliação de um construto por meio de um comando ou questão solicitada a um indivíduo para o conhecimento das percepções, interesses, opiniões, atitudes, conhecimentos, habilidades e aptidões relacionados ao(s) domínio(s) abordado(s) no instrumento (GUIMARÃES et al., 2012; SOUZA et al., 2014).

Os instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida, podem ser classificados como genéricos e específicos. Os genéricos são aqueles que avaliam vários aspectos da qualidade de vida e estado de saúde, em que possibilita a mensuração de diversos fatores relacionados com a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental. Este tipo de instrumento geralmente é utilizado em abordagens de vários tipos de doenças, intervenções médicas, tratamentos, culturas e lugares diferentes, podendo ser aplicado em pacientes independente da doença ou condição e em pessoas saudáveis, além de permitir a comparação da qualidade de vida de portadores da mesma doença, de doenças diferentes ou da população geral. Os instrumentos genéricos não são sensíveis para indicar determinados aspectos característicos ou específicos da QV de uma determinada enfermidade (KLUTHCOVSKYI; KLUTHCOVSKYI, 2009; MASSON, MONTEIRO; VEDOVATO, 2010; TIAGO et al., 2010).

Outrossim, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida específicos avaliam, em geral, aspectos quanto a percepção geral da qualidade de vida com ênfase sobre sintomas, incapacidades ou limitações em quadros patológicos. Estes podem ser mais sensíveis na detecção de alterações no estado de saúde do paciente, tendo em vista o foco nas condições de saúde determinadas pela patologia, e o impacto gerado pela doença, havendo a abordagem dos mesmos domínios dos questionários genéricos, porém focados em características individuais da patologia, podendo também conter itens para avaliação do tratamento. Para isso, muitos instrumentos, tanto genéricos como específicos, estão disponíveis para clínicos e pesquisadores, e a escolha do instrumento mais apropriado depende do objetivo do estudo, sendo instrumentos genéricos e específicos possíveis de serem combinados (KLUTHCOVSKYI; KLUTHCOVSKYI, 2009; MASSON, MONTEIRO; VEDOVATO, 2010; TIAGO et al., 2010).

Dentre diversos instrumentos genéricos amplamente utilizados em pesquisas no âmbito da saúde, podem ser citados os “*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*” (SF-36), “*World Health Organization Quality of Life Instrument*” (WHOQOL-100) e “*EuroQol-5 Dimensions*” (EQ-5D). O “SF-36”, traduzido e validado para o Brasil, é um dos mais utilizados internacionalmente e aplicável a diversos tipos de doenças. Trata-se de um questionário autoaplicável e

multidimensional de avaliação da QV, composto por 36 itens distribuídos em domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens), e avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás (1 item). O instrumento SF-36 tem caráter multidimensional, de fácil aplicação e compreensão, tendo suas medidas de QV consideradas “padrão-ouro” nos estudos relacionados à saúde (TIAGO et al., 2010; ALVES, 2011; DOS SANTOS, 2016).

O “*WHOQOL-100*”, instrumento originado pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) tem sua estrutura disposta em 100 itens, abordando seis domínios em 24 facetas: domínio físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso); domínio psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos); nível de independência (mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho); relações sociais (relações pessoais; apoio social; atividade sexual); meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição/ruído/ trânsito/clima; transporte); e espiritualidade/religião/crenças pessoais (DA SILVA; AMADEI, 2016).

Enquanto o “*EuroQol-5 Dimensions*” (EQ-5D) trata-se de um questionário de autopreenchimento constituído por 5 itens, em que proporciona uma descrição simples do estado de saúde de acordo com algumas dimensões como: mobilidade, autocuidado, atividades usuais, dor-desconforto, ansiedade-depressão (MALLOY-DINIZ; FUENTES; CONZENZA, 2013).

Ademais, existem diversos instrumentos específicos utilizados em variedades pesquisas, tendo sua aplicação depende da patologia a ser abordada. Como exemplos, existem: “*Quebec Back Pain Disability Questionnaire*” (QBPDQ), o qual avalia a capacidade funcional em pessoas com dor lombar; “*Shoulder Pain and Disability Index*” (SPAD), que avalia dor e função da articulação do ombro; “*Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire*” (PDQL), em que mede e avalia a qualidade de vida em doentes com Parkinson; e o “Questionário de Avaliação de

Diabetes 39” (D-39), objetivando investigar a qualidade de vida específica de pacientes com Diabetes Mellitus (TIAGO et al., 2010; GUIMARÃES et al., 2012; PICANÇO et al., 2017).

3.3 Fatores de risco cardiovasculares

As “Doenças e Agravos Não Transmissíveis” (DANT) são divididas em dois grandes grupos, o das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, como as cardiovasculares, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes; e o das causas externas, como os acidentes e violências. As DANT representam a maioria das causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, em que favorece mortes prematuras, incapacidades, perda da qualidade de vida e impactos econômicos. As DCNT afetam mais as pessoas de baixa renda e reflete os efeitos negativos da globalização, das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, da urbanização rápida, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico e do marketing que estimula o uso do tabaco e do álcool (MALTA; DA SILVA, 2018).

As doenças cardiovasculares matam duas vezes mais que todos os tipos de câncer, 2,5 vezes mais que todos os acidentes e mortes por violência e seis vezes mais que as infecções, incluídas as mortes por síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA). Em 2013, ocorreram no Brasil 1.138.670 óbitos, 339.672 (29,8%) dos quais decorrentes de DCV (ROCHA; MARTINS, 2017). Em comparação a outros anos, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 267.635 mortes em 1990 (29,3% do total de óbitos) e 424.058 em 2015 (31,2%), e que além da mortalidade, estas doenças causam danos irreversíveis, tais como limitações e dependências, que influenciam diretamente a qualidade de vida (BRANT et al., 2017).

Fatores de risco são qualquer traço ou característica de um indivíduo que possa prever a probabilidade de manifestar uma determinada doença (TERRA, 2016). Logo, fatores de risco cardiovasculares são condições que aumentam a probabilidade de o indivíduo sofrer uma doença cardiovascular. Podem estes serem divididos em fatores de risco não-modificáveis, que são aqueles cuja a presença não depende das escolhas dos indivíduos, como a idade, gênero e hereditariedade; e os modificáveis, os quais podem ser evitados, reduzidos ou até eliminados a partir de mudanças no

estilo de vida do indivíduo, como sobrepeso e obesidade, diabetes, sedentarismo, hipertensão, dislipidemia, tabagismo e ingestão de álcool (COVATTI et al., 2016).

3.3.1 Hipertensão arterial

O mais importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares é a hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo considerado um grave problema de saúde pública. A HAS favorece o surgimento de doenças como a arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, doença renal crônica e fibrilação atrial, além de estar associada ao desenvolvimento de déficit cognitivo e demência. A mortalidade por doenças cardiovasculares aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (BRASIL, 2013a; SES-PR, 2018a).

O quadro de hipertensão arterial trata-se de uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SBC, 2016).

Os fatores de risco para hipertensão arterial são: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, etilismo, sedentarismo, estresse, dislipidemia, diabetes, fatores socioeconômicos e genéticos. Os limites de PA considerados normais são arbitrários. Entretanto, valores que classificam o comportamento da PA em adultos por meio de medidas casuais ou de consultório estão expressos na Tabela 01 (BRASIL, 2013a; SBC, 2016; SES-PR, 2018a).

Tabela 01 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	PAS (mm HG)	PAD (mm HG)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 – 139	81 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

*Quando a PAS e PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da PA.

Fonte: SBC, 2016.

Além das doenças cardiovasculares, a HAS tem relação com os déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, havendo quadros hipertensivos em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracterizando-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013a).

A hipertensão arterial (HA) é, na maior parte do seu curso assintomática, o que implica na dificuldade de diagnóstico precoce e na baixa adesão por parte do paciente ao tratamento prescrito já que muitos medicamentos apresentam efeitos colaterais, e conseqüentemente um menor controle da HA (SBC, 2016; SES-PR, 2018a).

A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares, além da redução da morbidade e mortalidade ser proporcional à queda da pressão arterial, tanto sistólica quanto diastólica. A hipertensão arterial pode ser prevenida ou postergada. Adequações de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. Alimentação saudável, baixo consumo de sódio e álcool, adequada ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo e controle do peso corpóreo, tais recomendações são indicadas tanto para a prevenção da hipertensão como coadjuvantes do tratamento medicamentoso de hipertensos (BRASIL, 2013a).

3.3.2 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) compreende um distúrbio endócrino-metabólico de etiologia heterogênea, caracterizada por hiperglicemia crônica, resultante de defeitos da secreção ou da ação da insulina, que leva a alterações no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas, determinando, ao longo do tempo, e o comprometimento da função e estrutura vascular de diferentes órgãos. O curso da doença pode seguir com complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica) e crônicas, microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia) e macrovasculares (doença arterial coronariana, arterial periférica e cerebrovascular), favorecendo assim a elevação da taxa de mortalidade e redução da qualidade de vida (CONITEC, 2018; SES-PR, 2018b).

A DM está entre as doenças crônicas mais frequentes no mundo, sendo as doenças cardiovasculares uma das suas principais comorbidades e principal causa de mortalidade de pacientes diabéticos, especialmente nas formas de doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca e doença arterial periférica. Por exemplo, em paciente portador de síndrome coronariana aguda e diabetes mellitus, apresenta 2 a 5 vezes maior risco de desenvolver insuficiência cardíaca, quando comparado a um paciente não portador da diabetes. Pacientes com DM tipo 1, doenças cardiovasculares ocorrem mais cedo, e é mais frequente que indivíduos sem diabetes (SILVEIRO; SATLER, 2015).

O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como: rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário e excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes. A confirmação do diagnóstico de DM requer repetição dos exames alterados, para tanto, os valores de normalidade algumas modalidades de exames, bem como os critérios diagnósticos para pré-diabetes e DM mais aceitos e adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), encontram-se descritos na Tabela 02 (SBD, 2017).

Tabela 02 – Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM, adotados pela SBD.

	Glicose em jejum (mg/dL)	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose (mg/dL)	Glicose ao acaso (mg/dL)	Hemoglobina glicada (%)	Observações
Normoglicemia	< 100	< 140	-	< 5,7	OMS emprega valor de corte de 110 mg/ dL para normalidade da glicose em jejum.
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126*	≥ 140 e < 200#	-	≥ 5,7 e < 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.
Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	≥ 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Método de HbA1c deve ser o padronizado. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes.

* Categoria também conhecida como glicemia de jejum alterada.

Categoria também conhecida como intolerância oral à glicose.

FONTE: SBD, 2017.

Todavia, a diabetes mellitus trata-se de um grupo heterogêneo de doenças classificados de acordo com o curso do distúrbio e através da secreção e/ou aproveitamento de insulina pelo organismo, tendo a hiperglicemia como condicionante. A classificação e as características do DM encontram-se no Quadro 01.

Quadro 01 – Classificação e características do diabetes mellitus.

Tipo 1	Tipo 1A: Deficiência de insulina por destruição autoimune das células β comprovada por exames laboratoriais;
	Tipo 1B: Deficiência de insulina de natureza idiopática;
Tipo 2	Perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência a insulina;
DM gestacional	Hiperglicemia de graus variados diagnosticada durante a gestação, na ausência de critérios de DM prévio.
Outros tipos	<ul style="list-style-type: none"> - Monogênicos; - Diabetes neonatal; - Secundário a endocrinopatias; - Secundário a doenças do pâncreas exócrino; - Secundário a infecções; - Secundário a medicamentos.

Fonte: SBD, 2017.

Com isso, para prevenir o desenvolvimento da DM, mudanças no estilo de vida, como adequações na dieta, redução da ingestão de gorduras, e exercícios aeróbicos demonstram benefícios no controle da glicemia e peso, sendo este o fator principal do aumento da prevalência de diabetes mellitus, e que conseqüentemente o controle do peso dá-se como meta no controle da epidemia de diabetes. A atividade física regular é um importante mecanismo de manutenção do peso ideal, além de melhorar a sensibilidade à insulina e o controle da glicemia, intervindo favoravelmente em fatores complicadores como hipertensão e dislipidemia e aumento de capacidade aeróbica (SBC, 2013).

3.3.3. Dislipidemia

As dislipidemias são caracterizadas por alterações nos níveis séricos de lipídios, em que pode incluir, no mínimo, uma das alterações do tipo: elevada concentração sérica de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c), triglicerídeos (TG), colesterol total (CT), e/ou reduzida de lipoproteína de alta densidade (HDL-c) (GARCEZ et al., 2014). Em conseqüência, a dislipidemia é considerada como um dos principais determinantes da ocorrência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, dentre elas aterosclerose, infarto agudo do miocárdio, doença isquêmica do coração e AVE (ANVISA, 2011).

Alguns fatores estão intimamente ligados ao desenvolvimento das dislipidemias, como uma dieta rica em gorduras e açúcares e elevado consumo de alimentos industrializados; obesidade, apresentando elevados valores de Índice de Massa Corporal (IMC) e deposição de gordura na região abdominal; e sedentarismo (DA SILVA et al., 2018).

As dislipidemias podem ser classificadas em: hipercolesterolemia isolada, em que apresenta níveis de LDL-c ≥ 160 mg/dL; hipertrigliceridemia isolada, o qual ocorre o aumento isolado dos triglicerídeos (≥ 150 mg/dL ou ≥ 175 mg/dL, se for amostra sem jejum); hiperlipidemia mista, que se trata da combinação da hipercolesterolemia isolada e hipertrigliceridemia isolada; e HDL-c baixo, havendo a redução do HDL-c (homens < 40 mg/dL e mulheres < 50 mg/dL) isolada ou em associação com o aumento de LDL-c ou de triglicerídeos (ROCHA; MARTINS, 2017).

Com isso, a Sociedade Brasileira de Cardiologia, através da atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose de 2017, estabelece valores de referência e risco para dosagens de lipídios séricos (Tabela 03).

Tabela 03 – Valores referenciais e de alvo terapêutico, conforme avaliação de risco cardiovascular estimado pelo médico solicitante do perfil lipídico para adultos com mais de 20 anos.

Lípidios	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)	Categoria referencial
Colesterol total (CT)	< 190	< 190	Desejável
HDL-c	> 40	> 40	Desejável
Triglicérides (TG)	< 150	< 175	Desejável
Categoria de Risco			
LDL-c	< 130	< 130	Baixo
	< 100	< 100	Intermediário
	< 70	< 70	Alto
	< 50	< 50	Muito alto
Não HDL-c =(CT – HDL-C)	< 160	< 160	Baixo
	< 130	< 130	Intermediário

	< 100	< 100	Alto
	< 80	< 80	Muito alto

FONTE: SBC, 2017.

3.3.4 Obesidade e sedentarismo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicerídeos sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas, estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (OMS, 2000).

A obesidade é considerada uma doença crônica, multifatorial, recidivante e muitas vezes silenciosa, e está associada a enfermidades como: hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença arterial coronariana (DAC), diabetes mellitus (DM), dislipidemia e a alguns tipos de câncer (ANS, 2017; ROCHA; MARTINS, 2017).

Para que o paciente obeso seja tratado, ou para que o quadro seja prevenido, o estado do peso do indivíduo precisa ser reconhecido, em que se deve avaliar a condição do peso do paciente para determinar a presença de excesso de peso ou obesidade, e a necessidade de aprofundar a avaliação e determinar o tratamento. Para tanto, a medida antropométrica mais tradicional e utilizada para a avaliação da adiposidade corporal, é o Índice de Massa Corporal (IMC) (ABESO, 2016).

O cálculo do IMC se dá através da divisão do peso em kg pela altura em metros elevada ao quadrado (kg/m^2). Trata-se de um bom indicador, simples, prático e sem custos, todavia não é totalmente correlacionado com a gordura corporal, uma vez que não reflete a distribuição da gordura corporal. A composição corporal pode ter interferências em função do sexo, idade, etnia, sedentários quando comparados à atletas, cifose em idosos, edemaciados, etc. O IMC, além de classificar o indivíduo com relação ao peso, também é um indicador de riscos para a saúde e tem relação com várias complicações metabólicas (ABESO, 2016).

Para tanto, a classificação do IMC em relação ao estado de peso do indivíduo adulto e riscos, adotada nas Diretrizes Brasileiras de Obesidade encontra-se na tabela 04.

Tabela 04 – Classificação internacional da obesidade segundo o índice de massa corporal (IMC) e risco de doença (Organização Mundial da Saúde) que divide a adiposidade em graus ou classes.

IMC (kg/m²)	Classificação	Obesidade Grau/Classe	Risco de Doença
< 18,5	Magro ou Baixo peso	0	Normal ou Elevado
18,5 – 24,9	Normal ou Eutrófico	0	Normal
25 – 29,9	Sobrepeso ou Pré-obeso	0	Pouco Elevado
30 – 34,9	Obesidade	I	Elevado
35 – 39,9	Obesidade	II	Muito Elevado
≥40	Obesidade Grave	III	Muitíssimo Elevado

Fonte: ABESO, 2016.

A avaliação combinada, em que há uma associação do IMC com, por exemplo, a medida da circunferência abdominal, pode oferecer uma forma combinada de avaliação de risco e ajudar a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas, mas no rastreamento inicial (prevenção primária), o IMC pode ser usado isoladamente. Além disso, existem outras formas de avaliar o peso e composição corporal, como: pesagem hidrostática, absorciometria com raios-X de dupla energia (DEXA) e ressonância magnética, tomografia computadorizada, porém, apresentam elevado custo e uso limitado na prática clínica (ABESO, 2016).

Uma dieta pobre em nutrientes e rica em gorduras e açúcares favorece o surgimento da obesidade e dos distúrbios dos lipídios, sendo recomendado o consumo diário de variadas frutas, verduras e legumes, já que são fontes de vitaminas,

sais minerais e fibras. Com isso, estratégias adotadas no combate da obesidade e comorbidades associadas, estão a prática de exercícios físicos regulares, associados a hábitos saudáveis como boa alimentação e sono regular; sendo fundamentais para a promoção de saúde de pessoas acima do peso, além de reduzir a obesidade abdominal e comorbidades associadas (SOUZA et al., 2016; ANS, 2017).

A inatividade física e a obesidade estão fortemente associadas com o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, já que a probabilidade de ocorrência de um infarto é duas vezes maior em indivíduos sedentários quando comparados com aqueles regularmente ativos fisicamente, sendo assim fatores de risco mais significativos. Com a crescente industrialização e urbanização, estão associadas as mudanças nos hábitos de vida e na dieta das pessoas, e conseqüentemente uma vida sedentária. Além disso, o sedentarismo contribui para a resistência à insulina e aumento dos níveis lipídios na circulação sanguínea (CARLUCCI et al., 2013; ROCHA; MARTINS, 2017).

Assim, um estilo de vida ativo, promove um aumento da capacidade física e pode atenuar o risco de morbidade e mortalidade nos indivíduos. A prática regular de atividade física auxilia a perda de peso corporal por promover a redução ou, manutenção da gordura corporal e conservação ou aumento da massa magra, o que contribui de forma positiva na diminuição de doenças, na prevenção e tratamento da doença coronariana, da hipertensão arterial, das doenças musculoesqueléticas, das doenças respiratórias e da depressão (CARLUCCI et al., 2013; ANS, 2017).

3.3.5 Tabagismo e etilismo

O uso de substâncias psicoativas, como o consumo de tabaco e álcool, está presente em todas as culturas e acompanha o ser humano em sua trajetória. O favorecimento da adesão a essas substâncias advém do fato de atuarem no sistema límbico, no circuito de recompensa, acarretando dependência química e psicológica (ROCHA; MARTINS, 2017).

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas é considerado um fator de risco das principais DCNT, doenças como câncer, doenças cardiovasculares, hepáticas e mentais (incluindo depressão), como dos acidentes e violências. O consumo de

substâncias lícitas ou ilícitas pode ter características funcionais e disfuncionais. No consumo funcional, essas substâncias podem ser usadas como uma ferramenta de trabalho, sem prejuízos para sua realização; no disfuncional, ocorre uma mudança no padrão de consumo, afetando gravemente o desempenho profissional. A transição entre os dois padrões, no caso de uso de álcool, pode ocorrer a qualquer momento, colocando o trabalhador sob risco de saúde (IBGE, 2014; AUDI et al., 2016).

O consumo de álcool tem efeitos complexos na doença cardiovascular e pode estar associado a desfechos cardiovasculares benéficos ou adversos. O consumo excessivo da substância aumenta a mortalidade total e a mortalidade por doença cardiovascular, doença coronariana e AVE. Em contrapartida, alguns estudos observacionais epidemiológicos mostram que o consumo leve a moderado, em comparação com o não consumo de álcool, está inversamente proporcional ao risco de eventos vasculares, como o infarto e AVE isquêmico. Com isso, a diferença entre as quantidades de consumos diário pode alterar o equilíbrio entre prevenir e causar doenças, e que, a partir disso, os perigos para a saúde associados ao consumo elevado de álcool; diante disso, o uso moderado não constitui uma estratégia desejável com base populacional para reduzir o risco cardiovascular (BONOW et al., 2017).

O tabagismo está inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS), por ser reconhecido como uma doença crônica gerada pela dependência à nicotina, e é considerada a maior causa de morte evitável e de maior crescimento no mundo. A estimativa é de que, a partir de 2020, a cada dez mortes atribuídas ao tabaco, sete acontecerão nos países em desenvolvimento, nos quais os problemas graves associados ao tabagismo dividirão o cenário com problemas básicos de saúde como desnutrição, deficiência de saneamento, precariedade no suprimento de água e doenças infectocontagiosas, ainda não controladas (ANVISA, 2014).

As principais doenças relacionadas ao tabagismo são as cardiovasculares e os cânceres, como acidente vascular encefálico, doença isquêmica do coração, câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica. Entretanto, o fumo causa mais casos de infarto e acidentes vasculares encefálicos que câncer de pulmão, além das mulheres possuírem maior risco quando comparadas aos homens, e o risco ser ainda

maior quando o tabagismo se torna um hábito em menores de 16 anos (BORBA; LEMOS; HAYASIDA, 2015).

Tendo em vista a cardiologia preventiva, a interrupção do consumo de cigarro é a intervenção mais importante a ser adotada. Os indivíduos que param de fumar, reduzem o risco de evento coronariano em 50% nos primeiros dois anos sem fumar, e depois de três a cinco anos, o risco dos ex-fumantes se aproxima daquele dos que nunca fumaram. Assim como o risco de acidente vascular encefálico, em que os ex-fumantes têm o mesmo risco que aqueles que nunca fumaram, depois de 5 a 15 anos após a interrupção. Com isso, o efeito benéfico da interrupção do tabagismo é observado até mesmo em pessoas mais velhas, apoiando a ideia de que nunca é tarde demais para parar de fumar e diminuir os riscos associados às doenças cardiovasculares (BONOW et al., 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida seguindo as linhas de um estudo epidemiológico, descritivo, e transversal com abordagem quantitativa.

A epidemiologia trata-se a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde. Tem como princípio básico o entendimento de que os eventos relacionados à saúde (como doenças, seus determinantes e o uso de serviços de saúde) não se distribuem ao acaso entre as pessoas (GOMES, 2015).

Os estudos descritivos objetivam a determinação e distribuição de condições relacionadas a saúde ou doenças, em função do tempo, lugar e/ou características individuais da população. Para este tipo de estudo, podem ser utilizados dados secundários, por exemplo dados pré-existentes de hospitalizações e mortalidade, e primários, em que são dados coletados para o desenvolvimento do estudo. A epidemiologia descritiva examina incidência (casos novos) ou prevalência (casos existentes) de doenças ou condições de saúde, levando em consideração sexo, idade, escolaridade, renda, entre outros (TRUJILLO, 2016).

Nos estudos transversais, a situação de saúde de uma determinada população é avaliada a partir do estado de cada indivíduo que a compõe. Embora na abordagem convencional, comumente os estudos transversais sejam considerados como descritivos, eles também podem ser analíticos, permitindo investigar as associações entre a doença ou desfecho, e prováveis fatores de risco geralmente coletados simultaneamente a doenças. Além disso, os estudos transversais são frequentemente chamados de estudo de prevalência (ESTRELA, 2018).

Na abordagem quantitativa é considerado que tudo pode ser quantificável, ou seja, expressar opiniões e informações por meio de números, para então atribuir classificações e análises. Para isso, requer a utilização de técnicas estatísticas, como

média, mediana, porcentagem, moda, desvio-padrão, entre outros. Este tipo de abordagem é empregada em vários tipos de pesquisa, inclusive as descritivas, principalmente quando se busca a relação causa-efeito entre fenômenos e/ou condições (PRODANOV; DE FREITAS, 2013).

4.2 Local da pesquisa

A coleta dos dados foi realizada durante 01 mês, distribuídos em dias dos meses de Setembro e Agosto de 2018, em pontos de parada de caminhoneiros trafegantes no Nordeste do Brasil, nos estados: Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí e Maranhão. Os principais locais em que foram realizadas as abordagens aos entrevistados, foram postos de gasolina, pátios de triagem, pontos de carga e descarga, ambientes de alojamento e alimentação. Foram feitas as entrevistas conforme os quesitos abordados em questionário, anteriormente havendo a autorização de cada um dos entrevistados, em que o preenchimento do questionário, realizado pela pesquisadora conforme as respostas dos participantes, ocorreu em tempo médio de 10 – 15 minutos.

4.3 População da pesquisa

A população deste estudo foram caminhoneiros brasileiros, em período de trabalho, que estavam cumprindo suas rotas nas principais rodovias do Nordeste brasileiro. Como amostra, foram abordados 114 caminhoneiros, do sexo masculino, que exercem suas funções independentemente do tipo de carga e vínculo empregatício (autônomo ou assalariado).

4.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão considerados, foram: a) ter apenas um vínculo profissional, de caminhoneiro; b) ser brasileiro; c) apresentar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (Apêndice A) assinado e manifestar vontade de participar.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos aqueles caminhoneiros que se negaram a participar da pesquisa, que não restituíram o TCLE ou que não responderam as variáveis dependentes de respostas autorreferidas.

4.4 Aspectos éticos

Seguindo a Resolução 466/12, que trata de Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, foram observados e obedecidos os critérios regidos na lei:

- Providenciado um termo de autorização institucional da Direção do CES (APÊNDICE B);
- Providenciado uma declaração de divulgação dos resultados (APÊNDICE C);
- Providenciado uma declaração de compromisso de pesquisador responsável (APÊNDICE D);
- Obtido consentimento livre e esclarecidos dos participantes da pesquisa e/ou seu representante legal através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A);
- Encaminhamento do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética para avaliação e apreciação.
- Aprovado pelo comitê de ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, com número de parecer CAAE: 98110918.9.0000.5182 (APÊNDICE G).

4.5 Instrumentos para coleta de dados

4.5.1 Dados sociodemográficos e clínicos

Coletados por meio informações extras adicionadas ao questionário específico (Anexo A), sendo registradas informações referentes ao código, idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, estado residente, tempo de profissão e prevalência de fatores de risco cardiovasculares modificáveis (hipertensão, diabetes,

sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo, peso e altura) autorreferidos, tendo o valor do IMC calculado pela pesquisadora.

4.5.2 Avaliação da qualidade de vida

A avaliação da qualidade de vida foi realizada utilizando o questionário SF-36 (*The medical outcomes study 36-item short-form healthy survey*), instrumento para a avaliação genérica da qualidade de vida multidimensional, desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e validado no Brasil por Ciconelli et al. (1999). O questionário dispõe de 36 itens, abordando 8 domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens), e uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás (Anexo A).

Cada questão possui pontuação individual, em que a partir desses valores são calculados os domínios, através do cálculo denominado "*Raw Scale*", tendo os valores finais de cada domínio estimados em escala que varia de 0 (pior) – 100 (melhor), sem expressar unidade de medida (Anexo B).

4.6 Análise estatística

Os dados foram tratados no o Programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) *for Windows* versão 25.0 para a análise estatística dos dados. As variáveis categóricas foram expressas como números absolutos e/ou porcentagens. A comparações conforme associações estatísticas entre as frequências foi feita utilizando o teste Qui-quadrado. As diferenças serão consideradas significativas para valores de $p < 0,05$. Os dados foram apresentados como frequências absolutas ou relativas, média, associações de frequências e números absolutos, e comparação de médias.

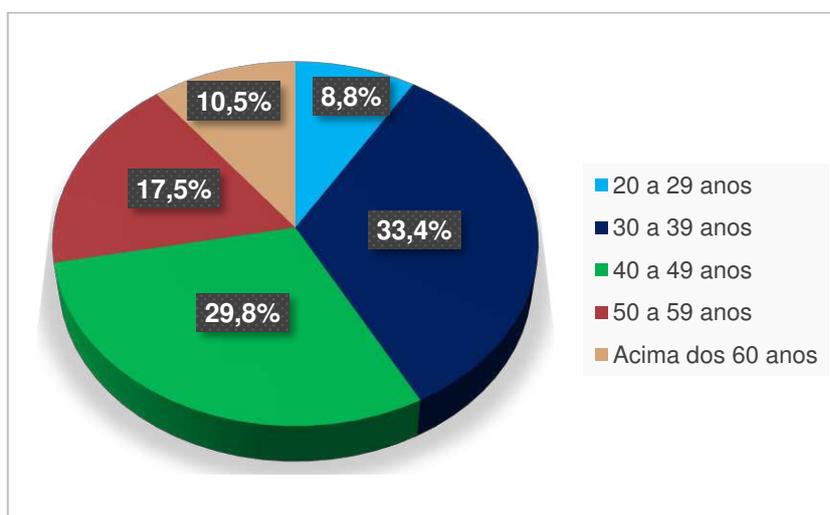
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil sociodemográfico

Dos 114 caminhoneiros que participaram do estudo, 100% eram do sexo masculino, com idade média de 43,07 anos, sendo 23 e 73 anos as idades mínima e máxima, respectivamente. A faixa etária predominante foi de 30 a 39 anos, representando 33,4% da população estudada, seguido de 40 a 49 anos (29,8%), 50 a 59 anos (17,5%), acima de 60 anos (10,5%) e 20 a 29 anos (8,8%) (Figura 02). Em relação ao estado civil da população estudada, houve a predominância de pessoas casadas (71,0%), seguido de divorciado (12,3%), solteiro (8,8%) e outro (7,9%) (Figura 03).

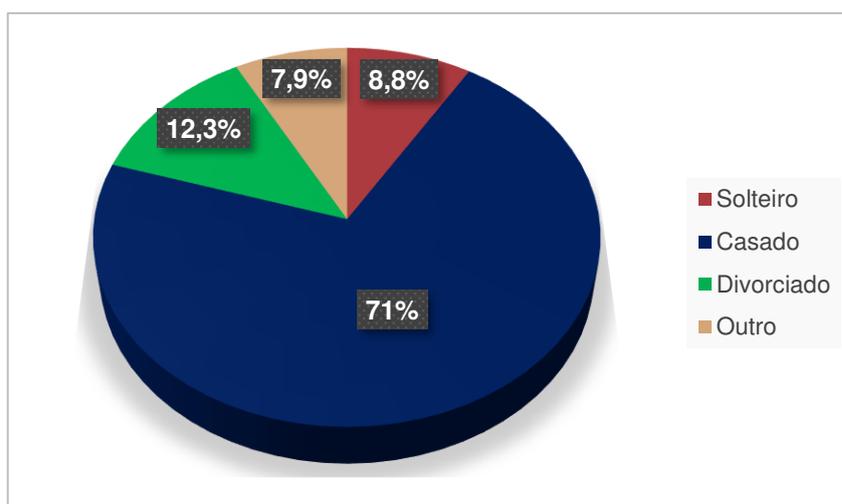
Os resultados encontrados mostraram-se semelhantes aos da pesquisa realizada por Araújo et al. (2015) também no Nordeste brasileiro, num estudo sucedido com 384 caminhoneiros na cidade de Teresina (Piauí), em que foram obtidos resultados de idade média de 43,4 anos, sendo 100% composta de homens, e 79,6% deles encontravam-se casados ou viviam com companheiro(a). Assim como, semelhantes também a um outro estudo realizado na região Sudeste, na cidade de Timóteo (Minas Gerais) envolvendo 108 caminhoneiros, 67,9% eram casados, com faixa etária predominante de 30 a 39 anos (33%) (FARIA et al., 2015).

Figura 02 – Percentuais referente a faixa etária dos caminhoneiros.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Figura 03 – Percentuais referente ao estado civil dos caminhoneiros.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quanto a escolaridade, a categoria predominante foi baixa escolaridade (57,9%), seguido de média (36,9%) e alta escolaridade (5,2%). Tais resultados quanto a escolaridade corrobora com estudos de Araújo et al. (2015) e Caires (2016), em que a maioria dos caminhoneiros (56,7% e 57,3%, respectivamente) possuíam estudo compatível com o ensino fundamental. Na tabela 05 é possível observar detalhes referente à escolaridade dos participantes conforme respectivas categorias.

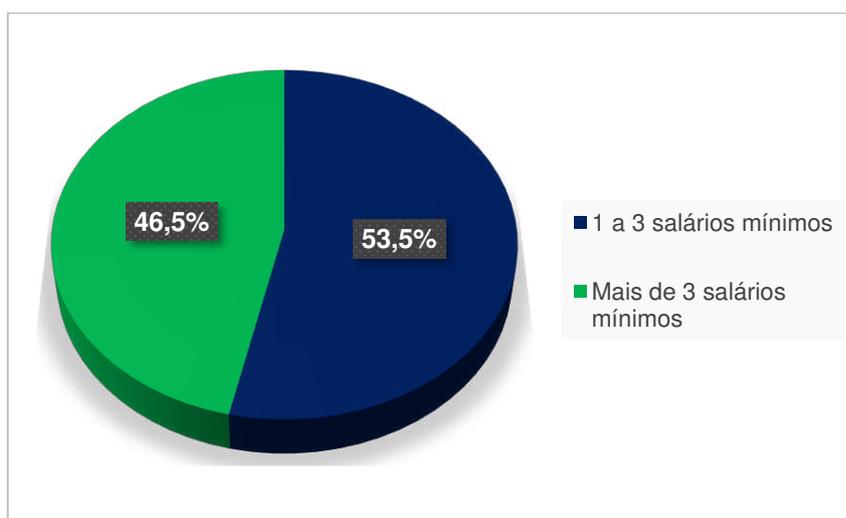
Tabela 05 – Nível de escolaridade dos caminhoneiros.

Categoria	Nível de escolaridade	N	%	% (Total)
Baixa Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	50	43,9	57,9
	Ensino fundamental completo	16	14,0	
Média Escolaridade	Ensino médio incompleto	18	15,8	36,9
	Ensino médio completo	24	21,1	
Alta Escolaridade	Ensino superior incompleto	3	2,6	5,2
	Ensino superior completo	3	2,6	
Total		114	100	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

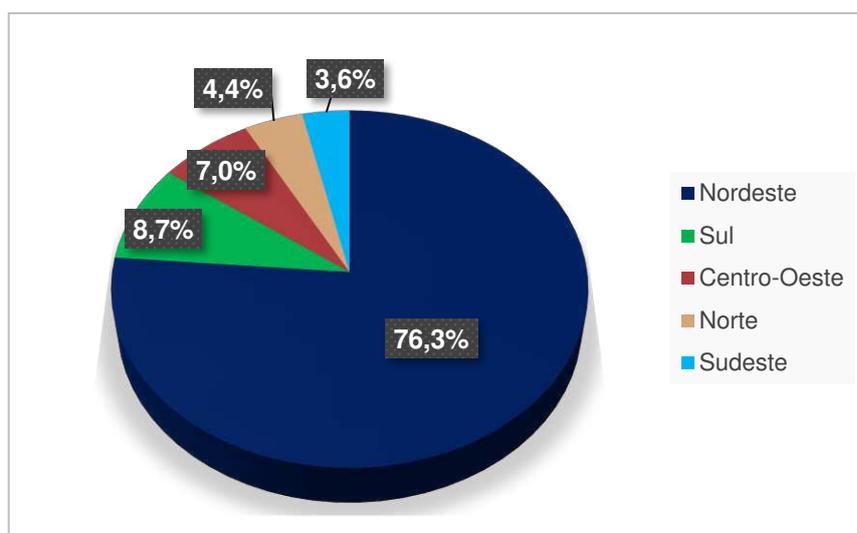
Com relação à renda familiar, 53,5% por participantes declararam ter de 1 a 3 salários mínimos, enquanto 46,5% mais de 3 salários mínimos (Figura 04). Em comparação, no estudo desenvolvido por Cunha (2016) realizado com 198 caminhoneiros na região Sudeste, na cidade de Vitória (Espírito Santo), 58,7% dos participantes possuíam faixa salarial de R\$ 1.001,00 a R\$ 2.500,00 reais, recebidos conforme modalidades: salário mais entrega feita, somente salário fixo ou somente entrega feita, sendo este último relacionado principalmente com acidentes e carga horária de trabalho, em que os caminhoneiros tendem a trabalhar por mais horas diárias e em alta velocidade, com o objetivo de fazer mais entregas em menor tempo possível, o expondo a mais riscos.

Figura 04 – Percentuais referente a renda familiar dos caminhoneiros.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Referente à naturalidade dos participantes, todos eram brasileiros, e residiam em estados das diferentes regiões do país, representantes de 17 estados brasileiros (Figura 05). Pessoas que residiam no estado do Pernambuco representaram a maioria, sendo de 26,2%, seguido de Paraíba (24,5%); Ceará (7,0%); Piauí e Paraná (ambos com 6,1%); Rio Grande do Norte (5,3%); Goiás (4,4%); Tocantins (3,5%); Mato Grosso e Rio Grande do Sul (ambos com 2,6%), Alagoas, Bahia, Maranhão, Minas Gerais, Sergipe e São Paulo (ambos com 1,8%), e Pará (0,9%).

Figura 05 – Percentuais referente a região residente dos caminhoneiros.

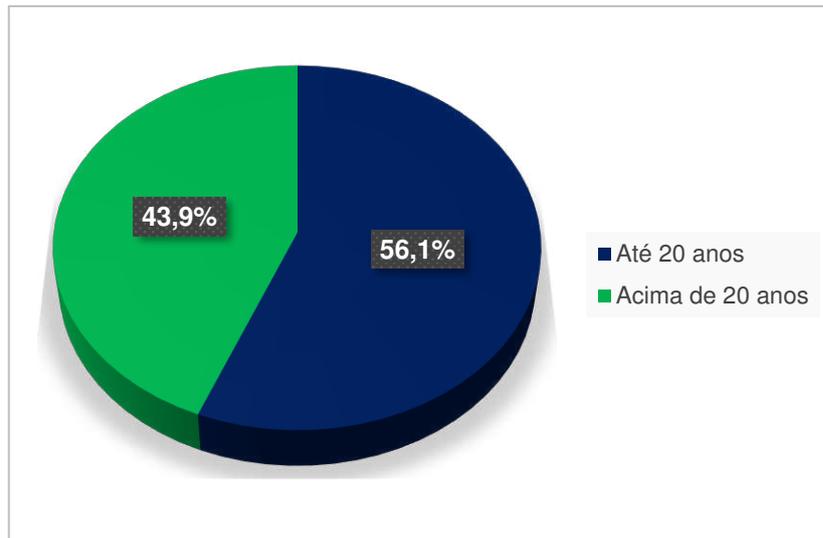
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com o estudo de Araújo et al. (2015), desenvolvido também no Nordeste brasileiro, em Teresina (Piauí), na fronteira entre os estados do Piauí e Maranhão, de 384 caminhoneiros pesquisados, a maior parte dos participantes (67,3%) residiam no Nordeste, assemelhando-se aos resultados encontrados no presente trabalho. Enquanto 12,5% residiam no Sul, 10,1% no Sudeste, 5,6% no Centro-Oeste e 5,6% no Norte.

Quanto ao tempo de profissão, 56,1% dos caminhoneiros exerciam a função há mais de 20 anos, enquanto 43,9% de 1 a 20 anos, sendo a média de 20,46 anos, mínimo 1 ano e máximo 53 anos (Figura 06). Tal característica pode estar relacionada à faixa etária da população estudada, em que se obteve idade média de 43,07 anos. Além disso, se trata de uma classe profissional em que os indivíduos começam a exercer a função ainda jovens, por volta dos 18 anos, sendo esta a idade mínima permitida para portar a Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em que tal característica se associada à média de idade observada nos resultados do presente estudo, podem ser relacionadas ao tempo de profissão predominante acima de 20 anos.

Segundo Giroto et al. (2016), em pesquisa sucedida com 665 motoristas de caminhão na região Sul do país, no Porto de Paranaguá (Paraná), foram encontrados resultados semelhantes, em que o tempo médio de experiência na profissão foi de 18,2 anos, variando entre 1 a 57 anos, e 51,1% com mais de 16 anos de profissão.

Figura 06 – Percentuais referente ao tempo de profissão dos caminhoneiros.

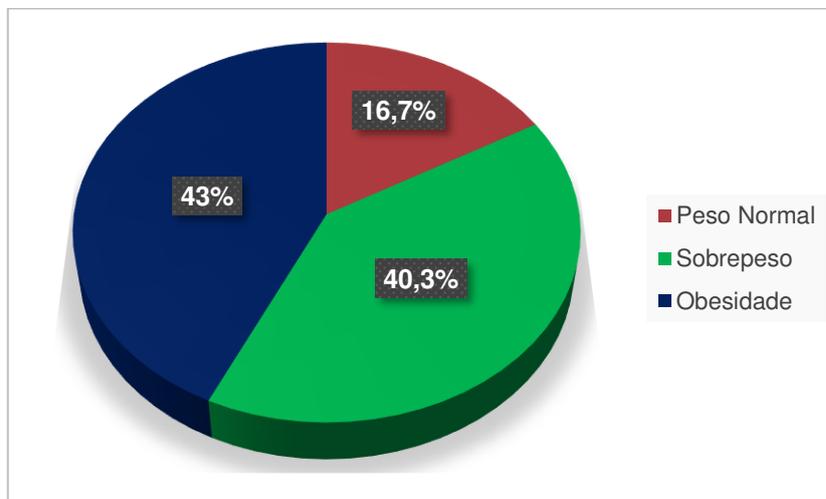


Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

5.2 Fatores de risco cardiovasculares modificáveis

Os fatores de risco relacionados ao aumento do IMC, sobrepeso e obesidade em conjunto, ocuparam o maior percentual entre os fatores, estando presente em 83,3% dos 114 indivíduos, enquanto apenas 16,7% estavam com o peso normal (Figura 07).

Figura 07 – Percentuais referente a classificação do IMC dos caminhoneiros.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Notto et al. (2017) em estudo realizado no Norte do país, na cidade de Gurupi (Tocantins), observou que dos 548 caminhoneiros, em sua totalidade homens, assim como no presente estudo, a grande maioria (81,7%) dos participantes estavam em situações de IMC \geq 25, apresentando sobrepeso ou algum grau de obesidade.

Assim como, os resultados encontrados por Da Silva et al. (2011) com caminhoneiros no estado de Minas Gerais, 77% dos indivíduos apresentaram excesso de peso, envolvendo quadros de sobrepeso e obesidade. Tal situação foi relacionada com o desequilíbrio na alimentação dos profissionais, em que se caracterizava por baixo consumo de frutas, verduras, peixes, leite e derivados, assim como a elevada ingestão de carne bovina, pães, açúcares, refrigerantes e sucos artificiais. Com isso, há o favorecimento de DCNT.

Na população em estudo, é possível observar a existência de um ou mais fatores de risco cardiovasculares modificáveis em uma só pessoa. Todavia, levando em consideração a existência ou não dos fatores, independentemente da coexistência entre eles, o fator predominante foi o sobrepeso e obesidade, em que 95 participantes apresentavam IMC elevado, seguido de sedentarismo (92 casos), consumo de álcool (49 casos), hipertensão (24 casos), tabagismo (23 casos) e diabetes (7 casos) (Tabela 06).

Tabela 06 – Prevalência de fatores de risco cardiovasculares modificáveis autorreferidos tratados isoladamente.

Fator de risco	Sim		Não	
	N	%	N	%
Hipertensão	24	21,1	90	78,9
Diabetes	7	6,1	107	93,9
Sedentarismo	92	80,7	22	19,3
Consumo de álcool	49	43,0	65	57,0
Tabagismo	23	20,2	91	79,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com Pereira et al. (2014), em que foi desenvolvida uma pesquisa no Nordeste, em Tabuleiro do Norte (Ceará), com 165 caminhoneiros, 29% encontravam-se hipertensos, 5% diabéticos e 44,8% com sobrepeso. A exposição destes

profissionais à alimentos de alto valor calórico e baixo valor nutritivo, somados ao consumo de álcool e sedentarismo acarreta o desenvolvimento de problemas de saúde a médio e longo prazo, como o desenvolvimento de doenças crônicas e, conseqüentemente, prejuízos na qualidade de vida.

O excesso de trabalho e comportamentos não saudáveis presentes na realidade dos caminhoneiros, como não praticar exercícios físicos, má alimentação, sobrepeso e obesidade, tabagismo e etilismo, podem os colocar em situações de risco e danos à saúde. Tais fatores podem favorecer o aparecimento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, em que frente a isso, encontra-se a realidade do uso incorreto de medicamentos e conseqüentemente a ineficácia do tratamento, principalmente, em casos de hipertensão arterial (ALESSI; ALVES, 2015; SANTOS; KAWAMOTO JÚNIOR; CARDOSO, 2017).

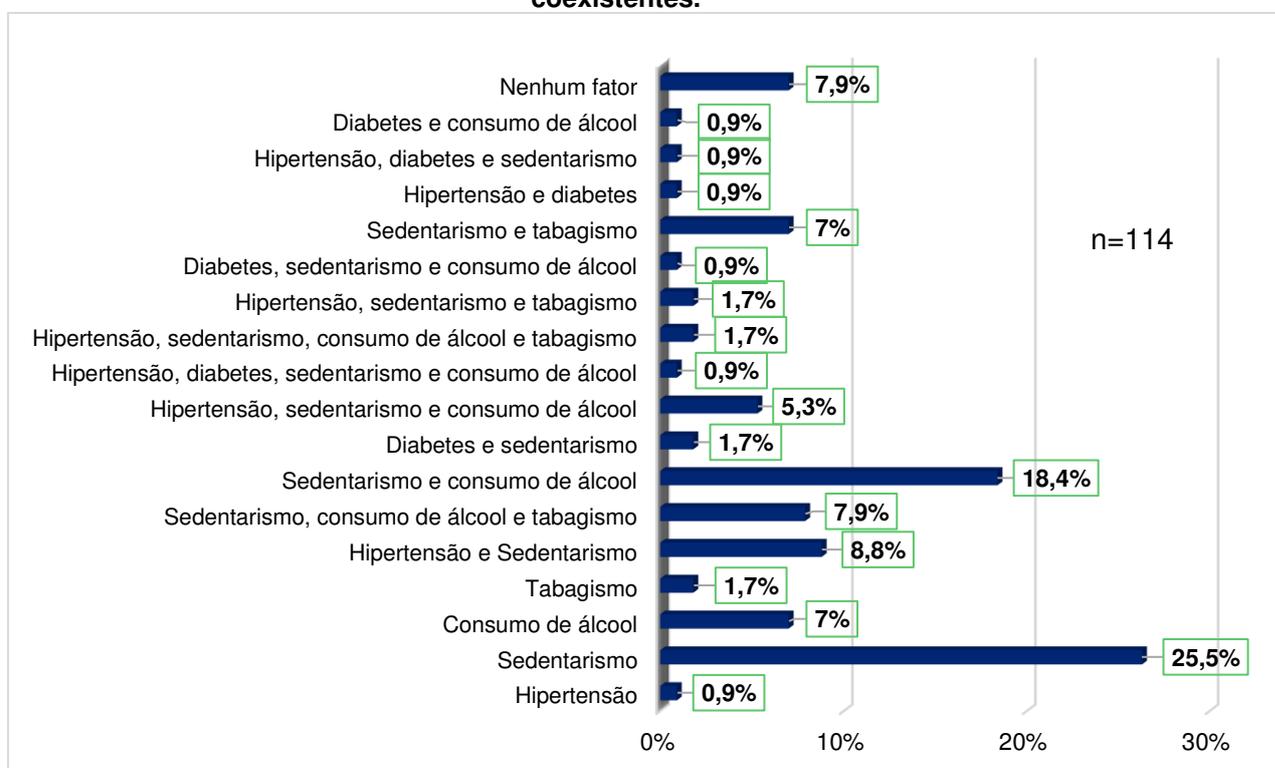
A prevalência de fatores de risco cardiovasculares relaciona-se com o ambiente laboral, uma vez que, além dos fatores genéticos e ambientais em que as pessoas estão expostas, há a influência dos hábitos de vida como alimentação e atividade física. Na DAC, por exemplo, existem alguns fatores de risco em que aumentam a probabilidade de surgimento, sendo eles: idade avançada, sexo masculino, fumo, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, sedentarismo, entre outros (OLIVEIRA et al., 2013).

A maior parte dos caminhoneiros que participaram da pesquisa (n=106; 93%) apresentou pelo menos 1 fator de risco. Com isso, considerando a totalidade dos casos e população de estudo (100%), observou-se a coexistência dos fatores de risco como sedentarismo, hipertensão, diabetes, consumo de álcool e tabagismo, assim como estes isolados, em que os respectivos percentuais estão expressos na figura 08. Levando em consideração tais fatores, em que eram autorreferidos por respostas de “sim” e “não”, diabetes foi o único que não se apresentou isoladamente, e sim associado à outro(s) fator(s) de risco.

A coexistência de tais características em uma só pessoa, trata-se de resultados preocupantes, uma vez que há a potencialização do risco à complicações cardiovasculares, aumentando assim a probabilidade da ocorrência de uma doença que acometa o sistema cardiovascular. Um percentual de 57% dos indivíduos

acometidos com algum fator de risco apresenta a existência simultânea de 2 ou mais fatores. A hipertensão arterial, um fator de grande relevância, esteve presente em associação à outros fatores em cerca de 20%, em que algumas ações podem ser aplicadas à este tipo de público como redução do peso corporal, alimentação adequada, prática de atividade física, controle dos valores pressóricos, redução do uso de tabaco e álcool e avaliações globais de condições de vida (TAVARES et al., 2014).

Figura 08 – Prevalência de fatores de risco cardiovasculares modificáveis autorreferidos coexistentes.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

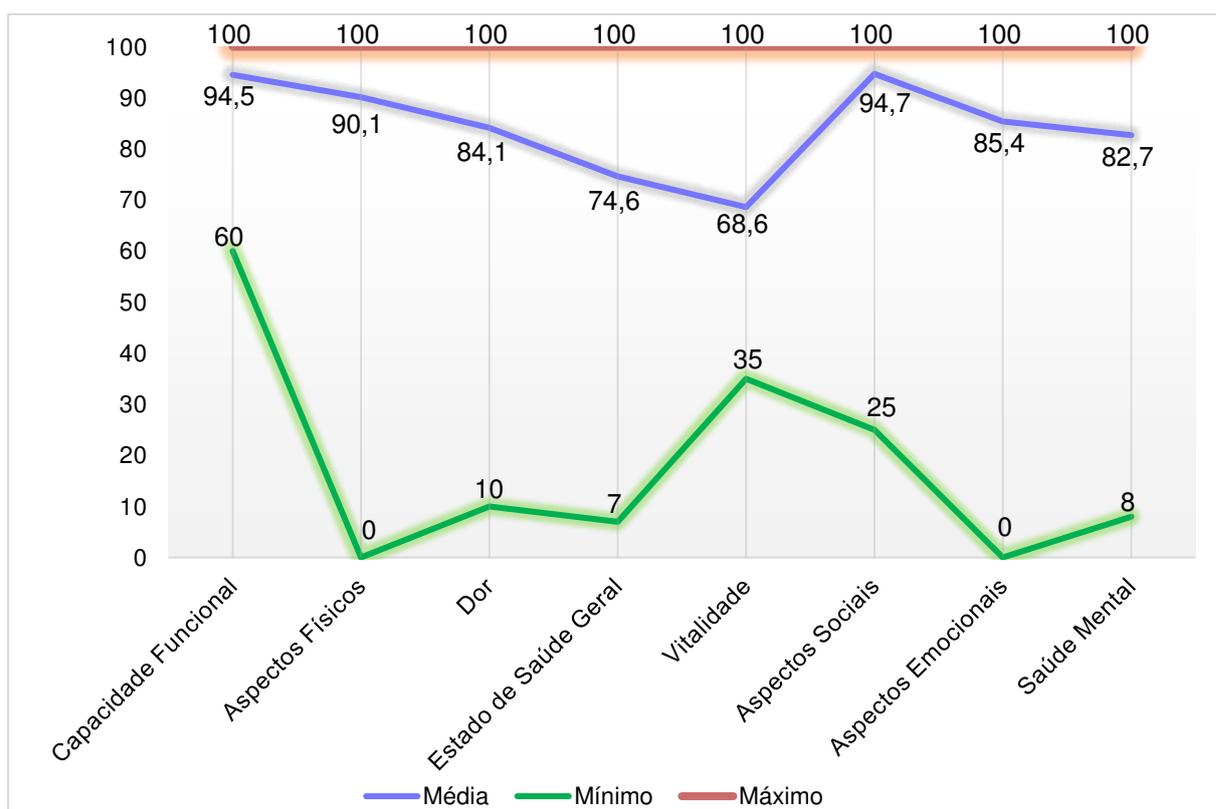
5.3 Qualidade de Vida

O questionário utilizado na avaliação da qualidade de vida dispõe de 8 domínios, em que cada um deles possui uma pontuação específica que varia de 0 (pior) e 100 (melhor). Para tanto, alguns autores utilizam em seus estudos uma pontuação global, em que na maioria das vezes é feito através da média dos oito domínios. Em contrapartida, de acordo com os desenvolvedores do instrumento, é

inútil tentar combinar os domínios para produzir uma pontuação global de saúde relacionada à qualidade de vida, pois sendo este um questionário multidimensional com os itens representados em diferentes escalas, cada uma delas são interpretadas separadamente (LINS; CARVALHO, 2016).

Na figura 09 estão dispostos os valores das médias, mínimo e máximo de cada domínio, em que o domínio que teve maior média de pontos foi aspectos sociais (94,7), seguido de capacidade funcional (94,5), aspectos físicos (90,1), aspectos emocionais (85,4), dor (84,1), saúde mental (82,7), saúde geral (74,6) e vitalidade (68,6). Os domínios de aspectos físico e emocional apresentaram valores mínimos igual a zero, e em todos os domínios foram obtidas pontuações máximas igual a 100.

Figura 09 – Valores das médias, mínimo e máximo dos domínios da qualidade de vida, questionário SF-36.



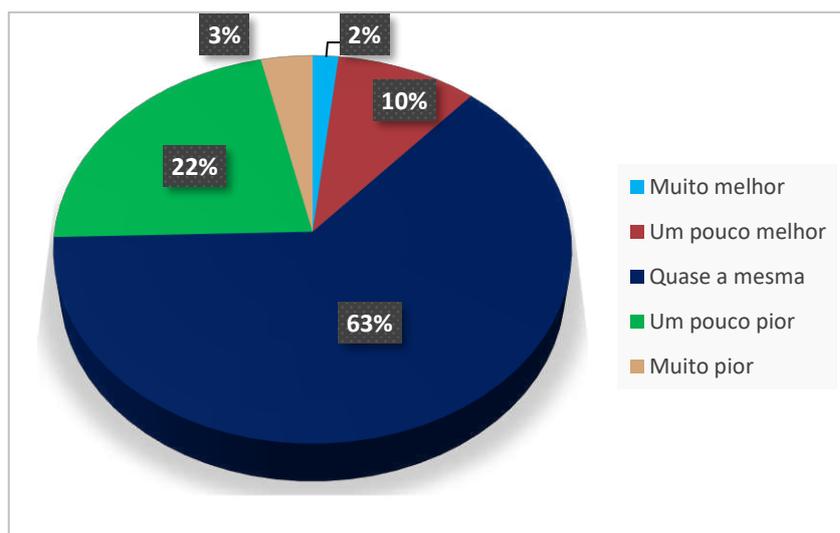
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com estudo realizado por Silva (2015) os caminhoneiros relatam sentir muita paixão pelas estradas e caminhão, que não tolerariam outro trabalho diferente do que exercem, e que tentam enfrentar a solidão por meio da distração em

conversas e piadas com o rádio amador, por exemplo, e interagindo uns com os outros a cada parada e com bom humor, já que são pessoas de comunicação frequente e fácil. Todavia, o trabalho e as condições em que convivem é desgastante e o profissional acaba exercendo funções além de motorista, o que influencia diretamente sobre a saúde física e mental.

Além disso, a questão número dois do questionário SF-36, a qual não é envolvida em nenhuma pontuação dos domínios, trata-se da percepção do participante quanto a evolução da sua saúde comparada a um ano atrás. Na figura 10 pode-se observar as frequências das respostas da devida pergunta.

Figura 10 – Percentuais referente as respostas da pergunta 02 do questionário SF-36, no que diz respeito a comparação da saúde atual com um ano anterior.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

5.4 Associações estatísticas

Fatores como diabetes, hipertensão e sedentarismo estão presentes em pessoas com algumas características sociodemográficas semelhantes, em que em ambas situações prevaleceram em pessoas obesas e de baixa escolaridade. Portanto, entre os portadores de diabetes, 71,4% encontravam-se obesos, 57,1% possuíam acima de 50 anos de idade, 7,4% de baixa escolaridade, 57,1% apresenta renda

familiar acima de 3 salários mínimos e 85,7% exercem a profissão há mais de 20 anos (Tabela 07).

Tabela 07 – Associação estatística entre dados sociodemográficos e diabetes.

Categoria	Diabético		Não-diabético	
	N	%	N	%
IMC (Classificação)#				
Normal	1	14,3	18	16,8
Sobrepeso	1	14,3	45	42,1
Obesidade	5	71,4	44	41,1
Total	7	100	107	100
Faixa etária#				
De 20 a 49 anos	3	42,9	79	73,8
Acima de 50 anos	4	57,1	28	26,2
Total	7	100	107	100
Escolaridade#				
Baixa escolaridade	5	71,4	61	57,0
Média escolaridade	2	28,6	40	37,4
Alta escolaridade	0	0	6	5,6
Total	7	100	107	100
Renda Familiar#				
1 a 3 salários mínimos	3	42,9	58	54,2
Acima de 3 salários mínimos	4	57,1	49	45,8
Total	7	100	107	100
Tempo de trabalho#				
Até 20 anos	1	14,3	63	58,9
Acima de 20 anos	6	85,7	44	41,1
Total	7	100	107	100

#Inaplicabilidade do teste qui-quadrado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Na tabela 08 é possível observar a associação entre as informações sociodemográficas com a hipertensão, em que 66,7% dos portadores da patologia encontravam-se obesos, 54,2% possuíam idade acima de 50 anos, 75% de baixa escolaridade, 54,2% detinham de uma maior autonomia salarial, superior a 3 salários mínimos e 79,2% estavam ativos na profissão há mais de 20 anos.

Tabela 08 – Associação estatística entre dados sociodemográficos e hipertensão.

Categoria	Hipertenso		Não-hipertenso		p
	N	%	N	%	
IMC (Classificação)					
Normal	1	4,2	18	16,7	
Sobrepeso	7	29,2	39	40,3	*
Obesidade	16	66,7	33	43,0	
Total	24	100	90	100	
Faixa etária					
De 20 a 49 anos	11	45,8	71	78,9	
Acima de 50 anos	13	54,2	19	21,1	*
Total	24	100	90	100	
Escolaridade					
Baixa escolaridade	18	75,0	48	53,3	
Média escolaridade	5	20,8	37	41,1	*
Alta escolaridade	1	4,2	5	5,6	
Total	24	100	90	100	
Renda Familiar					
1 a 3 salários mínimos	11	45,8	50	55,6	
Acima de 3 salários mínimos	13	54,2	40	44,4	*
Total	24	100	90	100	
Tempo de trabalho					
Até 20 anos	5	20,8	59	65,6	
Acima de 20 anos	19	79,2	31	34,3	0,001
Total	24	100	90	100	

*Inaplicabilidade do teste qui-quadrado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Dentre os indivíduos sedentários, 50% encontravam-se obesos, 86,4% possuíam de 20 a 49 anos de idade, 68,5% de baixa escolaridade, 56,5% declaravam ter renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e 50% exerciam a profissão há 20 anos ou menos (Tabela 09).

Tabela 09 – Associação estatística entre dados sociodemográficos e sedentarismo.

Categoria	Sedentário		Não-sedentário		p
	N	%	N	%	
IMC (Classificação)					
Normal	10	10,9	9	40,9	
Sobrepeso	36	39,1	10	45,5	*
Obesidade	46	50,0	3	13,6	

Total	92	100	22	100	
Faixa etária					
De 20 a 49 anos	63	86,4	19	71,9	
Acima de 50 anos	29	13,6	3	28,1	*
Total	92	100	22	100	
Escolaridade					
Baixa escolaridade	63	68,5	3	13,6	
Média escolaridade	25	27,2	17	77,3	*
Alta escolaridade	4	4,3	2	9,1	
Total	92	100	22	100	
Renda Familiar					
1 a 3 salários mínimos	52	56,5	9	40,9	
Acima de 3 salários mínimos	40	43,5	13	59,1	0,187
Total	92	100	22	100	
Tempo de trabalho					
Até 20 anos	46	50,0	18	81,8	
Acima de 20 anos	46	50,0	4	18,2	*
Total	92	100	22	100	

*Inaplicabilidade do teste qui-quadrado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A baixa escolaridade dos caminhoneiros pode ser um fator que, atrelado à falta de informação e orientações sobre hábitos alimentares e de saúde, associa-se à dificuldade de entendimento e adesão a promoção de saúde, os expondo a fatores inerentes à profissão que põem a saúde em risco, como acidentes automobilísticos, doenças sexualmente transmissíveis, e más hábitos de saúde (PEREIRA et al., 2014; ROCHA et al., 2015).

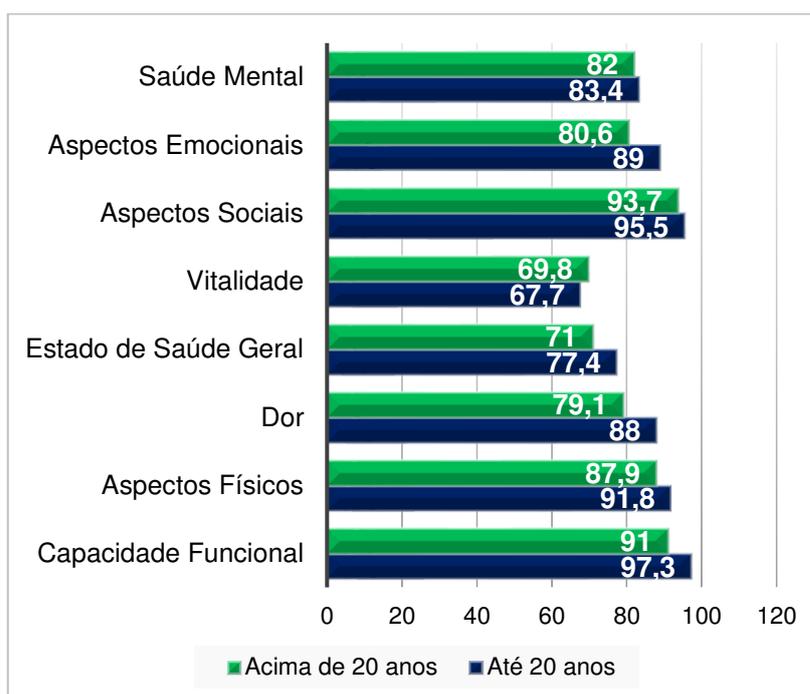
Pode-se observar que os fatores de risco associados ao tempo de profissão, apresentaram em maior proporção naqueles que exerciam a profissão há mais de 20 anos, assim como a diabetes e hipertensão prevaleceram em pessoas com idade acima de 50 anos. O surgimento de doenças que acometem o sistema cardiovascular está diretamente relacionado ao acúmulo de exposição aos fatores de risco ao longo da vida, aumentando a incidência e taxas de mortalidade em faixas etárias mais avançadas, sobretudo em indivíduos acima de 50 anos de idade (DOS SANTOS et al., 2018).

A deposição de gordura corporal, hiperglicemia, hipertensão arterial e o envelhecimento são fatores que estão relacionados também com a síndrome

metabólica, caracterizada por alterações/distúrbios metabólicos, em que os componentes desta patologia são citados como fatores de risco independentes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Com isso, tais fatores favorecem o surgimento de doenças crônicas e afetam diretamente na qualidade de vida (ROCHA; DE MELO; MENEZES, 2016).

Os fatores de risco cardiovasculares modificáveis e tempo de profissão foram associados à qualidade de vida, fazendo uso das médias de pontos de cada domínio. Com relação ao tempo de profissão, todos os domínios, exceto “vitalidade”, possuíram valores com variações inversamente proporcionais aos anos de trabalho, em que de acordo com o aumento, as médias das pontuações diminuíram (Figura 11).

Figura 11 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e tempo de profissão.



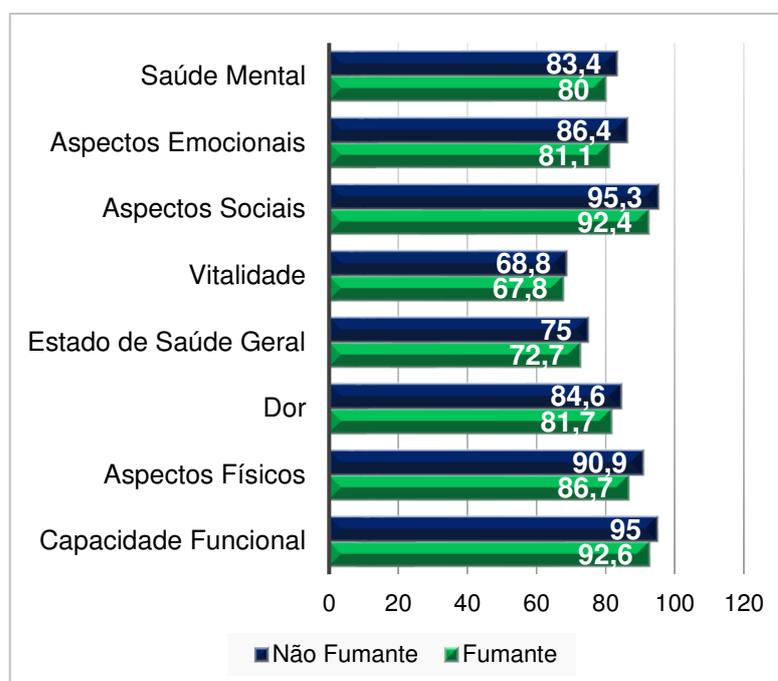
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Um maior tempo de profissão está associado à exposição do indivíduo a insatisfação com o ambiente de trabalho e algumas patologias, em que profissionais que trabalham no trânsito são constantemente alvos de desgastes físicos e

emocionais decorrentes da atividade laboral, prejudicando assim a saúde, qualidade de vida e a própria rotina de trabalho do profissional (OLIVEIRA et al., 2016).

Quanto aos indivíduos fumantes, as médias dos oito domínios foram menores, com relação aos não fumantes (Figura 12). Para tanto, o tabagismo tem relação à predisposição de doenças e incapacidades, como piora da saúde e qualidade de vida, em que de acordo com pesquisa realizada por Castro, Matsuo e Nunes (2010) fumantes apresentaram pior qualidade de vida e incapacidades laboral e doméstica mais frequente que os não fumantes.

Figura 12 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e tabagismo.

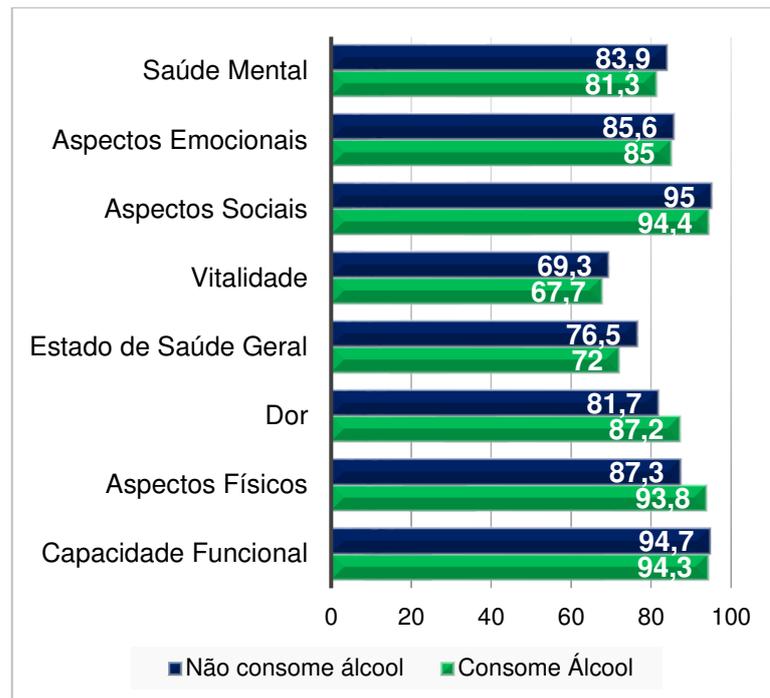


Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Aspectos multifatoriais de cunho sociocultural e estilo de vida em que o indivíduo estão inseridos, como baixa escolaridade, menor renda, presença de alterações mentais na família, uso de outras substâncias psicoativas, maus hábitos alimentares, sedentarismo, etilismo e convívio com outros fumantes, podem estar associados ao início do uso do tabaco, e em decorrência do hábito, gera impactos na qualidade de vida do indivíduo (DOS SANTOS; RECH; VIDOR, 2016; NOVAES et al., 2016).

As médias das pontuações de seis domínios, sendo eles capacidade funcional, dor, estado de saúde geral, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, foram menores em indivíduos que consumiam álcool com relação aos não praticantes deste hábito (Figura 13).

Figura 13 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e consumo de álcool.



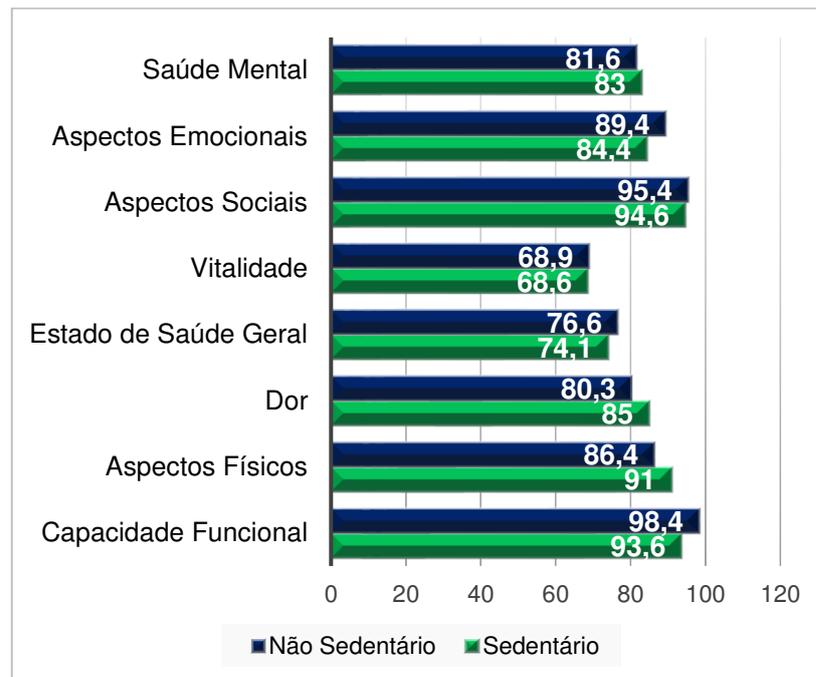
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com Camelo, Giatti e Barreto (2016), a menor pontuação em aspectos físicos de qualidade de vida referentes aos indivíduos que não consomem álcool com relação aos que consomem, podem estar associado ao fato de que o consumo moderado de álcool tem um efeito protetor na ocorrência de alguns eventos de saúde que podem impactar na integridade funcional do indivíduo.

As médias dos domínios capacidade funcional, estado de saúde geral, vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais, apresentaram-se maiores em indivíduos não sedentários, quando comparadas aos sedentários (Figura 14). Entretanto, a prática de atividade física está intimamente relacionada com a saúde do indivíduo, uma vez que influencia o desenvolvimento motor, melhora relações sociais

em ambientes familiares e de trabalho, e na melhora da qualidade de vida (ACIOLI NETO et al., 2013).

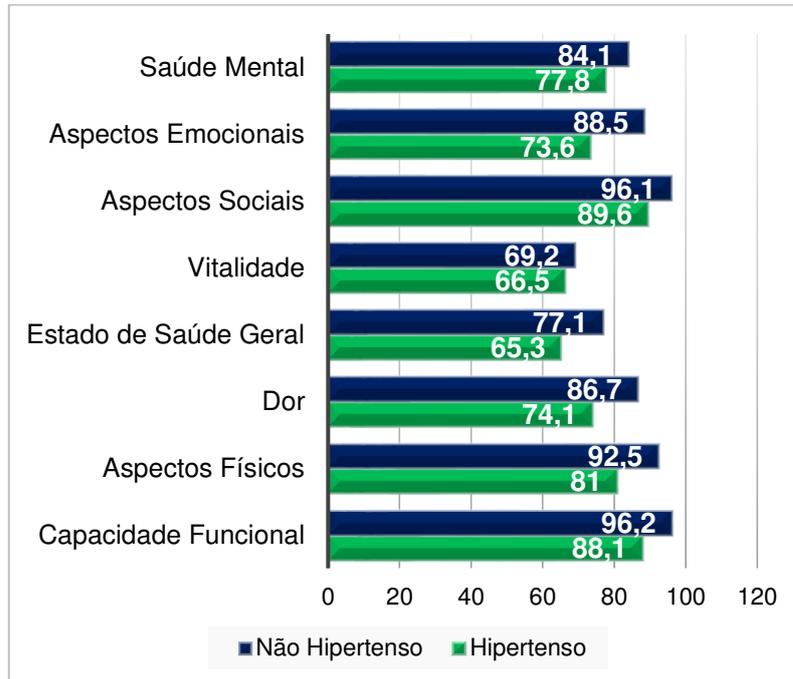
Figura 14 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e sedentarismo.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

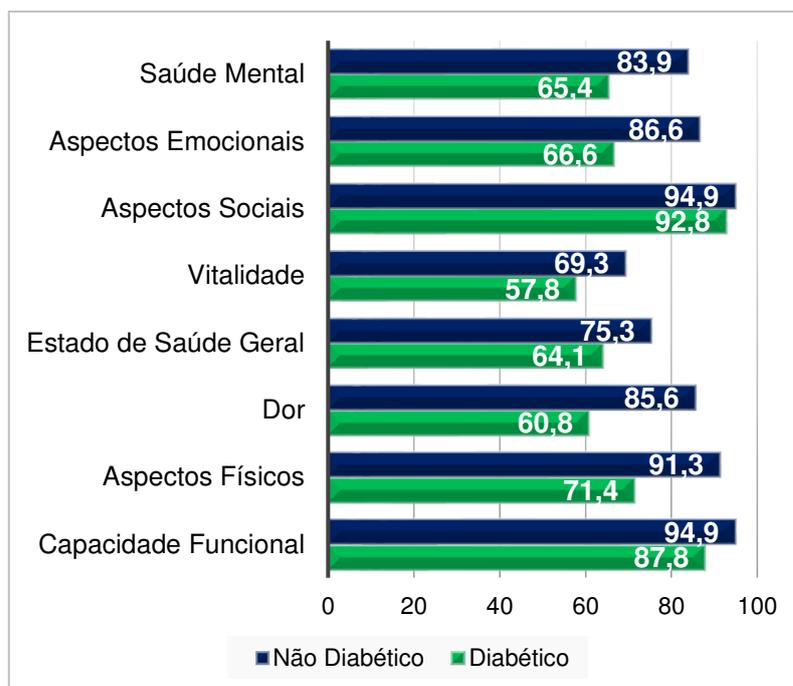
Os participantes que eram portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, apresentaram médias menores nos domínios de qualidade de vida, quando comparados aos não portadores (Figuras 15 e 16).

Figura 15 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e hipertensão.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Figura 16 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e diabetes.

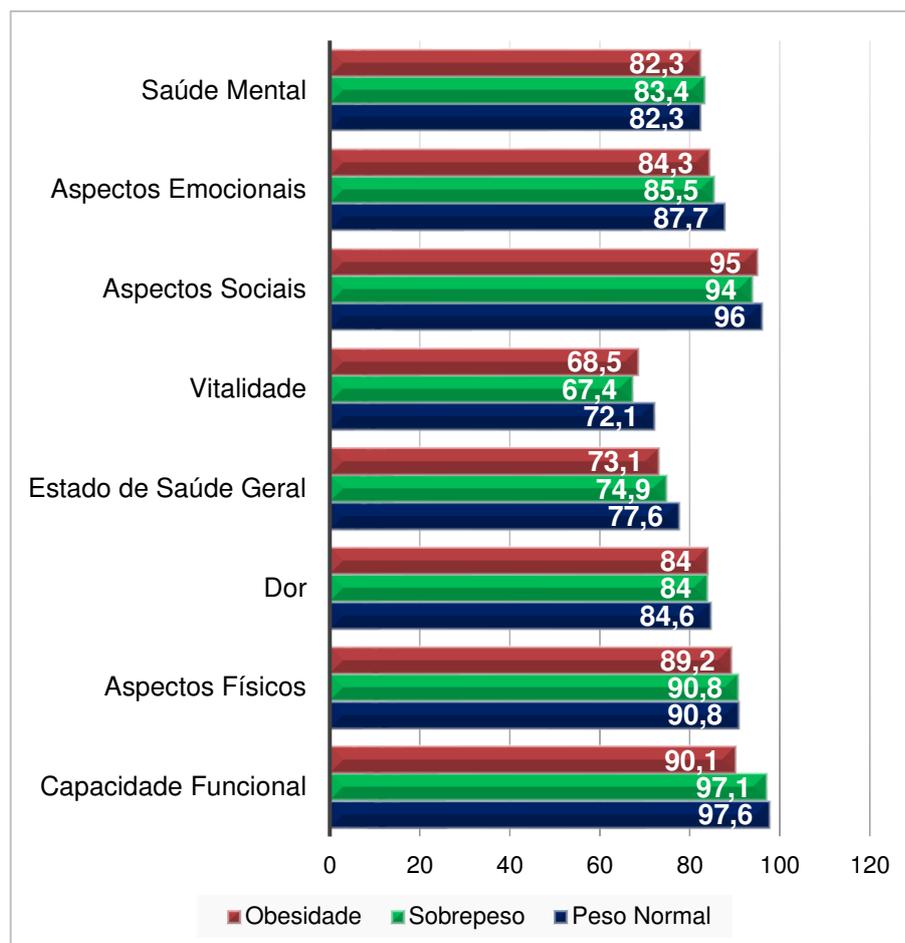


Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Com isso, os domínios mostraram-se mais sensíveis ao impacto de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. A presença de tais morbidades em associação com menores escores de qualidade de vida podem estar relacionados com dor, desconforto, dependência do uso de medicamentos e necessidade de tratamento e utilização dos serviços de saúde (MACIEL et al., 2016).

Com relação à classificação quanto ao IMC, indivíduos com sobrepeso e obesidade apresentaram médias menores nos domínios, quando comparados aos com peso normal, exceto no domínio “saúde mental” em que pessoas com sobrepeso apresentaram aumento de 1 ponto com relação aos obesos e pessoas com peso normal (Figura 17).

Figura 17 – Associação entre as médias dos domínios da qualidade de vida (SF-36) e hipertensão.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A obesidade interfere nas relações interpessoais e na execução de atividades laborais, e conseqüentemente na qualidade de vida do trabalhador, que estando em bom estado irá representar maior produtividade e oportunidades de desenvolvimento. Hábitos alimentares e comportamentos de estilo de vida saudáveis são essenciais na redução de riscos de doenças crônicas e na melhora da qualidade de vida (TONINI; BROLL; CORRÊA, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O perfil dos caminhoneiros foi em totalidade do sexo masculino, com idade média de aproximadamente 43 anos e predominância da faixa etária de 30 a 39 anos de idade. A maioria possuía baixa escolaridade, encontravam-se casados e com renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos. Houve predominância de residentes da região Nordeste e com mais de 20 anos de profissão.
- Observou-se a prevalência de pessoas com IMC elevado (83,3%) em quadros de obesidade e sobrepeso. Os demais fatores de risco, os quais eram autorreferidos sob respostas de afirmação ou negação, obtiveram percentuais, crescentemente em diabetes < tabagismo < hipertensão < consumo de álcool < sedentarismo. Todos os fatores autorreferidos apresentaram-se de forma isolada e em associação, exceto o diabetes que esteve apresentado somente em associação com outros fatores. A maior parte dos caminhoneiros (57%) possuíam 2 ou mais fatores.
- Os domínios da qualidade de vida apresentaram médias que variaram de 68,9 a 94,7, sendo distribuídas de forma crescente em: vitalidade < estado de saúde geral < saúde mental < dor < aspectos emocionais < aspectos físicos < capacidade funcional < aspectos sociais. Enquanto o quesito que compara a saúde do indivíduo com relação a um ano anterior, a maioria (68%) relataram que praticamente não houve mudança.
- Frente aos fatores de risco hipertensão, diabetes e sedentarismo, a grande maioria dos portadores eram obesos e de baixa escolaridade. Na hipertensão e diabetes houve prevalência de pessoas com idade acima de 50 anos, renda familiar acima de 3 salários mínimos e exerciam a profissão há mais de 20 anos. Enquanto entre os indivíduos sedentários prevaleceram aqueles que possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e com faixa etária de 20 a 49 anos, não havendo diferença na prevalência quanto ao tempo de profissão.
- Quanto a qualidade de vida, todos os indivíduos fumantes, hipertensos e diabéticos apresentaram pontuações médias menores em todos os domínios, quando comparados aos não fumantes, não diabéticos e não hipertensos, respectivamente. As pessoas que consumiam álcool apresentaram dos os

domínios capacidade funcional, estado de saúde geral, aspectos emocionais, saúde mental, aspectos sociais e vitalidade menores que os que não consumiam. Os sedentários obtiveram pontuações menores nos domínios estado de saúde geral, aspectos sociais, aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental menores quando comparados aos não sedentários.

- Os caminhoneiros que exerciam a profissão há mais de 20 anos apresentaram pontuações dos domínios menores que os que exerciam a profissão há menos de 20 anos, exceto em vitalidade. Enquanto os indivíduos que apresentaram sobrepeso e obesidade obtiveram pontuações médias dos domínios menores quando comparados aos com peso normal, com exceção do domínio saúde mental, que este foi maior em pessoas com sobrepeso.
- Com isso, é notória a exposição considerável dos caminhoneiros à fatores de risco que contribuem para o surgimento de doenças cardiovasculares e aspectos laborais peculiares que prejudicam a qualidade de vida dos trabalhadores deste ramo. Ainda assim, a não existência de políticas públicas voltadas a saúde destes indivíduos e a não procura por profissionais e serviços de saúde, acabam piorando ou favorecendo o desenvolvimento de quadros patológicos que colocam em risco a saúde como um todo.

REFERÊNCIAS –

- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. 4.ed. - São Paulo, SP. 2016.
- ACIOLI NETO, A. C. F.; DE ARAÚJO, R. C.; PITANGUI, A. C. R.; MENEZES, L. C.; DE FRANÇA, E. E. T.; COSTA, E. C.; DE ANDRADE, F. M. D.; CORREIA JÚNIOR, M. A. C. Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. vol. 18, n. 6. p. 711-719. 2013.
- ALENCAR, M. do C. B. de; BIZ, R. A. M. Relações entre condições e organização do trabalho e os afastamentos de trabalhadores portuários de transporte. **Revista Terapia Ocupacional**. Univ. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 208-15, set./dez. 2012.
- ALESSI, A.; ALVES, M. K. Hábitos de vida e condições de saúde dos caminhoneiros do Brasil: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde**, v. 8, n. 3, p. 129-136. 2015.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – **EACH/USP**, p. 142. 2012.
- ALVES, E. F. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 3, n.1, p.16-23. 2011.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual de diretrizes para o enfretamento da obesidade na saúde suplementar brasileira**. Rio de Janeiro. 2017.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **A Anvisa e o controle dos produtos derivados do tabaco**. Brasília. 2014.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Dislipidemia. Saúde e Economia**. Ano III – Edição nº 6. Outubro. 2011.

APA. American Psychological Association. **Dicionário de Psicologia**. São Paulo. Artmed. 2010.

APOSTOLOPOULOS, Y.; LEMKE, M.; SONMEZ, S. Risks endemic to long-haul trucking in north america: strategies to protect and promote driver well-being. **New Solutions**, vol. 24(1) 57-81. 2014.

ARAÚJO, T. M. E. de; MARTINS, G. B. F.; LEAL, M. S. de C.; SOUZA, A. T. da S.; SOUSA, A. da S.; FREIRE, V. dos S. Prevalência da hipertensão arterial sistólica entre caminhoneiros que trafegam pela cidade de Teresina. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1. 2015.

ARAÚJO, T. M. E. de; ROCHA FILHO, D. R. da; SENA SILVA, A. A. de; SOUSA, K. A. A. de; CHAIB, N. L. Sexual behavior and associated factors among long distance truck drivers. **Revista de Enfermagem da UFPI**. Apr-Jun. vol. 4, n. 2, p. 25-32. 2015.

AUDI, C. A. F.; SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. D. G. G.; FRANCISCO, P. M. S. B. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em servidores de instituição prisional: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 301-310. 2016.

BEZERRA, I. N.; CAVALCANTE, J. B.; MOREIRA, T. M. V.; MOTA, C. da C.; SICHEIRI, R. Alimentação fora de casa e excesso de peso: uma análise dos mecanismos explicativos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 3, p. 455-461. 2016.

BEZERRA, K. A. **Ser caminhoneiro: a análise das condições de trabalho e suas relações com a temporalidade laboral**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, p. 114. 2016.

BONOW, B.; LIBBY, L.; MANN, D. L.; ZIPES, D. **Braunwald Tratado de Doenças Cardiovascular**. Elsevier Brasil. 2017.

BORBA, C. de S.; LEMOS, I. G. S.; HAYASIDA, N. M. de A. Epidemiologia e fatores de risco cardiovasculares em jovens adultos: revisão da literatura. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 3, n. 1, p. 51-60. 2015.

BRANT, L. C. C.; NASCIMENTO, B. R.; PASSOS, V. M. A.; DUNCAN, B.B.; BENSENÖR, I. J. M.; MALTA, D. C.; DE SOUZA, M. de F. M.; ISHITANI, L. H.; FRANÇA, E.; OLIVEIRA, M. S.; MOONEY. M.; NAGHAVI, M.; ROTH, G.; RIBEIRO, A. L. P. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 116-128. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde. 2013a.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação brasileira de ocupações**. Brasília. 2018. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br>> Acesso em Agosto de 2018.

CAIRES, C. S. de. Perfil de Personalidade de Motoristas Caminhoneiros no Contexto das Normas Regulamentares 20. **Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 139-143. 2016.

CAMELO, L. do V.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 280-293. 2016.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J.F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232. 2008.

CARLUCCI, E. M. D. S.; GOUVÊA, J. A. G.; OLIVEIRA, A. P. D.; SILVA, J. D. D.; CASSIANO, A. C. M.; BENNEMANN, R. M. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 375-384. 2013.

CARNIEL, F.; KRAUSE, C. Sono, Estado Nutricional e Hábitos de Vida de Caminhoneiros que Trafegam Pela Br 364. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 5, n. 2, p. 125-138. 2014.

CARVALHO, C. A. D.; FONSECA, P. C. D. A.; BARBOSA, J. B.; MACHADO, S. P.; SANTOS, A. M. D.; SILVA, A. A. M. D. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 479-490. 2015.

CASTRO, M. R P. de; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, n. 1, p. 67-74. 2010.

CAVAGIONI, L. C.; PIERIN, A. M. G. Hipertensão arterial e obesidade em motoristas profissionais de transporte de cargas. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. vol.23, n.4, pp.455-460. 2010. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400002 >
Acesso em: Agosto de 2018.

CICONELLI, R. M; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. T Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36) / Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. **Revista Brasileira de Reumatologia**; 39(3):143-50, maio-jun. 1999.

CNT. Confederação Nacional do Transporte. **Boletim estatístico Maio/2018**. Disponível em: <http://www.cnt.org.br/>. (Informações. Pesquisas e boletins. Boletim estatístico). Acesso em: Agosto de 2018.

CNT. Confederação Nacional do Transporte. **Pesquisa CNT de perfil dos caminhoneiros 2016**. – Brasília. 98p. CNT. 2016.

CNT. Confederação Nacional do Transporte. **Transporte rodoviário: desempenho do setor, infraestrutura e investimentos**. – Brasília. 67p. CNT. 2017.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Relatório de Recomendação. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas diabetes mellitus tipo 1**. Ministério da Saúde. Brasília. 2018.

COSER, J.; FONTOURA, S.; FONTOURA, T.; RIZZI, C. Triagem dos perfis lipídico e glicídico em caminhoneiros que trafegam no centro unificado de fronteira, entre Brasil e Argentina (AU). **Revista Brasileira de Análises Clínicas** v. 41, n. 3, p. 223-228. 2009.

COVATTI, C. F.; DOS SANTOS, J. M.; DE SOUZA VICENTE, A. A.; GREFF, N. T.; VICENTINI, A. P. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos e idosos de um hospital universitário. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v. 36, n. 1, p. 24-30. 2016.

CUNHA, K. R. **Análise de acidentes de trânsito de caminhoneiros na perspectiva da análise da atividade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo. p. 144. 2016.

DA ROCHA, E. M.; LEMES, A. G.; SANTOS, B. L. M. Exposição de caminhoneiros à infecções sexualmente transmissíveis/Exposure of truck drivers to sexually transmitted infections/La exposición de camión a infecciones de transmisión sexual. **Journal Health NPEPS**, v. 2, n. 1, p. 230-240. 2017.

DA SILVA, J. B.; COSTA, F. K. L.; GUEDES, L. K. O.; QUINTÃO, D. F. Perfil nutricional de um grupo de caminhoneiros brasileiros. **Revista Científica da Faminas**, v. 7, n. 3. 2011.

DA SILVA, J. P.; AMADEI, J. L. Influência da atenção médica na qualidade de vida (WHOQOL-100) de mulheres com lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 56, n. 3, p. 198-205. 2016.

DA SILVA, P. L. N.; MARTINS, L. C. G.; NUNES, G. F. C.; LIBERALI, R., COUTINHO, V. F.; SOARES, L. M. Dislipidemia em crianças e adolescentes: uma revisão da literatura. **Revista Uniabeu**, v. 11, n. 27, p. 283-300. 2018.

DE PARIS, P.; GRANDI, G.; SIVIERO, J.; PEREIRA, F. B.. Sono, estado nutricional e hábitos de vida de caminhoneiros. **Ciência & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 197-205. 2013.

DE SOUZA, R. K. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; LOCH, M. R.; GONZÁLEZ, A. D.; MATSUO, T.; CABRERA, M. A. S.; REMONDI, F.A.; YONAMINE, C.Y. Prevalência

de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 3, p. 435-444. 2013.

DE VARGAS PEREIRA, V.; CHAGAS, P.; MADALOZZO, A. D. Consumo de frutas, legumes e verduras por caminhoneiros no município de palmeira das missões. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 17, n. 3, p. 449-457. 2016.

DELFINO, L. G.; MORAES, T. D. Percepções sobre adoecimento para caminhoneiros afastados pelo sistema de previdência social. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 113-137. 2015.

DOMINGOS, J. B. C.; JORA, N. P.; CARVALHO, A. M. P.; PILLON, S. C. Consumo de álcool, sobrepeso e obesidade entre caminhoneiros. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro. vol. 18, n. 3. p.377-382. 2010

DOS SANTOS, J.; MEIRA, K. C.; CAMACHO, A. R.; SALVADOR, P. T. C. de O.; GUIMARÃES, R. M.; PIERIN, A. M. G.; SIMÕES, T. C.; FREIRE, F. H. M. de A. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 1621-1634. 2018.

DOS SANTOS, K. W.; RECH, R. S.; VIDOR, D. C. G. M. Impacto da autopercepção de qualidade do sono e alterações respiratórias na qualidade de vida de indivíduos fumantes. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 2, p. 104-111. 2016.

DOS SANTOS, P. M. Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no Brasil: vantagens e desvantagens na utilização. **Revista Corpoconsciência**, v. 19, n. 2, p. 25-36. 2016.

ESTRELA, C. **Metodologia científica: ciência, ensino, pesquisa**. 3. ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 2018.

FARIA, K. R.; ÁVILA, R. L. P. D.; FERREIRA, T. K. D. A.; COELHO, E. J. B.; ALMEIDA, M. E. F. D.; GUEDES, H. M. Comportamentos de risco quanto ao Vírus

da Imunodeficiência Humana entre caminhoneiros. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 23, n. 1, p. 27-32. 2015.

FORNEL, A. Qualidade de vida no trabalho. **Monografia (Especialização em Gestão de Recursos Humanos)**. Pós-graduação “Lato Sensu”, Universidade Candido Mendes. Macaé, Rio de Janeiro, p. 40. 2010.

FRANCISCHETTI, C. E.; CAMARGO, L. S. G.; DOS SANTOS, N. C. Qualidade de vida, sustentabilidade e educação financeira. **Revista de Finanças e Contabilidade da Unimep**, v. 1, n. 1, p. 33-47. 2014.

GARCEZ, M. R.; PEREIRA, J. L.; FONTANELLI, M. M.; MARCHIONI, D. M. L.; FISBERG, R. M. Prevalência de dislipidemia segundo estado nutricional em amostra representativa de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 103, n. 6, p. 476-84. 2014.

GIMENES, G. de F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 291-318. 2013.

GIROTTTO, E.; DE ANDRADE, S. M.; MESAS, A. E.; GONZÁLEZ, A. D.; GUIDONI, C. M. Working conditions and illicit psychoactive substance use among truck drivers in Brazil. **Occupational and Environmental Medicine**, p. oemed-2015-102868. 2015.

GIROTTTO, E.; DE ANDRADE, S. M.; MESAS, A. E.; GONZÁLEZ, A. D.; GUIDONI, C. M. Uso contínuo de medicamentos e condições de trabalho entre motoristas de caminhão. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 12. p. 3769-3776. 2016.

GOMES, E. C. de S. Conceitos e ferramentas da epidemiologia. Recife: **Ed. Universitária da Universidade Federal do Pernambuco**, 83p. 2015.

GUIMARÃES, Z. M. B.; MENDONÇA FILHO, E. J.; MENEZES, I. G.; GOMES, A. C. P. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida em pessoas com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 3, p. 631-640, set./dez. 2012.

HAMILTON, K.; VAYRO, C.; SCHWARZER, R. Social cognitive antecedents of fruit and vegetable consumption in truck drivers: A sequential mediation analysis. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 47, n. 4, p. 379–384.e1. 2015.

HINO, P.; FRANCISCO, T. R.; ONOFRE, P. S. de C.; SANTOS, J. de O.; TAKAHASHI, R. F. Análise dos cuidados à saúde de caminhoneiros. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, 11(Supl. 11):4741-8, nov. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências**. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2013** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - 2. ed. - Rio de Janeiro. 2015

KAPRON, R. A. **História do trabalho dos caminhoneiros no Brasil: Profissão, jornada e ações políticas**. Dissertação (Mestrado em História). Programa de Pós-graduação em História, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, p. 201. 2012.

KASPER, D.L.; HAUSER, D.L.; JAMESON, J.L.; FAUCI, A.S.; LONGO, D.L.; LOSCALZO, J. **Medicina interna de Harrison**. 19.ed. Porto Alegre, AMGH. 2017.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; KLUTHCOVSKY, F.A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, supl. 0, p. 0-0. 2009.

KNAUTH, D. R.; PILECCO, F. B.; LEAL, A. F.; SEFFNER, F.; TEIXEIRA, A. M. F. B. Manter-se acordado: a vulnerabilidade dos caminhoneiros no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 886-893. 2012.

KOLHS, M.; DE MORAES, V. C.; FIGUERÓ, T. H.; BUSNELLO, G. F.. Perfil dos Trabalhadores Motoristas e Fatores para Doenças Cardiovasculares. **Journal of Health Sciences**; 19(1):9-13. 2017.

LIMA, R. de S.; FERREIRA NETO, J. A.; FARIAS, R. de C. P. Alimentação, Comida E Cultura: O Exercício Da Comensalidade. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 10, n. 3, p. 507–522. 2015.

LINS, L.; CARVALHO, F. M. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. **SAGE open medicine**, v. 4. 2016.

MACIEL, N. M.; CONTI, M. H. S. D.; SIMEÃO, S. F. A. P.; CORRENTE, J. E.; RUIZ, T.; VITTA, A. D. Morbidades referidas e qualidade de vida: estudo de base populacional. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 1, p. 91-97. 2016.

MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; COSENZA, R. M. **Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional**. Artmed Editora. 2013.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A. da. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública. Editorial. **Ciência & Saúde Coletiva**. 23 (5) Maio. 2018.

MARQUEZE, E. C.; ULHOA, M. A.; MORENO, C. R.C. Irregular working times and metabolic disorders among truck drivers: a review. **Work**, v. 41, n. Supplement 1, p. 3718-3725. 2012.

MASSON, V. A.; MONTEIRO, M. I. Estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho de motoristas de caminhão. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol.63, n.4, pp.533-540. 2010.

MASSON, V. A.; MONTEIRO, M. I.; VEDOVATO, T. G. Qualidade de vida e instrumentos para avaliação de doenças crônicas-revisão de literatura. **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e prática no século XXI**. Campinas: IPES, p. 45-54. 2010.

NOTTO, V. O.; BRANDÃO, V. de L.; ALVES, A. F.; SILVA, L. M.; D'ALESSANDRO, W. B. Associação entre índice de massa corporal e circunferência da cintura com pressão arterial elevada em caminhoneiros. **Revista Cereus**, v. 9, n. 1, p. 163-177. 2017.

NOVAES, E. H. de A.; ROSIER, G. L.; SILVA, M. L. C.; SESTELO, M. R.; MACEDO, L. B.; CAMELIER, A. A., & DIAS, C. M. C. C. Existe correlação entre qualidade de vida e nível de dependência de nicotina em tabagistas?. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 6, n. 3. 2016.

OLIVEIRA, B. G. de; DO NASCIMENTO, T. L. R. G.; TEIXEIRA, J. R. B.; NERY, A. A.; CASOTTI, C. A.; BOERY, E. N. Influência da condição de trabalho na qualidade de vida de taxistas. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 365-374. 2016.

OLIVEIRA, M. M.; DAHER, D. V.; DA SILVA, J. L. L.; ANDRADE, S. S. C. de A. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 273-278. 2015.

OLIVEIRA, R. A. R. de; MOREIRA, O. C.; LOPES, P. R. N. R.; AMORIM, W.; BREGUEZ, M. S.; MARINS, J. C. B. Variáveis bioquímicas, antropométricas e pressóricas como indicadores de risco cardiovascular em servidores públicos. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2. 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity**. Geneva, Switzerland: WHO. 2000.

OMS. Organização Mundial de Saúde. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**. v.41, n.10, p.403-409. 1995.

PEREIRA, C. A.; SALLES, G. C. S.; PASSOS, J. P. As condições de trabalho e sua relação com a saúde dos trabalhadores condutores de transporte. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, p. 904-907. 2010.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; DOS SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250. 2012.

PEREIRA, F. G. F.; DE AQUINO, R. A.; DE MELO ALENCAR, V. D.; PORDEUS, A. M. J.; DE ATAÍDE, M. B. C. Relação entre processo de trabalho e saúde de

caminhoneiros. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 4, p. 462-469. 2014.

PICANÇO, L. A. A.; DE PAIVA VIEIRA, E.; LIMA, A. B.; BYK, J.; DOS SANTOS, J. O. L. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 69-72. 2017.

PRODANOV, C. C.; DE FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2ª Edição. Editora Feevale. 2013.

REIS JUNIOR, D. R. **Qualidade de vida no trabalho: construção e validação do questionário qwlq-78**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa, p. 114. 2008.

ROCHA, E. M. da; SIQUEIRA, M. F. C.; SANTOS, B. L. M.; DA SILVA, M. H. P. Prevalência de obesidade e sedentarismo em caminhoneiros. 2015. **Revista Univar**, v.1, n.13, pag 165-169. 2015.

ROCHA, F. L.; DE MELO, R. L. P.; MENEZES, T. N. de. Fatores associados à síndrome metabólica em idosos do interior do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 978-86. 2016.

ROCHA, R. M., MARTINS, W. A. [editores]. **Manual de prevenção cardiovascular**. São Paulo: Planmark; 1.ed. Rio de Janeiro: SOCERJ – Sociedade de Cardiologia do estado do Rio de Janeiro. 2017.

RODRIGUES, L. F. S. **Associação do desempenho físico e sensorial de profissionais do transporte de cargas em rodovias com variáveis clínicas, de estilo de vida e de jornada de trabalho**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia). Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. Distrito Federal. 34p. 2016.

RUAS, A.; PAINI, J. F. P.; ZAGO, V. L. P. Detecção dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares dos profissionais caminhoneiros:

prevenção, reflexão e conhecimento. **Perspectiva, Erechim**, v. 34, n. 125, p. 147-58. 2010.

SANGALETI, C. T.; TRINCAUS, M. R.; BARATIERI, T.; ZAROWY, K.; LADIKA, M. B.; MENON, M. U.; MIYAHARA, R. Y.; RAIMONDO, M. I.; SILVEIRA, J. V.; BORTOLOTTI, L. A.; LOPES, H. F.; CONSOLIM-COLOMBO, F. M. Prevalence of cardiovascular risk factors among truck drivers in the South of Brazil. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1063. 2014.

SANTANA, K. dos S.; HORÁCIO, B. O.; SILVA, J. E., CARDOSO JÚNIOR, C. D. A.; GERON, V. L. M. G.; TERRA JÚNIOR, A. T. O papel do profissional farmacêutico na promoção da saúde e do uso racional de medicamentos. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 9, n. 1, p. 399-412. 2018.

SANTOS, N. O.; KAWAMOTO JÚNIOR, L. T.; CARDOSO, H. Condições de trabalho dos caminhoneiros. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 6, n. 2, p. 136-144. 2017.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro. 2016.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Volume 109, Nº 2, Supl. 1, Agosto. 2017.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Volume 101, Nº 6, Supl. 2, Dezembro. 2013.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2017-2018**. Editora Clannad. São Paulo. 2017.

SES-PR. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de hipertensão arterial / SAS**. 2.ed. Curitiba : SESA. 2018a.

SES-PR. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de diabetes mellitus / SAS**. 2.ed. Curitiba : SESA. 2018b.

SILVA, L. G.; LUZ, A. A.; VASCONCELOS, S. P.; MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R. C. Vínculos empregatícios, condições de trabalho e saúde entre motoristas de caminhão. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, v. 16, n. 2, p. 153–165. 2016.

SILVA, R. A. **Vida de caminhoneiro: Sofrimento e paixão**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu. Pontifícia Universidade Católica. Campinas, São Paulo. p. 149. 2015.

SILVEIRO, S.P; SATLER, F. **Rotinas em endocrinologia**. Artmed. 1 ed. 464 p. Porto Alegre. 2015.

SIMIONATO, L. P.; GEREMIA, D. S.; PELLEZ, C.; EICHKOFF, S. Qualidade de vida do profissional de saúde através do questionário SF-36. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 8, n. 4, p. 118-135. 2015.

SIMMONDS, E. G. S; **Fatores Determinantes da Qualidade de Vida no trabalho de Motoristas de Transporte de Cargas em Trânsito Pela Região de Barra do Garças/MT**. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Fundação Cultural Dr. Pedro Leopoldo, Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo. Pedro Leopoldo, p. 105. 2012.

SOUZA, G. E. DA S.; PRUDENCIATTO, M. R.; TANAKA, R. S.; MARTELLI, A.; DELBIM, L. R. Exercícios físicos como ferramenta de enfrentamento às comorbidades associadas à obesidade: revisão da literatura. **Archives of Health Investigation**, v. 5, n. 2. 2016.

SOUZA, J. G. S.; PAMPONET, M. A.; SOUZA, T. C. S.; PEREIRA, A. R.; SOUZA, A. G. S.; MARTINS, A. M. E. DE B.L. Instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida de crianças brasileiras. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 2, p. 272-278. 2014.

TAVARES, R. DOS S.; DA SILVA, D. M. G. V.; DAL SASSO, G. T. M.; PADILHA, M. I. C.; SANTOS, C. R. M. Fatores de riscos cardiovasculares: estudo com pessoas hipertensas, de um bairro popular na região amazônica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 4-11. 2014.

TE MORENGA, L.; MALLARD, S.; MANN, J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. **British Medical Journal**, v. 346, p. e7492. 2013.

TERRA, N. L. **A nutrição e as doenças geriátricas**. EDIPUCRS. 2016.

TIAGO, M. S. F.; ALMEIDA, F. O.; SANTOS, L. S.; VERONEZI, R. J. B. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida na doença de Parkinson. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 4, p. 538-43. 2010.

TONINI, E.; BROLL, A. M.; CORRÊA, E. N. Avaliação do estado nutricional e hábito alimentar de funcionários de uma instituição de ensino superior do oeste de Santa Catarina. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. vol. 37, n. 3. p. 268-279. 2013.

TRUJILLO, A. Epidemiologia: história, tipos e métodos. **Revista Simbiótica**, v. 3, n. 1. 2016.

VIANA, T. L.; OLIVEIRA, M. L. C. de. Fatores de risco para o desenvolvimento das doenças arteriais coronarianas nos profissionais da construção civil. **Mundo Saúde**, v. 41, n. 2, p. 154-162. 2017.

VIEIRA, A. L.; FRANÇA, G. G. As consequências no consumo indiscriminado do paracetamol e orientação farmacêutica à promoção ao uso racional. **Revista Acadêmica Oswaldo Cruz. São Paulo**, v. 6, n. 6, p. 1-12. 2015.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. A 36-item short-form health survey. I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483. 1992.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A: QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA SF-36



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA



QUESTIONÁRIO QUALIDADE DE VIDA SF-36

Pesquisa: “Avaliação da qualidade de vida e prevalência de fatores de risco cardiovasculares modificáveis em caminhoneiros ante rota nos estados do Nordeste brasileiro”.

DATA: ____/____/____

- A.** Código _____.
- B.** Idade: _____.
- C.** Sexo: () Feminino; () Masculino.
- D.** Escolaridade: () Analfabeto; () Fundamental Incompleto; () Fundamental Completo; () Médio Incompleto; () Médio Completo; () Superior.
- E.** Estado Civil: () Solteiro; () Casado; () Divorciado; () Viúvo; () Outro.
- F.** Renda Familiar: () Nenhuma; () Menos de 1 salário mínimo; () 1 a 3 salários mínimos; () Mais de 3 salários mínimos.
- G.** Estado Residente: _____.
- H.** Fatores de Risco:

<input type="checkbox"/> Hipertensão; <input type="checkbox"/> Diabetes; <input type="checkbox"/> Sedentarismo; <input type="checkbox"/> Consumo de Álcool; <input type="checkbox"/> Tabagismo;	Peso: _____; Altura: _____; $*ICM = PESO (Kg) \div ALTURA^2 (M^2) = \underline{\hspace{2cm}}$ *(Área restrita à pesquisadora).
---	---

Há quanto tempo exerce essa função: _____

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6

b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto	1	2	3	4	5

qualquer pessoa que eu conheço					
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO B – VALORES, PONTUAÇÕES E CÁLCULO DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA (QUESTIONÁRIO SF-36)

- Pontuações de cada quesito do questionário SF-36.

Questão	Valor da Resposta	Pontuação
01	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Considerar o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores = Pontuação	
04	Soma de todos os valores = Pontuação	
05	Soma de todos os valores = Pontuação	
06	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	1	6
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0
08 (Se a questão 7 = 1)	1	6
08 (Se a questão 7 = 2 a 6)	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
08 (Caso ocorra ausência de resposta na questão 07)	1	6,0
	2	4,75
	3	3,5
	4	2,25
	5	1,0
09 (a, d, e, h)	1	6
	2	5
	3	4
	4	3
	5	2

	6	1
09 (b, c, f, g, i)	Considerar o mesmo valor	
10	Considerar o mesmo valor	
11	Para “b” e “d”:	
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
	“a” e “c”: valores mantidos os mesmos.	
	Ao final: Soma dos valores.	

Fonte: Adaptado de Simionato et al., 2015.

- Cálculo “Raw Scale” (domínios):

$$\text{Valor do Domínio} = \left(\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior}}{\text{Variação}} \right) \times 100$$

Fonte: Adaptado de Simionato et al., 2015.

- Questões correspondentes, limite inferior e variação referentes a cada domínio.

Domínio	Pontuação das questões correspondentes	Limite Inferior	Variação
Capacidade Funcional	03	10	20
Aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (a + e + g + i)	4	20

Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (b + c + d + f + h)	5	25

Fonte: Adaptado de Simionato et al., 2015.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

A aluna do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG - *Campus Cuité* - PB, e a Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes desta mesma instituição, estão fazendo uma pesquisa sobre a **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES MODIFICÁVEIS EM CAMINHONEIROS ANTE ROTA NOS ESTADOS DO NORDESTE BRASILEIRO.**

O projeto tem por justificativa:

A utilidade das investigações de prevalência de fatores de risco cardiovasculares, em se tratando de uma ferramenta de vigilância em saúde, assim como da avaliação da qualidade de vida, em que ambas abordagens favorecem a adoção de estratégias e políticas públicas voltadas à saúde, práticas assistenciais, medidas de prevenção e promoção da saúde.

A pesquisa tem como objetivo geral:

Avaliar a qualidade de vida e identificar a prevalência de fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em caminhoneiros trafegantes em rodovias dos estados do Nordeste brasileiro.

Já o benefício da pesquisa:

A pesquisa é de relevância em aspectos voltados à população em estudo, os caminhoneiros, em que busca chamar a atenção da sociedade para com a importância da atuação profissional e valorização da classe, assim como pela possível contribuição na adoção de estratégias de saúde pública voltadas a estes profissionais.

Metodologia da pesquisa: O instrumento de pesquisa utilizado para avaliar a qualidade de vida será o questionário SF-36, acrescidos de informações de fatores de risco cardiovasculares e informações sociodemográficas. Os questionários serão numerados, e em seguida, transpostos para uma plataforma digital utilizando os recursos do Programa Microsoft Access versão 2010. Para a validação da digitação

será utilizado o Programa Epi Info, versão 6.02. Após a digitação, o banco de dados será transferido para o Programa Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows versão 13.0 para a análise estatística dos dados.

Para tanto, V. Sa. precisará apenas permitir a coleta de dados que será realizada através de um questionário. O projeto empregará método retrospectivo de pesquisa com seres humanos, através da utilização de questionário (**papel e caneta**) em que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participarem do estudo.

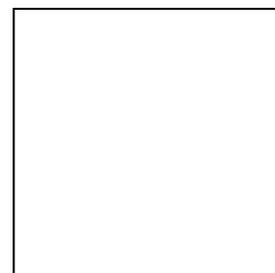
O questionário não oferece riscos à integridade física das pessoas, mas no mínimo pode provocar um desconforto, cansaço, aborrecimento pelo tempo exigido (20 minutos) ou até um constrangimento pelo teor do questionamento. As respostas serão confidenciais; o questionário não será identificado pelo nome para que seja mantido o anonimato; os indivíduos receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa; a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento; leitura do TCLE pelo entrevistador (**Élida Kaline Melo de Souza**), autorização legal quando sujeito for vulnerável, assistência psicológica da instituição de ensino se necessária; privacidade para responder o questionário (pois o questionário será preenchido pelo entrevistado); garantia de sigilo; participação voluntária e consideração de situação de vulnerabilidade, quando houver.

Solicitamos a sua colaboração, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde pública e em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome, será mantido em sigilo.

Esclarecemos que a participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com a atividade solicitada pela pesquisadora (Élida Kaline Melo de Souza). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

A pesquisadora (Élida Kaline Melo de Souza e Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes) estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que recebi uma via desse documento.



(ou) Impressão Dactiloscópica

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contado com o pesquisador e sua responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora coordenadora da pesquisa Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes.

Endereço e contato da pesquisadora: Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde – Unidade Acadêmica de Saúde – Curso de Farmácia – Sítio Olho d’água da Bica, s/n, Cuité. Telefone (82) 99940-9899.

Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n. São Jose, CEP: 58401-490. Campina Grande – PB. Tel: (83) 2101-5545. E-mail: CEP@huac.ufcg.edu.br

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora Responsável

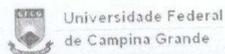
Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes

Celular **(82) 99940-9899**

Assinatura da Pesquisadora (Élida Kaline Melo de Souza)

Celular **(84) 9 9959-8238**

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO CES



Rua Aprígio Veloso, 882 - Bairro Universitário - CEP: 56429-900 - Telefone 0XX (83) 3310-1000 Campina Grande - PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **José Justino Filho** diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCCG, *Campus Cuité/PB*, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: – **Avaliação da qualidade de vida e prevalência de fatores de risco cardiovasculares modificáveis em caminhoneiros ante rota nos estados do Nordeste brasileiro**, da aluna de Farmácia “**Élida Kaline Melo de Souza**” que será realizada no período de **Agosto** a **Setembro**, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 21 de Agosto de 2018.

Prof. Dr. José Justino Filho

Prof. José Justino Filho
Diretor do CES
Mat. SIAPE: 219331-1

APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Cuité, 21 de Agosto de 2018.

Declaro para os devidos fins, que eu **MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES**, professora adjunta IV e atualmente coordenadora da Unidade Acadêmica de Saúde da UFCG *Campus* de Cuité, **Matrícula Siape1841279**. Que sou a professora responsável pelo Projeto de Pesquisa: "**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES MODIFICÁVEIS EM CAMINHONEIROS ANTE ROTA NOS ESTADOS DO NORDESTE BRASILEIRO.**"

E que irei anexar os resultados das pesquisas na Plataforma Brasil.

Prof.^a. Dr.^a Maria Emília da Silva Menezes

Matrícula SIAPE 1841279

APÊNDICE D - DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Cuité, 21 de Agosto de 2018.

Declaro para os devidos fins, que eu **MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES**, professora adjunta IV e atualmente coordenadora da Unidade Acadêmica de Saúde da UFCG *Campus* de cuité, **Matrícula Siape 1841279**. Que irei encaminhar os resultados das pesquisas para publicação, com os devidos créditos aos autores. E que só levarei para congressos e publicarei em revista científica após o parecer **Positivo** do Comitê.

Prof.ª. Dr.ª Maria Emília da Silva Menezes

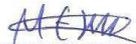
Matrícula SIAPE 1841279-1

APÊNDICE E – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES MODIFICÁVEIS EM CAMINHONEIROS ANTE ROTA NOS ESTADOS DO NORDESTE BRASILEIRO.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 150			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES			
6. CPF: 894.761.234-00	7. Endereço (Rua, n.º): RUA: MARIA DAS NEVES LIRA DE CARVALHO D. MERCÊS PESSOA NÚMERO: 29 CUITE PARAIBA 58175000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 82999409899	10. Outro Telefone:	11. Email: memenezes_2@yahoo.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>23</u> / <u>08</u> / <u>18</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE		13. CNPJ: 05.055.128/0006-80	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone:	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Jose Justino Filho</u>	CPF: 252.173.994-49		
Cargo/Função: <u>Director</u>			
Data: <u>23</u> / <u>08</u> / <u>2018</u>		 Assinatura Prof. José Justino Filho Diretor do CES Mat. SIAPE: 219331-1	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

APÊNDICE F – DOCUMENTO DE ENVIO AO COMITÊ

Plataforma Brasil x

← → Não seguro | plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf

Saúde
Ministério da Saúde

Plataforma Brasil

principal sair

Público Pesquisador Alterar Meus Dados

MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES - Pesquisador | V3.2
Sua sessão expira em: 30min 53

Cadastros

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES MODIFICÁVEIS EM CAMINHONEIROS ANTE ROTA NOS ESTADOS DO NÓRDESTE BRASILEIRO.
Pesquisador Responsável: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES
Área Temática:
Versão: 1
CAAE:
Submetido em: 23/08/2018
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Situação da Versão do Projeto: Em Recepção e Validação Documental
Localização atual da Versão do Projeto: CONEP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



- DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Versão em Tramitação (PO) - Versão 1 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Projeto Original (PO) - Versão 1 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> ↳ Folha de Rosto - Submissão 1 ↳ Informações Básicas do Projeto - Subm ↳ Outros - Submissão 1 ↳ Projeto Detalhado / Brochura Investiga ↳ TCLE / Termos de Assentimento / Justif ↳ Projeto Completo 				

- LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES	1	23/08/2018	23/08/2018	Em Recepção e Validação Documental	Não	 

- HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
------------	-----------	--------------	--------	--------	--------	---------	-------------

APÊNDICE G – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ

The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' web interface. The browser address bar shows the URL: `plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf`. The page header includes the 'Saúde Ministério da Saúde' logo and the 'Plataforma Brasil' logo. The user is logged in as 'MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES - Pesquisador | V3.2' with a session expiration of 30 minutes. The main content area is titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA' and contains the following information:

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES MODIFICÁVEIS EM CAMINHONEIROS ANTE ROTA NOS ESTADOS DO NORDESTE BRASILEIRO.
 Pesquisador Responsável: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES
 Área Temática:
 Versão: 1
 CAAE: 98110918.9.0000.5182
 Submetido em: 10/09/2018
 Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
 Situação da Versão do Projeto: Aprovado
 Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

A circular stamp with the text 'COORDENADOR' is visible on the right side of the project details.

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1206610

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

The document list shows a tree structure:

- Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1
 - Pendência Documental (PO) - Versão 1
 - Documentos do Projeto
 - Comprovante de Recepção - Submissã
 - Folha de Rosto - Submissão 2
 - Informações Básicas do Projeto - Subm
 - Outros - Submissão 2

A table with the following columns is partially visible:

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------