

CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS CAMINHONEIROS: ANÁLISE DOS ÍNDICES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Truck drivers' health conditions: analysis of arterial hypertension indexes

Pedro Ribeiro de Sales Netto¹; Marcus Vinicius Cordeiro Aleixo do Nascimento²;
Davi Justino Torres Boa Vista³; Luciano de Sá Silva Torres⁴; Ana Carolyne Moribe⁵;
Melyssa Maria Barros Santos Carvalho⁶; Tatiane Silva Gonçalves de Sales⁷;
Catia Patrícia Nunes da Silva⁸; Jonatas de Oliveira Silva⁹; Ranne Borges de Sousa¹⁰

ISSN: 2178-7514

Vol. 16 | N.º. 2 | Ano 2024

RESUMO

No Brasil existe aproximadamente uma frota de 1,8 milhões de caminhoneiros. E por seu excesso de trabalho originam-se vários problemas de saúde, como a hipertensão arterial, que é a elevação da pressão exercida pelo sangue dentro dos vasos sanguíneos. Considera-se atualmente a hipertensão como um dos fatores que designa “doença das responsabilidades”, e sabe-se que grande maioria dos caminhoneiros tem dia e horário para entrega de suas cargas, portanto enfrentam uma rotina de trabalho na qual apresentam horários irregulares para descansar e alimentar-se corretamente. Então tornam-se uma clientela de difícil acesso para os profissionais da saúde. Tem como objetivo principal analisar as condições de saúde dos caminhoneiros, cuja metodologia consiste em uma pesquisa de campo descritiva com enfoque quantitativa no qual seus resultados servem de base para a realização da avaliação das condições de saúde dos caminhoneiros, que transitam pela BR-316 Maranhão, com aplicação de questionário como instrumento de coleta de dados ao qual obteve-se que dos 115 motoristas caminhoneiros entrevistados, 98% eram do sexo masculino, 29% com idade maior 41 anos, 44% fazem uso de medicamentos para alterar o sono, 61% se alimentam com comida enlatada, 84% só vão a Unidade Hospitalar quando estão doentes, 51% fez sua última consulta há alguns anos, 22% referiram praticar atividades físicas. Diante disto, conclui-se que 64% dos caminhoneiros não sofrem de hipertensão, mas a grande maioria está exposta a riscos que venham contribuir para que os mesmos adquiram a patologia.

Palavras-chave: Saúde. Caminhoneiros. Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

In Brazil there is approximately a fleet of 1.8 million truck drivers. And due to overwork, several health problems arise, such as high blood pressure, which is the increase in pressure exerted by the blood within the blood vessels. Hypertension is currently considered to be one of the factors designated as a “disease of responsibilities”, and it is known that the vast majority of truck drivers have a day and time to deliver their loads, therefore they face a work routine in which they have irregular times to rest. and eat correctly. Therefore, they become a clientele that is difficult for healthcare professionals to access. Its main objective is to analyze the health conditions of truck drivers, whose methodology consists of descriptive field research with a quantitative focus in which its results serve as a basis for carrying out the assessment of the health conditions of truck drivers, who travel along the BR-316 Maranhão, using a questionnaire as a data collection instrument, which revealed that of the 115 truck drivers interviewed, 98% were male, 29% were over 41 years of age, 44% use medication to alter their sleep, 61 % eat canned food, 84% only go to the Hospital Unit when they are sick, 51% had their last appointment a few years ago, 22% reported practicing physical activities. Given this, it can be concluded that 64% of truck drivers do not suffer from hypertension, but the vast majority are exposed to risks that may contribute to them acquiring the pathology.

Keywords: Health. Truck drivers. Arterial hypertension.

1. Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Tocantins.
2. Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Norte do Tocantins.
3. Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Tocantins.
4. Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Norte do Tocantins.
5. Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Norte do Tocantins.
6. Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Norte do Tocantins.
7. Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Tocantins.
8. Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.
9. Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Norte do Tocantins.
10. Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Norte do Tocantins.

Autor de correspondência

Pedro Ribeiro de Sales Netto - pedrosales@hotmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo dados do IBGE, até o ano de 2022 existia aproximadamente uma frota de 1,8 milhões de caminhoneiros¹. E por seu excesso de trabalho origina-se vários problemas de saúde, entre eles a hipertensão arterial, que é a elevação da pressão exercida pelo sangue dentro dos vasos sanguíneos, que pode ser causado pelos desequilíbrios entre algumas substâncias. Os fatores de risco predominantes são: fumo, estresse, genética, aumento da idade, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, obesidade, entre outros. Manifesta-se por cefaleia, zumbido no ouvido, dor no peito, formigamento nos membros, tonturas, visão turva, sangramento nasal, etc. Entretanto na maioria das vezes é assintomática. Considera-se atualmente a hipertensão como um dos fatores que designa “doença das responsabilidades”, e sabe-se que grande maioria dos caminhoneiros tem dia e horário para entrega de suas cargas, portanto enfrentam uma rotina de trabalho na qual apresentam horários irregulares para descansar, dormir e alimentar-se corretamente. Então tornam-se uma clientela de difícil acesso para os profissionais da saúde, e um desafio de planejar estratégias que possam incluir essa população na promoção da saúde e prevenção de enfermidades.

Busca-se com essa pesquisa caracterizar o perfil dos usuários hipertensos cadastrados e acompanhados por uma unidade de saúde, um tema que envolve muitos contrastes, pois

os diagnósticos da doença estão baseado no procedimento simples e de baixo custo que é a medida da pressão arterial e a sua elevação traduz alterações em complexos mecanismos de controle, sujeitos á influencia de fatores genéticos e ambientais ainda não plenamente elucidado. Tendo em vista o planejamento de ações em saúde que possam contribuir para a melhoria do atendimento e da qualidade de vida desse grupo de usuários.

A HIPERTENSÃO ARTERIAL (HA)

Atualmente a Hipertensão Arterial (HA) é considerada um problema de saúde pública pelas altas taxas de prevalência na população. No entanto, sabe-se que apesar da facilidade do diagnostico, seu controle ainda continua sendo um dos principais desafios. Infelizmente, a disponibilidade do tratamento não garante a adesão dos usuários².

A hipertensão arterial ou pressão alta é o aumento da pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias para se movimentar, além dos valores considerados normais. Geralmente a pessoa com pressão alta não tem sintomas, entretanto, alguns hipertensos podem sentir dor de cabeça, cansaço, tonturas, sangramento pelo nariz. Por isso é importante verificar regularmente a pressão arterial em ambulatórios ou centros de saúde³.

Ela caracteriza-se pelo aumento da pressão exercida pelo sangue dentro dos vasos sanguíneos, que pode ser decorrente de alterações no débito

cardíaco provocado pelo desequilíbrio entre as substâncias vasodilatadoras e vasoconstritoras, ou quando a resistência periférica apresenta algum tipo de anormalidade. Os fatores de risco predisponentes são: o estresse, baixo nível educacional, fumo, ansiedade, predisposição genética e fatores ambientais⁴.

Este é um tema que envolve muitos contrastes, pois o diagnóstico da doença esta baseado no procedimento simples e de baixo custo que é a medida da pressão arterial e a sua elevação traduz alterações em complexos mecanismos de controle, sujeitos a influencia de fatores genéticos e ambientais ainda não plenamente elucidados⁵.

A HA é assintomática na maioria dos casos e é reconhecida como “assassina silenciosa”, pelas taxas de morbidade e mortalidade cardiovasculares relacionadas, envolvendo todas as faixas etárias. No entanto, apesar de dispormos de um numero considerável de drogas para o seu tratamento, ainda nos deparamos com a triste realidade de que apenas cerca de 10% dos hipertensos tem a sua pressão arterial controlada no Brasil⁶.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais².

Em outro conceito, segundo o Ministério da Saúde a HAS é uma das principais doenças do grupo das doenças cardiovasculares e nos últimos anos vem crescendo de forma significativa. Nesse contexto ressalta que, aproximadamente, 17 milhões de brasileiros, são portadores da doença e sua prevalência varia de 22,3% a 43,9% na população adulta⁷

É uma doença que afeta cerca de 20% da população brasileira e chega a 50% entre os idosos, segundo dados do Ministério da Saúde. A pressão alta está relacionada com a quantidade de sangue que o coração bombeia e a resistência das artérias ao fluxo sanguíneo⁸.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. E considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde publica. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, continua e independente².

Vários fatores implicados no aumento da pressão arterial já foram identificados: obesidade, resistência á insulina, consumo aumentado de álcool, ingestão aumentada de sal (pelo menos em indivíduos sal-sensíveis), idade, sedentarismo, estresse, baixo consumo de potássio e cálcio, entre outros. O reconhecimento destes fatores de riscos pode levar a um diagnostico mais precoce, instalação de medidas de prevenção não-farmacológicas, ou o melhor tratamento quando da condição já instalada⁹.

Postula-se, também, que variações genéticas podem contribuir na determinação dos níveis de pressão arterial de um indivíduo, não apenas pela herdabilidade elevada pressão arterial definida como um fenótipo ou ao caráter quantitativo de sua distribuição populacional, mais principalmente ao grande impulso que trabalhos envolvendo modelos animais de hipertensão – estes sim, geneticamente determinando o desenvolvimento de hipertensão¹⁰.

Não se deve subestimar, ainda, a contribuição dos fatores genéticos na própria definição dos outros fatores de riscos ditos ambientais, como diabetes, obesidades ou mesmo consumo de álcool. Outro aspecto importante que deve ser considerado nesse complexo modelo são as possíveis interações, aditivas ou mesmo sinérgicas, entre fatores de risco ditos ambientais com fatores de risco geneticamente determinados¹¹.

É justamente a elucidação de quais são as variáveis genéticas importantes nesta enorme equação que pode ajudar a melhorar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes. Dessa maneira, identificar que hipertensão de um indivíduo se deve sobremaneira à presença de resistência a insulina, obesidade, idade e à interação destas condições com outros tantos fatores de risco genéticos podem ser muito mais importante no futuro para o manejo clínico de um paciente do que conceitua-lo unicamente como hipertenso essencial⁹.

Diagnóstico e Classificação

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. A PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde².

A pessoa é considerada hipertensa quando a sua pressão arterial estiver maior ou igual a 140/90 mmHg (ou 14 por 9). Para ter certeza do diagnóstico é indicado que a aferição seja realizada várias vezes, em situações diferentes, de forma correta, com aparelhos calibrados e por profissional capacitado³.

Definir valores normais para a pressão arterial não é fácil porque, quanto maior a pressão, maior o risco cardiovascular e menor a sobrevida, não havendo uma linha divisória entre normotensão e hipertensão. O limite arbitrário adotado operacionalmente é que um indivíduo adulto é considerado hipertenso quando os níveis de pressão arterial são iguais ou maiores do que 140/90 mmHg¹².

Os procedimentos de aferição da pressão são simples e de fácil realização. Contudo, nem sempre são realizados de forma adequada. Algumas condutas podem evitar erros, como, por exemplo, o preparo apropriado do paciente, o uso de técnica padronizada e de equipamento calibrado¹³.

Uma outra maneira de detectar e diagnosticar se a pessoa é hipertensa é realizar

o teste ergométrico que visa verificar o comportamento da pressão antes, durante e após o esforço físico, com a utilização da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), que efetua medidas de seus valores por 24 horas ao longo das atividades cotidianas e durante o sono, é um dos recursos mais usados para confirmar

o diagnóstico de HAS. Em determinados casos pode ser útil uma avaliação psicológica, bem como do nível de estresse do paciente⁸.

Sobre a classificação da pressão arterial, existem diversos valores que podem expressar a condição das pessoas em relação à pressão arterial, conforme consta abaixo:

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)².

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe *	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Prevenção, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA².

Calcula-se que essas taxas devem estar superestimadas, graças, principalmente, a heterogeneidade dos trabalhos realizados. A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos

de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do PSF, mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS³.

Acumula-se na literatura científica evidência substancial demonstrando que ações preventivas e terapêuticas direcionadas a HAS reduzem a morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares¹⁴.

Tem como finalidade o controle da pressão arterial, valores inferiores a 140 para sistólica e 90 mmHg para diastólica, visando a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares decorrentes da hipertensão e inclui medidas farmacológicas e não-farmacológicas. O tratamento não-farmacológico está indicado para todos hipertensos e para normotensos com risco cardiovascular elevado. A adoção do tratamento não-farmacológico requer mudanças de hábitos de vida. O tratamento medicamentoso a base de drogas anti-hipertensivas objetiva a redução não só da pressão arterial, mas também dos eventos cardiovasculares fatais e não-fatais⁷.

O HIPERDIA e os Caminhoneiros

O HIPERDIA, que é um plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus que permite cadastrar e acompanhar os hipertensos e diabéticos em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) e que garante o recebimento dos medicamentos prescritos. Além disso, é uma útil que gera informações para os gestos de saúde e ministério de saúde a respeito do perfil epidemiológico da população, a fim de propor estratégias, visando à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas⁷.

É importante frisar que a maioria dos caminhoneiros brasileiros apesar de terem endereço fixo, não procura se cadastrar neste sistema e isso faz com que os índices destes

profissionais com hipertensão arterial não seja computado, dificultando as ações de prevenção e tratamento do SUS¹.

Tem-se a seguir diversos sistemas que podem ajudar a manter a pressão arterial dentro de valores adequados¹⁴:

1) Coração: quanto mais forte a pressão que o músculo cardíaco fizer para bombear o sangue, maior a pressão exercida no interior das artérias;

2) Artérias: as artérias são dotadas de uma camada muscular que, ao contrair (vasoconstrição), dificulta a passagem do sangue, e, ao relaxar (vasodilatação), facilitam-na. Além disso, suas paredes internas são revestidas pelo endotélio, tecido delicado que secreta substâncias vasoativas cruciais para a contração e a dilatação dos vasos;

3) Óxido nítrico e a endotelina: o primeiro é um gás que dilata os vasos e diminui a pressão; a segunda é uma proteína que exerce a função inversa, para aumentá-la;

4) Barorreceptores: são estruturas sensíveis às variações de pressão, estrategicamente distribuídas no interior do coração, artérias e veias, por meio das quais o cérebro monitora a cada segundo os valores da pressão no sistema circulatório;

5) Adrenalina: quando os barorreceptores detectam algum valor anormal de pressão, o cérebro imediatamente envia ordens (hormônios) para corrigir o problema.

O hormônio mais importante nessas situações é a adrenalina, mas existem outros, como o cortisol, que também está envolvido no mecanismo de estresse;

6) Outros hormônios: entre eles a renina, que o organismo converte em outro hormônio, chamado angiotensina I. Quando a angiotensina I cai na circulação, é convertida em angiotensina II, que contrai os vasos sanguíneos e avisa as glândulas adrenais (suprarenais) para produzir aldosterona. A aldosterona dá ordem aos rins para reter mais água e sódio, e aumentar a pressão.

Condições de Saúde dos Caminhoneiros e a Hipertensão Arterial e Fatores de Risco

A profissão de motorista profissional de transporte de carga (classificada pelo Manual de Classificação Brasileira de ocupação pelo Código 7825-05) pode expor seus profissionais aos riscos de doenças cardiovasculares devido as suas particularidades¹.

- **Idade**

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos. Entre metalúrgicos do Rio de Janeiro e de São Paulo, a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para essa condição².

Outro estudo realizado na cidade de Lavras da Mangabeira-CE demonstrou que:

A média de idade dos pacientes encontrada na amostra foi de 65 (+13,95) anos, com predomínio de hipertensos na faixa etária de 50 aos 69 anos (48,1%) seguida pelas demais faixas de 30 aos 49 anos (13,0%), 70 aos 89 anos (37,0%) e 90 anos ou mais (1,9%)¹¹.

A idade avançada é uma das condições que faz com que haja o aparecimento da hipertensão sistólica isolada. Neste caso, quase em todas as pessoas a pressão arterial aumenta com a idade, com uma pressão sistólica que aumenta até os 80 anos pelo menos e uma pressão diastólica que aumenta até aos 55 a 60 anos, para depois estabilizar-se e inclusive descer⁵.

Embora possa instalar-se em qualquer idade, o diagnóstico costuma ser feito ao redor dos 35 anos. Ao atingir 50 anos, porém, metade da população sofre de pressão alta; daí em diante a incidência cresce sem parar¹⁴.

- **Gênero e etnia**

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação a cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em

relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil².

Dados de prevalência da HAS por sexo, na literatura, são discordantes havendo estudos em que se verifica predominância na população feminina e na masculina e, ainda, aqueles em que se relata uma prevalência semelhante em ambos os sexos após os 60 anos ou discreto predomínio entre as mulheres (LIMA et al., 2005).

Talvez esse alto índice prevalência de HAS em mulheres se deva ao fato de que elas, principalmente em nosso país, procuram bem mais os serviços de saúde do que a população masculina¹⁰.

A respeito do gênero, entre as pessoas de meia idade, os homens são mais propensos à hipertensão. No entanto, depois dos 55 anos – quando as mulheres atingem a menopausa – a relação se inverte, e a doença se torna mais prevalente no sexo feminino, já sobre a etnia, a hipertensão é mais comum em negros do que em brancos. Nos negros, a doença costuma surgir em idade mais precoce, tende a ser mais pronunciada e a progredir mais rapidamente¹⁴.

- **Obesidade**

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens.

Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA².

Quanto maior a massa corpórea, maior a frequência cardíaca e mais esforço o coração deve executar para que o sangue chegue aos tecidos. Além disso, o excesso de gordura aumenta os níveis de insulina no sangue, o que provoca retenção de sódio e de água. O aumento do volume líquido circulante faz a pressão subir no interior do sistema¹⁴.

Os hipertensos com excesso de peso devem ser orientados para redução até atingir índice de massa corporal inferior a 25 Kg/m² e relação cintura/quadril inferior a 0,8 para mulheres e 0,9 para homens. A redução de peso pode ser obtida com dieta hipocalórica balanceada e atividade física programada (BRASIL, 2010, p. 277).

- **Alta ingestão de sódio**

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA.

A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras⁷.

A redução de sal na alimentação deve ser enfatizada para consumo de 100 mEq/dia = 6 g de sal (1 colher de chá). Evitar alimentos industrializados, enlatados, embutidos, carnes/peixes secos, defumados, charque, conservas, aditivos à base de glutamato de sódio, queijos, adição de sal aos alimentos prontos e abolir saleiro da mesa. O uso de substitutos do sal com cloreto de potássio deve ser evitado em pacientes com comprometimento renal. O aumento da ingestão de potássio pode ser obtido com uso de grãos (feijão, ervilha), vegetais verde-escuros, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa, laranja⁷.

A Organização Mundial da Saúde recomenda um consumo máximo de 2000 mg (2 g) de sódio por pessoa ao dia, o que equivale a 5 g de sal (lembrando que 40% do sal é composto de sódio). As informações sobre consumo de sal provêm da indústria brasileira e indicam que a média de consumo de sal é de 12 g por dia. A média de consumo dos países industrializados é de 8 a 9 g por dia. Isso significa que a população brasileira deveria diminuir o consumo do sal em dois terços, a fim de se aproximar do limite recomendável. A maioria do sal está contida nos alimentos industrializados, a redução substancial no consumo desses produtos exigirá mudanças nas práticas de industrialização de alimentos¹⁵.

- **Consumo de álcool**

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular e geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas².

Álcool em pequena quantidade não afeta significativamente a pressão; seu efeito relaxante pode eventualmente reduzi-la. Enquanto um ou dois drinques (1 drinque = uma taça de vinho = 1 lata de cerveja = 50 ml de destilados) por dia podem ser tomados com segurança, os estudos deixam claro que o consumo diário de três ou mais praticamente dobra o risco de hipertensão. E mais, o excesso de álcool pode lesar o coração, além do fígado e outros órgãos¹⁴.

O consumo de bebida alcoólica não deve exceder a 30 ml de etanol/dia, o que equivale a 60 ml de destilados (pinga, uísque, vodca), 240 ml de vinho ou 720 ml de cerveja⁷.

As bebidas alcoólicas elevam a pressão arterial. Portanto, a redução do consumo de álcool é eficaz para diminuir a pressão arterial e pode prevenir a pressão alta. Sabe-se que entre cinco e dez por cento dos homens com pressão alta têm como causa do problema o alto consumo de bebidas alcoólicas. As bebidas alcoólicas possuem etanol, substância tóxica que lesa órgãos como o cérebro, o coração, o fígado e o pâncreas. Além disso, elas podem piorar a gastrite, dificultar a perda de peso (pois possuem muitas calorias) e retardar os reflexos, dificultando dirigir automóvel. E quem exagera corre o risco de desenvolver dependência e arruinar a própria vida⁷.

- **Sedentarismo**

A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV. A prática de exercícios físicos regulares, além de reduzir a pressão arterial, auxilia na redução de peso, tratamento das dislipidemias, resistência à insulina, controle do estresse e abandono do tabagismo. Atividades como caminhada, natação, ciclismo, 30 a 45 min/semana são indicadas para hipertensos. Exercícios isométricos são contraindicados².

Mulheres e homens inativos apresentam batimentos cardíacos mais acelerados para o sangue vencer a resistência das artérias, que a falta de atividade física tornou endurecidas. Além disso, a vida sedentária acha-se ligada à obesidade, causa importante da doença¹⁴.

- **Genética**

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS esta bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de desenvolver HAS2. A respeito da história familiar no qual, se um de seus pais tem hipertensão, você tem 25% de probabilidade de desenvolvê-la no decorrer da vida. Quando pai e mãe são hipertensos, essa probabilidade sobe para 60%¹⁴.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O desenvolvimento deste estudo utilizou-se de meios de pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa, cujos dados receberam tratamento estatístico para a análise dos resultados. A pesquisa exploratória e descritiva consiste respectivamente em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema visando criar maior familiaridade em relação ao fato ou fenômeno¹⁶.

A pesquisa consistiu em fazer uma avaliação das condições de saúde dos caminhoneiros, que transitam pela BR-316 MA, com aplicação de questionário como instrumento

de coleta de dados por parte das pesquisadoras com o público alvo em questão.

O período da coleta de dados se deu a partir de 02 a 26 de abril de 2024, no qual foram entrevistados 115 motoristas de ambos os sexos que aceitaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fornecido pelas pesquisadoras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 115 motoristas caminhoneiros, sendo que 98% deles eram do sexo masculino e 2% do sexo feminino, com 20% com idade entre 25 a 30 anos, 22% de 31 a 36 anos, 29% de 37 a 41 anos, 29% maior que 41, 49% relatam ser fumantes e 51% não fumantes, 62% consomem bebida alcoólica e 38% não consome 44% fazem uso de medicamentos para alterar o sono e 56% não fazem uso do mesmo, 42% se irritam facilmente e 58% não se irritam com facilidade, 87% já trabalhou doente e 13% não, 84% bebem água com frequência e 16% não consome água com frequência, 61% se alimentam com comida enlatadas e 39% não fazem uso desse tipo de alimento, 36% são hipertensos e 64% não são hipertensos, 84% só vão a Unidade Hospitalar quando estão doentes e 16% vão sem estar doentes, 4% fez sua última consulta há alguns dias, 5% há algumas semanas, 40% há alguns meses e 51% há anos, 25% possuem outras doenças além de hipertensão e 11% não sabem que possuem e 54% não possuem, 18% dizem

ser diabéticos e 82% não são diabéticos, 22% praticam atividade física e 78% não praticam atividade física.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial esta estreitamente relacionada com o estilo de vida. Os efeitos a saúde acontecem em qualquer idade, portanto, mudar os hábitos melhora a qualidade de vida, gera benefícios físicos e psicossociais e reduz o risco e morte. Sobre os resultados da pesquisa, percebeu-se que nem todos os caminhoneiros sofrem de hipertensão, mas que grande maioria estão expostos a riscos que venham contribuir para que os mesmos adquiram a patologia. Então é de fundamental importância uma alimentação saudável, com momentos de lazer e prática de atividade física.

Um dos grandes agravantes da hipertensão arterial sistêmica em caminhoneiros é o alto consumo de sódio nos alimentos, principalmente os industrializados, como os enlatados, macarrões instantâneos, biscoitos e salgadinhos que são consumidos durante as viagens destes profissionais. Há ainda um descontrole no consumo de alimentos com alto índice de uso de sal como os churrascos e comidas feitas nas beiras das estradas, sem que haja um controle nutricional para este público em questão.

REFERÊNCIAS

1. RODOXISTO. IBGE Aponta Crescimento de 14,5% no Setor de Transporte. 2022. Disponível em: <https://www.rodoxisto.com.br/ibge-aponta-crescimento-de-145-no-setor-de-transporte/>. Acesso em: 29.abr.2024.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2010. Disponível em: <http://tiny.cc/jrdhs>. Acesso em: 02.abr.2024.
3. BRETAS, Solange Lage. Hipertensão. Belo Horizonte - MG: Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, 2013.
4. SMELTZER, S. C. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.
5. MERCK, Manual. Hipertensão Arterial. 2014. Disponível em: http://www.manual_merck.net/?id=51. Acesso em: 11.abr.2024.
6. ROSÁRIO, T. M.; SCALA, L. C. N. S.; FRANCA, G. V. A.; PEREIRA, M. R. G.; JARDIM, P. C. B. V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Card. 2019; v. 93, n. 6, p. 672-8.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial. 2013. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.br/index.php/sua-saude/hipertensao-arterial>. Acesso em: 15.abr.2024.
8. EXAME. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2014. Disponível em: http://www.laboratorio_exame.com.br/clientes/artigo/hipertensao-arterial-sistêmica. Acesso em: 12.abr.2024.
9. GERMINO, Germano Coutinho de Souza; SOARES, Germana de Melo; MEDEIROS, Victório de Oliveira; VALENÇA, Ana Maria Gondim. Aspectos Epidemiológicos da Hipertensão Arterial em Lavras da Mangabeira – Ceará – Brasil. 2007. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/3375/2768>. Acesso em: 19.abr.2024.
10. LIMA, S. G.; NASCIMENTO, L. S.; FILHO, C. N. S.; ALBUQUERQUE, M. F. P. M.; VICTOR, E. G. Hipertensão Arterial Sistêmica no Setor de Emergência. O Uso de Medicamentos Sintomáticos como Alternativa de Tratamento. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo, v. 85, n. 2, p. 115-123, 2005.
11. SOUZA, Germano Coutinho de; SOARES, Germana de Melo; MEDEIROS, Victório de Oliveira; VALENÇA, Ana Maria Gondim. Aspectos Epidemiológicos da Hipertensão Arterial em Lavras da Mangabeira – Ceará – Brasil. 2007. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/33752768>. Acesso em: 29.abr. 2024.
12. JARDIM, P. C. V.; PEIXOTO, M. R.; MONEGO, E.; MOREIRA, H.; VITORINO, P. V. O.; SOUZA, W. S. B.

S.; et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Card.* 2007; v. 88, n. 4, p. 452-7.

13 RABELLO, C. C.; PIERIN, A. M.; MION JR. D. Healthcare professionals' knowledge of blood pressure measurement. *Rev Esc Enferm USP.* 2004; v. 38, n. 2, p. 127-34.

14 VARELLA, Drauzio. Diabetes, Hipertensão, Obesidade. 2013. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/diabetes/hipertensao-2/>. Acesso em: 01.mai.2024.

15 GLOBO. COM. Sódio: seu consumo excessivo está associado à hipertensão e doenças. 2013. Disponível: <http://globoesporte.globo.com/eu-atleta/nutricao/noticia/2013/06/sodio-seu-consumo-excessivo-esta-associado-hipertensao-e-doencas.html>. Acesso em: 27.abr.2024.

16 LEOPARDI, M. T. Metodologia da Pesquisa e Saúde. 12. ed. Rio Grande do Sul (RS): Editora Pallottí, 2011.

Observação: os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.