

Condições de trabalho, hábitos de vida e hipertensão arterial sistêmica em médicos da atenção primária à saúde

Working conditions, lifestyle habits and systemic arterial hypertension in primary health care physicians

Condiciones laborales, hábitos de vida e hipertensión arterial sistémica en médicos de atención primaria

Larissa Feli de Sousa Oliveira¹, Rosângela Souza Lessa^{1,2}, Diêgo Andrade de Oliveira¹, Amanda Rocha Vasconcelos¹, Aline Reis Freitas¹, Isabela Borges Santos¹, Iasmim de Santana Meira dos Santos³, Luana Maria Libório da Mota¹, Lorena Vieira Fernandez de Araújo¹, Saulo Vasconcelos Rocha^{3,4,5}.

RESUMO

Objetivo: O presente estudo buscou evidenciar a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) autorreferida, as condições de trabalho e os hábitos de vida de médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Essa pesquisa segue o desenho de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, utilizando-se questionários para coleta de dados. A população investigada foi composta por 13 médicos atuantes em nove Unidades de Saúde da Família atuantes na zona urbana de um município baiano de médio porte. **Resultados:** Os dados obtidos nesse estudo demonstram que a população estudada é composta majoritariamente por mulheres e a idade média encontrada foi de 37,69 anos, sendo que a maioria é de raça branca, solteiros, com renda média maior que seis salários-mínimos e que trabalham mais de 60 horas semanais. Em relação ao estilo de vida, a maioria afirma ter algum problema de saúde e que não consomem álcool e nem tabaco. Os hábitos alimentares evidenciam uma alimentação com relevante teor de sódio e gorduras. **Conclusão:** Assim, ao levantar dados sobre as condições de trabalho, hábitos de vida e presença de HAS autorreferida nesse grupo, é possível identificar riscos ocupacionais e comportamentais, que servem de instrumento para futuras mudanças individuais e estruturais.

Palavras-chave: Hipertensão, Saúde do trabalhador, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: This study sought to evidence the prevalence of Systemic Arterial Hypertension (SAH) in physicians working in Primary Health Care. **Methods:** This research follows the design of a cross-sectional study, with a quantitative approach, using questionnaires for data collection. The investigated population consisted of 13 doctors working in nine Family Health Units working in the urban area of a medium-sized municipality in Bahia. **Results:** The data obtained in this study show that the population studied is composed mostly of women and the average age found was 37.69 years, with the majority being white, single, with an average income greater than six minimum wages and working more of 60 hours per week. Regarding lifestyle, most say they have some health problem and do not consume alcohol or tobacco. Eating habits show a diet with a relevant sodium and fat content. **Conclusion:** Thus, by collecting data on working conditions, life habits and the presence of self-reported SAH in this group, it is possible to identify occupational and behavioral risks, which serve as an instrument for future individual and structural changes.

Keywords: Hypertension, Occupational health, Primary Health Care.

¹ Faculdades Santo Agostinho (FASA), Vitória da Conquista - BA.

² Universidade Federal da Bahia (UFBA), Vitória da Conquista - BA.

³ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Vitória da Conquista - BA.

⁴ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis - SC.

⁵ Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana - BA.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio buscó evidenciar la prevalencia de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) en médicos que laboran en Atención Primaria de Salud. **Métodos:** Esta investigación sigue el diseño de un estudio transversal, con enfoque cuantitativo, utilizando cuestionarios para la recolección de datos. La población investigada de 13 médicos que laboran en nueve Unidades de Salud de la Familia que laboran en el área urbana de un municipio mediano de Bahía. **Resultados:** Los datos obtenidos en este estudio muestran que la población estudiada está compuesta en su mayoría por mujeres y la edad promedio encontrada fue de 37.69 años, siendo la mayoría blanca, soltera, con un ingreso promedio mayor a seis salarios mínimos y trabajando más de 60 horas por día, semana. En cuanto al estilo de vida, la mayoría dice tener algún problema de salud y no consume alcohol ni tabaco. Los hábitos alimentarios muestran una dieta con un contenido relevante de sodio y grasas. **Conclusión:** Así, mediante la recopilación de datos sobre las condiciones de trabajo, los hábitos de vida y la presencia de HAS autorreferida en este grupo, es posible identificar riesgos ocupacionales y conductuales, que sirven como instrumento para futuros cambios individuales y estructurales.

Palabras clave: Hipertensión, Salud laboral, Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional configura-se como um fenômeno global, advindo de fatores multicausais, dentre os quais se destacam mudanças estruturais, evolução médico-científica e processo de urbanização (MIRANDA GMD, et al., 2016). No Brasil, do ponto de vista epidemiológico tais alterações culminaram com aumento da prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), e mudanças no perfil de mortalidade, com incremento no número de mortes por doenças cardiovasculares, metabólicas e oncológicas, em detrimento de causas infectocontagiosas. Essas impactaram diretamente na sua estrutura populacional e nos padrões de morbimortalidade na atualidade (MOREIRA HG e AVEZUM A, 2016).

Dentre as DCNT destaca-se a Hipertensão Arterial Sistémica (HAS), por sua maior prevalência, e morbimortalidade associadas, sendo descrita como importante fator de risco para complicações cardiovasculares e metabólicas (RADOVANOVIC CAT, et al., 2014). A HAS é uma doença crônica, de lenta evolução, definida por valores pressóricos aferidos acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e/ou igual ou maior que 90 mmHg para a pressão diastólica. No Brasil estima-se que existam 36 milhões de hipertensos, representando aproximadamente 32,5% dos adultos. Calcula-se que a doença contribua de forma direta e/ou indireta para 50% das mortes por causas cardiovasculares, cerca de 7,1 milhões de mortes anuais (MALACHIAS MVB, et al., 2017).

O quadro hipertensivo possui etiologia multifatorial, compreendendo aspectos genéticos, ambientais, sociais e metabólicos. O descontrole pressórico sustentado da HAS promove ainda danos em sistemas vitais, culminando com lesões renais, vasculares, endócrinas e cardiovasculares (MACHADO MC, et al., 2012; SILVA MLB e BOUSFIELD ABS, 2016).

Nesse contexto, o *National Heart Lung and Blood Institute* (NHBLI) determinou como os principais fatores de risco associados à HAS a idade, raça, sexo, sobrepeso, e hábitos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, consumo excessivo de sal. Além disso, os fatores laborais podem estar intrinsecamente ligados a essa patologia (SILVA MLB e BOUSFIELD ABS, 2016).

A atuação profissional em serviços de assistência à saúde é referida pela literatura como uma condição que impõe aos trabalhadores elevada carga de estresse, seja pelas jornadas de plantão, responsabilidade pelo próximo, e intensa carga de trabalho. Considerando-se a associação direta entre estresse e HAS, e o contexto de trabalho em saúde, acredita-se então que tais profissões propiciam o adoecimento, ou agravamento do quadro hipertensivo, além do comprometimento da qualidade de vida destes (NASCIMENTO CLS, et al., 2010; PIMENTA AM e ASSUNÇÃO AA, 2016).

A atuação médica no Brasil vai desde a Atenção Primária à Saúde (APS), até centros de grande nível de complexidade. A APS insere os profissionais no contexto de vida de seus pacientes, o que por um lado

fortalece o vínculo entre equipe e comunidade, mas por outro, pode culminar com maior nível de esgotamento profissional, seja pelo maior envolvimento, choque de realidades, ou ainda por existência de falhas estruturais e ausência de recursos (ALBUQUERQUE F, et al., 2012).

A compreensão do processo de saúde-doença do trabalhador na Atenção Básica e a vigilância da saúde desses profissionais é um elemento importante para a garantia de direitos e para o funcionamento efetivo do serviço de saúde. A previsibilidade desse cuidado é descrita nas legislações vigentes como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) (BRASIL, 2012). Embora seja uma doença prevalente, a relação da hipertensão com fatores laborais ainda apresenta lacunas na literatura científica (ANDRADE RCV e FERNANDES RCP, 2016).

Em tal conjuntura, buscou-se neste estudo evidenciar a prevalência de HAS, as condições de trabalho e o estilo de vida em médicos da Atenção Primária à Saúde em um município baiano de médio porte.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, que se caracteriza por um corte instantâneo que se faz numa população (LAKATOS EM e MARCONI MA, 2003). Em relação à forma de abordagem, possui uma investigação quantitativa com o objetivo de trazer à luz dados, focando nas tendências observáveis da prevalência de HAS em médicos das Unidades de Saúde da Família (USF) em um município de médio porte do estado da Bahia (FONTELLES MJ, 2009).

O estudo foi realizado em município de médio porte do estado da Bahia que segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2021), apresenta 105 estabelecimentos de saúde geridos pela administração municipal. Compõem a rede municipal de assistência à saúde 62 Unidades Básicas de Saúde, que atendem tanto a população urbana, como os habitantes da zona rural do município. Dos quais 25 estão situadas na zona urbana e 37 estão situadas na zona rural.

A população foi composta por 13 médicos, atuantes em nove USF situadas na zona urbana do referido município. Foram incluídos na pesquisa os médicos que aceitaram responder o questionário, preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e possuem no mínimo um ano de serviço na Estratégia de Saúde da Família. Foram excluídos aqueles profissionais que comunicaram demissão no período de seis meses, em estado gravídico ou gestação há menos de quatro meses, déficit cognitivo ou de comunicação grave

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados o Questionário Geral do Projeto multicêntrico intitulado “Estudo Longitudinal de Atividade Física e Saúde dos Trabalhadores do Setor de Saúde (ELAFS)”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP), conforme Parecer nº 3.560.194 e CAAE nº 14915019.8.0000.0055. A equipe de coleta participou de um treinamento especializado com aulas direcionadas a metodologia científica, análise de dados e treinamento prático da aplicação do questionário. Esse foi realizado pelos coordenadores do projeto e contou com cerca de 25 alunos entre estudantes de psicologia e medicina.

A aplicação do questionário ocorreu de forma padronizada nos períodos de fevereiro a março de 2020. Após esse período, com a pandemia da Covid-19 e com o intuito de seguir as recomendações de diminuição do contato pessoal e do fluxo de pessoas, utilizou-se a plataforma virtual Google Forms, dando seguimento a coleta de dados de forma online até março de 2021.

Nessa pesquisa, utilizou-se questionário específico que continha questões sobre: características sociodemográficas, características do trabalho (**Arquivo Suplementar**). E para os hábitos alimentares, prática de atividade física (no qual foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física desenvolvido por Matsudo S, et al. (2001), avaliação do sono, problemas de saúde e estilo de vida. Os dados foram tabulados no Microsoft Excel® e analisados utilizando o programa estatístico software R versão 3.0.3 (2014-03-06), Copyright (C) 2014 The R *Foundation for Statistical Computing*.

RESULTADOS

A prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica entre os respondentes da pesquisa foi de 15,4(n=2). A **Tabela 1** descreve as características sociodemográficas dos médicos estudados, tendo uma prevalência maior de mulheres (61,5%). A idade média foi 37,69(±11,05) anos, destacando-se o intervalo de idade entre 30 a 39 anos. No que se refere à raça, 53,8% identificaram-se como brancos, 38,5% como pardos, não houve autorreferência de pretos entre os entrevistados. O maior contingente foi de solteiros, representando 53,8% dos investigados (n=7).

Levando-se em consideração que todos os entrevistados eram médicos, ou seja, possuíam grau superior completo de estudo, buscou-se identificar ainda a realização de cursos de pós-graduação, entre os mesmos. Dentre os participantes da pesquisa, 30,8% (n=4) referiram ser pós-graduados.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde em um município baiano, 2021. (n=13).

Variáveis	Frequência (n=13)	Percentual (100%)
Sexo		
Masculino	5	38,5
Feminino	8	61,5
Raça		
Branco	8	61,5
Pardos	5	38,5
Estado Civil		
Solteiro	7	53,8
Casado	6	46,2
Especialização		
Pós-graduação	4	30,8
Sem pós-graduação	9	69,2
Idade	M* = 37,62	DP** ± 11,057

Legenda: *Média; **Desvio Padrão

Fonte: Oliveira LFS, et al., 2022.

Tratando-se das condições de trabalho, os respondentes da pesquisa possuíam tempo de trabalho com média de 9,85 anos, a maioria com carga horária de trabalho maior que 60 horas semanais e relataram outros vínculos trabalhistas além da Atenção Básica (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Condições de trabalho dos médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde em um município baiano de médio porte, 2021.

Variáveis	Frequência (n=13)	Percentual (100%)
Carga Horária		
≤ 39 horas semanais	1	7,7
40 a 59 horas semanais	5	38,5
≥ 60 horas semanais	7	53,8
Outros Trabalhos		
Sim	10	76,9
Não	3	23,1
Renda	M* = 7.692,80	DP** ± 5.626,65
Tempo de Trabalho	M* = 9,85	DP** ± 10,04

Legenda: *Média; **Desvio Padrão

Fonte: Oliveira LFS, et al., 2022.

Em relação aos hábitos alimentares foi avaliada a periodicidade semanal de variedades alimentares nas refeições dos médicos investigados. A maioria dos respondentes da pesquisa afirmou consumir carnes

salgadas quatro ou mais vezes na semana (69,2%) e não consumir industrializados (53,8%). A ingestão de embutidos dividiu-se entre não consumir (46,2%), menos de três vezes na semana (38,5%) e quatro ou mais vezes na semana (15,4%). As frituras estiveram mais prevalentes em menos de três vezes na semana (76,9%) e a manteiga em quatro ou mais vezes na semana (61,6%). A maioria dos profissionais não consumia refrigerantes não dietéticos (53,8%) e 92,3% afirmou ingerir verduras quatro ou mais vezes na semana (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Hábitos Alimentares de médicos atuantes em um município baiano, 2021.

Variáveis	Frequência (n=13)	Percentual (100%)
Carnes Salgadas		
≤ 3 vezes na semana	9	69,2
≥ 4 vezes na semana	4	30,8
Industrializados		
Não consome	7	53,8
≤ 3 vezes na semana	6	46,2
Embutidos		
Não consome	6	46,2
≤ 3 vezes na semana	5	38,5
> 4 vezes na semana	2	15,4
Frituras		
Não consome	2	15,4
≤ 3 vezes na semana	10	76,9
> 4 vezes na semana	1	7,7
Manteiga		
Não consome	1	7,7
≤ 3 vezes na semana	8	61,6
> 4 vezes na semana	4	30,8
Refrigerante não dietéticos		
Não consome	7	53,8
≤ 3 vezes na semana	6	46,2
Verduras e frutas		
≤ 3 vezes na semana	1	7,7
> 4 vezes na semana	12	92,3

Fonte: Oliveira LFS, et al., 2022.

Em relação à prática regular de atividade física, 46,2% da população considerou-se fisicamente ativo (n=6). Quanto ao lazer, verificou-se que 61,5% (n=8) referiu ter alguma atividade de lazer regularmente (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Prática regular de atividades físicas e lazer de médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde em um município baiano, 2021.

Variáveis	Frequência (n=13)	Percentual (100%)
Atividades Físicas		
Sim	6	46,2
Não	2	15,4
Não respondeu	5	38,5
Lazer		
Sim	8	61,5
Não	0	0
Não respondeu	5	38,5

Fonte: Oliveira LFS, et al., 2022.

No que se refere à qualidade do sono, foram analisadas as horas de sono por noite, presença de ronco, e apneia durante o mesmo. Apenas três participantes referiram ter sete horas de sono por noite (23,1%). Oito participantes afirmaram não roncar durante o sono (61,5%), e o mesmo número de indivíduos relatou não ter períodos de apneia durante o sono (n=8) (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Qualidade do sono de médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde em um município baiano, 2021.

Variáveis	Frequência (n=13)	Percentual (100%)
Horas de sono		
5 horas por noite	2	15,4
6:30 horas por noite	2	15,4
6:40 horas por noite	1	7,7
7 horas por noite	3	23,1
Não informaram	5	38,5
Ronco		
Não	8	61,5
Não respondeu	5	38,5
Apneia		
Não	8	61,5
Não respondeu	5	38,5

Fonte: Oliveira LFS, et al., 2022.

Na descrição das condições de saúde 76,9% dos respondentes (n=10) relataram possuir algum problema de saúde. Em relação ao estilo de vida 53,8% dos participantes afirmou não consumir bebidas alcoólicas (n=7). Todos negaram o uso de tabaco. A prevalência de obesidade autorreferida foi de 15,4%. No que tange a HAS autorreferida, 15,6% afirmaram possuírem tal diagnóstico (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Problemas de saúde e estilo de vida de médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde em um município baiano, 2021.

Variáveis	Frequência (n=13)	Percentual (100%)
Problemas de Saúde referidos		
Sim	10	76,9
Não	3	23,1
Consumo de álcool		
Sim	6	46,2
Não	7	53,8
Consumo de Tabaco		
Sim	0	0
Não	13	100
Obesidade autorreferida		
Sim	2	15,4
Não	11	84,6
Hipertensão arterial autorreferida		
Sim	2	15,4
Não	11	84,6

Fonte: Oliveira LFS, et al., 2022.

DISCUSSÃO

O médico de saúde da família possui articulações burocráticas, organizacionais, laborais e psicoemocionais que precedem um processo de adoecimento e estresse efetivo nessa classe de trabalhadores. É importante, portanto, evidenciar que esse não é um processo uniforme entre esses indivíduos. Aquém dos fatores laborais, existem as singularidades constitucionais como gênero, raça e marcadores socioeconômicos (AMPOS F, et al., 2020).

A exposição a turnos e demandas excessivas, necessidade de complementação de renda, horários e alimentação inadequada e inatividade física são necessários para a compreensão das condições de vida e trabalho desses profissionais (PAIXÃO R e ALELUIA IRS, 2016). Utilizando a HAS como indicador de saúde por sua característica multicausal, acredita-se que situações de estresse vivenciadas no contexto laboral promovam hiperatividade do sistema nervoso simpático, seguida de uma disfunção do eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal, que contribui a médio e longo prazo para elevação persistente dos níveis pressóricos, e surgimento da HAS ou piora do descontrole pressórico em indivíduos já hipertensos (BABU G, et al., 2014).

Os médicos, portanto, com a responsabilidade de promoção, prevenção e recuperação estão intrinsicamente ligados à essa temática. Essa relação direta implica em um grau adequado de informação sobre a HAS e seus fatores de risco. Porém, a aplicabilidade desse conhecimento no autocuidado e na existência de ações entre os gestores com intuito de prevenir e controlar a HAS é, em muitos casos, negligenciado. O processo de adoecimento desses profissionais é reflexo, principalmente, do estilo de vida e do contexto de trabalho a qual estão inseridos. Portanto, um desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional é evidente, sendo passível de maiores estudos e programas de promoção e prevenção de agravos nesse grupo (CASTRO ME, et al., 2005).

A prevalência da hipertensão arterial autorreferida encontrada no presente estudo foi de 15,4%. Em estudo realizado com 350 trabalhadores da APS dos quais 11 eram médicos apontou uma prevalência de HAS de 25,5%, bem superior aos demais profissionais investigados. Tratando-se da prevalência de HAS entre trabalhadores da saúde, uma pesquisa com 3.084 servidores da Atenção Básica e dos serviços da Média Complexidade atuantes em cinco municípios da Bahia evidenciou uma prevalência de HAS de 18%, sendo que o trabalho passivo, sedentarismo, e tabagismo estiveram mais relacionados à pior condição de saúde (NOVAES EDM, et al., 2020).

Um achado do presente estudo foi a maior prevalência do sexo feminino (61,5%) entre os profissionais médicos, sendo discretamente discordante do estudo Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER MC, et al., 2020), no qual demonstra que os homens representavam 53,4% da população de médicos e as mulheres, 46,6%. É necessário, portanto, evidenciar que está em curso uma mudança demográfica no perfil de gênero da população médica no Brasil, pois nas faixas etária abaixo de 29 anos as médicas já são maioria (SCHEFFER MC e CASSENOTE ALF, 2013). Em relação a HAS, é descrito uma prevalência global de hipertensão semelhante entre homens e mulheres. Porém, até os 50 anos os homens apresentam maiores índices, após essa idade as mulheres tornam-se mais acometidas (MALACHIAS MVB, et al., 2017). Essa inversão pode ser explicada pela ação protetora dos hormônios ovarianos nas mulheres em idade fértil que no período da menopausa, em razão da diminuição da função ovariana, decaem e expõem as mulheres nessa faixa etária a um maior risco para o desenvolvimento da HAS (DORNELES AB, et al., 2019).

Nesse estudo, identificou-se que a maioria dos médicos se autodeclararam brancos e pardos. O mesmo perfil foi observado no levantamento feito pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) (2017), em que apenas 0,9% dos novos médicos de São Paulo se identificarem como pretos. A ausência de médicos pretos na pesquisa é um reflexo de um acesso desigual dessa população ao ensino superior e, principalmente, ao ensino médico. Dessa forma, o perfil racial dos médicos no Brasil ainda é de brancos, corroborando para uma menor representatividade de outros grupos nessa pesquisa. Esse levantamento é importante, pois de acordo com a VII Diretriz de Hipertensão Arterial, ocorre no Brasil uma maior prevalência de HAS em pretos. Justifica-se esse fato por esse grupo estar mais exposto as desigualdades socioeconômicas, dietas ricas em sódio/pobre em potássio, além da má nutrição materna, associada ao baixo peso ao nascer, com consequente impacto no desenvolvimento renal e menor número de néfrons funcionantes (MALACHIAS MVB, et al., 2017).

No que tange a idade dos médicos, de acordo com Scheffer MC, et al. (2020) 45 anos, no estado da Bahia essa média é discretamente menor (44,8 anos). Esse fenômeno é resultado do exponencial crescimento do número de cursos e vagas de graduação de Medicina que estão causando a entrada de muitos novos médicos no mercado de trabalho. No fim da década de 90, a realidade demográfica dos médicos no Brasil é retratada por Machado MC, et al. (2012), a qual no seu livro aponta que essa expansão de profissionais médicos é evidente desde a década de 70 formando um perfil de juventude nessa classe. Nesse estudo, destacou-se uma faixa etária de adultos com menos de 40 anos. Nesse viés, é bem explícito na literatura que quão maior a idade, maior a prevalência da HAS. Explica-se essa relação pelas alterações fisiológicas do envelhecimento: disfunção endotelial, enrijecimento dos vasos sanguíneos, maior resistência vascular periférica e comorbidades em idosos (MAGALHÃES C, et al., 2017).

A renda média da população trabalhadora apontada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2020), relativa ao primeiro trimestre de 2020, é de 2398,00. Portanto, é visível que média salarial de R\$ 7.692,80 reais (DP \pm 5.626) dos médicos participantes dessa pesquisa é significativamente superior à

renda média mensal da população brasileira. A alta renda familiar demonstra ligação com a HAS por, sugestivamente, contribuir para o acesso a fatores protetores como alimentação variada, atividades físicas e de lazer e a assistência de saúde (MARTIN RSS, et al., 2014). No entanto, tratando-se da renda média da população médica no geral, em comparação com o levantamento realizado pela Universidade de São Paulo, os médicos desse estudo não atingem a expectativa salarial dos 81,8% dos egressos do curso que consideraram como ideal um rendimento acima de R\$ 16 mil após cinco anos de formados (SCHEFFER MC, et al., 2020).

Em relação ao tempo de trabalho, a média de 9,85 anos diverge de um estudo realizado no estado de Minas Gerais, o qual 36,11% dos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família apresentavam de um a cinco anos de formação. Nesse mesmo estudo, evidencia-se a atuação de médicos recém-formados na Estratégia de Saúde da Família, sendo destacados fatores positivos para a atuação desses profissionais na área de Medicina de Família e Comunidade: a empregabilidade, identificação com a área, satisfação profissional e salarial e a primeira oportunidade de trabalho (BARBOSA SP, et al., 2020).

Em um estudo realizado por Barros DDS, et al. (2009) com médicos intensivistas que trabalhavam há uma média de $7,4 \pm 6,4$ anos em terapia intensiva foi observado que profissionais que trabalhavam por mais de 12h ininterruptas, sedentários e sem algum hobby possuíam um maior acometimento de esgotamento profissional, e comorbidades associadas.

A respeito dos hábitos alimentares dos profissionais entrevistados, apesar de apresentarem um consumo frequente de verduras, nota-se uma ingestão considerável de manteiga, carnes salgadas e frituras. Esses componentes alimentares são ricos em sódio que promove o aumento dos níveis pressóricos por expansão de volume sanguíneo, funções renais modificadas e distúrbios no balanço de sódio, reação prejudicada do sistema renina-angiotensina-aldosterona e dos receptores associados, estimulação central da atividade do sistema nervoso simpático e também de processos inflamatórios (GONSALEZ SR, et al., 2018).

Em relação a atividade física, que é um dos principais fatores de risco modificáveis para HAS, encontrou-se uma prevalência de 46,2% de praticantes na população estudada. É preciso, portanto, evidenciar que essa prevalência moderada de atividade física reforça que muitos profissionais ainda se encontram sedentários. Esse perfil de inatividade promove o incremento do sobrepeso, da obesidade autorreferida, elevação dos triglicérides, redução do HDL-colesterol e aumento de circunferência abdominal, síndrome metabólica e resistência à insulina, resultando na elevação dos níveis pressóricos (AZIZ JL, 2014).

A saúde como resultado do bem-estar físico, psíquico e social relaciona-se a necessidade de momentos recreativos e divertidos. O direito constitucional ao lazer baseia-se, também, no fato desse trazer ao indivíduo benefícios reais de diminuição do estresse laboral e responsabilidades pessoais. Dessa forma, as práticas regulares de atividades de lazer saudáveis foram relacionadas a diminuição de níveis pressóricos (BALDISSERA VDA e BUENO SMV, 2012). Os médicos do presente estudo apontaram dedicar tempo ao lazer. No estudo de Novaes EDM, et al. (2020), encontrou-se uma prevalência de 17,7% de profissionais com atividades regulares de lazer, índice muito inferior ao encontrado no presente estudo (61,5%).

Diversos estudos apontam o prejuízo na qualidade do sono advindo do exercício da profissão médica. Purim KSM, et al. (2016) em estudo com 105 residentes e 101 estudantes da graduação médica observaram grande privação de sono, e pior qualidade subjetiva de sono em residentes, comparado aos estudantes de medicina. Contudo, os autores reforçam que em ambos os grupos foi constatada elevada privação de sono, evidenciando a necessidade de ações preventivas na área médica, tendo em vista que distúrbios do sono estão intimamente relacionados a aumento de morbidades e alterações psíquicas importantes.

Em estudo similar, realizado por Ribeiro CRF, et al. (2014) os pesquisadores referem que um adulto requer em média 7 a 8 horas de sono em um período de 24 horas para garantir um estado ótimo de vigília. Verificou-se que 61,9% da amostra apresentava qualidade ruim de sono. Similarmente, no presente estudo observou-se que apenas 23,1% dos médicos possuíam um tempo de sono maior ou igual a sete horas, o que pode impactar significativamente a qualidade de sono, e saúde destes. Ainda nesse contexto, Fernandez-Mendoza J, et al. (2013) demonstrou em seu estudo uma associação entre a insônia crônica com sono de curta duração e um maior risco para desenvolvimento de HAS.

Em relação ao etilismo, no presente estudo foi identificada uma prevalência de 46,2%, índice superior ao encontrado em outras pesquisas com trabalhadores da AB, como na realizada por Novaes EDM, et al. (2020), que encontraram uma prevalência de etilismo de 39,1%. Contudo, em relação ao tabagismo, enquanto no presente estudo não foram identificados profissionais tabagistas, os autores tiveram uma prevalência de 6% de tabagismo em sua amostra. No que tange ao uso de álcool, sabe-se que esse promove efeitos no sistema nervoso simpático e ativa uma resposta mediada dos barorreceptores, sendo responsável pelo desenvolvimento de hipertensão arterial em longo prazo independentemente do tipo de bebida alcoólica (SOUZA DSM, 2014). Já a contribuição do tabagismo para a hipertensão arterial é explicada pela associação entre fatores hemodinâmicos, sistema nervoso autonômico e disfunção endotelial (SOUZA MG, 2015).

Na população estudada, 15,4% referiram possuir obesidade autorreferida. A prevalência dessa condição é de suma importância para avaliação da saúde desses profissionais, pois obesidade e o ganho de peso aumentam o risco para HA. Nos portadores de obesidade ou sobrepeso, ocorre alterações fisiológicas de aumento da resistência insulínica periférica e hiperinsulinemia que foram implicadas como prováveis determinantes da HAS. Além disso, o tratamento da hipertensão é também pautado na perda de peso, a qual favorece a queda das taxas de insulina, a redução da sensibilidade do sódio e suprime a atividade do sistema nervoso simpático (MAGALHÃES C, et al., 2017). Um fator limitante desse estudo foi não avaliar o perfil antropométrico dos entrevistados, o qual permitiria identificar com propriedade o peso, altura, índice de massa corpórea e circunferência abdominal.

CONCLUSÃO

Os profissionais da estudados apresentaram rotinas exaustivas, alterações na qualidade do sono e assumem hábitos de vida deletérios que podem contribuir para redução de qualidade de vida e maior adoecimento. No presente estudo, mesmo sendo incluídos médicos com faixa etária mais jovem, observou-se prevalência de hipertensão entre os profissionais. Outro dado relevante foi a maior representatividade feminina na classe médica. Pode-se inferir que para obter uma renda maior muitos médicos assumem carga horária exaustiva, que acaba por comprometer suas horas de lazer, qualidade de sono, podendo culminar em maior adoecimento. Esse estudo apresenta como limitação o número de médicos investigados, e a restrição de apenas levantar a prevalência da HAS. Sugere-se estudos que ampliem o número de profissionais e busquem analisar os fatores associados à HAS em médicos atuantes na APS.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE F, et al. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicologia: reflexão e crítica*, 2012; 25(3): 542-549.
2. AMPOS F et al. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2022; 28: 579-589.
3. ANDRADE RCV, FERNANDES RCP. Hipertensão arterial e trabalho: fatores de risco. *Rev Bras Med Trab.*, 2016; 14(3): 252-261.
4. AZIZ JL. Sedentarismo e hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 2014; 21(2): 75-82.
5. BABU G, et al. Republished: is hypertension associated with job strain? A meta-analysis of observational studies. *Postgraduate medical journal*, 2014; 90(1065): 402-409.
6. BALDISSERA VDA, BUENO SMV. O lazer e a saúde mental das pessoas hipertensas: convergência na educação para a saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2012; 46: 380-387.
7. BARBOSA SP, et al. Aspectos que compõem o perfil dos profissionais médicos da estratégia saúde da família: o caso de um município polo de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2020; 43: 395-403.
8. BARROS DDS, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de Burnout. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2008; 20: 235-240.
9. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Consulta Estabelecimento: Vitória da Conquista, 2021. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em 14 mai. 2021.
10. CASTRO ME, et al. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2005; 18: 184-189.

11. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Perfil do médico paulista está em transformação. *Revista Ser Médico*, 2017; 81: 36.
12. DORNELES AB, et al. Padrão hormonal feminino na menopausa: parâmetros laboratoriais e consequências inestéticas. *Revista Saúde Integrada*, 2019; 12(24): 92-107.
13. FERNANDEZ-MENDOZA J, et al. Insônia com Sono de Curta Duração e Incidência de Hipertensão. *Penn State Coorte. Rev Bras Hipertens*, 2013; 20(2): 87-88.
14. FONTELLES MJ. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. Núcleo de Bioestatística Aplicado à pesquisa da Universidade da Amazônia. 2009.
15. GONSALEZ SR, et al. Atividade inadequada do sistema renina-angiotensina-aldosterona local durante período de alta ingestão de sal: impacto sobre o eixo cardiorrenal. *Brazilian Journal of Nephrology*, 2018; 40: 170-178.
16. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2020. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad Contínua). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/rendimento-despesa-e-consumo/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=destaque>. Acesso em 03 jun. 2020.
17. LAKATOS EM, MARCONI MA. Fundamentos da metodologia científica. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.
18. MACHADO MC, et al. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2012; 17(5): 1357-1363.
19. MAGALHÃES C, et al. Tratado de Cardiologia SOCESP. 3º Edição. 2016: Editora Manole.
20. MALACHIAS MVB, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2016; 107(3).
21. MARTIN RSS, et al. Influência do nível socioeconômico sobre os fatores de risco cardiovascular. *Jornal Bras. Medicina*, 2014; 102(2): 34-37
22. MATSUDO S, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Atividade Física e Saúde*, 2001; 6(2): 5-18.20.
23. MIRANDA GMD, et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 2016; 19: 507-519.
24. MOREIRA HG, AVEZUM Á. Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares no Brasil. In: SANTOS ES, et al. Tratado Dante Pazzanese de Emergências Cardiovasculares. 1º edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2016; 1-11.
25. NASCIMENTO CLS, et al. Médicos de UTI: prevalência da síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2010; 34(1): 106-115.
26. NOVAES EDM, et al. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus entre trabalhadores da saúde: associação com hábitos de vida e estressores ocupacionais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 2020; 45.
27. PAIXÃO R, ALELUIA IRS. Associação entre estresse ocupacional e agravos cardiovasculares: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, 2016; (2): 758-772.
28. PIMENTA AM, ASSUNÇÃO AA. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de saúde ocupacional*, 2016; 41.
29. PURIM KSM, et al. Privação do sono e sonolência excessiva em médicos residentes e estudantes de medicina. *Revista do colégio Brasileiro de cirurgias*, 2016; 43: 438-444.
30. RADOVANOVIC CAT, et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, 2014; 22(4): 547-53.
31. RIBEIRO CRF, et al. O impacto da qualidade do sono na formação médica. *Rev Soc Bras Clínica Médica*, 2014; 12(1): 8-14.
32. SCHEFFER MC, CASSENOTE ALF. A feminização da medicina no Brasil. *Revista Bioética*, 2013; 21(2): 268-277.
33. SCHEFFER MC, et al. Demografia Médica no Brasil 2020. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina, 2020.
34. SILVA MLB, BOUSFIELD ABS. Representações sociais da hipertensão arterial. *Temas Psicologia Ribeirão Preto*, 2016; 24(3): 895-909.
35. SOUSA MG. Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. *Rev Bras Hipertens*, 2015; 22(3): 78-83.
36. SOUZA DSM. Álcool e hipertensão, aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 2014; 21: 83-86.