

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

ANIZIA ORNELAS PAES

**QUALIDADE DE VIDA, PERFIL NUTRICIONAL, UTILIZAÇÃO DE DROGAS EM
CAMINHONEIROS DA GRANDE VITÓRIA**

VITÓRIA
2016

ANIZIA ORNELAS PAES

**QUALIDADE DE VIDA, PERFIL NUTRICIONAL, UTILIZAÇÃO DE DROGAS EM
CAMINHONEIROS DA GRANDE VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof. Dra. Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão.

VITÓRIA
2016

ANIZIA ORNELAS PAES

**QUALIDADE DE VIDA, PERFIL NUTRICIONAL, UTILIZAÇÃO DE DROGAS EM
CAMINHONEIROS DA GRANDE VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em nutrição.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof. Dra. Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão - Orientador

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXX, Instituição

Prof. XXXXXXXXXXXX, Instituição

A meu marido pelo companheirismo de todas as horas, a meus filhos, nora, genro, netos, mãe,
Irmã, irmãos, cunhados, cunhadas, enfim a todos que sempre me apoiaram e, acima de tudo,
souberam entender os momentos que os privei de minha presença para a conclusão desta jornada.

Aos caminhoneiros

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir a conseguir outra faculdade me dando saúde, paciência para conseguir, pois sem a sua presença eu não chegaria até aqui, por todas as graças recebidas, por todos os momentos em que achava que estava afundando Ele me segurava em suas mãos e mostrava o caminho.

A meu marido que teve paciência nos momentos mais difíceis, compreendendo a necessidade de concluir o curso.

Aos meus filhos Fred e Carol pela força, sempre na torcida e incentivando a não parar, e sempre continuar nesta caminhada.

A minha mana que sempre esteve ao meu lado desde o começo me ajudando em tudo que necessitei me incentivando e colocando para cima, nunca me deixando desistir dos meus sonhos.

A minha mãe preocupada, sempre orando pela minha vida.

Ao meu genro, nora e netos que por sinal são lindos.

A todos os meus irmãos, cunhados (as), sobrinhos (as), pela força.

Aos amigos que fiz durante toda minha caminhada.

As nutricionistas do estágio do Vitória Apart. Vilma, Gabriela, Mariana, Daniela, Carina, Renata e Sabrina.

A Nutricionista Sandra da APAE, lugar que aprendi muito, com os meninos especiais.

A todos os professores que tudo me ensinaram com paciência e dedicação.

A minha querida orientadora prof. Mírian, pela paciência, dedicação, carinho e incentivo, e por passar o seu conhecimento, o qual contribuiu para a realização deste trabalho.

Aos caminhoneiros por ter aceitado a participar deste estudo.

Enfim, agradeço a todos que acreditaram em mim, e também aqueles que não acreditaram, porque isso serviu de mais um incentivo para continuar até aqui.

“A vida é uma oportunidade. Aproveite-a. A vida é uma beleza. Admire-a. A vida é um sonho. Faça que se torne realidade. A vida é um desafio. Enfrente-o. A vida é um dever. Cumpra-o[...].

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

A profissão de caminhoneiros normalmente é desgastante, estressante com hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, utilização de álcool e drogas, pode ocorrer prejuízos à saúde e a qualidade de vida. Diante desta situação o objetivo desse estudo consiste em avaliar o perfil Nutricional, Qualidade de Vida, utilização de drogas em Caminhoneiro da Grande Vitória. Trata-se de uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa, realizada em consultório de cardiológico no município de Cariacica- ES, que apresenta uma amostra de 32 indivíduos, com idade entre 18 a 65 anos. O estado nutricional foi analisado por meio de antropometria e questionário de frequência alimentar. No que concerne aos aspectos éticos somente participaram da pesquisa os pacientes que assinaram o termo de compromisso livre e esclarecido, o referido projeto foi enviado ao comitê de ética da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. Os dados quantitativos foram descritos em média, desvio padrão, mediana, máximo e mínimo e as variáveis qualitativas descritas a partir de frequência absoluta e relativa, a fim de comparar as variáveis antropométricas e o consumo alimentar, utilização de drogas e qualidade de vida. Nas análises estatísticas realizadas empregou-se como nível de significância $p < 0,05$. Os participantes apresentaram idade de 30 a 60 anos, com sobrepeso, conforme a média de Índice de Massa Corporal (IMC) $29,5 \text{ kg/m}^2$. Circunferência de Cintura a média de 99,7 cm. O escore alimentar mostrou uma pontuação de 29 a 42 pontos. Em consideração a qualidade de vida e notável os domínios aspectos emocionais e estado geral de saúde, onde ocorreu menor pontuação. Feita associação de qualidade de vida e parâmetros antropométricos, obteve um valor de significância na capacidade funcional. E qualidade de vida com utilização de drogas, foram encontradas associações significativas entre o tabaco com 7 dos 8 domínios. Este estudo revelou os caminhoneiros estão com sobrepeso, possuem hábitos de vida nocivos à saúde, como alimentação não saudável, sedentarismo, utilização de álcool, tabaco e drogas psicoativas, ficando exposto a ocorrências de doenças crônicas não transmissíveis ressaltam a relevância do acompanhamento nutricional para estes profissionais.

Palavras-chave: Caminhoneiros. Estilo de vida. Drogas. Nutrição. Avaliação Nutricional.

ABSTRACT

The profession of truck drivers is a tiring, stressing, sedentary one usually involving bad eating habits and alcohol or substance abuse; this can lead to dangers in health and quality of life. Confronted with these facts, this study aims to evaluate the nutrition, quality of life, and scope of substance abuse within the truck driving professionals of Greater Vitoria. A cross-sectional survey using a quantitative approach was done by an office of cardiology in the city of Cariacica- ES, which features a sample of 32 subjects, aged 18-65 years. Their nutritional health was assessed by anthropometry as well a food frequency survey. Regarding the ethical aspects, the only patients who participated in the study were the ones who signed a term or free and clarified commitment. The aforementioned study was then sent to the ethics committee of the Faculdade Católica Salesiano do Espírito Santo. The quantitative data used mean, standard deviation, median, minimum, maximum, and qualitative variables from absolute and relative frequency, in order to compare the anthropometry, food consumption, drug use and quality of life. In the performed statistical analysis a significance level of $p < 0.05$ was given. Participants ages 30 to 60 years old average were presented as, overweight, compared with the average body mass index (BMI) of 29.5 kg/m², and a having a waist circumference of 99.7cm. The food score showed range of 29-42 points. Regarding quality of life, it is clear to see effects in the areas of emotional and general health with those in the lower end of the point's spectrum. By associating quality of life with anthropometric parameters, there was a significant value to the functional capacity of individuals. Regarding quality of life with drug use, there were strong associations with tobacco in 7 out of 8 domain. This study revealed truckers are overweight , have harmful lifestyle to health , such as unhealthy diet, physical inactivity , use of alcohol, tobacco and psychoactive drugs , getting exposed to occurrences of chronic diseases highlight the importance of nutritional monitoring for these professionals.

Keywords: Truck drivers. Lifestyle. Drugs. Nutrition. Nutritional Assessment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra referente a faixa etária, cor, grau de escolaridade e doenças crônicas.....	59
Tabela 2- Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo das variáveis antropométricos dos caminhoneiros.....	60
Tabela 3- Valores de porcentagens dos resultados de exames bioquímicos.....	61
Tabela 4- Frequência absoluta e relativa da frequência alimentar dos caminhoneiros (alimentos saudáveis)	62
Tabela 5- Frequência de quantitativo de refeição feita durante ao dia.....	64
Tabela 6 Frequência relativa e absoluta do questionário de alimentos não saudáveis dos caminhoneiros em estudo.....	65
Tabela 7- Frequência absoluta e relativa da utilização de Tabaco, Álcool e outros tipos de drogas.....	67
Tabela 8- Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo da pontuação obtida por domínios do questiona SF 36 na avaliação dos caminhoneiros.....	67
Tabela 9- Correlação entre o parâmetro antropométrico e QV.....	68
Tabela 10- Correlação entre o escore do tabaco, Álcool e Maconha e qualidade de vida (SF-36)	69
Tabela 11: Correlação entre o escore do Cocaína/crack e Anfetaminas/ Êxtases qualidade de vida (SF-36).	70
Tabela 12: Correlação entre o escore alimentar e a qualidade de vida.....	71
Tabela 13: Correlação do percentual de gordura, o escore alimentar e a circunferência de cintura.....	72

Tabela 14: Correlação do percentual de gordura com o escore alimentar e escore de álcool e drogas	73
Tabela 15: Correlação do percentual de gordura e a circunferência de cintura com os bioquímicos.....	73
Tabela 16: Correlação do escore de qualidade de vida com os bioquímicos....	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Valor do escore alimentar conforme resultado do questionário de frequência alimentar.....	66
Gráfico 2-Correlação entre dispersão do percentual de gordura com a qualidade de vida.....	68
Gráfico 3-Dispersão da circunferência da cintura com a qualidade de vida.....	69
Gráfico 4-Dispersão do escore do tabaco com a qualidade de vida.....	69
Gráfico 5-Dispersão do escore do álcool com a qualidade de vida.....	70
Gráfico 6-Dispersão do escore da cocaína/crack com a qualidade de vida.....	71
Gráfico 7-Dispersão do escore alimentar com a qualidade de vida.....	71
Gráfico 8-Dispersão do percentual de gordura com o escore alimentar e a circunferência de cintura.....	72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
2.1 PROFISSÃO DO CAMINHONEIRO.....	27
2.2 O PERFIL DO CAMINHONEIRO.....	30
2.3 QUALIDADE DE VIDA DROGAS E ÁLCOOL.....	32
2.4 PROBLEMAS RELACIONADAS À PROFISSÃO DO CAMINHONEIRO....	39
2.4.1 Obesidade	39
2.4.1.1 Acidente De Trabalho e Obesidade.....	41
2.4.2 Sedentarismo	42
2.4.3 Doenças Cardiovasculares	44
2.4.4 Hipertensão	45
2.4.5 Diabetes.....	47
2.4.6 Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	49
2.4.6.1 Tipos de doenças.....	49
3 METODOLOGIA	51
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	51
3.2 AMOSTRA.....	51
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	51
3.4 CRITERIOS DE EXCUSÃO.....	51
3.5 MATERIAL E METODOS.....	52
3.6 AVALIAÇÃO ANTROPOMETRICA.....	52

3.6.1	Peso	52
3.6.2	Altura	53
3.6.3	Circunferência da Cintura	53
3.6.4	Circunferência de Braço	53
3.6.5	Índice De Massa Corporal –IMC	54
3.6.6	Percentual de Gorduras Corporal	54
3.6.7	Avaliação Clínica	55
3.6.8	Avaliação de Consumo alimentar	55
3.6.9	Avaliação Bioquímica	55
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	55
3.8	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	56
3.9	ANÁLISE DOS RESULTADOS	57
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1	RESULTADOS	59
4.2	DISCUSSÃO	74
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICE	97
	ANEXO A	99
	ANEXO B	101
	ANEXO C	105

1 INTRODUÇÃO

Transporte Rodoviário é de grande relevância para a economia brasileira nacional e regional, impacta nos custos de outras empresas que utilizam de seus serviços quer pela mercadoria que transporta, quer pelas atividades indiretas. Insere-se em um ambiente permeado de complexidade que se impõe nas relações sociais, assim como da dinamicidade com que ocorrem as transformações em todas as áreas, o que requer a tomada, cada vez mais rápida, de decisões, exigindo necessariamente o desenvolvimento de uma atividade laboral dinâmica, eficazes e eficientes (MOREIRA; GADAN, 2009).

Um dos profissionais mais importantes para o desenvolvimento da economia do país é o caminhoneiro, pois é uma das principais maneiras de locomover mercadorias, alimentos, matéria prima, para realizar tal feito, do motorista se requer boas condições física e mental, para se manter aptos a superar os impactos, desafios e enfrentamentos pertinentes ao cenário de um mercado competitivo (ERHART; PALMEIRA, 2006).

Esses profissionais passa a maioria da parte do seu tempo nas estradas sendo vulneráveis a insegurança devido a infraestrutura, assaltos de carga, falta de descanso adequado em local seguro, e também a adquirir doenças de vários tipos tanto sexualmente transmitidas ou até mesmo doenças não transmissíveis, maioria das vezes pelo uso de alimentos inadequados, utilização de drogas para mantê-los acordados, e o psicológico afetado por esta sempre longe do convívio familiar (BATISTA; PRESCH 2008).

As doenças crônicas não transmissíveis, muitas vezes consequências de atividade profissional exercida, estilo de vida, alimentação, se torna um grande problema para o país (ALESSI; ALVES, 2015).

Tendo em vista que as diferentes atividades profissionais, que como consequências existem diferentes turnos com diferentes jornadas de trabalho sendo muitas vezes exaustivos em cada profissão, dependendo de sua função podem ocorre um impacto na saúde física e mental do trabalhador, no caso dos caminhoneiros que tem uma longa jornada de trabalho com estresses mediante as estradas em que rodam

podem ocorrer risco de doenças crônicas não transmissíveis como Diabetes, Pressão arterial e cardiovascular (FERREIRA; ALVAREZ, 2013).

Qualidade de vida de qualquer pessoa é influenciada pelas condições de vida que envolver várias áreas, físico, mental e psicológico, relacionamento com amigos, família, esses fatores influenciam no seu bem-estar. Para se obter uma boa qualidade de vida e indispensável ter hábitos saudáveis cuidando do corpo em um todo com boa alimentação, lazer, evitando situações de estresses um sono adequado com horas satisfatórias (SOUZA; PAIVA; REIMÃO, 2006). Para ocorre um descanso físico e mental o corpo necessita de horas adequadas de sono, pois e neste momento ocorre vários processos metabólicos. Não tendo horas suficiente o equilíbrio do organismo não é realizado e o indivíduo está sujeito a ter maiores infecções, hipertensão e até mesmo diabetes (CRONFLI, 2002).

De acordo com DETRAN, 2013 o Espírito Santo é cortado por duas grandes rodovias federais: a BR 101 e a 262, com intensa movimentação de caminhões. Conforme o relatório anual de estatística de transito do DETRAN, 2013 a frota de automóveis era de 1.577.167 sendo 64.123 de caminhões (ESPÍRITO SANTO, 2013).

Com um número considerado de automóvel ás taxas de acidente tendem a aumentar a cada dia, com vários indivíduos que vão á óbito e alguns com sequelas acarretando grande problema para saúde pública (MARIM; QUEIROZ, 2000).

Conforme a Lei dos caminhoneiros 13.103 de 2015, o exame toxicológico para detectar algum tipo de droga no organismo, começou a ser executada no dia 02 março de 2016, deve ser feito em todos os motoristas de categoria C, D e E para tirar carteira ou renovação de CNH, e também nas contratações e desligamento dos funcionários nas empresas (BRASIL, 2015).

Este estudo tem como objetivo geral avaliar o Perfil Nutricional, Qualidade de Vida, Utilização de Drogas em Caminhoneiro da Grande Vitória.

Objetivos específicos: aferir as medidas antropométricas dos pacientes e avaliar o estado nutricional; identificar os hábitos nutricionais dos caminhoneiros através de questionário guia de bolso do ministério da saúde; avaliar o nível de qualidade de vida por meio de questionário de vida SF 36; correlacionar hábitos nutricionais saudáveis e utilização de drogas questionário de drogas e álcool com score ; Esse

estudo torna relevante, pois irá contribuir para a promoção à saúde desses trabalhadores, com vigilância porque muitos caminhoneiros estão expostos a vários fatores de risco, ao se adquirir alguma patologia se torna improdutivo para a sociedade e como consequência ser tornando um problema para toda sua família que muitas vezes sendo ele o arrimo, maioria sem carteira assinada por ser o autônomo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROFISSÃO DO CAMINHONEIRO

Está dentro de uma cabine de um caminhão andando por todo esse Brasil, conhecendo lugares, comidas típicas, culturas diferentes, levou algumas pessoas a se aventurar pelas estradas para um trabalho e sustento de sua família (ROSA, 2006).

Nos anos 50 com a industrialização ocorreu uma aceleração na fabricação de diversos produtos, para esses produtos chegarem em maior rapidez ao destino final começou a oferta para motorista de caminhões, foi feito um trabalho para atrair esses profissionais para mostrar a importância deles na economia (ROSA, 2006).

Para o motorista de caminhão, a década de 1970 mostrou-se um período de mudanças por ter ocorrido alterações significativas no ramo de transportes. Essas mudanças influenciaram na vida profissional desses motoristas, pois, na data de início dessa década, ocorreu a chamada era rodoviária (DAL MORO, 2011).

Como é sabido o transporte rodoviário é muito importante para a movimentação da economia do país. Caso não houvesse esse tipo de transporte as cargas demorariam para chegar ao seu destino final, mas devido a problemas existente o Brasil desperdiça bilhões de reais, devido a acidentes e roubos de cargas e infraestrutura das estradas (ERHART; PALMEIRA 2006).

Conforme a Confederação Nacional de Transporte (CNT), o perfil de caminhoneiros no Brasil tem em média 18 anos de profissão e com mais de 44 anos de idade, a maioria tem uma frota de caminhões envelhecida sendo mais propensa a ocorrer acidentes, muitos dos profissionais alegam ter uma renda mensal baixa, estradas sem estruturas e sem ponto de apoio para cumprir seu descanso como prevê a Lei (BRASIL, 2016).

Todo trabalho deve ser exercido para contribuir para o crescimento pessoal e suprir as carências e necessidades do indivíduo, tanto material quando emocional, entre muitas profissões são as dos motoristas de caminhão, sendo de grande importância para a movimentação economia do país, sem eles as mercadorias, remédios, moveis e outros ficam muito tempo sem entregar dependendo de outros meios de

transportes como ferroviários e aquáticos, muitos são assalariados prestando serviço para alguma empresa (PARIS et al.,2013).

A profissão dos caminhoneiros e umas das mais exigentes, pois eles necessitam de boas condições de saúde física e mental, são trabalhadores que estão rodando as estradas por 24horas, muitos reclamam que as condições de trabalho são precárias não tendo lugares para eles fazerem seus descansos conforme determina a lei 13.103 que são necessários 30 minutos de descanso a cada 6 horas de condução, dentro do período de 24horas fica assegurado 11 horas de descanso (BRASIL,2015; WONG,2014).

Maiorias desses trabalhadores ficam algumas semanas fora de suas residências, chegando em algumas cidades tendo que esperar por horas para fazer a descarga de suas mercadorias, porque se não fizer ocorre advertências através de seu empregador, com isso ocasiona mudanças em seus hábitos alimentares, o sono prejudicado, muitas vezes para aguentar eles utilizam de artifícios como comer em qualquer lugar e utilizando alguns rebite para os mantê-los acordados (SANTOS; SILVA, 2012).

Sendo muito comum encontrar caminhoneiros fazendo uso de álcool e anfetaminas para ludibriar a fome e o sono, muitas vezes necessitam para cumprir a carga horaria estipulada pelo empregado, com este estilo e vida, sedentarismo, com essas mudanças contribui para doenças metabólicas podendo causar Diabetes tipo II, Hipertensão arterial e risco doenças cardiovasculares (PARIS et al., 2013).

Conforme os dados da associação brasileira de concessionárias de rodovias de 2013 as frotas nacionais de caminhões é de 2.461,762. Tendo em vista que o estilo de vida, muitos sofrem de alguns distúrbios metabólicos, com a falta de tempo de se alimentar corretamente e para atividade física, pois a vida deles e muito desgastante com entregar com tempo cronometrado, muitas horas no volante e se alimentado em qualquer lugar sem uma dieta adequado de alguns macros e micronutrientes, sendo a maioria de alimentos industrializados e com valor elevado de gorduras e sal (MARTINS; SILVA; GUEDES, 2009).

Para melhoria nas condições dos trabalhos dos caminhoneiros e diminuir os números de acidentes no transito em 2015 foi aprovada a lei 13.103 em que eles tem direito em receber atendimento pelo SUS para atendimento terapêutico,

reabilitador, principalmente em relação das enfermidades que possam ocorrer, ter jornada de trabalho controlada através de registro, ter seguro, aos profissionais dependentes de substâncias psicoativas e assegurado o atendimento em âmbito nacional (BRASIL, 2015).

A cada ano temos uma nova lei com a perspectiva de melhorias nos acidentes de trânsito sendo causados por motoristas bêbados, sendo uma das principais causas de acidentes. Em 2008 foi a lei 11.705, nela o Art.165 diz que se dirigir sob influência do álcool ou droga seria infração gravíssima, teria multa e até apreensão de carteira em até 12 meses com a aplicabilidade pode observar que necessitava uma melhora na lei (SANTOLINI, 2013).

A Lei 12 760 (2012), diz que os motoristas devem fazer um teste mediante as autoridades de trânsito para comprovação do uso de álcool ou drogas com bafômetro e exame de laboratório (sangue), clínico ou a autoridade contatar alteração psicomotora, caso ocorra qualquer alteração o motorista deverá pagar multa ou a suspensão de carteira (BRASIL, 2012).

A concentração de álcool mediante essa lei era igual ou superior a 0,6 g por Litro de sangue, através de ar alveolar de 0,34 mg de álcool, ou sinais psicomotores, como sonolência, olhos vermelhos, soluços, com atitudes de ironia, agressividade esse estava sujeito a detenção (CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL, 2012; BRASIL, 2012).

De acordo com a Resolução 432, 2013 Art. 6º diz:

Art. 6º A infração prevista no art. 165 do CTB será caracterizada por: I - exame de sangue que apresente qualquer concentração de álcool por litro de sangue; II - teste de etilômetro com medição realizada igual ou superior a 0,05 miligrama de álcool por litro de ar alveolar expirado (0,05 mg/L), descontado o erro máximo admissível nos termos da "Tabela de Valores Referenciais para Etilômetro" constante no Anexo I; III - sinais de alteração da capacidade psicomotora obtidos na forma do art. 5º. Parágrafo único. Serão aplicadas as penalidades e medidas administrativas previstas no art. 165 do CTB ao condutor que recusar a se submeter a qualquer um dos procedimentos previstos no art. 3º, sem prejuízo da incidência do crime previsto no art. 306 do CTB caso o condutor apresente os sinais de alteração da capacidade psicomotora. (BRASIL, 2013, p.1).

Através da Resolução 517 imposta na Lei 13103, de 02 de março de 2015 sendo considerada a Lei dos caminhoneiros no Art. 13 diz que exame toxicológico com janela de detecção de 90 dias será exigido para todos os motoristas profissionais,

este e mais uma maneira para que diminuam acidentes nas estradas (BRASIL, 2015).

O teste toxicológico é feito com a coleta de amostra de fio de cabelo, porque nele indica vestígios de drogas por um período de tempo maior, pois para se ter um resultado negativo o indivíduo deve ter no mínimo 3 meses sem utilizar nenhuma substância, caso isso ocorra significa que ela não é viciada e sim utiliza esporadicamente. O exame de urina o usuário somente necessita parar o consumo em 3 dias e da saliva em 12 horas, não conformar se usuário é viciado ou utilizou somente naquele período (PONTES, 2016).

O exame toxicológico já se tornou uma prática normal em todo o mundo, muitas empresas o utilizam para poder decidir o que deverá ser feito ao seu funcionário e impedir que eles tenham acesso as funções que possam gerar risco para a população. No Brasil algumas empresas de grande porte, polícias civil e federal já utilizam há mais de 10 anos isso faz com que diminua os acidentes devido ao uso abusivo de substância psicoativas (RIZZOTTO,2015).

Para ser feito o exame o Denatran credenciou laboratórios especializados para esses tipos de exames os mesmo devem ter acreditação forense, assim o resultado tem validade judicial, pois respeitam alguns protocolos, os laboratórios inserem os resultados no Sistema de Registro Nacional de Condutores Habilitados (GANDRA,2016).

2.2 O PERFIL NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO

O principal papel desempenhado a nutrição é fazer com que ofereça energia necessária ao indivíduo para poder ser feito o seu trabalho biológico através de macronutrientes e micronutrientes obtendo energia (MEIRELLES; DIONYSIO,2014).

A nutrição desempenha papel fundamental no fornecimento de energia necessária para o trabalho biológicos e nutrientes que aperfeiçoam a obtenção e a utilização dessa energia. Os nutrientes que são compostos por macronutrientes e micronutrientes, também são essenciais na reparação e reconstituição de tecidos corporais, mantendo a estrutura e integridade do organismo (ARANHA et al., 2000).

As vitaminas são divididas em lipossolúveis e as hidrossolúveis. As vitaminas consideradas lipossolúveis são: A, D, E e K, essas acumulam-se no organismo. Já as vitaminas hidrossolúveis são: todas as vitaminas do complexo B (B1, B2, B6, B12, niacina, ácido pantotênico, ácido fólico e biotina) e a vitamina C, essa, porém a não é necessário fazer a suplementação, demais vitaminas necessitam ser suplementadas (TOLEDO; NASCIMENTO, 2010).

A nutrição adequada é fator importante que modifica no desenvolvimento ou na manutenção da massa óssea do ser humano, a ingestão das calorias inadequadas e a perda de peso pode acarretar na redução da massa óssea e alterações na composição corporal, tornando o indivíduo obeso acarretando vários tipos de doenças (MORAIS; BURGOS,2007).

Em todo o mundo o perfil nutricional está sofrendo modificações, tendo um avanço acelerado da população de sobrepeso e obesidade que antes o país tinha um número elevado de desnutrição, a partir da a globalização e alguns programas governamentais, bolsa família como exemplo a população passou a ter acesso e o consumo de alimentos com excesso de calorias e deixando de lado frutas e verduras, a previsão que até 2020 o número de obesos aumente consideravelmente (SIMON; et al., 2014).

As alterações são visíveis nos últimos anos, a qualidade da alimentação passou por uma transformação e o estilo de vida, a população sempre sem tempo para desenvolver seu próprio alimento, procurando um meio mais rápido de se alimentar, isso se tornando uma repercussão negativa na saúde da população ocasionando algumas doenças crônicas não transmissíveis (SOUZA, 2010).

Hoje os alimentos mais consumidos pela população e considerada uma dieta com um valor elevado de gorduras e carboidratos e uma redução de quantidade de fibras, em contrapartida uma redução da atividade física, com um estilo de vida sedentário, levando a um estilo de vida moderno (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

De acordo com a pesquisa Nacional realizada pelo Ministério da Saúde junto com o IBGE mostrou que 60% dos alimentos são ricos em gorduras, quase não comendo saladas, frutas alegando falta de tempo ou não gostar de cozinhar (BRAZIL, 2014).

O consumo de produtos ultraprocessados está impactando na qualidade de alimentos para a população, por esse motivo a Organização Mundial de Saúde criou

recomendações para seu consumo, hoje se torna uma preocupação quanto a utilização desses alimentos pois com a falta de tempo as famílias estão preferindo comprar alimentos ultraprocessados que tem uma quantidade de calorias, açúcar e gorduras, baixo teor de fibras e proteínas (LOUZADA, et.al., 2015).

A estratégia que se torna eficiente para redução de peso e diminuir as alterações dos níveis sistêmicos no organismo é a atividade física, utilizada como tratamento e promoção de saúde contra a obesidade. (REZENDE et.al., 2006).

Os 10 passos da alimentação saudável recomendado pelo Ministério da saúde são orientações que estimula o indivíduo a seguir possibilitando uma melhor saúde e como consequência uma alimentação correta com prevenção de doenças crônicas não transmissíveis não necessariamente deve seguir todos os passos e sim aqueles que melhor se adaptar ao indivíduo (BRASIL, 2014).

Quadro 1: 10 Passos da alimentação Saudável

Passo 1	Alimentos in natura ou minimamente processados,
Passo 2	Utilizar pequenas quantidades de sal, óleos e açúcar
Passo 3	Limite o uso de alimentos processados
Passo 4	Evite consumo de alimentos Utraprocessados
Passo 5	Planejar o tempo para alimentação
Passo 6	Comer em local apropriado e com regularidade
Passo 7	Procurar fazer compras em locais onde tenham variedade de produtos in natura ou minimamente processados
Passo 8	Criar e desenvolver habilidade culinárias
Passo 9	Quando se alimentar fora de casa der preferência em refeições feita na hora
Passo 10	Ser crítico quanto a propagandas vinculas referente a alimentação

Fonte: Adaptado de Brasil,2014.

Em alguns estudos comprovam que os profissionais caminhoneiros se encontram em excesso de peso devido a sua má alimentação, por falta de tempo para preparar a sua própria refeição ou mesmo parar em algum local apropriado para se alimentar utilizam os artifícios de beliscar principalmente alimentos de carboidratos simples, gordurosas e bebidas cafeinadas (SILVA; et al., 2011).

2.3 QUALIDADE DE VIDA- DROGAS E ÁLCOOL

Os aspectos de risco, o hábito de vida inapropriado, más condições no trabalho, as quais se mostram em paralelo com acidente laboral e ao surgimento de doenças, psíquicos e estresse, assim como se mostram fatores que levam ocorrer doenças

relacionada ao sistema muscular, sendo afetando a vitalidade física. (LEITE; et.al., 2011).

Maiorias de mortes por doenças crônicas não transmissíveis estão relacionadas a alguns fatores como o tabagismo, consumo de álcool, obesidade, elevado taxas de colesterol e triglicérides, na sua maioria das vezes por uma alimentação rica em gorduras saturadas e nível baixo de consumo de legumes e frutas (LEITE, et.al., 2011).

O consumo de álcool utilizado pelos indivíduos constantemente manifesta-se um grande risco a terem doenças, inclusive levando ao óbito, como exemplo, câncer hepático, diabetes, hipertensão arterial, E também comum outros distúrbios emocionais, e o convívio social, familiar afetado (LARANJEIRAS; DUNN; ARAUJO, 2004).

O consumo de drogas e álcool ainda faz parte do consumo de uma grande população, tornando um problema mundial, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o impacto aos atendimentos em hospitais de urgência e emergência e de grande relevância contribuindo para maiores despesas aos órgãos públicos, em cada 5 atendimento de acidente de trânsito 1 pessoa ingeriu bebida alcoólica, sendo a maior parte das vítimas do sexo masculino (ALMEIDA; ROAZZI; DIAS, 2016).

Caminhoneiro com a profissão desgastante, com noites sem dormir, uso de alguns estimulantes, maus hábitos alimentares, falta da pratica de exercício físico, o risco de se adquirir várias doenças metabólicas entre elas as cardiovasculares (RUAS, et.al., 2010).

Sendo uma profissão de grande importância para a economia do país, tendo em vista que para transportar mercadorias, matéria prima, alimentos medicações necessitam desse profissional que a maioria das vezes tem alguma patologia adquirida nas estradas como, Diabetes, Hipertensão arterial e doenças cardiovasculares (maioria das vezes por alimentação inadequada) AIDS, SIFILI (por não utilizar métodos de prevenção) (BATISTA; PRESCH, 2008).

Tendo o dia 24 horas com turnos de trabalho variado de acordo com a profissão, conforme o turno ocorre um impacto em seu bem-estar na saúde dos trabalhadores, como no caminhoneiro que faz várias horas interrompidas, sem praticamente dias de

folga ocorre uma sobrecarga em o seu estado fisiológico e psicológico (FERREIRA; ALVAREZ, 2013).

Devido a alguns fatores como mencionado acima, proporciona uma adesão maior as drogas e ao álcool, achando que o corpo funciona melhor com esses hábitos, tendo maior rendimento nas viagens, pois com o consumo de alguns medicamentos para inibição do sono, não se preocupando com o fator biológico do organismo. O álcool e fato preocupante por se tratar de uma substancia de fácil acesso encontrada em qualquer local inclusive em postos de combustíveis (MORAES; BURGOS, 2006).

Motoristas cansados ou com efeitos de drogas podem trazer risco a população com acidentes, conforme o DNIT, 2015 em uma semana Nacional de trânsito mostrou dados da Organização Mundial de Saúde onde os acidentes de trânsito se tornou uma preocupação de saúde pública devido aos custos elevados com hospitalizações e também pela dor, sofrimento e perda da qualidade de vida dos indivíduos que tiveram alguma amputação (EVANDRO, 2015).

E comum no Brasil ter fiscalização de motoristas que utilizam bebidas alcoólicas, muito deixando passar motoristas que utilizam algum tipo de drogas, principalmente os caminhoneiros que fazem uso amplo de todos os tipos de drogas para conseguirem manter o seu ritmo de viagem, e o consumos nesses profissionais está contribuindo para a expansão do tráfico em todo o país (RIZZOTTO, 2015).

Conforme Ponce; Leyton (2007), sendo ocorrências de grandes números de acidentes nas estradas, principalmente com vítimas fatais, em alguns países as leis são severas, punindo os infratores que estiverem dirigindo sob efeito de qualquer tipo de substancia psicoativa, pois essas afetem nos reflexos dos motoristas

Dualib; Ribeiro; Laranjeiras, (2004) afirma que a cocaína influência no cérebro, sendo alcaloide extraído da planta *Erythroxylon coca*, ela estimula do Sistema Nervoso Central produzindo um quadro de hipervigilância, taquicardia, elevação da pressão arterial, dilatação das pupilas, sudorese e aumento do ritmo intestinal, é também um anestésico local. Hoje é vendida nas ruas sem controle de qualidade sendo considerada uma droga ilícita.

Esta droga pode ser administrada em via intranasal ou injetável, sendo que quando maior a dose mais probabilidade de dependência em casos de dose suficientemente

alta pode ocorrer falência de um ou mais órgãos levando inclusive à morte por overdose (MUAKAD, 2009).

A droga comumente utilizada pelos caminhoneiros e a Anfetamina, (rebite) potente estimulante do Sistema Nervoso central, pois é facilmente encontrada em postos de gasolinas e farmácias e geralmente vendida sem receita médica. Muitos que utilizam não têm acesso às bulas que mostram as contraindicações para pessoas com distúrbios cardiovasculares, hipertensão (REIS, 2011).

As anfetaminas começaram a ser comercializada na década de 30 e eram usadas para tratamento de hiperatividade e transtorno de déficit de atenção. Essa droga tem sido alterada nas últimas décadas, feita em laboratórios clandestinos e usada como inibidor de apetite e ficar em estado de alerta, sem prescrição médica (MARQUES, 2002).

Conforme Nascimento; Silva, (2007) o uso de anfetaminas entre os caminhoneiros está crescendo, tornando-se um sério problema para o governo. O autor afirma que é bastante comum o uso dessa droga para inibição do sono e diminuição do cansaço, pois para estes profissionais o uso é necessário para cumprir o prazo de entrega das mercadorias exigido pelas empresas em que trabalham.

Para Reis, (2011) as anfetaminas são drogas que estimulam o Sistema Nervoso Central, fazendo com que as pessoas fiquem mais “ligadas”, com menos sono. É chamada de „rebite”, pelos caminhoneiros e motoristas de estradas, e de “bolinhas” por estudantes que necessitam permanecer acordados.

O uso do “rebite” pelos caminhoneiros vem aumentando principalmente em horários de trabalho e em longos percursos, mas essa droga aumenta o estado de vigília e diminui os reflexos e a concentração, colocando em risco a vida de muitos que estão em viagens (GRIGIO; et al., 2011).

Desobesi é o mais famoso rebite, utilizado para reduzir o apetite e também aumentar a atividade física. É encontrado com facilidade em postos de combustíveis e farmácias, e todos que os compram não leem a bula, que informa que é contraindicado para pessoas com problemas de coração, hipertensão entre outros problemas de saúde (REIS, 2011).

A anfetamina estimula o cérebro a liberar dopamina e noradrenalina, ocorrendo um aumento da pressão arterial, manifestando instabilidade no trato gastrointestinal (MARQUES, 2002).

A dopamina é o neurotransmissor relacionado à dependência e proporciona a sensação de prazer, desejo de fome, sede, e a Noradrenalina controla o humor do indivíduo, tornando-o paciente, com menos estresse ocorrendo a manutenção da Pressão arterial. Estas drogas quando administradas por via oral, possui uma ação inicial lenta, mas que dura em média 8 horas. (REIS, 2011).

A administração endovenosa e pouco utilizada, e também uma das com alto índice de infecção devido ao compartilhamento de seringas, ao ser administrada. O indivíduo tem um quadro de sensação de poder, euforia, aumento da libido e pode ocorrer agressividade. (LARANJEIRAS; DUNN; ARAUJO, 2004).

Os cristais de metanfetamina, ICE como é conhecido nos Estados Unidos, são fumados em cachimbos ou podem ser injetáveis ou inalados, o seu efeito é quase que imediato, e a duração gira em torno de 2 a 24 horas, e os sintomas são intensos. O uso constante pode levar o indivíduo à desnutrição, doenças coronarianas e até mesmo doenças pulmonares como doenças pulmonar obstrutiva crônica, levando ao câncer de pulmão. (PONCE; LEYTON, 2007).

Alguns sinais e sintomas podem ser apresentados com o uso de anfetamina, como: redução do sono, verborragia, euforia, midríase, taquicardia, elevação da pressão arterial, tremor, cefaleia e calafrio. Essa droga é capaz de causar dependência, portanto deve-se consumir maiores doses para obter os mesmos efeitos, o que provoca sérios riscos para estes indivíduos tanto que a Organização Nacional de Saúde coloca todas as anfetaminas sob controle e só devem ser adquiridas mediante a receita médica, (RIBEIRO; MARQUES, 2002).

Segundo Smeltzer; Bare; Cheever (2009), existem outros sintomas como: náuseas, vômitos, anorexia, taquipneia ansiedade, sudorese, insônia, agitação e ilusões visuais. Como efeitos da anfetamina, ocorre um aumento de concentração de catecolaminas em fendas sinápticas. Esse tipo de droga é administrado em via oral ou intravenosa. E os efeitos euforizantes e cardiovasculares são muito acentuados (FUCHS; WANNMACHER; FERREIRA, 2006).

As anfetaminas são drogas psicotrópicas que afetam o humor e o comportamento, atuando no Sistema nervoso Central, alguns são capazes de atuar no sistema serotoninérgico aumentando a liberação de dois neurotransmissores, a dopamina e a noradrenalina (MURER, 1997)

A dopamina e Noradrenalina que são neurotransmissores do Sistema Nervoso possuem várias funções fisiológicas e comportamentais, envolvendo estado de apetite, saciedade, vigília e algumas funções psíquicas, quando a pessoa ingere a anfetamina essa interfere no sistema aumentando a liberação e diminuindo a receptação dos neurotransmissores (ZEFERINO, 2004).

Quando essa substância aumenta a quantidade no organismo torna a pessoa ativa, inquieta e extrovertida. Se o usuário tomar uma dose exagerada, os efeitos aumentam tornando a pessoa agressiva e tendo inclusive delírios, podendo inclusive ocorrer aumento de temperatura levando talvez a convulsões (GOODMAN & GILMAN, 1996).

De acordo com a farmacocinética as anfetaminas são de fácil absorção pelo trato intestinal, e com concentração elevada no sistema nervoso central e liquor. Sendo metabolizadas por vias metabólicas, as anfetaminas em grande parte são excretadas na urina em forma inalterada, isso reduz a reabsorção tubular com a acidificação da urina, sendo que as anfetaminas é base orgânica fraca, no meio ácido elas são mais facilmente eliminadas porque a ionização evita a absorção (PENILSON, 2006).

No mecanismo de ação as anfetaminas correspondem a um grupo de fármacos derivados da B-fenetilamina, apresentando ação simpaticomimética indireta liberando as catecolaminas no sistema nervoso central (FUCHS; WANNMACHER; FERREIRA, 2006). Quando o indivíduo utiliza a anfetamina, tem os efeitos na corrente sanguínea por horas (GOODMAN & GILMAN, 1996).

Penilson, (2006) mostra que os efeitos no Sistema Cardiovascular são mais acentuados, porque as anfetaminas elevam as pressões sanguíneas sistólicas e diastólicas, e a frequência cardíaca e reduzida. Se o indivíduo usar doses elevadas, podem surgir arritmias. Referente a regulação térmica, essa droga provoca hipertermia periférica devido a ativação do sistema simpato adrenal. Na parte de

locomoção faz aumentar a atividade locomotora, corrida e movimento, isso é mediado pelo sistema dopaminérgico mesolímbico.

No sistema nervoso central a anfetamina estimula o centro respiratório, reduz o grau de depressão central produzido por várias drogas e provoca outros tipos de sinais de estimulação. Os efeitos Psíquicos dependem da dosagem, e da personalidade do indivíduo (GOODMAN & GILMAN, 1996).

Uma Droga utilizada mundialmente e sem considerar como droga ilícita e o Tabaco, sendo um grande problema para saúde pública, a nicotina causa dependência química igualmente a outras drogas como maconha, cocaína, ela é responsável pelo alto índice de infarto do miocárdio e doenças pulmonar entre elas o Câncer, favorecendo para um aumento considerável de indivíduo com hipertensão e diabetes (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER-, 2007).

Rang (2001), afirma que a nicotina estimula o Sistema Nervoso Central, em doses baixas ocorrem tremores, em doses elevadas além dos tremores podem ocorrer convulsões. Entre 80 a 90% de nicotina são alteradas no corpo, principalmente no fígado, rim e pulmão. A meia vida dessa droga após a sua inalação é de cerca de 2 horas.

OMS afirma que 10% de causas de mortes são atribuídas ao tabagismo, pois é um importante fator responsável por influenciar o surgimento de doenças crônicas. Sabe-se que a nicotina é um estimulante no Sistema Nervoso Central levando o fumante ao estado de alerta e a redução do apetite, sendo que os seus efeitos na saúde do corpo é a elevação da pressão arterial, aumento da viscosidade do sangue e aumento da constrição venosa (OLIVEIRA, 2008).

De acordo do Feitosa; Pontes, (2011) o tabagista não tem o hábito de fazer qualquer tipo de atividade física, sabendo que com a sua pratica diminui o risco de alguns tipos de câncer, além de ajudar ao corpo a manter o equilíbrio fazendo com que diminua o sobre peso, com isso contribui para redução de riscos de doenças cardíacas e diabetes.

2.4 PROBLEMAS RELACIONADAS À PROFISSÃO DO CAMINHONEIRO

2.4.1 Obesidade

Podemos dizer que a obesidade é um resultado da transição nutricional, com a mudanças dos padrões nutricionais, onde as doenças passaram a ser crônicas muitas conforme o estilo de vida da população, sendo considerada uma doença da modernidade (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

A obesidade não é somente um balanço energético positivo levando a um grande volume de gordura, e sim a uma doença, trazendo vários riscos para outras doenças como diabetes, hipertensão e doenças coronarianas (BRASIL, 2014,). Sendo assim é de grande importância um diagnóstico precoce com o tratamento o indivíduo possa perder peso. De acordo com a OMS o Brasil está na 77^o posição, sendo uma preocupação para o governo e médicos (MELO, 2011).

Conforme a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia de 2014 a obesidade é o sinônimo de acúmulo de gordura corporal, sendo utilizado para diagnosticar o marcador de índice de massa corporal. A distribuição de gordura corporal pode ser androide (formado de maçã) e o ginecoide (formado de Pêra). Estudos mostram que o Brasil a cada dia está se elevando o número de obesos, um dos fatores seria uma alimentação inadequada rica em gorduras e carboidratos levando ao excesso de peso contribuindo para doenças crônicas.

A obesidade é uma doença crônica definida como um acúmulo excessivo de tecido adiposo num nível que compromete a saúde dos indivíduos. Fatores genéticos, maus hábitos de vida (sedentarismo, má alimentação) e o ambiente em que se vive podem contribuir para o surgimento da obesidade (ENES; SLATER, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é um dos maiores problemas que a população vem enfrentando nos últimos anos, se tornando cada vez mais comum entre adultos, crianças e jovens. Boa parte destes casos de obesidade no Brasil ocorre nas famílias mais pobres, estando relacionado ao nível socioeconômico, mais também a grande urbanização, falta de exercício físico e a

falta de orientação correta sobre alimentação saudável para a população (MELO, 2011).

Existe também o fator genético onde tenham algum caso de obesidade na família e que por uma alimentação inadequada e qualidade de vida, potencializam o fator genético, sendo que o consumo de alimentos calóricos se acumula em forma de triglicerídeos no organismo (TAVARES; NUNES. SANTOS, 2010). Acumulando o tecido adiposo e desencadeadas devidas desordens endócrinas em ambos sexos, nas mulheres quando chegam no período da menopausa, muitas se tornam obesas devido à falta do estrogênio, podendo ocasionando o hipertireoidismo ou alguma alteração no hipotálamo, sendo essas causas a de número muito menor que os fatores ambientais (MARTIRES; COSTA; SANTOS, 2013.).

A avaliação nutricional é de extrema importância para melhorar a qualidade de vida das pessoas, e deve ser feita partindo de fatores culturais, sociais e econômicos. No entanto, a avaliação também deve incluir: anamnese alimentar, antropometria, exame físico, avaliação bioquímica, diagnóstico nutricional e prescrição dietética. (VITOLLO, 2008).

Utilizada como parâmetro de identificação da obesidade o indivíduo de estiver com o valor de Índice de Massa Corporal (IMC) acima ou igual a 30kg/m^2 que está relacionado com o peso e altura (BRASIL, 2011).

De acordo com estudos há um elevado número de obesos e sobrepesos em todo o mundo, com um grande risco para várias doenças, destacando a síndrome metabólica, esse grau elevado de número de obesas, se dá pela quantidade de alimentos ingeridos e o mínimo gasto energético com atividade física. Sendo a atividade física um fator de grande importância para que o indivíduo possa perder peso e manter adequado (MAREGA, 2012)

Uma dieta hipocalórica e atividade física são consideradas o método mais efetivo para perda de peso, porém somente a minoria da população utiliza desse recurso para diminuição de peso. A continuidade da prática de atividade física é um problema porque muitos interrompem logo nos primeiros meses da adesão. (REIS, 2009)

A prática da atividade física é necessária independentemente da idade e suas limitações que podem prejudicar o desenvolvimento da atividade, alguns exemplos

disso que podem ser considerados são a velocidade, flexibilidade, agilidade, resistência e as fraquezas. Além de ser uma forma preventiva, traz benefício no dia-a-dia das pessoas sendo indispensável para portadores de doenças crônicas como é o caso da obesidade (MELLO, 2011).

2.4.1.1 Acidente De Trabalho E Obesidade

Conforme a Lei 8.2131/91 art.19 o acidente de trabalho ocorre quando o trabalhador está a serviço da empresa e ocorre alguma lesão física ou psicológica e torne o trabalhador impossibilitado de exercer a profissão (BRASIL,1991).

A maior parte das vezes os acidentes ocorrem devido ao não uso de equipamentos de segurança que é obrigatório as empresas fornecerem. No artigo 20 da Lei acima trata de doenças profissionais e ocupacionais, sendo produzida pela profissão com um a atividade intensa e continuo e algumas conforme o trabalho e realizado (EMERSON, 2016).

De acordo com dados Ministério do Trabalho e Previdência Social o Espírito Santo teve um número de 13 mil acidentes de trabalho no ano de 2014, sendo desses um grande número de acidentes e com uso de motocicletas, seguindo de acidentes com caminhões (ESPIRITO..., 2016).

Em toda profissão ocorre o risco de acidentes de trabalho, sendo algumas com maior risco como o caso dos caminhoneiros que vivem em estradas sujeito a acidentes, tanto para o motorista quanto a terceiros, outro fator nesta profissão é a obesidade pois, os mesmos ocorrem a redução do nível de atividade física, muitos passam horas dentro de um caminhão e quando param ficam muitas horas dormindo ou em frente de Televisão ou computador (PAIXÃO; PAIXÃO; FRANCO, 2009).

Com o acúmulo do trabalho criam no indivíduo uma incapacidade fazendo com que o mesmo fica sobrecarregado, não se alimentando corretamente ficando com o peso acima do ideal, ocorrendo agravos na condição física, afetando o sistema imunológico faz com que ocorra doenças ou até mesmo acidentes de trabalho gerando afastamento ou até o óbito (SHERER, 2014)

Um dos hormônios que se altera devido ao estresse tanto no trabalho ou na vida particular com grandes problemas enfrentado e o cortisol quando está elevado torna

o indivíduo com aumento de peso porque vai aumentar a absorção de gorduras, o colesterol tende a subir, pressão arterial, triglicérides, com os motoristas tem um agravante que são alimentação e sono inadequado (GIRARDELLO, 2004).

2.4.2 Sedentarismo

O Sedentarismo é a falta de atividade física, em todos os aspectos tanto esportivos quanto somente para melhoria da saúde física e mental, e considerado atividade física o movimento do corpo e musculatura com gasto energético, com o grande número de obesos no país pode ser fazer uma junção que a população está comendo mal e sedentária, trazendo uma preocupação para a saúde pública, com gastos em doenças evitáveis (PITANGA; LESSA, 2005).

O sedentarismo torna o profissional menos produtivo sem ânimo para desenvolver adequadamente a sua profissão, gerando um prejuízo na economia devido ao número de faltas, redução de produção, sendo a maioria das vezes por tarefas rotineiras e sem atividade física aumentando o estresse consequentemente o risco de doenças não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes, e fator predisponente a incidência de infarto agudo do miocárdio (GUALANO; TINUCC, 2011).

De acordo com Wanderley, (2010) o costume de assistir televisão por várias horas e considerado sedentarismo, porque neste momento o indivíduo está diminuindo a prática de atividade física, aumentando ainda mais quantidade de alimentos calóricos, principalmente em crianças e adolescentes, que muitas vezes são influenciados pela propaganda que na maioria das vezes ocorrem em vários momentos na TV, este processo acaba levando a população a obesidade.

Figura 1- Mapa sedentarismo Mundial



Fonte: Folha de São Paulo (2012 apud, Lancet, [20--])

Conforme figura acima em 2012 de acordo com a folha de São Paulo mostra que o Brasil estava com 49% de sedentários, mostrando que a falta de atividade física leva ao país ao alto índice de sedentários, sendo predisposição para obesidade e doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Com a prática de atividade física ocorre uma redução da pressão arterial, conforme estudos os exercícios aeróbicos e o indicado. O mecanismo pelo o qual a atividade física reduz a pressão está relacionado à redução de catecolaminas séricas e resistência vascular periférica ajudando na redução da pressão arterial, como consequência diminuindo o risco de doenças cardiovasculares, pois melhora as funções metabólicas (MEDINA et. al. 2010).

De acordo com a sociedade Brasileira de Hipertensão, na matéria publicada no jornal do Brasil o sedentarismo sem pratica de atividade física afeta quase a metade da população conforme resultados do Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. Com o sedentarismo sempre estará associado a uma série de doenças devendo ser observado como um problema de saúde pública. Sendo assim, a necessidade de começar a desenvolver atividades físicas ainda na infância para que possa no futuro ser adultos saudáveis não comprometendo a economia do país, pois adulto doente gera mais custos com hospitais, medicações (JORNAL DO BRASIL, 2015).

Para que o indivíduo possa sair desta condição é necessário que a pessoa tenha se conscientizado e introduzir as rotinas de atividades físicas gradativamente, a recomendação da organização Mundial da saúde para adultos de 18 a 64 anos é de pelo menos 150 minutos de atividade moderada durante a semana ou 75 minutos de atividade intensa aeróbica, pode ser uma combinação dos dois tipos (intensa e moderada) a atividade aeróbica e recomendado ser de duração de 10 minutos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

2.4.3 Doenças Cardiovasculares

O coração tem quatro cavidades, átrio direito e esquerdo, Ventrículo direito e esquerdo, sendo todos responsáveis para um bom funcionamento do coração. Através das veias cavas superior e inferior, essas recebe o sangue venoso que vai para o átrio direito que por sua vez impulsiona para o ventrículo direito, sendo após bombeado para os capilares pulmonares para ser realizado a hematose, após feita essa troca o sangue volta para o coração através das veias pulmonares para o átrio esquerdo e entra do ventrículo esquerdo de onde sai para todo o corpo através da veia aorta, em qualquer falha desse processo fisiológico pode ocasionar algum tipo de doença cardiovascular (SILVERTHOTN, 2010).

Conforme Mansur, Favarato (2012), as doenças cardiovasculares no Brasil são responsáveis por 20% de mortes em indivíduo adulto, e também um alto índice de internações ocasionando grandes custos tanto para o governo quanto ao paciente.

A dor torácica é um dos principais sintomas que aparecem ao indivíduo, neste momento se procura um hospital, sendo a maioria das vezes um Infarto Agudo do Miocárdio. O fator de risco para se desenvolver doenças cardiovasculares são: hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, as dislipidemias, Obesidade central e sedentarismo. Alguns dos fatores podem ser eliminados ou controláveis, como a hipertensão e considerada a mais importante para doenças isquêmicas (MARTINS, 2011).

De acordo com Castro, (2004) em alguns estudos mostra que os hábitos alimentares apresentam como um fator relevante de risco de doenças cardiovasculares, à medida que o consumo de lipídios, está em excesso e a baixa ingestão de fibras,

aumenta o número de indivíduo com colesterol e triglicérideo elevado, obesidade diabetes e hipertensão arterial.

Com a modificação do consumo exagerado de gorduras totais podem promover uma diminuição dos níveis de colesterol séricos assim promover uma diminuição a incidência de uma doença cardíaca e a aterosclerose (CASTRO et al., 2004).

Entre outras ações que podem diminuir o risco de doenças cardiovasculares e o abandono do tabaco e de bebidas alcoólicas, ter um controle do peso através de dieta individualizada e a pratica de atividade física, como é sabido com pequenas mudanças pode trazer grandes diferenças na saúde do indivíduo (SOUZA, 2007).

E dependendo da profissão que exerce e essencial aderir essas ações, como o caso dos caminhoneiros que ficam muitas horas no volante em condição de estresse, com maus hábitos alimentares, sedentários, muitos com elevado grau de obesidade predis põem a doenças (FERREIRA; ALVAREZ, 2013).

2.4.4 Hipertensão

Conforme a VI diretrizes de Hipertensão, (2010) a hipertensão arterial tem uma alta taxa de prevalência devido ao baixo controle do indivíduo, sendo um grande problema da saúde pública, com um alto índice de internação. A descoberta, o tratamento e o controle são fundamentais para redução de da taxa de hipertenso no país, com isso diminuiria as doenças cardiovasculares que a maioria delas com consequência da pressão elevada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Hipertensão, usualmente chamada de pressão alta, é ter a pressão arterial, igual ou maior que 140mmHg por 90mmHg. Ela pode acontecer quando as artérias sofrem resistência, perdendo a força não conseguindo fazer com que elas se contraem e dilatam suficiente tornando o volume em grande quantidade, exigindo uma velocidade maior para circular, sendo um dos fatores de riscos para doenças de aterosclerose e trombose, sendo responsável por um elevado número de doenças cardiopatas. Hoje, a hipertensão é a principal causa de óbito no mundo, com risco de desenvolver outras doenças (PASSOS, 2006)

Conforme a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão a elevação da pressão arterial é um dos principais fatores para doenças Cardiovasculares, sendo uma das principais causas de morte. Considera como fator de risco para elevação da pressão arterial, idade, etnia, sobrepeso, obesidade, consumo exagerado de sal e consumo de álcool (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Quadro 2 Classificação Hipertensão sistêmica

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólico (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Arterial- Grau I	140-159	90-99
Hipertensão Arterial- Grau I	160-179	100-109
Hipertensão Arterial- Grau I	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Arterial- Sistólica	≥ 140	<90

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia,2010

É um problema de saúde pública em todo o mundo, foi estipulado que em média 17 milhões de pessoas apresentam pressão alta, sendo em média de 35% da população de faixa etária acima de 40 anos. Com o ritmo de vida provavelmente esses números continuam a subir, sendo preocupante pois o profissional acaba parando de trabalhar muito cedo, tendo que se aposentar, fazendo uso de medicamentos constantes e isso acarretará em um aumento nos gastos públicos (SILVA et al., 2012).

Podendo considerar que a hipertensão arterial como algum fator de risco, pode ser atingido em qualquer classe social, independente de sexo, idade, excesso de peso, estresse normalmente ocorre devido ao comportamento do indivíduo como mal hábito alimentar, tabagismo, sedentarismo, obesidade entre outros (SILVA; FARIAS JUNIOR 2007).

O fator idade a prevalência é maior com indivíduo acima de 65 anos, sendo um percentual de até 60%, sendo o predomínio a elevação da pressão sistólica, sendo para predominante para determinação do risco cardiovascular (MIRANDA et.al, 2008).

Alguns fatores como estresses elevando ao aumento de adrenalina, noradrenalina e cortisol pode desencadear um aumento da pressão arterial, no caso dos caminhoneiros com longas viagens, estradas com pouca conservação tempo

cronometrado para entrega da mercadoria, sem tempo para dedicar a família tudo se acumula fazendo com que os níveis se elevam (CAVAGIONI et al, 2009).

Conforme a VI Diretrizes de Hipertensão para o tratamento não medicamentoso recomenda-se o controle do peso com o índice de Massa Corporal menor que 25 kg/m² com perda de peso vão melhora as taxas metabólicas fazendo com que o sangue possa fluir normalmente sem uma pressão elevada nos vasos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Redução do sal que é a principal fonte de sódio, se esse mineral estiver em excesso vai ficar acumulado no sangue e do lado de fora da célula ocorrendo um desequilíbrio como o organismo necessita de manter sempre em equilíbrio este excesso faz com que libere mais água para manter o equilíbrio osmótico, fazendo com que aumente o volume de sangue, fazendo com que o coração tenha que bombear com mais rapidez (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2012).

2.4.5 Diabetes

Diabetes uma doença metabólica caracterizada pela hiperglicemia, aumento de glicemia no sangue ocorrendo devido à ausência ou a deficiência de insulina. O pâncreas é uma glândula do aparelho digestivo, sendo responsável pela síntese de enzimas atuando na digestão e também na insulina que é responsável para que ocorra a redução de glicose, qualquer alteração nesse órgão ocasiona impacto na produção de insulina (TAVARES, 2011).

Em virtude do crescimento populacional e envelhecimento da população o número de diabéticos está cada aumentando, estudos mostra que em 1985 estimava ter 30 milhões de adultos com a doença em 2002 atingiu 173 milhões e a previsão é que em 2030 chegue a 300 milhões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

Conforme Boas; Lima; Pace (2014), diabetes é uma das doenças não transmissíveis com alto índice em todo o mundo, a não adesão ao tratamento terapêutico contribui para a quantidade de pessoas com a doença ainda maior em todo o Brasil.

Sendo o indivíduo com obesidade excessiva intra-abdominal, caracterizada por acúmulo excessivo de gordura visceral ao redor e nos órgãos abdominais, resultando em um aumento na resistência à insulina, esses podem ou não

apresentar os sintomas clássicos da diabetes, ocorrendo a possibilidade de ocorrer cetoacidose (MAHAN; ESCOTT; KRAUSE, 2011).

E uma síndrome metabólica que tem como característica o aumento de glicose no sangue, sendo resultado de alguns distúrbios na secreção de insulina ou sua ação, sendo a sua principal fonte é a absorção de alimentos ingeridos, que muitas vezes esses não são o adequado fazendo com que a quantidade de glicose circulante no sangue seja em excesso, ou quando ocorre a resistência à insulina como um dos fatores é a obesidade (ALVARENGA, 2009).

Níveis elevados de triglicerídeos que irão bloquear os receptores da insulina. A insulina é um hormônio produzido no pâncreas que controla a produção e o armazenamento. Se o pâncreas parar de produzir pode levar ao um quadro de hiperglicemia resultando em complicações como cetoacidose (SMELTZER; BARE; CHEEVER, 2009).

A diabetes é uma doença que necessita de tratamento sendo com medicamentos ou através de dieta alimentar indicada para o portador de diabetes e atividade física, para que ocorra um controle metabólico, assim diminuindo o risco de complicações (ACCIOLY, 2009).

A monitoração da glicemia e de extrema importância, elas se consistem em controlar os níveis de glicose no sangue, para prevenir um estado de hiperglicemia ou hipoglicemia, este controle não deve ser isolado e sim associado a atividade física e alimentação adequada de acordo com as suas necessidades e energéticas (GROSSI; PASCALI, 2009).

Quadro 3 Valores de glicose plasmática para diagnóstico de Diabetes mellitus

Categoria	Jejum	2 H após 75g De Glicose	Casual
Glicemia normal	<100	<140	
Tolerância à glicose diminuída	>100 e <126	≥140 e <200	
Diabetes	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (Com sintomas)

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014.

Atividade física favorecem benefícios na prevenção e no tratamento do diabetes, o exercício atua no controle glicêmico evitando que se manifestem outras doenças como dislipidemia, hipertensão arterial, evitando assim o risco de doenças

cardiovasculares. A recomendação de atividade aeróbica e de pelo menos 3 vezes na semana, para alcançar os benefícios do metabolismo glicídico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

2.4.6 Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

As doenças sexualmente transmissíveis ou também chamadas de doenças venéreas são frequentes em todo o país e representam um grave problema de saúde pública, principalmente em se tratando de países desenvolvidos, pois as condições de vida de grande parcela da população acabam tornando-se fatores predisponentes para a morbimortalidade relacionada à DST (ARAÚJO; et.al.,2010).

2.4.6.1 Tipos de doenças

Alguns dos tipos de Doenças sexualmente transmissíveis são: gonorreia, sífilis, cancro mole, herpes genital, hepatite B, condiloma, clamídia, tricomoníase e HIV (AIDS), são doenças que podem ser evitadas com o uso de camisinha quando ocorre a relação sexual (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004).

A gonorreia é a doença mais comum das doenças sexualmente transmissíveis, sendo uma infecção no trato urinário, sendo como sintomas coceira, disúria e corrimento. Mesmo sem sintomas a pessoa contaminada transmite a bactéria. O diagnóstico é feito através de exame laboratorial para detectar alguma bactéria, confirmado o indivíduo deve começar o tratamento com antibiótico e ter abstinência sexual (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2016).

A sífilis é uma doença perigosa porque ela pode se manifestar entre 10 dias até 90 dias após o contato com a bactéria, sendo neste período pode ser transmitida para outras pessoas. A sífilis estágios: primário caracterizado por uma ferida específica, surge em até 3 semanas após infecção, a secundária, a doença fica estacionada por 6 a 8 semanas, após volta a se manifestar, e a terciária pode atingir órgãos internos

como fígado e coração podendo se manifestar entre 10 a 30 anos após a infecção inicial (SILVA; BONAFE, 2013).

Os motoristas de caminhão estão em muitas cidades e possuem um modo de vida próprio, que parece ser alvo para o crescimento de doenças sexualmente transmissíveis e esse fator impossibilita a articulação de políticas de saúde. Durante suas viagens, são várias as paradas, no qual pode demorar poucos minutos, podendo ser apenas parada para um lanche rápido ou breve descanso (OLIVEIRA, et al., 2013).

Os caminhoneiros que viajam para longe ficam, muitas vezes, por várias semanas, fora de sua residência, ocorrendo um aumento a procura por parceiras sexuais, inclusive mulheres que sejam profissionais do sexo, propenso a adquirir algum tipo de doenças sexualmente transmissíveis (TELES, et al., 2008).

Os motoristas de caminhão que viajam para longe, formam uma categoria profissional que pode contribuir para o aumento da epidemia da Aids (SAN FRANCISCO, 2002).

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Será feito um estudo transversal com abordagem quantitativa a ser realizada no período de 01 de fevereiro a 31 maio de 2016, no horário de 13 as 18h. Será feita uma abordagem em pacientes caminhoneiro que passaram em atendimento no consultório de cardiológico no município de Cariacica- ES, que aceitam participar da entrevista

3.2 AMOSTRA

Os dados coletados foram em um Consultório médico do município de Cariacica, no estado do Espírito Santo. A amostra foi composta por 32 caminhoneiros do sexo masculinos que estiverem em consulta médica.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão para a pesquisas são:

- Ser caminhoneiros que passam em consulta médica no consultório em Cariacica ES;
- Possuir entre 18 a 65 anos, que atuam na profissão;
- Aceitarem participar voluntariamente a pesquisa.

3.4 CRITERIOS DE EXCUSÃO

Os critérios utilizados para exclusão

- Não está atuando na profissão;
- Não aceitar responder os questionários;
- Não aceitar ser feita as medidas antropométricas;
- Ter idade inferior a 18 ou maior de 65 anos.

3.5 MATERIAL E MÉTODOS

Para desenvolver a pesquisa foram submetidos a entrevista individual para o conhecimento de dados pessoais, como idade, história clínica, alergia alimentar, exames bioquímicos (Glicemia, Triglicérides, HDL e Colesterol total), de doenças familiar (ANEXO 1), hábitos e costumes alimentares, aplicado um questionário guia de bolso alimentar do Ministério da saúde (ANEXO 2), questionário de consumos de bebidas alcoólica ou algum tipo de drogas, utilizado um questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias com 08 questões do ministério da saúde (ANEXO 3) em relação a de qualidade de vida foi através de questionário SF 36 com 11 questões fechadas onde aborda perguntas saúde física e emocional (ANEXO 4). Foi realizada a mensuração das medidas de circunferências de cintura, circunferência de braço, porcentagem de gordura corporal, peso e altura e classificação do índice de massa corporal.

3.6 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Foi realizada uma avaliação antropométrica dos indivíduos com aferição das seguintes medidas: peso, altura, circunferência de cintura, circunferência de braço, percentual de gordura, para observação do estado nutricional, utilizando-se como parâmetros o índice de massa corporal (IMC), adequação da Circunferência de braço (CB) obtida, a classificação de Circunferência de cintura (CC) e o percentual de gordura corporal (%CG).

3.6.1 Peso

A pesagem foi feita com balança digital marca Tânia, em local nivelado, para manter o equipamento nivelado durante o procedimento. O indivíduo posiciona sobre ela, permanecendo ereto, descalços, com roupas leves, com pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

3.6.2 Altura

A altura medida com estadiômetro da marca Altura exata, onde ficara posicionada o adulto descalço no centro do equipamento, com a cabeça livre de adereços, ele se manterá em pé, ereto, com os braços em posição estendida ao longo do corpo a cabeça se manterá reta, pé unidos, ambos os joelhos, os pés juntos formando um ângulo reto com as pernas. Para finalizar o indivíduo será retirado quando realizada a medida corretamente, com garantia que o mesmo se manteve imóvel, permanecendo com o equipamento no mesmo local (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

3.6.3 Circunferência da Cintura

O indivíduo ficará de pé, onde para avaliar a medida será utilizada uma fita métrica de consistência não elástica, que circulara em volta de toda cintura na parte superior ao umbigo do indivíduo, a área de medida será entre o tórax e o quadril, avaliando seus pontos médios, para esta ação será informado ao indivíduo que deveria expirar no momento da leitura, pois assim o abdômen estaria mais relaxada, dando a informação da circunferência da cintura correta (BRASIL, 2004). Como parâmetro de classificação da circunferência de cintura obtida foi utilizada os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), quando o homem estiver acima 94 cm e a mulher acima de 80cm tem risco cardiovascular aumentado.

3.6.4 Circunferência de Braço

Estando o Indivíduo em pé, utilizar a fita métrica flexível não elástica. A medida e feita no ponto médio entre o acrômio e olecrano, com o braço flexionado em ângulo de 90° em direção ao tórax. Posteriormente com o braço relaxado e ao longo do corpo deve ser realizada da medição evitando compressão. Para avaliação da adequação da CB obtida, foi feita a seguinte operação: o valor encontrado e multiplicado por 100 e dividido pelo valor do percentil 50 adequado ao sexo e idade. (CUPPARI, 2002).

Quadro 4 -Classificação de Estado Nutricional conforme a adequação de CB

	Desn.grave	Desn.Moderada	Desnutrição. Leve	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
CB	<70%	>70 a <80%	>80 a <110%	>90<110%	>110<120%	>120%

Fonte: Cuppari, 2002

3.6.5 Índice De Massa Corporal -IMC

Para se obter o valor de Índice de massa corporal (IMC) sendo utilizado para classificar o estado nutricional do indivíduo e de simples aplicação e padronização, são necessários o peso em quilograma e a altura em metro quadrado, (P/Alt^2), existem algumas exceções como caso do IMC for um valor alto não sem deve afirmar com exatidão que é sobrepeso ou obesidade como em casos de atletas. (BRASIL, 2004).

As categorias do IMC são diferenciadas de acordo com a idade, para crianças e utilizado as tabelas e curvas específicas, esse indicador e mais utilizado para avaliação nutricional, devido ao seu baixo custo e sendo uma medida fácil de ser aplicada. (BRASIL, 2004).

Quadro 5- Valores de pontos de corte de IMC em adultos ≥ 20 a < 60 anos

IMC (kg/m^2)	Diagnóstico Nutricional
< 16,0	Magreza grau III
16,0- 16,9	Magreza grau II
17,0- 18,4	Magreza grau I
18,5 e <24,9	Adequado Ou Eutrofia
25 e < 29,9	Sobrepeso
30,0- 34,9	Obesidade grau I
35,0- 39,9	Obesidade grau II
$\geq 40,0$	Obesidade grau III

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION

3.6.6 Percentual de Gorduras Corporal

Para obter o valor de porcentagem de gordura dos indivíduos na pesquisa foi utilizada a balança digital Târita, sendo adequada para cada indivíduo, foi selecionado no aparelho o sexo, idade e altura, após deveria se colocar descalço com o corpo ereto na superfície. Os resultados de % de gorduras acima de 23% foi

classificado como obesidade e os inferiores a 5% como desnutrição (LOHMAN et al., 1997)

3.6.7 Avaliação Clínica

A avaliação foi realizada através de questionário da Clínica Faculdade adaptado contendo perguntas relacionadas a alguma morbidade associada, histórico familiar de doenças crônicas não transmissíveis, alergia alimentar, exames bioquímicos. (Anexo A).

3.6.8 Avaliação de Consumo alimentar

Como método de frequência alimentar foi feito várias perguntas referente ao hábito alimento, a frequência, tipos de alimentos consumidos. (Anexo B).

3.6.9 Avaliação Bioquímica

Para a avaliação bioquímica do estado nutricional podem ser empregados exames como: Colesterol total, triglicerídeos, glicemia e HDL. É importante destacar que estes indicadores podem ser influenciados por uso de medicamentos, stress alto e doenças de base, especialmente inflamatória, O colesterol é considerado um mensurador do estado nutricional, a sua baixa concentração pode refletir hipercatabolismo de lipoproteínas e má absorção intestinal. (VANNUCCHI, 1996).

Quadro 6 Valores de referência de exames Laboratoriais

Tipo de Exame	Valor de referência	Unidade
Glicose	Adulto 70-100	Mg/dl
Triglicerídeos	Abaixo de 150	Mg/dl
Colesterol Total	Abaixo de 200	Mg/dl
HDL	< 60	Mg/dl

Fonte: Comunidade de saúde, 2015.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE), aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, este documento tem como objetivo esclarecer e proteger o sujeito da

pesquisa, assim como, o pesquisador, manifestando seu respeito à ética no desenvolvimento do trabalho, os dados coletado e mantido em sigilo e segurança, e o indivíduo tem autonomia para sair da pesquisa quando achar conveniente.

O TCLE foi elaborado em duas vias, sendo uma cópia para o sujeito da pesquisa e outra para o pesquisador (MARQUES, 2011).

3.8 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para realização da coleta de dados foi realizado quatro questionários. O primeiro questionário que foi aplicado para dados pessoais, doenças crônicas familiar, resultado de exames bioquímico. O segundo teve como objetivo avaliar o estado nutricional, como os caminhoneiros se alimentam, como sua frequência alimentar durante os dias das semanas, pois os mesmo nunca tem uma rotina normal para alimentar, dormir, por este motivo não foi utilizado o recordatório, porque não ficaria fidedigno, sendo que em casa a alimentação e diferente das estradas. Em cada resposta corresponde um escore, se obtém as respostas até 28 pontos representam que a alimentação não está saudável, deve ter cuidado, de 29 a 42 pontos significa que está caminhando para uma alimentação e atividade física correta, acima de 43 pontos significa que os hábitos estão ótimos, e necessário manter (HENRIQUE, 2004).

O terceiro questionário ASSIST OMS, validação da versão Brasileira, é referente a utilização de uso de álcool, tabaco e outras substancias com 8 questões, foi entregue ao indivíduo para ser autoaplicável, pois se sentiram confortável para uma maior aderência ao estudo. As questões abordam a frequência, a utilização nos últimos 3 meses, a necessidade de utilizar a droga, e a utilização estaria dificultando o relacionamento com amigos e familiares, após feito o questionário deve fazer a contagem de acordo cada questão e obter um escore que varia para cada substância conforme anexo C.

Quarto item que foi realizado questionário qualidade de Vida SF 36, visa classificar tipo de qualidade de vida é um questionário genérico de avaliação de saúde, formulado por Ware e Sherboune, em 1992 e traduzido em versão portuguesa por Ciconelli, et al. (1999), composto por 11 questões com 36 itens englobados em oito domínios, na qual investiga aspectos distintos: Capacidade funcional avalia a

extensão das limitações; Aspectos físicos avaliando condições nas atividades do cotidiano; Aspectos emocionais como que os problemas interfere no seu emocional; Dor o quanto ela interfere em sua profissão e nas atividades do dia a dia; Estado Geral de Saúde pode ser observado qual e a perspectiva de vida, o começo de um processo de doença; Vitalidade considera o nível de energia, a disposição para exercer a profissão; Aspectos sociais analisam os prejuízos na integração do indivíduo em atividades sociais, Saúde mental observa se o indivíduo tem dimensão de como está a sua situação atual. Em cada domínio tem pontuação de zero a cem, o resultado é chamado de Raw Scale. (MARTINEZ; PARAGUAY; LATORRE, 2004). Após obter o valor obtido nas questões correspondentes deve-se diminuir o limite inferior e multiplicar por 100, após dividir pela variação de Score Range.

Quadro 7 - Valores para calcular os domínios do questionário SF 36- Valores de Score de Range.

Domínio	Soma Das Questões Respondidas	Limite Inferior	Varição
Capacidade Funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado Geral de saúde	01+11	5	20
Vitalidade	09(somente os itens a + e + g +i)	4	20
Aspectos sociais	06 +10	2	8
Limitações por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09(somente b + c+ d + f + h)	5	25

Fonte: Bettarello&Saut,2006.

3.9 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados obtidos foram analisados, por meio de estatística descritiva, expostos em medidas de média, medial, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão, todos os dados cruzados com o auxílio do Microsoft Excel, sendo comparado e analisado com variações qualitativas de média.

Para analisar os dados coletados no questionário qualidade de vida, foi realizada um cálculo para cada domínio utilizando a fórmula:

$$D = \frac{\text{Valor obtido nas respostas} - \text{Limite inferior}}{\text{Variação}} \times 100$$

Variação (score range)

O *software* utilizado nas análises foi o IBM SPSS *Statistics version 21*. A caracterização da amostra foi realizada pela frequência observada, porcentagem, medidas de tendência central e de variabilidade.

Para verificar a correlação da qualidade de vida com os parâmetros antropométricos, utilização de drogas e a guia alimentar se utilizou a correlação de Spearman (1904)

O nível de significância adotado em todas as correlações foi de 5% com intervalo de confiança de 95%.

Os resultados encontrados, após analisados, foram comparados a literatura científica, para verificar se os resultados dos estudos também estão presentes em outras pesquisas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 RESULTADOS

O estudo foi composto por 32 caminhoneiros todos do sexo masculino. Na tabela 1 encontra-se a caracterização da amostra que foi estudada, nela aponta em maior quantidade 37,5% (n 12), estão na faixa etária de 51 a 60.

Tabela 1- Caracterização da amostra referente a faixa etária, cor, grau de escolaridade e doenças crônicas

Variáveis	N	%
Faixa etária		
Até 30 anos	1	3,1%
31 a 40 anos	11	34,4%
41 a 50 anos	7	21,9%
51 a 60 anos	12	37,5%
acima de 61 anos	1	3,1%
Cor		
Branca	29	90,6%
Negra	3	9,4%
Amarela	0	0,0%
Pardo	0	0,0%
Indígena	0	0,0%
Grau de escolaridade		
Não alfabetizado	0	0,0%
Fundamental incompleto	3	9,4%
Fundamental completo	7	21,9%
Medio incompleto	7	21,9%
Medio completo	13	40,6%
Superior incompleto	2	6,3%
Superior completo	0	0,0%
Pós graduado	0	0,0%
Doenças Crônicas		
Pressão alta	17	53,1%
Diabetes	5	15,6%
Cardiopatia	10	31,3%
Cancer	3	9,4%
Renal	1	3,1%

Fonte: Elaboração Própria

O grau de escolaridade de predominou no estudo foi ensino médio completo 40,6% (n:13), seguido de Fundamental completo e médio incompleto ambos com 21,9%

(n:7), seguido de fundamental incompleto 9,4% (n:3) e superior incompleto 6,3% (n:2).

Em relação as doenças crônicas familiares a maior prevalência foi de Hipertensão arterial 53,1% (n 17), seguido de doenças coronarianas com 31,3% (n 10), com diabetes tipo 2 corresponde 15,2% (n 5), por último câncer e Doenças Renais com 9,4% (n3) e 3,1 (n 1) respectivamente, vale ressaltar que todas estas doenças familiares foi registrada somente com parente próximo (pai, mãe e irmãos), foram excluídos aqueles que registrava doenças entre tios, primos e avós.

Como média de peso dos caminhoneiros 86,3 kg e a média do Índice de massa corporal dos entrevistados foi de 29,5kg/m² com no mínimo de 22 kg/m² e máximo 39,7 kg/m². Em relação a gordura corporal pode ser observado um valor de no mínimo 24% e no máximo 38,8%, em média de 30,6% usando como referência de gordura corporal de no máximo para homens de (23%), Circunferência de cintura n (23), 72 % maior de 94 cm de circunferência de cintura.

Tabela 2-Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo das variáveis antropométricos dos caminhoneiros

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	46,4	9,6	47,5	26	62
Peso (kg)	86,3	13,4	89,6	60	107,8
Altura (m)	1,71	0,08	1,70	1,58	1,86
IMC (kg/m ²)	29,5	4,5	29,8	22,0	39,7
%GC	30,6%	3,8%	30,5%	24,0%	38,8%
CC (cm)	99,7	9,5	100	81	122
CB (%)	31,9	4,1	30,75	26,5	44

Fonte: Elaboração Própria

Os Exames Bioquímicos (tabela 3), conforme os resultados apresentados neste estudo 43,75% (n:14) estão com valores aumentando do Triglicerídeos, 40,63% (n:13) acima do recomendado de glicemia em jejum, 37,50% (n:12) com colesterol elevado e 12,5 (n:4) do HDL acima do preconizado.

Tabela 3-Valores de porcentagens dos resultados de exames bioquímicos

Glicemia	N	%
Até 100	19	59,38%
Acima de 100	13	40,63%
Triglicerídeos		
Até 150	18	56,25%
Acima de 150	14	43,75%
HDL		
Até 60	28	87,50%
Acima de 60	4	12,50%
Colesterol Total		
Até 200	20	62,50%
Acima de 200	12	37,50%

Fonte: Elaboração própria

Em relação ao hábito alimentar (Tabela 4), pode ser observado que 62,50% (n:20) não come frutas ou suco natural todos os dias, e 37% (n:12) consome frutas ou suco de 1 a 2 por dia, referente ao consumo de legumes 46,88% (n:15), consome 3 a menos colheres de sopa ao dia, e leguminosa 59,38% (n: 19) de 2 a mais colheres de sopa por dia.

O consumo de rico em proteína as carnes ou ovos o consumo foi de 53,13% (n; 17) pelo menos 2 unidades por dia, porém 53,13% (n:17) confirmam que não retiram a gordura aparente das carnes e nem a pele das aves, com relação a frequência do consumo de peixes 34,38% (n:11) utilizam somente algumas vezes no ano. Quando foi questionado em relação ao leite e derivados 46,88% (n:15) admitiram que consome leite ou derivados, mas nem todos os dias, sendo 12,50% (n:4) não consomem.

Quando foi perguntado quantidade de líquidos ingerido por dia (água, sucos de frutas naturais ou chás exceto líquidos com cafeína como café, chá preto), 46,88% (n:15) bebem de 6 a 8 copos por dia.

Em relação a atividade física regular, com pelo menos 30 minutos diários maior parte respondeu que não praticam atividade física 65,63% (n:21), e 31,25% (n:10) praticam de 2 a 4 vezes por semana, somente 3,13% (n:1) pratica atividade física regularmente.

Referente as informações nutricionais presente nos rótulos dos alimentos industrializados se eles costumam ler as informações, 50% (n:16) registraram que nunca observar os rótulos, 28,13%(n:9) quase nunca, 21,88% (n:7) algumas vezes, para alguns produtos.

Tabela 4-Frequência absoluta e relativa da frequência alimentar dos caminhoneiros (alimentos saudáveis)

	(Continua)	
Qual é, em média, a quantidade de frutas que você come por dia?	N	%
Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias	20	62,50%
3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural	0	0,00%
2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural	6	18,75%
1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural	6	18,75%
Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você como por dia?	N	%
Não como legumes, nem verduras todos os dias	11	34,38%
3 ou menos colheres de sopa	15	46,88%
4 a 5 colheres de sopa	6	18,75%
6 a 7 colheres de sopa	0	0,00%
8 ou mais colheres de sopa	0	0,00%
Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?	N	%
Não consumo	0	0,00%
2 ou mais colheres de sopa por dia	19	59,38%
Consumo menos de 5 vezes por semana	11	34,38%
1 colher de opa ou menos por dia	2	6,25%
Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você como por dia?	N	%
1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo	5	15,63%
2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos	17	53,13%
Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos	10	31,25%
Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele de frango ou outro tipo de ave?	N	%
Sim	15	46,88%
Não	17	53,13%
Não como carne vermelha ou frango	0	0,00%
Você costuma comer peixes com qual frequência?	N	%
Somente algumas vezes no ano	11	34,38%

2 ou mais vezes por semana 4 12,50%

De 1 a 4 vezes por mês 17 53,13%

Tabela 4-Frequência absoluta e relativa da frequência alimentar dos caminhoneiros (alimentos saudáveis)

(Conclusão)		
Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia?	N	%
Não consumo leite, nem derivados (vá para a questão 10)	4	12,50%
3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções	0	0,00%
2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções	1	3,13%
1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções	12	37,50%
Consumo leite e derivados, mas nem todo dia	15	46,88%
Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).	N	%
Menos de 4 copos	0	0,00%
8 copos ou mais	7	21,88%
4 a 5 copos	10	31,25%
6 a 8 copos	15	46,88%
Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre? Considere aqui as atividades da sua rotina diária como o deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho, subir escadas, atividades domésticas, atividades de lazer ativo, atividades praticadas em academias e clubes. Os 30 minutos podem ser divididos em 3 etapas de 10 min.	N	%
Não	21	65,63%
Sim	1	3,13%
2 a 4 vezes por semana	10	31,25%
Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?	N	%
Nunca	16	50,00%
Quase nunca	9	28,13%
Algumas vezes, para alguns produtos	7	21,88%
Sempre ou quase sempre, para todos os produtos	0	0,00%

Fonte: Elaboração Própria

A quantidade de refeição feita durante café da manhã, Lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite (tabela 5), foi observada que maioria 87,5% (n:28) tem o hábito de almoçar todos os dias e 90,63% (n:29) jantam regularmente,

em relação ao café da manhã 81,25% (n:26) fazem todos os dias, os lanches se observou um valor baixo.

Tabela 5-Frequência de quantitativo de refeição feita durante ao dia

Refeições ao dia	N	%
Café da manhã	26	81,25%
Lanche da manhã	3	9,38%
Almoço	28	87,50%
Lanche ou café da tarde	6	18,75%
Jantar ou café da noite	29	90,63%
Lanche antes de dormir	8	25,00%

Fonte: Elaboração própria

Em relação aos alimentos que não são aconselháveis para o consumo habitual na alimentação, (tabela 6), na questão referente a frequência de consumo de frituras, carnes salgadas, embutidos 34,38% (n: 11) costumam comer de 2 a 3 vezes por semana, e 31,25% (n:10) de 4 a 5 vezes na semana.

Os doces, biscoitos, bolos recheados, refrigerantes e suco artificial, 56,26% (n: 18) consomem, de 2 a 5 vezes na semana, 31,25% (n:10) menos de 2 vezes por semanal.

Tipo de gordura utilizado em casa para preparação das refeições os 100% responderam óleo vegetal podendo ser de soja, milho, canola. O sal na comida 50% (n:16) responderam não costumar acrescentar o sal no prato, 28,13% (n:9) as vezes acrescentam mais sal ao prato.

Foi perguntado a o uso de bebidas alcoólicas e sua frequência, sendo 43,75%(n:14) consome de 1 a 6 vezes na semana, outros 43,75% (n:14) eventualmente menos de 4 vezes ao mês, 9,38% (n:3) não consome bebidas alcoólicas.

Tabela 6 Frequência relativa e absoluta do questionário de alimentos não saudáveis dos caminhoneiros em estudo.

Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presunto e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?		
	N	%
Raramente ou nunca	5	15,63%
Todos os dias	0	0,00%
De 2 a 3 vezes por semana	11	34,38%
De 4 a 5 vezes por semana	10	31,25%
Menos de 2 vezes por semana	6	18,75%
Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?		
	N	%
Raramente ou nunca	3	9,38%
Menos de 2 vezes por semana	10	31,25%
De 2 a 3 vezes por semana	9	28,13%
De 4 a 5 vezes por semana	9	28,13%
Todos os dias	1	3,13%
Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar alimentos?		
	N	%
Banha animal ou manteiga	0	0,00%
Óleo vegetal: soja, girassol, milho, algodão ou canola	32	100,00%
Margarina ou gordura vegetal	0	0,00%
Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?		
	N	%
Sim	7	21,88%
Não	16	50,00%
Às vezes	9	28,13%
Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque, etc.) com qual frequência?		
	N	%
Diariamente	1	3,13%
1 a 6 vezes na semana	14	43,75%
Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)	14	43,75%

Fonte: Elaboração Própria

Conforme resultados apresentados na pesquisa referente a frequência alimentar, foi elaborado um gráfico com os valores em escore onde 56% (n: 18) apresentou um valor de 29 a 42 pontos que significa ficar atento a alimentação com os hábitos de vida pois a saúde pode ficar comprometida, 44% (n:14) mantém o hábito alimentar saudável apesar da sua profissão.

Gráfico 1- Valor do escore alimentar conforme resultado do questionário de frequência alimentar



Fonte: Elaboração Própria

Através do questionário de utilização de tabaco, álcool ou outras drogas (tabela 7), e utilizado escores pode ser observado de a necessidade de alguma intervenção através de escores sendo de 0 a 27 para cada tipo de substância utilizada, pode ser observada que para tabaco 28,2% (n:9), álcool 12,5% (n:4), maconha 6,3% (n:2), cocaína/crack 12,5% (n:4), anfetamina 43,8% (n:14), necessitam de receber intervenção breve, conforme os resultados os pacientes de tabaco e álcool, n :2, n:1 respectivamente obtiveram o escore acima de 27, necessitando ser encaminhado para tratamento mais intensivo.

Tabela 7-Frequência absoluta e relativa da utilização de Tabaco, Álcool e outros tipos de drogas

Variáveis	Categorias	N	%
Tabaco	0 a 3	21	65,6
	4 a 26	9	28,1
	27 ou mais	2	6,3
Álcool	0 a 10	27	84,4
	11 a 26	4	12,5
	27 ou mais	1	3,1
Maconha	0 a 3	30	93,8
	4 a 26	2	6,3
Cocaína/crack	0 a 3	28	87,5
	4 a 26	4	12,5
Anfetamina/êxtase	0 a 3	18	56,3
	4 a 26	14	43,8

Fonte: Elaboração própria

Ao avaliar o escores médios dos domínios avaliados do questionário SF 36 representado na tabela 8, o domínio que teve o menor valor foi os aspectos emocionais, com a pontuação de média de 44,1 seguido do estado geral de saúde 66,5. Sendo os domínios Aspectos sociais, limitações por aspectos físicos apresentam maior valor, sendo 96,9 e 88,3 respectivamente, comparado com os outros escores.

Tabela 8-Media, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo da pontuação obtida por domínios do questiona SF 36 na avaliação dos caminhoneiros.

Parâmetros	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	84,5	16,1	87,5	40,0	100,0
Limitação por aspectos físicos	88,3	22,9	100,0	25,0	100,0
Dor	80,7	17,0	84,0	41,0	100,0
Estado geral de saúde	66,5	13,1	67,0	22,0	82,0
Vitalidade	79,2	9,8	80,0	55,0	95,0
Aspectos sociais	96,9	7,8	100,0	75,0	100,0
Aspectos emocionais	44,1	12,7	50,0	12,5	50,0
Saúde mental	82,9	9,8	84,0	60,0	100,0

Fonte: Elaboração própria

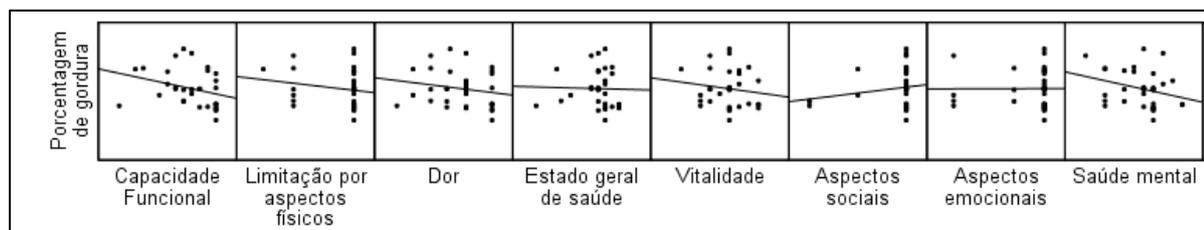
Sendo feita a correlação entre o valor do IMC e a qualidade de vida (tabela 9), o teste de Spearman não reportou haver correlação ($p > 0,05$) entre o IMC com a qualidade de vida. Quando foi feita a correlação entre o percentual de gordura com a qualidade de vida foi observado que a capacidade funcional apresentou significância estatística, portanto, segundo Mukaka (2012) há uma associação fraca negativa entre a porcentagem de gordura e a capacidade funcional ($\rho = -0,413$; $p = 0,019$), as demais não apresentaram associação significativa ao nível de 5%.

Tabela 9-Correlação entre os parâmetros antropométricos e qualidade de vida (SF-36).

Parâmetros	IMC (Coeficientes)	Valor p*	Porcentagem de gordura (Coeficientes)	Valor p*	Circunferência da cintura (Coeficientes)	Valor p*
Capacidade Funcional	-0,284	0,115	-0,413	0,019	-0,303	0,092
Limitação por aspectos físicos	-0,124	0,500	-0,157	0,391	-0,190	0,298
Dor	-0,186	0,308	-0,198	0,278	-0,309	0,085
Estado geral de saúde	-0,052	0,779	-0,202	0,268	-0,232	0,202
Vitalidade	-0,058	0,751	-0,095	0,605	-0,248	0,171
Aspectos sociais	0,111	0,545	0,134	0,466	0,041	0,825
Aspectos emocionais	0,025	0,892	0,004	0,985	-0,162	0,375
Saúde mental	-0,149	0,415	-0,274	0,129	-0,240	0,187

Fonte: Elaboração própria - *. Correlação de Spearman

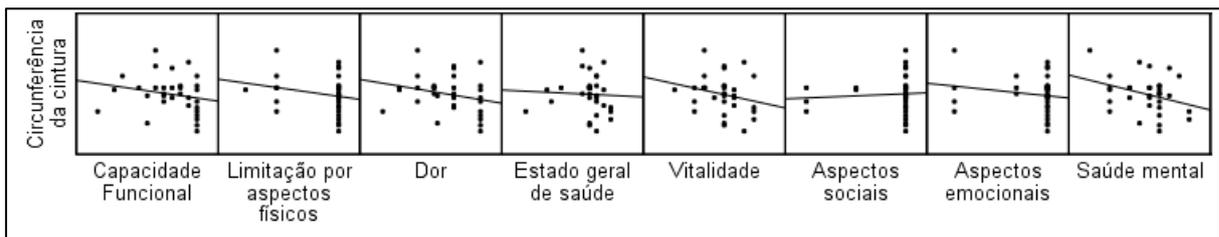
Gráfico 2-Correlação entre dispersão do percentual de gordura com a qualidade de vida.



Fonte: Elaboração própria.

A correlação de circunferência de cintura e a qualidade (tabela 9), de vida não há associação, porém podemos observar que o valor p^* para capacidade funcional e para o domínio da dor está um valor baixo 0,092 e 0,085 respectivamente.

Gráfico 3-Dispersão da circunferência da cintura com a qualidade de vida



Fonte: Elaboração própria

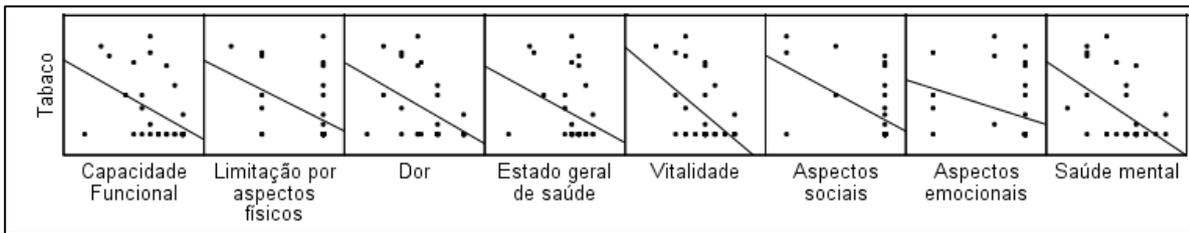
Tabela 10-Correlação entre o escore do tabaco, Álcool e Maconha e qualidade de vida (SF-36).

Parâmetros	Tabaco (Coeficientes)	Valor p^*	Álcool (Coeficientes)	Valor p^*	Maconha (Coeficientes)	Valor p^*
Capacidade Funcional	-0,505	0,003	-0,263	0,145	-0,053	0,775
Limitação por aspectos físicos	-0,421	0,017	-0,282	0,118	0,136	0,458
Dor	-0,516	0,003	-0,398	0,024	-0,157	0,391
Estado geral de saúde	-0,292	0,104	-0,074	0,686	0,026	0,888
Vitalidade	-0,428	0,015	-0,346	0,053	-0,133	0,469
Aspectos sociais	-0,479	0,006	-0,184	0,313	0,111	0,547
Aspectos emocionais	-0,491	0,004	-0,262	0,148	0,136	0,460
Saúde mental	-0,479	0,006	-0,277	0,125	-0,057	0,756

Fonte: Elaboração própria - *. Correlação de Spearman

A correlação entre tabaco, álcool ou outras drogas, somente o estado geral de saúde não apresentou significância ($p > 0,05$), já as demais há associação fraca negativa com o tabaco, ou seja, de acordo que se aumenta o escore do tabaco diminui-se a qualidade de vida com exceção para o estado geral de saúde.

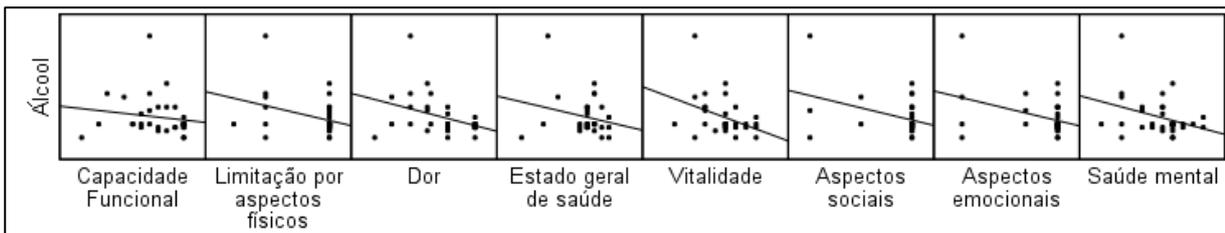
Gráfico 4-Dispersão do escore do tabaco com a qualidade de vida.



Fonte: Elaboração própria

O álcool obteve associação apenas para a dor ($\rho = -0,398$; $p = 0,024$) onde esta foi considerada como correlação fraca negativa, portanto, o aumento da dor diminui o escore do álcool. As demais não alcançaram significância estatística, porém o domínio vitalidade se aproximou ($\rho = -0,346$; $p = 0,053$).

Gráfico 5-Dispersão do escore do álcool com a qualidade de vida.



Fonte: Elaboração própria-

A cocaína/crack tem relação fraca negativa com a limitação por aspectos físicos ($\rho = -0,374$; $p = 0,035$) e os aspectos emocionais ($\rho = -0,408$; $p = 0,021$). As demais não apresentaram associação.

Não há associação entre a anfetamina/êxtase com a qualidade de vida, entretanto ficou próximo dos valores de significância (tabela 11).

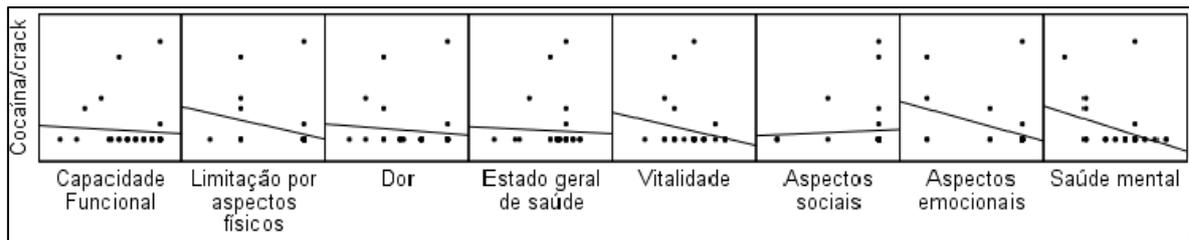
Tabela 11-Correlação entre o escore do Cocaína/crack e Anfetaminas/ Êxtases qualidade de vida (SF-36).

Parâmetros	Cocaína/crack (Coeficientes)	Valor p*	Anfetamina/êxtase (Coeficientes)	Valor p*
Capacidade Funcional	-0,115	0,530	-0,199	0,275
Limitação por aspectos físicos	-0,374	0,035	-0,217	0,233
Dor	-0,134	0,466	-0,334	0,062

Estado geral de saúde	-0,072	0,697	-0,138	0,452
Vitalidade	-0,219	0,229	-0,317	0,077
Aspectos sociais	-0,029	0,873	-0,114	0,535
Aspectos emocionais	-0,408	0,021	-0,280	0,120
Saúde mental	-0,272	0,132	-0,306	0,088

Fonte: Elaboração própria *. Correlação de Spearman

Gráfico 6-Dispersão do escore da cocaína/crack com a qualidade de vida.



Fonte: Elaboração própria -

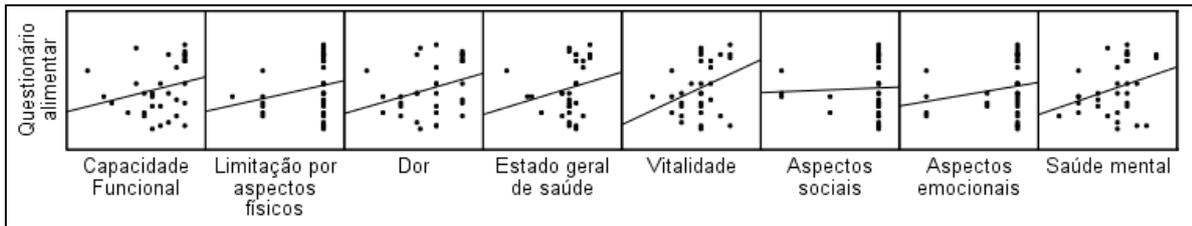
Em relação ao questionário alimentar ao ser feita a correlação pode ser observado que somente o estado geral de saúde ($\rho = 0,345$; $p = 0,043$) apresentou significância estatística com o escore alimentar, e esta associação foi considerada fraca positiva. Portanto, de acordo que se aumenta o escore alimentar, também se aumenta o estado geral de saúde.

Tabela 12-Correlação entre o escore alimentar e a qualidade de vida (SF-36).

Parâmetros	Escore alimentar (Coeficientes)	Valor p*
Capacidade Funcional	0,330	0,065
Limitação por aspectos físicos	0,245	0,177
Dor	0,314	0,080
Estado geral de saúde	0,345	0,043
Vitalidade	0,323	0,072
Aspectos sociais	0,053	0,772
Aspectos emocionais	0,229	0,208
Saúde mental	0,301	0,094

Fonte: Elaboração própria*. Correlação de Spearman.

Gráficos 7-Dispersão do escore alimentar com a qualidade de vida.



Fonte: Elaboração Própria

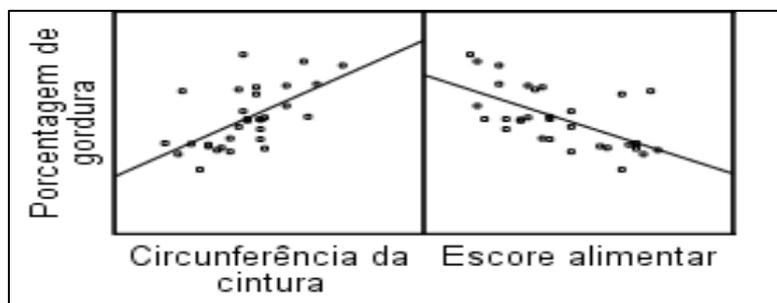
Correlação entre a porcentagem de gordura corporal com escore alimentar e circunferência de cintura. A porcentagem de gordura está associada ao escore alimentar e também a circunferência da cintura ($p < 0,05$). Portanto, há uma correlação moderada negativa entre a porcentagem de gordura e o escore alimentar ($\rho = -0,657$; $p < 0,001$) e uma correlação moderada positiva entre a porcentagem de gordura e a circunferência da cintura ($\rho = 0,599$; $p < 0,001$).

Tabela 13-Correlação do percentual de gordura com o escore alimentar e a circunferência de cintura.

Parâmetro	Porcentagem de gordura	Valor p^*
Circunferência da cintura	0,599	< 0,001
Escore alimentar	-0,657	< 0,001

*. Correlação de Spearman.

Gráfico 8-Dispersão do percentual de gordura com o escore alimentar e a circunferência de cintura.



Fonte: Elaboração própria

A porcentagem de gordura não apresentou significância estatística com o questionário de uso de álcool, tabaco e outras substâncias, já a maconha está

correlacionada com o escore alimentar, onde se observou uma correlação fraca negativa ($\rho = -0,393$; $p = 0,023$).

Tabela 14: Correlação do percentual de gordura com o escore alimentar e escore de álcool e drogas

Parâmetros	Porcentagem de gordura	Valor p*	Escore alimentar	Valor p*
Tabaco	0,042	0,821	0,078	0,671
Álcool	-0,004	0,983	-0,291	0,106
Maconha	0,244	0,179	-0,393	0,026
Cocaína/crack	0,007	0,970	-0,106	0,565
Anfetamina/êxtase	0,158	0,388	-0,210	0,250

*. Correlação de Spearman.

Na correlação percentual e gordura corporal com circunferência de cintura não apresentaram correlação com os bioquímicos.

Tabela 15-Correlação do percentual de gordura e a circunferência de cintura com os bioquímicos.

Parâmetros	Porcentagem de gordura	Valor p*	Circunferência da cintura	Valor p*
Glicemia	0,317	0,207	0,079	0,665
Triglicerídeos	0,190	0,389	-0,089	0,587
HDL	-0,281	0,757	-0,080	0,325
LDL	-0,229	0,242	-0,092	0,273
Colesterol total	-0,292	0,768	-0,102	0,221

Elaboração Própria*. Correlação de Spearman

Não houve significância entre o escore de qualidade de vida com os bioquímicos, portanto, não há correlação entre as mesmas, entretanto o valor para o estado geral de saúde ficou próximo dos valores de significância.

Tabela 16-Correlação do escore de qualidade de vida com os bioquímicos.

	Glicemia	Valor p*	Triglicerídeos	Valor p*	HDL	Valor p*	Colesterol total	Valor p*
Capacidade Funcional	-0,106	0,562	-0,165	0,375	0,038	0,838	0,188	0,632
Limitação por aspectos físicos	0,079	0,667	-0,063	0,737	0,008	0,966	-0,121	0,908
Dor	-0,105	0,568	-0,200	0,281	0,023	0,714	0,004	0,658
Estado geral de saúde	0,107	0,972	0,003	0,919	0,286	0,113	0,305	0,090
Vitalidade	-0,097	0,462	-0,096	0,608	0,156	0,395	0,310	0,084
Aspectos sociais	0,022	0,906	0,001	0,996	0,011	0,809	0,054	0,861
Aspectos emocionais	-0,094	0,787	-0,078	0,937	0,030	0,665	0,055	0,898
Saúde mental	-0,093	0,985	-0,102	0,676	0,227	0,211	0,098	0,923

Elaboração Própria*. Correlação de Spearman; (-) não computado, pois a correlação é uma constante.

4.2 DISCUSSÃO

A Predominância da faixa etária dos caminhoneiros com idade de 51 a 60 anos (tabela 1) ser um valor considerado (n 12), nos revela que a população brasileira está envelhecendo e continua no campo de trabalho para poder manter a sua sobrevivência. Estudo esse oposto ao de Resende (2010), em que a maioria da sua amostra são 33% são com idade de 30 a 39 anos, seguindo e 34,4% (n 11) faixa de 31 a 40 anos. Pode se observar que somente 3,1% tinha idade inferior a 30 anos fato este poderia ser pelo fato da taxa de desemprego na população ter um aumento de 8,5% em média (BOAS, 2016).

Em relação ao grau de escolaridade, a maior parte possui o ensino médio completo 40,6% (n 13), através da pesquisa feita pela empresa Sontra cargo com mais de

2000 caminhoneiros, confirmou com esta pesquisa onde a maioria tem o ensino médio completo (VIEIRA, 2015). Em comparação aos resultados encontrados de Mason; Vieira (2010), ocorre uma discordância, pois a maioria dos seus entrevistados são de ensino fundamental e médio incompleto.

Não foi encontrada estudos em que doenças crônicas familiar poderia ter relação a profissão dos caminhoneiros, em alguns estudos comprovam a relação caminhoneiros, alimentação e doenças como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares estudos estes de Ruas et al, 2010; Silva, 2011). A hipertensão arterial ocorreu em maior prevalência no histórico familiar (tabela 1), fato esse se destaca pelo nível de estresse em que os caminhoneiros enfrentam a cada dia nas estradas, com mercadorias com tempo e hora marcada para ser entregue e outros fatores de risco predispõe em que possa ter doenças cardiovasculares, fato esse que conforme a pesquisa sendo a segunda doença predominante na família do indivíduo (MOREIRA; et al, 2011).

Como é sabido as doenças crônicas de maior prevalência no Brasil e no mundo são provenientes do estilo de vida, sendo essa uma preocupação para saúde pública com despesas para o país tornando-o improdutivo (SCHMIDT et al., 2011).

Com o valor do Índice de massa corporal acima de 24 kg/m^2 (tabela 2), valores indica que a maioria dos caminhoneiros estão com sobrepeso, podendo ser vários fatores como alimentação rica em carboidratos simples, sem horários determinado para se alimentar, falta de exercício físico, este fato e preocupante devido ao excesso de peso possa provocar aos caminhoneiros vários distúrbios metabólicos, nos estudos de Domingos et al., em 2010; Mascarenhas; Laat; Smolarek (2008), mostrou que o número de caminhoneiros com sobrepeso e elevado, com isso dando veracidade desse estudo comprovando que a maiorias dos caminhoneiros estão com o índice de massa corporal elevado, na correlação entre qualidade de vida e índice de massa corporal não apresentou um valor de significância, mas ficou aproximado no domínio capacidade funcional($r = -0,284$ e $p = 0,115$). (tabela 9).

Quando analisamos o percentual de gordura corporal o valor em média de 30,6%, podendo confirmar que caminhoneiro pode estar com excesso de peso, sendo a gordura corporal necessária para do corpo, ela que protege os órgãos internos e reserva de energia, portanto o excesso pode interferir diretamente na saúde

qualidade de vida, fato esse que foi confirmado quando foi feita a correlação entre qualidade de vida com percentual de gordura (tabela 9), onde foi feita a correlação da qualidade de vida com % de gordura, ($R = -0,413$ e $p 0,019$), observou que houve significância estática na capacidade funcional, e estando a caminho para a saúde mental do trabalhador, estudo este confirmado pela pesquisa de Alves em 2014 referente ao estudo de qualidade de vida e excesso de peso de trabalhadores de turnos alternantes da região dos inconfidentes.

Quando foi analisado os valores de circunferência de cintura (Tabela 2) obteve-se 72% de indivíduo com risco para doenças cardiovasculares, estando com medida de cintura maior de 94 cm (para homem), com concordância nos estudos de Paris et al, 2013, sendo de 60%. Os caminhoneiros em sua maioria têm um valor elevado de circunferência de cintura, muitos são devidos a alimentação com alto índice de lipídeos, comendo muitas frituras sendo propenso a ter um Infarto agudo do miocárdio ou outras doenças cardiológicas, e analisando os resultados dos exames bioquímicos (Tabela 3), pode-se confirmar que pois 62,50% (n: 20) estão com colesterol elevado e 56,25% (n:18) com triglicérideo 43,75% (n:14) acima do preconizado. Quando feita a correlação entre qualidade de vida e circunferência de cintura (tabela 9), pode-se observar que o domínio capacidade funcional ($R= -0,303$ e $p 0,092$) e o domínio dor ($R= -0,309$ e $p 0,085$) estiveram alterados e saúde mental com o valor de $p 0,187$, perto do valor de significância, fato este confirma que os valores alterados de circunferência de cintura e percentual de gordura interfere no desenvolvimento das funções exercida pelos trabalhadores este estudo, os mesmos vivem em tensão intensa tanto nas estradas com possibilidade de sofrer acidentes, acarretando prejuízo na saúde física e mental (REZENDE; SOUZA; SILVA, 2010).

A alimentação dos caminhoneiros 62,50% (tabela 4) não ingeri frutas e nem suco todos os dias, 46,88% consome apenas até 3 colheres de sopa de legumes por dia, resultados estes se faz presente no estudo de Silva et al., (2010) onde a baixa adesão a estes alimentos podem contribuir para a obesidade, pois e sabido que as frutas e vegetais contém micronutrientes indispensável para o indivíduo, sua falta aliada com a falta de exercício físico, podem acarretar problemas sérios fornecendo um desequilíbrio metabólico ocasionando vários tipos de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão arterial, o seu consumo adequado das frutas e legumes fornece saciedade com balanço equilibrado favorecendo para uma perda de peso,

pode-se observado neste estudo o resultado parecido com de Silva et al., (2010). Outro elemento de grande importância é o leite e seus derivados, conforme análise do estudo foi verificado que nem todos utilizam todos os dias, resultado que corresponde com os estudos de Silva et al. (2010), o não consumo pode ocorrer a falta de Cálcio, sendo o mineral importante na prevenção de osteoporose juntamente com a vitamina D (BUENO, 2008).

Nos estudos realizados por Troiani; Botelho em 2015, os seus voluntários consomem carnes vermelha em sua maioria, juntamente com frango, não especificou a percentagem, ao analisar os resultados do estudo desta pesquisa confirmou que 85% (n:27) costumam comer de 2 ou mais unidades de carne ao dia, e conforme estudo do autor acima os mesmos não retiram a gordura da carne sendo em concordância neste estudo onde 53,13% não retiram, este valor parecido com o estudo feito pelo IBGE em 2013, com este hábito alimentar pode desencadear uma dislipidemia como pode ser observado os valores dos resultados do exame bioquímicos (tabela 3), valor considerado elevado.

Segundo Serafim (apud Mahan, 2002, p.154) o indivíduo necessita de água para sua sobrevivência, todo o metabolismo necessita, portanto, sendo necessário um equilíbrio de água e nutrientes, se calcula em torno de 35 ml por Kg do indivíduo, o consumo adequado ajuda a eliminar excesso de toxinas do organismo na análise dos resultados feito nesta pesquisa indica que maior parte 46,88% (n:15) ingere de 6 a 8 copos de água por dia, o consumo ideal é de 2l de água por dia para que não ocorra desidratação e não comprometer o sistema cardíaco, não foi encontrado artigo referente ao consumo de água pelos caminhoneiros para poder ser feita a comparação.

A importância da atividade física é fundamental para a saúde, mas como estudos mostram existem um número relevante de pessoas sedentárias, conforme pesquisa feita pelo Ministério do Esporte em 2015, revelou que 45,9% da população está sedentária, talvez o grande motivo seja as tecnologias e a falta de estímulo levando o indivíduo ao comodismo, neste estudo 65,63% (n:21) não pratica nenhuma atividade física, em comparação ao estudo feito pela Confederação Nacional de Transporte (2016), os valores encontrados foram similares os deste estudo. Este fato interfere na qualidade de vida, diminuindo a capacidade funcional com menor disposição.

Conforme Santos et al. (2012) a necessidade de fazer as refeições em horários estipulados ajuda na diminuição do peso, pois fracionando quando for ser feita a próxima refeição o apetite será menor, conseqüentemente vai comer em menor quantidade, neste processo diminuirá a sobrepeso, diminuindo e prevenido diabetes, hipertensão arterial, trazendo benefícios para a saúde para que isso ocorra corretamente e necessário que se alimente de produtos saudáveis. Com análise deste estudo pode afirmar que 90,63% (n:29) e 87,50% (n:28) respectivamente jantam e almoçam diariamente, sendo 81,25% (n: 26) fazem o café da manhã (tabela 5), sendo que maioria (+ de 50%) fazem pelo menos 3 refeições por dia, apesar de estar em estradas, se alimentam sem horários regulares, neste estudo diferencia dos estudos da pesquisa feita pela Confederação Nacional de Transporte (2016) onde os pesquisados 51,2% fazendo três refeições por dia e 20,5% fazem quatro refeições.

Apesar dos voluntários da pesquisa se alimentarem pelo menos 3 refeições por dia podem-se observar que os alimentos consumidos não são saudáveis (tabela 6), comem frituras, embutidos, sanduiches 65% (n: 21) de 2 a 5 vezes por semana, e o consumo de refrigerantes, sucos industrializados 59,39% (n:19), com maior consumo de óleo de soja (100%), e metade dos entrevistados adicionam sal no prato, estudos feitos por Silva(2011) parecido com este estudo, fato este preocupante, sendo algumas pessoas que tenham a predisposição para doenças genéticas, o consumo abusivo de gorduras e sal, podem interferem na qualidade de vida, ocasionando alterações no estado de saúde.(BELTRAMIN, 2013).

De acordo com a pesquisa feita pelo IBGE de 2013 referente ao consumo de refrigerantes constatou de 26,6%(homens) consomem pelo menos 5 vezes por semana, resultado este em concordância com este estudo, quando foi perguntado referente ao consumo de doces, biscoitos recheados, refrigerante ou suco artificial, os que responderam que consomem, relataram quase não comer doces ou biscoitos e sim refrigerante em média 4 a 5 vezes por semana 28,13% (n:9), estudo este diferencia dos estudos de Troiani em 2015 feita com 50 caminhoneiros em uma fábrica no interior de Minas Gerais. Os caminhoneiros muitas vezes preferem consumir refrigerantes por ser “ barato” não sabendo os malefícios que traz a saúde pela elevada quantidade de açúcar podendo aumentar a glicose no organismo e

contribuindo para possível diabetes, pois nem sempre somente o refrigerante, e sim casado com algum tipo de alimento gorduroso.

Ao ser feita a correlação entre escore de frequência alimentar e qualidade de vida (tabela12), pode ser observada o domínio estado geral de saúde com valor de $R=0,345$ e $p=0,043$ apresentando significância estatística, observa-se que o domínio capacidade funcional e $R=0,330$ e $p=0,065$ e para vitalidade $R=0,323$ e $p=0,072$ não apresentou correlação mas ficou próximo dos valores de significância, portanto de acordo com o aumento do escore alimentar também aumenta a qualidade de vida, melhorando o estado geral de saúde. Em geral a saúde dos motoristas de caminhões e comprometidas, o longo tempo nas estradas sentados em uma boleia de caminhão, estresse das estradas, consumo de estimulantes e vida sedentária sendo grandes fatores para estado geral de saúde está em comprometimento, muitos procuram médicos somente quando ocorre alguns sintomas, quase nunca vão para ser feito um check up (FELIPPE et al, 2012).

Em relação ao consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas (tabela,10) nota-se que o feito a correlação com a qualidade de vida e tabaco interferiu em todos os domínios com exceção estado geral de saúde, onde o valor de significância ficou próximo do estipulado $p=0,005$. É uma situação alarmantes de como o hábito de fumar interfere diretamente na vida do usuário tanto físico como emocional. Conforme texto de Ceregatti de [20--], quando se acende um cigarro e começar a tragada no mesmo instante são liberadas várias substâncias tóxicas, elas se aderem aos alvéolos pulmonares, ao longo prazo surgem doenças pulmonares e até o câncer, o fumante se torna um dependente químico semelhante a outras drogas, e comuns caminhoneiros serem fumantes pois o cigarro liberam substância que promovem a sensação de euforia, diminuindo o sono devido a dopamina libera na corrente sanguínea, os efeitos maléficos que o cigarro faz no organismo faz com que o caminhoneiro tem sua capacidade de realizar todas as tarefas afetadas, principalmente a parte respiratória, e sistema cardíaco comprometido, comumente ocorrida aos fumantes. Nos caminhoneiros sendo alarmantes por eles estarem em estradas colocam vidas em perigos, normalmente quem fuma utilizam outros tipos de drogas como maconha crack e anfetaminas.

Em relação ao álcool ocorreu fato preocupante, sendo que neste estudo de 32 caminhoneiros, N 29 (90%) afirmaram que utilizam ou já utilizaram álcool , com N 14

(43,75%) consomem de 1 a 6 vezes por semana, resultados estes diferentes de Silva (2011) onde ele relatou que os seu voluntários (10%) utilizam de 1 a 6 vezes por semana, nos estudos de Nascimento, 2007 o consumo de álcool foi de 91%, resultados estes similar os deste estudos, e nos estudos de Ruas et al (2010) o consumo é de 62% eles relataram que consomem durante o trabalho, não podemos afirmar neste estudo, pois não foi questionado em que momento é utilizado. O impacto que o álcool ocorre na vida do caminhoneiro interfere em seu corpo como, mostra a correlação com qualidade de vida (tabela 10), nos mostra que no domínio da dor ocorreu significância, e a vitalidade apesar de não apresentar o valor de significância ficou muito próximo, nos confirma que o álcool e prejudicial trazendo doenças como gastrite, esofagite, hipertensão arterial, dor no tórax, inflamações nas gengivas, hepatite e cirrose, nos estudos de Takitame feito em rodovias do estado de São Paulo em 2013, nos aponta que 95,6% utilizam álcool e grande parte se queixam de dores lombar e cervical levando o indivíduo diminuir a vitalidade que está relacionado com energia, exaustão e cansaço.

A utilização de drogas pelos caminhoneiros e assunto comum nesta profissão conforme Confederação nacional de transporte, no perfil de caminhoneiro 2016 constatou que 26,5% utilizam ou utilizaram anfetaminas, cocaína, maconha ou crack. Matéria exibida no Jornal nacional do dia 24.09.2015 mostra que os caminhoneiros estão utilizando cocaína e crack feita entrevista com os caminhoneiros eles relatam que como a Anvisa proíbem de vender os medicamentos eles vão para o mercado negro e utilizam vários tipos de drogas. Os caminhoneiros quando usam a maconha diz que tem a sensação de bem-estar, ficam relaxados, conforme Cebrid (2012) o efeito da maconha pode ser tranquilo como também desagradável, ocorrendo taquicardia, irritabilidade, perde o controle mental e perde a noção do tempo sendo um perigo para dirigir, ao ser feita a associação de maconha com qualidade de vida não apresentou valor de significância conforme a correlação de Spearman. (Tabela 10).

A cocaína ou “farinha” o efeito no sistema nervoso central e imediato dando um estado de euforia, disposição ao trabalho, perda de sono e apetite, ao se torna o uso constante o indivíduo se torna agressivo, perdendo o autocontrole, não se preocupa com a família e amigos. Ao ser feita a correlação de cocaína e qualidade vida neste estudo, confirmou exatamente os aspectos emocionais e limitações por aspectos

físicos apresentaram associação, e valor próximo para saúde mental, O estudo foi analisado através de escores, na variável cocaína observou que 6,3% (n:2) necessitam de encaminhamento para tratamento, fato curioso é que dos 32 entrevistados somente 5 utilizam ou utilizaram cocaína sendo 2 necessitando de tratamento intensivo conforme avaliação pelo escore.(tabela 7)

Pesquisa feita por Sinagawa (2015), dos caminhoneiros do estado de São Paulo no período de 2008 a 2011, através de coleta de urina confirmou o uso 45,47% de anfetamina, 38,2% cocaína. O autor Villarinho em 2002 publicou um artigo falando da vulnerabilidade ao HIV nas estradas, nos mostrou que 33% utilizam maconha, 17% anfetamina, 12% cocaína, 1,5% crack, Rocha em 2008 verificou em seus voluntários que 85% utilizam anfetaminas e 15% cocaína.

Nos estudos de Nascimento et al. (2007) 66%, Ruas (2010) 26% e Takitame (2013) 40% e Moreira (2009) 65%, dos seus entrevistados utilizam ou utilizam anfetaminas, podemos observar que são estudos de anos diferentes e o consumo do “rebite” como é conhecida entre os caminhoneiro continua utilizando, muitos deles sabem dos efeitos colaterais, que quando o acaba o efeito do medicamento, o sono vem em qualquer momento e local, muitas vezes estão nas estradas, assim se envolvem em acidentes, como nos mostra matérias em jornais constantemente, mesmo assim relatam que utilizam para poder entregar as cargas em dia, necessitam de ficar acordados ter mais vitalidade, fato este em discordância com os resultados encontrados nesta pesquisa, quando foi feita a correlação de qualidade de vida com utilização de anfetamina (tabela 11), os valores de significância ficou próximo do valo estipulado pela correlação de Spearman.

O uso de drogas pelos caminhoneiros e assunto abortado não somente no Brasil, existem estudos feitos na Austrália em 2003 por Drummer et al (2003) para saber os motivos dos acidentes por mortes confirmaram que 23,5% utilizaram drogas psicotrópicas, conforme Sinagawa em 2015 constatou-se em 1993 nos Estados Unidos nas análises de óbitos por acidentes fatais 56% foi por álcool e drogas, em 2008 na França no teste de urina e foi detectado 9% positivo para drogas, em 2012 na Noruega nos exames conformou 6,6% em caminhoneiros.

Os resultados deste estudo comprovaram o comprometimento de algumas variáveis no questionário de vida SF 36 (tabela 8), sendo o que ocorreu maior pontuação foi

no Aspectos emocionais obtiveram média de 44,1, e no estado geral de saúde de 66,5, resultados comprovados nas correlações de utilização de drogas. Conforme Saide (2011) a utilização de drogas interfere o fator psicológico do indivíduo tornando depressivo com transtornos de humor e bipolar, se achando incapaz de realizar tarefas corriqueiras, sintomas estes ocorrem após alegria, euforia (SAIDE, 2011).

Com alguns resultados bioquímicos, feita a correlação com qualidade de vida, pode-se confirma que alimentação, utilização de drogas para manter-se acordados, estresses no trabalho com horas interruptivas para carga chegar ao destino em horário estipulado, entre outros fatores interfere no organismo dos caminhoneiros, apesar de não encontra o valor de significância, porém ficaram próximos o estado geral de saúde e vitalidade (tabela 16), (TREVISAN,2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou os caminhoneiros estão com sobrepeso, possuem hábitos de vida prejudiciais à saúde, como alimentação não saudável, sedentarismo, utilização de álcool, tabaco e drogas psicoativas, ficando exposto a ocorrências de doenças crônicas não transmissíveis.

Foi possível constatar na análise do questionário de vida dos participantes dessa pesquisa, com relação aos aspectos emocionais e estado geral de saúde, alcançaram uma menor pontuação conforme o escore. Portanto, ocorre a necessidade de atentar para os fatores que causam alteração ocasionando uma má qualidade de vida. E um fator que pode estar associado a essa condição é a utilização do tabaco, que afeta quase todos os domínios da qualidade de vida dos entrevistados.

É importante adotar medidas, através de políticas sociais, para o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, melhorar o consumo de peixes, diminuir o consumo de carnes com gorduras, diminuir a utilização de sal, refrigerantes e frituras, para que ocorra uma diminuição nas taxas de sobrepeso e obesidade nos caminhoneiros.

Diante do grande número de caminhoneiros com problemas físicos, sociais e mentais deve-se fazer uso da lei federal, no qual toda população tem o direito à promoção, proteção e recuperação da saúde.

A realização da promoção de campanhas preventivas nas estradas, conscientizando os motoristas a respeito dos riscos de acidentes relacionados à má qualidade de vida.

Além das campanhas de conscientização nas estradas, também é importante promover-las dentro das próprias empresas com o objetivo de diminuir a utilização de drogas pelos caminhoneiros, preservando assim a vida e a saúde do trabalhador, respeitando a nova lei dos caminhoneiros, a qual prevê que toda a população de motorista profissional deve se submeter à exames toxicológicos.

Percebe-se então, que através de pequenas medidas a serem tomadas é possível melhorar a qualidade de vida desta população que hoje se expõe a tantos perigos.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. Cultura Médica. Guanabara Koogan. 2 Ed. Rio de Janeiro, 2009.

ALESSIA, A.; ALVES, M. K. Hábitos de vida e condições de saúde dos caminhoneiros do Brasil: uma revisão da literatura. **Ciência e Saúde**. São Valentim do SUL RS set. Dez. 2015;8(3):129-136

ALMEIDA, N. D.; ROAZZI, A.; DIAS, R. M. A intenção de evitar o consumo de álcool ao dirigir. Estudo **Psicologia**. Vol.33 n 1Campinas SP jan. /Mar,2016.

ALVARENGA, F.Q. Diabetes Mellitus. **Fasi- Santa Casa**. Montes Claros MG. 2009.

ALVES, R.L.; **Qualidade de vida e excesso de peso de trabalhadores de turnos alternantes da região dos inconfindentes**. 2014.86 Dissertação (Pós-Graduação em saúde e nutrição) - Escola de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto. Minas Gerais, 2014.

ARANHA, F. Q. et. al. O papel da vitamina c sobre as aminos c sobre as alterações orgânicas nas idosas gerações orgânicas no idoso. **Revista de Nutrição**, v. 13, n. 2, p. 89-97, 200.

ARAUJO. T. M. E.; et al. Vulnerabilidade de Caminhoneiros a infecção pelo vírus da hepatite B. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**; Terezinha v.3, n 1.p.29-33. Jan-fev.mar.2010.

BATISTA, E. S.; PRESCH, F. C. **Caracterização Socioeconômica e Cultural de caminhoneiros em estradas Frequentadores do Auto Posto Machado em Cocal RO**. 2009.34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) Faculdade de Ciência Biomédica de Cocal. Rondônia, 2008.

BELTRAMIN, L. Perigo Enlatado: Consumo exagerado de alimentos industrializados, principalmente embutidos defumados, traz uma série de riscos a saúde. **JCNET**. São Paulo SP, 2013. Disponível:< <http://www.jcnet.com.br/Geral/2013/05/perigo-enlatado.html>> acesso em: 16.05.2016.

BETTARELLO, P.A.; SAUT, T.B. **Análise dos resultados dos questionários sobre a qualidade de vida SF 36, após aplicação em 18 terapias e ginásticas laboral, em funcionários do setor de editoração do centro universitário claretiano de batatais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário Claretiano, Batatais, SP, 2006.

BOAS, L. C. G.; LIMA, M. L. S. A.; PACE, A. E. Adesão ao Tratamento do Diabetes Mellitus: Validação de Instrumentos para Antidiabéticos Orais e Insulina. **Rev. Latino Am. Enfermagem-São Paulo SP**. jan.fev.2014.

BRASIL Confederação Nacional Do Transporte. **Pesquisa CNT Perfil dos Caminhoneiros 2016**. Brasília DF. 58, 60,98 p. disponível em <
<http://www.cnt.org.br/Imprensa/Noticia/cnt-divulga-pesquisa-sobre-perfil-dos-caminhoneiros>> acesso em 16.05.2016.

BRASIL. **Lei ° 8.213, de 24 de julho de 1991**. Brasília DF, 1991. Disponível em <
http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=64B26F78D996BCAEDB4AE7CEDA21EB0E.proposicoesWeb2?codteor=416632&filename=LegislaçaoCitada+-INC+9562/2006> acesso em 04.05.2016.

BRASIL. **Lei 12760 de 20 de dezembro de 2012**. Altera a Lei 9503 de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2012/Lei/L12760.htm#art> acesso em 09.04.2016.

BRASIL. **Lei 13.103, de 02 de março de 2015**. Brasília DF, 2015. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2015-2018/2015/Lei/L13103.htm acesso em 10.04.2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Excesso de sal pode causar doenças Cardiovasculares. **Portal Brasil**. Brasília, 2012. Disponível em:<
<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/11/excesso-de-sal-pode-causar-doencas-cardiovasculares>> acesso em 10.05.2016.

BRASIL, Ministério da saúde. **Caderno de Atenção Básica, Diabetes Mellitus - n.º 16**, Brasília, 2006. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: 03.12.2015

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações básicas para coleta, o processamento, análise de dados e a informação em serviço e saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos** Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Orientações para a Coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Norma Técnica do sistema de vigilância Alimentar e. Nutricional- SISVAN. Série Estatística e Informação em Saúde. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. Ministério Da Saúde- **Organização Pan Americana Da Saúde. Perspectivas e Desafios no Cuidado às Pessoas com Obesidade no SUS: Resultados do Laboratório de Inovação No Manejo da Obesidade nas redes de Atenção à Saúde**. Brasília DF, 2014.

BRASIL. Ministério Da Saúde-**Guia alimentar para a população Brasileira**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério do Esporte. **Retrospectiva 2015: Ações e projetos do Ministério do Esporte**. Brasília. DF, 2015.

BOAS, V.B.; PAMPLONA, N. Taxa de desemprego do Brasil cresce para 8,5% na média de 2015. **Folha de São Paulo**. São Paulo SP, 2016.

BUENO, A.J.; CZEPIELEWSKI, M.A. A importância do consumo dietético de cálcio e vitamina D no crescimento. **Jornal de Pediatria**. vol.84 no.5 Porto Alegre Sep./Oct. 2008

CASTRO, I. C. V. et.al. Nutrição e Doenças Cardiovasculares: Os marcadores de Riscos em Adultos. **Revista de Nutrição**. vol.17 n 3 Campinas July/set.2004.

CAVAGIONI, I. C.; et al. Agravos à saúde, Hipertensão Arterial e Predisposição ao Estresse em motoristas de Caminhão. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. São Paulo SP 2009, (Esp. 2);1267-71,

CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. **Lei 12.760/2012**. Disponível em <http://www.cisa.org.br/artigo/2579/lei-n-127602012.php> acesso em: 09.04.2016.

CEREGATTI, A. O caminho da fumaça e da nicótica no organismo. **Antidrogas**. Disponível em:< <http://www.antidrogas.com.br/mostraartigo.php?c=335&msg=O%20caminho%20da%20fuma%20e%20da%20nicotina%20no%20organismo>> acesso em: 18.05.2016.

COMUNIDADE DE SAÚDE. **Análises clínicas: valores laboratoriais normais**. 2015. Disponível em:< <https://www.portalenf.com/2015/04/analises-clinicas-valores-laboratoriais-normais/>> acesso em 12.05.2016.

CROFI.T. A. A Importância do sono. **Revista Cérebro & mente**.v.1.Campinas SP,2002.

CUPPARI, L. Guia de Nutrição: **Nutrição Clínica no adulto**, São Paulo, 3º Ed. Atheneu, 2002.

DAL MORO NATANIÉL. Trabalho e Cultura de Caminhoneiros Migrantes Gaúchos em terras do oeste Brasileiro (Década De 1970). **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**. São Paulo, julho 2011.p.1-17.

DOMINGOS, J.B.C. et al. Consumo de álcool, sobrepeso e obesidade entre caminhoneiros. **Revista de Enfermagem UFRJ**. Rio de Janeiro RJ, 2010. Jul./set.p.377

DUALIBI, B. L.; RIBEIRO, N.; LARANJEIRAS, R.; Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. Unidade de pesquisa em álcool drogas- **Dep. de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo**. São Paulo, 2004.

EMERSON, S. Acidente de Trabalho. **InfoEscola**, 2016.

ENES, C.C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev. Bras. Epidemiologia**. Vol.13 No.1 São Paulo Mar. 2010.

ESPIRITO SANTO. Departamento Estadual de Transito DETRAN ES. Secretaria de transporte e Obras Públicas. **Relatório Anual de Estatística de Trânsito** 2013. Disponível em < <http://www.detran.es.gov.br/default.asp> > acesso em 03.10.2015.

ESPIRITO Santo registra mais de 13 mil acidentes de trabalho em Vitória ES, **G1 Espírito Santo**, 2016. Disponível em < <http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2016/04/espírito-santo-registra-mais-de-13-mil-acidentes-de-trabalho.html> > acesso em 05.05.2016.

EVANDRO A. -DNIT- **Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes**. Seja você a mudança no Transito. Brasília DF, 2015. Disponível em:< <http://www.dnit.gov.br/noticias/seja-voce-a-mudanca-no-transito> > acesso em 04.10.2015.

EYKEN, E. B. B. D. V.; MORAES, C. L. Prevalência de Fatores de Riscos para doenças Cardiovasculares entre homens de uma população urbana do sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009 p.111-123.

ERHART, S.; PALMEIRA, E. M. Análise do setor de transportes. Observatório de Economia Latino-americana. **Revista acadêmica de economia** n. 71, São Paulo SP 2006.

FELIPPE, L.A.; et al. Prevalência de alterações posturais e dor de origem músculo esquelética em caminhoneiros. **Revista Movimento**. Porto Alegre RS, v.5.n.2.2012.

FEITOSA, L. C. R.; PONTES, C.J.R.E. levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de Câncer em tabagistas do município de Sidrolândia MS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**.v.16.n.2.Rio de Janeiro, RJ, 2011.

FERREIRA. S. S. De. ALVAREZ, D. Organização do Trabalho e Comprometimento da Saúde: Um estudo em Caminhoneiros. **Revista Eletrônica Sistema & Gestão**. V. 8 N. 1, p. 58-66, 2013.

FUCHS, D. F.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, C. B.M.; **Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica Racional**, 3 ed. Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro RJ, 2006.

GIRARDELLO, R. J.R. **A Relação entre cortisol sanguíneo e o estresse pré-competitivo em lutadores de caratê de alto rendimento**. 2004. 30p.Dissertação (Mestrado Educação Física, no Departamento de Educação Física) Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná. Paraná. 2004. Disponível em: < <http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/517/ARelacao.pdf;jsessionid=87BC619B4BDEED4AA14E88BD3A009F7A?sequence=2> > acesso em 05.05.2016.

GANDRA, A. Motoristas Profissionais farão teste do cabelo para detecção de drogas. **EBC Agencia Brasil**. Rio de Janeiro RJ. 2016. Disponível em:< <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-03/motoristas-profissionais-farao-teste-do-cabelo-para-deteccao-de-drogas>> acesso em 10.04.2016.

GOODMAN & GILMAN. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 9ª ed. Leggos, Rio de Janeiro RJ, 1996.

GRIGIO, A. T.; et. al. Uso de Anfetaminas em Caminhoneiros de longo percurso, **Revista UNINGA**. Paraná PR. 2011. Jan, nº 5, p. 42-48.

GROSSI, S. A. A.; PASCALI, P. M. O manejo do diabético mellitus sob a perspectiva da prevenção dos fatores de risco. **Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo, 2009.

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

HENRIQUE, I.F.S.; et al. Validação da versão Brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo, p 199-206. 2004.

IBGE- **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm> acesso em:16.05.2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tabagismo: Um grande problema da saúde pública**. 1 ed. Brasília DF, 2007. Disponível em :< http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf> acesso em 01.05.206.

JORNAL DO BRASIL, São Paulo, Sedentarismo Afeta quase a metade da população Brasileira. 2015. disponível em:< <http://www.jb.com.br/ciencia-e-tecnologia/noticias/2015/04/24/sedentarismo-afeta-quase-a-metade-da-populacao-brasileira-diz-sociedade-brasileira-de-hipertensao/>> acesso em 03.10.2015.

JORNAL NACIONAL. Caminhoneiros substituem remédios por drogas para não dormir ao volante. **G1 Jornal Nacional**. Rio de Janeiro RJ. 24 de outubro 2015. Disponível em: < <http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2015/09/caminhoneiros-substituem-remedios-por-drogas-para-nao-dormir-ao-volante.html>> acesso em 19.05.206.

LARANJEIRA, R.; DUNN, J.; ARAUJO, M. R. de. Álcool e drogas na Clínica Médica. Unidade de pesquisa em álcool e drogas (UNIAD) - **Depto. De psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo**. São Paulo SP, 2004.

LEITE, A. C.B.; et. al. Qualidade De Vida E Condições De Saúde De Acadêmicos De Nutrição. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 82-90, dez. 2011

LOUZADA, M. L. C.; et al. Alimentos Ultraprocessados e Perfil Nutricional da Dieta no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2015. P.49.

MAHAN, L. K.; ESCORT.S; KRAUSE, S. **Alimentos, nutrição e dietoterápica**. 12 eds. Rio de Janeiro. Ed. Elzevires, 2010.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo SP. 2012, p.755-761.

MAREGA MARCIO. Atividade física e obesidade. **Albert Einstein**. São Paulo. 2012.

MARIN. L.; QUEIROZ, S. M. A Atualidade dos Acidentes de Trânsito na era da velocidade: Uma visão Geral. **Caderno Saúde Pública**. v.16 n.1. Rio de Janeiro RJ. Jan. Mar. 2000.

MARQUES, M. R. Abuso e Dependência da Anfetamina Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), **Associação Brasileira de Psiquiatria**, SP, 2002.

MARTINS, E. P. A. de; SILVA, S. A.; GUEDES, H. M. Fatores de Risco para Obesidade entre Caminhoneiros que Trafegam na BR 381. **Revista Enfermagem Integrada- Ipatinga Uni leste. MG- V.2 n.2 nov. /Dez. 2009**>

MARTIRES, M. A. R.; COSTA, M. M.; SANTOS, C. S. V. Obesidade em idoso com hipertensão arterial sistêmica. **Cad. Saúde pública**.v.22 n.3 Florianópolis. Set. 2013.

MARTINS, L.N.; et al. Prevalência dos Fatores de Risco Cardiovascular em Adultos Admitidos Na Unidade de Dor Torácica em Vassoura, RJ. **Rev. Bras.Cardiol**. 2011:24 4(5) 29-. 307.

MARTINEZ, M. C; PARAGUAY, A.I.B.B.; LATORRE, R.D.O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista de saúde pública**. vol.38 no.1 São Paulo Fev. 2004.

MASCARENHAS, L.P.G.; LAAT, E.F.; SMOLAREK, A.C. Relação entre índice de massa corporal com glicemia e pressão arterial em motoristas de transportes coletivos. **Cinergis**. Paraná V.9, n.1. p.1-6 Jan/jun. 2008.

MASSON, A, V.; MONTEIRO, I.M. Estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho de motoristas de caminhão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol,63 n,4 Brasileira DF July/aug.2010.

MUKAKA, M. M. "Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research". **Malawai Medical Journal**. 2012; 24:69-71.

MEDINA, F. L. et al. Atividades físicas: impacto sobre a pressão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo SP. v.17 n.2 p. 103-106, 2010.

MELO, M. E. Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da síndrome Metabólica- ABESO**. São

Paulo SP. 2011.

MEIRELLES, F.V.P.; DIONYSIO, R.B. Alimentos: fontes de substâncias essenciais. **Sala de Leitura**. 2014. Disponível em < http://web.ccead.puc-rio.br/condigital/mvsl/Sala%20de%20Leitura/conteudos/SL_alimentos.pdf> acesso em 21.04.2016.

MIRANDA, R. D. et al. Hipertensão no idoso: visão atual. **Revista da Sociedade de Cardiologia**, São Paulo. V.18, n.2 p 141-148. 2008.

MORAIS. G. Q.; BURGOS.M.G. P. A. Impacto dos Nutrientes na Saúde óssea: Novas Tendências. **Rev. Bras. Ortop.** 42, n.78.p.189-94, 2007.

MOREIRA, R. S, GADANI J. A. A. B. A prevalência do uso de anfetaminas por caminhoneiros que passam pela cidade de Dourador-MS. **Itérbio**, 2009;3(2):27-34.

MOREIRA, O.C.; et al. Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários. **Rev. Brasileira Educação Física**, Esporte, São Paulo SP v.25, n.3.p.397-406, jul. /set.2011.

MUAKAD, B. I. A Cocaína E As Suas Formas De Consumo. **Universidade Presbiteriana Mackenzie**. São Paulo SP, 2008.

MURER, E. Drogas Anfetaminas e Remédios para Emagrecer. **Unicamp**, 1997.c.16 p.183-190. São Paulo SP.

NASCIMENTO. C. E.; NASCIMENTO E.; SILVA P. J. Uso de álcool e anfetaminas entre caminhoneiros de estradas, **Revista de Saúde Pública**, vol. 41 nº 2 São Paulo, abr. 2007.

OLIVEIRA, S.R. et al. Vulnerabilidade para aquisição de doenças sexualmente transmissíveis em profissionais motoristas de caminhão. **Gestão e Saúde**, v. 4, n. 4, p. pag. 1412-1420, 2013.

OLIVEIRA, J.D.F. de. **Avaliação da qualidade de vida de um grupo de tabagistas participantes de um programa interdisciplinar em centro de saúde: a questão da atividade física**. 2008.167f, Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas São Paulo,2008.

PAIXÃO, M. P. P. C; PAIXÃO, S. J. P.; FRANCO, L. R. Obesidade Como Fator De Risco Para Acidentes No Trabalho. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 3, p. 379-386, set. /dez. 2009

PARIS, P., et al. Sono, Estado Nutricional e Hábitos de vida de Caminhoneiros **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, RS.v.6, n.3.p 197-2-5, set. /dez.2013.

PASSOS, V. M. A. de. Hipertensão Arterial no Brasil: Estimativa de Prevalência a Partir de Estudos de Base Populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** v.15 n.1 mar. Brasília DF. 2006.

PENILDON, S. **Farmacologia**, Ed. Guanabara Koogan, 6ª Edição Rio de Janeiro RJ, 2006.

PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Prevalência e Fatores Associados ao Sedentarismo no lazer em adultos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro RJ. p, 870-877. Maio/jun,2005.

PONCE. C. J.; LEYTON, V. Drogas ilícitas e trânsito: problema pouco discutido no Brasil **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, 2007.

PONTES, G. Teste de Droga será obrigatório para motoristas. **Revista Congresso em foco**. Jornalismo para mudar. São Paulo SP. disponível em: <http://congressoemfoco.uol.com.br/noticias/comeca-hoje-exigencia-de-exame-toxicologico-para-renovacao-de-carteira-de-motoristas-profissionais/> acesso em 10.04.2016.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, M. J. **Farmacologia**. 4 edições ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro RJ, 2011

RIBEIRO, N.; MARQUES, A. C. P. R.; Abuso e Dependência da Anfetamina. **Associação Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo SP, 2002.

REIS. F. Não Entre Mesa Estrada. **Revista Caminhoneiros**. São Paulo, v.1n 281. Jul.2011.

REIS CLEITON PEREIRA. Obesidade e Atividade física. **Esportes**. Rio de Janeiro RJ. 2009.

REZENDE, F. A. C. et al. índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: associação com Fatores de Riscos Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.87.n.6, p,728-734, dez,2006.

REZENDE, P.T.V.; SOUZA.R.P de; SILVA, J.V.R. Fontes de Tensão e Estresse nos caminhoneiros Brasileiros: uma análise a partir do modelo ocupacional Stress indicador. *Anais SIMPOI*. São Paulo, 2010. 16 disponível em: < http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2010/artigos/E2010_T00251_PCN73977.pdf> acesso em 16.05.2016.

RIZZOTTO, R. A. As Drogas e os Motoristas Profissionais: Dimensionamento o problema e apresentando soluções. **SOS Programa Segurança nas estradas**. São Paulo, 2015.

ROSA, I. Trajetórias de caminhoneiros nas estradas brasileiras. **Cad. Pesq. CDHIS**, v. 34, n. 19, p. 84-93, 2006.

ROCHA, E.M.; BATISTA, E.S.; PERSCH, F.C. **Caracterização socioeconômica e cultural de caminhoneiros de estradas frequentadores do auto posto Machado em Cocal RO**.2008 15 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado de Enfermagem) - Faculdade de Ciências Biomédica de Cacoal- FACIMED. Cacoal, RO, 2008.

RUAS, A.; PAINI, J. F. P.; ZAGO, V. L. P. Detecção dos fatores de Risco para Desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares dos Profissionais Caminhoneiros: Prevenção, Reflexão e Conhecimento. **Perspectiva**, Erechim. V.34, n. 125, p. 147-158, mar/2010.

SAIDE, L. Depressão e Uso de drogas. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, V. 10, n 2, 2011.

SAN FRANCISCO, E. U. A. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4 Supl. p. 61-7, 200.

SANTA Catarina, Caminhoneiros revelam usar até crack em rodovias em SC e no PR. **G1 Santa Catarina**, 2015. Disponível em < <http://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2015/09/caminhoneiros-revelam-usar-ate-crack-em-rodovias-em-sc-e-no-pr.html>> acesso em 21.05.2016.

SANTOS, C. A. C; SILVA, E. A. O. Caminhoneiro de Estradas e Saúde Mental.2012.44p.Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Faculdade de enfermagem de Passos- **Universidade do Estado de Minas Gerais**. MG, 2012.

SANTOS, C.C.; et al. A Influência da Televisão nos hábitos, costumes e comportamento alimentar. **Cogitare enfermagem**. Curitiba Paraná. Jan/mar. 2012 p.65-71. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/26376/17569>> acesso em 16.05.2016.

SANTOLINI, R. B. Comentários da lei 12760/12 e suas alterações no **código de Trânsito Brasileiro**. Vitória ES, 2013. Disponível em:< <http://www.conteudojuridico.com.br/pdf/cj041821.pdf>> acesso em 09.04.2016.

SCHMIDT, M.I.; et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Series**, Porto Alegre RS, 2011. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/pdf/brazilpor41.pdf> aceso em 09.05.2016.

SERAFIM, A.L.; VIEIRA E.L.; LINDEMANN, I.L. Importância da Água no Organismo Humano. **VIDYA 41**. Santa Maria RS. 2004. Disponível em: < <http://sites.unifra.br/Portals/35/Artigos/2004/41/importancia.pdf> acesso em 15.06.2016.

SHERER, P.T. et al. Sintomas da Obesidade: Exclusão e Impactos no Trabalho. II **Seminário Regional Políticas Públicas Intersectoralidade e família**.2014 Disponível em< <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/serpinf/2014/assets/24.pdf>.

SILVA, A. C. Z.; BONAFÉ, S. M. Sífilis: Uma abordagem Geral. ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA, 8. 2013.Maringá. **Anais Eletrônico**. Maringá- Paraná, 2013.Disponível em :<

http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/ana_carolina_zschornak_da_silva.pdf> acesso em 11.05.2016.

SILVA, J.B.; et al. Perfil nutricional de um grupo de caminhoneiros brasileiros. **Revista Científica da Faminas**. Muriaé MG. V 7, n, 3, set. / Dez. de 2011.

SILVA, K. S.; FARIAS JUNIOR, J. C. Fatores de Riscos Associados à Pressão Arterial Elevada em adolescentes. **Revista Brasileira Medicina e Esporte**. V. 13, n 4.p.236-238; jul. Ago. 2007.

SILVA. L. M. C. et al. Aposentados com diabetes tipo 2 na saúde da família em Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v.24 n.1, p. 16-23, 2012.

SILVA, J. B.; et. al. Perfil Nutricional de um Grupo de Caminhoneiros Brasileiros. **Revista Científica da Família**. V.7 N 3, set.dez.de 2011.

SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia Humana**. 5. Ed.Artmed.2010.p470.

SIMON, M. I. S. S.; et al. Avaliação Nutricional dos Profissionais do Serviço de Nutrição e Dietética de um Hospital Terciário de Porto Alegre. **Cad. Saúde Colet**. 2014, Rio de Janeiro, p.69-74.

SINAGAWA, D.M. **Uso de Substancia psicoativas por motoristas profissionais no estado de São Paulo**. 2015.83 f. Trabalho de Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP. 2015.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; CHEEVER, K. H. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 ed.v.3.p.1160, Rio de Janeiro RJ. Guanabara Koogan, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento Hipertensão Arterial. Diretrizes Brasileira De Hipertensão VI. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Volume 17, NÚMERO 1, janeiro/março de 2010. Disponível em:<http://departamentos.cardiol.br/dha/vidiretriz/01-capa.pdf> acesso em 03.10.2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Os benefícios da pratica da atividade física. São Paulo,2013. Disponível em <http://cientifico.cardiol.br/cnbb/Aulas/Atividade-Fisica.pdf> acesso em 05.05.2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes 2013-2014.Disponivel em <<http://www.diabetes.org.br/images/pdf/diretrizes-sbd.pdf>> acesso em: 04.05.2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. Gonorreia. Associação Medica Brasileira. São Paulo SP.2016. Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br/gonorreia/>> acesso em11.05.2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLICA. **Obesidade**. Botafogo- Rio de Janeiro RJ. [20..] Disponível em:<<http://www.endocrino.org.br/obesidade/>> acesso em 22.09.2015.

SOUZA, J.C.; PAIVA, T.; REIMÃO, R. Qualidade de vida de caminhoneiros **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2006, vol.55, n.3, pp.184-189.

SOUZA, A.F. **Contribuição da Atividade Física na Promoção da Qualidade de vida dos indivíduos idosos**. 2007. 51f. Trabalho de Conclusão de curso (Especialização em Gerontologia) Escola de Saúde pública do Ceará. Fortaleza-CE, 2007.

SPEARMAN, C. General Intelligence objectively determined and measured. **American Journal of Psychology**, 15: 201-293, 1904.

TAKITAME, J.; et al. Uso de Anfetaminas por motoristas de caminhão em rodovias do estado de São Paulo: Risco à ocorrência de acidentes de transito? **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro RJ. 2013.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M.M.; PAULA, M.C. Doenças Sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de riscos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Rio de Janeiro, RJ. 2004.

TAVARES, T. B.; NUNES. S. M.; SANTOS, M. O. Obesidade e Qualidade de Vida: Revisão da literatura. **Revista Med. Minas Gerais**, MG, 2010. P.359,366.

TAVARES, B. C. et. al. Resiliências de pessoas com Diabetes Mellitus. Contexto Texto Enfermagem. Florianópolis, V.20 n.4, p, 751-757, 2011.

TELES, S. A.; et al. Comportamento de risco para doenças sexualmente transmissíveis em caminhoneiros no Brasil. **Rev. Panam Saúde Pública**. V.24.n.1.p.25-30,2008.

TOLEDO, R. S.; NASCIMENTO, A. H. Vitaminas e Minerais. **XI Simpósio Brasil sul de Avicultura II Brasil Sul Poult Fair**, p.73, 2010.

TREVISAN, E.A. **O trabalho dos motoristas de caminhão que transportam combustíveis da cidade de Paulina SP**. 2010,185f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2010.

VANNUCCHI, H., UNAMUNO.M.F.L.; MARCHINI.S.J.; Avaliação Do Estado Nutricional. **Medicina Ribeirão preto**. São Paulo SP jan. / Mar. 1996.

VERSALOTO, M. Sedentarismo mata tanto quanto o cigarro. **Jornal de São Paulo**. São Paulo SP. 19.07.2012. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1122276-sedentarismo-mata-tanto-quanto-cigarro.shtml> acesso em 12.05.2016.

VIEIRA, W. Pesquisas revela salários de caminhoneiros. **Radar Nacional-R7**. São Paulo SP, 2015. Disponível em: <http://www.radarnacional.com.br/pesquisa-revela-salarios-de-caminhoneiros/> acesso em 09.05.2016.

VILLARINHO, L. et al. Caminhoneiros de rota curta e a sua vulnerabilidade ao HIV,

Santos SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo SP, 2002. P 61-67.

VITOLLO.M.R. **Da Gestação ao Envelhecimento**. Ed. Rúbio. São Paulo. SP. 2008

WANDERLEY, E.N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: Uma Perspectiva Plural. **Ciências &Saúde Coletiva**,15(1) p.185-194.Rio de Janeiro RJ. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estratégia Global para Dieta, Atividade Física e Saúde: Atividade Física e Adultos**,2010. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/ acesso em 06.05.2016.

WONG, R. Lei do Caminhoneiro. **Trabalhos feitos**, 2014. Disponível em <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Lei-Do-Caminhoneiro/60424981.html> acesso em 15.03.2016.

ZEFERINO, M. T. **Acidentes De Trânsito E Os Estimulantes Do Tipo Anfetaminas - Estudo De Caso Junto Às Empresas De Transporte Rodoviário De Cargas No Estado De Santa Catarina**. 2004, 137f. Dissertação (de Mestre Em Engenharia Civil). Universidade Federal De Santa Catarina Centro Tecnológico. Sana Catarina Sc. 2004.

APENDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Qualidade de vida, Perfil Nutricional, utilização de drogas em caminhoneiros da Grande Vitória ES

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mirian Patrícia Castro Pereira Paixão

OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

O objetivo deste estudo, trata-se avaliar o perfil Nutricional, Qualidade de Vida e utilização de drogas em Caminhoneiro da Grande Vitória, este estudo foi feito em caminhoneiros do sexo masculino de idade acima de 18 anos. Se torna relevante, pois irá contribuir para a promoção à saúde desses trabalhadores, com vigilância porque muitos caminhoneiros estão expostos a vários fatores de risco, ao se adquirir alguma patologia se torna improdutivo para a sociedade e como consequência se tornando um problema para toda sua família que muitas vezes sendo ele o arrimo, maioria sem carteira assinada por ser o autônomo.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:

O presente estudo não possui riscos ao participante que será apenas avaliado, porém caso o participante venha a se sentir constrangido em qualquer momento da pesquisa, o voluntário terá a liberdade de se ausentar deste trabalho a qualquer momento sem nenhum dano.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:

O voluntário receberá toda a assistência a nível de informação referente a pesquisa, quando necessário. Basta procurar a professora responsável Mirian Patrícia Paixão pelo telefone do trabalho 3331-8500. Ou ainda no endereço Av. Vitória, 950, Forte São João, Vitória- ES; CEP 29017- 950.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS:

Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Também terá a liberdade e o direito de recusar sua participação ou se retirar em

qualquer fase da pesquisa, sem prejuízos do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS:

As identidades dos voluntários, e os dados coletados nesta pesquisa serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizada. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados com intuito de contribuir para confecção e elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e caso o pesquisador responsável expresse o interesse poderá publicar as informações aqui coletadas em forma de divulgação em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

RESSARCIMENTO DE DESPESAS E INDENIZAÇÕES:

Para essa pesquisa não haverá custos para os participantes, como também não haverá ressarcimento de despesas e indenizações.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informados (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____ e recebi cópia desse documento por mim assinado.

Assinatura do Participante Voluntário

____/____/____

Data

Assinatura do Responsável pelo Participante

____/____/____

Data

ANEXO A- DADOS PESSOAIS E EXAMES LABORATORIAIS

Nome:

Data de nascimento:

Cor: Escolaridade

HISTÓRIA CLÍNICA Alterações de peso () sim () não (Tempo: ____)() Ganhou peso () Perdeu peso () Não sofreu alterações no peso

Sintomas gastrointestinais () Náuseas () Diarreia () Constipação

Alergia alimentar Ou intolerância alimentar () Não () Sim, qual? _____

Doenças crônicas degenerativas na sua família: () sim () Não

Se sim qual??

Exames	
Glicemia	
Triglicerídeos	
HDL	
LDL	
Colesterol total	

PARAMETROS FÍSICOS E BIOQUÍMICOS**PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS**

Peso	
Altura	
IMC	
% Gordura (Tânita)	
CB	
CC	

ANEXO B QUESTIONARIO ALIMENTAR- GUIA ALIMENTAR- MINISTERIO DA SAUDE-

1 – Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/ fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?

- a. não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias
- b. 3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- c. 2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- d. 1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural

2 – Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia? Atenção! Não considere nesse grupo os tubérculos e as raízes (veja pergunta 4).

- a. não como legumes, nem verduras todos os dias
- b. 3 ou menos colheres de sopa
- c. 4 a 5 colheres de sopa
- d. 6 a 7 colheres de sopa
- e. 8 ou mais colheres de sopa

3– Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?

- a. não consumo
- b. 2 ou mais colheres de sopa por dia
- c. Consumo menos de 5 vezes por semana
- d. 1 colher de sopa ou menos por dia

4 – Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados abaixo?

- a. Arroz, milho e outros cereais (inclusive os matinais); mandioca/macaxeira/aipim, cará ou inhame; macarrão e outras massas; batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha: colheres de _____sopa;
- b. Pães: _____ unidades/fatias

c. Bolos sem cobertura e/ou recheio: _____ fatias

d. Biscoito ou bolacha sem recheio: _____ unidades.

5 – Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?

a. não consumo nenhum tipo de carne

b. 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo

c. 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos

d. Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos.

6 – Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?

a. Sim b. Não c. Não como carne vermelha ou frango.

7 – Você costuma comer peixes com qual frequência?

a. não consumo

b. somente algumas vezes no ano

c. 2 ou mais vezes por semana

d. de 1 a 4 vezes por mês

8 – Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia?

a. não consumo leite, nem derivados (vá para a questão 10)

b. 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/ porções

c. 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções

d. 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/ porções

9 – Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?

a. Integral

b. Com baixo teor de gorduras (semidesnatado, desnatado ou light)

10 – Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela,

salame, linguiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- a. Raramente ou nunca
- b. Todos os dias
- c. De 2 a 3 vezes por semana
- d. De 4 a 5 vezes por semana
- e. Menos que 2 vezes por semana

11 – Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- a. raramente ou nunca
- b. menos que 2 vezes por semana
- c. de 2 a 3 vezes por semana
- d. de 4 a 5 vezes por semana
- e. Todos os dias

12 – Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?

- a. banha animal ou manteiga
- b. Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola
- c. Margarina ou gordura vegetal

13 – Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

- a. sim b. não

14 – Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente no dia?

Café da manhã

Lanche da manhã sim não

Almoço sim não

Lanche ou café da tarde sim não

Jantar ou café da noite sim não

Lanche antes de dormir sim não

15 – Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).

a. Menos de 4 copos

b. 8 copos ou mais

c. 4 a 5 copos

d. 6 a 8 copos

16 – Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque etc.) com qual frequência?

a. diariamente

b. 1 a 6 vezes na semana

c. eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)

d. não consumo

17 – Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre? Considere aqui as atividades da sua rotina diária como o deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho, subir escadas, atividades domésticas, atividades de lazer ativo e atividades praticadas em academias e clubes. Os 30 minutos podem ser divididos em 3 etapas de 10 minutos

. a. não

b. Sim

c. 2 a 4 vezes por semana

18 – Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?

a. nunca b. quase nunca

c. Algumas vezes, para algum produto

d. Sempre ou quase sempre, para todos os produtos

ANEXO C QUESTIONÁRIO UTILIZAÇÃO DE ÁLCOOL, TABACO E DROGAS

Nome: _____ Registro _____
 Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc.)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS	
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, malo, bagulho, pango, manga-rosa, massa, hauxe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS	
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS	
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 3 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS	
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ((primeira droga, depois a segunda droga, etc...)) e não conseguiu?

	NAO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

• FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?

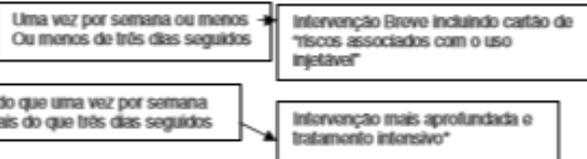
	NAO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NAO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso Injetável



PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.
 Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).
 Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
 Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
 Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

ANEXO D QUESTIONÁRIO QUALIDADE DE VIDA SF 36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

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, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade 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

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 obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1

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 tranqüilo?	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

07	Se a resposta for 1 2 3 4 5 6	Pontuação 6,0 5,4 4,2 3,1 2,0 1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e : valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e : valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>	

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais

- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.