



## EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE ACORDO COM O SEXO EM RELAÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Thayná de Almeida Alves <sup>1</sup>  
Jéssica Larissa Viana Silva <sup>1</sup>  
Adriana Magna Ribeiro Cardozo <sup>1</sup>  
Clésia Oliveira Pachú <sup>2</sup>

### RESUMO

A prevalência da Hipertensão entre homens e mulheres é semelhante no mundo. No sentido de promover intervenções educativas, se torna importante estudar a diferença entre os sexos feminino e masculino no tocante aos níveis tensionais. Objetivou-se promover educação em saúde de acordo com o sexo em relação a pressão arterial sistêmica. Utilizou-se de metodologia ativa, tipo aprendizagem baseada em problemas, na promoção da reflexão acerca de hipertensão arterial com 189 usuários, de ambos os sexos, usuários do Terminal de Integração de Ônibus de Campina Grande, Paraíba, Brasil, no período de maio a julho de 2019. No primeiro momento, realizou-se a abordagem ao usuário e a apresentação do Projeto. Em seguida, direcionamento ao acolhimento e a aferição da PA, peso, altura e circunferência abdominal. Por último, as informações anotadas foram discutidas com os assistidos e promovido o aconselhamento individual. Foram realizados 189 atendimentos, o sexo feminino representou 55,55%, estando, em maior número, de 18-59 anos, inseridas no mercado de trabalho ou estudando e 57% apresentavam HAS autorreferida. O sexo masculino corresponde a 44,44%, a maioria  $\geq 60$  anos, aposentados e 54% com HAS autoreferida. Dos assistidos, 55,24% das assistidas possuíam alteração no momento da aferição da PA, e sobressaindo essas no total, cerca de 60% do sexo masculino apresentou elevação na PA. Espera-se ter contribuído para promoção de saúde entre os sexos acerca da hipertensão arterial sistêmica e, no futuro próximo, possam ser observadas maior número ações de prevenção e/ou controle da hipertensão arterial sistêmica.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde, Hipertensão Arterial Sistêmica, Mobilidade Urbana.

### INTRODUÇÃO

O Brasil tem passado, desde a década de 1970, por uma transição demográfica observando a redução de jovens e o aumento na quantidade de pessoas com 60 anos ou mais. Isso se deve, principalmente, a redução nas taxas de mortalidade e de natalidade. Essa transição demográfica se apresenta acompanhada também por uma transição epidemiológica, de modo que se observa a formação de novos grupos populacionais peculiares, com manifestações consideráveis de doenças crônicas (FRIESTINO, 2013; MIRANDA, 2016).

Destaca-se ainda, um dos principais exemplos dessa transição epidemiológica, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), que tem se espalhado rapidamente pelo

---

<sup>1</sup>Graduandas do Curso de Enfermagem, membros do Núcleo de Educação e Atenção em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba - NEAS/UEPB, [thayna.alves@aluno.uepb.edu.br](mailto:thayna.alves@aluno.uepb.edu.br);

<sup>2</sup> Professora Doutora, membro do Núcleo de Educação e Atenção em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba - NEAS/UEPB, [clesiapachu@hotmail.com](mailto:clesiapachu@hotmail.com).



Brasil, representando 66,3% da carga de doenças, representando um grave problema de saúde pública, visto que são causadoras de 72% das mortes, principalmente relacionadas a doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes e câncer (CAMPOLINA, 2013; SCHMIDT, 2011).

Além de serem responsáveis por grande parte das mortes em todo o mundo, estão também atreladas a incapacidades, limitações e perda da qualidade de vida, bem como mortes prematuras (30 a 69 anos), o que acarreta em impactos econômicos e sociais nas famílias. De acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2016, os quatro grupos de DCNTs anteriormente citados: doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes e câncer, representaram cerca de 56,9% dessas mortes prematuras no Brasil (MALTA, 2019; BRASIL, 2018).

Devido a todo o avanço e danos que as DCNTs tem causado, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), objetivando privilegiar as ações e investimentos destinados ao manejo dessas patologias e preparar o Brasil para reduzir esse avanço dos anos de 2012-2022, a partir de metas, eixos e ações, com base nas quatro principais doenças citadas e em seus fatores de risco, como o tabagismo, etilismo, sedentarismo e alimentação inadequada (BRASIL, 2011).

Dentre as doenças cardiovasculares, pode-se destacar a Hipertensão Arterial, patologia crônica e multifatorial, caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Esta, associada aos fatores de risco já referidos, podendo ainda se agravar na presença de outras doenças crônicas, como o diabetes mellitus (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

De acordo com alguns dados norte-americanos, em 2015, a Hipertensão Arterial se manifestava em 69% dos pacientes que apresentaram a primeira vez Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), 77% dos que tiveram Acidente Vascular Encefálico (AVE) e em 75% dos que possuíam Insuficiência Cardíaca (IC), sendo ainda responsável por 45% das mortes do sistema cardiovascular (MOZAFFARIAN, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), a HAS foi autorreferida por 24,7% em todo o país, sendo mais frequente em mulheres (27%). Historicamente, mesmo estando em maior número nas unidades de saúde, o sexo feminino ainda apresenta as taxas mais elevadas de manifestação da doença.

Em contrapartida, um estudo com 15.103 servidores públicos evidenciou a prevalência de HAS em 40,1% dos homens, em comparação a 32,2% em mulheres. A esse público também



se torna importante prestar uma atenção especial, visto que trazer os indivíduos para o serviço de saúde se apresenta como desafio, por negligenciarem o cuidado e o adoecimento. Em 2008, formulou-se a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) na perspectiva de estimular o autocuidado desse público e a aceitação da saúde como direito (CHOR, 2015; KORIN, 2001; BRASIL, 2008).

Quando se trata do acometimento de mulheres por patologias se torna importante considerar a realidade social destas, visto que esse acometimento está mais vinculado a fatores sociais do que biológicos, justamente pela sobrecarga doméstica, discriminação com relação ao gênero e também pela oferta de trabalho (NAVA, 2015).

Outro ponto a ser observado, no que diz respeito a saúde da mulher, revela a influência da menopausa no surgimento de Hipertensão. Observou-se o aumento dos níveis pressóricos em mulheres na menopausa, tendo ainda uma redução desses níveis com a prática de atividades físicas no referido período (TALIARI, 2019).

Dessa forma, o presente estudo objetivou promover educação em saúde de acordo com o sexo em relação a pressão arterial sistêmica.

## **METODOLOGIA**

Esse estudo se desenvolveu a partir da metodologia ativa, tipo Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), com 189 usuários, de ambos os sexos, do Terminal de Integração de Ônibus de Campina Grande, Paraíba, no período de maio a julho de 2019.

Segundo Mórán (2015), as metodologias ativas permitem que o aluno tome a frente na resolução de problemas, sejam ativos na tomada de decisões e também possam avaliar os resultados. Além disso, possibilitam maior poder de reflexão, desenvolvimento da capacidade de buscar, enxergando diferentes pontos de vista e tornando o aluno o agente principal de sua formação, permitindo assim a construção de seu conhecimento (VALENTE, 2013).

Nesse estudo, as intervenções foram realizadas a partir do projeto “Educação em Saúde: Doenças Crônicas Não Transmissíveis” vinculado ao Programa de Extensão, Educação e Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas da Universidade Estadual da Paraíba (PEPAD/UEPB), compreendendo as atividades de extensão realizadas pelo Núcleo de Educação e Atenção em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (NEAS/UEPB). As ações de extensão universitária foram desenvolvidas as terças e quartas-feiras no turno da manhã por ser o período de disponibilidade comum aos membros do referido Projeto.



Inicialmente, abordaram-se os cidadãos que circulavam pelo Terminal de Integração de ônibus (busca ativa) ou mesmos buscavam o projeto. A partir de então era apresentada a finalidade das intervenções, os serviços oferecidos e sua importância a sociedade, e caso almejassem participar, eram conduzidos ao acolhimento para conhecimento de algumas informações sociais como idade, profissão, sedentarismo e se já havia sido diagnosticado com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Diabetes Mellitus, visto a relação com a HAS já referida nesse estudo anteriormente.

Partia-se então para a aferição dos níveis pressóricos, bem como a mensuração do peso, altura e das medidas da circunferência abdominal (CA), para que pudesse ser calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) e determinado o risco cardiovascular, a partir da avaliação combinada de ambos. Essas informações foram anotados numa Ficha de acompanhamento Padrão NEAS e entregues ao assistido.

Para aferição da Pressão Arterial utilizou-se estetoscópio e esfigmomanômetro, instruindo o paciente a não falar no momento da aferição, bem como manter o braço da aferição apoiado e à altura do coração e não mantendo nenhum membro sustentado ou cruzado. Sendo preferível que o paciente esteja sentado, com o manqueto posicionado adequadamente, recomendando-se um repouso antes da aferição, bem como, o questionamento ao paciente acerca da ingestão de cafeína ou tabaco por até 30 minutos antes da aferição (POTTER, 2018).

Para classificação dos níveis pressóricos, utilizou-se a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial que trás a Hipertensão grau I compreendendo o intervalo de 140-159/ 90-99 mmHg, a Hipertensão grau II caracterizada pelo intervalo de 160-179/100-109 mmHg e, por último a Hipertensão grau III, sendo  $\leq 180 / \leq 110$  mmHg. A mesma traz ainda os estágios de normotensão ( $\leq 120 / \leq 80$  mmHg) e de pré-hipertensão que se configura por níveis de 121-139/81-89 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Foi utilizado a balança manual para determinação do peso e da altura, e fita métrica para a circunferência abdominal.

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2009) considera a circunferência abdominal (CA) um importante método na determinação do risco cardiovascular, determinando que este risco, em mulheres, está aumentado quando a CA está maior ou igual a 80 cm e aumentado substancialmente quando a CA se apresenta maior ou igual a 88, já para homens considera-se aumentado quando está  $\geq 94$  e aumentado substancialmente quando for  $\geq 102$ .



Além disso, classifica-se o IMC como: baixo peso < 18,5, peso saudável em indivíduos com o IMC entre 18,5-24,9, sobrepeso sendo o IMC entre 25-29,9 e por último, obesidade quando o IMC se encontra  $\geq 30$  (ABESO, 2009)

Com base na situação de saúde que cada usuário apresentasse, realizava-se educação em saúde, por meio de um diálogo aberto, orientando-a acerca da modificação de alguns fatores de risco que estavam ao seu alcance, observando as particularidade de cada um.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente intervenção atendeu 189 usuários do Terminal de Integração de Ônibus de Campina Grande, Paraíba. Da totalidade, 105 (55,55%) pertencentes ao sexo feminino e 84 (44,44%) ao sexo masculino. Inicialmente, pôde-se conhecer o perfil social dos assistidos (Tabela 1), com relação a idade, profissão, se pratica atividades físicas e se possui Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus ou ambas.

**Tabela 1.** Perfil social dos usuários do Terminal de Integração de Ônibus, conforme o sexo.

PERFIL		FEMININO (%)	MASCULINO (%)
IDADE	$\leq 17$ anos	1,90	0,00
	18- 59 anos	53,33	30,95
	$\geq 60$ anos	44,76	69,04
PROFISSÃO	Aposentado	32,38	55,95
	Do lar	13,33	0,00
	Outros	54,28	44,04
DCNT	HAS	57,14	54,76
	DM	20,00	19,04
	HAS + DM	16,19	15,47
SEDENTARISMO		54,28	44,04

Fonte: o autor, 2020.

O maior contingente de indivíduos do sexo feminino. Historicamente, o sexo masculino possui bastante resistência na busca por serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária a Saúde, de forma que adentram o sistema por meio dos ambulatórios e da média e alta complexidade, quando já existem complicações desenvolvidas. Um estudo delineou, por entrevista, as razões para essa relutância por meio de entrevista com homens de 18 a 59, e observou que os motivos mais sugeridos foram: preferência pela automedicação, desconforto na Unidade Básica de Saúde e falta de tempo (CARNEIRO, 2019).



Percebeu-se que a maioria das assistidas se encontravam na faixa etária de 18 a 59 anos (53,33%), o que se relaciona a percentagem que está inserida no mercado de trabalho, são estudantes ou desempenham atividades no lar, que juntas somam cerca de 67,61%. Entretanto, isto não significa que não são sedentárias, visto que, estas ocupações preenchem grande parte do seu dia e acabam por não ter um tempo livre para praticarem atividade física regularmente, conduzindo a uma taxa de sedentarismo de 54,28% nesse público.

Um estudo realizado com jovens de 20 a 40 anos questionou a esses os principais fatores que dificultavam a prática de atividades físicas, os principais fatores citados foram: trabalho, tempo livre e estudo (CRUZ, 2018).

A construção social de que a mulher estava limitada ao ambiente do lar tem se modificado, isso pode justificar pelo fato da maior parte das participantes das intervenções serem um público mais jovem do que as idosas, que ainda se limitam ao ambiente do lar. Esse padrão social ainda se evidencia por meio do contingente de indivíduos do sexo masculino desempenhando atividades do lar, que foi nulo.

Neste último, os assistidos se manifestam em maior quantidade na faixa etária maior ou igual 60 anos (69,04%), explicando o contingente de aposentados nesse público (55,95), que foi bastante superior ao do sexo feminino. Apesar de ainda alto, o percentual de sedentários em relação ao sexo oposto foi inferior (44,04%), promovendo a reflexão que, dado o padrão etário mais expressivo ser diferente entre eles, ser provável concluir que o sexo masculino, mesmo sendo mais idoso, pratica mais atividade física em comparação ao público feminino, que se apresenta mais jovem e se mostra mais ativo no mercado de trabalho. Essa realidade se justifica pelo maior tempo livre e pela construção social de envelhecimento ativo que vem avançando atualmente.

Além disso, observou-se a baixa presença de indivíduos de 17 anos ou menos nas intervenções, revelando a despreocupação da população mais jovem com a saúde, visto que muitas vezes as DCNTs são atribuídas aos idosos.

Uma revisão da literatura mostrou que os jovens estão frequentemente expostos aos fatores de risco para DCNTs. Tal observação se tornou uma preocupação de saúde pública, porém o estudo sugere que essa promoção a saúde depende dos indivíduos, mudança de hábitos, ações do Estado, do sistema de saúde e das parcerias intersetoriais. Deste modo, faz-se importante a busca ativa desses jovens para sensibiliza-los para o autocuidado (BORBA, 2015).

Ao serem questionados acerca da presença de DCNTs, os dados obtidos foram bastante semelhantes entre os sexos, sendo a HAS e a DM mais prevalente no sexo feminino (57,14% e

20%, respectivamente), com uma diferença pouco expressiva em relação ao sexo masculino (54,76% e 19,04%, respectivamente). A associação entre as duas DCNTs também teve uma pequena diferença entre esses, de modo que, novamente o sexo feminino mostrou níveis superiores (16,19%) em detrimento ao sexo masculino (15,47%), mesmo a faixa etária do último sendo mais avançada.

Um estudo que utilizou dados do Vigitel (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) que se desenvolve em todo o país, observou que HAS autorreferida entre os adultos foram cerca de 24%, sendo maior no sexo feminino. No presente estudo os resultados corroboram no que diz respeito ao sexo, mas a prevalência de HAS autorreferida, considerando a média de ambos os sexos, se deu em cerca de 55% dos assistidos (MALTA, 2017).

Em um terceiro momento, mensurou-se as medidas antropométricas (peso, a altura e a circunferência abdominal) dos indivíduos, que nos permite conhecer o risco cardiovascular e o IMC (Tabela 2), em ambos os sexos.

**Tabela 2.** Dados antropométricos dos usuários do Terminal de Integração de Ônibus, segundo o sexo.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS		FEMININO (%)	MASCULINO (%)
CA	Normal	6,66	40,47
	Aumentado	9,5	29,76
	Aumentado substancialmente	83,80	29,76
IMC	Ideal	15,23	19,04
	Sobrepeso	47,61	58,33
	Obesidade grau I	23,80	15,47
	Obesidade grau II	9,52	4,76
	Obesidade grau III	3,80	2,38

Fonte: o autor, 2020.

Deste modo, novamente o sexo feminino se destaca com altos números de indivíduos em risco, sendo mais de 90% do total com alterações na CA, em sobreposição a apenas 6,66% com CA em conformidade com a normalidade. Já o sexo masculino, mesmo apresentando respostas/resultados adequados (40,47%), cerca de 60% ainda apresentam alterações nos parâmetros de CA.

Já com relação ao IMC, considerando-o como método bastante utilizado na prática clínica, observou-se que apenas 15,23% das assistidas se enquadravam na classificação de peso



adequado, em contraposição a 47,61% que estavam com sobrepeso e ainda 37,12% com algum dos graus de obesidade.

Em pesquisa realizada com adultos e idosos, participantes do projeto Universidade Aberta para a Melhor Idade (Unami), da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) constatou-se que os índices de obesidade, conforme o IMC, foram provavelmente maior no sexo feminino, tanto em adultos como em idosos, assim como o risco cardiovascular observado a partir da CA foi 60% maior também no sexo feminino (DA SILVA, 2017).

No sexo masculino o IMC não se revelou muito diferente, se mostrando em números ainda mais elevados, de sobrepeso (58,33%), porém a porcentagem de assistidos com o IMC ideal foi 3,81% maior que no outro sexo, bem como o número de obesos, que não se manifestou muito expressivo (22,51%, considerando os 3 graus de obesidade).

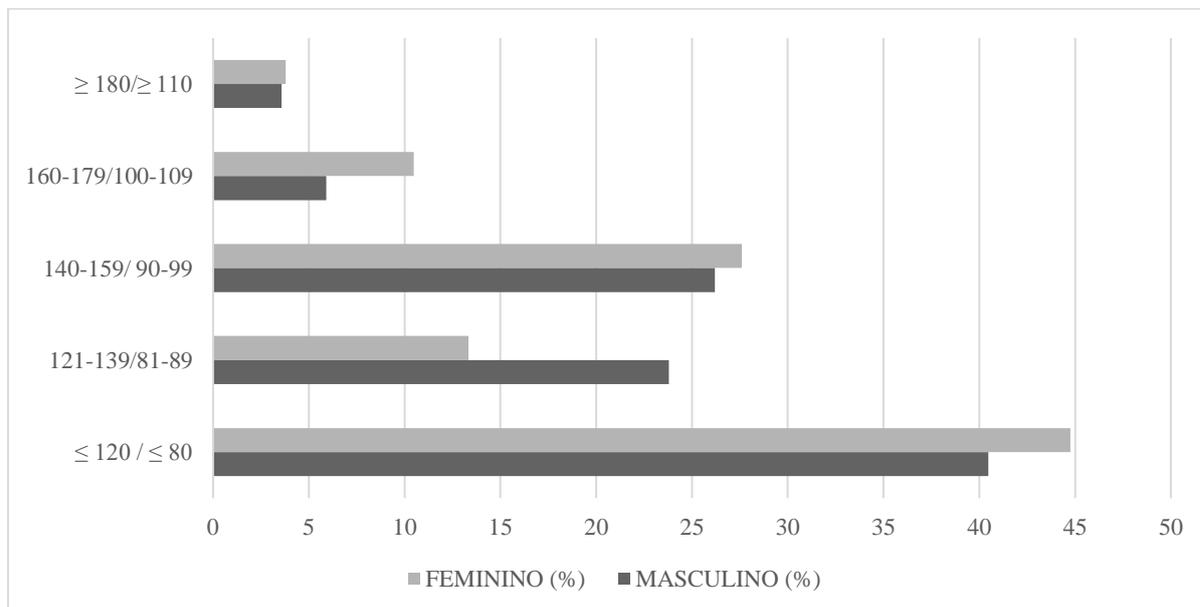
Um estudo observacional exploratório realizado com servidores do Hospital Universitário de Petrolina percebeu que 36,8% dos homens indicaram sobrepeso e 26,3% obesidade. No presente estudo, os dados de sobrepeso foram ainda mais expressivos no sexo masculino, denotando a necessidade de um olhar diferenciado para educação em saúde e mudanças no estilo de vida (MADURO, 2017).

Logo após, realizou-se a aferição da pressão arterial (Gráfico 2) para direcionar as orientações após anotação e reflexões acerca de cada resultado e posteriormente realizado o aconselhamento individual. . Pôde-se perceber que, 44,76% apresentaram-se normotensos na população feminina, sendo um pouco maior que o público masculino (40,47%)

É importante ressaltar que no percentual de hipertensos autoreferidos apresentado, estão também os indivíduos já diagnosticadas com Hipertensão Arterial Sistêmica. Assim, por terem hábitos de vida saudáveis, tomaram a medicação regularmente e praticarem exercícios físicos, encontravam-se, no momento da intervenção, com a pressão arterial normalizada.

Ao analisar as demais classificações, observa-se que o sexo masculino demonstrou maior número de pré-hipertensos (121-139/81-89), consistindo em 23,80%, do que o sexo feminino (13,33%). Já nas demais classificações, esse último mostrou percentuais mais elevados, somando os 3 níveis de hipertensão, cerca de 42% do total, sendo a maior quantidade na classificação de hipertensão grau I (140-159/90-99). Entretanto, no sexo masculino, a soma dos 3 graus de hipertensão se mostraram cerca de 6% menor (35,66%, quando comparado ao outro sexo, sendo mais expressivo também na hipertensão grau I, porém a maior diferença (4,57%) se deu na classificação de hipertensão grau II (160-179/100-109).

**Gráfico 1.** Níveis pressóricos dos usuários do Terminal de Integração de Ônibus, segundo o sexo.



Fonte: o autor, 2020.

Para elaboração do Gráfico 1, caso houvesse variedade entre Pressões Arterial Sistólica e Diastólica, quanto a classificação adotada pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, considerou-se a mais elevada.

Em 2018, a pesquisa realizada pelo Vigitel constatou que, no Brasil, 24,7% dos entrevistados referiram diagnóstico de hipertensão arterial, sendo o maior número em mulheres (27%). Já de acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), em 2017, 141.878 mortes ocorreram por hipertensão ou por causas relacionadas a ela, sendo 388,7 mortes por dia, nas quais a maioria poderia ser evitada com intervenção e 37% dos casos são de morte precoce (BRASIL, 2019; BRASIL, 2017).

No último momento, de acordo com os resultados apresentados por cada assistido, promovia-se educação em saúde, por meio de um diálogo aberto que objetivava mudanças no estilo de vida para melhor adequação aos parâmetros definidos pelas autoridades em saúde constituídas. Além disso, aqueles que estivessem com a Pressão Arterial alterada, eram orientados a procurarem um cardiologista para melhor avaliação cardiovascular e outros profissionais que pudessem contornar a (co)morbidade apresentada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS



Segundo os resultados do presente estudo, observou-se que a maioria dos assistidos são do sexo feminino, entre 18-59 anos e desempenhando ativamente sua profissão. Essa maior presença feminina reforça ainda mais a construção social de maior atenção a saúde por parte desse público em detrimento a ausência do sexo masculino.

Acerca da presença de DCNTs, a maioria dos assistidos neste estudo, de ambos os sexos, possuíam HAS, DM ou a associação das duas patologias já diagnosticadas, com destaque ao sexo feminino, com 57,14%, 20% e 16,19%, respectivamente, porém os resultados foram muito semelhantes entre os sexos.

Vale salientar que, tocante a antropometria, a circunferência abdominal e o IMC apresentaram resultados alarmantes, em ambos os sexos. Entretanto, no sexo feminino destaca-se o elevado índice de alteração da CA (93,80%), bem como na soma dos percentuais de alteração do IMC (84,73%). Já no sexo masculino, o número de grande destaque está no sobrepeso isolado, com 58,33%.

Os níveis pressóricos evidenciaram-se, de modo geral, mais elevados no sexo masculino (59,53%), e a diferença se deu, principalmente, no percentual de pré-hipertensos, que representou mais que o dobro do sexo feminino. Este, por sua vez, também desperta preocupação, já que mais de 50% das assistidas estavam com elevação na PA, sendo a maior delas na classificação de hipertensão grau I (27,61%). Este resultado aponta para importância do autocuidado.

Como limitações, é importante destacar que as intervenções se realizaram em um Terminal de Integração de Ônibus, local de ampla circulação mas também com a presença de agentes estressores, como barulho. Além disso, por se tratar de um local de passagem, muitos indivíduos não conseguiram concluir todas as etapas da intervenção, devido a pressa para chegar ao lugar de destino.

Por fim, evidencia-se a relevância dessas intervenções no ambiente desenvolvido, pois permite assistir uma quantidade importante de pessoas com um perfil social diverso. Além disso, em virtude dos números evidenciados por esse estudo e os índices de morbimortalidade discutidos, faz-se necessário intervir nos fatores de risco, a partir da educação em saúde, melhorando a qualidade e a sobrevivência da população, prevenindo complicações e o adoecimento.

## **REFERÊNCIAS**



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 3ª ed, p. 1-85, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa: Aspectos metodológicos do coeficiente de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informações de Mortalidade**. 2017.

\_\_\_\_\_. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CAMPOLINA, A.G; Adami, F.; Santos, J.L.F.; Lebrão, M.L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**. V. 29, n. 6, p. 1217-1229. Rio de Janeiro, 2013.

CARNEIRO, V.S.M; ADJUTO, R.N.P; ALVES, Kelly Aparecida Palma. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. V. 23, n. 1, p. 1-6, 2019.

CHOR D, Ribeiro AL, Carvalho MS, Duncan BB, Lotufo PA, Nobre AA, et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. **PLOS One**. V. 10, n. 6, p. 1-14. 2015.

CRUZ, R.S; AZEVEDO, S.S. Fatores socioantropológicos que influenciam no comportamento sedentário. **Revista Ciência & Saberes-UniFacema**. V. 3, n. 4, p. 971-675, 2018.

DA SILVA, L.A.R, Watanabe, E. A. M. T.; de Oliveira, R. D.; Junior, V. D. A. S. Correlação entre índice de massa corporal e circunferência abdominal em adultos e idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. V. 14, n. 3, p. 275-285, 2017.

BORBA, C.S.; Lemos, I. G. S.; Hayasida, N. M. A. Epidemiologia e fatores de risco cardiovasculares em jovens adultos: revisão da literatura. **Saúde e Desenvolvimento Humano**. V. 3, n. 1, p. 51-60, 2015.



FRIESTINO, JKO; Rezende, R; Lorentz, LH; Silva, OMP. Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: Contexto histórico e perspectivas. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V.37, n.3, p.688-701. 2013.

KORIN D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolesc Latinoam**. V. 2, n. 2, p. 67-79. 2001.

MADURO, P. A., de Maio Nascimento, M., de Araújo, I. S., de Freitas Barbosa, L., & Pereira, L. G. D. Análise do estado nutricional e nível de atividade física dos servidores do hospital universitário de Petrolina-PE. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**. V. 11, n. 67, p. 856-867. 2017.

MALTA, D. C.; Bernal, R. T. I.; Andrade; S. S. C. D. A.; Silva, M. M. A. D.; Velasquez-Melendez, G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**. V. 51, p. 1s-11s, 2017.

Malta, D. C.; Andrade, S. S. C. D. A.; Oliveira, T. P.; Moura, L. D.; Prado, R. R. D.; Souza, M. D. F. M. D. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e Regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 22, p. 1, 2019.

Miranda, G. M. D.; Mendes, A. D. C. G.; Da Silva, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. V. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MORÁN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. **Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens**. V. 2, n. 1, p. 15-33. 2015.

MOZAFFARIAN D.; Benjamin E.J.; Go A.S.; Arnett D.K.; Blaha M.J.; Cushman M. Resumo executivo: estatísticas de doenças cardíacas e derrame - atualização de 2015: um relatório da American Heart Association. **Circulação**. V. 131, n. 4, p. 434-441, 2015.

NAVA, S.; Carreno, I.; Rempel, C.; Schwingel, G.; Pissaia, L. F.; Belé, P. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HIPERTENSÃO E DIABETES EM MULHERES. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. V. 4, n. 1, p. 42-54, 2015.

SCHMIDT, M. I.; Duncan, B. B.; e Silva, G. A.; Menezes, A. M.; Monteiro, C. A., et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**. V. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V.107, n. 3, p.1-83. São Paulo, 2016.

TALIARI, J.D.S, SPARAPAGNI, J.S; RAMOS, N.C.A. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO CLIMATÉRIO E NA MENOPAUSA. **UNIFUNEC CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS**. V.3, n.5, p. 1-13, 2019.

VALENTE, J.A. Aprendizagem Ativa no Ensino Superior: a proposta da sala de aula invertida. **Depto. de Multimeios, Nied e GGTE-Unicamp & Ced-PucSP**, p. 1-4, 2013.