



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

POLLYANA PEREIRA PORTELA

**FATORES ASSOCIADOS AO DESCONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM
HOMENS HIPERTENSOS**

SALVADOR

2016

POLLYANA PEREIRA PORTELA

**FATORES ASSOCIADOS AO DESCONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM
HOMENS HIPERTENSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de mestra em enfermagem, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", linha de pesquisa "O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano".

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fernanda Carneiro Mussi

SALVADOR

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

P843 Portela, Pollyana Pereira.

Fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens hipertensos / Pollyana Pereira Portela. - Salvador, 2016.

124 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Carneiro Mussi

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Hipertensão. 2. Fatores de risco. 3. Saúde do homem. 4. Enfermagem.
I. Mussi, Fernanda Carneiro. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 616.12-008.331.1

POLLYANA PEREIRA PORTELA

FATORES ASSOCIADOS AO DESCONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM
HOMENS HIPERTENSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de mestra em enfermagem, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", linha de pesquisa "O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano".

Aprovada em 27 de novembro de 2015

BANCA EXAMINADORA



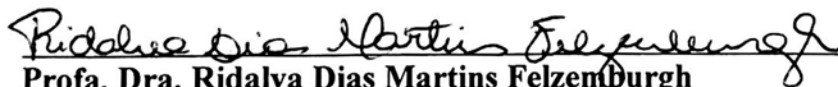
Profa. Dra. Fernanda Carneiro Mussi

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia



Profa. Dra. Kátia Santana Freitas

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana



Profa. Dra. Ridalva Dias Martins Felzenburgh

Doutora em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa e Professora da Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Álvaro Pereira - Suplente

Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, com todo o meu carinho e amor,

A minha mãe, **Maria** e toda minha **família**,
meu bem maior neste mundo.

Maroaldo, meu esposo, pelo amor
e por participar deste momento
com tranquilidade e paciência.

AGRADECIMENTOS

A Deus e ao sagrado coração de Maria, que me mantém alimentada na fé e na certeza de que tudo é possível. Graças e louvores dadas a todo momento. Obrigada Senhor por me conduzir pelos melhores caminhos e colocar neles pessoas iluminadas que contribuem para o meu desenvolvimento.

A minha amada mãe Maria pela referência de sabedoria, que sempre acreditou nos meus sonhos, que me ensinou o valor dos estudos, por seus exemplos e princípios, e por seu apoio incondicional.

A zé Carlos pelos estímulos constantes a sempre seguir em frente e ter coragem.

A minha família pela torcida e compreensão nos momentos em que tive ausente.

A meu esposo Maroaldo por todo amor e compreensão. Obrigada por entender minhas dificuldades e nas horas mais difíceis, me proporcionar força, paz e serenidade.

À minha orientadora, Professora Dra. Fernanda Carneiro Mussi, pela acolhida e receptividade como mestranda, obrigada por ter me ensinado o caminho da pesquisa. Pelo exemplo de pessoa humana, comprometida, e ética, pela sabedoria, competência e parceria, pelas preciosas orientações, contribuindo de forma significativa para a construção deste estudo.

À(o)s integrantes do Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular - GISCS, pelas trocas de conhecimento e crescimento pessoal. Em especial, Glícia Gleide Gonçalves Gama por ter me acolhido no projeto matriz já em desenvolvimento no grupo. Obrigada por todas as orientações e pela amizade construída. Andréia Mendes, Cláudia Pires, Tássia Teles, Cátia Palmeira pelas palavras de incentivo, amizade e cumplicidade. Aos Bolsistas Elilian, Eulalia, Igor, Ana, Larissa e Rauan pelo apoio na construção deste trabalho.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, Prof.^a Dra Carolina de Souza Machado, Prof.^a Dra Cláudia Geovana da Silva Pires, Prof. Dr. Álvaro Pereira e Prof.^a Dra Kátia Santana Freitas e Prof.^a Dra Ridalva Dias Martins Felzemburgh, pela competência, disponibilidade e contribuições valiosas para o aprimoramento deste trabalho.

Ao Dr. Carlos Teles pela competência e contribuição nas análises estatísticas deste trabalho.

À(o)s Professora(e)s do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), por partilhar de forma ativa desta etapa de vida acadêmica e profissional.

As colegas de turma do mestrado Tássia Teles, Karolline Macedo, Mariana, pelos momentos de estudos, partilhas e experiências.

À(o)s amigas (os) da pós-graduação, Deyse Vital, Joselice Góis, Juliana Freitas, Elaine Nery, Silvânia Sales, Paloma Pinho e Anderson Reis pelas orientações, conselhos e contribuições para construção deste trabalho. E pelos momentos de descontração e por compartilhar o longo percurso para chegar a UFBA.

As colegas da Universidade Estadual de Feira de Santana pela compreensão em liberar-me para as orientações e pela disposição em ajudar-me.

As amigas de todas as horas Andreza, Lorena Pinto, Lorena Moraes e Luciana, sempre acreditaram no meu potencial e vibraram com minhas conquistas.

Aos homens atendidos no Centro de Referência para Doenças Cardiovasculares (CRDC), obrigado por terem concordaram em participar desta pesquisa, pela disponibilidade e atenção oferecidas.

Aos profissionais do CRDC pela recepção, preocupação, disposição e acolhimento durante toda coleta de dados.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação e aos seus funcionários, em especial, Márcia Mendes e Samuel Real, pela atenção e solicitude com que me atenderam durante a realização da pesquisa.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia por ter colaborado para minha formação de pós-graduação.

A todos aqueles que contribuíram implícita ou explicitamente para a realização desta pesquisa e que não foram citados.

RESUMO

PORTELA, Pollyana Pereira. **Fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens hipertensos.** 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Introdução: Os homens apresentam-se vulneráveis às doenças crônicas e em geral procuram pouco os serviços de saúde para a sua prevenção e controle. A hipertensão arterial sistêmica consiste em uma doença crônica e em fator de risco frequente e independente para as doenças cardiovasculares, sendo que seu controle reduz esse risco. Esforços políticos, técnicos e científicos tem sido gerados para o enfrentamento do descontrole da pressão arterial, mas as taxas de adesão ao tratamento continuam baixas. Constitui-se em objetivo geral da pesquisa: verificar os fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens hipertensos, e objetivos específicos: estimar os níveis de pressão arterial em homens hipertensos e descrever os fatores para o descontrole da pressão arterial em homens hipertensos. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, realizado no Centro de Referência de Doenças Cardiovasculares, em Salvador/BA, com amostra de 130 homens entrevistados e submetidos a avaliação clínica e antropométrica, no período de seis meses. Os dados foram analisados em frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão. Na análise bivariada empregou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher e procedeu-se ao cálculo das estimativas de razões de prevalência (RP) e de seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Na análise múltipla realizou-se a análise de regressão logística múltipla, sendo a OR corrigida pelo modelo de regressão de Poisson robusto. Adotou-se significância estatística de 5%. **Resultados:** Predominaram adultos entre 28 a 50,9 anos, raça/cor autodeclarada negra, casados, classe socioeconômica C1-C2, ensino fundamental completo/incompleto, ativos profissionalmente. As prevalências de fatores de risco descontrolados para hipertensão foram: tabagismo (7,7%); fumantes passivos (34,6%); consumo de bebida alcoólica (52,3%), sendo excessivo no final de semana (69,1%), baixo padrão de atividade física (59,2%), nível de estresse elevado (52,3%), excesso de peso (77,7%), circunferência da cintura acima do recomendado (81,5%), risco elevado para razão cintura quadril (51,5%). Hábitos alimentares inadequados também foram evidentes com relação a baixa frequência de consumo de verduras (61,5%), saladas (69,2%), frutas (63,8%), frango (69,2%), peixe (93,8%), suco de frutas (73,8%). Substitutos para o sal eram usados por 50% dos homens. Constatou-se prevalência de descontrole da pressão arterial de 65,4%. Na análise bivariada não houve associação estatisticamente significativa entre descontrole dos níveis pressóricos e variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e medidas antropométricas. Na análise múltipla o descontrole da pressão arterial associou-se ao uso inadequado da medicação (RP: 1,35, IC 95%: 1,03; 1,76). **Conclusão:** Os homens apresentaram elevada prevalência de fatores de risco descontrolados para hipertensão e de descontrole da pressão arterial. O uso inadequado da medicação foi reforçado como importante fator associado ao descontrole. Medidas efetivas para mudança deste panorama são emergenciais e desafiam profissionais de saúde e autoridades públicas tornando-se necessária a instituição de propostas terapêuticas compartilhadas entre usuários, equipe de enfermagem e de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão, Fatores de risco, Saúde do homem, Enfermagem.

ABSTRACT

PORTELA, Pollyana Pereira. **Factors associated to the uncontrolled arterial blood pressure in hypertensive men.** 124 f. Dissertation (Nursing Masters) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Introduction: Men are vulnerable to chronic diseases and in general do not look up health services for prevention and control. Systemic arterial hypertension consists of a chronic disease and a frequent and independent risk factor for cardiovascular diseases, where its control reduces this risk. Political, technical and scientific efforts have been generated for confronting the lack of control of blood pressure, but rates of adhesion to treatment continue to be low. The general purpose of the research is to: verify factors associated to the uncontrolled of blood pressure in hypertensive men, and specific objectives: estimate blood pressure levels in hypertensive men and describe factors for the uncontrolled of blood pressure in hypertensive men. **Methods:** This is a cross-sectional study, performed at a Reference Center for Cardiovascular Diseases in Salvador /BA, with a sample of 130 men interviewed and submitted to clinical and anthropometric evaluation, during a six month period. The data was analyzed in using absolute and relative frequencies, averages and standard deviations. In the bivariate analysis the Pearson Chi-Square or Fisher Exact tests were used and the calculation was made of prevalence ratio estimates (PR) and respective intervals of reliability of 95%. In multiple analysis the multiple logistics regression analysis was used, where the OR corrected by the robust Poisson regression model. Statistical significance of 5% was adopted. **Results:** Predominance was for adults between the ages of 28 and 50.9, race/color self-declared as black, married, socio-economic class C1-C2, complete/incomplete elementary education, professionally active. Prevalence of uncontrolled risk factors for hypertension were: smoking (7.7%); passive smokers (34.6%); consumption of alcoholic beverages (52.3%), excessive on weekends (69.1%), low standard of physical activities (59.2%), high level of stress (52.3%), excess weight (77.7%), waist circumference above recommended (81.5%), elevated risk for waist-hip ratio (51.5%). Inadequate eating habits were also evidenced in relation to the low frequency in the consumption of vegetables (61.5%), salads (69.2%), fruit (63.8%), chicken (69.2%), fish (93.8%), and fruit juice (73.8%). Salt substitutes were used by 50% of the men. The prevalence of lack of control of blood pressure was of 65.4%. In the bivariate analysis there was no statistically significant association between the lack of control of the blood pressure levels and socio-demographic variables, lifestyle habits and anthropometric measures. In the multiple analysis, the lack of control of blood pressure was associated to the inadequate use of medication (RP: 1.35, IC 95%: 1.03; 1.76). **Conclusion:** Men presented a high prevalence of uncontrolled risk factors for hypertension and the lack of control of blood pressure. The inadequate use of medication was reinforced as an important factor associated to the uncontrolled blood pressure. Effective measures for changing this panorama are urgent and a challenge to health professionals and public authorities, making it necessary to establish shared therapeutic proposals among users, nursing teams and health teams.

Key-words: Hypertension, Risk factors, Men's health, Nursing.

RESUMEN

PORTELA, Pollyana Pereira. **Factores asociados al descontrol de la presión arterial en hombres hipertensos.** 124 f. Disertación (Máster en Enfermería) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Introducción: Los hombres se presentan vulnerables a enfermedades crónicas y en general buscan poco los servicios de salud para su prevención y control. La hipertensión arterial sistémica consiste en una enfermedad crónica y en factor de riesgo frecuente e independiente para las enfermedades cardiovasculares, siendo que su control reduce este riesgo. Esfuerzos políticos, técnicos y científicos han sido generados para el enfrentamiento del descontrol de la presión arterial, pero las tasas de adhesión al tratamiento continúan bajas. Se constituye en objetivo general de la pesquisa: verificar los factores asociados al descontrol de la presión arterial en hombres hipertensos, y objetivos específicos: estimar los niveles de presión arterial en hombres hipertensos y describir los factores para el descontrol de la presión arterial en hombres hipertensos. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, realizado en el Centro de Referencia de Enfermedades Cardiovasculares, en Salvador/BA, con muestra de 130 hombres entrevistados y sometidos a evaluación clínica y antropométrica, en un periodo de seis meses. Los datos fueron analizados en frecuencias absolutas y relativas, promedio y desviación estándar. En el análisis bivariado se utilizó el teste Chi-Cuadrado de Pearson o Exacto de Fisher y se procedió al cálculo de las estimativas de razones de prevalencia (RP) y de sus respectivos intervalos de confianza 95%. En el análisis múltiple se realizó análisis de regresión logística múltiple, siendo la OR corregida por el modelo de regresión de Poisson robusto. Se adoptó la significancia estadística de 5%. **Resultados:** Predominaron adultos entre 28 a 50,9 años, raza/color auto-declarada negra, casados, clase socio-económica C1-C2, enseñanza fundamental completa/incompleta, activos profesionalmente. Las prevalencias de factores de riesgo descontrolados para hipertensión fueron: tabaquismo (7,7%); fumadores pasivos (34,6%); consumo de bebida alcohólica (52,3%), siendo excesivo en los finales de semana (69,1%), bajo estándar de actividad física (59,2%), nivel de estrese elevado (52,3%), exceso de peso (77,7%), circunferencia de la cintura superior al recomendado (81,5%), riesgo elevado para razón cintura cuadril (51,5%). Hábitos alimentares inadecuados también fueron evidentes con relación a la baja frecuencia de consumo de verduras (61,5%), saladas (69,2%), frutas (63,8%), pollo (69,2%), pescado (93,8%), jugo de frutas (73,8%). Substitutos para la sal fueron usados por 50% de los hombres. Se constató prevalencia de descontrol de la presión arterial de 65,4%. En el análisis bivariado no hubo asociación estadísticamente significativa entre el descontrol de los niveles de presión y variables sociodemográficas, hábitos de vida y medidas antropométricas. En el análisis múltiple, el descontrol de la presión arterial se asoció al uso inadecuado de la medicación (RP: 1,35, IC 95%: 1,03; 1,76). **Conclusión:** Los hombres presentaron elevada prevalencia de factores de riesgo descontrolados para hipertensión y de descontrol de la presión arterial. El uso inadecuado de la medicación fue reforzado como importante factor asociado al descontrol. Medidas efectivas para cambios de ese panorama son de emergencia y desafían profesionales de salud y autoridades públicas, tornándose necesaria la institución de propuestas terapéuticas compartidas entre usuarios, equipo de enfermería y de salud.

Palabras-clave: Hipertensión, Factores de riesgo, Salud del hombre, Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual em consultório (>18anos)	19
Quadro 2	Prevalência total de hipertensão arterial sistêmica em algumas cidades Brasileiras	21
Quadro 3	Classificação de acordo com o índice de massa corporal	52
Quadro 4	Normas para a classificação da Razão Cintura-Quadril no sexo masculino	53
Quadro 5	Manguito utilizado para as medidas da pressão arterial	54

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1	Hábitos de vida de homens hipertensos: subsídios ao cuidado em enfermagem e saúde	
Tabela 1	Distribuição dos homens hipertensos segundo as características sociodemográficas. Salvador/BA, 2015	66
Tabela 2	Distribuição dos homens hipertensos segundo as características do consumo de tabaco e de drogas ilícitas. Salvador/BA, 2015	67
Tabela 3	Distribuição dos homens hipertensos segundo o consumo de bebida alcoólica. Salvador/BA, 2015	68
Tabela 4	Distribuição dos homens segundo o consumo alimentar. Salvador/Bahia, 2015	69
Tabela 5	Distribuição dos homens segundo a classificação do nível de atividade física. Salvador/BA, 2015	70
ARTIGO 2	Fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens hipertensos	
Tabela 1	Prevalência e RP referentes ao descontrole da pressão arterial de acordo com as características sociodemográficas dos homens hipertensos. Salvador/BA, 2015	87
Tabela 2	Prevalência e RP referentes ao descontrole da pressão arterial de acordo com hábitos de vida e medidas antropométricas dos homens hipertensos. Salvador/BA, 2015	88
Tabela 3	Associação entre variáveis preditoras e descontrole da pressão arterial em homens hipertensos. Salvador/BA, 2015	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA	Bahia
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CARDIA	<i>CoronaryArteryRisk</i>
CC	Circunferência da Cintura
CRDC	Centro de Referência para Doenças Cardiovasculares
DASH	<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
InMetro	Instituto de Metrologia
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionary</i>
NHANES	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
OR	OddsRatio
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>
PURE	<i>Global Prospective Urban Rural Epidemiologia</i>
RCQ	Razão Cintura Quadril
RP	Razão de Prevalência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
UFBA	Universidade Federal da Bahia
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E IMPACTOS NA SAÚDE	18
2.2 FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	28
2.2.1 Fatores de risco não controláveis	28
2.2.2 Fatores de risco controláveis	32
2.3 O CUIDAR VOLTADO À SAÚDE DO HOMEM: PREVENÇÃO E CONTROLE DA HAS	39
3 MÉTODO	45
3.1 TIPO DE ESTUDO	45
3.2 LÓCUS DO ESTUDO	45
3.3 AMOSTRA	47
3.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS	47
3.5 COLETA DE DADOS	48
3.5.1 Instrumentos	48
3.5.2 Operacionalização da coleta de dados	51
3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO	55
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	56
4 RESULTADOS	58
4.1 ARTIGO 1	59
4.2 ARTIGO 2	82
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFBA	111
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	114
ANEXO C - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	116

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados. Consiste em fator de risco frequente e independente para doenças cardiovasculares (EGAN; ZHAO; AXON, 2010; WHO, 2010).

O controle da pressão arterial (PA) reduz significativamente a prevalência e a incidência de lesão em órgãos alvos e, conseqüentemente, o risco de doenças cardiovasculares. No entanto, a meta de controle dos níveis pressóricos apresenta-se como desafio para gestores e profissionais de saúde, para a comunidade em geral e as autoridades públicas (CIPULLO et al., 2010; CORDERO et al., 2011; EGAN; ZHAO; AXON, 2010, SIMÃO et al., 2013).

De acordo com inquéritos populacionais em cidades brasileiras a HAS apresenta prevalência entre 20,9 % e 30,1 % (CESARINO et al., 2008; MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2013; ROSÁRIO et al., 2009). Em Salvador, dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) revelaram uma prevalência geral de 25,7%, de 23,7% para o sexo masculino e de 27,4% para o feminino (BRASIL, 2013a). Estudos internacionais identificaram prevalência maior de hipertensão na população, variando de 30 a 40% (CHOW et al., 2013; GIUSEPPE et al., 2013). No que se refere a idade mais de 50% das pessoas hipertensas tem entre 60 e 69 anos (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010). O *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) constatou um aumento na prevalência de HAS em indivíduos com idade acima de 40 anos, do sexo masculino e da raça negra (EGAN; ZHAO; AXON, 2010).

A ocorrência da HAS está associada a múltiplos fatores de risco classificados em controláveis e não controláveis. Entre os não controláveis destacam-se a idade, o sexo, a raça/cor e a herança genética e, entre os controláveis, os fatores socioeconômicos, o sedentarismo, a ingestão excessiva de bebida alcoólica e sal, o estresse psicossocial, o tabagismo, o sobrepeso e a obesidade (CHOBANIAN et al., 2003; SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010).

A HAS tem implicações econômicas e sociais e grande impacto na morbidade e mortalidade brasileira e mundial (CORRÊA et al., 2006), o que demonstra a relevância desta doença para a saúde pública. Sua história natural é prolongada e ao processo de cronicidade associa-se a uma multiplicidade de fatores como longo curso assintomático, evolução clínica lenta e permanente, aparecimento de complicações, necessidade de monitoramento constante

de caráter disciplinador. Valores de PA sustentadamente elevados, principalmente acompanhados de tabagismo, diabetes *mellitus* e dislipidemia, estão relacionados à maior incidência de eventos mórbidos, como a aterosclerose, que se manifesta por cardiopatia isquêmica, acidente cerebrovascular e doenças vasculares, renal e periférica (MAGALHÃES et al., 2010).

Não obstante esses dados, baixos índices de controle da HAS são frequentes. Estudos nacionais como o de Três et al. (2009) constataram não controle da PA em 46,3% da amostra, Pierin et al. (2011) em 54,5% e Rosário et al. (2009) em 75,8% da população estudada. Considerando a necessidade de controle dos níveis pressóricos e face ao controle insatisfatório da hipertensão, é indispensável conhecer o conjunto de fatores associados ao seu descontrole.

Neste contexto, os homens hipertensos apresentam-se menos controlados do que as mulheres (PIERIN et al., 2011). No que tange às diferenças entre homens e mulheres, as peculiaridades podem ser explicadas, por meio de especificidades biológicas e genéticas; diferenças sociais e étnicas; associação entre comportamentos e distintas expectativas sociais; busca e utilização dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde (GOMES, 2011).

É importante referir que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas como a HAS, e que morrem mais precocemente que as mulheres. No entanto, em geral não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Como consequência, a morbidade é agravada pelo retardamento na atenção e há maior custo com o tratamento para o sistema de saúde. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção e controle (BRASIL, 2009a).

Dentre os fatores associados às dificuldades de homens para a procura de serviços de saúde destacam-se o fato de considerarem a doença um sinal de fragilidade, os horários de funcionamento e a dinâmica dos serviços, geralmente, incompatíveis com as atividades laborais, colocando-os em situação de vulnerabilidade (FONTES et al., 2011).

Neste contexto o controle da HAS em homens é uma recomendação do Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, sobretudo de atenção primária à saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) emerge tendo como principal objetivo promover ações em saúde que contribuam para a compreensão da realidade diferenciada dos homens nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos e que possibilitem o aumento da expectativa de vida e a

redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2009a).

Apesar dos fatores associados ao descontrole da pressão arterial estarem sendo demonstrados na literatura (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007; BRINDEL et al., 2006; CORDERO et al., 2011; DANTAS, et al., 2013b; GOMES; SILVA; SANTOS, 2010; NOGUEIRA et al., 2010; NATIONS et al., 2011; PIERIN et al., 2011), existem lacunas de estudos sobre a avaliação da hipertensão arterial em homens que tiveram acesso aos serviços oferecidos pelo programa de saúde do homem, que surge como forma de implementar as propostas da PNAISH. Entende-se que e não é suficiente implantar, propor ou ofertar serviços de saúde, mas é fundamental conhecer como as condições de saúde ou indicadores se apresentam nestes indivíduos, apontando a relevância científica deste estudo. Essas constatações foram evidenciadas na busca e análise da literatura realizada nas bases de dados Pubmed, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), CINAHL, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os descritores hipertensão arterial sistêmica e saúde do homem, no período dos últimos cinco anos.

O impacto epidemiológico, social, econômico e pessoal da hipertensão em homens tem gerado esforços técnicos, políticos e científicos para o seu enfrentamento. Tais esforços modificaram, inclusive, a forma de pensar e atuar em relação às doenças crônicas não transmissíveis.

A equipe de saúde ao planejar ações de prevenção e controle da doença, promoção e proteção da saúde precisa considerar as especificidades dos homens em lidar com o processo de cuidar de si. Neste sentido, o cuidar em saúde demanda minimamente compartilhamento clínico, pactuação de metas e expectativas referentes ao tratamento, conhecimento das dificuldades enfrentadas para adesão ao tratamento.

Destaca-se que investigar o descontrole da HAS está em concordância com a Agenda Nacional de Prioridades da Pesquisa em Saúde de forma a consolidar a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil (BRASIL, 2008), com a Organização Mundial da Saúde que estabeleceu como meta a redução de 25% das doenças crônicas não transmissíveis até o ano de 2025 por meio da identificação dos fatores de risco e programas de prevenção, em diversos grupos populacionais e com o Programa Nacional de Prevenção Cardiovascular proposto pela Sociedade Brasileira de Cardiologia que objetiva contribuir para modificar o panorama epidemiológico dos fatores de risco cardiovascular (SIMÃO, 2013).

Além disso, a experiência de ser enfermeira assistencial em Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica, em especial no cuidado direto às pessoas hipertensas constatei o baixo

controle da PA e complicações decorrentes, fato que inquietou-me e motivou-me a investigação de fatores associados ao descontrole da pressão arterial e a contribuição para a expansão do conhecimento sobre o tema. Ademais, minha participação no Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular proporcionou maior aproximação da temática e do projeto deste grupo voltado ao estudo da efetividade de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos.

Com base no exposto, definiu-se como objeto de estudo “Fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens hipertensos”. E como questão de pesquisa “Quais são os fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens hipertensos?”.

Definiu-se, portanto, como objetivo geral do estudo:

Verificar os fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens hipertensos.

E os objetivos específicos constituíram-se em:

- Estimar os níveis de pressão arterial em homens hipertensos.
- Descrever os fatores para o descontrole da pressão arterial em homens hipertensos.

Espera-se com esse estudo contribuir para a reflexão e compreensão dos fatores relacionados ao descontrole dos níveis pressóricos em homens, bem como para o planejamento e implementação de práticas de cuidar em saúde e enfermagem na perspectiva da atenção integral visando à prevenção e o controle da HAS e de suas complicações, alcançando a devida captação e acolhida dos homens nos serviços. Ademais, a investigação amplia o referencial teórico acerca da temática, e desta forma espera-se que os resultados alcançados possam ser utilizados como referencial para avaliação e tomada de decisão na reorganização dos serviços e para definição de políticas de atenção a saúde do homem na Bahia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E IMPACTOS NA SAÚDE

O processo de transição epidemiológica, demográfica e nutricional da população brasileira, vem acarretando mudanças no padrão de morbimortalidade, com aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis. Segundo a World Health Organization (WHO) dos 57 milhões de óbitos mundiais em 2008, 36 milhões, ou 63%, foram decorrentes de doenças não transmissíveis (WHO, 2011).

Estas doenças são responsáveis por elevado número de internações, acarretando altos custos socioeconômicos e com a saúde, estimando-se perda na economia brasileira da ordem de mais de 4,18 bilhões de dólares nos próximos anos (GOULART, 2011). Trazem, também, repercussões negativas na produtividade individual e na qualidade de vida, bem como comprometimento da renda familiar e pessoal, uma vez que o tratamento é para vida toda e a doença, por vezes, causa incapacidades e mortes prematuras em adultos (GOULART, 2011; SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010).

Neste cenário, as doenças crônicas não transmissíveis têm causado mais mortes em países de baixa e média renda do que nos países ricos. Cerca de 80% dessas mortes ocorreram em países com menor renda e destas aproximadamente 30% acometeram pessoas com menos de 60 anos. No Brasil, essas doenças são responsáveis por cerca de dois terços de todas as causas de morte, destacando-se as doenças do aparelho circulatório e o câncer (GOULART, 2011; WHO, 2011). Percebe-se que o impacto das mesmas não se apresenta apenas na população idosa e estratégias de promoção da saúde devem ser pensadas para a população mais jovem.

A WHO relata que as doenças não transmissíveis são marcadas por fatores de risco evitáveis, estando à maioria fortemente associadas a condições específicas como tabagismo, inatividade física, ausência de alimentação saudável e ingestão excessiva de bebida alcoólica. Tais fatores desencadeiam alterações metabólicas e fisiológicas como o aumento da pressão arterial (WHO, 2010).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis a hipertensão arterial sistêmica é considerada uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou

estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, aumentando o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010).

Apesar de levar a alterações cardiovasculares significativas a hipertensão, além de ser uma doença tratável, é passível de ser medida e identificada clinicamente, no caminho causal que leva à doença cardiovascular sintomática (SCHMIDT, 2011). Para diagnóstico precoce da HAS, a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão considera hipertenso o indivíduo que apresentar valores de pressão arterial, medido casualmente em consultório, igual ou superior a 140 mmHg para pressão arterial sistólica (PAS) e igual ou superior a 90 mmHg para pressão arterial diastólica (PAD), e classifica a HAS conforme Quadro 1 (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010). Ressalta-se a importância da medida da pressão arterial na prática clínica e a necessidade, dos profissionais de saúde, obterem os valores pressóricos por meio de técnica correta, considerando as recomendações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual em consultório (>18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mm Hg)	Pressão diastólica (mm Hg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90
Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.		

Fonte: (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica é um relevante problema de saúde pública, considerando a magnitude das suas implicações, individuais e coletivas, no âmbito social, econômico e político.

A elevada prevalência da hipertensão, em vários países, apresenta-se como um dado epidemiológico preocupante. No mundo o número de pessoas com hipertensão subiu de 600 milhões em 1980 para quase 1 bilhão em 2008 (WHO, 2010). No estudo Global Prospective Urban Rural Epidemiologia (PURE), realizado em dezessete países e cinco continentes, a

prevalência de HAS aferida foi de 40,8%. Ao subdividir os países de acordo com a renda a prevalência foi de 40,73% nos de alta renda, 49,73% nos de média-alta renda, 39,85% nos de média renda e 32,2% nos de baixa renda (CHOW et al., 2013). Estudo revela que a prevalência de hipertensão é maior nas áreas urbanas, quando comparado com as áreas rurais de um mesmo país, fato este relacionado à maior prevalência de obesidade e diabetes, além de níveis de estresse mais elevados nos moradores da zona urbana, fatores que contribuem para o aumento da prevalência de hipertensão (TIBAZARWA; DAMASCENO, 2014).

Dados do Heart Disease and Stroke Statistics de 2014 indicaram que, nos Estados Unidos, 33,0% dos adultos com idade superior a 20 anos tem hipertensão, o que representa em média 78 milhões de adultos norte-americanos (ALAN et al., 2014). No Canadá, estudo de base populacional realizado entre 2007 e 2008, mostrou uma prevalência de hipertensão de 23% (ROBITAILLE et al., 2012). Na Romênia, a prevalência de hipertensão total foi de 40,41%, sendo maior para romenos com condição previamente diagnosticada (28,05%) e menor (12,3%) para aqueles que tiveram o diagnóstico de hipertensão durante o estudo (DOROBANTU et al., 2014). A China, país mais populoso do mundo, apresentou aumento da prevalência de hipertensão passando de 39,9% em 1991 para 51,7% em 2011 (WANG et al., 2014). Em países africanos a proporção de hipertensão entre homens e mulheres, foi respectivamente de 33,4% *versus* 28,9% em Gana e de 25,6% *versus* 23,1% em Camarões (AIKINS; BOYNTON; ATANGA, 2010).

O retrato mundial da prevalência de HAS mostra que acomete a população independente de fronteiras geográficas, sociais, econômicas, culturais, dentre outras, podendo apresentar correlação de características sociodemográficas em determinada população.

Os países da América do Sul apresentam variação na prevalência de adultos hipertensos sendo de 28,1% na Argentina, 33,7% no Chile, 23% na Colômbia, 28,7% no Equador, 30,5% no México, 35% no Paraguai, 24% no Peru, 33% no Uruguai e na Venezuela (SANCHEZ et al., 2009).

No Brasil inquéritos populacionais regionais, com diferentes metodologias, incluindo distintas formas de detecção da hipertensão, sendo esta pela mensuração direta dos níveis pressóricos ou referida pelos indivíduos estudados, identificaram diversificada prevalência de HAS conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Prevalência total de hipertensão arterial sistêmica em algumas cidades Brasileiras

Cidade (Estado)	Prevalência	Autor e Ano
Campo Grande (MS)	41,4%	Souza et al. (2007)
Goiânia (GO)	36,4%	Jardim et al. (2007)
Lages (SC)	33,7%	Longo et al. (2009)
Luzerna (SC)	14,7%	Nunes Filho et al. (2007)
Nobres (MT)	30,1%	Rosário et al. (2009)
Pelotas (RS)	23,6%	Costa et al. (2007)
Salvador (BA)	29,9%	Lessa et al. (2006)
São José do Rio Preto (SP)	25,23%	Cipullo et al. (2010)
São Luis (MA)	27,4%	Barbosa et al. (2008)
São Paulo (SP)	32,0%	Mion Jr et al. (2010)
Sinop (MT)	23,2%	Martins et al. (2010)
Tubarão (SC)	40,5%	Pereira et al. (2007)

Fonte: Autoria própria.

Dados de 2012 do Vigitel, levantados por inquérito telefônico, mostraram que a frequência de diagnóstico médico da HAS em capitais brasileiras, variou entre 16,6% em Boa Vista e 29,7% no Rio de Janeiro. Em Salvador a prevalência foi de 25,7% (BRASIL, 2013a).

Estudos com idosos mostraram uma prevalência mais elevada de hipertensão sendo de 46,9% em São Paulo (MENDES et al., 2013), 67,4% na Amazônia Legal (ESPERANDIO et al., 2013), 61,5% em Bambuí (NATIONS et al., 2011) e em Florianópolis chegou a 84,6% (ZATTAR et al., 2013). Avaliação de idosos em países de baixa renda, como China, Gana, Índia, México, Federação Russa e África do Sul apresentaram, respectivamente, a prevalência de hipertensão de 59,5%, 57,1%, 32,5%, 58,2%, 71,7%, 77,9% (LLOYD-SHERLOCK et al., 2014).

Inquéritos realizados em populações, com características específicas, identificaram distintas prevalências. Em comunidades ribeirinhas na Amazônia a prevalência de hipertensos foi de 26% (OLIVEIRA et al., 2013), em adventistas do sétimo dia de 22,7% (SILVIA et al., 2012), e em profissionais de uma Universidade no Rio de Janeiro de 29,6% (NOGUEIRA et al., 2010).

Outra investigação com profissionais que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar identificou, uma prevalência de hipertensão na medida casual de 33,1% e, na monitorização ambulatorial da pressão arterial, de 26,6% (CAVAGIONI; PIERIN, 2011).

Esse dado demonstra a variação na identificação da hipertensão, de acordo com o tipo de medida utilizada. Neste contexto, ressaltam-se as influências que o equipamento, a técnica de aferição, o paciente, o ambiente e o observador, podem ter durante a medida da pressão no consultório (SILVA; PIERIN, 2012) e a possibilidade de obtenção de valores pressóricos que não correspondem ao real. Minimizar estes efeitos e realizar medidas por profissionais capacitados e com equipamentos adequados é fundamental para retratar uma prevalência mais fidedigna, correspondente com a realidade.

Identifica-se a necessidade do Brasil desenvolver inquéritos populacionais de magnitude nacional, com uma maior amplitude e metodologia sistemática, visto a abrangência territorial, a diversidade étnica e cultural do país. Estudos com esta perspectiva poderão contribuir para se obter dados mais precisos sobre a prevalência de hipertensão.

O desenvolvimento da HAS reflete uma interação complexa e dinâmica entre fatores causais, sendo definida como uma doença multifatorial, que pode ser desencadeada de forma isolada ou associada ao agravamento de outras doenças (TIBAZARWA; DAMASCENO, 2014). Outros fatores preocupantes vinculados às múltiplas dimensões da HAS são a morbimortalidade da doença e os custos financeiros e sociais gerados na assistência ao indivíduo.

Segundo a WHO é estimado que a hipertensão arterial sistêmica, no mundo, é causa de 7,5 milhões de mortes, cerca de 12,8% do total de todas as mortes anuais (WHO, 2011). Além de apresentar um impacto significativo na mortalidade de forma isolada, a HAS, como uma condição crônica, favorece a aterogênese e o conseqüente desenvolvimento de processos isquêmicos cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal (MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2013), doenças que também apresentam elevada taxa de mortalidade. De acordo com o departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), a taxa de mortalidade específica em 2011 para doenças isquêmicas do coração foi de 53,8% e para doenças cerebrovasculares de 52,4% (BRASIL, 2011a). Outras complicações da pressão arterial elevada incluem hemorragia da retina e deficiência visual (GIUSEPPE et al., 2013).

Estudo como Interheart verificou que a HAS apresenta-se como fator de risco modificável significativo para a doença arterial coronariana (YUSUF et al., 2004). Outro estudo sobre fator de risco cardiovascular menciona que a partir de 115/75 mmHg, cada aumento de 20 mmHg na pressão sistólica e de 10 mmHg na pressão diastólica duplica o risco de eventos cardiovasculares (CHOBANIAN et al., 2003). Em estudo desenvolvido na Bahia, dentre os fatores de risco cardiovascular referido pelos indivíduos com doença da artéria coronária a hipertensão arterial teve destaque com 94% (GAMA et al., 2010).

As doenças cardiovasculares são as principais causas de internações e geram o maior custo nesse componente do sistema de saúde nacional. Em 2007, 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos ou mais foram causadas por doenças do aparelho circulatório (SCHMIDT et al., 2011). Em 2008 as doenças do aparelho circulatório foram uma das principais causas de anos potenciais de vida perdidos em ambos os sexos, considerando-se a expectativa de vida padrão de 70 anos (BRASIL, 2011b). Em 2012, segundo dados do DATASUS, foram registradas 242.858 internações por doença isquêmica do coração, 172.526 internações por acidente vascular encefálico e 114.918 por hipertensão (BRASIL, 2012a), dados que demonstram a relação da hipertensão com implicações econômicas e sociais da doença para o indivíduo e a sociedade.

O impacto social e econômico da hipertensão pode ser avaliado diretamente ou indiretamente, ao se considerar as limitações decorrentes de suas complicações. Lessa (2006) relatou algumas consequências negativas da hipertensão para a vida da pessoa em sociedade, dentre as quais se ressaltam a aposentadoria precoce, o absenteísmo no trabalho, os gastos com assistência médica, a dependência total ou parcial para realização de autocuidado, a perda ou redução na qualidade de vida, o isolamento social, a superposição de custos com outras patologias associadas a complicações da hipertensão, como depressão, infecções paralelas, custo com tratamentos da insuficiência renal, dentre outras.

Ao avaliar a elevada prevalência de hipertensão na maioria das cidades brasileiras e as múltiplas dimensões e implicações da HAS, é imprescindível a definição de ações em saúde compartilhadas com as pessoas hipertensas, capazes de assegurar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. É fundamental o alcance do controle dos níveis pressóricos, de forma a evitar as repercussões indesejáveis que o descontrole da pressão arterial pode causar.

Estudos demonstraram que a intervenção terapêutica anti-hipertensiva é eficaz em diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular, tendo o tratamento da hipertensão meta de controle níveis inferiores a 140/90 mmHg (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010), sendo que reduções mais rigorosas podem ser estabelecidas como metas de acordo com o perfil do risco cardiovascular do indivíduo com hipertensão (PINHO; PIERIN, 2013). Todavia, baixos índices de controle da pressão arterial são encontrados em estudos em todo mundo.

Na Espanha a taxa de controle apresentada pelo estudo CARDIOTENS, 2009 foi de 55,4% (CORDERO et al., 2011). Nos Estados Unidos o controle da pressão arterial foi estimado em 50,1% (EGAN; ZHAO; AXON, 2010). O estudo PURE evidenciou controle da

pressão arterial de 19% nos países de alta renda, 15,6% nos de média-alta renda, 9,9% nos de média renda e 12,7% nos de baixa renda (CHOW et al.,2013). Os países da América do Sul apresentaram taxas limítrofes de controle, sendo de 19,2% no México, 18% na Argentina, 15% na Colômbia, 14% no Peru, 12% na Venezuela,11,8% no Chile, 11% no Uruguai,7% no Paraguai e 6,7% no Equador (SANCHEZ et al., 2009).

Revisão sistemática acerca do controle da hipertensão arterial, no Brasil em 2012, encontrou significativa variação nos índices de controle da pressão arterial. Nos estudos de base populacional, o índice mais elevado de controle foi de 57,6%, dado oriundo de um estudo multicêntrico com 100 municípios e de 52,4% na cidade de São José do Rio Preto, SP. Os menores percentuais de controle, em torno de 10%, foram identificados em microrregiões do Rio Grande do Sul e no município de Tubarão, SC (PINHO; PIERIN, 2013). Este estudo também revelou a variação entre os métodos utilizados para identificação de hipertensos, dentre eles foram utilizados o registro em prontuário, a monitorização residencial da pressão arterial e a medida direta da pressão arterial em consultório que em alguns estudos foi associada à monitorização ambulatorial da pressão arterial.

Variações no método de avaliação podem alterar as taxas de controle da hipertensão. Observou-se menor controle da pressão arterial (9,9%) com a medida realizada em consultório quando comparada a monitorização residencial da pressão arterial (23,9%) (SILVIA; PIERIN, 2012). Avaliação em idosos, também, demonstrou elevação do controle da pressão arterial em 80% utilizando-se a monitorização residencial da pressão arterial (BASTOS-BARBOSA et al., 2012).

Pierin et al. (2011) ao avaliar pessoas hipertensas da rede básica de São Paulo constatou controle de 45,5%. Já Araujo e Guimarães (2007), em estudo com 135 pessoas em uma Unidade de Saúde da Família de Salvador revelou uma melhora do controle após a implantação do Programa de Saúde da Família, passando de 28,9% para 57,0% após o período observacional. Outro estudo realizado na Atenção Básica, em Maceió, com um grupo de 200 hipertensos que participaram da reunião mensal de Hiperdia, apresentou controle superior aos estudos aqui apresentados, alcançando 91% (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010). Nogueira et al. (2010) verificaram taxas mais elevadas de controle da hipertensão (60,1%), em funcionários hipertensos de uma universidade do Rio de Janeiro.

Evidências demonstraram que melhor controle da pressão arterial refletiram melhor consciência da doença, uso do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, bem como que o controle da hipertensão é significativamente menor entre os mais jovens do que em indivíduos de meia-idade e idosos (EGAN; ZHAO; AXON, 2010).

Nível de conhecimento, qualidade de tratamento e taxas de controle da hipertensão são baixos nos países em desenvolvimento (TIBAZARWA; DAMASCENO, 2014). No entanto, a consciência do próprio estado hipertensivo, o conhecimento sobre a doença e a terapêutica com conseqüente comportamento adequado ao controle da pressão arterial parece continuar a ser um desafio em todo o mundo.

Pesquisa revelou a importância do controle da pressão arterial, ao mostrar que o controle da hipertensão para os níveis ideais pode evitar 37% e 56% de eventos coronarianos em homens e mulheres, respectivamente (WONG et al., 2003). Entende-se que o controle da doença depende de ações adequadas das instituições e dos profissionais de saúde, bem como da adesão ao tratamento pelas pessoas hipertensas. Estratégias de educação permanente em saúde podem contribuir para o controle da HAS. Pinho e Pierin (2013) consideram que para alcançá-lo deve ocorrer consonância entre um sistema complexo que envolve aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e de estrutura sanitária. O controle da hipertensão requer da pessoa hipertensa motivação e empenho no enfrentamento de sua doença, seguimento da terapêutica medicamentosa instituída, bem como mudanças no estilo de vida que reduzam os fatores de risco relacionados à HAS.

Diante da relação entre níveis de pressão arterial e risco cardiovascular o Sétimo Relatório do Comitê Misto Nacional de Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial (JNC -7), dá ênfase a definição de pré- hipertensão, com a crescente evidência de que a PAS que apresenta valores entre 120 e 139 mmHg e PAD com valores entre 80 e 89 mmHg são associadas a um maior risco cardiovascular (CHOBANIAN et al., 2003). Estudos evidenciam associação entre pré-hipertensão e incidência de acidente vascular encefálico (ALAN et al., 2014). Percebe-se a necessidade de prevenção do desenvolvimento de hipertensão e o estabelecimento de limites mais rigorosos para os níveis pressóricos aceitáveis na população.

A falta de controle da HAS pode estar associada a fatores relacionados ao estilo de vida, especialmente a dieta, a obesidade e ao tabagismo, bem como a presença de doença cardiovascular e a outros fatores de risco cardiovascular. Atrelado a estes fatores observa-se que pessoas com pior controle dos níveis tensionais tendem a usar mais de um tipo de anti-hipertensivo para o tratamento devido ao fato da maior complexidade de sua condição (CORDERO et al., 2011). Pierin et al. (2011) abordaram que os baixos níveis de controle da pressão arterial podem ser justificados pelo estabelecimento de tratamentos pouco eficazes com redução insuficiente dos níveis da pressão arterial e por ausência ou baixa adesão terapêutica. Observa-se a necessidade de avaliação sistemática e contínua da pressão arterial,

e dos órgãos e sistemas que podem sofrer lesões, de forma a orientar a modificação da terapêutica adotada para alcançar a meta terapêutica estabelecida.

A baixa adesão ao tratamento pode estar relacionada a não aceitação da cronicidade da doença, agravada pela sua natureza assintomática, ao surgimento de complicações a longo prazo, a condições sociais inadequadas, ao custo elevado do tratamento e do acompanhamento médico, a complexidade dos regimes de tratamento, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e as desigualdades enfrentadas nos mesmos, bem como a indisponibilidade de medicamentos que deveriam ser assegurados pelo governo, a dificuldade para marcação de consultas e a ausência de uma equipe de saúde multidisciplinar (ARAÚJO; GARCIA, 2006; TIBAZARWA; DAMASCENO, 2014).

Considera-se que outros fatores devem ser considerados durante avaliação e estabelecimentos de estratégia para melhorar a adesão ao tratamento, dentre eles as variáveis como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais, crenças em saúde, conhecimento, presença da pessoa hipertensa na unidade de saúde e o apoio familiar (PINHO; PIERIN, 2013; VITOR et al., 2011).

Pires e Mussi (2008) ponderam ao considerar o Modelo de Crenças em Saúde, que para a pessoa modificar comportamentos em saúde, precisam acreditar nos benefícios das mudanças de estilo de vida, ou seja, que poderão reduzir a suscetibilidade ou a severidade da doença.

Além disso, somam-se fatores relacionados ao tratamento farmacológico e não farmacológico, como quantidade, dosagem, horários, efeitos colaterais e custo dos medicamentos, mudança de hábitos seguidos de restrições alimentares, de lazer e de trabalho (VITOR et al., 2011).

As estratégias de educação em saúde individualizadas e ao nível da compreensão da população, parecem ser eficazes em melhorar a adesão à medicação e contribuir para estilos de vida mais saudáveis (MENDES et al., 2013), de forma a possibilitar ao hipertenso o envolvimento no estabelecimento de medidas para o enfrentamento da doença.

Outro ponto preocupante atrelado a HAS está relacionado às complicações advindas da doença quando a pressão arterial não está controlada. As lesões de órgãos alvos são as mais comuns. Kohlmann Jr e Plavnik (2004) utilizam o termo “assassina silenciosa” para abordar que ao longo de sua evolução, de forma silenciosa, a hipertensão lesa o sistema vascular, causando modificações estruturais nas artérias e conseqüentemente reduz a perfusão de órgãos como coração, cérebro, rins e olhos. Para Tulman et al. (2012) o não cumprimento da

proposta terapêutica é componente significativo para o desenvolvimento de crises hipertensivas, as quais deixam pessoas hipertensas mais susceptíveis a essas lesões. A lesão endotelial vascular, causada devido à hipertensão, submete a parede do vaso a um estresse, com conseqüente liberação de vasoconstrictores e maiores danos no endotélio. Esta lesão leva a deposição de plaquetas e fibrina, a vasoconstrição, e trombose, com comprometimento do fluxo sanguíneo. Para a manutenção de perfusão dos órgãos alvos é fundamental a autorregulação vascular.

Considera-se que para prevenir e enfrentar as complicações provenientes da hipertensão o profissional de saúde deve ter suas ações direcionadas para detecção de lesões de órgãos alvo e a eventual presença de doença cardiovascular estabelecida. Dentre as principais complicações em cada órgão ressalta-se nos rins a insuficiência renal, com presença de albuminúria, no cérebro o acidente vascular encefálico, no coração as doenças isquêmicas, insuficiência cardíaca e hipertrofia do ventrículo esquerdo e nos olhos a retinopatia hipertensiva (ALESSI et al., 2013; GIUSEPPE, 2013).

Neste contexto, políticas públicas de saúde para prevenção e controle de HAS tem sido implementadas no Brasil (SCHMIDT et al., 2011), com ênfase na importância do profissional de saúde no desenvolvimento de estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Sendo que a pessoa deve ser o foco central deste processo, com envolvimento familiar, em nível individual e coletivo, na definição, negociação e implementação de estratégias de controle à hipertensão e enfrentamento de problemas que prejudiquem na manutenção do tratamento (BRASIL, 2013b).

Em 2001, o governo federal lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes *mellitus* com propósito de vincular as pessoas com esses agravos às unidades de saúde, e fornecer acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços (BRASIL, 2002). O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022 defende que o manejo adequado da hipertensão arterial, de caráter prioritário, requer ações articuladas em três eixos: a vigilância da doença, das comorbidades e de seus determinantes; a integralidade do cuidado e a promoção da saúde. Considera-se também no plano que o investimento em educação e no controle social potencializam e qualificam o autocuidado e a construção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2011b).

O cenário epidemiológico da prevalência, controle da hipertensão e adesão ao tratamento revelam que a prevenção, controle e tratamento da doença apresenta-se ainda como um desafio para o governo e profissionais de saúde, apesar do empenho governamental

com a instituição de atualização das orientações estratégias para o cuidado da pessoa hipertensa.

2.2 FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica, como a maioria das doenças crônicas não transmissíveis, não ocorre instantaneamente e com causa única determinada, é resultante da interação de múltiplos fatores, assim na maioria das vezes a sua causa é desconhecida. O surgimento, evolução e agravamento da doença são condicionados por alterações genéticas que interagem com fatores ambientais (GUIMARÃES; MAGALHÃES, 2004; MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Dentre os fatores de risco para hipertensão destacam-se dois grupos: os fatores de risco não controláveis como idade, sexo, raça/cor e genética; e os controláveis incluindo fatores socioeconômicos, sedentarismo, ingestão excessiva de bebida alcoólica e sal, excesso de peso e obesidade, estresse psicológico, tabagismo (CHOBANIAN et al., 2003; NASCENTE et al., 2010; SERAFIM; JESUS; PIERIN, 2010; SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010). Além disso, estes fatores quando associados à HAS já instalada, contribuem para o descontrole dos níveis pressóricos e subsequente aumento do risco cardiovascular. O conhecimento e identificação destes fatores de risco são fundamentais para estabelecimento de medidas de prevenção e controle da hipertensão.

2.2.1 Fatores de risco não controláveis

- **Idade** - A HAS é uma doença comum em idosos, de forma que existe uma relação linear entre prevalência de HAS e o envelhecimento, tornando-se fator determinante na elevada morbidade e mortalidade dessa população (SILVEIRA et al., 2013). Nascente et al. (2010) apresentaram em seu estudo que houve correlação positiva entre a HAS e a faixa etária, identificando uma prevalência de 14,0% dos 30 aos 39 anos, subindo para 34,6% dos 40 aos 49 anos e chegando a 63,1% nos indivíduos de 60 anos ou mais. Já Oliveira et al. (2008a) apresentaram um limite maior de idade (75 anos) para associação positiva com a hipertensão.

O envelhecimento propicia alterações estruturais e funcionais no sistema cardiovascular, predispondo ao desenvolvimento da HAS. No processo de envelhecimento,

alterações fisiológicas e funcionais, podem tornar o idoso mais vulnerável a inúmeros agravos à saúde (OLIVEIRA et al., 2008a). Acredita-se que o aumento na pressão sanguínea sistólica com o envelhecimento é causado devido o processo de envelhecimento e rigidez vascular em combinação com alterações ateroscleróticas na parede dos vasos, que levam ao alargamento luminal com espessamento da parede e redução das propriedades elásticas das grandes artérias. Quando avaliado os subtipos de hipertensão, identifica-se elevação da prevalência da hipertensão sistólica isolada em idosos (CHOI et al., 2014; CHOBANIAN et al., 2003; OLIVEIRA et al., 2008a).

Com relação ao controle dos níveis pressóricos, os indivíduos mais jovens apresentaram discreta elevação na taxa de não controle dos níveis pressóricos (CORDERO et al., 2011). Já no estudo de Pierin et al. (2011) ocorreu associação entre o descontrole da pressão arterial e hipertensos mais velhos. Nogueira et al. (2010) apontaram prevalência maior de descontrole entre os hipertensos mais velhos. Considera-se que o aumento da idade pode estar relacionado à maior envolvimento com a condição de ser hipertenso, porém a crescente complexidade da doença associada à idade pode influenciar no menor controle dos níveis pressóricos, visto que, com o avançar da idade, os níveis pressóricos tendem a aumentar progressivamente (NOGUEIRA et al., 2010; PIERIN et al., 2011).

- **Hereditariedade** – A contribuição de fatores genéticos para o desenvolvimento da hipertensão, como polimorfismo genético, relação com histórico familiar é evidente, porém, os estudos, não possibilitam que as variáveis genéticas sejam utilizadas para prever o risco individual de desenvolver a HAS (GUIMARÃES; MAGALHÃES, 2004; OLIVEIRA et al., 2008b). Percebe-se que esta determinação de causalidade da hipertensão por fatores genéticos, não pode ser soberana, visto que a HAS não segue um modelo de transmissão genética, pois uma variedade de fatores não genéticos tem um papel influente na sua ocorrência como idade, sexo, ingestão de sal, dentre outros, confirmando o seu caráter multifatorial (LAGUARDIA, 2005).

Observa-se que alterações nos mecanismos de retenção renal de sódio, no sistema nervoso simpático, no sistema renina-angiotensina, na membrana celular, na hiperinsulinemia, podem influenciar no débito cardíaco e resistência vascular periférica, variáveis estas, que tem relação direta com a pressão arterial. Compreender os múltiplos alelos que determinam o fenótipo final, e a interação entre o gene e o ambiente, fortalece a complexidade para determinar a causa da hipertensão (LIMA; HATAGIMA; SILVA, 2007).

Estudo de associação de genoma com a pressão arterial e hipertensão identificou quatro, seis e um gene no genoma com associação para pressão arterial sistólica, pressão

arterial diastólica e hipertensão, respectivamente (LEVY et al., 2009). Estudos com esta característica contribuem na compreensão do papel dos componentes genéticos na doença hipertensiva, porém considera-se que uma abordagem baseada no DNA de sequência simples só pode explicar parcialmente o envolvimento de genoma humano na patogênese da hipertensão. Assim, a hipertensão deve ser considerada com uma visão mais ampla que envolve mecanismos epigenéticos que, apesar de sua hereditariedade, são potencialmente modificáveis por fatores ambientais (FRISO et al., 2014). O conhecimento das influências ambientais deve conduzir para novas estratégias preventivas e terapêuticas para a hipertensão.

- **Sexo** – Inquéritos brasileiros apresentaram prevalência maior de hipertensão no sexo masculino. Em Mato Grosso do Sul a prevalência foi de 51,8% para homens, enquanto nas mulheres foi de 33,1% (SOUZA et al., 2007). No Maranhão o sexo masculino foi associado positivamente com a hipertensão, com uma prevalência de 32,1% *versus* 24,2 % para as mulheres (BARBOSA et al., 2008) . Em Goiás o sexo feminino representou fator de proteção para o risco de HAS, sendo a prevalência de 35,8% para homens e de 30,9% para as mulheres (NASCENTE et al., 2010). Estudo em comunidades ribeirinhas também revelou maior prevalência entre os homens 29% *versus* 23% (OLIVEIRA et al., 2013). Ulbrich et al. (2012) mostraram que os homens apresentaram duas vezes mais chances de hipertensão do que as mulheres, e, para cada ano de vida, essa chance aumentou em 1,04.

Diferenças entre os sexos podem estar relacionadas na regulação da fisiologia renal e cardiovascular. Uma revisão sobre estes fatores, realizada na Austrália, apontou que estas diferenças apoiam um maior risco de doença renal e cardiovascular em homens e, por outro lado, conferem a proteção relativa destas condições nas mulheres, pelo menos até a menopausa (DENTON; HILLIARD; TARE, 2013).

Quando avaliado sexo e idade, em estudo nos Estados Unidos, percebeu-se que um percentual maior de homens tem hipertensão até os 45 anos quando comparado às mulheres, a prevalência torna-se semelhante de 45 a 64 anos e, acima de 64 anos, as mulheres apresentam maior prevalência (ALAN et al., 2014), fato que pode ser justificado devido às alterações decorrentes do climatério, como a redução do estrógeno, o que desencadeia aumento da pressão arterial e do risco cardiovascular nas mulheres idosas (MAAS; FRANKE, 2009).

Com relação ao descontrole da pressão arterial apresenta-se mais frequente em homens (BRINDEL et al., 2006; CORDERO et al., 2011; NOGUEIRA et al., 2010; NATIONS et al., 2011). Acredita-se que esses achados são justificados pelo fato das mulheres geralmente terem maior percepção da doença e autocuidado, buscarem mais os serviços de saúde do que os homens (CHOBANIAN et al., 2003) e apresentarem, apesar de discreta,

melhor adesão ao tratamento prescrito (DOSSE et al., 2009). Pierin et al. (2011) verificaram que 69,13% dos homens apresentaram níveis pressóricos não controlados, mostrando uma associação do descontrole com o sexo masculino, já as mulheres estavam mais controladas do que os hipertensos do sexo masculino (52,6 % versus 30,9 %).

- **Raça/cor** - A variável raça/cor da pele é reconhecidamente um fator associado à hipertensão arterial, sendo mais prevalente em negros. Estudo de Costa et al. (2007) confirmaram tal associação, mostrando maior prevalência em indivíduos não-brancos. Estudo realizado em Salvador também mostrou correlação entre hipertensão e cor da pele parda e negra (LESSA et al., 2006). A prevalência de pré-hipertensão também tem sido associada à raça negra (GLASSER; JUDD; HOWARD, 2011), fato que alerta para a presença de hipertensos neste grupo populacional.

As pessoas negras também representaram o maior o grupo de hipertensos com complicações (PIERIN et al., 2010). Estudo desenvolvido em um serviço de referência para hipertensão arterial na cidade de Salvador, BA evidenciou que o Acidente Vascular Cerebral foi significativamente mais frequente em negros ou mulatos do que em brancos. Com relação a outras lesões de órgão-alvo não houve associação significativa, mas os dados mostraram maior prevalência de hipertrofia ventricular esquerda e insuficiência renal em negros e mulatos (NOBLAT; LOPES; LOPES, 2004).

A explicação para justificar a relação entre HAS e raça/cor pode estar relacionada a variações genéticas. A pele negra é marcada por uma ancestralidade vinculada à presença de genes para retenção de sal que proveria uma vantagem seletiva para a população africana frente a uma situação adversa (LAGUARDIA, 2005).

Pierin et al. (2010) destacaram que a associação entre etnia e hipertensão está intimamente relacionada às condições socioeconômicas pouco favoráveis a que essas pessoas estão sujeitas. O cuidado a saúde pode, por vezes, ser esquecido, frente a preocupações e desigualdades enfrentadas no cotidiano. O estresse psicossocial e o aumento nos níveis do hormônio corticotrófico levariam a alterações no apetite pelo sal e sua maior ingestão, com consequências fisiopatológicas para a regulação da pressão arterial (LAGUARDIA, 2005).

Os fatores de risco não controláveis apresentam a característica de ser imutável, mostrando-se como indicadores de maior probabilidade para a HAS e identificando grupos de risco para HAS, os quais devem ser alvos de ações promovidas pela enfermeira junto à equipe de saúde com o intuito de um controle mais rigoroso dos fatores de risco controláveis, bem como a identificação e tratamento precoce da patologia na população vulnerável.

2.2.2 Fatores de risco controláveis

- **Excesso de peso e obesidade** - A relação entre o aumento de peso e da pressão arterial é quase proporcional, sendo observado em adultos e adolescentes. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de $2,4 \text{ kg/m}^2$ no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010).

No estudo realizado por Esperandio et al. (2013) observou-se uma associação positiva entre hipertensão arterial e obesidade em ambos os sexos, evidenciando uma prevalência expressiva de hipertensão nas pessoas obesas, sendo que 100% dos homens obesos e 97,2% das mulheres obesas eram hipertensos. Estudo com 3.445 adultos identificou que pessoas com sobrepeso tem duas vezes mais chance de desenvolver hipertensão e essa chance quadruplica-se nos obesos (ULBRICH et al., 2012). Muraro et al. (2013) também verificaram que há relação entre excesso de peso e prevalência de HAS.

Os indicadores antropométricos de gordura corporal e abdominal mostram-se associados à hipertensão arterial (ARAÚJO; PAES, 2013). Nascente et al. (2010) verificaram associação positiva entre HAS, IMC e circunferência da cintura (CC). Além destes indicadores Munaretti et al. (2011) também identificaram associação entre a razão cintura quadril (RCQ) e HAS. Já estudo entre indígenas, realizado no Nordeste do Brasil, quando avaliado à pressão arterial sistólica e diastólica de forma isolada evidenciou-se que a PAS correlacionou-se positivamente com a RCQ em ambos os sexos e que a PAD apresentou correlação com todas as variáveis antropométricas, exceto com estatura e área muscular do braço (TAVARES; COIMBRA JUNIOR; CARDOSO, 2013). Percebe-se que medidas simples, de baixo custo e fácil aplicabilidade, podem ser utilizadas por profissionais de saúde para identificação de risco para a presença ou desenvolvimento de hipertensão.

Com relação ao sexo, observa-se que a pressão arterial apresenta correlação com o IMC, principalmente no grupo feminino. Já no grupo masculino a RCQ apresenta grandes associações com a pressão arterial, mostrando uma associação entre o padrão de distribuição de gordura corporal masculina, andróide, e pressão arterial (BANKOFF; ZAGO, 2014).

A relação epidemiológica entre excesso de peso e obesidade com HAS pode estar relacionada ao papel da distribuição da adiposidade corporal. A associação entre gordura visceral e síndrome metabólica sugere que a adiposidade abdominal é um elemento central, influenciando a resistência insulínica e, conseqüentemente, a síndrome metabólica e o risco

cardiovascular. A resistência à insulina e a obesidade desempenham um papel central no desenvolvimento da hipertensão (YADAV et al., 2014).

A obesidade visceral e a resistência à insulina induzem disfunção do tecido adiposo e estão associadas com alterações da adipocitocina, com aumento excessivo de leptina, fator de necrose tumoral α e interleucina-6 ou redução na liberação de adiponectina, o que pode agravar a aterosclerose e doença vascular sistêmica. Além de estarem associadas à disfunção endotelial vascular, na qual ocorre redução da resposta vasodilatadora endotelial aos estímulos, atuando conseqüentemente como fator para o desenvolvimento de aterosclerose. A função endotelial também pode ser prejudicada pelo aumento das citocinas inflamatórias e estresse oxidativo que resultam do desenvolvimento da síndrome metabólica e afetam diretamente as células endoteliais (ICHIMURA et al., 2013).

A modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida pode provocar alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com aumento progressivo de sobrepeso e obesidade. Revisão sistemática realizada por Henry et al. (2012) apontou que a origem para o desenvolvimento da hipertensão relacionada a obesidade pode estar associada a fatores como as alterações no hipotálamo que pode resultar, inapropriadamente, em elevação do apetite e da atividade do sistema nervoso simpático para o rim e ao ambiente encontrado no início da vida que pode levar ao desenvolvimento da obesidade, hipertensão e doença cardiovascular. Em particular, a obesidade materna ou a ingestão excessiva de gordura na dieta na gravidez pode induzir mudanças nas trajetórias de crescimento fetal e predispor ao desenvolvimento da obesidade e sequelas relacionadas.

Considera-se que a perda de peso e a redução da circunferência abdominal estão relacionadas a reduções da pressão arterial e a melhora de alterações metabólicas associadas (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010). Intervenções voltadas à mudança no estilo de vida interferem favoravelmente na hipertensão. Recomendações para realização de atividade física e seguimento de padrão alimentar saudável proporcionam redução do peso e subsequente redução da PA. Neste contexto, o alcance de metas antropométricas de IMC $< 25 \text{ kg/m}^2$ e da circunferência da cintura $< 90 \text{ cm}$ para os homens, depende do estabelecimento de planos terapêuticos individualizados (IDF, 2006; HACKAM et al., 2010; KIM; KIM, 2013; SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010).

Com relação ao controle da pressão arterial estudo de Cordero et al. (2011) evidenciou que a obesidade está associada de forma independente com a falta de controle da pressão arterial. A falta de conhecimento sobre o tratamento para hipertensão em relação à redução do

peso corporal também foi associada ao descontrole dos níveis pressóricos (SERAFIM; JESUS; PIERIN, 2010).

- **Sedentarismo** - A pessoa sedentária é classificada de acordo com o seu grau de inatividade física a depender dos critérios estabelecidos pelo pesquisador (PALMA; VILAÇA, 2010). Sabe-se que o sedentarismo causa cerca de três milhões ou 8% de todas as mortes anuais por doenças crônicas não transmissíveis (GOULART, 2011). Guedes et al. (2010) mostraram uma prevalência de 60% de sedentarismo entre hipertensos.

Pessoas sedentárias apresentaram maior índice de massa corporal, maior circunferência da cintura e maior pressão arterial sistólica (LEÓN-LATRE et al., 2014). Quando o sedentarismo encontra-se associado a outros fatores de risco, aumenta o risco para desenvolvimento de HAS. Independentemente de idade e sexo, pessoas sedentárias simultaneamente com baixo consumo máximo de oxigênio e obesidade geral ou abdominal apresentaram maior probabilidade de ter hipertensão que as sedentárias com nenhum fator de risco (CARVALHO et al., 2013).

Segundo dados do Vigitel a frequência de adultos classificados na condição de inatividade física variou entre 11,4% em Florianópolis e 18,5% em Recife. Salvador apresentou uma taxa de inatividade física de 15%, sendo de 15,5% para o sexo masculino e de 14,6 para o sexo feminino (BRASIL, 2013b).

A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doença cardiovascular (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010). O exercício físico regular apresenta-se como intervenção fundamental para o sucesso na prevenção da hipertensão, bem como na redução de níveis pressóricos em pessoas hipertensas. É estabelecido que os exercícios aeróbicos promovem a redução da resistência vascular sistêmica, promovendo um efeito favorável sobre fatores de risco cardiovascular, sendo seus efeitos benéficos relacionados a melhora do desempenho muscular metabólico, a redução da disfunção endotelial, a melhora das alterações neuro-hormonais e a diminuição da resistência à insulina (KIM; KIM, 2013).

As recomendações orientam que para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 a 60 minutos de atividade física dinâmica, de intensidade moderada, de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la (HACKAM et al., 2010; SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010). Considera-se que a realização de atividade física deve ser estimulada para toda a população, com

acompanhamento de profissional capacitado para promover o desenvolvimento de um exercício físico eficaz e com segurança.

A falta de conhecimento sobre a importância dos exercícios físicos e a não realização destes relacionam-se positivamente com o não controle dos níveis pressóricos (PIERIN et al., 2011).

- **Ingesta excessiva de sal** - O consumo elevado de sal apresenta relação causal com o aumento dos níveis pressóricos e, conseqüentemente, aumenta também o risco de doenças cardiovasculares (HE; MACGREGOR, 2012; MENETON et al., 2005; STAMLER, 1997). O Intersalt, estudo epidemiológico padronizado, realizado em 52 centros de todo o mundo, envolvendo 10.079 participantes, homens e mulheres, com idade entre 20 a 59 anos evidenciou que a excreção urinária de sódio foi significativamente relacionada com o aumento da pressão arterial, associação esta não evidenciada apenas em quatro centros (STAMLER, 1997).

Acredita-se que o mecanismo pelo qual o sal eleva a pressão arterial está relacionado há um defeito subjacente na capacidade dos rins de excretar sódio, em pessoas que desenvolvem hipertensão. A retenção de sódio, especialmente quando ocorre aumento na ingestão de sal, leva à expansão do volume extracelular (HE; MACGREGOR, 2012). A intensidade de alteração dos níveis pressóricos em resposta a ingesta de sal é variável, de acordo com a sensibilidade da pessoa ao sal. A sensibilidade ao sal é, portanto, a medida da resposta da pressão arterial frente à variação do conteúdo de sal na dieta. Apesar das diferenças individuais de sensibilidade, reduções na quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a pressão arterial (AGONDI et al., 2012).

A VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão recomenda que a restrição dietética de sal é importante medida não farmacológica no manejo terapêutico da pessoa hipertensa, sendo recomendado para essas o consumo máximo diário de 5 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha, que corresponde a 2 g de sódio, desta forma na prática, recomenda--se o consumo de, no máximo, 3 colheres de café rasas (3 g), que somados aos 2 g de sal já existentes nos próprios alimentos contemplaria o total de 5 g (SIMÃO et al., 2013; SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010). Esta restrição proporciona uma redução dos níveis pressóricos e proporciona benefícios à saúde (HE; MACGREGOR, 2012). Porém, o consumo de sal apresenta-se elevado em hipertensos, sendo evidenciado um consumo três vezes mais elevado do que o recomendado para essa população (PERIN et al., 2013).

As autoridades públicas e os profissionais de saúde junto a comunidade em geral tem o desafio de desenvolver ações que promovam alterações no comportamento nutricional. A utilização de programas para o controle podem ter efeitos positivos na redução do consumo de sal (KHOSRAVI et al., 2012). As intervenções devem ter como meta reduzir a adição de sal durante o preparo das refeições e reduzir o consumo de alimentos com alto teor de sal. As estratégias devem ser capazes de expressar a intenção em ação (CORNÉLIO et al., 2012).

- **Ingesta excessiva de bebidas alcoólicas** - O consumo excessivo de bebidas alcoólicas está associado linearmente com o aumento da pressão arterial, bem como o risco de doença cardiovascular (LUO et al., 2013; YANG et al., 2010; WAKABAYASHI; ARAKI, 2010). Quando analisado a idade observa-se que o efeito do elevado consumo de álcool sobre a pressão arterial é mais proeminente nos idosos do que nos jovens (WAKABAYASHI; ARAKI, 2010). Com relação à quantidade ingerida, ocorre uma elevação da pressão arterial média entre os indivíduos que consomem bebida alcoólica de forma moderada a intensa (WAKABAYASHI; ARAKI, 2010).

Sesso et al. (2008) constataram que o consumo leve a moderado de álcool diminui o risco de hipertensão em mulheres e aumenta do risco em homens. O limiar acima do qual o álcool tornou-se deletérico para o risco de hipertensão surgiu em ≥ 4 doses por dia em mulheres contra um nível moderado de ≥ 1 bebida por dia nos homens. Fica evidente a divergência em alguns estudos sobre qual quantidade de álcool deletérica à saúde. Tendo em vista a controvérsia em relação à segurança e ao benefício cardiovascular de baixas doses, assim como a ação nefasta do álcool na sociedade, é recomendado, para quem têm hábito de consumo de bebidas alcoólicas não ultrapassar a 30 g de etanol ao dia, para homens, e 15 g para as mulheres (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010). As quantidades máximas diárias sugeridas dos tipos de bebidas alcoólicas mais comuns são de 2 latas (350 x 2 = 700 ml) ou 1 garrafa (650 ml) de cerveja; de 2 taças de 150 ml ou 1 taça de 300 ml de vinho e de 2 doses de 50 ml de uísque, vodca ou bebida destilada (SIMÃO et al., 2013).

Acredita-se que o mecanismo subjacente para a hipertensão induzida pelo álcool está relacionado aos efeitos sobre o sistema renina-angiotensina-aldosterona, descarga adrenérgica do sistema nervoso, variabilidade da frequência cardíaca, secreção de cortisol e hipersensibilidade a insulina (LUO et al., 2013).

- **Tabagismo** – Apresenta-se como um fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo que sua relação com a hipertensão ainda não é muito clara (BOWMAN et al., 2007). Alguns estudos demonstraram associação positiva entre o fumo e HAS e trazem justificativas

para esta relação. Nascente et al. (2010) encontraram associação entre o tabagismo e HAS, com prevalência maior de hipertensos entre os ex-tabagistas (48,8%) e tabagistas (32,9%) do que entre os não tabagistas (26,1%). Já estudo com 910 homens Vietnamitas, entre 25 a 64, anos revelou associação entre hipertensão e hábito de fumar de uma maneira dose-resposta, quando caracterizado o número de anos de tabagismo e consumo de cigarros na vida, mas não foi associada ao *status* de ser tabagista atual (THUY et al., 2010). Neste sentido ressalta-se a relevância desta avaliação dose resposta, visto que a maioria dos estudos avaliam o hábito de fumar pregresso, atual ou nunca.

Coorte prospectiva, realizada com profissionais de saúde do sexo feminino, nos Estados Unidos das Américas mostrou que o tabagismo encontra-se associado, de maneira modesta, com um risco mais elevado de desenvolver hipertensão, com um efeito que foi mais expressivo entre as mulheres que fumavam pelo menos 15 cigarros por dia (BOWMAN et al., 2007).

O fumo provoca inflamação crônica no organismo (THUY et al., 2010) e aumento significativo da rigidez arterial (KUBOZONO et al., 2011), condições estas relacionadas com a hipertensão. Estudo desenvolvido com homens chineses aponta que genótipo CYP2A6 pode moderar a relação positiva entre o fumo e a HAS (LIU et al., 2013). Relatos abordam que a nicotina estimula a liberação da norepinefrina das terminações nervosas adrenérgicas e, em associação com outros componentes do cigarro, lesiona o endotélio dos vasos sanguíneos, o que leva ao aumento da resistência vascular periférica e contribui para o aumento dos níveis de pressão arterial (VITOR et al., 2011).

Com relação ao controle dos níveis pressóricos, o tabagismo ativo encontra-se associado com à falta de controle da pressão arterial em pessoas com e sem doença cardiovascular (CORDERO et al., 2011).

- **Estresse psicológico** – A exposição a estresse psicológico pode predizer o desenvolvimento da hipertensão no futuro e o aumento da pressão arterial (CARROLL et al., 2003). O estudo Coronary Artery Risk Desenvolvimento em Jovens Adultos (CARDIA) revelou que fatores psicossociais como tempo de urgência e impaciência e a hostilidade estão associados com o risco de desenvolver hipertensão (YAN et al., 2003). Gasperin et al. (2009) identificaram que pessoas com maior reação a tarefas estressoras possuíam 21% mais chances de desenvolver aumento de pressão arterial quando comparadas com aquelas com reação menor.

Fatores psicossociais e o estresse emocional participam do desencadeamento e manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e

mudança de hábitos (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010). Observa-se que modificações comportamentais podem reduzir a pressão arterial (LINDEN; MOSELEY, 2006). Nesta perspectiva, ao avaliar a tristeza Pierin et al. (2011) apontaram que o fator psicológico, avaliado através de faces de mais tristeza foi relacionado ao não controle dos níveis pressóricos.

Considerando que a correlação entre o estresse e a hipertensão aconteça via tônus simpático elevado e desregulação vagal, os tratamentos psicológicos são projetados para reduzir a pressão arterial, através do relaxamento que promove consequentemente a redução da excitação fisiológica e balanço autonômico (LINDEN; MOSELEY, 2006).

- **Fatores socioeconômicos** – As condições socioeconômicas podem apresentar-se como fator influenciador para o desencadeamento da HAS. Porém considera-se que esta influência e o possível estabelecimento de correlação entre condições socioeconômicas e HAS são complexas e difíceis de serem estabelecidas (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010). A baixa escolaridade e ser aposentado foram relatados em estudos como fatores que aumentam a chance de desenvolvimento da HAS (MION JR et al., 2010; SILVA et al., 2012a). Outro fator que pode estar correlacionado com a HAS é a baixa renda (COSTA et al., 2007).

As condições apresentadas podem ser consideradas como dificultadores para adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, detecção precoce da doença e seguimento terapêutico (SILVA et al., 2012a).

Considera-se que o contexto social exerce importante influência na definição dos modos de viver. Maior renda pode favorecer a adoção de hábitos de vida saudáveis como a prática de atividade física e a aquisição de medicamentos e alimentos. É provável que maior escolaridade também possibilite melhor compreensão das mensagens de promoção da saúde, com melhor resposta às campanhas educativas (ISHITANI et al., 2006). Observa-se que as consequências das doenças crônicas apresentam um impacto maior na população mais pobre, visto que esta população geralmente apresenta menor acesso a serviços de saúde e menor capacidade de lidar com as consequências financeiras das doenças crônicas (MACINKO; DOURADO; GUANAIS, 2011).

Estudo realizado no Canadá observou que a proporção de participantes com pressão arterial controlada foi consistentemente menor em áreas rurais do que áreas urbanas em todos os países e a baixa escolaridade foi associada com menores taxas de conhecimento, tratamento e controle em países de baixa renda (CHOW et al., 2013). Residir em zonas rurais pode ser relacionado ao menor acesso a informação, bem como aos serviços de saúde.

Neste contexto, acredita-se que abordagens eficazes contra o desenvolvimento e controle da hipertensão devem ser direcionadas a programas que objetivem perda de peso, dieta saudável, atividade física e consumo moderado de álcool.

2.3 O CUIDAR VOLTADO À SAÚDE DO HOMEM: PREVENÇÃO E CONTROLE DA HAS

Os homens de modo geral, não se mostram presentes nos serviços de saúde (BRASIL, 2009a), preponderando à frequência de mulheres, idosos e crianças. Esse dado é facilmente relacionado ao foco da atenção básica a saúde que, historicamente voltada ao segmento materno-infantil, passou a incorporar de modo mais expressivo, a partir da década de 1980, o segmento dos idosos (COUTO et al., 2010). Neste contexto de redução ou baixa adesão aos serviços oferecidos pela atenção básica, os homens são mais vulneráveis a doenças que as mulheres e morrem mais precocemente (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Entende-se que o comportamento de baixa procura aos serviços de saúde por parte dos homens pode estar associado a questão de gênero e a construção hegemônica, por vezes, das masculinidades. A categoria gênero envolve atributos e funções construídos socialmente e que vão além do substrato biológico existente entre os sexos, sendo que o processo de socialização envolve um processo cultural complexo que determina os valores e a forma de agir no mundo de cada indivíduo, sendo que a dimensão deste agir, geralmente, é embasada pelas representações e práticas dos homens no campo da sexualidade, reprodução e paternidade, muitas vezes, oriundas de uma cultura machista e patriarcal (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; KEIJZER, 2003; VIEIRA et al., 2011).

No contexto da saúde, os homens muitas vezes negam a existência de alguma demanda que possa ser externalizada pela dor ou sofrimento, para reforçar a ideia de força do masculino. A masculinidade é caracterizada por concepções dominantes de ser homem, destacando-se a força e a virilidade, imagens construídas socialmente para o gênero masculino (GOMES; NASCIMENTO, 2006; MACHIN, 2011).

Considera-se que a identidade masculina pode estar associada à desvalorização do autocuidado e a preocupação incipiente com a saúde, o que se traduz como reflexo dos modelos de masculinidades, ou seja, da maneira como se dá a socialização masculina. Os homens estão imbuídos de valores da cultura masculina, que envolvem tendências à exposição a riscos, a associação da masculinidade à invulnerabilidade e, também, a própria educação familiar, a qual orienta o homem para um papel social de provedor e protetor (CARRARA;

RUSSO; FARO, 2009; FIGUEIREDO, 2005; GOMES; NASCIMENTO, 2006; SILVA et al., 2012b).

Assim, à medida que há aproximação de características de sensibilidade, dependência e cuidado, os homens acreditam que estão predispostos a situações de risco (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). As características envolvidas na construção social do homem os tornam mais vulneráveis à ter comprometimento com a saúde.

Estudos identificam que a identidade de gênero masculina pautada na noção de invulnerabilidade e que a consideração da situação de risco como um valor, dificultam a verbalização do homem de suas necessidades de saúde e atuam como barreira para a presença masculina nos serviços de saúde (GOMES; NASCIMENTO, 2006; KEIJZER, 2003).

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural (WELZER-LANG, 2001), considerar nas ações direcionadas à saúde dos homens o referencial de masculinidade numa perspectiva de gênero contribui para maior visibilidade dos processos de saúde e adoecimento da população masculina (COURTENAY, 2000). Nesta perspectiva e com a preocupação de alcançar, com ações de saúde, os homens jovens e adultos, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é instituída através da Portaria nº 1.994, de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009a), a qual segundo seu documento base possui como principal objetivo:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009a, p. 31).

A PNAISH propõe qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção à saúde. Nesta perspectiva, as diretrizes que regem a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades, devem ser pautadas na integralidade, coerência e viabilidade das ações e norteadas pela humanização e a qualidade do cuidado (BRASIL, 2009a). No entanto, Martins e Malamut (2013) ao analisarem o arcabouço teórico que sustenta a PNAISH observaram nos documentos um discurso de culpabilização dos homens pelo próprio adoecimento, bem como pela não adesão aos serviços e ações de saúde, abrindo pouco espaço para reflexão sobre como a organização e a estruturação dos serviços de saúde contribuem para esta realidade.

Apesar da PNAISH apresentar um discurso fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde, ter propostas para redução da morbimortalidade da população masculina e contemplar referências de gênero, geração e raça/etnia na proposta de cuidado ao homem, tal

intenção ainda não alcança as equipes dos serviços em suas produções locais (COUTO et al., 2010). Neste contexto, avalia-se que as ações em saúde estão predominantemente dirigidas para a disfunção erétil, identificando o homem como um consumidor do sistema de saúde, distanciando-se dos diversos problemas que acometem a população masculina. Esse fato é reforçado pela centralidade de uma rede de exames e de atendimentos especializados, vinculada ao aparelho genital masculino (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012).

Embora o Brasil apresente-se como o primeiro país da América Latina e o segundo do continente americano a implementar uma política nacional de atenção integral à saúde do homem, observa-se que o desenvolvimento de programas ou atividades voltadas a esse grupo são insignificantes, visto que as demandas de homens adultos jovens são atendidas em meio aos diversos programas voltados para outros segmentos da clientela, tais como idosos, hipertensos e/ou diabéticos (COUTO, 2010).

A PNAISH para ser operacionalizada foi traduzida no Plano de Ação Nacional (2009-2011), o qual deverá servir de subsídio para que os gestores desenvolvam estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem, inserindo-as em seus respectivos Planos de Saúde Estadual e Municipal, respeitando as especificidades e as diversidades locais e regionais (BRASIL, 2009b). Estudo que avaliou a formulação e implementação da PNAISH nos serviços de saúde observou distanciamento entre a PNAISH e os Planos de Ação Municipais e ressaltou o desconhecimento dos agentes implementadores sobre a PNAISH, a rede local de atenção à saúde do homem, as técnicas para atender às especificidades de saúde dos homens e do conceito de gênero (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012).

Ainda com este estudo ficou evidente que são poucas as atividades específicas voltadas à população masculina, principalmente direcionadas à prevenção de doença e promoção da saúde, estando mais relacionadas às ações clínico-assistenciais. Percebeu-se também que as ações tem caráter pontual, como a realização da "Feira do Homem" ou da "Semana do Homem", ou ainda atividades comemorativas em função de datas como o "Dia dos Pais" (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012).

Observam-se políticas de saúde que surgem a partir de uma decisão política e não de uma demanda reconhecida e compartilhada com os homens, abrindo pouco espaço para a sua participação nos processos decisórios e deliberativos, reforçando o desenvolvimento de um indivíduo sem participação social (MARTINS; MALAMUT, 2013).

Entende-se que a integralidade da atenção à saúde deve ser ponderada no processo de cuidar em saúde. A consolidação das propostas políticas depende da condução das práticas de

cuidar na perspectiva da integralidade, de forma a seguir os seus pressupostos. Para Mattos (2004) a integralidade é caracterizada pela apreensão ampliada e prudente das necessidades de ações e serviços de saúde, num contexto específico, no qual acontece o encontro entre sujeito e a equipe de saúde. Pressupõe uma abertura para o desenvolvimento de múltiplas possibilidades do cuidado, de forma a ser utilizada como princípio orientador das práticas, seja para organização do trabalho ou de políticas de saúde. Implica, em sua essência, na recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, o que a conduz numa abertura para o diálogo.

A integralidade no cuidado a saúde na atenção as pessoas é entendida por Pinheiro, Ferla; Silva Junior (2007) como um princípio que tem um espaço privilegiado para a concretização da saúde como direito e como serviço, nos campos de prática. Envolvida em uma ação social que deverá ser construída cotidianamente, por permanentes interações democráticas entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado e pautadas por valores emancipatórios fundados na garantia da autonomia, no exercício da solidariedade e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter.

A atenção integral em saúde se traduz em uma prática de cuidar intersubjetiva, com possibilidade de articular ações preventivas e assistenciais, na qual o profissional de saúde se relaciona com o indivíduo, considerando os fatores sociais, econômicos, psicológicos, biológicos envolvidos nas demandas apresentadas de forma espontânea ou não pelo sujeito, bem como o considerar participante do processo de cuidar e da construção do projeto terapêutico, enfatizando a autonomia, direitos e desejos do sujeito (MATTOS, 2004; MUSSI; FREITAS; GIBAUT, 2014).

Desse modo, para alcançar os princípios propostos pela integralidade da atenção à saúde, entende-se que o cuidado pode ser compreendido como uma atenção imediatamente interessada no sentido existencial do adoecimento e, por conseguinte, das práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, na qual a ação terapêutica deve vislumbrar a interação entre, dois ou mais sujeitos, com estabelecimento de objetivos terapêuticos co-responsabilizados (AYRES, 2004). Tal concepção precisa se traduzir nas práticas de cuidar em saúde.

Desta forma, implementar a PNAISH e ter adesão dos homens aos serviços ofertados requer considerar durante a elaboração de planos de ação, a heterogeneidade das possibilidades de ser homem, visto que as masculinidades são construídas historicamente e agregadas a valores socioculturais, considerando a significação da masculinidade um processo

em permanente construção e transformação (GOMES; NASCIMENTO, 2006; VIEIRA et al., 2011).

É necessária uma maior sensibilização da população diante da nova política, favorecendo a participação e o engajamento dos homens no desenvolvimento dos serviços de saúde. Considera-se a relevância da promoção de ações de saúde direcionada para uma população específica, sendo que suas atitudes no cotidiano sofrem influências do contexto político, social e econômico. Para alcançar a prevenção e o controle das doenças o indivíduo deve assumir uma maior responsabilidade por si e por sua saúde.

Entende-se que para estabelecer qualquer tipo de ações e estratégias de prevenção e controle de um fator de risco é imprescindível considerar a perspectiva das pessoas sobre o processo de adoecer e cuidar de si, de forma que se conheçam os significados que motivam as ações individuais e coletivas, e se considere a maneira como se apropriam do conhecimento que circula na sociedade sobre saúde e doença e as dificuldades enfrentadas para seguir as recomendações terapêuticas (MUSSI, 2004). Nesse sentido, fatores relacionados aos homens como condições socioeconômicas, perspectivas culturais, aspectos cognitivos, crenças, valores e conhecimentos prévios sobre as ações básicas para prevenção e controle da HAS precisam ser considerados como condições de risco nas estratégias de saúde, pois podem estar diretamente implicadas no reconhecimento da condição de saúde e no desenvolvimento de ações para alcançar a qualidade de vida desejada.

Ao pensarmos a prevenção e o controle da HAS por meio da alimentação saudável, prática de atividade física, redução do tabagismo e do consumo de bebida alcoólica, recai-se sobre um problema que requer participação do estado na implementação de subsídios para a execução destas premissas. É necessário a adoção de medidas governamentais associadas a medidas institucionais e dos órgãos responsáveis pela prevenção em saúde, com estabelecimento de metas que visem modificar comportamentos de risco a saúde

Aliado a isso as práticas de saúde precisam extrapolar o modelo biologicista que se caracteriza pela fragmentação do corpo, pelo reducionismo do processo de adoecer na medida em que considera o corpo como uma máquina e a doença uma avaria da mesma e privilegia a unidimensionalidade da intervenção em saúde (PIRES; MUSSI; REIS, 2012).

Como abordado por Martins e Malamut (2013) é preciso que as ações governamentais, dos gestores, profissionais de saúde direcionadas à saúde do homem, incorporem os pressupostos da promoção à saúde e rompam com o paradigma biologicista, centrado na figura do médico e das instituições de saúde. Assim, torna-se fundamental a criação de ações de promoção da saúde que valorizem a participação ativa dos homens e da comunidade nos

processos de cuidado em saúde, alcançando espaços não instituídos ou formalizados, mas que vêm sendo reconhecidos como espaços coletivos, de forma a constituir uma rede de apoio para o desenvolvimento de atividades consideradas necessárias para a manutenção de boas condições de saúde e não apenas de um atendimento médico.

Considera-se, desta forma, a importância da construção de um projeto político e ético capaz de superar a clínica convencional, qualificando o cuidado em saúde com projetos que busquem compreender os diferentes modos de ser e de viver e assegurem a consideração do homem como sujeito ativo do processo, que opine e decida, junto com a equipe, a melhor terapêutica para a sua condição de saúde (PIRES; MUSSI, REIS, 2012). Essa perspectiva requer profissionais de saúde qualificados, com vontade e dedicação para superar os desafios da ruptura com o modelo biologicista em prol de um cuidado integral à saúde.

Salienta-se que o tratamento da HAS e o controle dos níveis pressóricos demandam medidas terapêuticas restritivas incluindo a medicalização da alimentação, da atividade física e de outros hábitos de vida, e portanto, adaptação e aceitação a nova condição (IDE, 2004). Para ocorrer mudanças de hábitos efetivas é preciso que a tomada de decisão seja compartilhada entre os profissionais de saúde e desses com o sujeito e sua família.

Com base no exposto, o cuidado em saúde aos homens hipertensos demanda esforços integrados das autoridades públicas, dos profissionais de saúde e da comunidade em geral com a finalidade de assegurar a melhor condição de saúde e qualidade de vida face ao agravo instalado.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte transversal, inserido no projeto matriz intitulado “Efetividade de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos”, financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia. O estudo transversal possibilita obter informações do indivíduo e estabelecer relação de associação entre as características investigadas (KLEIN; BLOCH, 2009).

3.2 LÓCUS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência para Doenças Cardiovasculares (CRDC), localizado no município de Salvador-BA, o qual até março de 2014 constituiu-se no núcleo de referência para o Programa de Saúde do Homem do Ministério da Saúde (2008).

A escolha dessa instituição referiu-se ao fato de ser considerada centro de referência para o Programa de Saúde do Homem, em Salvador/BA, a qual atende uma demanda significativa de usuários oriundos do Sistema Único de Saúde, com HAS. Cerca de 4000 homens estavam matriculados neste núcleo, estimando-se, mediante busca ativa em prontuário, uma prevalência de 30% de diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

O referido centro atualmente possui dois pavimentos e oitocentos metros de área construída. O objetivo da implementação do núcleo de referência em saúde do homem, em Salvador/BA foi prestar serviços especializados em urologia, cardiologia, clínica geral, psicologia, além de realizar exames laboratoriais e clínicos. Os homens eram encaminhados para o CRDC por meio de uma carta de referência, passavam por uma triagem inicial com o enfermeiro responsável, momento em que eram feitos questionamentos sobre os fatores de risco cardiovascular, função erétil e sintomas prostáticos. Após essa primeira avaliação eram cadastrados no Programa, e encaminhados para atendimento clínico e exames laboratoriais e, em seguida, redistribuídos para atendimentos especializados de acordo com a necessidade de cada um (urologista, cardiologista, endocrinologista e psicólogo).

Os retornos desses homens eram agendados e correspondiam a consultas sequenciadas realizadas pelos enfermeiros vinculados ao programa e pelo médico da especialidade.

Nas consultas subsequentes à triagem, os enfermeiros davam ênfase às orientações sobre medicações em uso e sobre a realização de exames específicos. Agendavam o retorno

destes homens e verificam a pressão arterial e a glicemia capilar. Além disso, neste momento era informado aos homens sobre o cronograma das atividades de educação em saúde direcionadas a esse grupo, as quais eram realizadas pelos médicos das especialidades da urologia, cardiologia e endocrinologia, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas, sempre no final da tarde visando garantir maior adesão. .

O atendimento aos homens ocorria nos turnos matutino e vespertino e sempre que possível era oferecido um terceiro turno, das 17:00h às 19:00h, para favorecer o acesso e a continuidade do tratamento. Seguindo a orientação da Secretaria de Saúde do Município de Salvador/BA foi realizado um curso de capacitação para os profissionais de saúde visando à consideração das peculiaridades da população masculina inserida no Programa.

O lócus de estudo atendia mais de três mil pessoas por mês e contava com aproximadamente 86 funcionários, sendo 17 cardiologistas, 3 endocrinologistas, 1 nefrologista, 1 oftalmologista, 1 angiologista, 1 obstetra, 2 cardiopediatras, 1 enfermeira coordenadora, 6 enfermeiros assistenciais, 18 técnicos de enfermagem, 3 odontólogos, 3 fisioterapeutas, 2 nutricionistas, 2 psicólogos e 2 assistentes sociais. Oferecia serviços de apoio e diagnóstico como eletrocardiograma, ecocardiograma, teste ergométrico, monitorização ambulatorial da pressão arterial, holter, doppler e exames laboratoriais. Possuía convênios com instituições de saúde para realizações de exames e procedimentos de média e alta complexidade.

Este estudo foi iniciado no CRDC em outubro de 2013 após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA, CEP do Hospital Santa Izabel (instituição que administra o CRDC) e também equipe da Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde. Neste período inicial de coleta estava sendo iniciada uma reforma na estrutura do CRDC, a qual não limitaria a operacionalização do estudo segundo a gestora. No entanto, esta reforma ganhou proporções maiores e não esperadas em dezembro de 2013, determinando redução importante dos atendimentos dos homens e do espaço físico concedido para a coleta de dados. Somado a isso, apesar da relevância da existência deste núcleo de referência para o Programa de Saúde do Homem, em Salvador-BA, centralizando o atendimento e favorecendo a integralidade da atenção à saúde, em março de 2014 a Secretaria Municipal de Saúde, deliberou pelo seu encerramento no CDRC, sendo as consultas suspensas e os homens orientados a se dirigirem para as unidades de atenção básica à saúde de seu distrito sanitário.

A reforma do lócus de estudo e a desarticulação do núcleo determinaram a dificuldade de recrutamento dos homens para participar do estudo.

3.3 AMOSTRA

Compuseram uma amostra não probabilística, num período de seis meses, 130 homens que atenderam os critérios de inclusão de estar sendo acompanhado no Núcleo de Referência para o Programa de Saúde do Homem instituído no CRDC, ter diagnóstico médico de HAS, ter idade igual ou superior a 20 anos, estar consciente e orientado no tempo e espaço, e ter celular para recebimento de torpedos de mensagens. Consistiram em critérios de exclusão os homens com limitação física que inviabilizasse a mensuração das medidas antropométricas. Todos os critérios corresponderam aos adotados para o projeto matriz. O tamanho amostral sofreu influência da demanda do serviço, da reforma estrutural no CRDC e da desarticulação do Núcleo de Referência em Saúde do Homem.

3.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS

O projeto matriz “Efetividade de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos”, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com nº de parecer 268.722 (ANEXO A) e obteve autorização da instituição gerenciadora do *locus* de estudo. A proposta desse estudo foi contemplada no projeto matriz não sendo necessária a submissão de adendo ao parecer original.

A pesquisa respeita os princípios éticos de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012b).

Aos participantes foi assegurado o sigilo da identidade pessoal e a privacidade, sendo as entrevistas realizadas em ambiente privativo. Foram orientados previamente sobre os objetivos da pesquisa, bem como, sobre os riscos e benefícios a que estavam expostos durante a participação em todas as fases do estudo. Após todos os esclarecimentos sobre a pesquisa foi solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), preservando-se a autonomia do sujeito de decidir sobre sua participação e garantindo-se ao mesmo o direito de abandonar o estudo a qualquer momento. O princípio da beneficência foi assegurado com a realização de encaminhamento ao médico em caso de alterações dos níveis pressóricos que indicassem risco para o participante.

3.5 COLETA DE DADOS

3.5.1 Instrumentos

Para coleta de dados foram empregados quatro instrumentos descritos a seguir e apresentados no ANEXO C. Todos os instrumentos foram oriundos do projeto matriz.

Instrumento A

Esse instrumento foi composto por quatro partes:

Parte I - *Dados sociodemográficos*

Incluiu questões fechadas sobre idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, situação laboral, renda familiar mensal, número de dependentes, classe social e procedência. Para classificação da condição socioeconômica, utilizou-se o critério de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS E PESQUISAS, 2010). Com base nesse critério, a escolaridade do chefe da família varia de 0 a 8 pontos; os demais pontos são fornecidos pela quantidade de bens de consumo duráveis que a família possui (automóveis, televisão em cores, rádio, geladeira, freezer, máquina de lavar roupa etc.), pela quantidade de cômodos da casa, com ênfase no número de banheiros e pela quantidade de empregadas domésticas mensalistas que trabalham na casa. A soma desses indicadores, de acordo com os pontos obtidos, permitiu distribuir os homens do estudo em classes: A classe A1 (a mais favorecida - de 42 a 46 pontos), a classe A2 (35 a 41 pontos), a classe B1 (29 a 34 pontos), a classe B2 (23 a 28 pontos), a classe C1 (18 a 22 pontos), a classe C2 (14 a 17 pontos), a classe D (8 a 13 pontos) e a classe E (a menos favorecida - de 0 a 7 pontos). O salário mínimo vigente na ocasião do estudo foi de R\$ 678,00 (seiscentos e setenta e oito reais).

Parte II - *Antecedentes pessoais e familiares de fatores de risco para HAS e comorbidades*

Incluiu questões fechadas referentes ao tabagismo, consumo de bebida alcoólica. Com relação ao tabagismo, foram formuladas questões fechadas para saber se o indivíduo fumava, era ex-fumante ou nunca tinha fumado, o tempo de manutenção do hábito, o tipo de fumo e a quantidade diária.

Quanto à ingestão de bebidas alcoólicas apresenta questões fechadas para levantar se o indivíduo ingere bebida alcoólica ou foi etilista, o tipo, a quantidade e a frequência de consumo de bebida alcoólica, bem como, o tempo de uso da bebida.

Parte III - *Dados sobre o diagnóstico e tratamento da HAS e conhecimento sobre a doença*

Constituída por questões fechadas e semiestruturadas, sendo utilizada apenas a questão 69 referente ao uso correto das medicações prescritas.

Parte IV - Dados clínicos e antropométricos

Esta parte foi formada por itens para registro de dados obtidos na verificação da pressão arterial, na mensuração de peso, altura, circunferência da cintura e circunferência do quadril, no cálculo da razão cintura/quadril e índice de massa corpórea.

Instrumento B

Esse instrumento foi baseado no proposto pelo Ministério da Saúde para levantar dados sobre o perfil da alimentação do povo brasileiro, com o apoio do Programa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), (BRASIL, 2013a) e nas adaptações realizadas por Pires, Azevedo e Mussi (2014), nos itens de resposta das questões sobre o padrão de alimentação.

Foi composto por questões fechadas sobre o padrão de consumo alimentar incluindo o consumo de feijão, verdura ou legume, frutas ou suco de frutas, quantidade de frutas ou suco de frutas por dia, carne vermelha com ou sem gordura, frango com ou sem gordura, peixe com ou sem pele, refrigerante, leite, ovos, bolos, massas e doces. Incluiu ainda questões sobre o uso de sal adicional a comida e de produtos para substituí-los, e sobre a forma de preparo dos alimentos, o local habitual e o número de refeições diárias.

Para análise dos hábitos alimentares, também utilizou-se os indicadores do Vigitel, (BRASIL, 2013a) a fim de que fosse possível classificar alimentação saudável e não saudável.

Instrumento C

O instrumento C foi o Questionário Internacional de Atividade Física- IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*), versão reduzida já validada e recomendada pela Organização Mundial da Saúde para avaliação da atividade física em adultos (WHO, 2001).

O instrumento levanta informações quanto à frequência e à duração de caminhadas e de práticas de atividades físicas que exigem esforços físicos de intensidades moderada, vigorosa, além do tempo despendido em atividades realizadas em posição sentada, em dias úteis (entre segunda e sexta-feira) e no final de semana (sábado e domingo), tendo como período de referência a última semana. Para Pardini et al. (2001), as formas curtas e longa do IPAQ apresentam reprodutibilidade similar com coeficiente de validade semelhante a de outros

instrumentos internacionais, com a vantagem de sua forma curta ser prática, rápida e melhor aceita pelos participantes.

Para analisar os dados do nível de atividade física dos sujeitos, optou-se por utilizar a mesma classificação do estudo de Matsudo et al. (2001), no qual foi aplicada a versão curta do IPAQ. De acordo com essa classificação pode-se classificar o indivíduo em cinco categorias:

1. Muito Ativo: aquele que cumpriu as recomendações de:

a) Vigorosa: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão e/ou

b) Vigorosa: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + Moderada e/ou Caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão.

2. Ativo: aquele que cumpriu as recomendações de:

a) Vigorosa: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; e/ou

b) Moderada ou Caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; e/ou

c) Qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).

3. Irregularmente Ativo: aquele que realiza atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo, pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração de todos os tipos de atividade (caminhada+ moderada+ vigorosa). Este grupo foi dividido em dois subgrupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação

Irregularmente Ativo A: aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade:

a) Frequência: 5 dias /semana ou

b) Duração: 150 min / semana

Irregularmente Ativo B: aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.

4. Sedentário: aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

Para a seção tempo gasto sentado, considerou-se o tempo sentado durante a semana em minutos $\times 5$ + tempo gasto sentado durante o final de semana $\times 2$. Foram classificados como sedentários os indivíduos que ficavam sentados ≥ 240 minutos/dia (GÓMEZ-CABELLO et al., 2012).

Instrumento D

Correspondeu a Escala de Estresse Percebido (PSS), construída e validada por Cohen (LUFT et al., 2007). A escala mensura o estresse percebido, ou seja, mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações vivenciadas como estressantes.

A Escala de Estresse Percebido (PSS) possui 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= quase sempre; 4= sempre). As questões 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 13 são consideradas de conotação positiva, ou seja, demonstra ausência de estresse, sendo assim tem sua pontuação invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0. Enquanto que as questões 1, 2, 3, 11, 12 e 14 são consideradas de conotação negativa e por isso interferem no nível de estresse e devem ser somadas diretamente conforme os números da escala. Ao somarem os escores das 14 questões estes podem variar de 0 à 56 (LUFT et al., 2007).

A análise descritiva do nível de estresse foi realizada por meio de medidas de tendência central. Calculou-se, para cada homem, o escore de estresse mediante o somatório dos valores atribuídos a cada item da escala. Analisou-se em seguida o nível de estresse mediante a sua classificação em baixo e alto, a qual foi definida tomando-se como base o ponto de corte que correspondeu a 20 pontos.

3.5.2 Operacionalização da coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados foram testados com homens atendidos no lócus do estudo, os quais não compuseram a amostra. Após o pré-teste constatou-se a necessidade de adequação na linguagem em algumas questões, além de mudanças na ordem de sua apresentação, a fim de evitar a dispersão e o cansaço dos homens durante a entrevista.

Após a confirmação do diagnóstico médico de HAS e identificação dos demais critérios de inclusão os homens foram abordados na sala de espera antes ou após a consulta médica e recebidos em sala privativa.

A entrevista foi a técnica de coleta de dados utilizada, definida como um encontro de natureza profissional entre duas pessoas com a finalidade de se obter informações sobre determinado assunto (MARCONI; LAKATOS, 2010). As entrevistas foram realizadas por enfermeiras mestrandas e doutorandas do Programa de Pós-Graduação da UFBA e por bolsistas do Programa de Iniciação Científica, devidamente treinadas.

Para determinação das medidas antropométricas e da pressão arterial foram adotados os seguintes procedimentos:

- a) Determinação das medidas antropométricas

Os homens usaram roupa de tecido leve e descartável, confeccionada com o material Kami, e retiraram calçados e adereços, como presilhas, óculos, relógios, pulseiras, anéis e colares.

O peso (em quilogramas) foi determinado por meio de um balança digital, da marca *g.tech*, aferida pelo InMetro - Instituto de Metrologia, com variação de 0,1Kg, com capacidade máxima de 150 Kg e mínima de 2,5Kg.

A altura (em metros) foi mensurada usando-se estadiômetro portátil da marca *Altorexata* acoplado a uma base.

Para determinação do peso foi solicitado ao indivíduo que permanecesse de pé e de frente para o mostrador da balança, braços ao longo do corpo e olhar fixo no horizonte. Após aferição do peso, foi verificada a altura utilizando-se o estadiômetro (sendo o mesmo graduado a cada 0,5 cm). Para tal, os homens permaneceram com a cabeça e o dorso encostados na régua do estadiômetro, abaixo da haste horizontal, mantendo os braços esticados ao longo do corpo e os pés apoiados no chão. Em seguida, foi solicitado que olhassem para frente, inspirassem fundo e prendessem o ar. A medida foi feita em metros, ao final da inspiração (LOTHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1998).

A verificação dessas duas variáveis foi utilizada como pré-requisito para determinar o IMC, cuja fórmula é a razão entre o peso em quilogramas e o quadrado da altura em metros ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$).

Com o valor de IMC, os homens foram classificados segundo os critérios da World Health Organization (WHO, 2004) conforme apresentado no Quadro 3:

Quadro 3 – Classificação de acordo com o índice de massa corporal

IMC (kg/m²)	Grau de Risco	Tipo de obesidade
18 a 24,9	Peso saudável	Ausente
25 a 29,9	Moderado	Sobrepeso (Pré-Obesidade)
30 a 34,9	Alto	Obesidade Grau I
35 a 39,9	Muito Alto	Obesidade Grau II
40 ou mais	Extremo	Obesidade Grau III ("Mórbida")

Fonte: World Health Organization (WHO), 2004.

Para determinação da circunferência da cintura, solicitou-se ao indivíduo para ficar em pé, com os braços ao lado do corpo e os pés juntos, em posição ereta, de costas para um espelho horizontal e expondo a região abdominal. O local de medida da circunferência da cintura foi o ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca, utilizando-se uma trena de 1,50 m, flexível, não extensível e graduada de 0,5 em 0,5 cm. A medida foi procedida com o

participante respirando normalmente e com o abdome relaxado, fazendo a leitura na expiração normal. Os dados foram registrados sem arredondamentos. Ao término do procedimento, foram apagados os pontos marcados com uma bola de algodão embebida em álcool a 70% (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2001; ALBERTI; ZIMMET; SHAW, 2005).

Para avaliação e classificação desse parâmetro foi utilizado o critério da *International Diabetes Federation*, que propõe risco aumentado para homens valores de CC maior ou igual a 90 cm (IDF, 2006).

Para a medida da circunferência do quadril, o examinador permaneceu na posição sentada em frente ao participante, o qual estava de costas para um espelho e realizou a medida com a trena circundando a protusão máxima dos músculos do quadril e anotou os valores.

A relação cintura quadril foi determinada pela divisão da circunferência da cintura (cm) pela circunferência do quadril (cm) (LOTHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1998; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2001), conforme a fórmula a seguir: $RCQ = \text{Circunferência da cintura (cm)} / \text{Circunferência do quadril (cm)}$

Os parâmetros para classificação da razão cintura-quadril foram baseados em Heyward e Stolarczyk (1996) e estão apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 - Normas para a classificação da Razão Cintura-Quadril no sexo masculino

Razão Cintura/quadril – SEXO MASCULINO				
Idade	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto
Até 29	< 0,83	0,83 – 0,88	0,89 – 0,94	> 0,94
30-39	< 0,84	0,84 – 0,91	0,92 – 0,96	> 0,96
40-49	< 0,88	0,88 – 0,95	0,96 – 1,00	> 1,00
50-59	< 0,9	0,90 – 0,96	0,97 – 1,02	> 1,02
>59	< 0,91	0,91 – 0,98	0,99 – 1,03	> 1,03

Fonte: Heyward e Stolarczyk (1996)

b) Procedimento para verificação da pressão arterial

De acordo com as orientações estabelecidas nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010) foram realizadas três medidas da pressão arterial, com a primeira depois de cinco minutos de descanso e as demais com intervalo de um a dois minutos entre elas, sendo a média das duas últimas medidas consideradas a pressão arterial do indivíduo. A posição adotada para a medida da pressão arterial foi a sentada. As medidas foram obtidas nos membros superiores.

Para as medidas da pressão arterial, foi previamente realizada a medida do braço em comprimento e circunferência no intuito de selecionar adequadamente o tamanho do manguito. Para a medida do comprimento do braço o homem ficou de pé e posicionou o braço com o cotovelo dobrado a 90° e a palma da mão voltada para cima. Em seguida, foi realizada a medida do comprimento do braço a partir da face lateral do acrômio até o olecrano, utilizando a fita métrica com trava. Com o lápis demográfico foi marcado o ponto médio na face lateral do braço. Para a medida da circunferência do braço, foi solicitado ao indivíduo que relaxasse o braço ao longo do corpo e, em seguida, foi colocada a fita métrica ao redor do braço na marca do ponto médio (O'BRIEN et al., 2001). Por último, foi anotado a circunferência em centímetros e selecionado o manguito adequado de acordo com o Quadro 5.

Quadro 5 - Manguito utilizado para as medidas da pressão arterial

	Manguito largura (cm)	Circunferência do braço (cm)
(1) Adulto Pequeno	10	20 – 26
(2) Adulto	12	27- 34
(3) Adulto grande	16	35 – 45

Fonte: (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010).

Logo após, foi solicitado ao indivíduo para ficar sentado, com as pernas descruzadas e os pés apoiados no chão, com o braço esticado na altura do coração, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido, estando com a bexiga vazia, sem ter fumado, consumido café, álcool ou outro alimento nos 30 minutos precedentes às medidas. Foram também orientados a não falar durante a medida.

A medida da pressão arterial foi realizada em ambiente calmo, em sala privativa, com temperatura agradável, utilizando-se o aparelho da Omron HEM 705 CP, modelo eletrônico testado e aprovado pela British Hypertension Society cujas maiores vantagens são a facilidade de treinamento e de padronização, a eliminação de vieses de mensuração decorrentes da visão, audição e atenção e a não interferência da velocidade de inflação/deflação do manguito (LESSA et al., 2004). O manguito foi colocado cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital e a bolsa de borracha centralizada sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha correspondeu a 40% da circunferência do braço, e o comprimento envolveu pelo menos 80%, utilizando um manguito adequado.

O parâmetro de avaliação e classificação da pressão arterial para pessoas adultas acima de 18 anos, adotado no estudo, foi o recomendado pelas VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial conforme já apresentados no Quadro 1.

No que se refere ao controle da pressão arterial, neste estudo, foram considerados controlados os homens que, após três medidas consecutivas, apresentaram média, das duas últimas medidas de pressão sistólica menor que 140 mmHg e diastólica menor que 90mmHg. Os considerados não controlados apresentaram valores maiores ou iguais aos citados (CHOBANIAN et al.,2003; GIUSEPPE et al., 2013; SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010).

3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável dependente foi o nível da pressão arterial e a independente as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condição clínica. As variáveis foram categorizadas de forma dicotômica, nesse processo os casos prováveis foram considerados 1 (expostos) e os casos ausentes foram considerados 0 (não exposto).

Variável dependente:

- Nível da pressão arterial baseada na categoria pressão
 - Controlada (limítrofe, ótima e normal) – (0)
 - Não controlada (hipertensão estágio 1,2 e3) – (1)

Variáveis independentes:

- Variáveis sociodemográficas
 - Idade de 28 -| 59anos (0) e ≥ 60 anos (1)
 - Raça/cor branca (0) e negra (parda e preta) (1)
 - Situação conjugal com companheira (Casado/união consensual) (0) e sem companheira (Solteiro/separado/divorciado/viúvo) (1)
 - Escolaridade ensino médio incompleto/completo, superior incompleto/completo (0) e até ensino fundamental incompleto/completo (1)
 - Situação laboral com ocupação (empregado, autônomo, aposentado com atividade) (1) e sem ocupação (aposentado sem atividade, desempregado) (0)
 - Renda familiar mensal >2 SM (0) e até 2 SM (1)
- Uso da medicação
 - Consegue tomar (0) e não consegue tomar(1)
- Variáveis relacionadas ao controle dos fatores de risco para HAS

- Tabagismo - não/ex-tabagista/parou(0) e sim(1)
- Consumo de bebida alcoólica
 - Durante a semana - não excessivo (0) e excessivo (1)
 - Durante o final de semana - não excessivo (0) e excessivo(1)
- Sobrepeso/Obesidade
 - IMC – eutrófico (0) e excesso de peso (1)
 - Circunferência da cintura - < 90 cm (0) e \geq 90 cm (1)
 - Razão cintura quadril risco baixo (0) e risco moderado/alto (1)
- Nível de atividade física - baseado na classificação do IPAQ
 - Ativo/muito ativo (0) e não ativo (irregularmente ativo a sedentário) (1)
 - Tempo gasto sentado:< 240 min/normal (0) e (1) \geq 240/alto
- Padrão alimentar
 - Consumo sal - não adiciona sal a comida preparada (0) e adiciona sal a comida preparada (1)
 - Consumo de verduras < 5 dias na semana (1) e 5 ou mais dias na semana (0)
 - Consumo de saladas < 5 dias na semana (1) e 5 ou mais dias na semana (0)
 - Consumo de frutas < 5 dias na semana (1) e 5 ou mais dias na semana (0)
- Nível de estresse
 - Nível baixo (0) e nível alto (1)

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados constituíram um banco e foram processados no Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0. Os dados foram analisados em frequências absolutas e relativas (variáveis categóricas), e medidas de tendência central (variáveis quantitativas). Para verificar a associação entre o descontrole da pressão arterial e as variáveis de interesse empregou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, considerando que as variáveis foram classificadas de forma categórica. Procedeu-se ao cálculo das estimativas de razões de prevalência (RP) e de seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Adotou-se a significância estatística de 5% para todos os testes.

Para estimar a contribuição independente de cada variável para a probabilidade de pressão arterial descontrolada realizou-se a análise de regressão logística múltipla (ARLM). Este método é apropriado para variáveis resposta categóricas e usualmente dicotômicas e para encontrar o modelo mais adequado, parcimonioso e biologicamente razoável para descrever as relações entre uma variável dependente e um conjunto de variáveis independentes (HOSMER; LEMESHOW, 2000).

A seleção inicial das variáveis foi orientada pelos objetivos do estudo e a revisão de literatura. Em seguida entraram no modelo multivariado as variáveis que na análise bivariada apresentaram valor de $p \leq 0,20$: uso da medicação prescrita, nível de atividade física e circunferência da cintura. Considerou-se como potenciais variáveis de ajuste idade, escolaridade, renda e situação empregatícia. A modelagem foi realizada com o procedimento *backward*. Para escolha do modelo foi utilizado o critério de informação de Akaike (AIC) sendo escolhido aquele que apresentou menor valor (AKAIKE, 1974). Para avaliar o grau de acurácia e a qualidade do ajuste do modelo logístico foi utilizado o teste de Hosmer-Lemeshow e analisada a área da curva roc.

No teste de Hosmer e Lemeshow analisou-se se a hipótese nula poderia ser aceita ou rejeitada (H_0 =modelo está bem ajustado). O teste com $p > 0,05$ não rejeita a H_0 , ou seja, evidencia uma boa aderência do modelo aos dados. A curva roc avalia a capacidade discriminatória do modelo, evidenciando-se que uma área acima de 0,50 representa um razoável poder discriminatório.

Considerando a prevalência elevada de descontrolo da pressão arterial na amostra, distanciando-se dos parâmetros estimados para *Odds Ratio*, procedeu-se ao cálculo das estimativas de RP e de seus respectivos intervalos de confiança de 95%, utilizando-se o modelo de regressão de Poisson robusto.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram apresentados na forma de dois artigos que contemplaram os objetivos propostos e atenderam as normas dos periódicos escolhidos.

O primeiro manuscrito foi intitulado “Hábitos de vida de homens hipertensos: subsídios ao cuidado em enfermagem e saúde”, o qual relaciona-se ao primeiro objetivo específico da dissertação que consistiu em descrever os fatores para o descontrole da pressão arterial em homens hipertensos e foi submetido à publicação na revista Colombiana *Aquichan*, Qualis CAPES B1 para a área da enfermagem.

O segundo manuscrito foi denominado “Fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens hipertensos”. Responde diretamente ao objetivo geral da dissertação que consistiu em verificar os fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens hipertensos, e conseqüentemente, aos seus objetivos específicos. Esse manuscrito foi submetido para publicação à *Acta Paulista de Enfermagem*, cujo Qualis CAPES é A2 para a área de enfermagem.

4.1 ARTIGO 1

Hábitos de vida de homens hipertensos: subsídios ao cuidado em enfermagem e saúde

Hábitos de vida de hombres hipertensos: subsidios al cuidado en enfermería y salud

Lifestyles of hypertensive men: subsidies to nursing and health care

Pollyana Pereira Portela¹

Fernanda Carneiro Mussi²

¹Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PGENF) da Universidade Federal da Bahia. Professora substituta da Universidade Estadual de Feira de Santana. pollyana.pportela@gmail.com.

²Enfermeira. Doutora. Professora Associada III da EEUFB. Líder do Grupo de Pesquisa GISC – Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado a Saúde Cardiovascular. Coordenadora do projeto de pesquisa: “Efetividade de um projeto de educação em saúde no controle da pressão arterial de homens hipertensos”. femussi@uol.com.br.

Autora para correspondência: Pollyana Pereira Portela. Avenida Itamar de Carvalho nº 345, casa 49F, pedra do descanso. Cep: 44007208. Feira de Santana- BA-Brasil.

Artigo vinculado ao projeto de Pesquisa “Efetividade de um projeto de educação em saúde no controle da pressão arterial de homens hipertensos”, financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB.

RESUMO:

Objetivo: Descrever os hábitos de vida de homens hipertensos que consistem em fatores de risco para a hipertensão arterial. **Método:** Estudo transversal, realizado em centro de saúde municipal, referência em saúde do homem, em Salvador/BA, com amostra de 130 homens entrevistados, no período de seis meses. Os dados foram analisados em percentuais, médias e dp. **Resultados:** Predominaram adultos entre 28 a 59 anos, raça/cor negra, casados, classe socioeconômica C1-C2, ensino fundamental e ativos profissionalmente. A prevalência de hábitos de vida inadequados para hipertensão foram: tabagismo (7,7%); fumantes passivos (34,6%); consumo de bebida alcoólica (52,3%), sendo excessivo no final de semana (69,1%) e baixo padrão de atividade física (59,2%). Hábitos alimentares inadequados também foram evidentes com relação a frequência do consumo de verduras (61,5%), salada (69,2%), fruta (63,8%), frango (69,2%), peixe (93,8%), suco de fruta(73,8%), leite (68,5%) e uso de substitutos do sal (50%). **Conclusão:** Houve proporção elevada de homens fumantes passivos, com consumo excessivo de bebida alcoólica no final de semana, padrão alimentar inadequado

e sedentários, condições que colaboram para o descontrole da pressão arterial. Estimular mudança nos hábitos de vida mediante uma proposta terapêutica compartilhada entre usuários, equipe de enfermagem e de saúde poderá contribuir para mudança deste panorama.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão, saúde do homem, estilo de vida (Fonte: DeCS, BIREME).

RESUMEN:

Objetivo: Describir los hábitos de vida de hombres hipertensos que consisten en factores de riesgo para la hipertensión arterial. **Método:** Estudio transversal, realizado en centro de salud municipal, referencia en la salud del hombre, en Salvador/BA, con muestra de 130 hombres entrevistados, en el período de seis meses. Los datos fueron analizados en porcentuales, medianos y dp. **Resultados:** Predominaron adultos entre 28 y 59 años, raza/color negra, casados, clase socio-económica C1-C2, enseñanza fundamental y activos profesionalmente. La prevalencia de hábitos de vida inadecuados para hipertensión fueron: tabaquismo (7,7%); fumadores pasivos (34,6%); consumo de bebida alcohólica (52,3%), siendo excesivo en el final de semana (69,1%) y bajo padrón de actividad física (59,2%). Hábitos alimentares inadecuados también fueron evidentes con relación a frecuencia del consumo de verduras (61,5%), salada (69,2%), fruta (63,8%), pollo (69,2%), pescado (93,8%), jugo de fruta (73,8%), leche (68,5%) y uso de substitutos de la sal (50%). **Conclusión:** Hubo proporcione elevada de hombres fumadores pasivos, con consumo excesivo de bebida alcohólica en los finales de semana, padrón alimentar inadecuado y sedentarios, condiciones que colaboran para el descontrol de la presión arterial. Estimular cambios en los hábitos de vida por medio de una propuesta terapéutica compartida entre usuarios, equipo de enfermería y de salud podrá contribuir para cambios de este panorama.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión, salud del Hombre, estilo de vida (Fuente: DeCS, BIREME).

ABSTRACT:

Objective: To describe the life habits of hypertensive men consisting of risk factors for arterial hypertension. **Method:** A cross-sectional study performed in a municipal health center of reference in men's health, in Salvador/BA, with the sample of 130 men interviewed during a six month period. The data was analyzed in percentages, averages and standard deviations. **Results:** Predominance was for adults between the age of 28 and 59, race/color black, married, socio-economic class C1-C2, elementary school and professionally active. The prevalence for inadequate lifestyles for the hypertensive included: smoking (7.7%); passive smokers (34.6%); alcohol consumption (52.3%), excessive on weekends (69.1%) and low standards of physical activities (59.2%). Inappropriate eating habits were also evidenced in relation to the frequency in the consumption of vegetables (61.5%), salad (69.2%), fruit (63.8%), chicken (69.2%), fish (93.8%), fruit juice (73.8%), milk (68.5%) and the use of salt substitutes (50%). **Conclusion:** There was a high percentage of men, passive smokers, with excessive consumption of alcohol on weekends, inadequate eating standards and sedentary, which conditions collaborate for uncontrolled arterial blood pressure. Stimulating changes in lifestyles through shared therapeutics between users, the nursing team and the healthcare team could contribute towards changes in this panorama.

KEYWORDS: Hypertension, men's health, life style (Source: DeCS, BIREME).

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por cerca de dois terços de todas as causas de morte no Brasil, tendo destaque as doenças cardiovasculares (1). Entre elas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das mais prevalentes, acometendo entre 22,3% a 43,9% dos adultos e representando um dos principais fatores de risco cardiovascular (2).

Estudos epidemiológicos, diretrizes nacionais e internacionais têm demonstrado que existem vários fatores de risco modificáveis associados a HAS destacando-se hábitos como tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, padrão alimentar inadequado e inatividade física.

O tabagismo é fator de risco independente para doenças cardiovasculares (3) e o consumo abusivo de cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial cuja magnitude está associada à quantidade de etanol e a frequência de ingestão (4). A alimentação saudável é importante na prevenção da obesidade e de muitas doenças, atuando como fator de proteção para a hipertensão arterial (5), porém a presença deste hábito na população cresce em sentido contrário e corrobora com o incremento da doença. As tendências de transição nutricional trazem dietas ricas em gorduras, açúcares e alimentos refinados. A atividade física regular também está associada com menor pressão arterial, redução do risco cardiovascular e remodelação cardíaca (6).

A mudança nos hábitos de vida inadequados, aliada ou não ao tratamento medicamentoso tem destaque comprovado nas propostas terapêuticas que visam o controle da HAS, o qual ainda é baixo (2,7). Todavia, a adoção de um estilo de vida saudável está intimamente relacionada ao contexto social e cultural no qual o indivíduo está inserido. Desta maneira, o desenvolvimento da HAS e seu controle estão relacionados à maneira como a pessoa hipertensa entende e lida com a sua enfermidade, com o seu envolvimento em ações

individuais e coletivas que o motivem o enfrentamento de uma doença crônica tratável, porém incurável.

Quando se trata de gênero, os homens apresentam-se como população vulnerável, exibindo maior prevalência de HAS (8) e menor taxa de controle da doença comparados às mulheres (7). Além disso, tem dificuldade para adotar práticas de autocuidado e percepção de invulnerabilidade sobre si, pois a forma como se cuidam possui íntima relação com a socialização a que foram submetidos, a qual está baseada nos preceitos da hegemonia masculina, com estímulo a posição de provedor, a tomada de decisão e a assistir e não ser alvo de assistência (9-11). Arelado a estas características, utilizam pouco os serviços de atenção primária à saúde tendo como consequência, o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo com o tratamento para o sistema de saúde (12).

Diante dessa realidade, debates na comunidade científica e no âmbito governamental surgiram para promover melhor acesso dos homens aos serviços de saúde, o que resultou na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH). Essa surge com o intuito de promover, entre outros aspectos, ações de saúde que colaborem significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos contextos socioculturais e político-econômicos, visando estimular o autocuidado e o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (9).

A PNAISH ao realizar o diagnóstico situacional da população masculina identifica as necessidades deste grupo ao revelar sua exposição ao alcoolismo, tabagismo, a situações de violência e aos indicadores de morbimortalidade, dentre os principais as causas externas e as doenças cardiovasculares e seus fatores de risco (9). Em consonância com essa política é preciso conhecer os problemas prioritários de saúde dos homens para se propor medidas de prevenção e controle.

Neste sentido, é relevante conhecer como os hábitos de vida modificáveis, diretamente relacionados aos indicadores de morbidade e mortalidade, expressam-se em homens hipertensos, visando-se promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco (9), de forma a garantir a promoção da saúde e a prevenção dos problemas evitáveis.

No que tange aos hábitos de vida de homens hipertensos poucos são os estudos que o retrataram e conhecê-los é o primeiro passo para auxiliar os enfermeiros junto a outros profissionais de saúde a estabelecer as medidas de controle com enfoque de gênero e possibilitar a redução da vulnerabilidade masculina às doenças cardiovasculares.

Nesta perspectiva, este estudo teve como objetivo descrever os hábitos de vida de homens hipertensos que consistem em fatores de risco para a hipertensão arterial.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, realizado em um Centro de Referência para Doenças Cardiovasculares, localizado no município de Salvador-Ba, local onde foi instituído um Núcleo de Referência para o Programa de Saúde do Homem do Ministério da Saúde.

A amostra foi não probabilística e constituída por 130 homens atendidos na rotina do serviço, no período de outubro de 2013 e julho de 2014, e que atenderam aos critérios de inclusão como diagnóstico de HAS (CID – I10/I15), idade igual ou superior a 20 anos, conscientes e orientados no tempo e espaço.

Os dados foram coletados mediante entrevista, em sala privativa, antes ou após a consulta médica empregando-se três instrumentos. O instrumento A continha questões fechadas para levantar características sociodemográficas, dados sobre tabagismo e a ingestão de bebida alcoólica.

O instrumento B levantou informações sobre os hábitos alimentares. Sua construção foi baseada no utilizado pelo Vigitel - Programa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, do Ministério da Saúde (13) e nas adaptações realizadas por Pires, Azevedo e Mussi (14), nos itens de resposta das questões sobre o padrão de alimentação. Foi formado por questões fechadas sobre o consumo de feijão, verdura ou legume, frutas ou suco de frutas, quantidade de frutas ou sucos de frutas por dia, carne vermelha com ou sem gordura, frango com ou sem gordura, peixe com ou sem pele, refrigerante, leite, ovos, bolos, massas, doces, sal adicional na comida por dia e produtos para substituí-los.

O instrumento C foi o Questionário Internacional de Atividade Física- IPAQ (*International Physical Activity Questionary*), versão reduzida já validada e recomendada pela Organização Mundial da Saúde para avaliação da atividade física em adultos (15). A avaliação do nível de atividade física foi interpretada conforme a classificação de Matsudo et al. (16) para a versão curta do IPAQ: **Muito ativo:** aquele que cumpriu as recomendações de atividade vigorosa ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão e/ou VIGOROSA ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + MODERADA e/ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão. **Ativo:** aquele que cumpriu as recomendações de atividade vigorosa ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; e/ou atividade moderada ou caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; e/ou qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada +vigorosa). **Irregularmente ativo:** aquele que realiza atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo, pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração de todos os tipos de atividade (caminhada+moderada+vigorosa). Este grupo foi dividido em dois subgrupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação: Irregularmente ativo A (aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação

quanto à frequência ou quanto à duração da atividade: Frequência: 5 dias /semana ou Duração: 150 min / semana) e Irregularmente ativo B (aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração). **Sedentário:** aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana. De acordo com o escore obtido consideram-se grupos de risco os homens classificados como irregularmente ativos ou sedentários.

Para a seção tempo gasto sentado, considera-se o tempo sentado durante a semana em minutos $\times 5$ + tempo gasto sentado durante o final de semana $\times 2$. Foi classificado como sedentário o indivíduo que ficava sentado ≥ 240 minutos/dia (17).

Os dados constituíram um banco e foram processados no Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0. Foram analisados em frequências simples e relativas e médias e desvio padrão.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos disciplinados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com nº de parecer 268.722. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

Os 130 homens foram predominantemente caracterizados pela faixa etária de 28 a 59 anos (56,2%), raça/cor autodeclarada negra (89,2%), situação conjugal com companheira (74,6%), renda familiar mensal de até 2 salários mínimos (64,6%), classe socioeconômica C1-C2 (66,9%), procedência de Salvador e Região Metropolitana (95,4%), por terem cursado até o ensino fundamental completo/incompleto (50,8%), serem ativos profissionalmente (60,0%), os responsáveis pela família (94,6%) e possuírem de um a três pessoas como dependentes (72,3%), (Tabela 1). A média de idade foi de 58,32 (dp 9,99).

Tabela1 - Distribuição dos homens hipertensos segundo as características sociodemográficas. Salvador /BA, 2015

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n (%)
Idade	
28 - 59 anos	73 (56,2)
≥60 anos	57 (43,8)
Raça/Cor	
Branca	14 (10,8)
Negra (parda e preta)	116 (89,2)
Situação conjugal	
Com companheira (Casado/união consensual)	97 (74,6)
Sem companheira (Solteiro/separado/divorciado/viúvo)	33 (25,4)
Escolaridade	
Até ensino fundamental incompleto/completo	66 (50,8)
Ensino médio incompleto/completo	56 (43,0)
Superior incompleto/completo	8 (6,2)
Situação Laboral	
Com ocupação (empregado, autônomo, aposentado com atividade)	78 (60,0)
Sem ocupação (aposentado sem atividade, desempregado)	52 (40,0)
Renda Familiar Mensal (em SM)^(a)	
Até 2 SM	84 (64,6)
>2 SM	46 (35,4)
Responsável pela família	
O próprio entrevistado	123 (94,6)
Outros (pai, mãe ou esposa)	7 (5,4)
Número de dependentes	
1-3 pessoas	94 (72,3)
≥ 4 pessoas	36 (27,7)
Classe socioeconômica	
B1 e B2	8 (6,2)
C1 e C2	87 (66,9)
D	35 (26,9)
Procedência	
Salvador e Região Metropolitana	124 (95,4)
Outras regiões da Bahia	6 (4,6)

(a) Salário mínimo (SM) da época da pesquisa R\$ 678,00.

Quanto ao tabagismo a maioria dos homens nunca tinha fumado (57,7%), mas 7,7% eram fumantes, 34,6% ex-fumantes e 37,7% fumantes passivos. Predominou o consumo de cigarro (96,4%) e a quantidade de 1 a 10 cigarros por dia (56,4%). Referente ao uso de drogas ilícitas 97,7% negaram, mas 2,3% consumiam maconha (Tabela 2). A média de tempo de fumo para os tabagistas foi de 2,7 anos (dp 10) e a média de tempo em abstenção para os ex-tabagistas foi de 7,1 anos (dp 11,6).

Tabela 2 – Distribuição dos homens hipertensos segundo as características do consumo de tabaco e de drogas ilícitas. Salvador/BA, 2015

CARACTERÍSTICAS DO CONSUMO	n (%)
Fumante (n=130)	
Sim	10 (7,7)
Não	75 (57,7)
Parou	45 (34,6)
O que fuma/fumou (n= 55)	
Cigarro	53 (96,4)
Charuto	1 (1,8)
Cigarro e Charuto	1 (1,8)
Quantidade de cigarro por dia (n= 55)	
1 a 10	31 (56,4)
15 a 40	23 (41,8)
Maior que 100	1 (1,8)
Fumante passivo (n=130)	
Sim	49 (37,7)
Não	81 (62,3)
Uso de drogas ilícitas (n=130)	
Sim	3 (2,3)
Não	127 (97,7)

Consumiam bebida alcoólica 52,3% dos homens. Os demais nunca consumiram (18,5%) ou haviam parado (29,2%). O tempo médio de consumo de bebida alcoólica foi de 29,2 anos (dp 16,1) e o tempo médio de abstenção de 3,7 anos (dp 7,6).

A maioria dos consumidores de bebida alcoólica durante a semana faziam uso da cerveja (45,6%), cuja quantidade predominante foi a de 2 ou mais doses (32,4%). A segunda bebida mais consumida durante a semana foi a destilada (13,2%), na quantidade 1 martelinho para 8,8%. Por fim, ainda durante a semana havia consumo de vinho por 10,3% dos homens, cuja dose de maior uso foi 1 taça. Os tipos de bebida consumidos durante a semana foram os mesmos usados no final de semana. Todavia, houve aumento na proporção de homens que consumiam essas bebidas no final de semana (cerveja 45,6% vs 94,1%; destilada 13,2% vs 22,0% e vinho 10,3% vs 17,6%). Tais evidências expressaram o predomínio do consumo de bebida alcoólica não excessivo durante a semana (82,4%) e de consumo excessivo aproximadamente 4 vezes maior ao final de semana (69,1%). Dos 106 homens que referiram já ter bebido, 55,7% tentaram parar, sendo que destes 79,6% relataram não ter dificuldade e 20,4% apresentaram dificuldade (Tabela 3).

Tabela 3–Distribuição dos homens hipertensos segundo o consumo de bebida alcoólica. Salvador/BA, 2015

CARACTERÍSTICAS DO CONSUMO	n (%)
Uso de bebida alcoólica (n=130)	
Sim	68 (52,3)
Não	24 (18,5)
Parou	38 (29,2)
Quantidade de cerveja na semana (n = 68)	
Não bebe	37 (54,4)
1 copo de 350 ml ou 1 lata	9 (13,2)
1 garrafa- 2 doses	11 (16,2)
3 ou mais doses/latas/copos	11 (16,2)
Quantidade de vinho na semana (n = 68)	
Não bebe	61 (89,7)
1 taça-150 ml	4 (5,9)
2 doses	1 (1,5)
1 garrafa- 8 doses ou mais	2 (2,9)
Quantidade de bebida destilada na semana (n = 68)	
Não bebe	59 (86,8)
1 martelinho-40 ml	6 (8,8)
2 doses- 1 martelo (100ml)	1 (1,5)
3 doses ou 1 garrafa (+ de 20 doses)	2 (2,9)
Quantidade de cerveja no final de semana (n = 68)	
Não bebe	4 (5,9)
1 copo de 350 ml ou 1 lata	3 (4,4)
1 garrafa-2 doses	17 (25,0)
3 ou mais latas/doses/copos	44 (64,7)
Quantidade de vinho no final de semana (n = 68)	
Não bebe	56 (82,4)
1 taça-150 ml	7 (10,2)
2 doses	1 (1,5)
1 garrafa- 8 doses ou mais	4 (5,9)
Quantidade de bebida destilada no final de semana (n = 68)	
Não bebe	53 (78,0)
1 martelinho- 40 ml	6 (8,8)
2 doses- 1 martelo (100 ml)	3 (4,4)
3 doses ou 1 garrafa (+ de 20 doses)	6 (8,8)
Consumo durante a semana (n = 68)	
Não excessivo	56 (82,4)
Excessivo	12 (17,6)
Consumo durante o final de semana (n=68)	
Não excessivo	21 (30,9)
Excessivo	47 (69,1)
Tentativa em parar de beber (n=106)	
Sim	59 (55,7)
Não	47 (44,3)
Dificuldades em parar de beber (n=59)	
Sim	12 (20,4)
Não	47 (79,6)

Em relação aos hábitos alimentares inadequados observou-se predomínio para o consumo inferior a 5 vezes/semana de verduras (61,5%), salada (69,2%), frango (69,2%), peixe (93,8%), de fruta (63,8%) e de suco de fruta natural (73,8%), e consumo de leite 3 ou mais vezes por semana (68,5%), sendo em sua maioria integral (64,6%). Quanto à forma de preparo não recomendada prevaleceu o uso de substitutos para o sal (50%).

No que refere aos hábitos alimentares adequados predominaram o consumo superior a 5 vezes/semana de feijão (63,1%), consumo de refrigerante e suco artificial inferior a 3 vezes/semana (74,6%), sendo 41,5 % de 1 a 2 dias na semana e 33,1% não consomem, consumo de carne vermelha inferior a 5 dias na semana (70,0%). Quanto a forma adequada de preparo dos alimentos prevaleceu o consumo de frango sem pele (90,0%), a retirada do excesso ou de toda a gordura da carne (79,3%), o preparo cozido, assado e/ou grelhado (88,5%) e não adição de sal a comida já preparada (74,6%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos homens segundo o consumo alimentar. Salvador/BA, 2015

Consumo alimentar	N %
Consumo de verduras	
5 ou mais dias na semana	50 (38,5)
< 5 dias na semana	80 (61,5)
Consumo de salada	
5 ou mais dias na semana	40 (30,8)
< 5 dias na semana	90 (69,2)
Consumo de frutas	
5 ou mais dias na semana	47 (36,2)
< 5 dias na semana	83 (63,8)
Consumo de feijão	
5 ou mais dias na semana	82 (63,1)
< 5 dias na semana	48 (36,9)
Quanto dias da semana consome carne vermelha	
5 ou mais dias na semana	39 (30,0)
< 5 dias na semana	91 (70,0)
Gordura da carne vermelha	
Tira o excesso da gordura	79 (60,8)
Come com gordura	22 (16,9)
Tira toda gordura	24 (18,5)
Não consome	5 (3,8)
Quanto dias na semana come frango	
5 ou mais dias na semana	40 (30,8)
< 5 dias na semana	90 (69,2)
Consumo da pele do frango	
Tira a pele do frango	98 (75,4)
Come com a pele	12 (9,2)
Não come pedaços de frango que tenham pele	19 (14,6)
Não consome	1 (0,8)
Quanto dias na semana come peixe	
5 ou mais dias na semana	8 (6,2)
< 5 dias na semana	122 (93,8)
Suco natural em dias na semana	
5 ou mais dias na semana	34 (26,2)
< 5 dias na semana	96 (73,8)
Consumo de refrigerante e/ou suco artificial	
1 a 2 dias na semana	54 (41,5)
3 ou mais dias na semana	33 (25,4)
Não consome	43 (33,1)
Consumo de leite	
< 3 dias na semana	41 (31,5)
3 ou mais dias na semana	89 (68,5)
Tipo de leite consumido	
Integral	77 (59,2)

Desnatado ou semi-desnatado	39 (30,0)
Os dois tipos	7 (5,4)
Não consome	7 (5,4)
Forma mais comum de preparo dos alimentos	
Frito	15 (11,5)
Cozido, assado e/ou grelhado	115 (88,5)
Adiciona sal a comida preparada	
1 colher de café	20 (15,4)
1 colher de sobremesa	10 (7,7)
1 ou 2 colheres de sopa	3 (2,3)
Não adiciona sal	97 (74,6)
Uso de produto para substituir o sal	
Caldo Knorr, ou shoyo, ou bacon	65 (50,0)
Não usa	65 (50,0)

Na tabela 5, observa-se que predominaram homens que não alcançaram o nível recomendado de atividade física (59,2%), caracterizando-se como irregularmente ativos ou sedentários. A avaliação do nível de atividade física, com base no tempo gasto sentado demonstrou maior proporção de sedentários englobando 98,5% da amostra.

Tabela 5 – Distribuição dos homens segundo a classificação do nível de atividade física. Salvador/BA, 2015

Classificação do nível de atividade física	n (%)
Classificação segundo IPAQ (n=130)	
Muito Ativo	19 (14,6)
Ativo	34 (26,2)
Irregularmente Ativo A	33 (25,4)
Irregularmente Ativo B	28 (21,5)
Sedentário	16 (12,3)
Classificação do tempo gasto sentado (n=129)	
Sedentário (\geq 240 minutos dia)*	127 (98,5)
Ativo	2 (1,5)

*GÓMEZ-CABELLO et al., 2012.

DISCUSSÃO

A totalidade dos homens estudados fazia uso do sistema de atenção à saúde pública e foram predominantemente caracterizados pela faixa etária de 28 a 59 anos, e a média de idade foi de 58,32 (dp 9,99), as quais eram esperadas tendo em vista que o Programa de Saúde do Homem prioriza o atendimento até 59 anos. Embora a prevalência da HAS na população seja maior após os 65 anos (2), o grupo foi acometido em faixa etária mais precoce. Constatou-se também predomínio da raça/cor negra corroborando com outros estudos epidemiológicos que

evidenciaram além de maior prevalência da doença neste grupo racial uma correlação positiva com o seu desenvolvimento (18-21), justificada por fatores genéticos (22).

Além do fator biológico relacionado à raça/cor negra, sabe-se que a baixa escolaridade e renda são frequentes neste grupo racial e foram constatadas neste estudo e em outras investigações com pessoas hipertensas (23-25). Uma melhoria no nível de escolaridade e, conseqüentemente, no nível socioeconômico poderia minimizar a influência racial na elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular encontrados nesta população (26). O nível educacional tem sido apontado como o fator socioeconômico importante para determinação do estado de saúde, particularmente na saúde cardiovascular (2). Estudos transversais encontraram relação inversa entre escolaridade e prevalência de HAS (25,27). O *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) também tem mostrado, nos últimos anos, maior prevalência da doença na faixa de menor escolaridade (18).

Possíveis explicações para a influência do menor nível socioeconômico nas condições de saúde da população recaem sobre a falta de acesso ao sistema de saúde, além de menor grau de informação e conhecimento sobre a doença, seus determinantes e das possibilidades de adoção de práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (28,29). Ademais, tem sido demonstrado o impacto negativo que o menor nível socioeconômico exerce na prática de atividade física e adoção de alimentação saudável (29).

O estado civil casado ou com companheira também foi predominante na presente investigação. Tobeet al. (30) abordam que a maior prevalência de HAS em homens casados, pode ser justificada pela presença de problemas conjugais que impacta no estresse psicológico e, conseqüentemente, na pressão arterial. Outro fator é que a responsabilidade e preocupação familiar pode ser um fator associado à doença (31). Porém, considerando as questões de gênero que permeiam os modos de viver dos homens, os quais culturalmente estão associados a ações de desvalorização do autocuidado e a preocupação incipiente com a saúde, ressalta-se

que a presença de companheira pode ajudar o hipertenso a conduzir melhor seu tratamento e estimular a procura de atenção à saúde, com conseqüente detecção e controle do agravo.

Associado a questão de gênero, outro fator importante a se considerar no acompanhamento de homens hipertensos é que a própria educação familiar orienta o homem para um papel social de provedor e protetor, o que os torna responsável pela família, possuindo muitas vezes uma carga de trabalho extensiva (10,11). Neste estudo, a maioria dos homens eram ativos profissionalmente, responsáveis pela família e possuíam em média de um a três dependentes para uma renda considerada baixa. Desta forma, apresentam maior vulnerabilidade ao aparecimento de doenças e a seu controle inadequado por priorizarem o seu papel social para com a família e sociedade. Além disso, usam o trabalho como desculpa para não procurar serviços de saúde, e isso acentua o posto de risco à própria saúde. A não procura dos serviços de saúde é referenciada pelos mesmos em razão da falta de tempo, da impossibilidade de deixar as atividades ou do medo da dimensão do problema de saúde afetar o seu trabalho (32). Esses dados podem indicar que esses homens estão expostos a desgaste psicológico e físico em razão de preocupações e responsabilidades.

Constatou-se neste estudo que a maioria dos homens não tinha o hábito de fumar, porém quando avaliado o absenteísmo e os fumantes atuais é evidente que mais de um terço deles estiveram expostos a este fator de risco durante a sua vida. Além disso, mais de um terço estão atualmente expostos a este fator de risco em razão do consumo passivo do tabaco.

A exposição ao fumo é fator de risco independente para doença cardiovascular já bem demonstrado. Nascente et al. (33) evidenciaram correlação entre HAS e tabagismo, sendo a prevalência da doença maior entre os ex-tabagistas (48,8%) e tabagistas (32,9%) do que entre os não tabagistas (26,1%). Já estudo com 910 homens Vietnamitas mostrou associação entre hipertensão e hábito de fumar de uma maneira dose-resposta quando caracterizado o número de anos de tabagismo e o consumo de cigarros na vida (34). Yusuf, et al. (3), constataram

associação entre o número de cigarros fumados e risco de infarto agudo do miocárdio. Fumar de 1 a 5 cigarros por dia aumentou este risco em 40%.

Neste estudo, o cigarro foi o tipo de tabaco mais consumido corroborando com os resultados da Pesquisa Especial de Tabagismo que identificou para os 17,2% brasileiros fumantes em 2008 a prevalência de uso de cigarros. Todas as formas de tabaco como cigarros filtrados e não filtrados, cachimbos e charutos e tabaco de mascar, são considerados prejudiciais (35).

Deixar de fumar é, sem dúvida, uma mudança no estilo de vida singular e eficaz para prevenir as doenças cardiovasculares, sendo o combate ao tabagismo considerado recomendação para prevenção primária da HAS (2). Os resultados deste estudo revelam a importância do cuidado em enfermagem e em saúde direcionado a ajudar os homens a manter o absenteísmo, parar de fumar e não iniciar o hábito. A criação de políticas públicas e a atuação dos profissionais de saúde direcionadas ao controle do tabagismo são de extrema relevância devido ao impacto do consumo do tabaco em diversas dimensões sociais.

O combate ao fumo tem sido cada vez mais crescente, por meio da instituição de leis e campanhas, tais como a Lei Antifumo Nacional (decreto 8.262/2014) que proíbe o fumo em ambientes de uso coletivo, fechados ou parcialmente fechados, a Lei 12.546, que institui uma política de preços mínimos para os cigarros. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (36), essas leis visam proteger a saúde de fumantes e não fumantes, em relação à exposição, visto que o fumo traz complicações aos indivíduos, à sociedade e ao governo.

A equipe de enfermagem, no cuidado aos homens hipertensos que fumam ou tem o risco de iniciar este hábito, deve ter suas ações pautadas nas leis mencionadas e nas estratégias propostas pelo Programa Nacional de Controle do tabagismo, as quais compreendem a prevenção da iniciação do tabagismo, ações para estimular os fumantes a deixar de fumar, criação de medidas que visam a proteger a saúde dos não fumantes da

exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados e medidas que regulam os produtos do tabaco e sua comercialização (37). Assim, devem partir deste pressuposto e atuar com multiplicadores das ações de prevenção, com o compromisso de conscientizar por meio do diálogo e escuta sensível, rotineiramente, os homens hipertensos a respeito dos malefícios decorrentes do uso de derivados do tabaco. Além disso, devem desempenhar ações educativas que promovam e apoiem a cessação de fumar.

Quanto ao uso de bebida alcoólica, constatou-se neste estudo que a maioria dos homens consumiam, havendo consumo abusivo no final de semana. Entre os tipos de bebidas mais usadas sobressaiu-se a cerveja tanto durante quanto ao final de semana. Estudos (24,33) indicam frequências variadas de ingestão de bebidas alcoólicas entre populações específicas, dependentes de influência cultural e social. Em populações que consomem bebidas alcoólicas, a quantidade de etanol consumida tem um impacto significativo nos valores de pressão arterial, prevalência de hipertensão e mortalidade cardiovascular (4). No entanto, embora a relação entre o consumo de etanol e hipertensão arterial seja bem estabelecido, o mecanismo por meio do qual esse aumenta a pressão arterial levanta discussões e ainda não se tem um consenso, sendo que esta relação pode ser justificada pelo fato do consumo crônico de etanol aumentar a angiotensina II(38).

O efeito do consumo leve a moderado de etanol na população hipertensa ainda é mal compreendido, pois os estudos são divergentes quanto à intensidade do efeito (39). Tendo em vista a controvérsia em relação à segurança e ao benefício cardiovascular de baixas doses, assim como a ação nefasta do álcool na sociedade, as evidências recomendam para homens não ultrapassar a 30 g de etanol ao dia e, para as mulheres de 15 g ao dia (2). As quantidades máximas diárias sugeridas para os tipos de bebida alcoólica mais comuns são de 2 latas (350 x 2 = 700 ml) ou 1 garrafa (650 ml) de cerveja; de 2 taças de 150 ml ou 1 taça de 300 ml de vinho e de 2 doses de 50 ml de uísque, vodca ou bebida destilada (40).

Depreende-se a necessidade de uma atuação da equipe de enfermagem em prol da redução do consumo excessivo. Atividades educativas podem contribuir para gerar e disseminar conhecimentos sobre a temática e para a valorização do uso prudente. Considerando que a maioria dos homens consumia bebida alcoólica, os profissionais de saúde devem estabelecer uma proposta terapêutica compartilhada visando combater o consumo excessivo e destacar os tipos e as quantidades de bebidas recomendadas.

No que se refere aos hábitos alimentares, o consumo alimentar inadequado observado, sobretudo para a ingestão de verduras, salada, fruta, frango, peixe, leite e uso de condimentos ricos em sódio, colocam estes homens em grupo de risco para o controle dos níveis pressóricos. O comportamento de ingestão inadequada de frutas e verduras, também foi evidenciado num estudo de intervenção em São Paulo (41). No Japão investigação com homens ativos profissionalmente, revelou que a baixa qualidade da dieta foi associada ao aumento da prevalência de hipertensão (42).

O estudo *Dietary Approaches to Stop Hypertension*(DASH), analisando o padrão alimentar e o comportamento da pressão arterial, evidenciou que uma alimentação equilibrada com o consumo regular de alimentos saudáveis pode auxiliar no seu controle comparando-se aos resultados observados com os tratamentos farmacológicos anti-hipertensivos (5). Desta forma, o estabelecimento de um plano alimentar DASH, que inclui aumento no consumo de grãos integrais, frutas, vegetais, baixo teor de gordura de laticínios e menor consumo de gorduras, carnes vermelhas, sódio, doces e refrigerantes, além disso, dieta rica em potássio, cálcio e magnésio é fundamental como estratégia terapêutica não farmacológica para a HAS.

No que se refere ao nível de atividade física os homens estudados foram classificados em sua maioria como sedentários, o mesmo sendo observado para o tempo gasto sentado. É importante atentar para o fato de que estudos apontam, em geral, que a população brasileira apresenta características que se relacionam a baixo nível de atividade física. Estudo com

homens, em João Pessoa, identificou que 84% eram sedentários (23). Outras investigações com hipertensos do gênero masculino e feminino também não identificaram padrão desejável de prática de atividade física, a exemplo de Martins (43) que identificou 80% de inatividade utilizando o IPAQ versão curta, e Massa (44) revelou baixo nível de atividade física nas modalidades doméstica (58,6%), lazer (80,4%), locomoção (83,1%) e trabalho (93,9%), com o IPAQ versão longa.

Neste âmbito vêm se identificando associações inversas entre a prática regular de atividade física e a incidência ou risco de desenvolvimento da hipertensão arterial (45). Além da associação para o desenvolvimento da HAS é discutido na comunidade científica os benefícios da atividade física na prevenção de doenças crônicas e mortes prematuras. Nesta direção, as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão recomendam que para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 a 60 minutos de atividade física dinâmica, de intensidade moderada, de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la (2). Considera-se que a realização de atividade física deve ser estimulada para toda a população, com acompanhamento de profissional capacitado para promover o desenvolvimento de um exercício físico eficaz e com segurança.

Considerando a influência que as características sociodemográficas têm sobre os modos de vida dos indivíduos, o perfil sociodemográfico identificado neste estudo, precisa ser contemplado nas propostas de cuidado estabelecidas pela equipe de enfermagem e de saúde, de forma a permitir uma melhor abordagem ao homem hipertenso. Desta forma, propõe-se que as ações junto ao grupo masculino, sejam voltadas para a orientação, a informação e a construção de um plano terapêutico tendo como referencial os fatores que tem impactos significativos nas ações cotidianas do homem. Percebe-se que os fatores sociodemográficos podem ter influências negativas para os homens, tornando-os mais vulneráveis a não adesão

ao tratamento, de forma a dificultar o seu tratamento e aumentar o risco de complicações cardiovasculares. Determinantes sociais da saúde, por exemplo, renda, educação e moradia, tem efeito adverso sobre fatores de risco comportamentais e deste modo agregam fatores que atuam no desencadeamento da hipertensão. Ademais os hábitos de vida inadequados também sofrem influências destes fatores.

Tendo-se com meta a adoção de hábitos de vida saudáveis pelos homens hipertensos, as práticas de cuidar em enfermagem e em saúde devem deslocar o foco da atenção à saúde da produção de procedimentos para a de cuidados integrais incluindo as estratégias educacionais, pois não é possível mudanças de comportamento sem a compreensão e valorização dos seus benefícios. O enfermeiro precisa avançar na validação da efetividade de intervenções com essa finalidade. A participação ativa do indivíduo é imprescindível no controle da doença e na prevenção de suas complicações, desta forma a busca pela adoção de hábitos saudáveis de vida deve respeitar as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos, bem como o projeto que tem para o cuidado de si.

O alcance da mudança de comportamentos necessária para o controle dos fatores de risco modificáveis e conseqüente controle da pressão arterial requer também envolvimento político por parte dos governos e formuladores de políticas, visando atingir as recomendações não medicamentosas para prevenção e tratamento para HAS propostas pelas diretrizes, as quais incluem: alimentação saudável, baixo consumo de sódio e álcool, adequada ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo e controle do peso corpóreo (2). Tais recomendações são indicadas tanto para a prevenção da hipertensão como coadjuvantes do tratamento medicamentoso de hipertensos. Atrelado a isto os trabalhadores da área da saúde, a comunidade de pesquisa acadêmica, a sociedade civil, o setor privado e as famílias e os indivíduos hipertensos têm um importante papel a desempenhar, buscando concentrar

esforços e compartilhar perspectivas, para a utilização das tecnologias em saúde disponíveis para o controle da doença.

CONCLUSÃO

A maioria dos homens hipertensos não fumava, mas foi expressivo o contingente de homens que bebiam, tinham padrão alimentar inadequado e não praticavam exercícios físicos, condições estas colaboram para o descontrole da hipertensão arterial. Estimular mudança nos hábitos de vida influenciam benéficamente o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial e o consequente controle dos níveis da pressão arterial.

A abordagem ao homem hipertenso deve ser realizada de forma individual nas consultas realizadas pela equipe multiprofissional, buscando conhecer o estilo de vida, preferências, perspectivas e possibilidades que tem para o cuidado de si de forma a se compartilhar e propor uma intervenção em saúde individualizada considerando as especificidades desta população. Estratégias no âmbito coletivo também devem ser desenvolvidas, considerando o impacto que a informação e as políticas governamentais têm para melhorar as condições de saúde e hábitos de vida do indivíduo, sua família e a comunidade em geral.

REFERÊNCIAS

1. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília, 2011.
2. Sociedades brasileiras de cardiologia, hipertensão e nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Revista Brasileira de Hipertensão. 2010;19(1):1-69.
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. InterheartStudyInvestigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364:937-52.
4. Marchi KC, Muniz JJ, Tirapelli CR. Hypertension and chronic ethanol consumption: What do we know after a century of study? World J Cardiol. 2014 May 26;6(5):283–294.
5. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. Dash-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med 2001;344:3-10.
6. Hegde SM, Solomon SD. Influence of Physical Activity on Hypertension and Cardiac Structure and Function. Curr Hypertens Rep. 2015 Oct;17(10):588.

7. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(Suppl 1):1389-1400.
8. Ulbrich AZ, Bertin RL, Bozza R, Stabelini NA, Lima GZS, Carvalho T, et al. Probabilidade de hipertensão arterial a partir de indicadores antropométricos em adultos. *Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]*. 2012 Aug; 56(6):351-357.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília-DF, 2009.
10. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad. Saúde Pública*. 2006 May;22(5):901-911.
11. Silva PAS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NVDO, David HMSL. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Esc. Anna Nery* 2012 Sep;16(3): 561-568.
12. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005 Mar;10(1):35-46.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. VIGITEL BRASIL – 2012. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2013.
14. Pires CGS, Azevedo SQR, Mussi FC. Fatores de risco cardiovascular em estudantes de enfermagem: elaboração de procedimentos de avaliação. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2014;28: 294-302.
15. World health organization (WHO). International Physical Activity Questionnaires(IPAQ) Scoring Protocol.2001.Geneva.
16. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 2001;69(2):5-12.
17. Gómez-Cabello A, Pedrero-Chamizo R, Olivares PR, Hernández-Perera R, Rodríguez-Marroyo JA, Mata E, et al. Sitting time increases the overweight and obesity risk independently of walking time in elderly people from Spain. *Maturitas*. 2012;73(4):337-43.
18. Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. *jama*. 2010;303(20):2043-50.
19. Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MSA, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. *Rev. bras. geriatr. Gerontol*. 2013; Sep;16(3):481-493.
20. Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Arterial hypertension in the adult population of Salvador (BA) - Brazil. *Arq. Bras. Cardiol*. 2006;87(6):747-56.
21. Pierin AMG, Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Ortega K, Mion Jr D. Variáveis biopsicossociais e atitudes frente ao tratamento influenciam a hipertensão complicada. *Arq. Bras. Cardiol*. 2010; 95(5):648-654.
22. Laguardia, J. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenia? *Hist. cienc. saúde -Manguinhos*. 2005;12(2):371-93.
23. Dantas RCO, Farias DAA, Oliveira FVA, Paes NA. Medidas Preventivas para o Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em Homens de um Município Paraibano. *Revista Brasileira Ciências da Saúde*. 2013;17:217-224.

24. Mion Jr D, Pierin AMG, Bensenor IM, Marin JCM, Costa KRA, Henrique LFO, et al . Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010 July;95(1):99-106.
25. Silva LBE, Bagno SSES, Marcílio AG, Pierin AMG. Prevalência de hipertensão arterial em Adventistas do Sétimo Dia da capital e do interior paulista. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2012;98(4).
26. Lessa I, Araújo MJ, Magalhães L, Almeida Filho N, Aquino E, Costa MCR. Clustering of modifiable cardiovascular risk factors in adults living in Salvador (BA), Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16(2):131-7.
27. Cipullo JP, Martin JF, Ciorlia LA, Godoy MR, Cação JC, Loureiro AA, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. *ArqBrasCardiol.* 2010;94(4):519-26.
28. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(9):3755-68
29. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2006;40(4):684-691.
30. Tobe SW, Kiss A, Szalai JP, Perkins N, Tsigoulis M, Baker B.. Impact of job and marital strain on ambulatory blood pressure: results from the double exposure study. *American JournalofHypertension.* 2005;18:1046-51.
31. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al . Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. *Arq. Bras. Cardiol.* 2008; 91(1):31-35.
32. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e saúde coletiva.* 2005;10(1):7-17.
33. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010; 95(4):502-509.
34. Thuy AB, Blizzard L, Schmidt MD, Luc PH, Granger RH, Dwyer T. The association between smoking and hypertension in a population-based sample of Vietnamese men. *J Hypertens.* 2010;28(2):245-50.
35. Instituto Nacional do Câncer (INCA); Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Pesquisa especial de tabagismo. Relatório Brasil. Rio de Janeiro, 2011.
36. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Aumento de impostos sobre produtos de tabaco- Apresentação e orientações técnicas. Rio de Janeiro, 2014.
37. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Modelo Lógico e Avaliação. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
38. Passaglia AB. Angiotensin type 1 receptor mediates chronic ethanol consumption-induced hypertension and vascular oxidative stress. *Vascular Pharmacology.* 2015.
39. Souza DSM. Alcohol and hypertension. Epidemiological, pathophysiological and clinical aspects. *RevBrasHipertens.* 2014;21(2):83-86.
40. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.*2013;101(6):1-63.
41. Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes PS, Caldeira AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta paul. Enferm.* 2013;26(2):179-184.

42. Kanauchi M, Kanauchi K. Diet quality and adherence to a healthy diet in Japanese male workers with untreated hypertension. *Abrir BMJ*. 2015;5(7):008.404.
43. Martins LCG, Guedes NG, Teixeira IX, Lopes MVO, Araújo TL. Nível de atividade física em portadores de hipertensão arterial. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2009;17(4).
44. Massa KHC, Guimarães VV, César CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M, *et al.* Prática de atividade física em quatro domínios em idosos com hipertensão arterial referida no município de São Paulo: estudo de base populacional. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*, Pelotas, 2012;17(1):07-13.
45. Parker ED, Schmitz KH, Jacobs DR, Dengel DR, ShreinerPJ. Physical Activity in Young Adults and Incident Hypertension Over 15 Years of Follow-Up: The CARDIA Study. *American Journal of Public Health* 2007;97:703-9.

4.2 ARTIGO 2

Fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens hipertensos

Pollyana Pereira Portela¹

Fernanda Carneiro Mussi²

¹Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PGENF) da Universidade Federal da Bahia. Professora substituta da Universidade Estadual de Feira de Santana. pollyana.pportela@gmail.com.

²Enfermeira. Doutora. Professora Associada III da EEUFBA. Líder do Grupo de Pesquisa GISC – Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado a Saúde Cardiovascular. femussi@uol.com.br.

RESUMO:

Objetivo: Verificar os fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens hipertensos.

Métodos: Estudo transversal, com 130 homens atendidos em centro de saúde, submetidos a entrevista, avaliação clínica e antropométrica. Na análise bivariada empregou-se o Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher realizando-se posteriormente análise de regressão logística múltipla sendo a OR corrigida pelo modelo de Poisson. Adotou-se significância estatística de 5%.

Resultados: Constatou-se alta prevalência de descontrole da pressão arterial (65,4%), de hábitos de vida inadequados e de excesso de peso. Não houve associação estatisticamente significativa entre descontrole dos níveis pressóricos e variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e medidas antropométricas. Na regressão, o descontrole da pressão arterial associou-se ao uso inadequado da medicação (RP: 1,35, IC 95%: 1,03; 1,76).

Conclusão: O uso inadequado da medicação foi reforçado como importante fator associado ao descontrole. Medidas efetivas para mudança deste panorama são emergenciais e desafiam profissionais e autoridades públicas.

DESCRITORES: Hipertensão; Saúde do homem; Enfermagem; Fatores de risco.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública global, em virtude da alta prevalência e por ser reconhecida como principal fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovascular.⁽¹⁾

Face a estas evidências o controle da doença é fundamental, mas mundialmente pouco satisfatório. Os países da América do Sul apresentaram taxas limítrofes de controle, a exemplo do México (19,2%), Argentina (18%), Chile (11,8%) e Equador (6,7%).⁽²⁾ No Brasil essas taxas têm variado entre 10% a 57,6%.⁽³⁾

No que tange ao sexo, os homens apresentam-se menos controlados do que as mulheres.⁽⁴⁾ Esse fato pode ser relacionado às construções sociais de gênero que influenciam no modo como percebem os cuidados com a sua saúde. Em geral, os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades de saúde, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer, características estas que dificultam a adesão ao tratamento médico e as práticas de autocuidado.⁽⁵⁾

O acompanhamento e o controle da hipertensão evitam o surgimento e a progressão das complicações da doença, reduzem o número de hospitalizações e a mortalidade cardiovascular. Dessa forma, surgem como proposta governamental, sendo preconizada por meio de políticas de promoção e proteção à saúde e combate à doença, o que pode ser observado no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Atrelado a este plano, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem aborda a importância de estabelecimento de estratégias diferenciadas para a população masculina.⁽⁵⁾

O enfrentamento do controle da hipertensão poderá ser melhor direcionado pela identificação do nível de descontrole da pressão arterial e fatores associados. No entanto, existem lacunas na literatura sobre a avaliação do descontrole da hipertensão e dos fatores associados em homens que tiveram acesso aos serviços oferecidos pelo programa de saúde do homem, que visa implementar as propostas da política de saúde do homem. Considerando que não é suficiente implantar, propor ou ofertar serviços de saúde é fundamental conhecer como as condições de saúde ou indicadores se apresentam nestes indivíduos o que denota a relevância científica e social deste estudo.

O conhecimento dos níveis de descontrole da hipertensão e os fatores relacionados nesse grupo populacional podem direcionar o planejamento dos recursos terapêuticos e a avaliação do alcance e da efetividade das práticas de cuidar em saúde e enfermagem.

Ademais, evidenciam indicadores de saúde relevantes em um grupo populacional que deve ser alvo de uma atenção à saúde que considere a perspectiva de gênero no processo de cuidado.

Com base no exposto, o estudo teve como objetivo verificar os fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens hipertensos.

Métodos

Tipo e Campo de estudo

Estudo exploratório, de corte transversal, realizado em centro de referência para doenças cardiovasculares, em Salvador-Ba, lócus para o núcleo de referência do programa de saúde do homem do Ministério da Saúde.

Amostra

Cento e trinta homens constituíram a amostra e foram abordados na rotina do serviço, de outubro de 2013 a julho de 2014, nos diferentes dias da semana e nos turnos matutino e vespertino. Os critérios de inclusão foram diagnóstico médico de hipertensão (CID–I10/I15), idade igual ou superior a 20 anos, conscientes e orientados no tempo e espaço. Excluiu-se aqueles com limitação física para a mensuração das medidas antropométricas.

Coleta de dados

Os dados foram coletados em sala privativa, por meio da entrevista e avaliação clínica.

O instrumento A continha questões fechadas sobre características sociodemográficas, tabagismo e ingestão de bebida alcoólica. O instrumento B levantou informações sobre hábitos alimentares sendo baseado no utilizado pelo Programa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

O instrumento C foi a versão reduzida do Questionário Internacional de Atividade Física- IPAQ. Para a avaliação do nível de atividade adotou-se a classificação de Matsudo e cols⁽⁶⁾: muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário. Para a seção tempo gasto sentado, considerou-se tempo sentado durante a semana em minutos x 5 somado ao tempo gasto sentado durante o final de semana x 2 e classificado sedentário o indivíduo que ficava sentado ≥ 240 minutos/dia.⁽⁷⁾

O instrumento D, referiu-se a Escala de Estresse, a qual mede o grau que os indivíduos percebem as situações como estressantes. Contém 14 itens e ao somar-se os escores das 14 questões este pode variar de zero à 56.⁽⁸⁾ Para análise das respostas criou-se um ponto de corte de acordo com a média dos escores (20 pontos) e realizou-se a classificação do estresse em baixo e alto.

A medida da pressão arterial foi realizada com aparelho automático Omron HEM 705 CP, utilizando-se manguito escolhido por meio da medida do braço em comprimento e circunferência. A medida foi feita no membro superior, na posição sentada, com o braço apoiado na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima, cotovelo ligeiramente fletido, após cinco minutos de repouso, três vezes consecutivas, sendo o intervalo entre uma e outra medida de um a dois minutos. Antes da medida, os indivíduos foram orientados a não falar e/ou manter as pernas cruzadas. Certificou-se de que não estavam com a bexiga cheia; não haviam praticado exercícios físicos a até 90 minutos e ingerido café, alimentos ou fumado até 30 minutos. Considerou-se controlados os homens que, após três medidas consecutivas, apresentaram média, das duas últimas medidas de pressão sistólica menor que 140 mmHg e diastólica menor que 90 mmHg. Os não controlados apresentaram valores maiores ou iguais aos citados.⁽¹⁾

Para as medidas antropométricas os homens usaram roupa de tecido leve e descartável, e retiraram calçados e adereços. Para mensuração da altura utilizou-se estadiômetro portátil da marca *Altuxata*. O peso (em quilogramas) foi determinado por meio de um balança digital, da marca *g.tech*, aferida pelo Instituto de Metrologia, com variação de 0,1Kg, capacidade máxima de 150 Kg e mínima de 2,5Kg. O índice de massa corpórea (IMC) correspondeu a razão entre o peso e a altura² e sua interpretação foi feita pelos pontos de corte propostos pela World Health Organization.⁽⁹⁾

Para medida da circunferência da cintura os homens ficaram em pé, respirando normalmente, braços ao lado do corpo e os pés juntos, em posição ereta, de costas para um espelho horizontal expondo a região abdominal. O local da medida foi determinado pelo ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca a nível da linha média axilar, utilizando-se trena flexível de 1,50 m, não extensível e graduada de 0,5 em 0,5 cm. A examinadora posicionou-se sentada, em frente ao participante. Passou a trena na altura da cintura, no ponto médio marcado, fazendo-se a leitura da medida na expiração normal. Para avaliação e classificação desse parâmetro utilizou-se o critério da *International Diabetes Federation*, que propõe risco aumentado para homens com valores de circunferência da cintura ≥ 90 cm.⁽¹⁰⁾

Para a medida da circunferência do quadril, o examinador permaneceu na posição descrita, circundando a trena métrica na protusão máxima dos músculos do quadril. A relação cintura-quadril foi determinada pela divisão da circunferência da cintura (cm) pela circunferência do quadril (cm) e os parâmetros obtidos foram interpretados segundo Heyward, Stolarczyk.⁽¹¹⁾

Procedimentos de análise de dados

Os dados constituíram um banco e foram processados no Programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 18.0. Foram analisados em frequências absolutas e relativas, calculou-se a média e o desvio padrão para a idade. Para verificar a associação entre o descontrole da pressão arterial e as variáveis de interesse empregou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Procedeu-se ao cálculo das estimativas de razões de prevalência (RP) e de seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Adotou-se a significância estatística de 5% para todos os testes.

Para estimar a contribuição independente de cada variável para a probabilidade de pressão arterial descontrolada realizou-se a análise de regressão logística múltipla. A seleção inicial das variáveis foi orientada pelos objetivos do estudo e a revisão de literatura. Em seguida entraram no modelo de regressão as variáveis que na análise bivariada apresentaram valor de $p \leq 0,20$: uso da medicação prescrita, nível de atividade física e circunferência da cintura. Considerou-se como potenciais variáveis de ajuste idade, escolaridade, renda e situação empregatícia. A modelagem foi realizada com o procedimento *backward*. Para escolha do modelo foi utilizado o critério de informação de Akaike (AIC) sendo escolhido aquele que apresentou menor valor. Para avaliar o grau de acurácia e a qualidade do ajuste do modelo logístico foi utilizado o teste de Hosmer- Lemeshow e analisada a área da curva ROC.

No teste de Hosmer e Lemeshow analisou-se se a hipótese nula poderia ser aceita ou rejeitada (H_0 =modelo está bem ajustado). O teste com $p > 0,05$ não rejeita a H_0 , ou seja, o que evidencia uma boa aderência do modelo aos dados. A curva Roc avalia a capacidade discriminatória do modelo, evidenciando-se que uma área acima de 0,50 representa razoável pode discriminatório.

Considerando a prevalência elevada de descontrole da pressão arterial na amostra, distanciando-se dos parâmetros estimados para Odds Ratio, procedeu-se ao cálculo das estimativas de RP e de seus respectivos intervalos de confiança de 95%, utilizando-se o modelo de regressão de Poisson robusto.

O estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Foram estudados 130 homens hipertensos, predominando adultos entre 28 a 59 (56,2%), com média de idade de 58,32 (dp 9,99), raça/cor autodeclarada negra (89,2%), situação conjugal com companheira (74,6%), renda familiar de até 2 salários mínimos

(64,6%), classe socioeconômica C1-C2 (66,9%), ensino fundamental completo/incompleto (50,8%), ativos profissionalmente (60,0%) e responsáveis pela família (94,6%) (Tabela 1).

A prevalência de homens com níveis pressóricos descontrolados foi de 65,4%.

Quanto as variáveis sociodemográficas, observou-se maior prevalência de descontrole da pressão arterial em adultos entre 28 e 59 anos (69,9%), raça/cor autodeclarada branca (71,4%), situação conjugal sem companheira (69,7%), com ensino médio a superior (70,3%), sem ocupação (71,2), renda familiar de até 2 salários mínimos (69,0%). Não houve associação estatisticamente significativa entre descontrole da pressão arterial e estas variáveis (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência e RP referentes ao descontrole da pressão arterial de acordo com as características sociodemográficas dos homens hipertensos. Salvador/BA, 2015

Características sociodemográficas	Total n (%)	Prevalência (%)	Valor de p	RP	IC 95%
Idade			0,225*		
28 - 59 anos	73 (56,2)	69,9			
≥60 anos	57 (43,8)	59,6		0,85	(0,66; 1,11)
Raça/Cor			0,770†		
Branca	14 (10,8)	71,4			
Negra (parda e preta)	116 (89,2)	64,7		0,91	(0,63; 1,29)
Situação conjugal			0,547*		
Com companheira	97 (74,6)	63,9			
Sem companheira	33 (25,4)	69,7		1,09	(0,83; 1,43)
Escolaridade			0,245*		
Ensino médio a superior	64 (49,2)	70,3			
Até ensino fundamental	66 (50,8)	60,6		0,86	(0,67; 1,11)
Situação Laboral			0,259*		
Sem ocupação	52 (40,0)	71,2			
Com ocupação	78 (60,0)	61,5		0,86	(0,68; 1,11)
Renda Familiar Mensal			0,236*		
>2 SM	46 (35,4)	58,7			
Até 2 SM	84 (64,6)	69,0		1,18	(0,89; 1,56)

* Valor de p do teste Qui-quadrado de Pearson † Valor de p de teste exato de Fisher
SM=Salário Mínimo

Com relação aos hábitos de vida observou-se maior prevalência de descontrole da pressão arterial em homens fumantes (70,0%), com consumo excessivo de bebida alcoólica durante a semana (66,7%) e no final de semana (72,3%), com consumo inferior a 5 vezes/semana de verduras (67,5%), salada (65,6%) e fruta (67,5%), que não adicionavam sal a comida (67,0%), com nível de estresse alto (66,2), que não tomavam a medicação receitada (90,0%) e com nível de atividade física não recomendado (70,1%). Quanto às medidas antropométricas os homens com circunferência da cintura não recomendada, excesso de peso e com risco alto para RCQ apresentaram maior prevalência de descontrole da pressão arterial. Não houve associação estatisticamente significativa entre descontrole da pressão arterial, hábitos de vida e medidas antropométricas (Tabela2).

Tabela 2. Prevalência e RP referentes ao descontrole da pressão arterial de acordo com hábitos de vida e medidas antropométricas dos homens hipertensos. Salvador/BA, 2015

Variáveis	Total n (%)	Prevalência (%)	Valor de p	RP	IC 95%
Tabagismo (n=130)			1,000 [†]		
Não/Parou	120 (92,3)	65,0			
Sim	10 (7,7)	70,0		1,08	(0,70; 1,65)
Consumo bebida alcoólica durante a semana (n=130)			1,000 [†]		
Não excessivo	118 (90,8)	65,3			
Excessivo	12 (9,2)	66,7		1,02	(0,67; 1,56)
Consumo bebida alcoólica final de semana (n=130)			0,210 [*]		
Não excessivo	83 (63,8)	61,4			
Excessivo	47 (36,2)	72,3		1,18	(0,92; 1,50)
Consumo de verduras (n=130)			0,521 [*]		
5 ou mais dias na semana	50 (38,5)	62,0			
< 5 dias na semana	80 (61,5)	67,5		1,09	(0,83; 1,42)
Consumo de salada (n=130)			0,951 [*]		
5 ou mais dias na semana	40 (30,8)	65,0			
< 5 dias na semana	90 (69,2)	65,6		1,01	(0,77; 1,32)
Consumo de frutas (n=130)			0,507 [*]		
5 ou mais dias na semana	47 (36,2)	61,7			
< 5 dias na semana	83 (63,8)	67,5		1,09	(0,83; 1,43)
Adiciona sal a comida preparada (n=130)			0,526 [*]		
Não	94 (72,3)	67,0			
Sim	36 (27,7)	61,1		0,91	(0,68; 1,23)
Nível de estresse (n=130)			0,842 [*]		
Baixo	62 (47,7)	64,5			
Alto	68 (52,3)	66,2		1,03	(0,80; 1,32)
Toma medicação receitada (n= 122)			0,093 [†]		
Sim	112 (91,8)	61,6			
Não	10 (8,2)	90,0		1,46	(1,13; 1,88)
Nível de atividade física IPAQ (n=130)			0,170 [*]		
Ativo/muito ativo	53 (40,8)	58,5			
Irregularmente ativo A/B e sedentário	77 (59,2)	70,1		1,20	(0,91; 1,57)
Nível de atividade física tempo gasto sentado (n=129)			0,542 [†]		
Ativo	2 (1,6)	100,0			
Sedentário (≥ 240 minutos dia)	127 (98,4)	64,6		0,64	(0,57; 0,73)
Circunferência da cintura (n=130)			0,079 [*]		
Recomendado (<90 cm)	24 (18,5)	50,0			
Não Recomendado (≥90cm)	106 (81,5)	68,9		1,38	(0,90; 2,10)
IMC (n=130)			0,385 [*]		
Eutrófico	29 (22,3)	58,6			
Excesso de peso	101 (77,7)	67,3		1,15	(0,82; 1,60)
RCQ			0,323 [†]		
Baixo	13 (10,0)	46,2			
Moderado	50 (38,5)	68,0		1,47	(0,79; 2,73)
Alto/muito alto	67 (51,5)	67,2		1,45	(0,79; 2,68)

* Valor de p de teste qui-quadrado de Pearson[†] Valor de p de teste exato de Fisher

Antes da utilização da estratégia da regressão de Poisson robusto, escolheu-se o melhor modelo logístico ajustado mediante o menor critério de informação de Akaike, avaliou-se a acurácia do modelo pela curva roc cuja área foi de 0,622 e a qualidade do modelo pelo teste de Hosmer e Lemeshow obtendo-se p=0,97.

O resultado final obtido pelo modelo de regressão de Poisson robusto evidenciou que não tomar a medicação apresentou associação estatisticamente significativa com o descontrole da pressão arterial, ou seja, os homens hipertensos que referiram não conseguir tomar a medicação apresentaram um aumento de 35% no descontrole da pressão arterial (RP: 1,35; IC 95%: 1,03; 1,76). Embora não se tenha constatado associação estatisticamente significativa entre descontrole da pressão arterial e circunferência da cintura (RP: 1,40, IC 95%: 0,89; 2,22) e nível de atividade física (RP: 1,12, IC 95%: 0,84; 1,49), homens com circunferência da cintura ≥ 90 cm e sedentários apresentaram direção de aumento para o descontrole da pressão arterial (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre variáveis preditoras e descontrole da pressão arterial em homens hipertensos. Salvador/BA, 2015*

Variáveis	RP	IC 95%
Circunferência da cintura		
Recomendado (<90 cm)	1,00	1,00
Não Recomendado (≥ 90 cm)	1,40	(0,89; 2,22)
Toma medicação receitada**		
Sim	1,00	1,00
Não	1,35	(1,03; 1,76)
Nível de atividade física IPAQ		
Ativo/muito ativo	1,00	1,00
Irregularmente ativo A/B e sedentário	1,12	(0,84; 1,49)
AIC = 161.6449		

*Modelo ajustado pela renda.

** Valor de $p < 0,05$

Discussão

Observou-se que os homens avaliados, mesmo acompanhados em centro de referência para doenças cardiovasculares, apresentaram níveis pressóricos não satisfatórios, exibindo alta prevalência de descontrole da pressão arterial. Essa prevalência foi semelhante a outros estudos que investigaram ambos os sexos,^(4,12) entretanto, foi mais baixa daquelas encontradas em investigações realizadas no Rio Grande do Sul (75%)⁽¹³⁾ e São Paulo (78%).⁽¹⁴⁾ Outra pesquisa com homens acompanhados pela estratégia de saúde da família identificou taxas de pressão arterial não controlada inferiores ao deste estudo chegando a 35,6% em João Pessoa e a 44,2% em Campina Grande.⁽¹⁵⁾ Convém destacar que a variação no método utilizado para aferir níveis pressóricos influencia a obtenção de melhores níveis de pressão arterial e que o controle da hipertensão é resultado de um sistema complexo abrangendo aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e de estrutura sanitária.⁽³⁾

Controle inadequado da pressão arterial pode ser atribuído a características relacionadas ao provimento dos serviços de saúde e ao usuário. Baixas taxas de controle relacionam-se a abordagem inadequada dos clientes, tratamento ineficaz, baixa adesão ao tratamento, dificuldade de acesso aos serviços e aquisição de medicações.^(3,16)

Neste estudo não houve associação estatisticamente significativa entre descontrolado da pressão arterial e características sociodemográficas. Os resultados estão em consonância com a literatura que aponta maior prevalência de pressão arterial não controlada entre mais jovens,⁽¹⁷⁾ com maior nível de escolaridade,^(4,13,18) menor renda,^(4,13) e sem companheira.⁽¹⁹⁾ No entanto, a maior prevalência de descontrolado recaiu em homens brancos e outros estudos demonstraram menor descontrolado em negros.^(4,18,20-21)

Embora não se tenha observado associação entre hábitos de vida, medidas antropométricas e descontrolado da pressão arterial, a maior prevalência de descontrolado em homens fumantes, com nível de atividade física não recomendado, excesso de peso, nível de estresse alto, consumo excessivo de bebida alcoólica durante e ao final de semana, consumo inferior a 5 vezes/semana de verduras, salada e fruta e seguimento inadequado da medicação receitada, tem relevância do ponto de vista clínico, pois evidencia homens refratários ao objetivo terapêutico e desafia profissionais de saúde e autoridades públicas a refletir e avaliar as práticas adotadas para o controle da doença.

Corroboram com resultados deste estudo investigações nacionais e internacionais mostrando maior prevalência e associação de fatores com o descontrolado da pressão arterial em indivíduos fumantes,⁽¹⁶⁾ usuários de bebida alcoólica,^(13,17,22) obesos,^(17,21-23) sedentários,^(4,13) com alto nível de estresse,⁽²²⁾ com seguimento incorreto da medicação,^(4,24) e circunferência da cintura não recomendada.⁽²³⁾

Neste estudo, a maior prevalência de descontrolado da pressão arterial recaiu em homens que não adicionavam sal a comida, embora se saiba que a ingestão excessiva associa-se a taxas mais elevadas de descontrolado.⁽²⁵⁾ Todavia, não houve significância estatística e o controle da pressão arterial associa-se a múltiplos fatores.

A análise multivariada mostrou a associação entre não uso da medicação e descontrolado da pressão arterial dado que clama por intervenções efetivas, sobretudo pela equipe de enfermagem e médica, visando-se minimizar os problemas determinantes para o uso inadequado. Esse resultado evidencia a importância de se resgatar os fatores facilitadores e dificultadores relacionados a adesão ao tratamento, processo complexo e influenciado por diversas variáveis⁽²⁶⁾ e que refere-se ao grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, para manter o controle da pressão arterial.⁽²⁷⁾

Os resultados desse estudo mostram que a equipe de enfermagem pode contribuir sobremaneira para ajudar as pessoas hipertensas no manejo da doença. A efetividade das medidas facilitadoras da adesão à terapia medicamentosa deve ser compartilhada com elas a exemplo de associar a tomada das medicações às atividades do dia a dia e a um mesmo

horário, registrar os horários das tomadas dos remédios, planejar para não deixar os remédios acabarem e adquirir o hábito de carregar as medicações consigo. Ademais, fatores que dificultam a adesão representados pelos efeitos colaterais e insegurança no uso dos medicamentos precisam ser abordados no processo de cuidado e tratamento.⁽²⁷⁾

É fundamental que essas pessoas sejam ajudadas a conhecer, compreender e aceitar a doença e o tratamento e a valorizar a mudança dos hábitos de vida e o controle da pressão arterial como forma de preservação da própria vida. Atividades da educação em saúde e uma relação dialógica entre enfermeiro-cliente considerando perspectivas culturais, condições socioeconômicas, preferências, preocupações, dúvidas, projetos e condições de autocuidado tornam-se imprescindíveis.⁽²⁷⁻²⁸⁾ É também necessário que o regime terapêutico prescrito esteja em consonância com o acesso à medicação anti-hipertensiva disponibilizada pelo serviço público de saúde.^(27,29)

A gestão da hipertensão pelo emprego de estratégias simples, eficazes, acessíveis e continuadas como a tecnologia da informação de saúde permitem aproximação, orientação de clientes e familiares e monitoramento dos níveis pressóricos por meio chamadas telefônicas e mensagens frequentes.⁽³⁰⁾ A monitorização residencial da pressão arterial também deve ser estimulada.⁽²⁹⁾ O conjunto dessas ações oferecem instrumentos para os indivíduos considerarem-se agentes responsáveis pelo autocuidado.

A variável gênero merece também atenção no contexto do controle da hipertensão, pois os homens comparados às mulheres apresentam taxas mais baixas de tratamento e conhecimento da doença,⁽¹⁷⁾ maiores taxas de descontrole,^(17,21,23) menor aderência a tomada das medicações e maior número de faltas às consultas médicas⁽²⁷⁾. Tais comportamentos talvez estejam relacionados ao fato de buscarem atendimento médico com menor frequência e quando a doença e os sinais e sintomas estão instalados; terem consultas mais curtas; priorizarem tratamento em detrimento das possibilidades de promoção da saúde e prevenção da doença. Além disso, a procura de serviços e as práticas de autocuidado podem não ser prioridade quando ameaçam a viabilidade do papel social de provedor.^(5,17) Entender estes comportamentos é um avanço para promoção de práticas de cuidado em saúde e para implementação de estratégias de educação em saúde com empoderamento dos homens visando estimular mudanças nos comportamentos de risco.

Como limitações do estudo destaca-se o tamanho da amostra podendo não ter poder suficiente para detectar algumas associações testadas e a amostragem de conveniência.

Conclusão

Evidenciou-se taxas de não controle da pressão arterial insatisfatórias, elevada prevalência de hábitos de vida inadequados e de excesso de peso. O comprometimento na terapia medicamentosa influenciou sobremaneira o descontrole. Esses dados podem ser reflexo da baixa adesão ao tratamento e da estrutura de acesso aos serviços de saúde e precisam ser enfrentados pela agregação e compartilhamento de práticas e saberes envolvendo como atores os indivíduos hipertensos, sua família, comunidade social e científica, instituições e equipes de enfermagem e de saúde e autoridades públicas.

Referências

1. Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro. 2010;17(1):69.
2. Sanchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velazquez C, Burlando G, Kohlmann O, et al. Latin American guidelines on hypertension. J Hypertens. 2009;27(5):905-22.
3. Pinho NA, Pierin AMG. O Controle da Hipertensão Arterial em Publicações Brasileiras. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2013;101(3):65-73.
4. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(Supl 1):1389-1400.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília-DF, 2009.
6. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Florianópolis. 2001;6(2):5-12.
7. Gómez-Cabello A, Pedrero-Chamizo R, Olivares PR, Hernández-Perera R, Rodríguez-Marroyo JA, Mata E, et al. Sitting time increases the overweight and obesity risk independently of walking time in elderly people from Spain. Maturitas. 2012;73(4):337-43.
8. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. Rev. Saúde Pública. 2007;41(4):606-615.
9. World Health Organization. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. São Paulo: Roca, 2004.
10. IDF - International Diabetes Federation, The Consensus Worldwide definition of the Metabolic Syndrome. Belgium, 2006.
11. Heyward VH, Stolarczyk LM. Applied body composition assessment. Champaign, IL: Human Kinetics, 1996.
12. Najafipour H, Nasri HR, Afshari M, Moazenzadeh M, Shokoohi M, Foroud A, et al. Hypertension: diagnosis, control status and its predictors in general population aged between 15 and 75 years: a community-based study in southeastern Iran. Int J Public Health. 2014;59(6):999-1009.

13. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Blood Pressure Control in Hypertensive Patients in the "Hiperdia Program": A Territory-Based Study. *Arq. Bras. Cardiol.* 2014;102(6):571-578.
14. Serafim TS, Jesus ES, Pierin AMG. Influence of knowledge on healthy lifestyle in the control of hypertensive. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(5):658-64.
15. Dantas RCO. Saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária à saúde. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN. 151f. João Pessoa, 2013.
16. Nobre F, Ribeiro AB, Mion Jr D. Controle da pressão arterial em pacientes sob tratamento anti-hipertensivo no Brasil: Controlar Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010;94(5):663-670.
17. Jiang B, Liu H, Ru X, Zhang H, Wu S, Wang W. Hypertension Detection, Management, Control and Associated Factors Among Residents Accessing Community Health Services In Beijing. *ScientificReports.* 2014;4:4845.
18. Silva CS, Paes NA, de Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, da Silva ATMC, de Araújo JSS. Blood pressure control and adherence/attachment in hypertensive users of Primary Healthcare. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013;47(3):584-590.
19. Gomes TJO, Silva MVR, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Rer. Bras. Hipertens.* 2010;17(3):132-139.
20. Lackland DT. Racial Differences in Hypertension: Implications for High Blood Pressure Management. *Am J Med Sci.* 2014;348(2):135-8.
21. Shelley D, Tseng TY, Andrews H, Ravenell J, Wu D, Ferrari P, et al. Predictors of blood pressure control among hypertensives in community health centers. *Am J Hypertens.* 2011;24(12):1318-23.
22. Ham Ok, Yang SJ. Lifestyle Factors Associated With Blood Pressure Control Among Those Taking Antihypertensive Medication. *Asia-Pacific Journal of Public Health.* 2011;23(4):485–495.
23. Labeit AM, Klotsche J, Pieper L, Pittrow D, Einsle F, Stalla GK, et al. Changes in the prevalence, treatment and control of hypertension in Germany? A clinical-epidemiological study of 50.000 primary care patients. *LoS One.* 2012;7(12):e52229.
24. Yaméogo NV, Kagambèga LJ, Millogo RC, Kologo KJ, Yaméogo AA, Mandi GD, et al. Factors associated with poor blood pressure control in hypertensive black Africans: cross-sectional study of 456 hypertensive patients from Burkina Faso. *Ann Cardiol Angeiol (Paris).* 2013;62(1):38-42.
25. Lee J, Lee H, Kim K, Park JH, Kim S, Oh J. A higher salt intake leads to a lower rate of adequate blood pressure control. *Korean Med Sci.* 2014;29(Suppl 2):103-8.
26. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc. saúde coletiva.* 2013;18(6):1763-72.
27. Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein (São Paulo).* 2013;11(3):331-37.
28. Armario P, Waeber B. Therapeutic strategies to improve control of hypertension. *Journal of Hypertension.* 2013;31(Suppl 1):9-12.
29. Colósimo FC, Silva SSBE, Toma GA, Pierin AMG. Nursing actions increases the control of hypertensive patients and reduces white-coat effect. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012;46:10-15.
30. Ortega KC, Gusmão JL, Pierin AMG, Nishiura JL, Ignez EC, Segre CA, et al . How to avoid discontinuation of antihypertensive treatment: The experience in São Paulo, Brazil. *Clinics.* 2010;65(9):857-63.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação identificou que as taxas de não controle da pressão arterial foram insatisfatórias nos homens acompanhados no núcleo de referência para a saúde do homem, instituído no Centro de Referência para Doenças Cardiovasculares. Trouxe à tona o desafio da prevenção e do controle de um antigo e importante problema de saúde pública considerando o impacto que as doenças crônicas não transmissíveis tem nesta população, sobretudo quando depara-se com alta prevalência de descontrole. Chamou atenção não apenas a prevalência alta de descontrole da pressão arterial como também a alta prevalência de fatores de risco descontrolados para a doença, como hábitos de vida inadequados, excesso de peso central e visceral e uso inadequado da terapia medicamentosa. O uso inadequado da medicação foi reforçado como importante fator associado ao descontrole.

Os resultados obtidos levam ao entendimento de que o cuidado e tratamento ofertados os homens hipertensos não estão sendo efetivos para levar a mudanças necessárias para o controle da pressão arterial. Esses dados podem ser reflexo da baixa adesão ao tratamento e da estrutura de acesso aos serviços de saúde e precisam ser enfrentados pela agregação e compartilhamento de práticas e saberes envolvendo como atores os indivíduos hipertensos, sua família, comunidade social e científica, instituições e equipes de enfermagem e de saúde e autoridades públicas.

Ações para incentivar práticas que promovam hábitos saudáveis são necessários, assim como os investimentos em recursos humanos adequados comprometidos com a profissão e ações de educação em saúde considerando que a aprendizagem só é possível quando se torna significativa para o indivíduo e quando este está disposto a aprender.

A limitação do estudo pode estar associada ao limitado tamanho da amostra podendo não ter poder suficiente para detectar algumas associações testadas. A amostra restrita deveu-se a dificuldade de acesso dos homens para participar do estudo em virtude da reforma do lócus de estudo e a desarticulação do núcleo de referência para o Programa de Saúde do Homem, em Salvador-BA. Outra limitação reside na amostragem de conveniência e no desenho transversal, no qual todas as variáveis são coletadas num único momento, não ocorrendo, portanto, seguimento dos sujeitos da pesquisa. O estudo transversal não prediz o desfecho devido a impossibilidade de estabelecer relações causais.

A investigação contribui para ampliar o referencial teórico acerca da temática, o que por sua vez orienta para a avaliação e tomada de decisão na reorganização dos serviços e definição de políticas de atenção a saúde do homem, na Bahia. Contribui ainda para a reflexão

e compreensão dos fatores relacionados ao descontrole dos níveis pressóricos em homens, bem como, para o planejamento e implementação de práticas de cuidar em saúde e enfermagem.

REFERÊNCIAS

- AIKINS, A. G.; BOYNTON, P.; ATANGA, L. L. Developing effective chronic disease interventions in Africa: insights from Ghana and Cameroon. **Globalization and Health**, London, p. 1-15, apr. 2010.
- AGONDI, R. F. et al. Analysis of action plans and coping plans for reducing salt consumption among women with hypertension. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p.486-94, jun. 2012.
- AKAIKE, H. A new look at the statistical model identification. *IEEE Trans. Auto Cntl AC*, v. 19, n. 6, p.716–723, (1974).
- ALAN, S. G. et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2014 Update A Report From the American Heart Association. **Circulation**, Chicago, v. 129, p. 228-92, jan.2014.
- ALBERTI, K.G.; ZIMMET, P.; SHAW, J. IDF epidemiology task force consensus group. The IDF consensus worldwide definition of metabolic syndrome. **Lancet**, Geneva, v. 366, n. 9491, p.1059-62, 2005.
- ALESSI, A. et al. I Posicionamento brasileiro em hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 100, n. 6, p. 491-501, jun. 2013.
- ARAUJO, J. C.; GUIMARAES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 368-74, jun. 2007.
- ARAUJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 08, n. 02, p. 259-72, 2006. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm>. Acesso em: 19 jan. 2014.
- ARAUJO, I. M.; PAES, N. A. Qualidade dos dados antropométricos dos usuários hipertensos atendidos no Programa de Saúde da Família e sua associação com fatores de risco. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1030-40, out-dez. 2013.
- ARMARIO, P.; WAEBER, B. Therapeutic strategies to improve control of hypertension. **Journal of Hypertension**. v. 31, (Suppl 1), p. 9-12, 2013
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS E PESQUISAS. **Critérios para levantamento de renda e classe social**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso em: 13 mai. 2013.
- AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p.73-92, sept. 2004.
- BANKOFF, A. D. P.; ZAGO, L. C. Studies of anthropometric indicators and their relationship with metabolic variables. **Journal of Preventive Medicine**, Washington, v.4, n. 2, p.64-68, 2014.

BARBOSA, J. B. et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís - MA. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 4, p. 260-66, out. 2008.

BARROS, M. B. A et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-68, Sept. 2011.

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 636-41, jul. 2012.

BOWMAN, T. S. et al. A prospective study of cigarette smoking and risk of incident hypertension in women. **Journal of the American College of Cardiology**, Washington, v. 50, n.21, p. 2085-92, nov.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **VIGITEL BRASIL – 2012**. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília-DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**. Datasus. Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília-DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**. Datasus. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: **hipertensão arterial e diabetes mellitus**. – Brasília-DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília-DF, 2012b.

BRINDEL, P. et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly: the Three City study. **J Hipertens**, n. 24, n. 1, p. 51-8, jan. 2006.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-78, jan. 2009.

CARROLL, D. et al. Blood pressure reactions to stress and the prediction of future blood pressure: effects of sex, age, and socioeconomic position. **Psychosom Med**, USA, v. 65, n. 6, p. 1058-64, nov-dec. 2003.

CARVALHO, F. O. et al. Agregação de fatores de risco cardiovascular e ocorrência de hipertensão arterial em adultos sedentários. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 6, p. 419-22, dez. 2013.

CAVAGIONI, L. C.; PIERIN, A. M. G. Hipertensão arterial em profissionais que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 35-44, jul-set. 2011.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 31-35, jul. 2008.

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. **JAMA**, Chicago, v. 289, n. 19, p. 2560-72, 2003.

CHOI, S. W. et al. Characteristics of hypertension subtypes and treatment outcome among elderly Korean hypertensives. **J Am Soc. Hypertens.**, v. 8, n. 4, p. 246-53, apr. 2014.

CHOW, C. K. et al. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High-, Middle-, and Low-Income Countries. **JAMA**, Chicago, v. 310, n. 9, p. 959-68, sep. 2013.

CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n. 4, p. 519-26, abr. 2010.

COLÓSIMO, F. C. et al. Nursing actions increases the control of hypertensive patients and reduces white-coat effect. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 46, p. 10-5, 2012.

CORDERO, A. et al. Factores asociados a la Falta de controle de la hipertensão arterial em pacientes con y sin enfermedad cardiovascular. **Revista Española de Cardiologia**, Espanha, v. 64, n. 7, p. 587-93, jul. 2011.

- CORNÉLIO, M. E. et al. Behavioural determinants of salt consumption among hypertensive individuals. **J Hum Nutr Diet.**, v. 25, n. 4, p. 334-44, aug.2012.
- CORRÊA, T. D. et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento . **Arq. Med. ABC.**, Santo André, v. 31, n. 2, p. 91-101, jul-dez. 2006.
- COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 1, p. 59-65, jan. 2007.
- COURTENAY, W. H. Construction of Masculinity and Their Influence on Men's Well-Being: A Theory of Gender and Health. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 10, p. 1385-1401, may. 2000.
- COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-70, jun. 2010.
- DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E.V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 3, p. 331-37, 2013.
- DANTAS, R. C. O. et al. Medidas Preventivas para o Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em Homens de um Município Paraibano. **Revista Brasileira Ciências da Saúde**, v. 17, p. 217-224, 2013a.
- DANTAS, R. C. O. **Saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária à saúde**. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN. 151f. João Pessoa, 2013b.
- DENTON, K. M.; HILLIARD, L.M.; TARE, M. Sex-Related Differences in Hypertension: Seek and Ye Shall Find. **Hypertension journal of the American Heart Association**, v. 62, p. 674-77, aug.2013.
- DOROBANTU, M. et al. Hypertension prevalence and control in Romania at a seven-year interval. Comparison of SEPHAR I and II surveys. **J Hypertens**, v. 32, n. 1, p. 39-47, jan.2014.
- DOSSE, C. et al. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 201-06, mar.-apr. 2009.
- EGAN, B. M.; ZHAO, Y.; AXON, R. N. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. **JAMA**, Chicago, v. 303, n. 20, p. 2043-50, may. 2010.
- ESPERANDIO, E. M. et al. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 481-93, set. 2013.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-09, mar. 2005.

FONTES, W.D. et al. Atenção a Saúde do Homem: Interlocação entre ensino e serviço. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 430-33, 2011.

FRISO, S. et al. Epigenetics and arterial hypertension: the challenge of emerging evidence. **Translational Research**, 2014.

GAMA, G.G. G. et al. Dificuldades de indivíduos com doença arterial coronária para seguir o tratamento medicamentoso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 533-39, 2010.

GASPERIN, D. et al. Effect of psychological stress on blood pressure increase: a meta-analysis of cohort studies. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 715-26, apr. 2009.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-72, 2013.

GIUSEPPE, M. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. **European Heart Journal**, v. 31, n. 7, July, 2013.

GLASSER, S.P. et al. Prehypertension, racial prevalence and its association with risk factors: analysis of the Reasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. **Am J Hypertens.**, v. 24, n.2, p. 194-99, feb.2011.

GOMES, R. **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-11, maio, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.565-74, mar, 2007.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v.17, n. 3, p. 132-39, 2010.

GÓMEZ-CABELLO, A. et al. Sitting time increases the overweight and obesity risk independently of walking time in elderly people from Spain. **Maturitas**, v. 73, n. 4, p. 337-43, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.09.001>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília, 2011.

GUEDES, N. G. et al. Prevalence of Sedentary Lifestyle in Individuals With High Blood Pressure. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 21, n. 2, p. 50-6, apr-June.2010.

GUIMARÃES, A. C.; MAGALHÃES, L. B. N. Prevenção da hipertensão arterial primária. In: PIERIN, A. M. G. (Org.). **Hipertensão arterial - uma proposta para o cuidar**. Barueri, São Paulo: Manole, 2004. p. 291-312.

HACKAM, D. G. et al. The 2010 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 2 - therapy. **Can J Cardiol.**, v. 26, n. 5, p. 249-58, may.2010.

HAM, O. K.; YANG, S. J. Lifestyle Factors Associated With Blood Pressure Control Among Those Taking Antihypertensive Medication. **Asia-Pacific Journal of Public Health**. v. 23, n. 4, p. 485-95, 2011.

HE, F. J.; MACGREGOR, G. A. Salt intake, plasma sodium, and worldwide salt reduction. **Ann Med.**, v. 44, p. 127-47, jun. 2012.

HEGDE, S. M.; SOLOMON, S. D. Influence of Physical Activity on Hypertension and Cardiac Structure and Function. **CurrHypertens Rep.**, v. 17, n. 10, p. 588, oct. 2015.

HENRY, S. L. et al. Developmental origins of obesity-related hypertension. **Clinical & Experimental Pharmacology & Physiology.**, v. 39, n. 9, p. 799-806, sep. 2012.

HEYWARD, V.H.; STOLARCZYK, L.M. **Applied body composition assessment**. Champaign, IL: Human Kinetics, 1996.

HOSMER, D. W. LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. New York: John Wiley and Sons. 2000.

ICHIMURA, M. et al. Phycocyanin prevents hypertension and low serum adiponectin level in a rat model of metabolic syndrome. **Nutr Res.**, v. 33, n. 5, p. 397-405, may. 2013.

IDE, C. A. C. Atenção ao doente crônico: um sistema teórico-instrumental em ressignificação. In: Pierin, A. M. G. (org.). **Hipertensão arterial - uma proposta para o cuidar**. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 1-9.

IDF - International Diabetes Federation, **The Consensus Worldwide definition of the Metabolic Syndrome**. Belgium, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA); ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Pesquisa especial de tabagismo**. Relatório Brasil. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Aumento de impostos sobre produtos de tabaco-Apresentação e orientações técnicas**. Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Modelo Lógico e Avaliação.** 2 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2003

ISHITANI, L.H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, Ago. 2006.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-57, apr. 2007.

JIANG, B. et al. Hypertension Detection, Management, Control and Associated Factors Among Residents Accessing Community Health Services In Beijing. **Scientific Reports**, v. 4, p. 4845, 2014.

KANAUCHI, M.; KANAUCHI, K. Diet quality and adherence to a healthy diet in Japanese male workers with untreated hypertension. **Abrir BMJ**, v. 5, n. 7, p.008.404.2015.

KEIJZER, B. **Hasta Donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina.** 2003. Disponível em: <http://americalatinagenera.org/newsite/images/cdr-documents/publicaciones/hasta_donde_el_cuerpo_aguante.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

KHOSRAVI, A. et al. Impact of a community based lifestyle intervention program on blood pressure and salt intake of normotensive adult population in a developing country. **J Res Med Sci.**, v.17, n. 3, p. 235-41,mar. 2012.

KIM, H. S.; KIM, D. G. Effect of long-term resistance exercise on body composition, blood lipid factors, and vascular compliance in the hypertensive elderly men. **Journal of Exercise Rehabilitation**, v. 9, n. 2, p. 271-77,apr. 2013.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 10, p 193-219..

KOHLMANN JR, O.; PLAVNIK, F. L. Complicações da Hipertensão Arterial. In: PIERIN, A. M. G. (Org.). **Hipertensão arterial - uma proposta para o cuidar**. Barueri, São Paulo: Manole, 2004. p. 291-312.

KUBOZONO, T. et al. Acute and chronic effects of smoking on arterial stiffness. **Circ J.**, v. 75, n. 3, p. 698-702, dec.2011.

LABEIT, A. M. et al. Changes in the prevalence, treatment and control of hypertension in Germany? A clinical-epidemiological study of 50.000 primary care patients. **LoS One**. v. 7, n. 12, p.e52229, 2012.

LACKLAND, D. T. Racial Differences in Hypertension: Implications for High Blood Pressure Management. **Am J MedSci**. v. 348, n. 2, p. 135-8, 2014.

LAGUARDIA, J. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenia?. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 371-93, ago. 2005.

- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, mar. 2005.
- LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-16, out. 2012.
- LEE, J. et al. A higher salt intake leads to a lower rate of adequate blood pressure control. **Korean Med Sci.** v. 29, (Suppl 2), p. 103-8, 2014.
- LEÓN-LATRE, M. et al. Sedentarismo y su relación con el Perfil de riesgo cardiovascular, la resistencia a la insulina y la inflamación. **Revista Española de Cardiología**, v. 67, n. 6, p. 449-55, june. 2014.
- LESSA, I. et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 747-56, dez. 2006.
- LESSA, I. et al. Clustering of modifiable cardiovascular risk factors in adults living in Salvador (BA), Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 2, p.131-72, aug. 2004.
- LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v.13, n. 1, p. 39-46, jan-mar. 2006.
- LEVY, D. et al. Genome-wide association study of blood pressure and hypertension. **Nat Genet**, v. 41, n. 6, p. 677-87, jun. 2009.
- LIMA, S. G.; HATAGIMA, A.; SILVA, N. L. C. L. Renin-Angiotensin System: is it Possible to Identify Hypertension Susceptibility Genes? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 6, p. 427-33, dec. 2007.
- LINDEN, W.; MOSELEY, J.V. The Efficacy of Behavioral Treatments for Hypertension. **Appl Psychophysiol Biofeedback**, v. 31, p. 51-63, 2006.
- LIU, T. et al. Association between daily cigarette consumption and hypertension moderated by CYP2A6 genotypes in Chinese male current smokers. **Journal of Human Hypertension**, v. 27, n. 1, p. 24-30, jan.2013.
- LLOYD-SHERLOCK, P. et al. Hypertension among older adults in low and middle-income countries: prevalence, awareness and control. **International Journal of Epidemiology**, p. 1-13, feb. 2014.
- LONGO, G. Z. et al. Prevalência de níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de Lages/SC. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 4, p. 387-94, oct. 2009.
- LOTHMAN, T.G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. **Anthropometric Standardization Reference Manual**. Human Kinetics: Champaign, IL, USA, 1998.

LUFT, C. D. B. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 606-15, ago. 2007.

LUO, W. et al. Interaction of current alcohol consumption and abdominal obesity on hypertension risk. **Physiology & Behavior**, v. 122, p. 182-86, oct. 2013.

MAAS, A. H. E. M.; Franke, H. R. Women's health in menopause with a focus on hypertension. **Netherlands Heart Journal**, v. 17, n. 2, p. 68-72, feb. 2009.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C. Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde - Diagnósticos, instrumentos e intervenções. **Banco Interamericano de Desenvolvimento**. Textos para Debate. 2011.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBAO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1357-63, mai. 2012.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-12, nov. 2011.

MAGALHÃES, M. E. C. et al. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 93-7, 2010.

MARCHI, K. C.; MUNIZ, J. J.; TIRAPELLI, C. R. Hypertension and chronic ethanol consumption: What do we know after a century of study? **World J Cardiol**, v.6, n.5, p. 283-94, May. 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, M. S. A. S. et al. Hipertensão arterial e estilo de vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n. 5, mai. 2010.

MARTINS, A.M.; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 429-40, 2013.

MARTINS, L. C. G. et al. Nível de atividade física em portadores de hipertensão arterial. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2009.

MASSA, K. H. C. et al. Prática de atividade física em quatro domínios em idosos com hipertensão arterial referida no município de São Paulo: estudo de base populacional. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 1, p. 07-13, 2012.

MATSUDO, S. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 5-12, 2001.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática na integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-16, set-out, 2004.

MENDES, T. A. B. et al. Factors associated with the prevalence of hypertension and control practices among elderly residents of São Paulo city, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2275-86, nov. 2013.

MENETON, P.; et al. Links Between Dietary Salt Intake, Renal Salt Handling, Blood Pressure, and Cardiovascular Diseases. **Physiol Rev**, v. 85, n. 2, p. 679-715, apr.2005.

MION JR, D. et al. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 99-106, jul. 2010.

MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. R. Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 62-72, Jan. 2013.

MUNARETTI, D. B. et al. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 25-30, fev. 2011.

MURARO, A. P. et al . Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1187-98, maio. 2013.

MUSSI, F. C. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 752-59, set-out. 2004.

MUSSI, F. C.; FREITAS, K. S.; GIBAUT, A. M. Prácticas del cuidar em Enfermería para lapromoción del confort. **Index de enfermeria**, v. 23, n. 1, 2014.

NAJAFIPOUR, H. et al. Hypertension: diagnosis, control status and its predictors in general population aged between 15 and 75 years: a community-based study in southeastern Iran. **Int J Public Health**. v. 59, n. 6, p. 999-1009, 2014.

NASCENTE, F. M. N. et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 4, p.502-09, out. 2010.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. National Heart, Lung and Blood Institute. **Multi – ethnic study of atherosclerosis (MESA):** field center manual of operations. Sealttle, 2001.
NATIONS, M. et al. Balking blood pressure "control" by older persons of Bambuí, Minas Gerais State, Brazil: an ethno-epidemiological inquiry. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 3, p. 378-389, 2011.

NOBLAT, A. C. B.; LOPES, M. B.; LOPES, A. A. Raça e lesão de órgãos-alvo da hipertensão arterial em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de referência na cidade de Salvador. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 82, n. 2, p. 111-15, fev. 2004.

NOBRE, F.; RIBEIRO, A. B.; MION JR, D. Controle da pressão arterial em pacientes sob tratamento anti-hipertensivo no Brasil: Controlar Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n. 5, p.663-670, mai. 2010.

NOGUEIRA, D. et al. Awareness, treatment, and control of arterial hypertension: Pró-Saúde Study, Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 27, n. 2, p. 103-109, feb. 2010.

NUNES FILHO, J. R. et al. Prevalência de Fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 5, p. 319-24, nov. 2007.

O'BRIEN, E. et al. Blood pressure measuring devices: recommendations of European society of Hypertension. **BMJ**, London, v. 322, n. 7285, p. 531-36, mar, 2001.

OLIVEIRA, B. F. A. et al. Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1617-30, ago. 2013.

OLIVEIRA, A. et al. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 241-9, abr-jun. 2008a.

OLIVEIRA, C.M. et al. Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: Bapendi Heart Study. **BMC Medical Genetics**, v.9, n. 32, 2008b.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta paul. Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013.

ORTEGA, K. C. et al. How to avoid discontinuation of antihypertensive treatment: The experience in São Paulo, Brazil. **Clinics.**, v. 65, n. 9, p. 857-63, 2010.

PALMA, A.; VILAÇA, M. M. O sedentarismo da epidemiologia. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 105-19, jan. 2010.

PARDINI, R. et al. Validação do Questionário Internacional do Nível de Atividade Física (IPAQ –versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.**, Brasília, v. 9 n. 3, p. 45-51, jul. 2001.

PARKER, E. D. et al. Physical Activity in Young Adults and Incident Hypertension Over 15 Years of Follow-Up: The CARDIA Study. **American Journal of Public Health**, v. 97, p. 703-9, 2007.

PASSAGLIA, A. B. Angiotensin type 1 receptor mediates chronic ethanol consumption-induced hypertension and vascular oxidative stress. **Vascular Pharmacology**. 2015.

PEREIRA, M. R. et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2363-2374, out. 2007.

- PERIN, M. S. et al. Characterization of salt consumption among hypertensives according to socio-demographic and clinical factors. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1013-21, out. 2013.
- PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1389-1400, 2011.
- PIERIN, A. M. G. et al. Variáveis biopsicossociais e atitudes frente ao tratamento influenciam a hipertensão complicada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 5, 648-654, out. 2010.
- PINHO, N. A.; PIERIN, A. M. G. O Controle da Hipertensão Arterial em Publicações Brasileiras. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101, n. 3, p. 65-73, 2013.
- PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JUNIOR, A. G.. Integrality in the population's health care programs. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007.
- PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2257-67, dez. 2008.
- PIRES, C. G. S.; AZEVEDO, S.Q.R.; MUSSI, F. C. Fatores de risco cardiovascular em estudantes de enfermagem: elaboração de procedimentos de avaliação. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, p. 294-302, 2014.
- PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C.; REIS, V. R. S. S. O Cuidado de Enfermagem na atenção às pessoas com hipertensão arterial: Essência ou desafio? **Paraninfo Digital**, n. 16, 2012. Disponível em: <<http://www.index-f.com/para/n16/121d.php>>. Acesso em: 10 mar. 2014.
- ROBITAILLE, C. et al. Diagnosed hypertension in Canada: incidence, prevalence and associated mortality. **CMAJ**, v. 184, n. 1, p. 49-56, jan. 2012.
- ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 672-8, 2009.
- SACKS, F. M. et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. Dash-Sodium Collaborative Research Group. **N Engl J Med**, v. 344, p. 3-10, 2001.
- SANCHEZ, R. A. Latin American guidelines on hypertension. Latin American Expert Group. **J Hypertens**, v. 27, n. 5, p. 905-22, may. 2009.
- SCHMIDT, M.S. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, p. 61-74, june. 2011.
- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

- SERAFIM, T. S.; JESUS, E. S.; PIERIN, A. M. G. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 658-64, out. 2010.
- SESSO, H. D. et al. Alcohol Consumption and the Risk of Hypertension in Women and Men. **Hypertension**, v. 51, n. 4, p. 1080-7, apr.2008.
- SHELLEY, D. et al. Predictors of blood pressure control among hypertensives in community health centers. **Am J Hypertens**. v. 24, n. 12, p. 1318-23, 2011.
- SILVA, G. C. A.; PIERIN, A. M. G. A monitorização residencial da pressão arterial e o controle de um grupo de hipertensos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 922-28, ago. 2012.
- SILVA, L. B. E. et al. Prevalência de hipertensão arterial em Adventistas do Sétimo Dia da capital e do interior paulista. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 98, n. 4, abr. 2012a.
- SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561-68, set. 2012b.
- SILVA, C. S. et al. Blood pressure control and adherence/attachment in hypertensive users of Primary Healthcare. **Rev. esc. enferm. USP**, n. 47, v. 3, p. 584-90, 2013.
- SILVEIRA, J. et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Caderno de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 129-134, jun. 2013.
- SIMÃO, A. F. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101, n. 6, p. 1-63, 2013.
- SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 69 p., 2010.
- SOUZA, A. R. A. et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 441-46. Apr. 2007.
- SOUZA, D. S. M. Alcohol and hypertension. Epidemiological, pathophysiological and clinical aspects. **Rev. Bras. Hipertens**. v. 21, n. 2, p. 83-6, 2014.
- SOUZA, C. S. et al. Blood Pressure Control in Hypertensive Patients in the "Hiperdia Program": A Territory-Based Study. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 102, n. 6, p. 571-578, June. 2014.
- STAMLER, J. The INTERSALT study: Background, methods, findings and implications. **Am J Clin Nutr.**, v.65, p. 626-42, feb. 1997.

TAVARES, F. G.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; CARDOSO, A. M. Níveis tensionais de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1399-1409, maio, 2013.

THUY, A. B. et al. The association between smoking and hypertension in a population-based sample of Vietnamese men. **J Hypertens**, v. 28, n. 2, p. 245-50, feb, 2010.

TIBAZARWA. K. B.; DAMASCENO, A. A. Hypertension in Developing Countries. **Canadian Journal of Cardiology**, v. 30, n.5, p. 527-533, may, 2014.

TOBE, S. W. et al. Impact of job and marital strain on ambulatory blood pressure: results from the double exposure study. **American Journal of Hypertension**, v. 18, p. 1046-51, 2005.

TRÊS, G. S. et al. Controle da pressão arterial, do diabetes mellitus e da dislipidemia na população de hipertensos de um ambulatório de residência médica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 143-7, 2009.

TULMAN, D. B. et al. Advances in management of acute hypertension: a concise review. **Discov Med.**, v. 13, n. 72, p. 375-83, may. 2012.

ULBRICH, A. Z. et al. Probabilidade de hipertensão arterial a partir de indicadores antropométricos em adultos. **ArqBrasEndocrinolMetab**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 351-57. aug. 2012.

VIEIRA, L. C. S. et al. A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 215-17, 2011.

VITOR, A. F. et al. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 251-60, abr-jun. 2011.

WANG, J. Trends of hypertension prevalence, awareness, treatment and control in rural areas of northern China during 1991-2011. **China Journal of Human Hypertension**, v. 28, n. 1, p. 25-31, jan. 2014.

WAKABAYASHI, I.; ARAKI, Y. Influences of Gender and Age on Relationships Between Alcohol Drinking and Atherosclerotic Risk Factors. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 34, n. 1, p. 54-60, feb. 2010.

WELZER-LANG, D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: SCHPUN, M. R. (org). **Masculinidades**. São Paulo: Bio tempo, 2004. p. 107-29.

WONG, N. D. et al. Preventing heart disease by controlling hypertension: Impact of hypertensive subtype, stage, age, and sex. **American Heart Journal**, v. 145, n. 5, p. 888-95, may. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report no ncommunicable diseases 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em: 14 abr. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. Geneva, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Physical Activity Questionnaires (IPAQ) Scoring Protocol**. Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global**. São Paulo: Roca, 2004.

YAN, L. L. et al. Psychosocial factors and risk of hypertension: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. **JAMA**, Chicago, v. 290, n. 16, p. 2138-48, oct.2003.

YANG, J. et al. Prevalence of prehypertension and hypertension in a Chinese rural area from 1991 to 2007. **Hypertension Research**, v. 33, p. 331-37, apr.2010.

YADAV, D. et al. Prevalence of Dyslipidemia and Hypertension in Indian Type 2 Diabetic Patients with Metabolic Syndrome and its Clinical Significance. **Osong Public Health and Research Perspectives**, v. 5, n. 3, p. 169-75, june. 2014.

YAMÉOGO, N. V. et al. Factors associated with poor blood pressure control in hypertensive black Africans: cross-sectional study of 456 hypertensive patients from Burkina Faso. **Ann Cardiol Angeiol (Paris)**, v. 62, n. 1, p. 38-42, 2013.

YUSUF, S. et al. Interheart Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **Lancet**, Geneva, v. 364, p. 937-52, sep.2004.

ZATTAR, L. C. et al. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 507-521, mar. 2013.

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFBA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL DE HOMENS

Pesquisador: GLICIA GLEIDE GONÇALVES GAMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09870313.4.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 268.722

Data da Relatoria: 03/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de doutorado a ser desenvolvido no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFBA. Desenho de ensaio clínico randomizado, simples-cego que será realizado em centro de saúde referência em Saúde do Homem e doenças cardiovasculares em Salvador/BA. Tem como critério de Inclusão: 380 homens adultos, dividindo os homens em dois grupos distintos: grupo-intervenção e grupo-controle, com idade entre 20 e 59 anos (intervalo determinado pelo programa Saúde do Homem), conscientes, orientados no tempo e espaço, matriculados no centro de referência e acompanhados no Programa de Saúde do Homem, com diagnóstico médico Hipertensão Arterial Sistêmica (CID: I10/I15), que tenham celular para recebimento de SMS (torpedos de mensagens) e que concordarem em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os grupos serão acompanhados por sete meses consecutivos e comparados ao final do processo. Os dados serão codificados e registrados em programa estatístico (SPSS) para posterior análise.

Objetivo da Pesquisa:

H 1= Há redução dos níveis de pressão arterial e melhora no conhecimento sobre a HAS e as medidas para o seu controle nos homens do grupo intervenção.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 268.722

Objetivo Primário: Avaliar a efetividade de um programa de educação em saúde na redução dos valores da pressão arterial e na melhora do conhecimento sobre a

HAS e medidas para o seu controle em homens hipertensos.

Objetivo Secundário: 1. Descrever os valores da pressão arterial e os fatores de risco para HAS e o seu grau de controle no grupo intervenção e controle no baseline;2.

Identificar o conhecimento sobre a HAS e as medidas para o seu controle no baseline;3. Operacionalizar o programa de intervenção em saúde com o grupo randomizado de homens hipertensos;4. Comparar a prática de atividade física, o tabagismo, o consumo de bebida alcoólica, e os hábitos alimentares e o estresse no grupo-intervenção e no grupo-controle ao término da implementação do programa de intervenção;5. Comparar os valores da pressão arterial, da circunferência da cintura e do quadril, da razão cintura-quadril, do IMC e perfil lipídico e do nível de estresse no grupo -intervenção e no grupo-controle ao término da implementação do programa de intervenção;6. Comparar o conhecimento sobre a HAS e as medidas para o seu controle no grupo-intervenção e no grupo-controle ao término da implementação do programa de intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "A coleta será feita no laboratório do centro (o material utilizado será descartável e estéril), mas durante a realização da mesma você poderá sentir dor, e/ou vir apresentar algum hematoma local após a punção". "Entretanto você estará sendo acompanhado pela equipe do estudo durante todos os momentos do desenvolvimento desta pesquisa. Essa equipe é composta por enfermeiros e acadêmicos de enfermagem. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa haverá formas de indenização conforme previsto em lei".

Benefícios: "O desfecho primário deste estudo consiste na redução dos níveis de pressão arterial dos homens do grupo intervenção.Os desfechos secundários incluirão: melhoria no conhecimento do grupo intervenção sobre a hipertensão arterial sistêmica seus fatores de risco(tabagismo, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de bebida alcoólica e estresse psicossocial). O estudo poderá oferecer subsídios para atuação de enfermagem e equipe multidisciplinar em um grupo de indivíduos hipertensos por meio da implementação de atividades de prevenção e controle da doença e seus fatores de risco que visem evitar ocorrência de outros agravos tais como acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e, conseqüentemente minimizem a morbidade e mortalidade por tais doenças. Poderá contribuir para a reflexão sobre as práticas de cuidado e ensino em enfermagem e para uma execução permanente das atividades

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 268.722

preventivas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os dados que forem registrados e codificados nos formulários constituirão um banco de dados no programa estatístico SPSS 18.0 for Windows. Serão realizadas análises descritivas (índices percentuais), utilizando-se tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa haverá formas de indenização conforme previsto em lei.

Recomendações:

NSA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A Plenária homologa o PARECR de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

SALVADOR, 10 de Maio de 2013

Assinador por:

DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prezado Senhor,

Você está sendo convidado para participar do estudo “EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL DE HOMENS”, cujo objetivo é avaliar a efetividade de um programa de educação em saúde na redução dos valores da pressão arterial e na melhora do conhecimento sobre a HAS e medidas para o seu controle em homens hipertensos.

A sua participação neste estudo é voluntária e antes de decidir se irá ou não participar deste estudo é importante que você leia as informações a seguir e tire todas as suas dúvidas.

Procedimentos do Estudo:

Você está sendo convidado para participar deste estudo, pois você é um paciente acompanhado no programa sobre a saúde do homem do Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares (CRDC). Neste estudo gostaríamos de avaliar o seu conhecimento com relação à hipertensão, coletar informações referentes aos seus antecedentes pessoais e familiares de fatores de risco para hipertensão, bem como hábitos de vida e seguimento do tratamento. Estas informações serão coletadas através de entrevistas realizadas por pessoas treinadas e que respeitarão suas respostas.

Ocorrerão também eventuais contatos telefônicos e possivelmente diferentes atividades gravadas de educação em saúde na perspectiva da participação social voltadas para prevenção e controle da HAS a depender do grupo em que você seja alocado;

Segurança dos procedimentos e eventual desconforto:

Haverá também um momento em que será preciso conceder verificação de pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal; conceder a coleta de sangue para dosagem do perfil lipídico (gorduras presentes no seu sangue).

A coleta será feita no laboratório do centro (o material utilizado será descartável e estéril), mas durante a realização da mesma você poderá sentir dor, e/ou vir apresentar algum hematoma local após a punção. Entretanto você estará sendo acompanhado pela equipe do estudo durante todos os momentos do desenvolvimento desta pesquisa. Essa equipe é composta por enfermeiros e acadêmicos de enfermagem. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa haverá formas de indenização conforme previsto em lei.

Voluntariedade:

A sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Se você decidir participar, você ainda terá a liberdade de, a qualquer momento, parar de realizar os procedimentos deste estudo, sem ter que dar nenhuma explicação. Sua decisão não comprometerá em hipótese alguma seu acompanhamento no CRDC.

Confidencialidade:

Sua participação neste estudo será estritamente confidencial. Você não será identificado em nenhum relatório ou publicação resultante deste estudo. Se você, a qualquer momento, tiver mais alguma dúvida relacionada ao estudo, favor contactar a **Profa. Glicia Gleide Gonçalves Gama, Tel.: 9961-6969.**

Não existirão despesas ou compensações pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Caso haja dúvidas relacionadas com seus direitos legais, favor contatar o Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Escola de Enfermagem da UFBA, localizado na Rua Augusto Viana S/N 3º Andar, Canela, através do tel. (71)3283-7615 ou e-mail: cepee.ufba@ufba.br.

Os princípios éticos, também, serão incluídos garantindo a beneficência que pondera os riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.

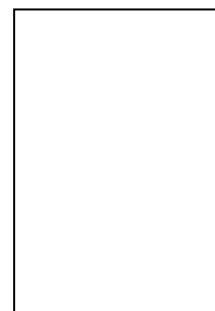
Consentimento:

Com base no texto escrito acima, concordo em participar do estudo voluntariamente, submetendo-me a questionários e exames, e em caso de dúvidas sobre o estudo poderei entrar em contato com a pesquisadora.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável



Impressão do dedo
polegar. Caso não
saiba assinar

ANEXO C - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO A

Data: __/__/__ Hora: __:__

Código
Pesquisador**PARTE I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. INICIAIS DO NOME:
2. Qual a sua IDADE (em anos completos)?
3. Para você qual a sua cor: (1) branca (2) preta (3) parda
4. Qual a sua situação conjugal? (1) solteiro/ sem companheiro(a) (2) casado/união estável/com companheiro(a) (3) separado/divorciado (4) viúvo
5. Qual a sua ESCOLARIDADE? (1) analfabeto (2) assinar nome (3) ensino fundamental incompleto (4) ensino fundamental completo (5) ensino médio incompleto (6) ensino médio completo (7) sup incompleto (8) sup completo.
6. Qual a sua PROFISSÃO?
7. Qual a sua OCUPAÇÃO HABITUAL?
8. Qual a sua SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA?: (1) desempregado (2) empregado carteira assinada (3) empregado sem carteira assinada (4) autônomo (5) prestador de serviços (6) aposentado com atividade aposentado (7) aposentado sem atividade (8) aposentado por invalidez
9. Qual a sua RENDA FAMILIAR (em salários mínimos)? (0) <1SM (1) 1SM (2) 2SM (3) 3SM (4) 4SM (5) 5SM (6) 6 ou mais SM (especificar: _____)
10. Quantas pessoas dependem dessa renda? _____
11. Quantos filhos você tem? ____ (0) não se aplica
12. Quem é o responsável ou o chefe da família? (1) o próprio (2) pai (3) mãe (4) padrasto (5) madrasta (6) irmão (7) filho (8) outro. _____
13. Qual a escolaridade do chefe da família? (1) analfabeto (2) assinar nome (3) ensino fundamental incompleto (4) ensino fundamental completo (5) ensino médio incompleto (6) ensino médio completo (7) sup incompleto (8) sup completo.

Qual (is) do(s) item (ns) você possui ou que tem em sua casa?

- a) Televisão em cores (1) sim. Quantidade ____ (2) não
- b) Rádio (1) sim. Quantidade ____ (2) não
- c) Máquina de lavar (1) sim. Quantidade ____ (2) não
- d) Videocassete e /ou DVD (1) sim. Quantidade ____ (2) não
- e) Geladeira (1) sim. Quantidade ____ (2) não
- f) Frezer (**aparelho independente ou parte da geladeira duplex**) (1) sim. ____ (2) não
- g) Automóvel (1) sim. Quantidade ____ (2) não
- h) Telefone celular: (1) sim. Quantidade ____ (2) chips. Quantidade ____ (3) não
- i) Telefone residencial (1) sim. Quantidade ____ (2) não
- j) Motocicleta (1) sim. Quantidade ____ (2) não
- k) Bicicleta (1) sim. Quantidade ____ (2) não
- l) Empregada mensalista (aquelas que trabalham pelo menos 5 vezes na semana) (0) não (1) babá ____ (2) motorista ____ (3) cozinheira ____ (4) copeira ____ (5) arrumadeira ____
- m) Banheiro (considerar o vaso sanitário) (1) sim. Quantidade ____ (2) não

14. Classe social (ver tabela abaixo): (1)A1 (2)A2 (3)B1 (4)B2 (5)C1 (6)C2 (7)D (8)E

15. RESIDÊNCIA: END.:

CEP:

Cidade:

Estado:

Tel celular (p/SMS). 1:

Tel. 2:

PARTE II - ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES DE FATORES DE RISCO PARA HAS E COMORBIDADES

a) ANTECEDENTES FAMILIARES:

16. Existe alguém na sua família com diagnóstico médico de pressão alta?
[1] Sim [2] Não [3] Não sabe
17. Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) avós (4) irmãos (5) filhos (as) [0] não se aplica
18. Existe alguém na sua família com excesso de peso?
[1] Sim [2] Não [3] Não sabe
19. Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) avós (4) irmãos (5) filhos (as) [0] não se aplica
20. Existe alguém na sua família que teve diagnóstico médico de derrame cerebral (AVC)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe
21. Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) avós (4) irmãos (5) filhos (as) [0] não se aplica
22. Existe alguém na sua família com diagnóstico médico de gordura aumentada no sangue (colesterol ou triglicérides altos)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe
23. Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) avós (4) irmãos (5) filhos (as) [0] não se aplica
24. Alguém na sua família teve diagnóstico médico de ataque cardíaco (IAM ou Angina Aguda)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe
25. Caso sim, quem: (1) pai (2) mãe (3) avós (4) irmãos (5) filhos (as) [0] não se aplica

b) ANTECEDENTES PESSOAIS:

26. Você tem ou já teve diagnóstico médico de colesterol ou triglicérides alto (taxa de gordura aumentada no sangue)? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe
27. Você tem ou já teve excesso de peso? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe

c) HÁBITOS DE VIDA:

28. Você fuma? [1] Sim [2] Não [3] Parou
29. Se fumar, há quanto tempo? _____ (ANOS) [0] Não se aplica
30. Se parou de fumar, há quanto tempo? _____ (ANOS) [0] Não se aplica
31. O que fuma (ou)? [1] cachimbo [2] charuto [3] cigarro [0] Não se aplica
32. Quantos cigarros /dia? _____ [0] Não se aplica
33. Costuma ficar em lugares onde outras pessoas fumam? [1] Sim [2] Não
34. Faz uso de substâncias como cocaína, maconha, crack, êxtase (drogas ilícitas)? [1] Sim [2] Não
35. Qual? _____ [0] Não se aplica
36. Você bebe? [1] Sim [2] Não [3] Parou
37. Se beber, há quanto tempo (ANOS)? _____ [0] Não se aplica
38. Se parou de beber, há quanto tempo (ANOS)? _____ [0] Não se aplica
- Qual a quantidade e o quê você bebe durante a semana?**
39. **CERVEJA:** (0) não bebe (1) 1 copo de Chopp (350 ml) ou 1 lata – 1 “dose”, (2) 1 garrafa – 2 “doses”, (3) 3 ou mais doses
40. **VINHO:** (0) não bebe, (1) 1 Taça (150 ml); (2) 2 “doses”; (3) 1 garrafa – 8 doses ou mais
41. **CACHAÇA, VODKA, WHISKY OU CONHAQUE:** (0) não bebe, (1) 1 “martelinho”(40 ml), (2) 2 doses 1 “martelo”(100 ml), (3) 3 “doses” ou 1 garrafa- mais de 20 “doses”
- Qual a quantidade e o quê você bebe durante o final de semana?**
42. **CERVEJA:** (0) não bebe (1) 1 copo de Chopp (350 ml) ou 1 lata – 1 “dose”, (2) 1 garrafa – 2 “doses”, (3) 3 ou mais doses
43. **VINHO:** (0) não bebe, (1) 1 Taça (150 ml); (2) 2 “doses”; (3) 1 garrafa – 8 doses ou mais

44. **CACHAÇA, VODKA, WHISKY OU CONHAQUE:** (0) não bebe, (1) 1 “martelinho”(40 ml), (2) 2 doses 1 “martelo”(100 ml), (3) 3 “doses” ou 1 garrafa- mais de 20 “doses”
45. Já tentou parar de beber? [1] Sim [2] Não [0] Não se aplica
46. Teve dificuldades? [1] Sim _____ [2] Não [0] Não se aplica

PARTE III – DADOS SOBRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HAS E CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA

a) SOBRE A HAS

47. Qual o tempo de diagnóstico médico de pressão alta? (MESES) _____
48. Você já ficou internado devido ao aumento da pressão? [1] Sim [2] Não
49. Caso sim, quantas vezes? _____ [0] Não se aplica
50. Caso sim, quanto tempo durou o internamento mais longo? (DIAS) _____ [0] Não se aplica

b) CONHECIMENTO SOBRE HAS E DIFICULDADES E FACILIDADES PARA O SEGUIMENTO DO TRATAMENTO

51. Como o Sr. entende a sua doença (Pressão alta)? (GRAVADO)
52. O que o Sr. acha que causou a pressão alta? (GRAVADO)
53. O que o Sr. acredita que ajuda no controle da pressão alta? (GRAVADO)
54. O que o Sr. gostaria de saber sobre a hipertensão arterial? (GRAVADO)
55. Qual a ajuda que o Sr. precisa receber para melhor controlar a pressão alta? (GRAVADO)
56. Qual o motivo que fez o senhor procurar o programa Saúde do Homem aqui no CRDC? (GRAVADO)
57. Quanto tempo o Sr. é acompanhado aqui no CRDC? _____ (MESES)

58. Com que frequência o Senhor retorna ao CRDC? _____ (MESES)

59. O Sr. acha que a pressão alta atrapalha na sua atividade sexual? [1] sim [2] não [3] não sabe [0] não se aplica

60. Se sim, de que forma ela atrapalha? _____
 _____ [0] não se aplica
61. Você usa ou já usou viagra ou similar? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe
62. Que tipo de orientação você recebeu relacionada ao controle da hipertensão? [1] fazer dieta [2] praticar exercícios [3] parar de fumar [4] reduzir o peso [5] reduzir a ingestão de bebida alcoólica [6] reduzir o estresse [7] outros – especifique: _____ [0] Não se aplica/ não recebeu orientação
63. Que pessoas lhe deram essas orientações? _____

64. Você tem conseguido seguir as orientações recebidas para o controle da pressão alta? [1] Sim [2] Não [0] Não se aplica
65. O que tem impedido? _____
 _____ [0] Não se aplica

66. Quanto tempo deve durar o tratamento da sua hipertensão? [1] menos que 1 ano [2] de 1 a 5 anos [3] a vida toda [4] não sabe
67. O remédio pode curar a pressão alta? [1] sim [2] não [3] não sabe
68. Quais os remédios que foram receitados pelo médico? (vide tabela abaixo e preenche-la)
69. Você consegue tomar os remédios que foram receitados? [1] sim [2] não
70. Se não, por quê? [0] não se aplica _____

Medicações em uso – dados receita médica

NOME	UNIDADE/DIA

PARTE IV - DADOS CLÍNICOS, ANTROPOMÉTRICOS E RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS

a) DADOS CLÍNICOS E ANTROPOMÉTRICOS E RESULTADOS DE EXAMES

71. PA(1): ____ / ____ mm Hg
72. PA(2): ____ / ____ mm Hg PAMsistólica: _____
73. PA(3): ____ / ____ mm Hg PAMdiastólica: _____
74. Peso: ____ Kg
75. Altura: __, __ m
76. IMC: _____ kg/m²
77. Circunferência cintura: _____ cm
78. Circunferência quadril: _____ cm
79. Razão cintura/quadril: _____ **Risco RCQ(tabela): _____**

INSTRUMENTO B

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2012).

80. Em quantos dias da semana o Sr. costuma comer feijão ou outra leguminosa? **(Deixar ele responder e depois marcar a opção)**
- (1) 5 ou mais dias na semana
(2) < 5 dias por semana
81. Em quantos dias da semana, o Sr. costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?
- (1) 5 ou mais dias na semana
(2) < 5 dias por semana
(0) não se aplica/ não consome
82. Em quantos dias da semana, o Sr. costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?
- (1) 5 ou mais dias na semana
(2) < 5 dias por semana
(0) não se aplica/ não consome salada
83. Num dia comum, o Sr. come este tipo de salada:
- (1) apenas no almoço (1 vez no dia)
(2) apenas no jantar ou
(3) no almoço e no jantar (2 vezes no dia)
(0) não se aplica/ não consome salada
84. Num dia comum, o Sr. come verdura ou legume cozido:
- (1) no almoço (1 vez no dia)
(2) no jantar ou
(3) no almoço e no jantar (2 vezes no dia)
(0) não se aplica/ não consome
85. Em quantos dias da semana o Sr. costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)? _____
86. Quando o Sr. come carne vermelha com gordura, o Sr. costuma:
- (1) tirar sempre o excesso de gordura
(2) comer com a gordura
(3) não come carne vermelha com muita gordura
(0) não se aplica/ não consome
87. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango?
- (1) 5 ou mais dias na semana
(2) < 5 dias por semana
(0) não se aplica/ não consome
88. Quando o Sr. come frango/galinha, o Sr. costuma:
- (1) tirar sempre a pele
(2) comer com a pele
(3) não come pedaços de frango com pele
(0) não se aplica/ não consome
89. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer peixe?
- (1) 5 ou mais dias na semana
(2) < 5 dias por semana
(0) não se aplica/ não consome
90. Quando o Sr. come peixe, o Sr. costuma:
- (1) tirar sempre a pele
(2) comer com a pele
(3) não come pedaços de peixe com pele
(0) não se aplica/ não consome
91. O Sr. prefere que forma de preparo do peixe?
- (1) frito
(2) cozido, assado e/ou gralhado
(3) todas as formas de preparo
(0) não se aplica/ não consome
92. Em quantos dias da semana o Sr. costuma tomar suco de frutas natural? _____
- (0) não se aplica/ não ingere suco de frutas
93. Num dia comum, quantas copos o Sr. toma de suco de frutas natural?

- (1) 1 copo; (2) 2 copos; (3) 3 ou mais copos (0) não se aplica
94. Em quantos dias da semana o Sr. costuma comer frutas? _____
95. Num dia comum, quantas vezes o Sr. come frutas?
 (1) 1 vez no dia (2) 2 vezes no dia (3) 3 ou mais vezes no dia (0) não se aplica
96. Em quantos dias da semana o Sr. costuma tomar refrigerante ou suco artificial?
 (1) 0 a 2 dias por semana
 (2) 3 ou mais dias por semana
 (0) não se aplica
97. Que tipo?
 (1) predominantemente normal
 (2) predominantemente diet/light/zero
 (0) não se aplica
98. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?
 (1) 1
 (2) 2
 (3) 3
 (4) 4
 (5) 5 ou mais
 (0) não se aplica
99. Em quantos dias da semana o Sr. costuma tomar leite? (não vale soja)
 (1) 3 ou mais dias na semana
 (2) < 3 dias por semana
100. Quando o Sr. toma leite, que tipo de leite costuma tomar com maior frequência?
 (1) integral
 (2) desnatado ou semi-desnatado
 (3) os dois tipos
 (0) não sabe
101. Com que frequência o Sr. costuma tomar café da manhã fora de casa (não vale só cafezinho):
 (1) 3 ou mais dias na semana
 (2) < 3 dias na semana
 (3) nunca
102. O que é mais comum na forma de preparo dos alimentos que o Sr. come? Ou qual a forma mais frequente de preparo dos alimentos que o Sr. come?
 (1) cozidas, assadas e grelhadas
 (2) fritos
103. Por dia, em média, quanto adiciona de sal na comida já preparada?
 (1) 1 colher de café
 (2) 1 colher de sobremesa
 (3) 1 colher de sopa
 (4) 2 colheres de sopa
 (5) outra quantidade. Especificar _____
 (0) não se aplica
104. Usa algum produto para substituir o sal?
 (1) Caldo Knorr ou shoyo ou sal dietético ou bacon;
 (0) Não usa.
105. Quantas refeições o Sr. faz por dia?
 (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro (5) cinco (6) seis (7) outro.
 Especificar _____
106. O Sr. come nos intervalos das principais refeições: (1) sim (2) não (3) às vezes (4) raramente
107. Qual a quantidade de ovos costuma consumir por semana? (1) um (2) dois (3) três (4) outro. Especificar _____ (0) não consome
108. Qual a forma de preparo dos ovos?
 (1) cozido (2) frito na manteiga ou banha;
 (3) pochê; (0) não se aplica
109. O Sr. consome bolos, tortas e doces?
 (1) 3 ou mais dias na semana
 (2) < 3 dias na semana
 (3) nunca
110. Qual a quantidade (ou fatias) consome de bolo/ tortas e doces por dia?
 (1) 1 a 3

- (2) ≥ 3
 (3) não consome

- (1) 3 ou mais dias na semana
 (2) < 3 dias na semana
 (3) nunca

111. O Sr. consome pizzas, massas e pães?

INSTRUMENTO C - QUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FISICA
(IPAQ reduzido)

112. Você trabalha de forma remunerada: (1) Sim (2) Não
 113. Quantas horas você trabalha por dia? ____ (0) não se aplica/aposentado
 114. Quantos anos completos você estudou: ____
 115. De forma geral sua saúde está: (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana NORMAL, USUAL ou HABITUAL. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes.

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez

116. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginastica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar BASTANTE ou aumentem MUITO sua respiração ou batimentos do coração?

_____ dias por semana

() NENHUM

117. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas _____ Minutos _____ (0) não se aplica

118. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginastica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumentem moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)?

_____ dias por semana

() NENHUM

119. Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas _____ Minutos _____

120. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

_____ dias por semana

() NENHUM

121. Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos quanta tempo no total você gasta caminhando **por dia?**

Horas_____Minutos_____ (0)

não se aplica

Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.

122. Quanto tempo **por dia** você fica sentado em um dia na semana?

Horas_____Minutos_____

123. Quanto tempo **por dia** você fica sentado em no final de semana?

Horas_____Minutos_____

INSTRUMENTO D - ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

Luft et al. (2007)

Itens e instruções para aplicação

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0= nunca 1= quase nunca 2= às vezes 3= quase sempre 4= sempre

Neste último mês, com que frequência...					
124. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
125. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
126. Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
127. Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
128. Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
129. Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
130. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
131. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
132. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
133. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
134. Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
135. Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
136. Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
137. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4