

# SAÚDE DO HOMEM: DESAFIOS DO MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL EM PASSAGEIROS DE TRANSPORTE PÚBLICO

Francisco Akison Leite <sup>1</sup>  
Clésia Oliveira Pachú <sup>2</sup>

## RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis representam grande causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Entre elas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), resulta em incapacidades, com impactos negativos à vida econômica e perda da qualidade de vida. Por questões socioculturais e institucionais o homem não procura atendimento de atenção primária à saúde, em consequência, impede a adoção de medidas que venham a promover estes cuidados. Neste contexto, faz-se necessário realizar intervenções intersetoriais contínuas voltadas à prevenção e controle da HAS. Objetivou-se intervir socialmente na prevenção e controle da hipertensão arterial entre passageiros do sexo masculino usuários de transporte público coletivo de Campina Grande, Paraíba. Utilizou-se metodologia ativa do tipo aprendizagem baseada em problemas no Terminal de Integração de Ônibus do centro do município de Campina Grande, Paraíba com 89 homens, no período de fevereiro a abril de 2019. Observou-se que 59,55% foram diagnosticados com HAS, enquanto 40,45% dos assistidos se apresentavam normotensos. Foi relatado pelos assistidos os seguintes fatores de risco: Sedentarismo, obesidade, IMC, circunferência abdominal, tabagismo e etilismo. Considerando que a Saúde Pública tem como foco de ação a promoção da saúde e prevenção de complicações, acredita-se que os resultados possibilitarão o planejamento de ações sustentadas que visem redução da incidência da hipertensão arterial sistêmica entre o público-alvo.

**Palavras-chave:** Saúde do homem, Promoção da Saúde, Hipertensão.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas de maior incidência na população brasileira foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), sendo a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde (BRASIL, 2011). Por ser uma doença que não apresenta sintomas, a HAS se caracteriza, principalmente, por início gradual, duração longa ou incerta, estando relacionada a múltiplos fatores que precisam ser investigados (ORTOLANI; GOULART, 2015).

Após avaliação do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) evidenciou que os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência estão relacionados a alta

<sup>1</sup> Graduado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - PB, [aksonleite123@gmail.com](mailto:aksonleite123@gmail.com);

<sup>2</sup> Professora Doutora da Universidade Estadual da Paraíba, [clesiapachu@hotmail.com](mailto:clesiapachu@hotmail.com);

morbimortalidade de doenças do aparelho circulatório, como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE) (Brasil, 2011). Pesquisas esperam que até 2025 o número de pessoas com o diagnóstico de hipertensão aumente para 1,56 bilhão (SBC, 2016).

Existem evidências científicas que mostram que quando não adotado estilo de vida saudável, o indivíduo chega a desenvolver 80% das Doenças Cardiovasculares, entre elas, HAS. Outros estudos apontam que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos através de terapia de prevenção primária (FREITAS; CAMPOS; GIL, 2017).

Logo, é inegável que o controle e o tratamento da HAS reduzem significativamente a mortalidade e morbidade por doença cardiovascular. Especialistas afirmam a forte associação da HAS a fatores de riscos altamente prevalentes e modificáveis, também denominados como comportamentais. Comportamentos definidos pelo uso do tabaco, inatividade física e alimentação pouco saudável são os responsáveis pelo crescimento desse número (BRASIL, 2011; SBC, 2016).

É um grande desafio para profissionais de saúde manter o monitoramento no público masculino, visto que por não apresentarem sintomas eles não procuram estes serviços para diagnóstico e/ou adesão ao tratamento. Inclusive, até estudos relacionados a avaliação da demanda masculina têm apontado a baixa adesão aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (SILVA; BOUSFIELD, 2016).

Um ponto que deve ser destacado, levando-se em consideração a construção social da masculinidade, é a concepção dos homens acerca da saúde e doença. Cuidados com a saúde podem expressar provável demonstração de fragilidade e feminilização, uma vez que atribuem esta preocupação ao aspecto feminino. Essa “resistência masculina” à APS sobrecarrega os serviços especializados que poderiam ser evitados com prevenção, e acima de tudo, reduziria o sofrimento biopsicossocial do próprio sujeito e da família que preza pela conservação da saúde e da sua qualidade de vida (VIEIRA, 2013).

Buscando desmitificar essa concepção e promover a saúde, a Política Nacional De Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), tenta reduzir as condutas perigosas para sua saúde que estavam concentradas em ações em torno da medicalização, e/ou recorrendo aos acessos dos serviços da atenção secundária e/ou terciária (BRASIL, 2009).

Concomitantemente, as barreiras socioculturais e institucionais impedem o acesso aos serviços públicos assistenciais, coincidindo com a jornada diária de trabalho. A faixa etária

estabelecida pelo PNAISH é a idade dos ativos no mercado de trabalho. Os horários de funcionamento, o longo período de espera entre a marcação e realização do atendimento são argumentos somados que resultam na ausência da prevenção. Contudo, esse comportamento também se adiciona a apreensão que homens têm em expor “uma fraqueza” e serem considerados por seus empregadores como funcionário dispensável (BRASIL, 2009; RIBEIRO; MIRANDA 2017).

Mesmo assim, o acesso da população masculina aos serviços de saúde que deveria ocorrer na atenção primária, é interrompido com o ciclo da busca da assistência especializada, que sua demanda poderia ser acolhida na APS8. Há 10 anos o Governo do Estado da Paraíba, sancionou a Lei nº 8.772, de 15 de abril de 2009, instituindo a Semana Estadual da Saúde do Homem. Esta ação fortaleceu o desenvolvimento de estratégias e serviços destinados à prevenção de agravos a saúde da população masculina. Com o passar dos anos a campanha foi perdendo ejeção (PARAÍBA 2009).

Por isso é preciso manter constante as campanhas promocionais a exemplo da campanha sazonal “Novembro Azul”, com informações acerca da importância da promoção em saúde, preveniria episódios de doenças crônicas ou o seu agravamento. Segundo Freitas e Campos (2017), até 80% dos homens não visitarão um médico a menos que seu cônjuge esteja ativamente envolvido. Atrasos no diagnóstico e no manejo também podem contribuir para os desfechos ruins de saúde dos homens, favorecendo uma menor expectativa de vida masculina de 5 anos em comparação com as mulheres (FREITAS; CAMPOS; GIL, 2017).

No entanto, dez anos após implementação da PNAISH que há algum motivo epidemiológico para que os serviços de saúde formulem estratégias especiais para assistência ao público masculino? Justamente por essa falta da procura do homem a APS, a política busca cessar os agravos decorrentes dessas atitudes que estavam constituindo verdadeiros problemas de saúde pública (CAMPOS, 2017).

Diante destas informações, compreende-se que a presença masculina nas Unidades Básicas de Saúde ainda é baixa e incluir a participação masculina nestas ações ainda são obstáculos que precisam ser derrubados, e a PNAISH enfatiza que a modificação desse panorama requer mudança de paradigma e de atitudes. Por isso, o presente artigo objetivou intervir socialmente na prevenção e controle da hipertensão arterial entre passageiros do sexo masculino, usuários de transporte público coletivo.

## **METODOLOGIA**

A intervenção social foi realizada por meio do projeto de extensão “Educação em Saúde: Doenças Crônicas Não Transmissíveis” vinculado ao Programa Educação e Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas (PEPAD). Este conjunto integra o Núcleo de Educação e Atenção em Saúde (NEAS) institucionalizado pela Resolução UEPB/CONSUNI 016/2013.

Foram assistidos 89 passageiros, profissionais ou visitantes do Terminal do sexo masculino, de 20 a 59 anos dispostos a participar voluntariamente, presentes no momento da intervenção no Terminal de Integração de Passageiros da área central de Campina Grande, Paraíba. Com população estimada de 407.754 habitantes distribuídos em aproximadamente 641 km<sup>2</sup> e três distritos: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista<sup>16</sup>, no período de fevereiro a abril de 2019 (IBGE, 2019). Utilizou-se a Metodologia Ativa do tipo Aprendizagem Baseada em Problemas (VILLARDY; CYRINO; BERBEL, 2015; DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017). A determinação da idade deste estudo foi preconizada na PNAISH, e a intervenção no terminal de integração foi realizada em 3 etapas.

Na 1<sup>o</sup> etapa, explicava-se os objetivos da intervenção e traçava-se o perfil do assistido com as características individuais: idade, presença de DCNT's autorreferidas e fatores de risco comportamentais como: sedentarismo, consumo excessivo de álcool e/ou tabaco. Em seguida aferia-se IMC, CA e a PA dos assistidos. Os instrumentos utilizados foram: Ficha de controle/cadastro dos participantes; estetoscópio; esfigmomanômetro; balança digital/balança mecânica antropométrica; fita métrica. A mensuração das medidas de peso e altura foram realizadas de acordo com o preconizado pelo Manual de Antropometria da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

Na 2<sup>a</sup> e 3<sup>o</sup> etapa se aferiu a Pressão Arterial em consoante com a 7<sup>o</sup> Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Na terceira etapa, realizaram-se atividades educativas de acordo com a necessidade de cada homem, conforme detalhamento nos resultados. Os dados foram dispostos no Microsoft Word® e Excel® 2007 para melhor visualização dos resultados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Por ser local estratégico em que circulam mais de 30 mil passageiros por dia foram assistidos voluntariamente 89 usuários da intervenção do projeto de extensão “Educação em

Saúde: Doenças Crônicas não Transmissíveis” da faixa etária de 20 a 59 anos, do sexo masculino.

Em relação aos trabalhadores dos participantes, observou-se mais de 20 atividades laborais entre os usuários. Sendo a maioria servidores públicos (27,00%), policiais (14,60%), estudantes (13,48%), fiscais de ônibus (7,86%), outros/não citadas (6,75%), autônomos (6,74%), agricultores (5,61%), desempregados (4,49%), pensionistas (4,49%), técnicos administrativos (3,37%), vendedores (3,37%), vigilantes e ambulantes (2,24).

Nos resultados encontrados, se percebeu que dos 36 adultos autorreferidos normotensos, 33,33% estavam com os níveis pressóricos alterados, elevados acima de 120 x 80 mmHg, ressaltando a informação que Silva & Bousfield (2016) trazem de que cerca de 1/3 dos adultos brasileiros possam ser rotulados como hipertensos. Tratando-se de doença assintomática e com lenta progressão característica de toda doença crônica, uma parte significativa da população não sabe que é hipertensa e não são tratados adequadamente de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

No tocante às pessoas com HAS autorreferidas verificou-se alto nível comparado às pessoas que apresentaram situação normotensa. Constatou-se que os usuários que apresentavam apenas a hipertensão era de 42,70%, enquanto 40,45% dos assistidos apresentaram-se normotensos. Quando em combinação com diabetes, o percentual de homens diagnosticados com a HAS sobe para 59,55%, pois quem possuía as duas DCNTs representavam 16,85%, e normotensos com níveis pressóricos alterados somavam 33,33%.

Na relação das faixas etárias pôde-se notar que houve predominância dos 50 a 59 anos, em seguida dos 30 a 39 anos, posteriormente da faixa etária dos 40 a 49 anos e por último a faixa etária dos 20 a 29 anos, as porcentagens foram de 50,94%; 37,73%; 7,55%, e 3,78% respectivamente. Quando questionados acerca da presença da HAS na faixa etária que já possuía o diagnóstico, pode-se notar que houve a predominância dos 50 a 59 anos com 47,17%, dos 30 a 39 anos: 41,51%, 40 a 49 anos: 7,55%, e 20 a 29 anos: 3,77%.

Do mesmo modo observa-se a prevalência da HAS (50%) na faixa etária maior que 50 anos no Caderno de Atenção Básica-Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). A faixa etária dos 50 a 59 anos apresentou maior participação na intervenção. Segundo o Ministério da Saúde esta é a idade que as doenças do aparelho circulatório crescem progressivamente (BRASIL, 2009).

Embora o primeiro lugar entre os fatores acerca das causas de morte na população masculina advenha das causas externas acometendo adultos jovens de 20 a 39 anos, é a faixa

etária onde há menos interesse na promoção da saúde. Apesar de ter sido realizada busca ativa, o interesse do público-alvo ainda era insatisfatório, em relação a procura voluntária do sexo feminino pela presente intervenção. Os autores Freitas; Campos e Gil (2017) atribuem essa possível falta de interesse em prevenção ao estímulo sociocultural de que homem não deve ser frágil. Quanto mais jovens, maior a ausência de identificação dos homens com os serviços oferecidos, chegando a não compreender a importância da prevenção.

Já na relação entre sedentarismo e portadores das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), observando-se tendência de quem não pratica atividade física. Os não praticantes de atividades físicas são a maioria, num total 60,67% contra 39,33% que praticam. De acordo com estudo realizado por VAZ et al. (2018) a consequência do crescimento do sedentarismo acomete a faixa etária de 40 a 59 anos, responsável por 25% das internações hospitalares, sendo 70,5% de todo atendimento prestados são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O Estudo “Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente” aponta o sedentarismo em 77% da população estudada e 50% dos hipertensos não praticavam exercícios físicos (CARVALHO, 2016). Estando em concordância com a presente intervenção que prevaleceu HAS autorreferida nos sedentários, 64,15%. Carvalho (2016) ainda percebeu em seu estudo que dos 172 pacientes atendidos no Centro Hiperdia de Viçosa – MG, 44% apresentavam dislipidemia, como consequência da falta de atividade física.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2013) expôs que as pessoas sedentárias têm de 20% a 30% de chances de desenvolver morbimortalidade por DCNTs. Observou-se na referida pesquisa a cada dois adultos, um não pratica o nível de atividade física recomendado pela OMS. Somado à conclusão que para deixar de ser sedentário são necessários 150 minutos semanais de atividade física leve ou moderada ou, 75 minutos de atividade física de maior intensidade (BERNAL, 2017).

Embora o IMC se apresente como bom indicador por não ser invasivo e sem custo para avaliação, Audi et al. (2016), relata que pode ser falho em outro aspecto. O IMC não distingue a massa magra da massa gordurosa, podendo indicar uma apresentação do peso ideal, mas não indica se esse peso lhe torna uma pessoa saudável, sendo necessário ir além do Índice de Massa Corporal. Contudo, estudos epidemiológicos revelam que pacientes obesos apresentam HAS com maior frequência, sendo 75 % nos homens (BERNAL, 2017).

Ainda que o IMC não se considere parâmetro fidedigno, o acúmulo de tecido adiposo na região abdominal se apresenta como ferramenta de triagem indicadora de fatores de risco para doenças como diabetes mellitus e hiperlipidemias, especialmente a HAS. Uma recomendação da 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial é manter o  $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$  até os 65 anos, pois o IMC para idosos se calcula de maneira diferente. O impacto do peso acima desse índice aumenta a Pressão Arterial (PA), e a perda de peso traz redução muito acentuada. Para cada 5% de perda ponderal reduzindo de 20-30% na PA (SBC, 2016).

Ao intervir na população masculina referente ao IMC observou-se na população a apresentação abaixo do peso (0%), com o peso ideal (19,10%), sobrepeso (52,81%), obesidade grau I (12,36%), obesidade grau II (13,48%), e obesidade grau III (2,25%). O estado nutricional tanto dos homens em geral, quanto dos hipertensos, há predominância do sobrepeso (49,06%).

Conforme a ABESO (2016), a concentração da gordura abdominal no homem tem em média o dobro da quantidade da gordura abdominal nas mulheres antes da menopausa. Para homens o ideal se mostra até  $< 102 \text{ cm}$ , e para mulheres  $< 88 \text{ cm}$ . Manter os parâmetros da Circunferência Abdominal auxilia no controle de peso e, conseqüentemente, a obesidade abdominal.

O acúmulo de gordura no quadril é mais frequente em mulheres, e a gordura abdominal nos homens. “A distribuição de gordura abdominal é claramente influenciada pelo sexo. Para o acúmulo de gordura corporal o homem tem em média o dobro da quantidade de gordura abdominal em relação à mulher antes da menopausa”. Logo, a gordura visceral está localizada na região central e atrás dos músculos nos homens, acomodada junto aos órgãos. Nas mulheres a gordura é de origem subcutânea localizada abaixo da pele, influenciada pelo hormônio estrogênio (ABESO, 2016).

Corroborando com a provável associação entre Circunferência Abdominal e PA, Costa et al. (2017) alertam que quando a circunferência abdominal está acima dos parâmetros de  $\geq 102 \text{ cm}$ , os níveis de triglicérides encontram-se elevados, e os de HDL reduzidos. “Os triglicérides acoplados em tecido adiposo na região abdominal, sinalizam quadro de estresse oxidativo das células, acarretando sérias complicações, inclusive a capacidade funcional, fisiológica e autônoma do indivíduo, diminuindo o fator protetor” apresentando maior impacto sobre a elevação da pressão arterial.

Na intervenção da circunferência abdominal os homens, em geral, 28,09%, apresentavam a  $CA \geq 102 \text{ cm}$ , e 71,91% estavam com a  $CA \leq 101 \text{ cm}$ . Bastante similar com a

pesquisa da ABESO (2016) que demonstra o excesso de peso aumenta com a idade, principalmente para homens, que chega a 50,4% na faixa de 50 a 59 anos.

Além da CA diminuir o fator de proteção (HDL), colesterol bom, o consumo abusivo de álcool entre os homens também contribui com aumento do fator predisponente às DCNT's, essencialmente para doenças cardiovasculares. (ARRUDA; MARCON, 2018). A American Heart Association (2017) recomenda o consumo de bebidas alcoólicas de 1 a 2 doses (30 gramas de álcool) por dia no caso dos homens, pois acima desse limite aumenta os riscos para alcoolismo, hipertensão arterial, obesidade e acidente vascular.

Referente aos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da hipertensão, como o uso do tabaco e do álcool, dos 89 atendimentos, 7,87% relataram ser tabagistas e 46,06% afirmaram ser etilistas, além de que 8,99% disseram fazer uso das duas substâncias. Contudo, 37,08% informaram não fazerem uso de nenhuma das duas substâncias. Quando avaliado apenas os hipertensos com uso das substâncias, os percentuais aumentam em todos os fatores, etilistas (58,49%), tabagistas e etilista (11,32%), permanecendo os percentuais dos tabagistas (7,55%) e, diminuindo os do que não fazem uso de nenhuma substância formaram 22,64%.

Notamos entre os participantes da presente intervenção realizada na integração de ônibus, um aumento dos etilistas com o diagnóstico da HAS. Diferentemente do tabaco, o consumo do álcool não é restrito, o que pode levar os homens a consumir de maneira excessiva. Este consumo mostrou-se maior quando comparado a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2013), de 21,6%, o que não é nada promissor em relação aos participantes da intervenção realizada na integração. O grupo dos hipertensos chegaram a consumir mais bebidas alcoólicas (58,49%), do que os não hipertensos (46,06%).

Quando o álcool em associação com o tabaco, os percentis dos grupos crescem significativamente. Seu consumo em excesso traz o alerta importante de que o álcool está intimamente relacionado ao surgimento da HAS e ao descontrole pressórico dos pacientes hipertensos em tratamento (BRASIL, 2013). Acerca do tabagismo e também do etilismo, a sua abstenção ou restrição ao seu uso necessita de uma avaliação do contexto social a que esse indivíduo está inserido.

A SBC (2016) relata que não há evidências de que parar de fumar traga algum benefício para o controle da PA. Alega que ainda não está claro o suficiente em quantos mmHg essa PA vai diminuir em quem cessa o tabagismo. No entanto, o resultado da pesquisa exposta na 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial mostrou que níveis pressóricos se mantiveram

elevados em quem possui o hábito de fumar, alertando que parar de fumar se torna prevenção primária, já que o tabaco afeta a função cardiovascular.

Os homens acima de 50 anos apresentam maiores dificuldades em abandonar o cigarro, além de pertencerem a faixa etária onde são encontrados os maiores percentuais dos níveis pressóricos elevados (BELTRAME, 2018), Quem queria cessar o vício era aconselhado a participar do Programa de Educação e Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas (PEPAD), vinculado ao NEAS.

Em síntese, os hipertensos foram categorizados de acordo com a classificação da 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial: Normal  $\leq 120$  e  $\leq 80$ mmHG; Pré- Hipertensão 121-139 e/ou 81-89; Hipertensão estágio I 140-159 e/ou 90-99; Hipertensão estágio II 160-179 e/ou 100-109; Hipertensão estágio III  $\geq 180$  e/ou  $\geq 110$  (SBC, 2016).

Quanto aos níveis pressóricos dos hipertensos, dos 89 atendimentos, 59,55% relataram serem diagnosticados com a HAS, onde os mesmos fazem uso de medicação. Para os hipertensos categorizados no estágio III acionava-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), devido à Crise hipertensiva com risco de deterioração de órgão-alvo ou de vida em potencial. Os hipertensos com baixo e médio risco cardiovascular se beneficiam mais de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de autocuidado (BRASIL, 2014).

Ademais, os usuários sempre eram convidados a ter acompanhamento com a equipe NEAS acerca das DCNT's. Aos diagnosticados com HAS foram realizadas orientações quanto a importância da utilização da medicação, mas também do estilo de vida que refletia diretamente em sua saúde, somando a prática de exercícios regulares com a alimentação saudável para prevenção de complicações decorrentes do aumento da pressão, sem custo nenhum, resultando em boas práticas de saúde. Por fim, os usuários sempre eram convidados a realizarem acompanhamento com a equipe NEAS acerca das DCNT's.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se mediante a realização das atividades educativas com usuários de transporte público de Campina Grande, Paraíba, a importância da promoção de saúde e prevenção da hipertensão arterial sistêmica e redução das suas complicações. Foram realizados 89 atendimentos, sendo 53 diagnosticados autorreferidos com HAS. Estas passaram a compreender medidas preventivas e ainda a controlar os níveis pressóricos, impedindo os

agravos e suas complicações; tiveram amplos incentivos a procurar serviços da atenção primária.

Como contribuição desta intervenção fica evidenciada que as ações no terminal de integração favorecem a população masculina que não procuram a atenção básica, proporcionando interesse em mudar seu estilo de vida. As realizações contínuas das intervenções em saúde podem chegar a garantir futura adoção efetiva de hábitos saudáveis proporcionando mais qualidade de vida.

Destarte, poucos programas contemplam esse público, mas atividades realizadas por meio do projeto “Ações Educativas em Saúde: Doenças Crônicas Não Transmissíveis” se mostraram importantes instrumentos de prevenção da HAS, evidenciando ser uma intervenção vantajosa. De forma compartilhada e intersetorial por parte de todos e em especial de futuros profissionais da saúde, a equipe buscou corresponder as necessidades da comunidade.

## REFERÊNCIAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4ª ed. São Paulo: ABESO; 186 p. Aranha. Expectativas e concepções de trabalho na velhice em homens na meia-idade. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 8, n. 2, p. 43-64, dez. 2017

BELTRAME, Daniel Pedro Comineli et al. Tabagismo em idosos: fatores associados e influência na hipertensão arterial sistêmica. **Revista Saúde (Santa Maria)**, Vol.44, n.3, 2018.

BERNAL, Regina Tomie Ivata et al. Efeito da inclusão de entrevistas por telefone celular ao Vigitel. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 1, 2017.

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

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 27 ago. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 23, 09 de agosto de 2011. Aprova Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 nov. 2014.

CARVALHO, Cristiane et al. Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v.49 n.2, p.124-133, 2016.

COSTA, Amine Farias et al . Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 33, n. 2, 2017.

DIESEL, Aline; BALDEZ, Alda Leila Santos; MARTINS, Silvana Neumann. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista Thema**. Pelotas, RS. V. 15. 2017.

FREITAS, Milena Cristina de; CAMPOS, Tatiane Dornelas; GIL, Claudia Aranha. Expectativas e concepções de trabalho na velhice em homens na meia-idade. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina , v. 8, n. 2, p. 43-64, dez. 2017

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População estimada 2016: Campina Grande - Paraíba**. Disponível em:  
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250400>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MALACHIAS, MVB et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, sept. 2016.

ORTOLANI, Fátima Pedro Barbosa; GOULART, Rita Maria Monteiro. Doenças cardiovasculares e estado nutricional no envelhecimento: produção científica sobre o tema. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 307-324, 2015.

PARAÍBA. Secretaria Estadual de Saúde. **Lei nº 8.772 de 15 de abril de 2009**. Institui a Semana Estadual da Saúde do Homem e dá outras providências. 2009

RIBEIRO, Pereira Corrêa Érika, MIRANDA, de Ribeiro Adriana, Ganhos em expectativa de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 22, n.1, 2017.

SILVA, Mariana Luíza Becker da; BOUSFIELD, Andréa Barbará da Silva. Representações sociais da hipertensão arterial. **Temas psicol.**, v. 24, n. 3, p. 895-909, set. 2016 .

VAZ, Cesar Augusto Mendes et al. Contribuições do enfermeiro para a saúde do homem na atenção básica. **Rev Inic Cient Ext.**, v.1, n.22, p.122-126, 2018.

VILLARDI, Marina Lemos; CYRINO, Eliana Goldfarb; BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos. **São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica**, p. 45-52.

WHELTON, P.K. et al. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and anagement of High Blood Pressure in adults: a reporto f the American Colleg of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, 2017.