



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GLICIA GLEIDE GONÇALVES GAMA

**EFETIVIDADE DE UM PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA
HOMENS HIPERTENSOS**

SALVADOR
2015

GLICIA GLEIDE GONÇALVES GAMA

**EFETIVIDADE DE UM PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA
HOMENS HIPERTENSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção de grau de Doutora, área de concentração Gênero; Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa: O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Carneiro Mussi

SALVADOR
2015

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

G184 Gama, Glicia Gleide Gonçalves.

Efetividade de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos /
Glicia Gleide Gonçalves Gama. - Salvador, 2015.

200 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Carneiro Mussi.

Tese (doutorado) - 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. 5.
Educação em saúde. I. Mussi, Fernanda Carneiro. II. Universidade Federal da
Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 616.12-008.331

GLICIA GLEIDE GONÇALVES GAMA

**EFETIVIDADE DE UM PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA
HOMENS HIPERTENSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora na área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde; linha de pesquisa: O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Aprovada em 28 de Abril de 2015

BANCA EXAMINADORA

Fernanda Carneiro Mussi

Profa. Dra. Fernanda Carneiro Mussi

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Armênio Costa Guimarães

Prof. Dr. Armênio Costa Guimarães

Doutor em Medicina e Professor da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Maria Enoy Neves Gusmão

Profa. Dra. Maria Enoy Neves Gusmão

Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Norma B. Fagundes

Profa. Dra. Norma Carapá Fagundes

Doutora em Educação e Professora da Universidade Federal da Bahia

Alvaro Pereira

Prof. Dr. Alvaro Pereira

Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Carlos Antônio de Souza Teles Santos

Doutor em Saúde Pública e Professor da Universidade Estadual de Feira de Santana

Cláudia Geovana da Silva Pires

Profa. Dra. Cláudia Geovana da Silva Pires

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

*"Ela tem a capacidade de ouvir o silêncio.
Adivinhar sentimentos.
Encontrar a palavra certa nos momentos incertos.
Nos fortalecer quando tudo ao nosso redor parece ruir.
Sabedoria emprestada dos deuses para nos proteger e amparar.
Sua existência é em si um ato de amor.
Gerar, cuidar, nutrir.
Amar, amar, amar...
Amar com um amor incondicional que nada espera em troca.
Afeto desmedido e incontido, Mãe é um ser infinito..."*
(A.C)

*A meu pai João (in memoriam) e minha mãe Edleusa,
Motivo pelo qual existo e encontro-me hoje onde estou. Em
especial a minha mãe que esteve presente em toda parte desta
caminhada: ouvindo-me, acalentando-me, dando-me colo e
incentivando-me.*

*Ao meu marido Antonio e meu filho João Vítor
Que souberam entender minhas ausências, mesmo quando eu
estava presente, e nunca deixaram de acreditar na minha vitória.
Minha dedicação e amor a essas duas forças propulsoras da minha vida.*

*À minhas irmãs Gláucia, Grasiela e Gleide Glicia,
Por toda motivação e pelo carinho demonstrados sempre.*

AGRADECIMENTOS

Considero que o conteúdo desta tese é consequência de um trabalho coletivo, embora sua redação e responsabilidade sejam predominantemente individuais. Várias pessoas contribuíram para que este trabalho chegasse a bom término, e este é o momento em que AGRADEÇO...

A **Deus** por guiar meus passos, pela proteção diária mesmo diante de tantos percalços. Força que me sustentou e impulsionou a continuar quando o caminho parecia muito difícil de trilhar;

Ao meu marido **Antonio** que me incentivou desde o processo seletivo e esteve ao meu lado com muita paciência, apoiando nas questões domésticas e com muito amor nos quatro anos de construção deste trabalho;

A meu filho **João Vítor** que foi gerado no meio deste processo e nasceu como um presente divino para me transmitir mais amor, muita alegria, paciência e tolerância no decorrer desta trajetória;

Aos membros da minha **Família** que torceram por mim, o meu reconhecimento. Em especial a **minha mãe, minhas irmãs e Dirlaine** por acreditarem no meu potencial, pelo exemplo de família, um amor sempre presente e incentivo constante;

À **Amandinha, Brendinha, Olivinha, Nathy e Leca**, minhas sobrinhas que irradiando pureza inerente às crianças contribuíram para que eu encarasse o curso com mais leveza;

À **Profa. Dra. Fernanda Carneiro Mussi**, minha orientadora. Meu muito obrigada pela condução ética, segura e afetuosa, desta orientação;

Aos membros do **GISC** (Grupo Interdisciplinar sobre o cuidado à saúde cardiovascular). Sem você esse trabalho não teria acontecido. Foi o trabalho em equipe que permitiu a realização deste projeto. Não tenho palavras para agradecer a disponibilidade, o compromisso, às ideias propostas, e incentivos constantes... Neste grupo adquirir amizades e agradeço por fazer parte dele.

Aos membros da banca examinadora, **Prof. Dr. Armênio Guimarães, Profa. Dra. Enoy Gusmão, Profa. Dra. Norma Fagundes, Prof. Dr. Álvaro Pereira, Profa. Claudia Pires e Prof. Dr. Carlos Teles** pelas valiosas contribuições no trabalho;

Meu agradecimento especial ao **Prof. Dr. Carlos Teles** pelas importantes contribuições e orientações durante toda análise estatística dos dados. Muito obrigada!

Ao Núcleo de **Pós-graduação em Enfermagem** da UFBA, por proporcionar novas descobertas e aprendizados permitindo crescimento profissional; em especial a **Profa. Dra. Norma Fagundes e Profa. Dra. Enoy Gusmão** pelas excelentes contribuições nas bancas de qualificação do projeto;

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pelo apoio e investimento em minha qualificação profissional;

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)** pelo apoio financeiro e, sobretudo o estímulo proporcionado pela seleção do meu projeto;

Aos **colegas do doutorado**, pelos incentivos, aprendizados e ajudas. Em especial ao colega **Rudval** sempre disponível e oferecendo apoio constante;

À **Polly** por toda ajuda, pela contribuição e disponibilidade na execução do trabalho, em especial na atuação e supervisão da coleta de dados durante minha licença gestação;

À **Andréia (Deinha)** pelo carinho, palavras de incentivo e de calma. Obrigada pela disponibilidade em todas as etapas de elaboração e execução do projeto;

À **Tássia** sempre tão disponível, o que favoreceu o recrutamento da amostra e realização das oficinas;

À **Claudinha** por toda contribuição neste trabalho, desde recomendações de leituras atualizadas à realização de treinamento para coleta de dados. Sua participação foi fundamental na elaboração e realização da pesquisa;

À **Sheila e Talita** pelas valiosas contribuições na aferição dos dados antropométricos dos sujeitos da pesquisa;

À nutricionista **Ávila** pela disponibilidade em participar do projeto e contribuições na oficina educativa sobre hábitos alimentares;

À **Mari, Alyne, Cátia e Lídia** por todo apoio, disponibilidade, colaboração e incentivo;

Aos alunos da Iniciação Científica, **Elilian, Igor e Eulália**, pelo compromisso e responsabilidade dispensados durante toda coleta, tabulação e transcrição dos dados;

Aos alunos da graduação, **Gabriela, Évila, Rauan, Larissa, Ana Luísa e Lindaiane**, pela participação valorosa nas oficinas educativas;

Aos meus amigos e companheiros de trabalho da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), que durante o meu afastamento para estudo sempre me estimularam. Obrigada pela ajuda e carinho;

Às minhas amigas **Aldinha, Gil, Marcinha e Luciana** por todo apoio, torcida e momentos de descontração durante esta caminhada;

Aos docentes da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública por todo incentivo e apoio nos quatro anos de desenvolvimento deste trabalho. Agradecimento especial para **Lourdinha, Olívia e Cintia Mesquita**;

Aos **funcionários do CRDC**, em especial a Enfa. **Márcia Sena**, Dr. **Marcus Andrade**, Enf. **Joandro**, Enf. **Alan**, Enfa. **Maione**, Técnico de enf. **Fernandes**, Téc. de enf. **Ronaldo** pela recepção, preocupação, disposição e acolhimento durante toda coleta de dados;

Ao Enf. **Evaldo** por ter me apresentado o núcleo de saúde do homem, o que me fez despertar por esta investigação;

Aos **Homens sujeitos da pesquisa** por terem permitido a entrevista, e por terem contribuído para um repensar da assistência prestada à saúde. Sem vocês este trabalho não se realizaria;

Às minhas amigas **Dani, Cecília, Maria Alice, Fabíola** que sempre torceram por essa minha conquista;

À **Márcia e Samuel**, funcionários da Pós-graduação em Enfermagem da UFBA, pelo apoio constante;

A todos que torceram e acreditaram em mim. Obrigada!

"Olhar para trás após uma longa caminhada pode fazer perder a noção da distância que percorremos, mas se nos detivermos em nossa imagem, quando a iniciamos e ao término, certamente nos lembraremos o quanto nos custou chegar até o ponto final. Hoje temos a impressão de que tudo começou ontem. Não somos os mesmos, mas sabemos mais... E é por esse motivo que dizer adeus se torna complicado!

(Guimarães Rosa)

GAMA, Glicia Gleide Gonçalves. **Efetividade de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos**. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares com destaque nos homens que não realizam com regularidade as medidas de prevenção. Os objetivos deste estudo foram: descrever os hábitos de vida, a avaliação antropométrica e o nível de estresse de homens hipertensos; verificar a associação entre variáveis sociodemográficas com hábitos de vida, dados antropométricos e o nível de estresse de homens hipertensos; desenvolver e implementar um projeto de educação em saúde com homens hipertensos; e comparar os hábitos de vida, a avaliação antropométrica, o conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco e o nível de estresse dos homens hipertensos antes e após a implementação do projeto de educação em saúde. Pesquisa quantitativa, longitudinal com intervenção não controlada do tipo *before and after*, realizado em um centro de saúde municipal referência para doenças cardiovasculares em Salvador-BA. Recrutou-se 80 homens para participar da intervenção e 26 aderiram às atividades propostas. Foram empregados cinco instrumentos na coleta e os dados foram levantados por meio de entrevista e avaliação clínica. O projeto compreendeu a realização de quatro oficinas temáticas sobre HAS e seus fatores de risco, contatos telefônicos, envio de mensagens curtas via SMS e consulta individual. Analisaram-se os dados em percentuais, média e desvio padrão. Para as associações de interesse foi aplicado o Teste Qui-Quadrado de Person ou o Exato de Fisher ($p < 0,005$). Para comparar comportamento e conhecimento antes e após a intervenção foi aplicado o modelo de regressão de poisson robusto obtendo-se a razão de prevalência, com o respectivo intervalo de confiança de 95%. Os resultados evidenciaram um predomínio de homens na faixa etária de 30 a 59 anos, raça/cor negra, casados, baixa escolaridade, situação laboral ativa, baixa renda e pressão arterial descontrolada. As prevalências de fatores de risco descontrolados para hipertensão foram: tabagismo (8,7%), fumantes passivos (40,0%), consumo excessivo de bebida alcoólica na semana (8,7%) e no final de semana (38,7%), baixo padrão de atividade física (47,5%), alto nível de estresse (50%), excesso de peso (82,5%). Hábitos alimentares inadequados predominantes foram: consumo inferior a 5 vezes/semana de peixe (96,3%), frango (72,5%), verduras e saladas (66,3%) e uso de produtos para substituir o sal (41,2%). O sedentarismo foi associado significativamente a idosos, ingestão excessiva de bebida alcoólica no final de semana, a brancos e de baixa escolaridade; o tabagismo atual a faixa etária de 30 a 59 anos; o passivo a homens brancos e sem companheira e o excesso de peso a baixa renda, brancos, de 30 a 59 anos, sem ocupação e maior escolaridade. A comparação do conhecimento sobre HAS e seus fatores de risco mostrou mais acertos para todas as questões após as oficinas. Constatou-se comportamento mais saudável após intervenção. A efetividade do projeto de educação em saúde na melhora do conhecimento dos homens e também para adoção de hábitos de vida mais saudáveis foi evidente. Sugere-se que as etapas do projeto sejam reaplicadas e avaliadas como estratégia para modificar o perfil epidemiológico da hipertensão.

Palavras-chaves: Hipertensão; Fatores de Risco; Saúde do Homem; Enfermagem; Educação em Saúde.

GAMA, Glicia Gleide Gonçalves. **Effectiveness of a health education program for hypertensive men.** 200 f. Thesis (Nursing Doctorate) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is an important risk factor for the development of cardiovascular diseases, with emphasis for men that do not regularly perform any preventive measures. The purpose of this study was to describe lifestyles, anthropometric evaluation and stress levels of hypertensive men; verify association between socio-demographic variables and living habits, anthropometric data and stress levels in hypertensive men; develop and implement a health education program with hypertensive men; and compare lifestyles, anthropometric evaluation, awareness about SAH and its risk actors and stress levels of hypertensive men before and after the implementation of the health education program. A quantitative and longitudinal research with before and after non-controlled intervention study, performed in a municipal health center of reference for cardiovascular disease in Salvador-BA. For participation in the intervention 80 men were recruited and 26 adhered to the proposed activities. Five instruments were applied to data collection and the information was obtained through interviews and clinical evaluation. The project comprised four thematic workshops on SAH and its risk factors, telephone contacts, short messages via SMS and individual consultation. The information was analyzed in percentages, averages and standard deviation. For associations of interest the Pearson chi-squared or Fisher's exact tests were used ($p < 0,005$). To compare behavior and knowledge before and after the intervention, the Poisson regression with robust variance model was used, obtaining the prevalence ration, with the respective confidence interval of 95%. The results evidenced a predominance of men in the age group of 30 to 59 years, race/color black, married, low schooling level, active labor situation, low income and uncontrolled arterial pressure. The prevalence of uncontrolled risk factors for hypertension were: smoking (8.7%), passive smokers (40.0%), excessive alcohol consumption during the week (8.7%) and on weekends (38.7%), low level of physical activities (47.5%), high level of stress (50%), excess weight (82.5%). Predominant inadequate eating habits were: consumption below 5 times/week of fish (96.3%), chicken (72.5%), vegetables and salads (66.3%) and use of products to substitute salt (41.2%). Sedentary lifestyle was significantly associated to the elderly, excessive intake of alcoholic beverages on weekends, to white and low schooling; smoking presently to the age group 30 to 59 years; passive smokers to white men, without spouses, and excess weight to low income, white, ages 30 to 59, without occupation and higher schooling levels. Comparison on awareness about SAH and its risk factors has more correct answers for all questions after the workshops. A healthier behavior was verified after the intervention. The effectiveness of the health education project for improvement of the awareness of men and also for adoption of healthier lifestyles was evident. It is suggested that the phases of the project be reapplied and evaluated as a strategy for modifying the epidemiological profile of hypertension.

Key-words: Hypertension; Risk Factors; Men's Health; Nursing; Health Education.

GAMA, Glicia Gleide Gonçalves. **Efectividad de un proyecto de educación en salud para hombres hipertensos.** 200 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

RESUMEN

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un importante factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares con destaque en los hombres que no realizan con regularidad las medidas de prevención. Los objetivos de este estudio fueron: describir los hábitos de vida, la evaluación antropométrica y el nivel de estrese de hombres hipertensos; verificar la asociación entre variables sociodemográficas con hábitos de vida, datos antropométricos y el nivel de estrese de hombres hipertensos; desarrollar e implementar un proyecto de educación en salud con hombres hipertensos; y comparar los hábitos de vida, la evaluación antropométrica, el conocimiento sobre la HAS y sus factores de riesgo y el nivel de estrese de los hombres hipertensos antes y después de la implementación del proyecto de educación en salud. Pesquisa longitudinal con intervención no-controlada del tipo *before and after*, realizado en un centro de salud municipal en Salvador-BA. Se reclutó 80 hombres para participar de la intervención y 26 adhirieron a las actividades propuestas. Fueron empleados cinco instrumentos en la colecta y los datos fueron levantados por medio de entrevista y evaluación clínica. El proyecto incluyó la realización de cuatro talleres temáticos sobre HAS y sus factores de riesgo, contactos telefónicos, envío de mensajes cortas vía SMS y consulta individual. Se analizaron los datos en porcentuales, promedio y desviación estándar. Para las asociaciones de interés fue aplicado el Teste Chi-cuadrado de Pearson o el Exacto de Fisher ($p < 0,005$). Para comparar comportamiento y conocimiento antes y después de la intervención fue aplicado el modelo de regresión de Poisson robusto obteniendo la razón de prevalencia, con el respectivo intervalo de confianza de 95%. Los resultados evidenciaron un predominio de hombres en el grupo de edad de 30 a 59 años, raza/color negro, casados, baja escolaridad, situación laboral activa, baja renta y presión arterial descontrolada. Las prevalencias de factores de riesgo descontrolados para hipertensión fueron: tabaquismo (8,7%), fumadores pasivos (40,0%), consumo excesivo de bebida alcohólica en el final de semana (38,7%), bajo estándar de actividad física (47,5%), alto nivel de estrese (50%), exceso de peso (82,5%). Hábitos alimentares inadecuados predominantes fueron: consumo inferior a 5 veces/semana de pescado (96,3%), pollo (72,5%), verduras y ensaladas (66,3%) y uso de productos para substituir la sal (41,2%). El sedentarismo fue asociado significativamente a ancianos, ingestión excesiva de bebida alcohólica en el final de semana, a blancos e de baja escolaridad; el tabaquismo actual al grupo de edad de 30 a 59 años; y el exceso de peso a la baja renta, blancos, de 30 a 59 años, si ocupación y mayor escolaridad. La comparación de conocimiento sobre HAS y sus factores de riesgo mostró más aciertos para todas las cuestiones después de los talleres. Se constató comportamiento más saludable después de la intervención. La efectividad del proyecto de educación en salud en la mejora del conocimiento de los hombres y también para adopción de hábitos de vida más saludables fue evidente. Se sugiere que las etapas del proyecto sean reaplicadas y evaluadas como estrategia para modificar el perfil epidemiológico de la hipertensión.

Palabras-claves: Hipertensión; Factores de Riesgo; Salud del Hombre; Enfermería; Educación en Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Tamanho de manguito utilizado para as medidas da pressão arterial	59	
Quadro 2	Parâmetro de avaliação e classificação da pressão arterial para pessoas adultas acima de 18 anos	59	
Quadro 3	Classificação de acordo com o índice de massa corporal	60	
Quadro 4	Classificação da Razão Cintura-Quadril no sexo masculino.	62	
Quadro 5	Etapas dos planos de ação	66	
Quadro 6	Mensagens de texto enviadas aos homens por celular	189	
Artigo 2	Quadro 1	Plano de ação da Oficina 1 - Expectativas e crenças sobre a HAS e seus fatores de risco.	103
Artigo 2	Quadro 2	Plano de ação da Oficina 2 - Consumo de bebida alcoólica, tabagismo, estresse, sedentarismo e HAS.	104
Artigo 2	Quadro 3	Plano de ação da Oficina 3 - Hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue e HAS.	105
Artigo 2	Quadro 4	Quadro 4 - Plano de ação da Oficina 4 - HAS, o uso de medicação e a sexualidade.	107
Artigo 2	Quadro 5	Quadro 5 - Mensagens de texto enviadas aos homens por celular	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma da Intervenção do Estudo nos meses de Abril a Junho/2014	63
Figura 2	Fluxograma da Intervenção do Estudo nos meses de Julho a Outubro/2014	64

LISTAS DE GRÁFICOS

Artigo 1	Gráfico 1	Prevalência de fatores de risco para HAS descontrolados nos participantes do estudo. Salvador/BA, 2015	80
Artigo 1	Gráfico 2	Prevalência de hábitos alimentares não recomendados nos participantes do estudo. Salvador/BA, 2015	81
Artigo 1	Gráfico 3	Distribuição dos homens segundo agregação de fatores de risco para HAS. Salvador /BA, 2015.	81

LISTA DE TABELAS

Artigo 1	Tabela 1	Distribuição dos participantes do estudo segundo as características sociodemográficas. Salvador /BA, 2015.	79
Artigo 1	Tabela 2	Associação entre as características sociodemográficas e fatores de risco descontrolados para HAS nos participantes do estudo. Salvador/BA, 2015.	83
Artigo 1	Tabela 3	Tabela 3 – Associação entre as características sociodemográficas e medidas antropométricas não recomendadas nos participantes do estudo. Salvador/BA, 2015.	84
Artigo 3	Tabela 1	Distribuição dos participantes do estudo segundo as características sociodemográficas.. Salvador – Bahia, 2015.	122
Artigo 3	Tabela 2	Comparação do conhecimento dos homens sobre HAS, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, estresse e sedentarismo entre o pré-teste e o pós-teste 1 e, entre o pré-teste e o pós teste 2. Salvador – Bahia, 2015.	123
Artigo 3	Tabela 3	Comparação do conhecimento dos homens sobre obesidade, uso de medicação e hábitos alimentares entre o pré-teste e o pós-teste 1 e, entre o pré-teste e o pós teste 2. Salvador – Bahia, 2015.	125
Artigo 4	Tabela 1	Características sociodemográficas dos homens participantes da intervenção. Salvador/BA, 2015.	146
Artigo 4	Tabela 2	Comparação do tabagismo, consumo de bebida alcoólica e nível de estresse antes e após a intervenção no grupo de homens. Salvador/BA, 2015.	147
Artigo 4	Tabela 3	Comparação do padrão de atividade física antes e após a intervenção no grupo de homens. Salvador/BA, 2015.	147
Artigo 4	Tabela 4	Comparação dos hábitos alimentares antes e após a intervenção no grupo de homens. Salvador/BA, 2015.	148
Artigo 4	Tabela 5	Diferença média do IMC e CC antes e após intervenção no grupo de homens. Salvador/BA, 2015.	149

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CC	Circunferência da Cintura
CID	Classificação Internacional de Doenças
CRDC	Centro de Referência para Doenças Cardiovasculares
DCV	Doenças Cardiovasculares
FR	Fator de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IDF	International Diabetes Federation
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	International Physical Activity Questionnaires
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SOB/OB	Sobrepeso/obesidade
SMS	Short Message Service
SPSS	Statistical Package of Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	20
2 INTRODUÇÃO	22
3 OBJETIVOS	26
4. HIPÓTESE	27
5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	28
5.1 ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: UM DESAFIO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS	28
5.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS): O PROBLEMA E SUAS MÚLTIPLAS DIMENSÕES	30
5.3 FATORES DE RISCO NÃO CONTROLÁVEIS, CONTROLÁVEIS E HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS À HAS	33
5.4 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE PARA HOMENS HIPERTENSOS	40
5.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE HOMENS HIPERTENSOS	45
6 MÉTODO	49
6.1 TIPO DE ESTUDO	49
6.2 LOCAL DO ESTUDO	49
6.3 AMOSTRA	51
6.4 VARIÁVEIS DE DESFECHO	51
6.5 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	52
6.6 COLETA DE DADOS	52
6.6.1 Instrumentos de coleta de dados	52
6.6.2 Recrutamento dos homens e operacionalização da primeira fase coleta de dados	57
6.6.2.1 <i>Pré-teste dos instrumentos de coleta de dados</i>	57
6.6.2.2 <i>Abordagem dos homens para formação do baseline</i>	57
6.6.3 Implementação do programa de educação em saúde	62
6.6.3.1 <i>Operacionalização das oficinas de educação em saúde</i>	64
6.6.3.2 <i>Operacionalização dos contatos telefônicos</i>	67
6.6.3.3 <i>Operacionalização da consulta individual</i>	67
6.7 ANÁLISE DE DADOS	68
6.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	69
7. RESULTADOS/ARTIGOS	70

7.1 ARTIGO 1: Descontrole de fatores de risco e associação com características sociodemográficas em homens hipertensos	70
7.2 ARTIGO 2: Projeto de educação em saúde como estratégia para controle da hipertensão arterial em homens	93
7.3 ARTIGO 3: Impacto de um projeto de educação em saúde no conhecimento de homens hipertensos	113
7.4 ARTIGO 4: Efeito de um projeto de educação em saúde no comportamento de homens hipertensos	133
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
REFERÊNCIAS	157
APÊNDICES	
APÊNDICE A - Instrumento A de coleta de dados	171
APÊNDICE B – Instrumento E - Conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco	173
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	174
APÊNDICE D – Logomarca do Programa de Educação em saúde para HAS	176
APÊNDICE E – Plano de Ação - OFICINA 1	177
APÊNDICE F – Plano de Ação - OFICINA 2	178
APÊNDICE G – Plano de Ação - OFICINA 3	180
APÊNDICE H – Plano de Ação - OFICINA 4	183
APÊNDICE I – Quadro de mensagens de texto enviadas aos homens por celular	189
ANEXOS	
ANEXO A - Instrumento B de Coleta de Dados – Dados do Vigitel, 2013	190
ANEXO B - Instrumento C de Coleta de Dados – IPAQ versão reduzida.	191
ANEXO C - Instrumento D de Coleta de Dados – Escala de Estresse Percebido (PSS).	192
ANEXO D – Ofício da coordenadora de Enfermagem do lócus do estudo	193
ANEXO E - Parecer consubstanciado do CEP – Escola de Enfermagem da UFBA	194
ANEXO F - Parecer consubstanciado do CEP – Santa Casa de Misericórdia da Bahia – Hospital Santa Izabel	197
ANEXO G - Parecer da Subcoordenadoria de Capacitação de Desenvolvimento de Pessoal da Secretária Municipal de Saúde – SMS	200

1 APRESENTAÇÃO

Este estudo pretendeu verificar a efetividade de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos trabalhando com abordagem direta aos fatores de risco modificáveis para hipertensão arterial sistêmica (HAS), dando ênfase às orientações sobre a doença e mudanças pertinentes no estilo de vida. Verificou também alterações positivas no conhecimento desses homens em relação à HAS e seus fatores de risco.

A HAS tem sido estudada amplamente devido ao fato de ser considerado grave problema de saúde e importante fator de risco cardiovascular. Esta patologia é alvo de intervenções de controle no campo da saúde, especialmente pela atenção básica. No entanto, percebe-se que a maioria dos estudos tem sido realizada com intuito de investigar efeito de novas drogas, ou abordagens diretas e educacionais a grupos populacionais mistos. São escassas as investigações sobre morbidade e mortalidade vinculadas à HAS nos homens; e que tratem das especificidades deste gênero para controle da doença.

Este estudo está apresentado sob a forma de artigos. A primeira parte desta tese trás uma revisão de literatura sobre atenção à saúde do homem direcionada à prevenção e controle de doenças crônicas em especial a HAS; aspectos epidemiológicos da HAS; os fatores de risco não controláveis, controláveis e hábitos de vida relacionados à HAS; o cuidado integral de enfermagem para homens hipertensos; e a educação em saúde como estratégia para promoção da saúde de homens hipertensos. Em seguida, é apresentado todo percurso metodológico. Os resultados da pesquisa do estudo estão apresentados em 4 (quatro) artigos.

O primeiro artigo intitulado “*Descontrole de fatores de risco e associação com características sociodemográficas em homens hipertensos*” é um estudo descritivo, mostrando as características de toda amostra recrutada para participar do projeto de intervenção. Descreve hábitos de vida e medidas antropométricas além de apresentar algumas associações destes com as variáveis sociodemográficas dos homens hipertensos.

O segundo artigo intitulado “*Projeto de educação em saúde como estratégia para controle da hipertensão arterial em homens*”, descreveu toda proposta e o processo detalhado para implementação de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos, cujo objetivo é melhorar o nível de conhecimento dos homens sobre a hipertensão e suas medidas de controle, bem como estimular a valorização de estilo de vida saudável.

O terceiro artigo foi intitulado “*Impacto de um projeto de educação em saúde no conhecimento de homens hipertensos*”. Trata-se de um estudo longitudinal com intervenção não controlada do tipo *before and after*, cujo objetivo foi comparar o conhecimento sobre a

HAS e seus fatores de risco em um grupo de homens hipertensos antes e após a implementação de um projeto de educação em saúde. Conhecimentos equivocados sobre o autocuidado frente a uma doença crônica como a hipertensão arterial pode ser lesivo para o controle da mesma.

O quarto e último artigo cujo título é “*Efeito de um projeto de educação em saúde no comportamento de homens hipertensos*” teve como objetivo comparar hábitos de vida, nível de estresse e avaliação antropométrica dos homens hipertensos antes e após a implementação de um projeto de educação em saúde. Trata-se de estudo longitudinal com intervenção não controlada do tipo *before and after* que analisou a mudança no comportamento dos indivíduos com ênfase nos fatores de risco modificáveis, frente a ações educativas implementadas.

2 INTRODUÇÃO

A mortalidade global atual de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) continua alta e crescente. Trinta e oito milhões de pessoas morrem a cada ano de doenças não transmissíveis, principalmente a partir de doenças cardiovasculares. Mais de 14 milhões de mortes por doenças não transmissíveis ocorrem entre as idades de 30 e 70 anos, dos quais 85% estão em países em desenvolvimento (WHO, 2014). No Brasil, bem como na maior parte dos países em desenvolvimento, as doenças crônicas não transmissíveis respondem pelas maiores taxas de morbidade e mortalidade e por cerca de 70% dos gastos assistenciais com saúde (BRASIL, 2011).

Dentre estas, as doenças cardiovasculares (DCV) são consideradas um importante problema de saúde pública, pois além de trazerem repercussões negativas na qualidade de vida e produtividade da população acometida e seus familiares, causam incapacidades e mortes prematuras e ocasionam custos para o sistema de saúde, para a previdência social e, sobretudo para a sociedade devido a mortalidade e invalidez precoce (BRASIL, 2006; PEREIRA, 2009). As projeções dessas enfermidades, para o ano 2020, apontam que permanecerão liderando as estatísticas de letalidade (GUIMARÃES, 2002). Estas doenças são responsáveis por um terço das mortes no mundo, e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o fator de risco mais expressivo (PINTO, 2011; WHO, 2011).

Segundo as *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial* (SBC; SBH; SBN, 2010), a HAS é definida como uma síndrome multifatorial caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e fenômenos tróficos, os quais consistem na hipertrofia cardíaca e vascular. A HAS atinge cerca de 30% da população adulta no mundo, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No continente americano, a síndrome afeta cerca de 140 milhões de pessoas, metade das quais desconhece ter a doença por não apresentar sintomas e não sentir a necessidade de procurar o serviço de saúde. Das que se descobrem hipertensas, 35% não realizam o tratamento adequado.

A prevalência nacional de HAS na população adulta varia de 22,3% a 43,9%, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (SBC; SBH; SBN, 2010). Dados recentes do Vigitel (BRASIL, 2014) apontam que no conjunto das capitais e distrito federal do Brasil, a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial foi de 24,1%, sendo maior em mulheres (26,3%) do que em homens (21,5%). A frequência de diagnósticos aumentou com o aumento da idade e foi maior entre os indivíduos com menor nível de escolaridade (0 a 8 anos de escolaridade). Em Salvador/BA os dados revelaram uma prevalência total de

23,7%, sendo 18,8% em homens e 26,8% em mulheres (BRASIL, 2014).

A ocorrência da HAS está associada a diversos fatores de risco dentre os quais se destacam: idade, sexo, raça/cor, herança genética, fatores socioeconômicos, sedentarismo, ingestão excessiva de bebida alcoólica e sal, estresse psicossocial, tabagismo, sobrepeso e obesidade (SBH, SBC; SBN, 2010; BRASIL, 2011). Dentre os fatores ambientais que concorrem para o aumento dos níveis da pressão arterial, destacam-se as mudanças associadas ao estilo de vida, em que se incluem hábitos alimentares inadequados associados à inatividade física, além do uso abusivo do álcool e tabagismo. Estudos indicam que esses hábitos estão correlacionados com a obesidade, um dos principais preditores da hipertensão arterial (PINHO; PIERIN, 2011).

As taxas elevadas de hipertensão guardam relação com o envelhecimento da população, e principalmente com o controle inadequado e a ascensão dos fatores associados ao desenvolvimento desta doença (PIRES, 2007). Estas taxas tendem a crescer nos próximos anos, principalmente pela adoção e persistência de hábitos de vida inadequados das sociedades modernas (BRASIL, 2006). Para o controle deste fator de risco cardiovascular é necessário mudança de estilo de vida. Reside aí o grande desafio a ser alcançado pela clientela, os profissionais de saúde e autoridades públicas (FRANÇA, 2006; GAMA et al., 2011).

Considera-se também que o contexto social exerce importante influência na definição dos modos de viver. Maior renda pode favorecer a prática de atividade física, a aquisição de medicamentos e alimentos, acesso aos bens e serviços, inclusive educação de qualidade e assistência à saúde com recursos diagnósticos e terapêuticos eficazes, incluindo profissionais qualificados e equipamentos (BRASIL, 2011; FRANÇA, 2006).

Além disso, quando se pensa na questão do gênero, fica evidente 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 (FIGUEIREDO, 2005). Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbidade e mortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando ao sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde (GOMES, 2011). Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção (BRASIL, 2009).

A alta prevalência de hipertensão em homens e suas múltiplas causas desafiam o desenvolvimento de estratégias preventivas e de controle (GAMA et al., 2010). Neste sentido,

é importante reflexão, implementação e avaliação de práticas de cuidar interdisciplinares visando mudança de hábitos de vida e melhor controle de parâmetros clínicos e antropométricos em grupos populacionais. Não se pode perder de vista que a mudança de comportamento não é tarefa fácil e que a educação em saúde pressupõe, minimamente, que os profissionais de saúde conheçam a população que estão assistindo e levem em consideração o seu contexto sociocultural e compartilhem com os clientes os projetos pessoais de cuidado com a própria saúde (GAMA et al., 2011). É essencial que os indivíduos sejam auxiliados a compreender a importância da terapêutica e a utilizar os recursos que dispõem de forma mais adequada e atrativa para a prevenção de agravos relacionados à hipertensão.

Entende-se que para estabelecer ações e estratégias de prevenção e controle 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, pois podem estar diretamente implicados no seguimento das diversas formas de tratamento.

Associado a este contexto, em minha experiência profissional sempre focada à assistência cardiovascular, tenho observado o número crescente de indivíduos acometidos por hipertensão arterial sistêmica descontrolada, favorecendo o surgimento de doenças cardiovasculares e graves complicações. Além disso, no desenvolvimento de minha dissertação de mestrado intitulada: “Fatores de risco cardiovascular, crenças e comportamentos de indivíduos com doença arterial coronária” pude realizar um diagnóstico situacional, onde muitos indivíduos reinternavam (destaque para os homens do estudo) por ocorrência repetida de eventos coronários por falta de conhecimento sobre medidas efetivas para controlar os fatores de risco, em especial a HAS; mesmo estando sob acompanhamento multidisciplinar. Assim, a minha visão antes restrita ao mundo hospitalar, estendeu-se para um contexto mais amplo em saúde o que fortaleceu a minha busca para construção e implementação de estratégias efetivas e esclarecedoras para população focadas diretamente no controle da HAS e dos seus fatores de risco.

A análise da literatura tem evidenciado baixa taxa de adesão dos homens quantos aos serviços de saúde, em particular na atenção primária, sendo observado que os mesmos optam

por procurar atendimento em saúde em situações mais graves (DANTAS, 2013; GOMES, 2011; PIERIN, 2011). Quando se pensa na hipertensão arterial sistêmica, existe uma escassez de estudos com relação à efetividade de medidas de prevenção e controle em grupos de indivíduos do sexo masculino. Os ensaios clínicos buscam em sua maioria validar novos medicamentos e as estratégias voltadas para educação em saúde junto a essa clientela específica não têm sido referidas. Autores como Lazzarotto et al, 2013; Peixoto, Okuma, 2009; e Silva, Zaffari, 2009 apontam uma adesão de homens em oficinas educativas em torno de 10 a 20 % apenas.

Diante do exposto, considerando a importância do controle da HAS por ser um fator de risco independente para doença cardiovascular somada, especialmente, a necessidade de inserção de homens hipertensos no planejamento de um tratamento efetivo para controle desta doença crônica, este estudo suscitou a seguinte questão investigativa: Qual a efetividade de um projeto de educação em saúde na melhora do conhecimento sobre a HAS e seus fatores de riscos, na redução de medidas antropométricas e mudanças de hábitos de vida de homens hipertensos? Dessa forma delimitou-se como objeto de estudo: Efetividade de um projeto de educação em saúde na melhora do conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco, na redução de medidas antropométricas e mudanças de hábitos de vida de homens hipertensos.

Acredita-se que este estudo pode oferecer subsídios para atuação da equipe de enfermagem e multidisciplinar em um grupo de homens hipertensos por meio da implementação de atividades de prevenção e controle da doença e seus fatores de risco que visem evitar a ocorrência de outros agravos tais como acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e, conseqüentemente minimizem a morbidade e mortalidade por tais doenças. Além disso, poderá contribuir para definição de políticas de atenção à saúde do homem, bem como, para uma reflexão sobre as práticas de cuidar e ensino em enfermagem e para uma execução permanente das atividades preventivas voltadas para esta clientela.

3 OBJETIVOS

Descrever os hábitos de vida, a avaliação antropométrica e o nível de estresse de homens hipertensos;

Verificar a associação entre variáveis sociodemográficas com hábitos de vida, dados antropométricos e o nível de estresse-de homens hipertensos;

Desenvolver e implementar um projeto de educação em saúde com homens hipertensos;

Comparar os hábitos de vida, a avaliação antropométrica, o conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco e o nível de estresse dos homens hipertensos antes e após a implementação do projeto de educação em saúde.

4. HIPÓTESE

H1= Há diferença nos hábitos de vida, na avaliação antropométrica, no nível de estresse e no conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco dos homens hipertensos após a implementação do projeto de educação em saúde.

5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: UM DESAFIO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS

Vivemos em uma sociedade estruturada pela ideologia do patriarcado que legitima a “superioridade” do homem, este é influenciado pelas ideias hegemônicas de que deve ser forte, dominador, invencível. Por esse fato cuidam pouco da saúde e demoram a procurar o serviço de saúde, uma vez que o cuidado com a saúde pode ser visto como sinal de fragilidade. Tal problemática acaba colocando a saúde dos homens em risco. Na maior parte do mundo é possível verificar indicadores de morbimortalidade desfavoráveis à saúde do homem quando comparados a das mulheres (COURTENAY, 2003; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; FIGUEIREDO, 2005). A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevada (COUTO, GOMES, 2012; BRASIL, 2009).

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de 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 (NARDI et al, 2007; COURTENAY, 2003; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; LUCK et al, 2000). Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbidade e mortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al, 2007), adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

Korin (2001) afirma que em sociedades que equiparam poder, sucesso e força como características masculinas, os homens buscam, no processo de socialização, o distanciamento de características relacionadas ao feminino tais como sensibilidade, cuidado, dependência e fragilidade. Estas atribuições simbólicas diferenciadas entre homens e mulheres resultam, muitas vezes, para os homens, em comportamentos que os predis põem a doenças, lesões e mortes, pois podem culminar em práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando o homem vulnerável a várias situações. No modelo de masculinidade a ser seguido na sociedade, ressaltam-se as ideias de que o homem de verdade é solitário e reservado no que se refere às suas experiências pessoais, ou, quando muito, superficial e prático, direcionado para agir e realizar atividades (GOMES, 2007).

Tal modelo, ao construir a noção de invulnerabilidade, força e virilidade como um valor da própria cultura, dificultaria o reconhecimento nos homens de suas necessidades de cuidado à saúde, convergindo com a imagem que têm dos serviços como um espaço feminino, destinado às mulheres, crianças e idosos (FIGUEIREDO, 2005). Essa é uma das razões que transforma em desafio a participação do homem nas ações de saúde, já que o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde não são questões colocadas na educação e socialização dos mesmos (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Salienta-se que a falta de procura pelos serviços de atenção primária pode privar o indivíduo da proteção necessária à preservação de sua saúde. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção (BRASIL, 2009). A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, em uma posterior luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida. Neste contexto, atualmente, o principal desafio no âmbito da saúde é a necessidade de propor estratégias para envolver os homens visando alcançar a equidade de gênero¹ (COUTO, GOMES, 2012).

Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão dos homens, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do indivíduo que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção da saúde que requerem, na maioria das vezes, mudanças comportamentais (BRASIL, 2009).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde divulgou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída através da Portaria nº 1.994, de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009), com o objetivo de alcançar ações efetivas de saúde, junto aos homens, levando em consideração que a população masculina apresenta altos índices de morbimortalidade e que representa verdadeiro problema de saúde pública. Tal política apresenta como diretrizes: Integralidade que abrange assistência à saúde do usuário em todos

¹ O termo gênero remete a questão das desigualdades entre os sexos. A expressão "gênero" começou a ser utilizada justamente para marcar que as diferenças entre homens e mulheres não são apenas de ordem física, biológica. Como não existe natureza humana fora da cultura, a diferença sexual anatômica não pode mais ser pensada de maneira isolada. Ou seja, falar de relações de gênero é falar das características atribuídas a cada sexo pela sociedade e sua cultura. A diferença biológica é apenas o ponto de partida para a construção social do que é ser homem ou ser mulher. Sexo é atributo biológico, enquanto gênero é uma construção social e histórica. A noção de gênero, portanto, aponta para a dimensão das relações sociais do feminino e do masculino (SAYÃO, 2002).

os níveis de atenção, assegurando a continuidade no processo de atenção; compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo; organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem se sinta integrado; implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica; reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

A PNAISH propõe-se a qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção (BRASIL, 2009). Ao evidenciarem-se as necessidades desta população em específico a partir dos principais fatores de morbimortalidade (doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, causas externas, entre outras), deve-se evidenciar também os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade masculina principalmente no rol das enfermidades crônicas, associado às mortes mais precoces.

Dentre os fatores de riscos para DCV, a HAS se caracteriza com um dos mais expressivo e o seu controle se configura como um dos grandes desafios dos profissionais da saúde. Os homens mesmo com um diagnóstico confirmado de HAS tem uma procura aos serviços de saúde inferior às mulheres. A construção de um espaço que privilegie a atenção à saúde do homem e implementação de ações educativas voltadas para esta clientela devem ser planejadas e operacionalizadas pelos profissionais de saúde e respaldadas pela PNAISH. (DANTAS, 2013).

5.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS): O PROBLEMA E SUAS MÚLTIPLAS DIMENSÕES

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC; SBH; SBN, 2010).

Segundo dados do boletim global de doenças relacionadas à Hipertensão (LAWES, 2008), a cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido à hipertensão. Cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. Passos (2006), afirma que estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de

prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste.

A HAS é responsável por 54% de todos os casos de acidente vascular cerebral (AVC) e 47% dos casos de infarto do miocárdio, fatais e não fatais, em todo o mundo. Na última década, a hipertensão fez mais de 70 milhões de vítimas fatais. No Brasil, afeta mais de 30 milhões de brasileiros (em torno de 36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país (SBC; SBH; SBN, 2010).

Diante deste cenário, 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, 2011).

Um dos pressupostos deste plano é de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de DCV, em razão da hipertensão (PASSOS, 2006). No entanto, tem se observado uma baixa adesão dos indivíduos junto aos serviços de saúde, em especial dos homens, o que 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).

Estudos clínicos já demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. O diagnóstico de HAS caracteriza-se pelo aumento crônico da pressão arterial sistólica (PAS) e da pressão arterial

diastólica (PAD) e somente pode ser estabelecido quando são realizadas no mínimo três medidas, com uma diferença temporal de uma semana entre elas e identificados valores de PAS superior ou igual a 140 *mmHg* ou PAD superior ou igual a 90 *mmHg* (LEPORI, 2004; SBH;SBC; SBN, 2010). O controle da hipertensão exige: o monitoramento da pressão arterial, prescrição e adesão ao tratamento de medicamentos anti-hipertensivos; a coordenação com outros cuidados e com medicamentos; bem como, controle de seus fatores de risco e as mudanças de estilo de vida, como por exemplo, deixar o tabagismo, fazer dieta e exercício físico (MACINKO et al, 2011).

Desta forma, a realização de estudos epidemiológicos é fundamental para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão no país e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade. A identificação de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuiu para uma queda substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos (PASSOS, 2006).

É importante lembrar que a HAS é uma doença silenciosa e assintomática, poucas queixas são relatadas pelos indivíduos. Porém, existem alguns fatores de risco que merecem atenção e os quais podem ser classificados como não-controláveis, controláveis e ainda fatores socioeconômicos. (LIMA, 2013). Estudos apontam que o nível socioeconômico mais baixo está associado à maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial (SBH; SBC; SBN, 2010).

5.3 FATORES DE RISCO NÃO CONTROLÁVEIS, CONTROLÁVEIS E HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS À HAS

Tendo em vista a complexidade da HAS e sua importância como problema de saúde pública no atual cenário da sociedade é fundamental aprofundar o conhecimento não somente sobre a temática, mas também sobre seus fatores de riscos (não controláveis e controláveis) e hábitos de vida predisponentes, para que seja possível elaborar propostas de cuidado individualizado com qualidade.

5.3.1 Idade

Existe relação direta e linear da pressão arterial com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos (SBH; SBC; SBN, 2010).

Estudos apontam que o aumento da pressão com o avançar da idade tem sido observado. Para Lessa (2004), a presença de HAS em idosos merece maior atenção devido à

vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas não só pela hipertensão, como também por outros fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo. Estas informações corroboram com dados do estudo de Steffens (2003), que afirma a ocorrência de DCV 340 vezes mais incidentes entre pessoas acima dos 65 anos em comparação ao grupo etário entre 15 e 24 anos.

5.3.2 Gênero

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década (SBH; SBC; SBN, 2010). Sugere-se que os hormônios ovarianos são responsáveis pela pressão mais baixa nas mulheres (durante o climatério) e com a chegada da menopausa a prevalência da pressão alta entre homens e mulheres tende a se aproximar (SILVA, 2000).

5.3.3 Raça/Cor

A HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos negros. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas (SBH; SBC; SBN, 2010).

A alta prevalência de hipertensão entre negros pode contribuir para elevadas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares nesse grupo, prevalente em Salvador-BA.

5.3.4 Genética

Para Barreto-Filho (2003), dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da HAS, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos. Citam como exemplo o sistema regulador da pressão arterial e sensibilidade ao sal. Os autores deixam claro que a hipertensão arterial pode ser entendida como uma síndrome multifatorial, de patogênese pouco elucidada, na qual interações complexas entre fatores genéticos e ambientais causam elevação sustentada da pressão. Em aproximadamente 90% a 95% dos casos não existe etiologia conhecida ou cura, sendo o controle da pressão arterial obtido por mudanças do estilo de vida e tratamento farmacológico.

Conforme a VI Diretriz de Hipertensão Arterial (SBH; SBC; SBN, 2010), a contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de desenvolver HAS.

5.3.5 Sobrepeso e obesidade

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão (SBH; SBC; SBN, 2010).

A obesidade é considerada uma doença de natureza multifatorial e integrante do grupo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Recentemente vem sendo considerada a mais importante desordem nutricional em face de seu avanço em diferentes partes do mundo, especialmente nos países desenvolvidos. Embora nos países em desenvolvimento, os dados sejam mais escassos e nem sempre tenham representatividade nacional, admite-se que a obesidade na população adulta desses países esteja aumentando de modo alarmante (ABESO, 2009).

No Brasil, dados da pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2013) mostram que a tendência do excesso de peso no Brasil vem aumentando em relação aos resultados anteriores. A prevalência atual é de 48,5% e em 2006, a proporção era de 42,7%. No mesmo período, o percentual de obesos subiu de 11,4% para 15,8%. O estudo mostra ainda que o aumento da obesidade atinge tanto a população masculina quanto a feminina e que é mais acentuado com o aumento da idade.

A obesidade apresenta características que são importantes para a repercussão de seus riscos, dependendo do segmento corporal no qual há predominância da deposição gordurosa. Tem-se a obesidade difusa; a obesidade ginecóide, na qual a deposição de gordura predomina ao nível do quadril, fazendo com que o indivíduo apresente uma forma corporal semelhante a uma pêra; e a obesidade andróide (Troncular ou Centrípeta), na qual a pessoa apresenta uma forma corporal tendendo a maçã, e que está associada com maior deposição de gordura visceral em região abdominal e fortemente relacionada com alto risco de doenças metabólicas e cardiovasculares (Síndrome Plurimetabólica - resistência à insulina, tríade lipídica e hipertensão arterial) (CZEPIELEWSKI, 2008).

O primeiro parâmetro a ser considerado na avaliação do indivíduo obeso é o índice de massa corpórea, o qual tem sido largamente utilizado nos estudos clínicos, que relacionam a obesidade ao risco de infarto agudo do miocárdio. O segundo parâmetro básico e necessário é a medida da circunferência da cintura (CC), lembrando que a obesidade central também se associa com pressão arterial elevada (SBH; SBC; SBN, 2010). O terceiro parâmetro é a razão cintura-quadril que é um índice simples e prático para a identificação da distribuição da

gordura, podendo ser usado como índice do nível de adiposidade, mas não independente das concentrações de colesterol e pressão sanguínea. Além disso, independente do nível geral de sobrepeso, a proporção da circunferência cintura-quadril é associada aos níveis diversos de lipídios, lipoproteínas e insulina, sendo por isso considerado como um forte preditor de doença cardíaca coronariana. Este índice é calculado a partir da razão entre a circunferência da cintura (CC) e a circunferência do quadril (CQ).

A SOB/OB visceral é expressa pelo índice de massa corporal (IMC), calculado pela fórmula de Quetelet (peso em Kg/ quadrado da altura em metros [Kg/m^2]), pelo perímetro da circunferência da cintura e da razão cintura-quadril (OMS, 2004). Sabe-se que 32% da população brasileira apresenta sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25$); e 8% obesidade ($\text{IMC} \geq 30$), com tendência ao crescimento destas prevalências, atingindo todos os estratos sociais, sexos e grupos etários (SBC, 2007). A principal causa é o aumento do consumo calórico aliado ao sedentarismo, principalmente urbano (SBC, 2002).

A principal estratégia de prevenção e tratamento é o binômio dieta balanceada e exercício físico regular. O tratamento farmacológico ainda espera maiores avanços, devendo representar uma abordagem de segunda linha e individualizada (GRUNDY, 2005). A orientação nutricional e o incentivo à atividade física são os pilares do tratamento da pessoa obesa, porém a proposta de se tratar a obesidade como prevenção de eventos cardiovasculares está inserida em um programa amplo, que também envolve o tabagismo, o sedentarismo e os demais fatores de risco tratáveis (SBC, 2002).

5.3.6 Ingestão de sal

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da pressão arterial. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras (SBH; SBC; SBN, 2010). O mundo contemporâneo com dietas industrializadas, ricas em sódio, carboidratos e colesterol são fatores de risco não só para a HAS, bem como obesidade, dislipidemia e diabetes. Estes fatores agravados pelo sedentarismo favorecem a elevação de riscos para as complicações tardias e imediatas da doença (SILVA, 2000; PIERIN, 2013).

A OMS recomenda uma redução na ingestão de sódio (<2 g / dia de sódio o que equivale a 5 g/dia de sal em adultos) para reduzir a pressão arterial e risco de doença cardiovascular, acidente vascular cerebral e doença cardíaca coronária (WHO, 2012).

5.3.7 Ingestão de álcool

O consumo inadequado da bebida alcoólica é um importante problema de saúde pública, especialmente, nas sociedades ocidentais, acarretando altos custos para a sociedade e envolvendo questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares (CAVAGIONI, 2006). A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular e geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (SBH; SBC; SBN, 2010).

Tendo em vista a controvérsia em relação à segurança e ao benefício cardiovascular de baixas doses recomenda-se, para os que usam bebidas alcoólicas, limitar o consumo a, no máximo, 30g/dia de etanol para homens, de preferência não-habitualmente, e 15g/dia para mulheres ou pessoas de baixo peso (SIMÃO, 2013). As quantidades máximas diárias sugeridas dos tipos de bebidas alcoólicas mais comuns são: 2 latas (350 x 2 = 700 ml) ou 1 garrafa (650 ml) de cerveja; 2 taças de 150 ml ou 1 taça de 300 ml de vinho; 2 doses de 50 ml de uísque, vodca ou bebida destilada. Aos que não se enquadrarem nesses limites máximos de consumo, é recomendado o abandono (SIMÃO, 2013).

Não é recomendável a indicação de bebidas alcoólicas para a prevenção de doença cardiovascular, pois pode levar à dependência. Com consumo excessivo o indivíduo fica exposto aos potenciais efeitos maléficos orgânicos do álcool, inclusive sobre o aparelho circulatório (arritmias, agravamento da hipertensão arterial e cardiomiopatia). Além disso, a bebida alcoólica pode causar atenuação da potência dos medicamentos anti-hipertensivos (SBH; SBC; SBN, 2010).

5.3.8 Sedentarismo

O sedentarismo é definido como a falta ou a grande diminuição de atividade física. Para deixar de fazer parte do grupo dos sedentários o indivíduo precisa gastar no mínimo 2.200 calorias por semana em atividades físicas (NETO, 2012). Estimativas globais da Organização Mundial de Saúde indicam que a inatividade física é responsável por quase dois milhões de mortes (BRASIL, 2013).

Atualmente, já é possível sustentar que o baixo nível de atividade física representa um importante fator de risco no desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, onde se destaca a HAS (GASPAR, 2004). A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV (SBH; SBC; SBN, 2010).

O exercício físico é considerado uma subcategoria da atividade física. Ele é considerado toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física (NETO, 2012). As vantagens do exercício físico aeróbio, regular, incluem o controle do peso, pressão arterial e perfil lipídico (aumento do HDL-C), melhora da sensibilidade à insulina e diminuição de fatores trombóticos. Reduz, também, o estresse psicológico e combate a depressão (CAVAGIONI, 2006). O exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos (SBH; SBC; SBN, 2010).

A atividade física regular constitui medida auxiliar para o tratamento da HAS, no entanto o Brasil é um país sedentário, onde apenas 7,9% praticam exercício três ou mais vezes por semana (GUIMARÃES, 2002). As recomendações atuais indicam a prática de 30 minutos de atividade física, cinco dias por semana, em intensidade moderada, de forma contínua ou acumulada (SBH; SBC; SBN, 2010). A prática de exercícios físicos deve ser encorajada em todas as faixas etárias.

5.3.9 Tabagismo

O tabagismo é um dos fatores de risco causais de hipertensão arterial. Além disto, é o principal fator de risco de câncer brônquico e de bexiga e a principal causa de doença pulmonar obstrutiva crônica (CONTI, 2005).

Há evidências claras de que esse hábito está associado à morte prematura e à incapacidade. A Organização Mundial de Saúde estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes. Em publicações recentes da OMS foi relatado que o consumo de cigarro diminuiu em países desenvolvidos, mas está aumentando nos países em desenvolvimento, a 3,4% ao ano. No momento, o tabagismo é responsável por aproximadamente quatro milhões de óbitos por ano no mundo. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade entre 35 e 69 anos (WHO, 2011).

É o único fator de risco totalmente evitável de doença e mortalidade cardiovascular. Programas agressivos de controle ao tabagismo reduzem o consumo individual e se associam à diminuição da mortalidade cardiovascular em curto prazo. O cuidado individual do tabagista é prioritário para toda a equipe de saúde. O apoio psicoemocional e a prescrição de medicamentos têm-se mostrado eficazes. Recomenda-se a execução simultânea de atividades

físicas e educação alimentar para evitar o ganho excessivo de peso que pode ocorrer ao se parar de fumar (SBH; SBC; SBN, 2010).

5.3.10 Fatores socioeconômicos e estresse

Embora as doenças crônicas como a HAS afetem todos os grupos populacionais, os resultados são consideravelmente piores para a população mais pobre, devido à maior prevalência de fatores de risco, menor acesso a serviços de triagem e tratamento, e menor capacidade de lidar com as consequências financeiras dessas doenças (MACINKO et al 2011). A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (SBH; SBC; SBN, 2010).

No Brasil, país que integra o conjunto de países considerados ricos com relação ao Produto Interno Bruto (PIB), verifica-se que, apesar da tendência declinante da desigualdade de renda entre 1995 e 2004, mais de um terço da população é pobre. Ao mesmo tempo, ao se abandonar dados de renda monetária, considera-se outras importantes dimensões da desigualdade social como acesso à educação, serviços de saúde, terra e saneamento, percebendo-se a existência de amplos contingentes da população privados de direitos básicos de cidadania (MAGALHÃES, 2007).

As iniquidades em saúde não se referem a qualquer tipo de diferenças, mas aquelas que colocam determinados grupos sociais como, por exemplo, os mais pobres e as minorias étnicas em situações persistentes de desvantagem e discriminação, as quais afetam a saúde de modo distinto dos demais grupos sociais (MAGALHÃES, 2007). Alguns estudos têm sido realizados em capitais brasileiras, procurando associar indicadores socioeconômicos à ocorrência de agravos à saúde através de diferenciais interurbanos; e demonstrado que populações socialmente desfavorecidas apresentam índices mais altos para diversas causas de morte, sejam elas doenças crônicas, infecciosas ou externas (GAMA, et al, 2011; SANTOS, 2001).

Também existe um consenso geral de que os socialmente menos privilegiados tendem a adoecer mais precocemente. Algumas doenças crônico-degenerativas se desenvolvem com antecedência de aproximadamente 30 anos nos indivíduos na base da pirâmide social, quando comparados com aqueles que se encontram no topo. (NORONHA & VIEGAS, 2002). Embora as doenças crônicas afetem todos os grupos populacionais, os resultados são consideravelmente piores para a população mais pobre, devido à maior prevalência de fatores

de risco, menor acesso a serviços de triagem e tratamento, e menor capacidade de lidar com as consequências financeiras das doenças crônicas (MACINKO et al ,2011)

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), afirma que as condições de trabalho, moradia, alimentação, lazer e do meio ambiente, dentre outras, determinam maior ou menor saúde. De acordo com Oliveira e colaboradores (2006), as condições de moradia, a educação, acesso à alimentação com base em frutas, legumes e verduras, o lazer, a inclusão social, os cuidados básicos de saúde, todos são aspectos ligados ao desenvolvimento econômico e social e, certamente, são fatores influentes na determinação das doenças infecciosas e, também, das doenças crônicas como a hipertensão.

Configuram-se também como fatores de risco para HAS os fatores emocionais e o estresse crônico, cuja presença na vida cotidiana permite a curto prazo um aumento progressivo da aterosclerose e, a longo prazo, o surgimento da doença coronária. (GIANNOTTI, 2002). Os fatores emocionais são aqueles inerentes ao indivíduo no que diz respeito ao seu modo de ser, reagir e lidar com distúrbios emocionais, e podem ser representados pela depressão, transtornos de ansiedade, hostilidade, e raiva. Já o estresse crônico trata-se de fatores externos que geram influência na vida do indivíduo tais como baixo padrão socioeconômico, problemas financeiros, estresse no trabalho e problemas familiares. (BRASIL, 2013).

De acordo com Giannotti (2002) alguns estudos demonstram a influência direta do estresse sobre as coronárias, já outros sua influência sobre os demais fatores. Os mecanismos de enfrentamento do estresse inadequados na vida cotidiana resultam na elevação da pressão arterial, do colesterol, das triglicérides, no aumento do consumo de tabaco, no uso de bebida alcoólica em excesso, além de levar as pessoas a comerem demais, para compensar frustrações e decepções.

A prevenção da hipertensão envolve questões sociais bem mais amplas, tais como as condições de trabalho, moradia, alimentação, o desemprego, a pobreza, as injustiças sociais, a violência, os costumes e práticas de saúde e inclusive o preço dos medicamentos. Assim, outro aspecto importante que precisa ser considerado como fator de risco para HAS é o uso inadequado dos medicamentos prescritos, seja por déficits de conhecimento ou condições socioeconômicas deficitárias. O déficit de autocuidado relacionado à terapêutica não farmacológica e as dificuldades enfrentadas para a mudança no estilo de vida são fatores que podem prejudicar o controle desta (SBH; SBC; SBN, 2010).

5.4 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE PARA HOMENS HIPERTENSOS

O modelo biomédico hegemônico orienta as práticas de saúde nos serviços públicos e privados, pautando-se na busca eficiente do diagnóstico e tratamento de doenças definidas pelo saber científico, priorizando a intervenção sobre a avaria do corpo. Nessa perspectiva de intervenção, esse modelo de atenção é unidimensional e nega a multidimensionalidade do indivíduo na medida em que são oferecidas ações essencialmente técnicas sem necessariamente valorizar as trocas intersubjetivas entre usuários e profissionais de saúde, e sem considerar as necessidades de saúde, o contexto social, cultural e econômico dos indivíduos (MUSSI, 2003).

A Constituição Brasileira de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde, define a universalidade, a equidade e a integralidade com princípios para atenção a saúde humana. Acredita-se na integralidade como uma possibilidade de transformação desse modelo de atenção hegemônico sendo entendida por Pinheiro et al, 2007 p. 85 como

“uma ação social resultante da interação democrática dos sujeitos sociais na relação entre demanda e oferta na produção do cuidado em saúde, que ganha sentidos, significados e vozes e assumem como tarefa e objetivo, garantir a vida no seu sentido mais amplo”.

A integralidade do cuidado em saúde surge como um modo de organizar os serviços, sempre aberto a assimilar uma necessidade não contemplada, consiste na busca contínua de ampliar possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. As políticas baseadas no princípio da integralidade valorizam os sujeitos considerando sua cultura, suas condições biológicas, sociais e psicológicas, seus desejos, direitos e autonomia (Mattos, 2004).

A integralidade em saúde implica em uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e a abertura para o diálogo (MATTOS, 2001).

“Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente se produz através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de fala, escutas e interpretações, no qual há produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação” (Merhy, 2003 p 56).

Nesse sentido, para que se possa concretizar a integralidade como princípio da atenção à saúde as práticas de cuidar precisam ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção, controle e/ou cura da doença. O modo concreto de articular essas práticas é através da integralidade das ações em saúde que se traduzem segundo Mattos (2004), no elemento operativo do princípio da integralidade.

Desta forma, os serviços de saúde devem cuidar do usuário submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, modos de viver que o levam a adoecer e a morrer. Os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas aos modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses.

Evidências mostram que a saúde está muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à ideia hegemônica da sua determinação genética e biológica. O sedentarismo e a alimentação não saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, a rotina da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das ditas doenças modernas. Há que se destacar a desesperança que habita o cotidiano das populações mais pobres e que também está relacionada com os riscos dessas enfermidades (BRASIL, 2006). É incontestável, portanto, a existência de fatores de risco cardiovascular, como a hipertensão, que podem ser determinados socialmente.

A hipertensão arterial sistêmica e as complicações decorrentes da mesma podem ser prevenidas. As estratégias para minimizar o surgimento e as complicações incluem melhores condições de vida, cuidados de prevenção e detecção precoce dos fatores de risco (WHO, 2011).

A atenção em saúde precisa então ser voltada à saúde e não somente à doença, não sendo possível contestar a importância dessa atenção para erradicar as causas do adoecimento e diminuir os riscos, além de tratar os danos (PIERIN, 2011). E para que esse desafio se torne realidade precisa haver um compromisso e contribuição da enfermagem.

Historicamente é atribuído à enfermagem a responsabilidade pelo cuidado em saúde à grupos humanos. Essa afirmação encontra expressão em Leopardi (2001) ao mencionar que o objeto epistemológico da enfermagem é o cuidado profissional ao indivíduo em sua complexidade.

Entende-se que “o cuidado em enfermagem está relacionado com a interação intersubjetiva entre seres humanos, permitindo um encontro autêntico entre quem cuida e

quem é cuidado, transcendendo o mundo físico e material. O cuidado profissional deve colocar a excelência das tecnologias à disposição da necessidade e da vontade do sujeito, na perspectiva de assegurar a vida com dignidade. Assim, ao cuidar é necessário que o aspecto técnico seja ativa e, conseqüentemente, posto em contato com o não-técnico em cada momento assistencial (MUSSI; MELO, 2011).

No âmbito conceitual, para Ide (2001) o cuidar em enfermagem consiste [...] na primazia de uma prática fundamentada, sistematizada, com capacidade de autodirigir-se. Sua plenitude vem representada por ações presentes em todos os momentos do ciclo vital, nas distintas manifestações do processo de adoecimento, interagindo com o ser humano em suas diferentes dimensões, incluindo a esfera psicossocioespiritual. Cuidar é querer, é fazer projetos, cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele; Portanto, para cuidar:

“Há que se considerar e construir projetos, e há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente [...] A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude cuidadora precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde”(AYRES, 2001 p.42).

Nessa perspectiva, a interação é um ponto fundamental do cuidado, pois o próprio sugere movimento o que significa ir construindo uma série de relações (AYRES, 2004). Particularizando o cuidado na área de saúde cardiovascular em indivíduos do sexo masculino entende-se como perspectiva de integralidade a concretização de práticas de cuidado em saúde que garantam o acesso dos mesmos a ações resolutivas de natureza preventiva e curativa, construídas segundo especificidades do ciclo vital, do gênero e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse prisma, o cuidado em saúde precisa ser imbuído de valores éticos e humanísticos traduzidos em práticas representativas de tais valores, concretizando a relação pessoa-pessoa e não pessoa-objeto, o acolhimento e a escuta sensível dos indivíduos e a excelência técnico-científica (MUSSI, 2005).

A implementação de programas de prevenção primária para doença cardiovascular é recomendada pela American Heart Association. A prevenção primária inclui a detecção e modificação de fatores de risco como a HAS. A enfermagem tem um espaço de atuação e responsabilidade na elaboração de programas de educação em saúde voltados para a prevenção primária das doenças cardiovasculares que contemplem provisões de conteúdo humano-social (interação, acolhimento, apoio, compreensão, conforto, carinho, compaixão) e não apenas material, ainda que o cuidado realizado tenha como objeto o corpo da pessoa,

concreta manifestação de sua sociabilidade e natureza, produzindo transformações imediatas, a exemplo, da aplicação de medicamentos e mediatas, como a cura (SILVA, 2000).

A enfermagem, enquanto uma prática social inserida na dinâmica das relações dentro da sociedade precisa atuar ampliando a consciência crítica dos grupos sociais quanto aos seus potenciais e autonomia. Para tal, é imprescindível que sua prática esteja vinculada e pautada em uma proposta educacional de transformação social (CHIESA, 2007). Desta forma, tratando-se de homens hipertensos, é fundamental o fortalecimento e qualificação da atuação da enfermeira na atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis, já que a população masculina geralmente acessa o sistema de saúde através da atenção especializada (BRASIL, 2009).

Neste contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), tem por diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina, em dupla perspectiva: (1) a integralidade do homem no sentido de atendimento às necessidades de saúde, articulando-se os níveis primário, secundário e terciário da atenção, garantindo a continuidade das ações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e (2) o entendimento de que muitos dos problemas que afetam a saúde do homem devem ser considerados em sua abrangência social e cultural, e não meramente biológica (DUARTE, 2012).

No entanto, o processo de enfermagem, como é aplicado hoje, embora englobe as esferas bio-psico-sócio-espiritual, ainda tem como pressuposto a enfermeira ditando as regras do que o paciente deve fazer. Tem uma tendência holística sob o ponto de vista de que preconiza o todo do indivíduo e não apenas o órgão doente, mas sua atuação não aceita interferências ou opiniões deste mesmo paciente nas intervenções de enfermagem. Torna-se uma falha grave não considerar que o paciente vem de um meio sociocultural próprio, para ele voltará e continuará recebendo influências deste meio constituindo-se também em força propulsora para modificá-lo. As enfermeiras não devem se sentir no direito de impor suas verdades pautadas naquilo que sabem e acreditam ser o melhor para a recuperação do paciente-usuário. Ao contrário precisam se transformar em agentes de apoio e de esclarecimentos (SILVA, 2000).

Muitos são os desafios para a efetivação de estratégias efetivas de atuação em um grupo de homens para prevenção e controle de agravos à saúde. Mas, quando se pretende a integralidade da atenção à saúde os profissionais de saúde não devem considerar apenas o aspecto biológico, pois são fundamentais também as contribuições da Antropologia

possibilitando entender o modo como, socialmente, a saúde vem sendo relegada no gênero masculino (DUARTE, 2012).

Embora a PNAISH focalize prioritariamente as causas de morbidade e mortalidade – o que pode favorecer práticas biomédicas –, é preciso conhecer o público que se quer trazer aos serviços de saúde, especialmente na perspectiva da promoção da saúde e da integralidade do cuidado. O perfil epidemiológico, as ações conjuntas com a comunidade e as adequações às rotinas das equipes de trabalho são o início desse processo (DUARTE, 2012). Neste contexto, para implementação de programas de educação à saúde deve-se pensar na valorização do saber profissional, mas, sobretudo na valorização do saber das pessoas que vivenciam a situação de doença e tratamentos. Acredita-se que quando for possível a integração desses saberes, haverá uma assistência diferenciada e de qualidade.

A prioridade e o apoio político para controlar a hipertensão e seus fatores de risco precisam ser reforçadas mediante um controle através de medidas sociais, ao invés de individuais (SCHMIDT, 2011). O grande aumento de enfermidades crônicas decorrentes de HAS descontrolada em países em desenvolvimento vem levando a adoção de programas de prevenção e controle desta doença (BRASIL, 2011).

Estas estratégias vêm ocorrendo com apoio e participação de diversos setores governamentais e não-governamentais, utiliza-se um linha de ação em que as famílias e comunidades são envolvidas nas intervenções, de forma a obter impacto populacional e sustentabilidade. Assim, o setor de saúde torna-se um parceiro no processo e não o centralizador das ações. As estratégias consideram que os serviços de saúde devem mudar seu foco principal de atenção, passando a não somente atender as demandas agudas dos indivíduos, mas também participar efetivamente de programas de prevenção, além de considerar as necessidades desses indivíduos hipertensos (BRASIL, 2013).

Desta forma, urge que as ações de controle da HAS sejam envolvidas com atuação intersetorial pactuada, visando o desencadeamento de ações articuladas em comunidades e grupos populacionais específicos (neste caso homens hipertensos), com vistas a promover comportamentos e estilos de vida saudáveis (BRASIL, 2011). A superação é um desafio e demanda esforços integrados de autoridades públicas, profissionais de saúde e clientela.

Mudar hábitos de vida nem sempre é fácil, mas pode se constituir numa oferta positiva para viver experiências novas e não significar somente uma restrição. Atividade física e mudanças alimentares podem ser prazerosas descobertas. É importante que a enfermeira busque trabalhar com diferentes enfoques, trabalhar em equipe e compartilhando saberes.

5.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE HOMENS HIPERTENSOS

A educação em saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como uma prática transversal proporciona articulação entre todos os níveis de gestão do sistema (BRASIL, 2013).

A educação em saúde configura-se como um processo de formação e capacitação que se dá dentro de uma perspectiva política de classe e que toma parte ou se vincula à ação organizada do povo para alcançar o objetivo de construir uma sociedade nova de acordo com seus interesses. Deve ser pautada no diálogo e na troca de saberes entre o educador e educando, em que o saber dos indivíduos é valorizado (MACIEL, 2009).

Com a consolidação da Reforma Sanitária, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde-SUS, em 1988, com a proposta de um novo modelo de atenção em saúde voltado para a prevenção e a integralidade no atendimento, a educação em saúde passou a ser mais difundida. Na maioria das intervenções em saúde há interação, direta ou não, entre sujeitos (profissional e usuário) o que implica em ações pedagógicas que podem se dar de forma autoritária (como historicamente esteve presente nas várias abordagens da Saúde Pública), ou podem se revestir de uma concepção integrativa sobre o processo saúde-doença. Assim, pode-se superar a visão centrada em conhecimentos biológicos aliados a técnicas pedagógicas voltadas apenas para a transmissão de conhecimentos não pertinentes às necessidades sociais e desvinculados das condições de vida dos indivíduos (BRASIL, 2007).

Maciel (2009), afirma que deve-se considerar como pressuposto que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para que os indivíduos implicados em uma ação pedagógica possam participar da produção compartilhada do conhecimento. Mas este compartilhar só ocorrerá a partir de uma ação dialógica onde o “escutar” se torna mais importante que o “falar”, como destaca Freire:

Escutar significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro (...) é escutando bem que me preparo para melhor me colocar ou melhor me situar do ponto de vista das idéias. Como sujeito que se dá ao discurso do outro, sem preconceitos, o bom escutador fala e diz sua posição com desenvoltura (FREIRE, 2011, p. 117).

O campo da Saúde Coletiva, constituído no final dos anos 1970, contribui de forma expressiva ao problematizar e investigar o processo saúde/doença e a organização dos serviços, como fenômenos que além de técnico-científicos são intrinsecamente sociais e culturais. Isso possibilita o reconhecimento tanto dos determinantes sociais do processo saúde

doença como da organização social das práticas. Assim, a educação em saúde constitui prática social. É justamente a intervenção efetiva sobre determinados objetos ou necessidades que lhes confere a marca de práticas sociais no sentido de modos de ação social de um grupo de agentes sociais, tendendo de forma variável à sua integração no conjunto de práticas estruturadas, o que quer dizer também sua participação na constituição de uma determinada forma de organização da sociedade. Considerar que as práticas sociais são constitutivas da sociedade é pressupor que não há entre as diferentes práticas e a sociedade uma relação de externalidade, mas sim de mútua influência (PEDUZZI, 2013).

No âmbito da hipertensão arterial sistêmica, a dinâmica proposta pelo Ministério da Saúde é centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam a saúde dos indivíduos em risco, permitindo uma identificação mais acurada e um acompanhamento integral dos mesmos antes e/ou após possível agravo. Além disso, a proposta deve se basear em metodologias de educação que preservem a autonomia dos sujeitos, valorizando os saberes e buscando uma melhoria na sua qualidade de vida (BRASIL, 2007).

Entende-se que conhecimento em saúde e os comportamentos dos indivíduos face a HAS (adoção ou não das medidas de prevenção e controle da doença) precisam ser considerados como fatores de risco. As concepções equivocadas dos indivíduos sobre as condições que favorecem o surgimento e a progressão da hipertensão podem levar os homens a adotarem medidas de prevenção e controle inapropriadas. Se a concepção de saúde é formada por meio da experiência de cada indivíduo, tendo estreita relação com seus conhecimentos, suas crenças, idéias, valores, pensamentos e aspectos emocionais, a forma com que o indivíduo percebe sua enfermidade pode influenciar os mecanismos individuais para satisfazer suas necessidades e a busca dos serviços assistenciais (BRASIL, 2007).

De acordo com Formiga (2005), “a mudança de comportamento está correlacionada com o processo cognitivo de influência da informação para a aquisição de novos repertórios de crenças e pensamentos que tenham a finalidade de uma mudança comportamental numa direção mais preventiva”. A saúde é global e não se pode, assim, cuidar somente do sistema cardiovascular, mas do ser integral, em suas dimensões física, emocional e espiritual valorizando sua biografia, sua história de vida, suas crenças e seus medos (SILQUEIRA, 2005).

Quando se propõe a desenvolver uma nova alternativa de produção de conhecimento na área de Educação em Saúde junto a homens hipertensos, com maneiras mais participativas de

abordar, cria-se um plano em que os métodos de ensino tradicionais são insuficientes. Ao interagir com estes homens se lida com afetos, percepções, interesses, limites e vivências distintas e às vezes distantes do que se está acostumado no atendimento cotidiano. Assim torna-se necessário ampliar os “canais” de percepção e comunicação para possibilitar uma compreensão que se aproxime um pouco mais dessas distintas realidades tornando essa relação pedagógica mais eficaz, prazerosa, humana e transformadora (PEDROSA, 2001).

Neste processo educativo, utilizar o trabalho em grupo, na forma de oficinas possibilita a quebra da tradicional relação vertical que existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas e circunstâncias de vida que influenciam a saúde. O espaço grupal mediado pelo diálogo entre profissionais da saúde e os sujeitos ou a comunidade, permite a construção da consciência coletiva e o encontro da reflexão com a ação. O diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação, enquanto sujeitos, e conquistam o mundo para sua libertação, autonomia e transformação (ALVIM, FERREIRA, 2007). As oficinas são utilizadas como metodologia de ensino e aprendizagem para diferentes grupos populacionais. Seus pressupostos são: o diálogo, a valorização do saber e a realidade de vida do educando, com a oferta de informações significativas que objetivam o empoderamento individual e das comunidades, bem como a participação ativa do educando na busca de soluções para os problemas de saúde (LACERDA, 2013).

Quando se trata de uma população masculina, esta tarefa implica em um projeto ambicioso e difícil de desenvolver em curto prazo. Alguns estudos (LAZZAROTTO et al, 2013; PEIXOTO, OKUMA, 2009; SILVA, ZAFFARI, 2009) apontam uma participação restrita de homens em oficinas educativas (em torno de 10 a 20 %), já que as masculinidades são construídas historicamente e sócio culturalmente, e os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer (BRASIL, 2009).

É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde decididos a trabalhar com este segmento da população no desenvolvimento de ações de ensino-aprendizagem aprofundem a reflexão sobre as múltiplas dimensões de seu papel frente ao sistema de saúde vigente, buscando novas bases teóricas e novas estratégias de aproximação com a população-alvo que venham a contribuir para a aceitação deste processo educativo. A utilização de recursos tecnológico vem sendo difundida entre as doenças crônicas. De acordo com Cavalari (2012), os enfermeiros precisam encontrar formas inovadoras de gerenciar as doenças crônicas. A

utilização das tecnologias de informação e comunicação pode apoiar as pessoas com condições crônicas, pois reduz o isolamento e proporciona um acesso mais fácil aos profissionais de saúde. A capacidade e acessibilidade de novas tecnologias como telefone, email e celulares têm sido reconhecidos em prevenir, diagnosticar, monitorar e tratar a doença, assim como no desenvolvimento de medidas preventivas nos programas de promoção da saúde, e muitas vezes referidas nos cuidados de saúde como *eletronic health* (PAGLIARI, et al 2005).

O domínio destas questões irá contribuir para o desenvolvimento de ações construídas por meio da interação compartilhada entre os interesses e necessidades dos homens e das instituições públicas, dando assim um sentido aos objetivos que se quer alcançar, resultando em ações concretas de valorização da cidadania e de participação efetiva do cidadão na melhora do conhecimento sobre a doença.

6 MÉTODO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, longitudinal com intervenção não controlada do tipo *before and after*

De acordo com Medronho (2008), “estudo de intervenção” envolve de uma forma geral aqueles estudos em que o pesquisador manipula o fator de exposição (a intervenção), ou seja, provoca uma modificação intencional em algum aspecto do estado de saúde, por meio da introdução de um esquema profilático ou terapêutico. O estudo de intervenção é uma modalidade de desenho epidemiológico que implica na exposição de um grupo populacional a uma intervenção introduzida pelo investigador e sob controle do processo de pesquisa. É prospectivo, na medida em que ocorre o seguimento da população de estudo ao longo do tempo e, posteriormente, são realizadas comparações da ocorrência de desfechos (BARRETO, 2011).

Tais estudos podem ter ou não grupo-controle. Um exemplo de estudo de intervenção não-controlado é o chamado estudo “antes e após” (*before and after*), nos quais todos os participantes recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada antes do início e em vários momentos após o tratamento (MEDRONHO,2008).

6.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um centro de saúde municipal 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). Escolheu-se esse lócus devido ao fato de ser o núcleo de referência para esse Programa atendendo uma demanda significativa de homens usuários do Sistema Único de Saúde, com hipertensão arterial sistêmica. 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 CRDC possui dois pavimentos e 800 metros de área construída, sendo uma unidade moderna e especializada em atendimento de doenças cardiovasculares com funcionamento de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 19:00 h. O ambulatório tem como objetivo diagnosticar algumas doenças precocemente para permitir com isso, em médio prazo, um fluxo menor de pessoas nos hospitais da rede pública.

Este centro atende mais de 3 mil pessoas por mês e conta com quase 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, 2 assistentes sociais. Oferece serviços de apoio e diagnóstico como Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Teste Ergométrico, Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), Holter, Doppler, exames laboratoriais. Possui convênios com instituições de saúde para realizações de exames e procedimentos de média e alta complexidade.

O objetivo da implementação do núcleo de referência em saúde do homem, em Salvador/BA foi o de prestar serviços especializados em urologia, cardiologia, clínica geral, psicologia, além de realizar exames laboratoriais e clínicos. Os homens eram encaminhados para o CRDC através de uma carta de referência, passavam por uma triagem inicial com o enfermeiro responsável aonde eram feitos questionamentos sobre os fatores de risco cardiovascular, função erétil e sintomas prostáticos. A partir daí, eles eram cadastrados no Programa, 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 sempre eram agendados previamente e correspondiam a consultas “casadas” entre os enfermeiros do programa e o médico da especialidade. Nas consultas subsequentes à triagem os enfermeiros davam ênfase às orientações sobre medicações em uso e realização de exames específicos, agendavam o retorno destes homens e verificavam pressão arterial e glicemia capilar. Além disso, neste momento era informado aos homens sobre o cronograma da educação em saúde específico para este grupo. As atividades eram realizadas pelos Urologistas, Cardiologistas, Endocrinologistas, Enfermeiros, Psicólogos e Nutricionistas sempre no final da tarde para garantir uma participação melhor deste grupo de homens.

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 às peculiaridades da população masculina inserida no Programa.

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, demandando reorientação do desenho do projeto de pesquisa visando efetivar a sua operacionalização.

6.3 AMOSTRA

Neste estudo optou-se por uma amostra para composição do *baseline* não probabilística, de conveniência levando em consideração a demanda do serviço, a reforma estrutural extensa no CRDC e a extinção do Núcleo de Referência em Saúde do Homem. Formou-se, desta forma, em um período de 6 (seis) meses um grupo de 80 homens.

Os critérios de inclusão na amostra foram: homens adultos, com idade acima de 20 anos (idade mínima para ingressar no 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 tinham celular para recebimento de SMS (torpedos de mensagens).

Constituíram-se em critérios de exclusão os homens que por qualquer razão física não tinham condições de realizar as medidas antropométricas.

Todos 80 homens foram convidados para participar do projeto de educação em saúde, e 26 deles aderiram às diversas atividades realizadas no mesmo.

6.4 VARIÁVEIS DE DESFECHO

Os desfechos deste estudo são:

- A melhora do conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco
- Melhor adesão aos hábitos de vida saudáveis e redução das medidas antropométricas

6.5 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

1. *Variáveis sociodemográficas:*

- Idade: em anos completos
- Raça/cor: autodeclarada em preta, parda ou branca
- Situação conjugal: casado/união estável; solteiro sem parceira fixa, solteiro com parceira fixa, separado/divorciado ou viúvo.
- Escolaridade: analfabeto, assina o nome, ensino fundamental incompleto ou completo, ensino médio incompleto ou completo, superior incompleto ou completo.
- Renda familiar mensal: em número de salários mínimos
- Classe social

2. *Variáveis relacionadas aos hábitos de vida:*

- Hábito de fumar: sim, não ou ex-fumante, o que fuma;
- Consumo de bebida alcoólica: padrão de consumo segundo quantidade, tipo e frequência;
- Prática de atividade física: muito ativo, ativo, insuficiente ativo, sedentário.
- Hábitos alimentares: consumo de feijão, verdura e/ou legume, frutas e suco de frutas refrigerante, leite e derivados, sal, frango, carne vermelha, peixe, café, bolos, tortas, doces, pães, massas e pizzas. Forma de preparo dos alimentos e refeições/dia.
- Estresse percebido.

3. *Variáveis relacionadas às medidas antropométricas:*

- Medida da circunferência da cintura em cm: < 90 para o sexo masculino;
- Relação cintura/quadril: risco baixo, moderado, alto e muito alto;
- Índice de massa corpórea: normal, baixo peso, sobrepeso e obesidade I, II e III;
- Pressão arterial: normal, ótima, limítrofe, hipertensão arterial leve, moderada, severa e sistólica isolada;

4. *Variáveis relacionadas ao conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco:* conhecimento sobre a doença, o tabagismo, o sedentarismo, o consumo de bebida alcoólica, o estresse, sobrepeso/obesidade, os hábitos alimentares, o uso de medicação.

6.6 COLETA DE DADOS

6.6.1 Instrumentos de coleta de dados

Para coleta de dados foram empregados cinco instrumentos descritos a seguir:

Instrumento A

O instrumento A (APÊNDICE A) é composto por 5 (cinco) partes:

Parte I - Dados sociodemográficos

Incluiu questões fechadas sobre idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, ocupação atual, situação empregatícia, renda familiar mensal, número de dependentes, número de filhos e endereço.

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), classe A2 (35 a 41 pontos), classe B1 (29 a 34 pontos), classe B2 (23 a 28 pontos), classe C1 (18 a 22 pontos), classe C2 (14 a 17 pontos), classe D (8 a 13 pontos) e classe E (a menos favorecida - de 0 a 7 pontos).

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

Incluiu questões fechadas sobre a existência de familiares consanguíneos de primeiro grau com HAS, sobrepeso/obesidade, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e angina do peito. Incluiu, também, questões fechadas referentes ao tabagismo, consumo de bebida alcoólica e ocorrência de evento cardiovascular nos participantes.

Com relação ao tabagismo contém 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. E ainda se o mesmo é fumante passivo ou não.

Quanto à ingestão de bebidas alcoólicas contém 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

Incluirão questões fechadas e abertas sobre o tempo de diagnóstico médico de HAS, medicações em uso, intervenções anteriores por consequência de HAS.

Incluiu também questões fechadas e semi-estruturadas sobre comportamentos adotados para o controle da doença e dificuldades para o seguimento do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Parte IV - *Dados clínicos e antropométricos*

Esta parte é formada por itens para registro de dados obtidos de pressão arterial, peso, altura, índice de massa corpórea (IMC), circunferência da cintura, circunferência do quadril e razão cintura/quadril (RCQ).

Parte V – *Levantamento de Crenças sobre a HAS*

Esta parte contém questões abertas sobre o levantamento de crenças e expectativas de orientações dos homens sobre a HAS. Os dados colhidos nestas questões foram importantes para orientar a definição temática das oficinas e a condução das mesmas.

Instrumento B

O instrumento B (ANEXO A) foi baseado no proposto pelo Ministério da Saúde para levantar dados sobre o perfil da alimentação do povo brasileiro, por meio do Programa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel - BRASIL, 2014) e nas adaptações realizadas por Pires et al (2014), nos itens de resposta das questões sobre o padrão de alimentação.

É formado por questões fechadas que investiga o consumo alimentar incluindo consumo de feijão, verdura ou legume, saladas, frutas ou suco de frutas, quantidade de frutas ou suco de frutas por dia, frango com ou sem gordura, sal/dia e produtos para substituí-lo, carne vermelha com ou sem gordura, peixe com ou sem pele, xícaras de café/dia, refrigerante com açúcar, tipo de leite, além do consumo de bolos, tortas, doces, pães, massas e pizzas. O indicador considerado de proteção foi o consumo regular de feijão, frutas, legumes e verduras (≥ 5 dias por semana), os indicadores de risco foram consumo habitual de gordura saturada (≥ 2 dias por semana, de leite com teor integral de gordura e carne vermelha com gordura visível ou carne de frango com pele); consumo exagerado de sal (≥ 6 g/dia), bem como o consumo regular de refrigerante com açúcar (pelo menos uma lata ou copo ≥ 5 dias por semana) (MONTEIRO et al, 2009).

Instrumento C

O instrumento C (ANEXO B), corresponde ao Questionário Internacional de Atividade Física- IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*), versão reduzida já validada.

Esse questionário é recomendado pela Organização Mundial da Saúde para avaliação da atividade física em adultos de 15 a 69 anos (WHO, 2001). Ele levanta informações quanto à frequência e à duração de caminhadas e de práticas de atividades físicas que exigem esforços físicos de intensidades moderada, vigorosa e caminhada, 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 uma semana habitual. 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 (2001), no qual foi aplicada a versão curta do IPAQ. De acordo com essa classificação pode-se rotular 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.

De acordo com essa classificação os indivíduos podem ser: muito ativos, ativos, irregularmente ativos e sedentários, de acordo com o escore obtido. Considera-se grupos de risco os homens classificados como irregularmente ativos A ou B 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 (GÓMEZ-CABELLO et al., 2012).

Instrumento D

O instrumento D (ANEXO C), corresponde a Escala de estresse percebido *Perceived Stress Scale* (PSS – Escala de Estresse Percebido), construída e validada por Cohen (COHEN et al, 1983 apud LUFT, 2007).

Cohen et al(1983) propuseram uma escala que mensura o estresse percebido, ou seja, mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. É apresentada com 14 itens (PSS 14).

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, 9, 10 e 13 são consideradas de conotação positiva, ou seja, demonstram ausência de estresse e por isso tem sua pontuação invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0. Enquanto que as questões 1, 2, 3, 8, 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 zero à 56 (LUFT et al, 2007).

É de consenso entre os autores que a PSS, pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, visto que não tem questões específicas do contexto, sendo uma das razões pelas quais esta escala já foi validada em diversas culturas. Desta forma a PSS foi aplicada obedecendo alguns cuidados conforme orientações dos autores (Luft et al, 2007): necessidade de dizer, a frase inicial, “neste último mês, com que frequência você...”, antes de dizer cada pergunta; certificação de que os participantes do estudo estejam entendendo que as perguntas se referem à como ele vinha se sentindo no último mês; as opções de respostas da

escala (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre) serão repetidas no final de todas as perguntas, além de mostrar um papel impresso com estas opções para que o participante visualize as questões e as respostas e após cada resposta será lida a questão à opção escolhida pelo entrevistado.

Como o estresse é um dos fatores de risco para HAS, neste estudo para análise das respostas foi criado um ponto de corte de acordo com a média dos escores ($20,5 \pm 8,48$) e realizado classificação do estresse em baixo, médio e alto.

Instrumento E

O instrumento E corresponde ao do conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica e seus fatores de risco (APÊNDICE B). É formado por 33 questões objetivas, todas com respostas (1) sim, (2) não e (3) não sei. As questões foram subdivididas em categorias sobre a HAS e seus fatores de risco: hipertensão geral, consumo de álcool, tabagismo, estresse, sedentarismo, obesidade, uso de medicação e hábitos alimentares.

Estas questões foram elaboradas tendo como base literatura nacional sobre conhecimento da HAS e seus fatores de risco e os entraves para adesão ao tratamento e controle da doença (NOLÊTO et al, 2011; PUCCI et al, 2012; PIERIN et al, 2001; JESUS et al, 2008; STRELEC et al, 2003; SBH; SBC; SBN, 2010).

6.6.2 Recrutamento dos homens e operacionalização da primeira fase de coleta de dados

6.6.2.1 Pré-teste dos instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados foram testados com homens atendidos no local do estudo, os quais não estão fazendo parte da 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. Além disso, permitiu uma avaliação sobre o momento adequado para aplicação de cada um dos instrumentos nas etapas da coleta,

Esse teste foi aplicado pela pesquisadora e por uma enfermeira mestranda treinada para atuar na coleta de dados.

6.6.2.2 Abordagem dos homens para formação do baseline

Nesta pesquisa o recrutamento foi baseado na demanda do atendimento dos homens no Centro de Saúde de acordo com os critérios de inclusão. O recrutamento ocorreu em um

período de seis meses, de outubro de 2013 a abril de 2014. As dificuldades para o mesmo foram relacionadas à demora de liberação do campo para início da pesquisa, a redução da média de atendimentos do serviço em virtude de reforma estrutural extensa na unidade de referência havendo em alguns dias até mesmo a suspensão de atendimento aos homens. Em maio de 2014 a coordenadora geral de Enfermagem do CRDC entregou documento às pesquisadoras comprovando tais dificuldades (ANEXO D). Durante esse período foram recrutados 80 homens que constituíram a amostra do estudo.

Após a confirmação do diagnóstico médico de HAS e identificação dos demais critérios de inclusão e exclusão os homens foram abordados na sala de espera antes ou após a consulta médica e recebidos em sala privativa, momento em que foi feita a exposição dos objetivos do estudo.

Após a aquiescência a pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – APÊNDICE C), foram realizadas a entrevista e a verificação da pressão arterial e avaliação antropométrica com aplicação dos instrumentos A, B, C e D.

a) Procedimento para verificação e avaliação da pressão arterial

De acordo com as orientações estabelecidas na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, SBH, SBN, 2010) foram realizadas três medidas da pressão arterial, com a primeira depois de cinco minutos de descanso e as demais com intervalo de um minuto 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 realizado a medida do braço em comprimento e circunferência no intuito de selecionar adequadamente o tamanho de manguito. Para a medida do comprimento do braço foi solicitado ao homem que ficasse de pé e posicionasse 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 trena flexível com trava e com o lápis dermográfico foi marcado o ponto médio na face lateral do braço. Para a medida da circunferência do braço, foi solicitado ao homem que relaxasse o braço ao longo do corpo e, em seguida, foi colocada a trena flexível ao redor do braço na marca do ponto médio, mantendo assim a trena em posição horizontal sem ter marcado a pele (O'BRIEN et al, 2001). Por último foi anotado a circunferência em centímetros e selecionado o manguito adequado de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1: Tamanho de manguito utilizado para as medidas da pressão arterial

	Manguito (cm)	Circunferência do braço (cm)
(1) Adulto Pequeno	9	< 27
(2) Adulto médio	12	27 33,9
(3) Adulto obeso	15	34 43,9
(4) Coxa	21	> 43

Fonte: O'BRIEN et al (1996).

Logo após, foi solicitado ao homem para ficar sentado, com as pernas descruzadas e os pés apoiados no chão, após descanso de, pelo menos, 5 minutos, 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. Os indivíduos foram 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 corresponderá a 40% da circunferência do braço e o comprimento, envolvendo 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 (SBC, SBH, SBN, 2010), conforme Quadro 2:

Quadro 2: Parâmetro de avaliação e classificação da pressão arterial para pessoas adultas acima de 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

Fonte: VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, SBH, SBN, 2010).

No que se refere ao controle da pressão arterial, neste estudo, são considerados controlados os homens que, após três medidas consecutivas, apresentam média, das duas últimas medidas de pressão sistólica menor que 140 mmHg e diastólica menor que 90 mmHg. Os considerados não controlados apresentam valores maiores ou iguais aos citados (CHOBANIAN et al., 2003; GIUSEPPE et al., 2013; SBC, SBH, SBN, 2010).

b) Determinação e avaliação das medidas antropométricas

Para a realização das medidas antropométricas os homens usaram roupa de tecido leve e descartável, confeccionada com o material Kami e retiraram calçados e adereços como óculos, relógios, e alianças.

O peso (em quilogramas) foi determinado por meio de um balança digital, da marca *g.tech*, aferida pelo InMetro, com variação de 0,1Kg, com capacidade máxima de 180 Kg e mínima de 2,5Kg.

A altura (em metros) foi determinada através de um estadiômetro portátil da marca *Altuxata* acoplado a uma base.

Para determinação do peso foi solicitado ao indivíduo que permanecesse com roupas leves, sem calçados, de costas para o mostrador da balança. Após aferição do peso foi verificado a altura utilizando a régua de madeira do estadiômetro (sendo a mesma graduada a cada 0,5 cm). A verificação dessas duas variáveis serviu como pré-requisito para determinar o índice de massa corpórea (IMC) dos homens, 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 índice de massa corporal, os indivíduos foram classificados segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (2004) da seguinte forma (Quadro 3):

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

IMC (kg/m ²)	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: Organização Mundial de Saúde (OMS), 2004.

c) Determinação e avaliação da circunferência da cintura (CC)

Para determinação da circunferência da cintura foi solicitado ao indivíduo para ficar 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 de medida da circunferência abdominal foi determinado pelo ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca, utilizando-se trena flexível de 1,50 m, não extensível e graduada de 0,5 em 0,5 cm. A examinadora se posicionou sentada em frente ao indivíduo, localizando os pontos de referência no lado direito e marcando-os com o lápis dermatográfico. A seguir, foi medida a distância entre o arco costal inferior e a crista ilíaca na linha axilar média do lado direito e marcado o ponto médio. A examinadora se posicionou de modo sentado em frente ao participante, passando a trena na altura da cintura, no ponto médio marcado. A medida foi realizada com o participante respirando normalmente, fazendo a leitura na expiração normal. Ao término do procedimento foram apagados os pontos marcados com uma bola de algodão embebida no álcool a 70% (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2001, IDF, 2006).

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

d) Determinação e avaliação da circunferência quadril (CQ) e razão cintura-quadril

Para a medida da circunferência do quadril, o examinador permaneceu na posição sentada em frente ao participante (que se encontrava de costas para um espelho) e realizou a medida com a trena métrica circundando a protusão máxima dos músculos do quadril.

A razão cintura-quadril (RCQ) é um índice simples e prático para a identificação da distribuição da gordura, podendo ser usado como índice do nível de adiposidade, mas não independente das concentrações de colesterol e pressão sanguínea. Além disso, independente do nível geral de sobrepeso, a proporção da circunferência cintura-quadril é associada aos níveis diversos de lipídios, lipoproteínas e insulina, sendo por isso considerado como um forte preditor de doença cardíaca coronariana (PITANGA; LESSA, 2005).

A relação cintura-quadril é 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:

$$RCQ = \frac{\text{Circunferência da Cintura (cm)}}{\text{Circunferência do Quadril (cm)}}$$

Os parâmetros para classificação da razão cintura-quadril em homens foram baseados em Heyward, Stolarczyk (1996) e conforme o gênero e risco para desenvolver doença coronariana estão apresentados no Quadro 4

Quadro 4: 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)

Todos os resultados referentes a avaliação clínica e antropométrica foram disponibilizados aos participantes e a equipe médica. Quando constatado níveis pressóricos elevados (pressão sistólica maior que 140 mmHg e diastólica maior que 90 mmHg, o médico do paciente foi informado ao término da entrevista.

As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo pela pesquisadora, por enfermeiras mestrandas do Programa de Pós-Graduação da UFBA e por bolsistas do Programa de Iniciação Científica (PIBIC-UFBA), devidamente treinadas.

Para avaliação clínica e antropométrica foram adotados procedimentos específicos empregados por uma enfermeira antropometrista devidamente treinada no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA para atuar nesta etapa da coleta de dados.

Ao término da entrevista e da avaliação antropométrica os homens foram informados sobre as atividades previstas ao longo dos doze meses de coleta de dados, os agendamentos das mesmas e ocorrência de contatos telefônicos e envio de mensagens por celular para seguimento do grupo. Terminada esta etapa, deu-se início a implementação do programa de educação em saúde.

6.6.3 Implementação do projeto de educação em saúde

O projeto de educação em saúde incluiu a realização de quatro oficinas temáticas com atividades lúdicas, contatos telefônicos (ligações e mensagens) e atendimento individual.

Para implementação do projeto de educação em saúde foram realizados planejamentos prévios e organização das atividades propostas. Durante o período de formação do *baseline* foram criadas 4 comissões no grupo de pesquisa GISC (Grupo Interdisciplinar sobre o

Cuidado à Saúde Cardiovascular) compostas por pesquisadoras e estudantes de graduação e pós-graduação integrantes do grupo cuja finalidade foi a elaboração conjunta do programa educativo. Cada comissão ficou responsável pela criação, elaboração e operacionalização de uma oficina.

Para o projeto foi criada uma logomarca: “Eu controlo a pressão arterial” (APÊNDICE D). Esta logomarca foi utilizada em todos os impressos, personalização de brindes e lanches e crachás das oficinas. Além disso, foram confeccionadas camisas tanto para os pesquisadores (para identificação em campo) quanto para os homens (todos receberam a camisa no dia da primeira participação nas oficinas). A proposta para criação e uso desta logomarca surgiu com o intuito de fortalecer a participação dos homens, identificar o grupo e garantir uma divulgação do projeto de educação em saúde junto à comunidade.

O fluxograma da intervenção do estudo está descrito nas figuras 1 e 2:

Figura 1 – Fluxograma da Intervenção do Estudo nos meses de Abril a Junho/2014

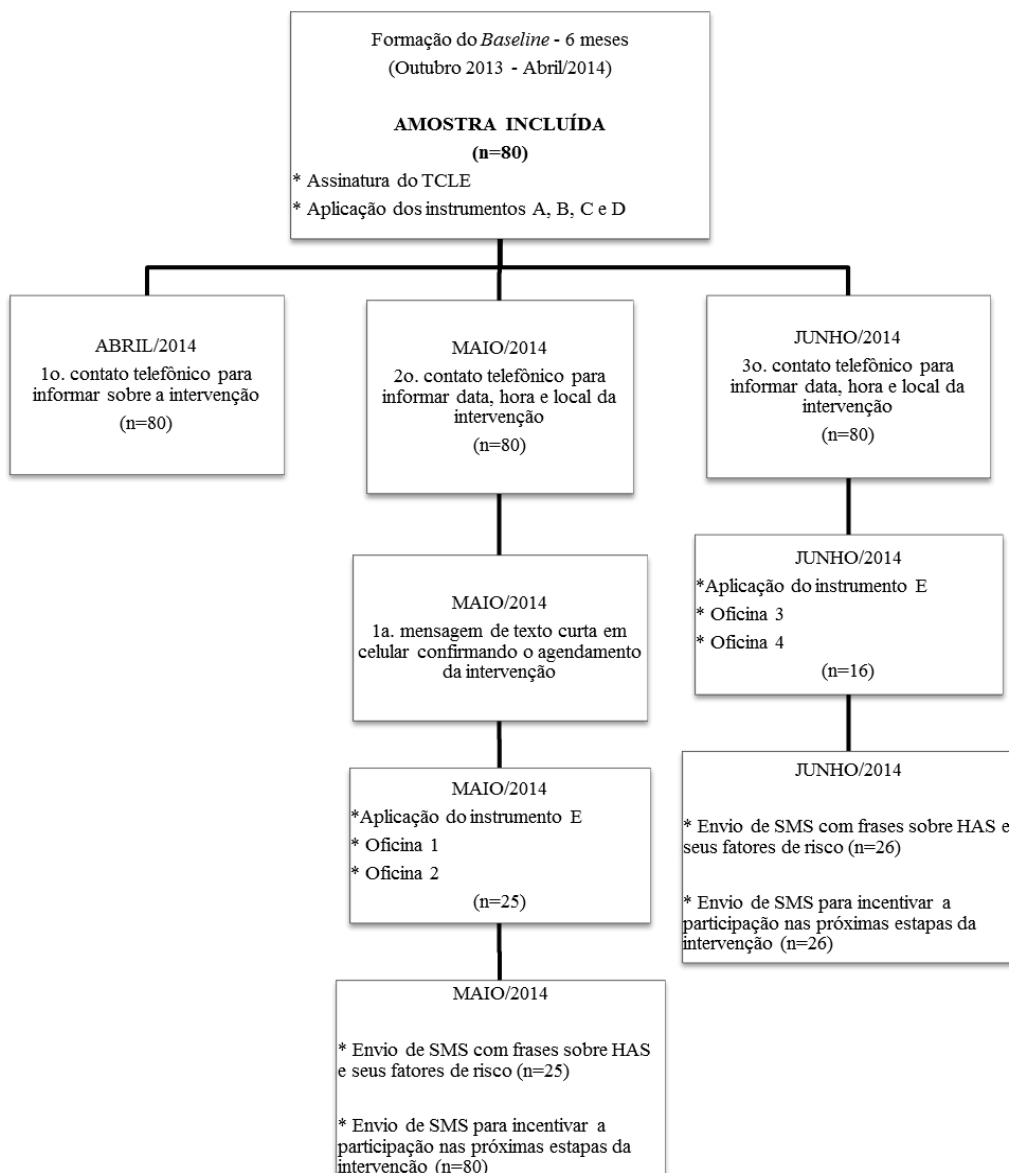
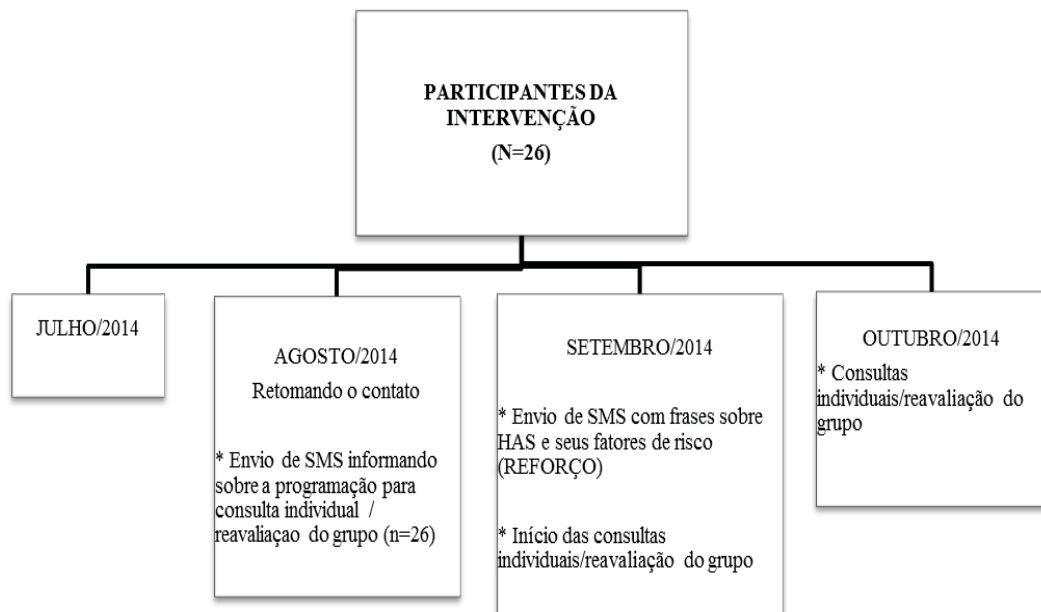


Figura 2 – Fluxograma da Intervenção do Estudo nos meses de Julho a Outubro/2014



6.6.3.1 Operacionalização das oficinas de educação em saúde

Passado a fase de recrutamento, em duas tardes agendadas com intervalo de 15 (quinze) dias, o grupo de homens participou de diferentes atividades de educação em saúde voltadas para prevenção e controle da HAS e seus fatores de risco. Essas atividades foram desenvolvidas de maneira lúdica, privilegiando o formato preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007): estratégias realizadas numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e com a participação do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença. Além de fornecer autonomia dos profissionais de saúde diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (BRASIL, 2009).

No dia da primeira participação no projeto de educação em saúde, os homens receberam crachá e camisa personalizados. Antes do início das oficinas, todos os homens presentes foram convidados a responder o instrumento relacionado ao conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco, o qual foi aplicado mediante entrevista (APÊNDICE B). Nesta fase de coleta este instrumento foi considerado o pré-teste sobre o conhecimento (antes das atividades educativas). Ao término das atividades, aplicava o pós-teste 1 apenas com as questões específicas da temática apresentada.

Neste estudo foram desenvolvidas quatro oficinas com diferentes temáticas focadas na abordagem direta ao grupo de homens, nas quais foram empregadas diferentes estratégias a exemplo de debates temáticos, jogos, diálogo com especialista, apresentação teatral e exposição de vídeos educativos.

As oficinas foram realizadas em espaço apropriado (auditório da unidade de saúde com capacidade para até 30 pessoas). Os seguintes temas foram abordados nas oficinas e contemplaram as sugestões dos homens levantadas na fase de constituição do *baseline*.

Oficina 1: Expectativas e crenças sobre HAS e seus fatores de risco;

Oficina 2: Tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e estresse X HAS;

Oficina 3: Hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue X HAS;

Oficina 4: HAS, o uso de medicação e a sexualidade.

Para garantir melhor adesão dos homens à intervenção, as oficinas temáticas foram desenvolvidas em dupla. Assim, no agendamento do primeiro dia para a realização da intervenção operacionalizou-se a oficina 1 e, ao término da mesma, a oficina 2. Decorrido quinze do primeiro agendamento da intervenção foram operacionalizadas as oficina 3 e depois a oficina 4.

Para cada oficina foi elaborado um plano de ação. Conforme APAE (2010), o Plano de Ação é o planejamento de todas as ações necessárias para atingir um resultado desejado. É um momento importante para que o grupo possa identificar e relacionar as atividades prioritárias para a ação tendo em vista os resultados esperados, bem como compor elementos que justifiquem a realização da ação. Um bom plano de ação deve deixar claro tudo o que deverá ser feito, como e quando, para o cumprimento de seus objetivos e metas. Quanto maior a quantidade de ações e pessoas envolvidas, mais necessário e importante é ter um plano de ação. Quanto melhor o plano de ação, maior a garantia de atingir o objetivo.

Ressalta-se que os planos de ação deste estudo foram elaborados considerando as demandas e avaliações dos usuários observadas durante a fase de recrutamento e o cenário em que estão envolvidos. Sabe-se que quanto maior o envolvimento dos responsáveis por sua execução, maior a garantia de se atingir os resultados esperados.

As etapas dos planos de ação estão descritas no Quadro 5:

Quadro 5: Etapas dos Planos de Ação

ETAPAS DO PLANO	CARACTERÍSTICA
PROBLEMA	Situação problema identificada pelo pesquisador e sinalizada pela comunidade e/ou profissionais que justifica a seleção da mesma para intervenção educativa.
PARTICIPANTES	Público da ação educativa.
TEMA	Temática que embasará o planejamento e a operacionalização da ação educativa.
DATA	Dia de realização da ação educativa (Será verificado a disponibilidade dos participantes, além da rotina e hábitos da população).
HORÁRIO	Hora de início da ação educativa (Nesta etapa também será verificado a disponibilidade, rotina e hábitos dos participantes do estudo, além de ser previsto o tempo de duração da ação educativa).
LOCAL (Onde)	Descrição do local onde será realizada a ação, considerando a estrutura física e os sujeitos envolvidos.
OBJETIVOS (O que fazer)	São propósitos específicos, alvos a serem alcançados ao longo de determinado período de tempo. Indica onde estarão concentrados os esforços. O que se pretende alcançar ao final da atividade?
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS (Como fazer)	Serão os caminhos escolhidos que indicam como o pesquisador pretende concretizar seus objetivos. Passos a serem desencadeados no decorrer da ação educativa, ou seja, a seqüência das atividades a serem realizadas. Importante: Será delimitado o tempo aproximado de cada atividade e os <u>responsáveis</u> pela condução das mesmas. Cada oficina realizada terá uma meta a ser atingida. Haverá premiações parciais (em cada oficina) e finais que ocorrerão no encerramento do estudo, as quais ainda serão definidas).
RECURSOS (Com que fazer)	Identifica os recursos necessários para a execução da ação.
AValiação	Como transcorreu a atividade, levantando os entraves, as facilidades e principalmente as conquistas e aprendizagens obtidas. Forma utilizada para avaliar a ação desenvolvida, atentando-se para os objetivos estabelecidos. Pode ser através de jogo, gincanas, perguntas, relatos dos participantes, observação e registro da participação, dentre outros.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E OUTRAS FONTES	Referências utilizadas para embasar teoricamente a temática a ser trabalhada.

Na elaboração dos planos de ação, para cada oficina, deste estudo foram considerados a articulação entre os objetivos, o conteúdo a ser abordado, a duração da atividade, o perfil dos participantes e a metodologia a ser desenvolvida.

Os planos da ação das oficinas 1, 2, 3 e 4 realizadas neste estudo estão respectivamente nos APÊNDICES E, F, G e H.

6.6.3.2 Operacionalização dos contatos telefônicos

Neste estudo também foram realizados contatos telefônicos com os participantes tanto por meio de ligações telefônicas como também por mensagens curtas via celular (SMS).

Todos os 80 homens recrutados foram contatados por telefone, tanto através de ligações como através de mensagens de texto, para participação das atividades de intervenção pautadas na educação em saúde. Desta forma, comprou-se um pacote de serviço especializado on line que oferece aplicativos em comunicação para dispositivos móveis, ou seja, efetuou-se a compra de créditos para envio de mensagens curtas (SMS). O processo é semelhante ao envio de e-mail, onde há a possibilidade de encaminhar a mesma informação para vários destinatários. Após cadastro da pesquisadora em plataforma online específica, registrou-se em página própria do portal os números de telefone de todos os homens. Para envio das mensagens aos celulares dos mesmos, de maneira sincronizada, selecionava-se a opção “envio de mensagens em grupo” e, no campo, “mensagem” digitava-se o texto a ser enviado. No campo referente ao “agendamento” marcava-se a data e a hora para o envio.

No decorrer da intervenção foram realizados 3 contatos telefônicos (celular) com toda amostra (80 homens). O primeiro em Abril/2014 para informar sobre a intervenção, o segundo em Maio/2014 para informar sobre data, hora e local das oficinas 1 e 2, e o terceiro em Junho/2014 para informar sobre data, hora e local das oficinas 3 e 4. O intuito das ligações foi de proporcionar uma maior interação entre homens e a pesquisadora e garantir maior adesão dos homens às oficinas. Além dos telefonemas também foram enviadas para os celulares dos indivíduos mensagens de texto curtas (SMS). O teor das mensagens foi elaborado com o intuito de incentivar as mudanças no estilo de vida, oferecer informações sobre a HAS e seus fatores de risco e, também, relembrar as datas de retorno para os encontros. As datas e alguns conteúdos das mensagens estão descritos no Quadro 6 (APÊNDICE I).

Cabe informar que na data agendada para realização das oficinas 1 e 2, dos oitenta homens convidados compareceram 25 (31,25%). Após esta etapa da intervenção, foi feito novo contato com os oitenta homens através de ligação e mensagem de texto, porém nas oficinas 3 e 4 estiveram presentes 16 (20%) homens, sendo que destes 15 já tinham vindo nas primeiras oficinas.

6.6.3.3 Operacionalização da consulta individual

Esta foi a etapa final da intervenção. Realizou atendimento individual com os 26 homens que participaram da intervenção, no mês de outubro/2014. Os atendimentos foram agendados individualmente com cada homem de acordo com a sua disponibilidade de data e horário e realizados em sala privativa no lócus de estudo. Na ocasião, os homens foram convidados a participar de uma entrevista onde foram aplicados novamente os instrumentos A, B, C, D e E (pós-teste 2).

6.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados registrados e codificados nos formulários foram armazenados em um banco de dados no programa estatístico *Statistical Package of Social Science* (SPSS) 18.0 for Windows.

Foram realizadas análises descritivas (frequências percentuais e absolutas, média e desvio padrão) dos 80 homens que formaram o *baseline*. Para analisar as associações existentes entre os hábitos de vida e os parâmetros antropométricos e as características sociodemográficas foi aplicado o Teste Qui-Quadrado de Person ou o Exato de Fisher.

Para comparar o conhecimento dos homens sobre a HAS e seus fatores de risco, antes (pré-teste) e logo após as oficinas (pós-teste 1), e do pré-teste com pós-teste 2 (4 meses após a realização das oficinas), utilizou-se a estimativa da razão de prevalência (RP), com o respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%. Valores de RP acima de 1 (um) representam maior acerto nas respostas às questões formuladas e, caso contrário, menor acerto. Quando o intervalo de confiança não inclui a unidade (1) interpreta-se o resultado do teste como estatisticamente significativo ao nível de 5% ($p \leq 0,05$). Para comparar o nível de conhecimento do pré-teste com o pós-teste 1 foi aplicado o Modelo de Regressão Exato de Poisson obtendo-se a RP e o respectivo IC95%. E do pré-teste com o pós-teste 2 foi aplicado o Modelo de Regressão de Poisson Robusto.

Para comparar o comportamento dos homens sobre a HAS e seus fatores de risco, antes e 4 meses após a realização das oficinas (retorno na consulta individual), utilizou-se também a estimativa da RP, com o respectivo intervalo de confiança de 95%. Valores de RP abaixo de 1 (um) representam redução do comportamento inadequado referente a hábitos de vida, medidas antropométricas e hábitos alimentares. Valores de RP acima de 1 (um) representam melhora do comportamento referentes a hábitos alimentares adequados. Quando o intervalo de confiança não inclui a unidade (1) o nível de significância é menor ou igual a 5%. Para comparar o comportamento antes e após a intervenção foi aplicado o modelo de regressão de Poisson robusto.

Para verificar a diferença do IMC e da CC antes e após a intervenção foi aplicado o modelo de regressão linear robusto. Verificou-se a normalidade dos dados mediante o teste de Shapiro-wilk e o teste de Bartlett's.

Os dados foram apresentados de modo descritivo, em tabelas e gráficos. A significância estatística adotada para todos os testes foi de 5% ($p \leq 0,05$).

6.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao comitê de ética (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA, sendo analisado e aprovado com o número de parecer 268.722 e data da relatoria em 03/04/2013 (ANEXO E).

Além do CEP da Escola de Enfermagem, foi solicitado também pela coordenação do CRDC para efetiva liberação do campo, a aprovação do projeto pelo CEP do Hospital Santa Izabel que é a instituição co-participante que administra o CRDC (ANEXO F), e pela Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO G). Esta exigência demandou tempo para liberação do campo e início da coleta de dados.

A pesquisa respeitou 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, 2012a).

Aos participantes foi assegurado o sigilo da identidade pessoal, o direito de abandonar o estudo a qualquer momento e a privacidade. Os homens foram orientados previamente sobre os objetivos da pesquisa, bem como, sobre os riscos e benefícios que estarão 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 (APÊNDICE C) em duas vias, ficando uma via nas mãos do participante e a outra com a pesquisadora. O TCLE foi elaborado para o estudo que a priori era de intervenção controlado.

7 RESULTADOS/ARTIGOS

7.1 ARTIGO 1:

Descontrole de fatores de risco e associação com características sociodemográficas em homens hipertensos*

Uncontrolled risk factors and association with socio-demographic characteristics in hypertensive men

Descontrol de factores de riesgo y asociaciones con características sociodemográficas en hombres hipertensos

Glicia Gleide Gonçalves Gama¹; Fernanda Carneiro Mussi²

¹Enfermeira. Mestre. Professora Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Deptº Enfermagem. Enfermeira do HUPES/UFBA. Rua Arthur de Azevedo Machado, 591 Apto 401, Costa Azul, Salvador, Bahia, CEP 41760-000. telefones: (71)99616969; (71)32711847; gliciaggama@bahiana.edu.br;

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

*Artigo integrante do projeto “Efetividade de um Programa de Educação em Saúde no Controle da Pressão Arterial de Homens”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), SUS 0028/2013.

RESUMO

Estudo transversal que objetivou descrever hábitos de vida e medidas antropométricas e verificar a associação destes com variáveis sociodemográficas em homens hipertensos. Foi realizado em centro de saúde municipal, referência em saúde do homem, em Salvador/BA. Oitenta homens foram entrevistados e submetidos a avaliação clínica. Analisou-se os dados em percentuais, média e desvio padrão. Para as associações de interesse foi aplicado o Teste Qui-Quadrado de Person ou o Exato de Fisher. O nível de significância estatística foi de 5%. Predominou faixa etária de 30 a 59 anos, raça/cor negra, casados, baixa escolaridade, situação laboral ativa, baixa renda e pressão arterial descontrolada. As prevalências de fatores de risco descontrolados para hipertensão foram: tabagismo (8,7%), fumantes passivos (40,0%), consumo excessivo de bebida alcóolica na semana (8,7%) e no final de semana (38,7%), baixo padrão de atividade física (47,5%), alto nível de estresse (50%), excesso de peso (82,5%). Hábitos alimentares inadequados predominantes foram consumo inferior a 5 vezes/semana de peixe (96,3%), frango (72,5%), verduras e saladas (66,3%) e uso de produtos para substituir o sal (41,2%). O sedentarismo foi associado significativamente a idosos, ingestão excessiva de bebida alcoólica no final de semana, a brancos e baixa escolaridade; o tabagismo atual a faixa etária de 30 a 59 anos; o passivo a homens brancos e sem companheira e o excesso de peso a baixa renda, brancos, de 30 a 59 anos, sem ocupação e maior escolaridade. Práticas de cuidar efetivas são prementes para o controle da doença.

Palavras-chave: Hipertensão; Fatores de Risco; Saúde do Homem.

ABSTRACT

A cross-sectional study with the purpose of describing life habit and anthropometric measures and verify the association of these with socio-demographic variables in hypertensive men. The study was performed in a municipal health center, reference in men's health, in Salvador/BA. Eighty men were interviewed and submitted to clinical evaluation. The information was analyzed in percentages, average and standard deviation. For interest associations, the Pearson Chi-Squared of Fisher Exact tests were applied. The level of statistical significance was of 5%. Predominance was for the age group of 30 to 49 years, race/color black, married, low schooling level, active working situation, low income and uncontrolled blood pressure. The prevalence for uncontrolled risk factors for hypertension were: smoking (8.7%), passive smokers (40.0%), excessive consumption of alcoholic beverages during the week (8.7%) and on weekends (38.7%), low standards of physical activities (47.5%), high level of stress (50%), excess weight (82.5%). The predominant inadequate eating habits were: consumption less than 5 times/week of fish (96.3%), chicken (72.5%), vegetables and salad (66.3%) and use of products to substitute salt (41.2%). A sedentary lifestyle was significantly associated to the elderly, excessive use of alcoholic beverages on weekends, to white and low schooling level, and smoking to the age group of 30 to 59 years; the passive smoker to white males without a spouse and excess weight to low income, white, from 30 to 59 years, without occupation, and better schooling. Effective care practices are urgent for the control of the disease.

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

RESUMEN

Estudio transversal que objetivó describir hábitos de vida y medidas antropométricas y verificar la asociación de estos con variables sociodemográficas en hombres hipertensos. Fue realizado en un centro de salud municipal, referencia en salud del hombre, en Salvador /BA. Ochenta hombres fueron entrevistados e sometidos a evaluación clínica. Se analizó datos en porcentuales, promedio y desviación estándar. Para las asociaciones de interés fue aplicado el Teste Chi-cuadrado de Person o el Exacto de Fisher. El nivel de significancia estadística fue de 5%. Predominó el grupo de edad de 30 a 59 años, raza/color negro, casados, baja escolaridad, situación laboral activa, baja renta y presión arterial descontrolada. Las prevalencias de factores de riesgo descontrolados para hipertensión fueron: tabaquismo (8,7%), fumadores pasivos (40,0%), consumo excesivo de bebida alcohólica en la semana (8,7%) y en los finales de semana (38,7%), bajo nivel de actividad física (47,5%), alto nivel de estrese (50%), exceso de peso (82,5%). Hábitos alimentares inadecuados predominantes fueron consumo inferior a 5 veces/semana de pescado (96,3%), pollo (72,5%), verduras y ensaladas (66,3%) y uso de productos para substituir la sal (41,2%). El sedentarismo fue asociado significativamente a ancianos, ingestión excesiva de bebida alcohólica en el final de semana, a blancos y de baja escolaridad; el tabaquismo actual al grupo de edad de 30 a 59 años; el pasivo a hombres blancos y sin compañera y el exceso de peso a baja renta, blancos, de 30 a 59 años, sin ocupación y mayor escolaridad. Prácticas de cuidar efectivas son apremiantes para el control de la enfermedad.

Palabras-clave: Hipertensión; Factores de Riesgo; Salud del Hombre

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o fator de risco mais expressivo para doenças cardiovasculares^(1,2). Atinge cerca de 30% da população adulta no mundo, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No continente americano, afeta cerca de 140 milhões de pessoas, metade das quais desconhece ter a doença por não apresentar sintomas e não sentir a necessidade de procurar o serviço de saúde. Das que se descobrem hipertensas, 35% não realizam o tratamento adequado⁽³⁾. Dados recentes do inquérito telefônico VIGITEL⁽⁴⁾ apontaram que no conjunto das capitais e distrito federal do Brasil, a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial foi de 24,1%. Em Salvador (BA) os dados revelaram uma prevalência total de 23,7%, sendo 18,8% em homens e 26,8% em mulheres⁽⁴⁾.

A ocorrência da HAS está associada a diversos fatores de risco destacando-se idade, sexo, raça/cor, herança genética, fatores socioeconômicos, sedentarismo, ingestão excessiva de bebida alcoólica e sal, estresse psicossocial, tabagismo, sobrepeso e obesidade^(3,5). Dentre os fatores ambientais que concorrem para o aumento dos níveis da pressão arterial, destacam-se as mudanças associadas ao estilo de vida, em que se incluem hábitos alimentares inadequados associados à inatividade física, além do uso abusivo do álcool e tabagismo.

Esses hábitos prejudiciais à saúde estão sendo cada vez mais estimulados pelos processos de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e globalização⁽⁶⁾. Na sociedade atual, desde cedo, são incorporados muitos dos hábitos inadequados, que propiciam o aparecimento ou agravam fatores biológicos de risco cardiovascular passíveis de reversão, como a hipertensão arterial⁽⁷⁾.

Considera-se também que variáveis socioeconômicas como raça/cor, renda, escolaridade e condições de moradia, exercem importante influência na definição dos modos de viver e, conseqüentemente no controle da HAS. Pessoas com menor escolaridade possuem menor conhecimento sobre a prevenção de doenças crônicas e a procura por serviços de saúde por motivos preventivos é maior para a população de melhor poder aquisitivo, enquanto que, para os indivíduos mais pobres, é maior por motivo de doenças⁽⁸⁾. O contexto social exerce importante influência na definição dos modos de viver. Maior renda pode favorecer a prática de atividade física, a aquisição de medicamentos e alimentos, acesso aos bens e serviços, inclusive educação de qualidade e assistência à saúde com recursos diagnósticos e terapêuticos eficazes, incluindo profissionais qualificados e equipamentos^(5,9).

Quando se pensa na questão do gênero, os homens, a despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbidade e mortalidade, não buscam como o fazem as mulheres, os

serviços de atenção primária, adentrando ao sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção⁽¹⁰⁾. Neste contexto, o ministério da saúde divulgou a política nacional de atenção integral à saúde do homem (PNAISH) instituída através da portaria nº 1.994, de 27 de agosto de 2009⁽¹¹⁾, com o objetivo de alcançar ações efetivas de saúde, junto aos homens, levando em consideração que a população masculina apresenta altos índices de morbimortalidade e representa verdadeiro problema de saúde pública.

A PNAISH propõe-se a qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção⁽¹¹⁾. Ao evidenciarem-se as necessidades desta população em específico a partir dos principais fatores de morbimortalidade (doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, causas externas, entre outras), deve-se levar em consideração também os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade masculina principalmente no rol das enfermidades crônicas como a HAS, associado às mortes mais precoces. Tal afirmativa reforça a importância de se conhecer a exposição de indivíduos hipertensos aos fatores de risco cardiovascular modificáveis, a qual ainda é pouco divulgada na literatura em grupo específico de homens.

A avaliação desses fatores pode orientar práticas de cuidar interdisciplinares visando o controle da HAS neste gênero. Este talvez seja o grande desafio a ser alcançado por profissionais de saúde e autoridades públicas

OBJETIVOS

1. Descrever as características sociodemográficas, os hábitos de vida e a avaliação antropométrica em homens hipertensos;
2. Verificar a associação entre características sociodemográficas e fatores de risco cardiovascular em homens hipertensos

MÉTODOS

Tipo e campo de estudo

Estudo de corte transversal e exploratório, realizado em um centro de saúde municipal referência para doenças cardiovasculares e para o Programa de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, localizado no município de Salvador-BA. Este atendia uma demanda significativa de homens usuários do Sistema Único de Saúde, com hipertensão arterial sistêmica.

Amostra

Neste estudo optou-se por uma amostra não probabilística, de conveniência levando em consideração a demanda do serviço.

Os critérios de inclusão na amostra foram: homens adultos, com idade acima de 20 anos (idade mínima para ingressar no 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). Constituíram-se em critérios de exclusão os homens que por qualquer razão física não tinham condições de realizar as medidas antropométricas.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em um período de 6 meses (outubro/2013 a abril/2014). Para coleta de dados foram empregados quatro instrumentos descritos a seguir:

Instrumento A

Parte I - Dados sociodemográficos: incluiu questões fechadas sobre idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, ocupação atual, situação empregatícia e renda familiar mensal.

Parte II – Hábitos de vida como fatores de risco para HAS: incluiu questões fechadas referentes ao tabagismo visando-se identificar fumantes ativos e passivos e questões relacionadas ao consumo de bebida alcoólica para caracterizar o tipo, a quantidade e a frequência de consumo e ex-etilistas.

Parte III - Dados clínicos e antropométricos: formada por itens para registro de dados obtidos na aferição da pressão arterial, peso, altura, circunferência da cintura, circunferência do quadril e cálculos do índice de massa corpórea (IMC) e da razão cintura/quadril (RCQ).

Instrumento B

O instrumento B foi elaborado com base no proposto pelo Ministério da Saúde para levantar dados sobre o perfil da alimentação do povo brasileiro, por meio do Programa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico⁽⁴⁾ e nas adaptações realizadas por Pires et al⁽¹²⁾, nos itens de resposta das questões sobre o padrão de alimentação. Foi formado por questões fechadas sobre o consumo de feijão, verdura ou legume, saladas, frutas, frango, carne vermelha, peixe e forma de preparo dos alimentos.

Instrumento C

O instrumento C correspondeu ao Questionário Internacional de Atividade Física- IPAQ

(*International Physical Activity Questionnaire*)⁽¹³⁾, versão reduzida já validada. É recomendado pela Organização Mundial da Saúde para avaliação da atividade física em adultos de 15 a 69 anos. Levanta informações quanto à frequência e à duração de caminhadas e de práticas de atividades físicas que exigem esforços físicos de intensidades moderada, vigorosa e caminhada, 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 uma semana habitual.

O nível de atividade física foi interpretado de acordo com a classificação de Matsudo⁽¹⁴⁾ para a versão curta do IPAQ:

1. 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.

2. 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).

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: 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).

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

De acordo com o escore obtido considera-se grupos de risco os homens classificados como irregularmente ativos a ou b 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⁽¹⁵⁾.

Instrumento D

Correspondeu a Escala de estresse percebido *Perceived Stress Scale* (PSS – Escala de

Estresse Percebido)⁽¹⁶⁾. Esta escala mensura o estresse percebido, ou seja, mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. É apresentada com 14 itens (PSS 14), e ao somar-se os escores das 14 questões este pode variar de zero à 56⁽¹⁶⁾. É consenso entre os autores que a PSS, pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, visto que não tem questões específicas do contexto, sendo uma das razões pelas quais esta escala já foi validada em diversas culturas. Como o estresse é um dos fatores de risco para HAS, neste estudo para análise das respostas foi criado um ponto de corte de acordo com a média dos escores (20,5±8,48) e realizado classificação do estresse em baixo e alto.

Operacionalização da coleta de dados

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA (parecer nº 268.722) de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012⁽¹⁷⁾, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos.

Os instrumentos de coleta de dados foram testados com homens hipertensos, verificando-se adequação ao estudo.

Após a confirmação do diagnóstico médico de HAS e identificação dos demais critérios de inclusão e exclusão, os homens foram abordados na sala de espera do lócus de estudo, antes ou após a consulta médica e recebidos em sala privativa, momento em que foi feita a exposição dos objetivos do estudo e do termo de consentimento livre e esclarecido. Após a aquiescência a pesquisa e assinatura deste termo, foram realizadas a entrevista e a verificação da pressão arterial e avaliação antropométrica com aplicação dos instrumentos A, B, C e D.

Para avaliação clínica e antropométrica adotou-se os seguintes procedimentos:

a) Verificação da pressão arterial

Foram realizadas três medidas da pressão arterial, com a primeira depois de cinco minutos de descanso e as demais com intervalo de um minuto a dois minutos entre elas, sendo a média das duas últimas medidas consideradas a pressão arterial do indivíduo⁽³⁾. A posição adotada para a medida da pressão arterial foi sentada. As medidas foram obtidas nos membros superiores.

Os indivíduos foram orientados a não falar e/ou não manter as pernas cruzadas durante a medida. Certificou-se de que não estavam com a bexiga cheia; não haviam praticado exercícios físicos há até 90 minutos e não tinham ingerido café, alimentos ou fumado até 30 minutos antes da medida. A pressão arterial foi verificada em ambiente calmo, sala privativa,

com temperatura agradável, utilizando-se o aparelho da OmronHEM 705 CP. Trata-se de um aparelho eletrônico e digital de medida de pressão arterial de braço, com inflação e deflação automática de ar, no qual a detecção da pressão e da onda de pulso se dá através de um transdutor de pressão tipo capacitância. O equipamento foi avaliado de acordo com as normas de validação exigidas pela *British Hypertension Society* (BHS)⁽¹⁸⁾.

A pressão foi verificada na posição sentada, com o membro superior esquerdo apoiado, à altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. Adotou-se o parâmetro de avaliação e classificação da pressão arterial recomendado pelas VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial⁽³⁾. No que se refere ao controle da pressão arterial, neste estudo foram considerados controlados os homens que, após três medidas consecutivas, apresentam média, das duas últimas medidas de pressão sistólica menor que 140 mmHg e diastólica menor que 90 mmHg. Os considerados não controlados apresentam valores maiores ou iguais aos citados^(3,19,20).

b) Determinação de medidas antropométricas

Para a realização das medidas antropométricas os homens usaram roupa de tecido leve e descartável, confeccionada com o material Kami e retiraram calçados e adereços. O peso (em quilogramas) foi determinado por meio de um balança digital, da marca *g.tech*, aferida pelo InMetro, com variação de 0,1Kg, com capacidade máxima de 180 Kg e mínima de 2,5Kg. A altura (em metros) foi determinada através de um estadiômetro portátil da marca *Altuxata* com régua de madeira (graduada a cada 0,5 cm), acoplado a uma base. A verificação dessas duas variáveis serviu como pré-requisito para determinar o índice de massa corpórea (IMC) dos homens, cuja fórmula é a razão entre o peso em quilogramas e o quadrado da altura em metros ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$). O IMC foi avaliado de acordo com os critérios da OMS⁽²¹⁾.

c) Determinação e avaliação da circunferência da cintura (CC)

Para determinação da circunferência da cintura foi solicitado ao indivíduo para ficar 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 de medida da circunferência abdominal foi determinado pelo ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca, utilizando-se trena flexível de 1,50 m, não extensível e graduada de 0,5 em 0,5 cm. A examinadora se posicionou sentada em frente ao indivíduo, localizando os pontos de referência no lado direito e marcando-os com o lápis dermográfico. A seguir, foi medida a distância entre o arco costal inferior e a crista ilíaca na linha axilar média do lado direito e marcado o ponto médio. A examinadora se posicionou de modo sentado em frente ao

participante, passando a trena na altura da cintura, no ponto médio marcado. A medida foi realizada com o participante respirando normalmente, fazendo a leitura na expiração normal. Ao término do procedimento foram apagados os pontos marcados com uma bola de algodão embebida no álcool a 70%^(22,23).

Para avaliação e classificação desse parâmetro foi utilizado o critério da *International Diabetes Federation*, que propõe risco aumentado para homens valores de CC acima de 90 cm⁽²³⁾.

d) Determinação e avaliação da circunferência quadril (CQ) e razão cintura-quadril

Para a medida da circunferência do quadril, o examinador permaneceu na posição sentada em frente ao participante (que se encontrava de costas para um espelho) e realizou a medida com a trena métrica circundando a protusão máxima dos músculos do quadril.

A razão cintura-quadril (RCQ) é um índice simples e prático para a identificação da distribuição da gordura, podendo ser usado como índice do nível de adiposidade, mas não independente das concentrações de colesterol e pressão sanguínea⁽²⁴⁾. A relação cintura-quadril é determinada pela divisão da circunferência da cintura (cm) pela circunferência do quadril (cm)⁽²²⁾. Os parâmetros para classificação da razão cintura-quadril em homens foram baseados em Heyward, Stolarczyk⁽²⁵⁾, levando em consideração o gênero e risco para desenvolver doença coronariana.

Tratamento e Análise de dados

Os dados registrados e codificados nos formulários formaram um banco de dados no programa estatístico *Statistical Package of Social Science* (SPSS) 18.0 for Windows. As variáveis sociodemográficas foram analisadas em frequências percentuais e absolutas, média e desvio padrão.

Para analisar as associações existentes entre os hábitos de vida e os parâmetros antropométricos e as características sociodemográficas foi aplicado o Teste Qui-Quadrado de Person ou o Exato de Fisher. A significância estatística adotada para todos os testes foi de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica dos homens

A média de idade dos homens foi de 58,46 anos (dp 8,64), sendo a idade mínima de 36 anos e a máxima de 80 anos. Houve maior proporção de homens na faixa etária de 30 a 59 anos (56,2%). Predominou raça/cor autodeclarada negra (91,2%), situação conjugal

casado/união estável (70,0%), escolaridade até o ensino fundamental incompleto/completo (47,5%), situação laboral ativa (63,7%), renda familiar mensal de até dois salários mínimos (57,5%), classe socioeconômica C1 a C2 (67,5%), os próprios homens como responsáveis pelo sustento da família (95,0%) e a procedência de Salvador e Região Metropolitana (98,8%).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo segundo as características sociodemográficas. Salvador /BA, 2015.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n (%)
Idade	
30 - 60anos	45 (56,2)
≥60 anos	35 (43,8)
Raça/Cor	
Branca	7 (8,8)
Negro (Parda e Preta)	73 (91,2)
Situação conjugal	
Com companheira (Casado/união estável)	56 (70,0)
Sem companheira (Solteiro/separado/divorciado/viúvo)	24 (30,0)
Escolaridade	
Até ensino fundamental incompleto/completo	38 (47,5)
Ensino médio incompleto/completo	37 (46,2)
Superior incompleto/completo	5 (6,3)
Situação Laboral	
Com ocupação (empregado, autônomo, aposentado c/ atividade)	51 (63,7)
Sem ocupação (aposentado sem atividade, desempregado)	29 (36,3)
Renda Familiar Mensal (em SM)^(a)	
Até 2 SM	46 (57,5)
≥3 SM	34 (42,5)
Responsável pela família	
O próprio entrevistado	76 (95,0)
Outros (pai, mãe ou esposa)	4 (5,0)
Classe socioeconômica	
B1-B2	6 (7,5)
C1-C2	54 (67,5)
D	20 (25,0)
Procedência	
Salvador e Região Metropolitana	79 (98,8)
Outras regiões da Bahia	1 (1,2)

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

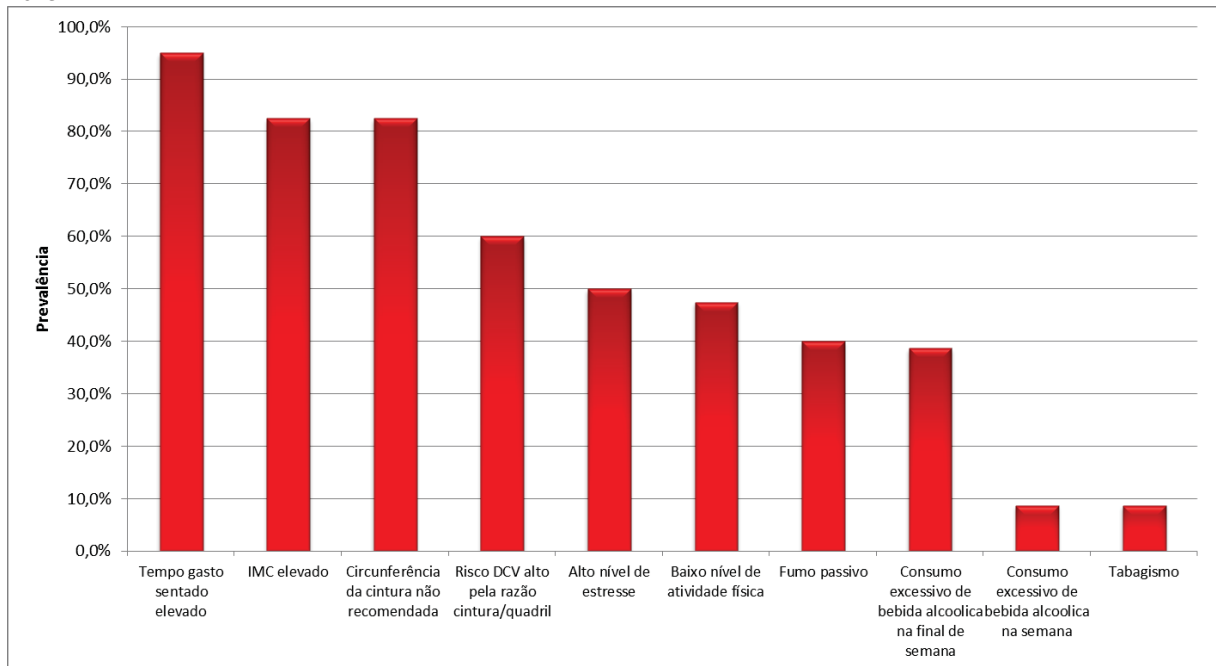
Fatores de risco para HAS nos homens

Os valores da pressão arterial para a maioria dos homens (70,0%) não estavam controlados (PA ≥140X90 mmHg) Destes, 30% foram classificados em hipertensão estágio I, 27,5% em hipertensão estágio II, 12,5% em hipertensão estágio III, apesar de acompanhados por equipe multidisciplinar.

Quanto à exposição dos 80 homens aos fatores de risco para a HAS constatou-se que 91,3% não fumavam atualmente, porém 40,0% eram fumantes passivos. O consumo excessivo de bebida alcoólica durante a semana foi identificado para 8,7% dos homens, mas no final de semana 38,7% deles tinha esse tipo de consumo. O padrão de atividade física baixo foi constatado para 47,5%, sendo 35,0% irregularmente ativos e 12,5% sedentários. Observou-se para maior proporção de homens o comportamento sedentário relacionado ao

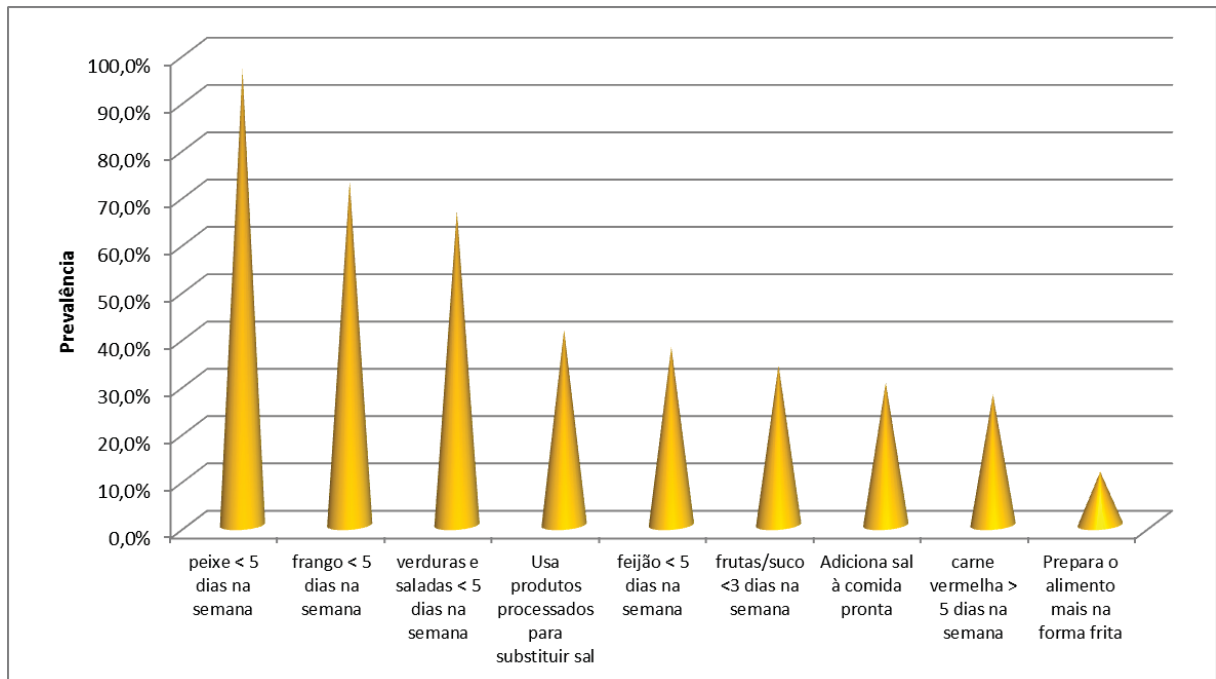
tempo gasto sentado (95%). O nível de estresse foi alto para 50% da amostra. Com relação às medidas antropométricas predominou o excesso de peso (82,5%), observando-se 55% com sobrepeso, 27,5% com obesidade; circunferência da cintura > 90 cm, (82,5%) e risco alto/muito alto para DCV considerando a razão cintura/quadril (60,0%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Prevalência de fatores de risco para HAS descontrolados nos participantes do estudo. Salvador/BA, 2015



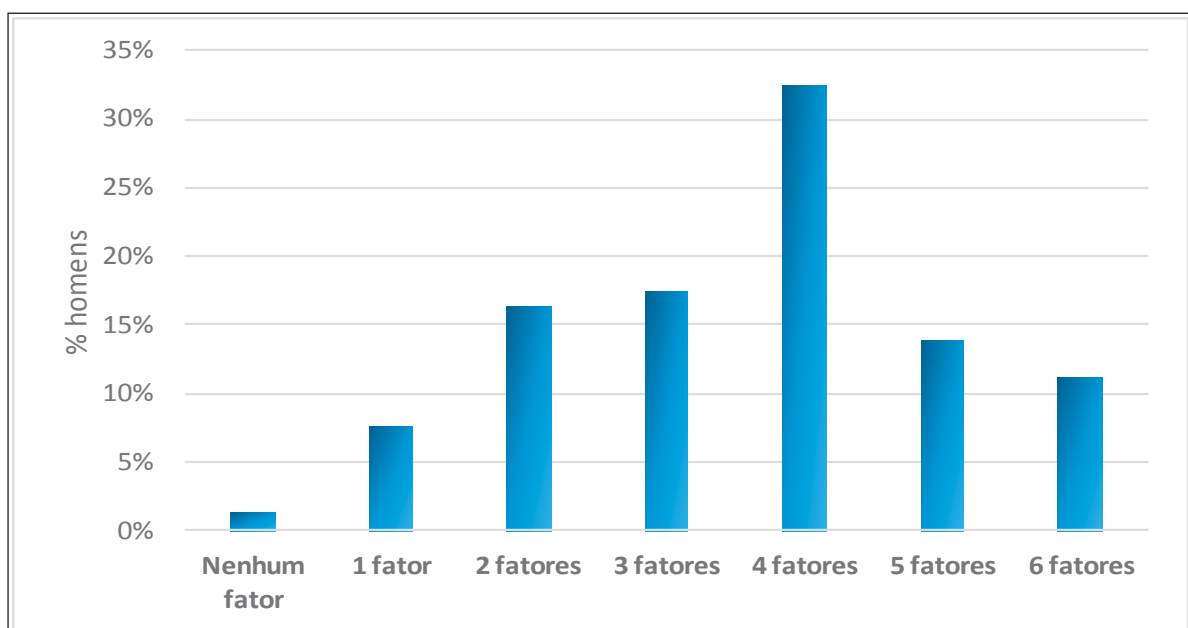
Com relação aos hábitos alimentares, Gráfico 2, a maioria dos homens consumia peixe menos do que 5 dias na semana (96,3%), seguido do consumo de frango menos de 5 dias (72,5%) e verduras e saladas em menos de 5 dias na semana (66,3%). Ainda 41,2% fazia uso regular de produtos processados ricos em sódio para substituir o sal, 37,5% consumiam de feijão menos que 5 dias na semana, 33,7% frutas e sucos naturais menos que 3 dias na semana, 30,0% adiciona sal à comida pronta, 27,5% consomem carne vermelha em mais de 5 dias na semana (sendo destes 45,4% com gordura), e 11,2% dos homens preparava alimentos mais na forma frita.

Gráfico 2 – Prevalência de hábitos alimentares não recomendados nos participantes do estudo. Salvador/BA, 2015



A média de fatores de risco descontrolados agregados para os homens foi de 3,59 (dp 1,2) os quais incluíram tabagismo (fumante atual ou passivo), consumo excessivo de bebida alcoólica, baixo nível de atividade física (irregularmente ativos ou sedentários), alto nível de estresse, excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), circunferência da cintura não recomendada ($90 \geq \text{cm}$), consumo adicional de sal a comida pronta. Mais de um terço deles tinha 4 fatores descontrolados e mais da metade (57,5%) tinha de quatro a seis fatores agregados (Gráfico 3).

Gráfico3 – Distribuição dos homens segundo agregação de fatores de risco para HAS. Salvador /BA, 2015.



Associação entre características sociodemográficas e fatores de risco descontrolados para HAS

A Tabela 2 mostra a associação entre as características sociodemográficas e tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, inatividade física e estresse nos participantes do estudo.

Com relação à idade observou-se maior proporção de tabagistas com idade inferior a 60 anos ($p=0,002$) e maior proporção de sedentários com idade maior ou igual a 60 anos ($0,017$). Não constatou-se diferença estatisticamente significativa entre idade e os demais fatores de risco estudados, porém houve maior prevalência desses em homens abaixo de 60 anos, exceto para tempo gasto sentado.

Com relação à raça/cor autodeclarada a prevalência de fumantes passivos ($p=0,026$) e de consumo excessivo de bebida alcoólica no final de semana ($p=0,043$) foi maior em brancos em relação aos negros. Não houve no estudo homens brancos com tabagismo atual, nem que consumiam bebidas alcólicas excessivas na semana. Não foi constatado diferença estatisticamente significativa entre raça/cor e os demais fatores de risco, mas observou-se que homens negros eram mais irregularmente ativos ou sedentários e apresentaram mais alto nível de estresse que os brancos. Quanto ao tempo gasto sentado, 100% dos brancos eram sedentários.

Relacionado à situação conjugal, a prevalência de fumantes passivos foi maior em homens sem companheira ($p=0,039$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre a situação conjugal e os demais fatores estudados. Houve maior prevalência de homens com companheira que consumiam bebida alcólica em excesso durante e no final de semana, bem como de irregularmente ativos/sedentários e com alto nível de estresse. Tabagismo atual e tempo gasto sentado foram mais prevalentes em homens sem companheira.

Com relação à escolaridade, houve maior prevalência de consumo excessivo de bebida alcólica no final de semana para homens com menos anos de estudo ($p=0,041$). Os demais fatores predominaram em homens com maior tempo de estudo, exceto para tempo gasto sentado, porém sem diferença estatisticamente significativa.

Na análise da associação entre situação laboral fatores de risco de interesse não constatou-se diferença estatisticamente significativa. Observou-se que tabagismo atual, sedentarismo por tempo gasto sentado e alto nível de estresse predominou em homens sem ocupação, enquanto que fumo passivo, consumo excessivo de bebida alcólica durante e ao final de semana, baixo nível de atividade física foi prevalente em homens com ocupação.

Com relação à renda familiar não houve diferença estatisticamente significativa nas associações com os fatores de risco, porém salienta-se que renda baixa foi prevalentes em homens fumantes passivos e que consumiam bebida alcoólica em excesso durante e ao final de semana. Em homens com melhor condição socioeconômica predominou o tabagismo atual, sedentarismo e alto nível de estresse.

Tabela 2 – Associação entre as características sociodemográficas e fatores de risco descontrolados para HAS nos participantes do estudo. Salvador/BA, 2015.

Características Sociodemográficas	Tabagismo atual		Fumante Passivo		Consumo excessivo bebida alcoólica semana		PREVALÊNCIA Consumo excessivo bebida alcoólica final de semana		Irregularmente ativo/sedentário		Sedentário por tempo gasto sentado		Alto nível de estresse	
	n %	Valor p	n %	Valor p	n %	Valor p	n %	Valor p	n %	Valor p	n %	Valor p	n %	Valor p
Idade														
30 - 60anos (n=45)	4 (8,9)	0,002†	22 (48,9)	0,066*	5(11,1)	0,397†	21 (46,7)	0,099*	18 (40,0)	0,017*	44(97,8)	0,375*	25(55,6)	0,260*
≥60 anos (n=35)	3 (8,6)		10 (28,6)		2(5,7)		10 (28,6)		20 (57,1)		35(100,0)		15(42,8)	
Raça/Cor														
Branca (n=7)	-	0,735†	3(42,8)	0,026†	-	0,615†	7(100,0)	0,043*	3(42,8)	0,570†	7(100,0)	0,097*	3(42,8)	0,692†
Negra (n=73)	7 (9,6)		29 (39,7)		7(9,3)		24(32,9)		35(47,9)		72(98,6)		37(50,7)	
Situação conjugal														
Com companheira (n=56)	3 (5,35)	0,101†	22 (39,3)	0,039*	5(8,9)	0,218†	23(41,1)	0,702*	30(53,5)	0,251*	55(98,2)	0,510*	30(53,5)	0,329*
Sem companheira (n=24)	4 (16,7)		10 (41,7)		2(8,33)		8 (33,3)		8 (33,3)		24(100,0)		10(41,7)	
Escolaridade														
Até ensino fundamental (n=38)	3 (7,9)	0,066†	13(34,2)	0,315*	3(7,9)	0,163†	15(39,5)	0,041*	14(36,8)	0,187*	38(100,0)	0,338*	18(47,4)	0,654*
Ensino médio/Superior (n=42)	4 (9,5)		19(45,2)		4(9,5)		16(38,1)		24 (57,1)		41(97,6)		22(52,4)	
Situação Laboral														
Com ocupação (n=51)	3 (5,9)	0,229†	24 (47,0)	0,087*	5(9,8)	0,784†	23(45,1)	0,068*	26(51,0)	0,479*	50(98,0)	0,448*	22(43,1)	0,104*
Sem ocupação (n=29)	4 (13,8)		8 (27,6)		2(6,9)		8(27,6)		12 (41,4)		29(100,0)		18(62,0)	
Renda Familiar Mensal														
Até 2 SM (n=46)	2 (4,3)	0,105†	20 (43,8)	0,460*	5(10,9)	0,167†	18(39,1)	0,242*	20 (43,5)	0,691*	45(97,8)	0,387*	21(45,6)	0,366*
≥3 SM (n=34)	5 (14,7)		12 (35,3)		2(5,9)		13(38,2)		18 (52,9)		34(100,0)		19(55,9)	

* Teste qui-quadrado de Pearson

† Teste exato de Fisher

SM=Salário Mínimo

A Tabela 3 mostra a associação entre as características sociodemográficas e medidas antropométricas não recomendadas nos participantes do estudo.

Com relação à idade, foram prevalentes nos mais jovens as medidas antropométricas não recomendadas, constatando-se diferença estatisticamente significativa na razão cintura e quadril.

Quanto à raça/cor autodeclarada, prevaleceu medidas antropométricas não recomendadas em homens brancos, com diferença estatisticamente significativa para excesso de peso e circunferência da cintura.

Não houve associação entre situação conjugal e as variáveis de interesse.

Com relação à escolaridade, a razão cintura/quadril não recomendada prevaleceu para homens com maior tempo de estudo ($p=0,028$). Homens com maior tempo de estudo também apresentaram maior prevalência das demais medidas antropométricas estudadas.

Com relação à situação laboral, os homens sem ocupação apresentam maior prevalência de circunferência da cintura não recomendada ($p=0,002$).

Quanto à renda familiar, houve maior prevalência de excesso de peso ($p=0,000$) e também de circunferência da cintura não recomendada ($p=0,000$) para homens de baixa renda.

Tabela 3 – Associação entre as características sociodemográficas e medidas antropométricas não recomendadas nos participantes do estudo. Salvador/BA, 2015.

Características Sociodemográficas	PREVALÊNCIA					
	Excesso de Peso (IMC)		Circunferência da cintura não recomendada		Risco cardiovascular alto para razão cintura/quadril	
	n %	Valor p	n %	Valor p	n %	Valor p
Idade						
30 - 60anos (n=45)	39(86,7)	0,266*	38(84,4)	0,604*	27(77,1)	0,000*
≥60 anos (n=35)	27(77,1)		28(80,0)		21(60,0)	
Raça/Cor						
Branca (n=7)	6(85,7)	0,054*	6(85,7)	0,054*	5(71,4)	0,417†
Negro (n=73)	60(82,2)		60(82,2)		43(58,9)	
Situação conjugal						
Com companheira (n=56)	47(83,9)	0,607*	45(80,3)	0,441†	37(66,1)	0,090*
Sem companheira (n=24)	19(79,2)		21(87,5)		11(45,8)	
Escolaridade						
Até ensino fundamental (n=38)	30(78,9)	0,426*	29(76,3)	0,166*	18(47,4)	0,028*
Ensino médio até Superior (n=42)	36(85,7)	*	37(88,1)		30(71,4)	
Situação Laboral						
Com ocupação (n=51)	44(86,3)	0,239	42(82,3)	0,002*	29(56,9)	0,448*
Sem ocupação (n=29)	22(75,9)		24(82,7)		19(65,5)	
Renda Familiar Mensal						
Até 2 SM (n=46)	38(82,6)	0,000*	38(82,6)	0,000*	26(56,5)	0,460*
≥3 SM (n=34)	28(82,3)		28(82,3)		22(64,7)	

* Teste qui-quadrado de Pearson

† Teste exato de Fisher
SM=Salário Mínimo

DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado com 80 homens hipertensos, dos quais 56,2% tinham entre 30 e 60 anos, resultado semelhante com dados da literatura que apontam o surgimento do quadro hipertensivo neste gênero na faixa etária entre 40 e 60 anos^(3,26,27). A média de idade dos homens foi de 58,46 anos, dp 8,64 a qual foi semelhante ao estudo de Siqueira⁽²⁶⁾ que mostrou maior prevalência da hipertensão doença a partir dos 40 anos, média de 56,7 anos (dp 7,35). Em adultos a prevalência nacional de HAS varia de 22,3% a 43,9%, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos⁽³⁾. Entre homens e mulheres, a prevalência global de HAS é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos⁽³⁾. Cabe ressaltar que neste estudo 43,8% dos homens tinham idade acima dos 60 anos o que corrobora com outros estudos que apontam, comprovadamente, uma relação linear entre prevalência de HAS e o envelhecimento^(3,28).

Observou-se neste grupo, características socioeconômicas homogêneas, como dependência de atendimento pelo Sistema Único de Saúde, procedência da cidade de Salvador e Região Metropolitana, raça/cor negra e condição de desigualdade social evidenciada pelas baixas escolaridade e renda familiar. Estes achados confirmam as descrições na literatura nacional⁽⁸⁾ dessas características como potencializadoras do risco para DCV.

A maior prevalência em homens negros hipertensos reforça os achados de outros estudos^(29,30). A relação entre HAS e raça/cor pode ser justificada por variações genéticas, pois os negros apresentam maiores níveis de vasopressina plasmática e maior declínio da resposta

renal vinculada à presença de genes para retenção de sal.

Apesar da HAS ser passível de controle pelo tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida, os índices de controle da doença ainda são baixos. Neste estudo, a maioria dos homens estava com a pressão arterial não controlada, apesar de acompanhados por equipe multidisciplinar em centro de referência para o tratamento da hipertensão. Estudos têm evidenciado que cerca de um terço dos hipertensos está com a pressão arterial controlada^(28,32). As taxas de baixo controle da pressão arterial tem sido constatadas em diversos estudos podendo estar associadas à falta de adesão à terapêutica implementada, seja ela medicamentosa ou não^(3,28,33).

Desta forma, sabendo que HAS constitui uma doença de difícil adesão ao tratamento em função da necessária mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo na terapia medicamentosa anti-hipertensiva, considera-se que o conhecimento a respeito da dificuldade de adesão e dos fatores a ela relacionados podem direcionar ações facilitadoras de maior aderência⁽³³⁾. Sabe-se também que uma abordagem multiprofissional e o compartilhamento clínico com as pessoas hipertensas poderá otimizar melhores resultados no tratamento da doença.

Associado ao grande desafio da adesão ao tratamento, outro fator importante a se considerar no acompanhamento de indivíduos hipertensos é a ocorrência simultânea de fatores de risco descontrolados. Neste estudo, a média de fatores de risco agregados e descontrolados foi de 3,59. O perfil socioeconômico e educacional dos homens pode estar associado a uma elevada prevalência e aglutinação de fatores de risco cardiovascular. Muniz, et al⁽³⁴⁾, analisaram hábitos de alimentação, tabagismo e inatividade física em adultos hipertensos residentes em Pelotas e também encontrou um terço com dois ou mais fatores de risco. Além disso, notaram que a chance de acumular comportamentos de risco foi maior entre homens e naqueles com menor nível socioeconômico.

Neste estudo, o tabagismo atual foi referido em menor frequência pelos homens, mas percentual expressivo era fumante passivo. O tabagismo ativo encontra-se associado à falta de controle da pressão arterial em pessoas com e sem doença cardiovascular. Machado et al⁽³⁵⁾ apontam que a prevalência do tabagismo é maior em homens e este fator somado à predisposição maior do sexo masculino de desenvolver hipertensão aumenta as chances dos homens tabagistas serem hipertensos.

Coorte prospectiva, realizada com profissionais de saúde, nos EUA mostrou o tabagismo associado, de maneira modesta, com um risco mais elevado de desenvolver e descontrolar a hipertensão⁽³⁶⁾. A nicotina presente no cigarro provoca o aumento do trabalho

cardíaco, a disfunção do endotélio capilar, a liberação de catecolaminas e a hiper-reatividade vascular aumentando, conseqüentemente, a pressão arterial⁽³⁵⁾. Além disso, o fumo passivo deve ser considerado como causa em potencial de refratariedade ao tratamento anti-hipertensivo⁽³⁵⁾.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas está associado linearmente com o aumento da pressão arterial, bem como com o risco de doença cardiovascular^(3,28,34,35). Não era esperado um consumo excessivo de bebida alcóolica durante a semana em 8,7% dos homens, assim como aumento desse consumo para cerca de 30% deles nos finais de semana, já que a cada 30 ml de álcool etílico ingerido pode ocorrer elevação da pressão arterial em 2 mmHg⁽³⁵⁾.

O sedentarismo é um fator de risco para HAS que causa cerca de três milhões ou 8% de todas as mortes anuais por doenças crônicas não transmissíveis. Neste estudo, constatou-se prevalência elevada de baixo padrão de atividade física seja por comportamento irregularmente ativo/sedentário ou relacionado ao tempo gasto sentado. Guedes et al.⁽³⁷⁾ também mostraram prevalência de 60% de sedentarismo em hipertensos, sendo esse um dos fatores de risco menos controlado em hipertensos.

A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doença cardiovascular⁽³⁾. Todavia, os mecanismos pelos quais a atividade física reduz os níveis de pressão arterial permanecem especulativos⁽²⁴⁾. A falta de conhecimento sobre a importância dos exercícios físicos e a não realização destes relacionaram-se positivamente com o não controle dos níveis pressóricos⁽²⁸⁾.

Neste estudo, metade dos homens apresentou alto nível de estresse percebido e a exposição a estresse psicossocial está associada ao aumento da pressão arterial⁽³⁹⁾. Configuram-se também como fatores de risco para HAS fatores emocionais e o estresse crônico, cuja presença na vida cotidiana permite, a curto prazo, um aumento progressivo da aterosclerose e, a longo prazo, o surgimento da doença coronária⁽⁴⁰⁾. Os fatores emocionais são aqueles inerentes ao indivíduo no que diz respeito ao seu modo de ser, reagir e lidar com distúrbios emocionais, e podem ser representados pela depressão, transtornos de ansiedade, hostilidade e raiva. Já o estresse crônico trata-se de fatores externos que geram influência na vida do indivíduo, tais como baixo padrão socioeconômico, problemas financeiros, estresse no trabalho e problemas familiares⁽²⁾. 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⁽⁴¹⁾.

No presente estudo, elevada proporção de homens apresentaram IMC maior do que 25

Kg/m² e circunferência da cintura acima do recomendado (≥ 90 cm) corroborando com o estudo de Nascente et al. (2010) que verificaram associação positiva entre HAS, IMC e circunferência da cintura. A obesidade e o excesso de peso associam-se com maior prevalência de hipertensão, além disso, alguns estudos apontam que a circunferência da cintura está mais associada à hipertensão do que a obesidade propriamente dita⁽³⁵⁾.

A relação entre o aumento de peso e da pressão arterial é quase proporcional, sendo observado em adultos e adolescentes. 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⁽⁴²⁾.

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. 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⁽³⁾. O consumo elevado de sal apresenta relação causal com o aumento dos níveis pressóricos e, conseqüentemente, aumenta também o risco de doenças cardiovasculares^(3,35,43). 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 em apenas quatro centros⁽⁴³⁾. No presente estudo 41,2% dos homens faziam uso regular de produtos processados ricos em sódio para substituir o sal o que pode estar associado ao descontrole dos níveis pressóricos.

Além disso, 66,3% dos mesmos consumiam verduras e saladas em menos de 5 dias na semana. Segundo estimativas globais da OMS⁽²⁾, o insuficiente consumo de frutas e hortaliças é responsável anualmente por 2,7 milhões de mortes e por 31% das doenças isquêmicas do coração. Castro⁽⁴⁴⁾, investigou as diferenças de gênero no padrão alimentar da população brasileira notando que a prevalência do consumo regular de frutas e hortaliças foi maior entre mulheres e a de carnes gordurosas, bem como adição de sal à refeição pronta, foi maior entre homens.

Apesar da alta prevalência de sobrepeso e obesidade a maioria dos homens referiu alguns hábitos alimentares saudáveis como consumo feijão 5 ou mais dias na semana (62,5%), frutas e sucos naturais 3 ou mais dias na semana (66,3%), carne vermelha em menos de 5 dias na semana (72,5%), preparo de alimentos assados, cozidos ou grelhados (88,8%) e não adição sal à comida pronta (70,0%). Segundo Machado, et al⁽³⁵⁾ muitas pessoas hipertensas reconhecem a importância da melhora no hábito alimentar e da redução do sal.

Quando se pensa na associação entre características sociodemográficas e fatores de risco para HAS os achados deste estudo mostraram associação do tabagismo com homens de idade entre 30 e 59 anos; além de fumo passivo associado à cor branca e homens sem companheiras. Estudo realizado nas principais capitais brasileiras⁽⁴⁵⁾, aponta que os principais fatores sociodemográficos correlacionados ao tabagismo são: idade adulta (30 a 59 anos), sem companheira (o), desemprego, menor escolaridade e menor poder aquisitivo. Já sobre o fumo passivo, como a incidência de tabagismo é muito mais alta entre homens que em mulheres, a literatura aborda mais sobre a exposição e prejuízos das mulheres e das crianças frente ao mesmo. Porém estudo internacional⁽⁴⁶⁾ estimou que 33% dos homens não fumantes estão expostos ao fumo passivo em ambientes fechados e destes cerca de 55% são solteiros.

O sedentarismo esteve associado neste estudo aos homens com idade maior ou igual a 60 anos. Estudo com 1996 indivíduos adultos em Florianópolis-SC evidenciou que entre os homens a maior probabilidade de inatividade física foi associada ao aumento da faixa etária, à diminuição do nível de escolaridade e a falta de tempo devido o trabalho⁽⁴⁷⁾. Outros estudos nacionais^(24,34) confirmam o achado de que indivíduos com mais idade apresentam maior prevalência de inatividade já que naturalmente o organismo diminui os ritmos para atividades laborais e de lazer a medida que envelhece.

A ingestão em excesso de bebidas alcoólicas é considerada um fator de risco importante para a ocorrência de mortes prematuras e incapacidades no mundo, dentre elas as doenças cardiovasculares⁽²⁾. No presente estudo esta prática apresentou-se associada a homens brancos e de baixa escolaridade. Estudo realizado na Bahia⁽⁴⁸⁾ com 2.032 adultos também apontou maior prevalência de consumo de bebida entre os homens, porém evidencia associação com nível de escolaridade alto (nível superior) e não encontrou diferenças significativas com relação a etnia.

Neste estudo a associação da obesidade central, cujos indicadores foram circunferência da cintura e razão cintura/quadril, com as características sociodemográficas mostrou relação deste fator entre homens com idades entre 30-60 anos, brancos, sem ocupação e de baixa renda. Tais informações corroboram com o estudo de Souza et al⁽⁴⁹⁾ que apontaram maiores prevalências de obesidade central em homens com a faixa de idade de 50 a 59 anos, que vivem com companheira e que tem menor renda. No entanto com relação ao sobrepeso e obesidade, diferente do que foi encontrado nesta pesquisa, estudo aponta que as variáveis relacionadas às melhores condições de moradia e melhor renda estão associadas ao maior risco de excesso de peso⁽⁵⁰⁾. Cabe ressaltar que a RCQ foi evidenciada sobretudo em homens com maior escolaridade.

Os fatores de risco modificáveis e predisponentes para HAS são influenciados pelas condições de vida das pessoas e se expressam em seus modos de vida e nas relações que estabelecem no contexto sociocultural em que estão inseridas. Por conseguinte, a escolha de hábitos de vida está associada a uma multiplicidade de fatores, que irão influenciar na qualidade de vida e/ou no agravamento das condições de saúde. Para que haja uma abordagem adequada a pessoa com hipertensão arterial devem ser considerados, além dos fatores de risco tradicionais, os fatores socioeconômicos e os conhecimentos que possui sobre a doença, assim como as experiências anteriores com a doença, a percepção da seriedade do problema e da complexidade do tratamento e o projeto individual de cuidado à própria saúde.

Os dados relativos ao controle de fatores de risco no gênero masculino, centrados em mudança de hábitos de vida, com especial atenção para hábitos alimentares e atividade física, mostram dificuldades que podem estar relacionadas a variáveis socioeconômicas, mas também às condições inerentes ao ser humano em relação a valores vivenciais firmados ao longo da vida e a dificuldade de aceitar a própria condição de saúde.

O grau de descontrole dos fatores de risco para a HAS nos homens estudados desafiam os profissionais de saúde e as autoridades públicas no desenvolvimento de estratégias efetivas que os ajudem a encontrar no âmbito de suas possibilidades novos hábitos de vida. Projetos de educação em saúde podem se constituir em uma ferramenta valiosa para melhorar o nível de conhecimento da clientela e para a valorização da preservação da própria vida mediante o controle dos fatores de risco.

CONCLUSÃO

Homens hipertensos acompanhados em centro de referência cardiovascular apresentaram descontrole de parâmetros antropométricos e hábitos de vida, além de níveis pressóricos elevados o que impõe risco à saúde. Tais indicadores de risco para morbidade e mortalidade por HAS não podem ser minimizados exclusivamente pela aplicação de tecnologias de alta complexidade, mas sobretudo pela mudança de estilo de vida e pela melhora na condição de vida.

O sedentarismo foi associado significativamente a idosos, a ingestão excessiva de bebida alcoólica a homens brancos e com baixa escolaridade, o tabagismo atual a faixa etária de 30 a 59 anos, o tabagismo passivo a homens brancos e sem companheira, o excesso de peso a baixa renda, brancos, pessoas de 30 a 59 anos e sem ocupação.

Uma vez evidente o descontrole dos fatores de risco sobretudo nos homens em condição socioeconômica deficitária, a mudança neste panorama implica em melhor acesso a bens e

serviços, mas também na mudança de modelos assistenciais vigentes que não logram resultados satisfatórios junto ao grupo no alcance do controle da doença.

REFERÊNCIAS

1. Pinto, SL et al. Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*[online]. 2011. 27(6): 1065-75.
2. WHO (World Health Organization). Global status report on noncommunicable diseases, 2011. World Health Organization, Geneva.
3. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2010;13(1):1-68.
4. Brasil. Ministério da saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL BRASIL — 2013. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde, 2014. Brasília: MS.
5. Brasil. 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, 2011.
6. Pinho, NA; Pierin, AMG. Hypertension Control in Brazilian Publications. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(3): 65-73.
7. Nobre MRC, Domingues RZ de L, SAR da, Colugnati Fernando AB, Taddei JA de AC. Prevalências de sobrepeso, obesidade e hábitos de vida associados ao risco cardiovascular em alunos do ensino fundamental. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(2): 118-24.
8. Kaiser, SE. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronarianas e cerebrovascular. *Rev SOCERJ* 2004; 17(1): 11-8.
9. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(4): 684-91
10. Gomes R. Apresentação. In: Gomes R, organizador. *A Saúde do Homem em Debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011: 11-18.
11. Brasil. 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.
12. Pires, CGS; Azevedo, SQR; Mussi, F.C. Fatores de risco cardiovascular em estudantes de enfermagem: elaboração de procedimentos de avaliação. *Rev Baiana Enferm*. 2014; 28: 294-302.
13. WHO (World Health Organization). International Physical Activity Questionnaires (IPAQ) Scoring Protocol. Genebra, 2001.
14. Matsudo, S et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Física Saúde*, 2001; 6(2): 5-12.
15. Gómez-Cabello, A et al. Sitting time increases the overweight and obesity risk independently of walking time in elderly people from Spain. 2012; 73(4): 337-43.
16. Luft, CDB. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para

idosos. *Rev Saúde Pública*, 2007; 41(4): 606-15.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília-DF, 2012.

18. Furusawa EA, Ruiz MFO, Saito MI, Koch VH. Avaliação do Monitor de Medida de Pressão Arterial Omron 705-CP para Uso em Adolescentes e Adultos Jovens. *Arq Bras Cardiol* 2005; 84(5): 367-70.

19. Chobanian, AV et al. The Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003, Chicago. 289(19): 2560-72.

20. Giuseppe, M. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2013; 31(7).

21. Organização Mundial de Saúde. *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global*. São Paulo (SP); 2004.

22. National Institute of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. *Multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA): field center manual of operations*. Seattle, 2001.

23. International Diabetes Federation. *The Consensus Worldwide definition of the Metabolic Syndrome*. Belgium; 2006.

24. Pitanga FJG, Lessa I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador-Bahia. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 85(1): 26-31.

25. Heyward VH, Stolarczyk LM. *Applied body composition assessment*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1996.

26. Mendes MJF de L, Alves JGB, Alves AV, Siqueira PP, Freire EF. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2006; 6 (1Supl): 549-54.

27. Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial: uma revisão crítica da literatura brasileira. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(2):134-43. . Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial: uma revisão crítica da literatura brasileira. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(2):134-43.

28. Pierin AMG, 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. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1389-1400.

29. Costa JSD et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(1): 59-65.

30. Magnabosco, P. Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência. *Dissertação (Mestrado em enfermagem)*. Esc Enferm RPUSP, 2007.

31. Laguardia, J. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugênia? *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*,. 2005; 12(2):371-393.

32. Sanchez CG, Pierin AMG, Mion Júnior D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(1):90-8.

33. Coutinho FH. Percepção dos portadores de hipertensão arterial sobre a doença e sua adesão ao tratamento na estratégia de saúde da família [monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães; 2010.
34. Muniz LC, Schneider BC, Silva IC, Matijasevich A, Santos IS. Accumulated behavioral risk factors for cardiovascular diseases in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(3): 534-42.
35. Machado MC, Pires CGS, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciêns saúde coletiva*. 2012; 17(5): 1357-63.
36. Bowman, TS et al. A prospective study of cigarette smoking and risk of incident hypertension in women. *J Amer Col Cardiol*. 2007; 50(21): 2085-92.
37. Guedes NG et al. Prevalence of Sedentary Lifestyle in Individuals With High Blood Pressure. *Inter J Nur Termin Classif*. 2010; 21(2): 50-6.
38. Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR de. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* 2002; 10(3):415-422
39. 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*. 2003; 65(6):1058-64.
40. Giannotti A. Prevenção da Doença Coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. *Psicol. USP*. 2002;13(1).
41. Yan LL et al. Psychosocial factors and risk of hypertension: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *JAMA*, 2003; 290(16): 2138-48.
42. Ulbrich AZ et al. Probabilidade de hipertensão arterial a partir de indicadores antropométricos em adultos. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2012; 56(6): 351-57.
43. Stamler J. The Intersalt study: Background, methods, findings and implications. *Am J Clin Nutr*. 1997; 65:626-42.
44. Castro RSA. Padrão de consumo alimentar e diferença de gêneros. 2012. 98f. Dissertação (Mestrado Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
45. Opaleye, EM et al. Fatores associados ao hábito de fumar do brasileiro: um estudo nas maiores cidades do país. *Rev Bras Psiquiat*. 2012; 34(1): 32-44.
46. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Pruss-Ustun A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 2010.
47. Martins TG et al, Leisure-time physical inactivity in adults and factors associated. *Rev Saude Publica*. 2009;43(5):814-824.t
48. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Kawachi I, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1):45-54.
49. Souza, TF, et al. Fatores associados à obesidade central em adultos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(2): 296-309
50. Barbosa JM et al. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do Nordeste brasileiro. *Arch Latin Nutr Organo*. 2009; 59(1).

7 RESULTADOS/ARTIGOS

7.2 ARTIGO 2:

Projeto de educação em saúde como estratégia para controle da hipertensão arterial em homens*

Health education project as a strategy for the control of arterial hypertension in men

Proyecto de educación en salud como estrategia para el control de la hipertensión arterial en hombres

Glicia Gleide Gonçalves Gama¹; Fernanda Carneiro Mussi²

¹Enfermeira. Mestre. Professora Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Deptº Enfermagem. Enfermeira do HUPES/UFBA. Rua Arthur de Azevedo Machado, 591 Apto 401, Costa Azul, Salvador, Bahia, CEP 41760-000. telefones: (71)99616969; (71)32711847; gliciaggama@bahiana.edu.br;

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

*Artigo integrante do projeto “Efetividade de um Programa de Educação em Saúde no Controle da Pressão Arterial de Homens”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), SUS 0028/2013.

RESUMO

Este estudo objetivou descrever a proposta e o processo de implementação de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos considerando que a adesão ao tratamento da doença é baixa e que concepções equivocadas sobre as condições que favorecem o seu surgimento e progressão podem levar a adoção de medidas de controle inapropriadas. O projeto proposto objetivou melhorar o nível de conhecimento dos homens sobre a hipertensão e suas medidas de controle, bem como estimular a valorização de estilo de vida saudável. Compreendeu a realização de quatro oficinas temáticas, focadas nas demandas apresentadas pelo grupo de homens recrutado: Expectativas e crenças sobre HAS e seus fatores de risco; Tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, sedentarismo e estresse; Hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue; Uso de medicação e sexualidade. Para cada oficina foi desenvolvido um plano de ação considerando as questões de gênero e a articulação entre objetivos, conteúdo, duração da atividade, perfil dos participantes e metodologia empregada. O projeto incluiu também contatos telefônicos e envio de mensagens curtas via SMS visando lembrar datas e locais das oficinas, reforçar informações e motivar a valorização da mudança de hábitos de vida. Os homens consideraram o projeto uma estratégia valiosa para a melhor condução de seu cuidado e tratamento. Disponibiliza-se a comunidade científica uma valiosa ferramenta para o controle de agravos crônicos à saúde. Sugere-se que as etapas do projeto sejam reaplicadas e avaliadas, em diversos serviços de saúde, como estratégia para modificar o perfil epidemiológico da hipertensão.

Palavras-chave: Hipertensão; Saúde do Homem; Educação em Saúde

ABSTRACT

This study had the purpose of describing the proposal and implementation process of a health education project for hypertensive men, considering that compliance to treatment of the illness is low, and that misguided concepts about conditions that favor its occurrence and progression could lead to inadequate control measures. The proposed project aimed to improve the level of awareness of men in relation to hypertension and the control measures, as well as stimulating the enhancement of a healthy lifestyle. The study comprised four thematic workshops, focused on the demands presented by the group of men recruited. Expectations and beliefs about SAH and its risk factors; smoking, excessive consumption of alcoholic beverages, sedentary lifestyle and stress; eating habits, obesity and excess fat in the blood; use of medication and sexuality. For each workshop an action plan was developed considering issues such as genre and articulation among objectives, content, duration of the activity, profile of the participants and methodology used. The project also included telephone contacts and short messages via SMS as reminders of the dates and locations of the workshops, reinforcing information and motivating the appreciation of changes in lifestyle. Men considered the project a valuable strategy for improving the handling of their own care and treatment. A valuable tool is made available to the scientific community for control of chronic effects on health. It is suggested that phases of the project be reapplied and evaluated in various health services, as a strategy for changing the epidemiological profile of hypertension.

Key-words: Hypertension; Men's health; Health education

RESUMEN

Este estudio objetivó describir la propuesta y el proceso de implementación de un proyecto de educación en salud para hombres hipertensos, considerando que la adhesión al tratamiento es baja y que concepciones equivocadas sobre las condiciones que favorecen su surgimiento y progresión pueden llevar a la adopción de medidas de control inapropiadas. El proyecto propuesto objetivó mejorar el nivel de conocimiento de los hombres sobre la hipertensión y sus medidas de control, así como estimular la valorización de estilo de vida saludable. Comprendió la realización de cuatro talleres temáticos, enfocados en las demandas presentadas por el grupo de hombres reclutado: expectativas y creencias sobre HAS y sus factores de riesgo; tabaquismo, consumo excesivo de bebida alcohólica, sedentarismo y estrese; hábitos alimentares, obesidad y gordura en la sangre; uso de medicación y sexualidad. Para cada taller fue desarrollado un plan de acción considerando las cuestiones de género y la articulación entre objetivos, contenido, duración de la actividad, perfil de los participantes y metodología empleada. El proyecto incluyó también contactos telefónicos y envío de mensajes cortas vía SMS visando recordar fechas y locales de los talleres, reforzar informaciones y motivar la valorización de cambios de hábitos de vida. Los hombres consideraron el proyecto una estrategia valiosa para la mejor conducción de su cuidado y tratamiento. Se dispone a la comunidad científica una valiosa herramienta para el control de agravios crónicos a la salud. Se sugiere que las etapas del proyecto sean reaplicadas y evaluadas en diversos servicios de salud como estrategia para cambiar el perfil epidemiológico de la hipertensión.

Palabras-clave: Hipertensión; Salud del Hombre; Educación en Salud

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais⁽¹⁾.

A HAS atinge cerca de 30% da população adulta no mundo, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e a sua ocorrência está associada a diversos fatores de risco dentre os quais se destacam: idade, sexo, raça/cor, herança genética, fatores socioeconômicos, sedentarismo, ingestão excessiva de bebida alcoólica e sal, estresse psicossocial, tabagismo e sobrepeso e obesidade^(1,2). Dentre os fatores ambientais que concorrem para o aumento dos níveis da pressão arterial, destacam-se as mudanças associadas ao estilo de vida, em que se incluem hábitos alimentares inadequados associados à inatividade física, além do uso abusivo do álcool e tabagismo⁽³⁾.

Neste contexto social, quando se pensa a questão do gênero, os homens hipertensos em geral apresentam baixa adesão ao tratamento e estão mais vulneráveis à doença e suas complicações, e conseqüentemente aparecem mais descontrolados do que as mulheres⁽⁴⁾. No que tange às diferenças entre homens e mulheres, as peculiaridades no comportamento preventivo podem ser explicadas, por meio de especificidades biológicas e genéticas; diferenças sociais e culturais; associação entre comportamentos e distintas expectativas sociais, busca e utilização dos serviços de saúde⁽⁵⁾.

Assim sendo, o controle da HAS em homens já se tornou 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⁽⁶⁾. Além disso, as propostas devem ser baseadas em metodologias de educação que preservem a autonomia dos sujeitos, valorizando os saberes e buscando uma melhoria na sua qualidade de vida.

Entende-se que concepções equivocadas de homens hipertensos sobre as condições que favorecem o surgimento e a progressão da doença podem levá-los a adotar medidas de prevenção e controle inapropriadas. Se a concepção de saúde é formada por meio da

experiência de cada indivíduo, tendo estreita relação com seus conhecimentos, valores e aspectos emocionais, a forma com que percebe a enfermidade pode influenciar os mecanismos individuais para satisfazer suas necessidades e a busca dos serviços assistenciais⁽⁷⁾.

Quando se propõe o desenvolvimento de uma alternativa inovadora de produção de conhecimentos na área de educação em saúde junto a homens hipertensos, contemplando maneiras participativas de abordagem das temáticas, cria-se um plano em que os métodos de ensino tradicionais são insuficientes. Ao interagir com estes homens lida-se com afetos, percepções, interesses, limites e vivências distintas e às vezes distantes do que se está acostumado a contemplar no atendimento cotidiano. Assim torna-se necessário ampliar os “canais” de percepção e comunicação com os usuários dos serviços de saúde para possibilitar uma compreensão que se aproxime um pouco mais de sua realidade e demandas de cuidados à saúde tornando a relação pedagógica mais eficaz, prazerosa, humana e transformadora⁽⁸⁾.

Neste processo educativo, utilizar o trabalho em grupo, na forma de oficinas possibilita a quebra da tradicional relação vertical que existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas e circunstâncias de vida que influenciam a saúde. O espaço grupal mediado pelo diálogo entre profissionais da saúde e os sujeitos ou a comunidade, permite a construção da consciência coletiva e o encontro da reflexão com a ação. O diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação, enquanto sujeitos, e conquistam o mundo para sua libertação, autonomia e transformação⁽⁹⁾. As oficinas são utilizadas como metodologia de ensino e aprendizagem para diferentes grupos populacionais. Seus pressupostos são: o diálogo, a valorização do saber e a realidade de vida do educando, com a oferta de informações significativas que objetivam o empoderamento individual e das comunidades, bem como a participação ativa do educando na busca de soluções para os problemas de saúde⁽¹⁰⁾.

Quando se trata de uma população masculina, esta tarefa implica em um projeto ambicioso e difícil de desenvolver em curto prazo. Alguns estudos⁽¹¹⁻¹³⁾ apontam uma participação restrita de homens em oficinas educativas (em torno de 10 a 20 %), já que as masculinidades são construídas historicamente e sócio culturalmente, e os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer⁽⁶⁾.

É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde decididos a trabalhar com este segmento da população no desenvolvimento de ações de ensino-aprendizagem aprofundem a

reflexão sobre as múltiplas dimensões de seu papel frente ao sistema de saúde vigente, buscando novas bases teóricas e novas estratégias de aproximação com a população-alvo que venham a contribuir para a aceitação e efetividade deste processo educativo.

Tendo como base o exposto, este estudo teve como objetivo descrever a proposta e o processo de implementação de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos.

Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde de homens hipertensos

Evidências mostram que a saúde está muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à ideia hegemônica da sua determinação genética e biológica. O sedentarismo e a alimentação não saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, a rotina da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das ditas doenças modernas. Há que se destacar a desesperança que habita o cotidiano das populações mais pobres e que também está relacionada com os riscos dessas enfermidades⁷. É incontestável, portanto, a existência de fatores de risco cardiovascular, como a hipertensão, que podem ser determinados socialmente.

A HAS e as complicações decorrentes da mesma podem ser prevenidas. As estratégias para minimizar o surgimento e as complicações incluem melhores condições de vida, cuidados de prevenção e detecção precoce dos fatores de risco⁽¹⁴⁾.

A atenção em saúde precisa então ser voltada à saúde e não somente à doença, não sendo possível contestar a importância dessa atenção para erradicar as causas do adoecimento e diminuir os riscos, além de tratar os danos⁽⁴⁾. E para que esse desafio se torne realidade precisa haver um compromisso e contribuição dos profissionais de saúde.

A implementação de programas de prevenção primária para doença cardiovascular é recomendada pela American Heart Association. A prevenção primária inclui a detecção e modificação de fatores de risco como a HAS. A enfermagem tem um espaço de atuação e responsabilidade na elaboração de programas de educação em saúde voltados para a prevenção primária das doenças cardiovasculares que contemplem provisões de conteúdo humano-social (interação, acolhimento, apoio, compreensão, conforto, carinho, compaixão) e não apenas material, ainda que o cuidado realizado tenha como objeto o corpo da pessoa, concreta manifestação de sua sociabilidade e natureza, produzindo transformações imediatas, a exemplo, da aplicação de medicamentos e mediatas, como a cura⁽¹⁵⁾.

A enfermagem, enquanto uma prática social inserida na dinâmica das relações dentro da sociedade precisa atuar ampliando a consciência crítica dos grupos sociais quanto aos seus potenciais e autonomia. Para tal, é imprescindível que sua prática esteja vinculada e pautada

em uma proposta educacional de transformação social⁽¹⁶⁾. Desta forma, tratando-se de homens hipertensos, é fundamental o fortalecimento e qualificação da atuação da enfermeira na atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis, já que a população masculina geralmente acessa o sistema de saúde através da atenção especializada⁽⁶⁾.

Neste contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), tem por diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina, em dupla perspectiva: (1) o cuidado integral do homem no sentido do atendimento às necessidades de saúde, articulando-se os níveis primário, secundário e terciário da atenção, garantindo a continuidade das ações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e (2) o entendimento de que muitos dos problemas que afetam a saúde do homem devem ser considerados em sua abrangência social e cultural, e não meramente biológica^(6,17).

Embora a PNAISH focalize prioritariamente as causas de morbidade e mortalidade – o que pode favorecer práticas biomédicas – é preciso conhecer o público que se quer trazer aos serviços de saúde, especialmente na perspectiva da promoção da saúde e da integralidade do cuidado. O conhecimento do perfil epidemiológico e as ações conjuntas com a comunidade são o início desse processo⁽¹⁷⁾. Neste contexto, para implementação de programas de educação à saúde deve-se pensar na valorização do saber profissional, mas, sobretudo na valorização do saber das pessoas que vivenciam a situação de doença e tratamentos. Acredita-se que a integração desses saberes contribui para a aproximação de um cuidado diferenciado e de qualidade.

Desta forma, urge que as ações de controle da HAS sejam envolvidas com atuação intersetorial pactuada, visando o desencadeamento de ações articuladas em comunidades e grupos populacionais específicos (neste caso homens hipertensos), com vistas a promover comportamentos e estilos de vida saudáveis⁽²⁾. Mudar hábitos de vida nem sempre é fácil, mas pode se constituir numa oferta positiva para experiências novas e não significar somente uma restrição. Atividade física e mudanças alimentares podem ser descobertas prazerosas. É importante que a enfermeira busque trabalhar com diferentes enfoques, trabalhar em equipe e compartilhando saberes.

Uma estratégia que é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é a educação em saúde. Como uma prática transversal proporciona articulação entre todos os níveis de gestão do sistema⁽¹⁸⁾. A educação em saúde configura-se como um processo de formação e capacitação que se dá dentro de uma perspectiva política de classe e que toma parte ou se vincula à ação organizada do povo para alcançar o objetivo de

construir uma sociedade nova de acordo com seus interesses. Deve ser pautada no diálogo e na troca de saberes entre o educador e educando, em que o saber dos indivíduos é valorizado⁽¹⁹⁾.

Com a consolidação da Reforma Sanitária, culminando com a criação do SUS, em 1988, com a proposta de um novo modelo de atenção em saúde voltado para a prevenção e a integralidade no atendimento, a educação em saúde passou a ser mais difundida. Na maioria das intervenções em saúde há interação, direta ou não, entre sujeitos (profissional e usuário) o que implica em ações pedagógicas que podem se dar de forma autoritária (como historicamente esteve presente nas várias abordagens da Saúde Pública), ou podem se revestir de uma concepção integrativa sobre o processo saúde-doença. Assim, pode-se superar a visão centrada em conhecimentos biológicos aliados a técnicas pedagógicas voltadas apenas para a transmissão de conhecimentos não pertinentes às necessidades sociais e desvinculados das condições de vida dos indivíduos⁽⁷⁾. Deve-se considerar como pressuposto que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para que os indivíduos implicados em uma ação pedagógica possam participar da produção compartilhada do conhecimento⁽¹⁹⁾.

A educação em saúde constitui prática social. É justamente a intervenção efetiva sobre determinados objetos ou necessidades que lhes confere esta marca de práticas sociais. Considerar que as práticas sociais são constitutivas da sociedade é pressupor que não há entre as diferentes práticas e a sociedade uma relação de externalidade, mas sim de mútua influência⁽²⁰⁾.

No âmbito da atenção à saúde e pessoas hipertensas, a dinâmica proposta pelo Ministério da Saúde é centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam a saúde dos indivíduos em risco, permitindo uma identificação mais acurada e um acompanhamento integral dos mesmos antes e/ou após possível agravo. Além disso, a proposta deve se basear em metodologias de educação que preservem a autonomia dos sujeitos, valorizando os saberes e buscando uma melhoria na sua qualidade de vida.

Quando se pensa especialmente no gênero masculino, é fundamental que os profissionais de saúde decididos a trabalhar com este segmento da população aprofundem a reflexão sobre as múltiplas dimensões de seu papel frente ao sistema de saúde vigente, buscando novas bases teóricas e novas estratégias no desenvolvimento de ações de ensino-aprendizagem que venham a contribuir para a efetividade do processo educativo.

A utilização de práticas lúdicas remotas associadas a novos recursos tecnológicos vem sendo difundida entre as doenças crônicas. As enfermeiras precisam encontrar formas inovadoras de gerenciar as doenças crônicas. A utilização das tecnologias de informação e

comunicação pode apoiar as pessoas com condições crônicas, pois reduzem o isolamento e proporcionam acesso mais fácil aos profissionais de saúde e, assim ao atendimento de suas necessidades⁽²¹⁾. A efetividade do emprego de novas tecnologias como telefone, email e celulares no processo de educação à saúde têm sido reconhecida na prevenção, diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças, assim como no desenvolvimento de medidas preventivas nos programas de promoção da saúde. Tais tecnologias são de fácil acesso e muitas vezes referidas nos cuidados de saúde como *eletronic health*⁽²²⁾.

A compreensão das questões conceituais e metodológicas envolvidas no processo de educação em saúde poderá contribuir para o desenvolvimento de ações construídas por meio da interação compartilhada entre os interesses e necessidades dos homens e das instituições públicas, dando assim sentido aos objetivos que se quer alcançar e resultando em ações concretas de valorização da cidadania e de participação efetiva do cidadão na melhora do conhecimento sobre os agravos à saúde e quiçá das práticas de autocuidado.

Proposta e processo de implementação de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos

Diante das considerações preliminares expostas neste artigo surgiu a motivação e tornou-se importante a criação do Projeto de Educação em Saúde para Homens Hipertensos. Tal proposta teve como objetivos contribuir para a melhora do nível de conhecimento de homens hipertensos sobre a hipertensão e suas medidas de controle, bem como estimular a valorização de estilo de vida saudável. Tal projeto foi aplicado em unidade referência na Saúde do Homem e apresentou resultado favorável após implementação das estratégias de intervenção tanto na melhora do conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco como na mudança de comportamento dos homens.

Este projeto compreendeu a realização de quatro oficinas temáticas com atividades lúdicas, contatos telefônicos (ligações e envio de mensagens) e atendimento individual. O Projeto foi desenvolvido no período de um ano (outubro de 2013 a outubro de 2014), por enfermeiras e estudantes de graduação em enfermagem integrantes do Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular, da Escola de Enfermagem da UFBA,

Previamente foi criada a logomarca do Projeto com o slogan: “Eu controlo a pressão arterial”. Esta logomarca foi utilizada em todos os impressos confeccionados, na personalização de brindes, lanches e crachás. Além disso, foi impressa nas camisetas confeccionadas para a identificação das pesquisadoras em campo e nas camisetas dadas aos homens no momento do acolhimento para a participação da primeira oficina. A proposta para

criação e uso desta logomarca foi a de fortalecer a participação dos homens, identificar o grupo e favorecer a divulgação do projeto junto à comunidade.

Para participar do projeto os homens deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: adultos, conscientes e orientados no tempo e espaço, matriculados no Centro de Referência de Doenças Cardiovasculares localizado no município de Salvador-BA e acompanhados no Programa de Saúde do Homem, com diagnóstico médico hipertensão arterial sistêmica (CID – I10/I15).

Durante o período de seis meses, de outubro de 2013 a abril de 2014, foram abordados oitenta homens antes ou após a consulta médica para identificação de: critérios de inclusão, registro do telefone e endereço de contato, características sociodemográficas, informações que gostariam de receber sobre a HAS, dificuldades enfrentadas para o autocuidado e tratamento, medicações em uso, entendimento sobre as causas da HAS e suas medidas de controle. Todos esses dados foram obtidos por meio de uma conversa com cada homem durante a qual se fez uso de um formulário para o registro dos dados levantados. Nesse momento, os homens foram informados que o levantamento de dados seria utilizado para nortear a elaboração de um projeto de educação em saúde e que seriam convidados a participar do mesmo. Os homens receberam a explicação e procederam a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Cabe ressaltar que o Projeto de Educação em Saúde para Homens Hipertensos foi parte integrante de um projeto de pesquisa intitulado “Efetividade de um programa de educação em saúde para o controle da pressão arterial em homens”, o qual foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa recebendo o número de parecer 268.722.

Com base nos dados levantados foram planejadas quatro oficinas, com diferentes temáticas, focadas nas demandas apresentadas pelo grupo de homens, a saber: Oficina 1: Expectativas e crenças sobre HAS e seus fatores de risco; Oficina 2: Tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, sedentarismo e estresse e HAS; Oficina 3: Hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue e HAS; Oficina 4: HAS, uso de medicação e sexualidade.

Passado a fase de recrutamento agendou-se por contato telefônico com o grupo de oitenta homens a participação nas oficinas voltadas para prevenção e controle da HAS e seus fatores de risco, e desses vinte e seis aderiram ao Projeto. As oficinas foram desenvolvidas de maneira lúdica, privilegiando o formato preconizado pelo Ministério da Saúde⁽⁷⁾: estratégias realizadas numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e com a participação do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença. Além de fornecer autonomia dos profissionais de saúde diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e

integrais⁽⁶⁾.

Nessa perspectiva empregou-se nas oficinas diferentes estratégias a exemplo de debates temáticos, jogos, diálogo com especialista, apresentação teatral e exposição de vídeos educativos, as quais foram realizadas em espaços apropriados no centro de saúde.

No dia da primeira participação no projeto, os homens presentes receberam crachá e camisa personalizados. Antes do início das oficinas foram convidados a responder, mediante entrevista, um instrumento construído para avaliar o conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco, composto por trinta e três questões fechadas, com a possibilidade de resposta: sim, não ou não sei. Este instrumento foi considerado um pré-teste para avaliar o conhecimento dos homens antes das atividades educativas. Ao término de cada oficina aplicou-se novamente um instrumento contendo apenas as questões temáticas específicas abordadas na oficina em questão (Pós-teste 1). Essas questões temáticas específicas foram as mesmas que integraram o instrumento usado no pré-teste.

Tendo-se a finalidade de garantir melhor adesão dos homens as oficinas foram desenvolvidas em dupla, facilitando a presença dos mesmos. Assim, no agendamento do primeiro dia para a ida dos homens ao centro de saúde operacionalizou-se a oficina 1 e, ao término da mesma, deu-se início a oficina 2. Decorrido quinze dias das duas primeiras oficinas (1 e 2), realizou-se as oficinas 3 e 4. As oficinas 1 e 2 foram realizadas no mês de maio de 2014 e no início de junho de 2014 foram realizadas as oficinas 3 e 4.

Para cada oficina foi elaborado um plano de ação. O plano de ação é o planejamento de todas as ações necessárias para atingir um resultado desejado. É um momento importante para que o grupo possa identificar e relacionar as atividades prioritárias para a ação tendo em vista os resultados esperados, bem como compor elementos que justifiquem a realização da ação. Um bom plano de ação deve deixar claro tudo o que deverá ser feito, como e quando, para o cumprimento de seus objetivos e metas. Quanto maior a quantidade de ações e pessoas envolvidas, mais necessário e importante é ter um plano de ação. E, quanto melhor o plano de ação, maior a garantia de se atingir o objetivo⁽²³⁾.

Ressalta-se que os planos de ação deste estudo foram elaborados considerando as demandas e avaliações dos usuários observadas durante a fase de recrutamento e o cenário em que estavam envolvidos. Sabe-se que quanto maior o envolvimento dos responsáveis por sua execução, maior a garantia de se atingir os resultados esperados.

Para elaboração de cada plano de ação foram consideradas as seguintes etapas: problema (situação problema identificada pelo pesquisador e sinalizada pela comunidade e/ou profissionais que justifica a seleção da mesma para intervenção educativa); participantes

(público da ação educativa); tema (temática que embasa o planejamento e a operacionalização da ação educativa); data (dia de realização da ação educativa – deve ser verificado a disponibilidade dos participantes, além da rotina e hábitos da população); horário (hora de início da ação educativa - nesta etapa também deve ser verificado a disponibilidade, rotina e hábitos dos participantes do estudo, além de ser previsto o tempo de duração da ação educativa); local (descrição do local onde será realizada a ação, considerando a estrutura física e os sujeitos envolvidos); objetivos (são propósitos específicos, alvos a serem alcançados ao longo de determinado período de tempo; indicam onde estarão concentrados os esforços, o que se pretende alcançar ao final da atividade); estratégias metodológicas (caminhos escolhidos que indicam como o pesquisador pretende concretizar seus objetivos; passos a serem desencadeados no decorrer da ação educativa, ou seja, a sequência das atividades a serem realizadas); recursos (identifica os recursos necessários para a execução da ação); avaliação (como transcorreu a atividade, levantamento de entraves, facilidades e, principalmente, das conquistas e aprendizagens obtidas; deve-se definir a forma utilizada para avaliar a ação desenvolvida, atentando-se para os objetivos estabelecidos; a avaliação pode ocorrer por meio de jogo, gincanas, perguntas, relatos dos participantes, observação e registro da participação, dentre outras formas de avaliação); referências bibliográficas (referências utilizadas para embasar a temática trabalhada)⁽²³⁾.

Na elaboração dos planos de ação para cada oficina foi considerado a articulação entre os objetivos, o conteúdo abordado, a duração da atividade, o perfil dos participantes e a metodologia desenvolvida.

Os planos de ação das quatro oficinas estão apresentados no Quadros 1, 2, 3 e 4:

Quadro 1 - Plano de ação da Oficina 1 - Expectativas e crenças sobre a HAS e seus fatores de risco

ETAPAS DO PLANO	CARACTERÍSTICAS
PROBLEMA	Desconhecendo as crenças e expectativas de um grupo de homens hipertensos sobre a pressão alta
PARTICIPANTES	Homens diagnosticados com hipertensão arterial cadastrados no Programa de Atenção à Saúde do Homem que aceitem participar do projeto.
TEMA	Expectativas e crenças sobre HAS e seus fatores de risco
DATA	Maio de 2014
HORÁRIO	15:00 às 16:30 h
LOCAL	Auditório do Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares (CRDC) – Centro de Saúde Adriano Pondé
OBJETIVOS	1) Identificar as crenças dos participantes sobre a pressão alta 2) Conhecer as crenças sobre as medidas medicamentosas e não medicamentosas. 3) Contribuir para a construção do conhecimento sobre pressão alta, seus fatores de risco e medidas de controle.
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	Atividade 01- Apresentação da oficina – 5min. Nesse momento é explicada a proposta da oficina. Atividade 02 – O que é HAS? 1ª dinâmica - PAINEL - 40 min -Levantamento das crenças e expectativas do grupo de homens:

	<p>O que o levou a ter pressão alta? O que controla a pressão alta? - Oferecer figuras aos homens para que construam um painel sobre causas da HAS e suas medidas de controle - Discussão lúdica sobre as figuras escolhidas e explicação sobre o que ocorre com o coração e corpo quando a pressão está elevada. Debate sobre o que controla a pressão alta 2ª dinâmica- VÍDEOEDUCATIVO: “O que é pressão alta? O que fazer para controlar?” (Laboratório Pfizer) – 15 min Atividade 03 - Discussão e pós-teste – 15 min Abertura de um espaço para discussão das atividades realizadas e a aplicação do pós-teste. As perguntas realizadas foram: - A pressão alta se não for tratada a tempo aumenta a chance de derrame cerebral e de ataque cardíaco? - Em pessoas hipertensas o valor da pressão ideal deve estar abaixo de 14 por 9. Sendo a pressão máxima abaixo de 14 e a mínima abaixo de 9? - Quando a pressão arterial está acima de 14 por 9 pode ser uma crise hipertensiva e por isso é importante procurar assistência médica? - O tratamento para pressão alta deve durar a vida toda? Atividade 04- LANCHE SAUDÁVEL – 10 min Suco, biscoito integral e maçã.</p>
RECURSOS	Cartolina, isopor, figuras, adesivos, bexiga em formato de coração para discussão lúdica, computador, data show, caixas de som.
AVALIAÇÃO	Após oficina 2 deve ser realizado o pós-teste
REFERÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Conde, H et al. Ex Pressão Alta. Vídeo Educativo produzido pela Pfizer • Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm 2005;14(3):332-40. • Silva SSBE, Colosimo FC, Pierin AMG. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. Rev. Esc. Enferm. USP 2010; 44(2):488-96

Quadro 2 - Plano de ação da Oficina 2 - Consumo de bebida alcoólica, tabagismo, estresse, sedentarismo e HAS

ETAPAS DO PLANO	CARACTERÍSTICAS
PROBLEMA	Consumo excessivo de bebida alcoólica, tabagismo, estresse e sedentarismo são fatores de risco para elevação dos níveis pressóricos.
PARTICIPANTES	Homens diagnosticados com hipertensão arterial cadastrados no Programa de Atenção à Saúde do Homem que aceitaram participar do projeto.
TEMA	Consumo excessivo de bebida alcoólica, tabagismo, estresse, inatividade física e HAS
DATA	Mai de 2014
HORÁRIO	16:30 às 18:00h
LOCAL	Auditório do Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares (CRDC) – Centro de Saúde Adriano Pondé
OBJETIVOS	<p>1) Contribuir para a construção do conhecimento a respeito do consumo de bebida alcoólica, tabagismo, sedentarismo e estresse como fatores de risco para HAS;</p> <p>2) Sensibilizar os homens quanto aos riscos que o consumo excessivo de álcool, o tabagismo, o sedentarismo e o estresse podem acarretar para elevação dos níveis pressóricos.</p>
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	<p>Atividade 01- Apresentação da oficina – 5min. Momento de explicação sobre a forma de realização da oficina</p> <p>Atividade 02- – Jogo do Tabuleiro contra hábitos de vida inadequados - 55 min (ênfase no consumo excessivo de álcool, tabagismo, estresse e sedentarismo) - Utilização de tabuleiro no chão com 15 caselas, elaborado em material emborrachado. Confecção de um dado em papelão. Confecção de três cones de cartolina nas cores amarela, azul e verde. - Os homens são divididos em 3 subgrupos. Cada subgrupo é identificado no crachá com a cor de um cone. É designado a cada subgrupo um tema sobre o qual as perguntas são feitas. O subgrupo com o cone da cor amarela deve responder as perguntas sobre o tema consumo de álcool e tabagismo, da cor azul sobre o sedentarismo e da cor verde sobre estresse. - O jogo começa com o lançamento do dado por um subgrupo. Após o lançamento é feita uma pergunta referente a temática designada a aquele subgrupo e os seus integrantes devem responde-la.</p>

	<p>Em caso de resposta correta o subgrupo avança no tabuleiro com o número que saiu no dado. Esse procedimento é repetido para cada subgrupo. Assim, a cada resposta correta cada subgrupo vai progredindo no tabuleiro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Após cada resposta as pesquisadoras fazem uma breve apresentação de slides sobre o tema da pergunta visando esclarecimento e reforço do assunto. - O subgrupo vencedor é aquele que está mais avançado nas caselas do tabuleiro ao final das perguntas; - Premiação simbólica é feita para o grupo vencedor. <p>Atividade 03 - Discussão e pós-teste – 15 min</p> <p>Nesse momento é aberto um espaço para que sejam discutidas as atividades realizadas e para a aplicação do pós-teste. As perguntas foram referentes ao consumo de bebida alcoólica, tabagismo, estresse e sedentarismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A bebida alcóolica não tem relação com a pressão arterial? - “Tomar umas” (várias doses de cerveja, cachaça, whisky, etc.) deixa a pessoa alegre, relaxada, corajosa e por isso vai baixar a pressão arterial? - Beber 1 taça de vinho tinto todo dia ajuda a controlar a pressão? - Parar de fumar não ajuda no controle da pressão arterial? - Ao parar de fumar você melhora a pressão e diminui a chance de ataque cardíaco e derrame cerebral? - Qualquer tipo de fumo (cigarro, cigarro de palha, charuto fumo de rolo) aumenta a pressão arterial? - Estar ao lado de pessoas fumando não altera a pressão arterial? - Situações como engarrafamento, brigas no trabalho ou violência no seu bairro podem aumentar a pressão arterial? - Uma vida cheia de aporrinhão e estresse pode aumentar a pressão arterial? - Beber e/ou fumar diminui o estresse e melhora a pressão arterial? - O exercício físico diário não melhora a pressão arterial? - Para melhorar a pressão o ideal é realizar atividade física de intensidade moderada, de 3 a 5 vezes na semana, durante trinta minutos seguidos ou fracionados? - Caminhar 2h seguidas em um único dia na semana é melhor do que caminhar 30 minutos todos os dias na semana? <p>Atividade 04- Encerramento – 15 min</p> <p>Avaliação da oficina/</p>
RECURSOS	<p>3 folhas de cartolina (verde, azul e amarela) para confecção dos cones e identificação dos subgrupos; 6 canetas pilotos; Canetas; Papelão para confecção do dado; Tabuleiro de emborrachado; Data show; Notebook.</p>
AVALIAÇÃO	<p>Como chegou aqui? ☺ ☹ ☹ Com está saindo após o nosso encontro? ☺ ☹ ☹ Aprende algo mais sobre a hipertensão arterial? ☺ ☹ ☹ O que achou da atividade de hoje?</p>
REFERÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • CORDERO, A. et al. Factores asociados a la Falta de controle de la hipertensão arterial en patients con y sin enfermedad cardiovascular. Revista Española de Cardiologia, v. 64, n. 7, p. 587-593, julho, 2011. • NETO, Turfio Leite Barros. Sedentarismo. Doenças & Prevenção 2012. Disponível em: <http://www.emedix.com.br/doi/mes001_1f_sedentarismo.php#texto1> Acesso em: 17 out 2013. • WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva, 2014. • MATSUDO, S. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 5-12, 2001.

Quadro 3 - Plano de ação da Oficina 3 - Hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue e HAS

ETAPAS DO PLANO	CARACTERÍSTICAS
PROBLEMA	Hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue são fatores de risco para elevação dos níveis pressóricos.
PARTICIPANTES	Homens diagnosticados com hipertensão arterial cadastrados no Programa de Atenção à Saúde do

	Homem que aceitem participar do projeto
TEMA	Hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue e HAS
DATA	Junho de 2014
HORÁRIO	15:00 às 16:30h
LOCAL	Auditório do Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares (CRDC) – Centro de Saúde Adriano Pondé.
OBJETIVOS	<p>1) Identificar o conhecimento pré-existente dos homens relacionado aos hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue</p> <p>2) Promover a melhoria do conhecimento sobre os temas citados</p> <p>3) Sensibilizar quanto à importância de hábitos saudáveis para a prevenção e controle do excesso de peso e gordura no sangue</p>
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	<p>Atividade 01- Apresentação da oficina – 5min. Explicação sobre a proposta da oficina.</p> <p>Atividade 02 – 1ª Dinâmica - Ajude no controle do peso do amigo - 40 min *Ênfase na aquisição de hábitos alimentares saudáveis: <u>Desenvolvimento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Figuras com variados tipos de alimentos são disponibilizadas sobre uma mesa aos homens. - Os participantes devem escolher figuras com alimentos que fazem parte de seus hábitos alimentares rotineiros. A medida que escolhem devem fazer a colagem da mesma em um grande boneco, com aspecto de obeso e coma a pressão arterial elevada, impresso em papel metro branco e fixado a parede. - Após a etapa 1 e 2 é proposto aos homens diminuir o peso do boneco e, conseqüentemente, a pressão arterial do mesmo efetuando a retirada das figuras dos alimentos nele fixadas que contribuem para o excesso de peso. - Com a retirada de cada figura com o alimento não saudável, cada participante deve justificar a sua retirada e substituir a figura excluída por outra que represente um alimento saudável. Essas figuras devem estar disponibilizadas em outra mesa. - Durante o processo de retirada e substituição, todos os participantes e principalmente os facilitadores contribuem com informações corretas sobre o assunto. <p><u>Lembretes para os facilitadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressaltar tipos de alimentos importantes para controle do peso, pressão arterial e gordura no sangue (usar a pirâmide alimentar) e salientar a importância do fracionamento das refeições - Reforçar a importância da atividade física como fator de prevenção e controle do peso, da gordura no sangue e da hipertensão - Ressaltar os efeitos prejudiciais gordura dos alimentos. - Ressaltar os efeitos do excesso de peso como fator de risco para hipertensão e diabetes. <p>Atividade 03 – Diálogo com especialista – 15 min Momento aberto para que seja discutido junto à uma nutricionista especializada em fatores de risco cardiovascular sobre os hábitos alimentares saudáveis e não saudáveis</p> <p>Atividade 04 – Realização do pós-teste – 15 min Nesse momento é feita aplicação do pós-teste. As perguntas referentes à obesidade e hábitos alimentares foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estando gordo ou magro não haverá alterações na pressão arterial? - A famosa “barriguinha de chopp” é um risco para aumento da pressão? - A alimentação saudável somada a prática regular de atividade física e ao controle do peso ajudam a controlar a pressão alta? - Diminuir o sal na comida ajuda a controlar a pressão? - A quantidade de sal indicada para uso num dia é de no máximo uma colher rasa de chá para quem tem pressão alta? - O uso de banha, azeite de dendê, manteiga não é contra indicado na alimentação para combater a pressão alta? - Os temperos prontos em cubos ou em pó como caldo de carne e de legumes, shoyu, Ketchup são ótimos para dar sabor à comida e o melhor é que não interferem na pressão arterial.? - O consumo de frutas e verduras diários não influencia na pressão arterial? - Os grãos (feijão, lentilha, etc.) e os cereais integrais (aveia, arroz integral, etc) devem fazer parte da dieta, pois podem ajudar no combate a pressão alta? - O consumo de alimentos enlatados e/ou embutidos pode aumentar a pressão arterial já que os mesmos são ricos em sal? - Não comer bolos de caixa e biscoitos recheados diminui a gordura ingerida e é melhor para controlar a pressão arterial?

	<p>- O consumo aumentado de carne de peixe e aves magras (atum, frango grelhado, etc) é melhor no combate a hipertensão?</p> <p>- Quanto a forma de preparo dos alimentos deve-se dar preferência a cozidos, grelhados e assados ao invés de fritos?</p> <p>Atividade 05- Lanche saudável – 10 min Salada de frutas, suco e biscoito integral.</p>
RECURSOS	<p>Papel metro branco;</p> <p>Confecção de dois bonecos com o papel branco: um com imagem de obeso e outro com imagem de peso normal;</p> <p>Figuras de vários alimentos saudáveis e não saudáveis;</p> <p>Fita adesiva;</p> <p>Cola, canetas e/ou lápis.</p>
AVALIAÇÃO	Deve ser feita após oficina 4
REFERÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. <i>Texto Contexto Enferm</i> 2005;14(3):332-40. • BARBOSA, P. J., et al.. Critério de obesidade central em população brasileira: impacto sobre a síndrome metabólica. <i>Arq Bras Cardiol</i>, Rio de Janeiro, v.4, n. 87, p. 407-414, 2006. • 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, 2013. • PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador-Bahia. <i>Arq. Bras. Cardiol.</i>, São Paulo, v. 85, n. 1, p. 26-31, 2005.

Quadro 4 - Plano de ação da Oficina 4 - HAS, o uso de medicação e a sexualidade.

ETAPAS DO PLANO	CARACTERÍSTICA
PROBLEMA	Possível disfunção sexual como fator dificultador à adesão a terapia medicamentosa de homens hipertensos.
PARTICIPANTES	Homens diagnosticados com hipertensão arterial cadastrados no Programa de Atenção à Saúde do Homem que aceitem participar do projeto.
TEMA	HAS, o uso de medicação e a sexualidade.
DATA	Junho de 2014
HORÁRIO	16:30 às 18:00h
LOCAL (Onde)	Auditório do Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares (CRDC) – Centro de Saúde Adriano Pondé.
OBJETIVOS	<p>1) Contribuir para construção do conhecimento acerca das possíveis alterações na atividade sexual dos homens hipertensos, decorrentes da própria doença e do tratamento medicamentoso.</p> <p>2) Facilitar a adesão de homens hipertensos ao tratamento medicamentoso com ou sem história de disfunção sexual</p>
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	<p>Atividade 01- Apresentação da oficina – 5min. Deve ser explicado como a oficina será realizada.</p> <p>Atividade 02- – Vídeo educativo sobre a temática da sexualidade em hipertensos *Tema: “Medicamentos para hipertensão podem causar Disfunção Erétil” (Link: http://www.youtube.com/watch?v=1VSk3GcnC8)</p> <p>Atividade 03 – Diálogo com especialista – 15 min Momento aberto para que seja discutido junto ao enfermeiro da Saúde do Homem sobre uso de medicação e sexualidade na hipertensão.</p> <p>Atividade 04 – Peça Teatral – 15 min</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enredo baseado nas perguntas do pré-teste (autoria: <i>Enf. Ms. Andréia Mendes</i>) São 4 personagens: Narradora, homem, esposa, e profissional de saúde. A primeira cena é romântica inicial no quarto do casal simulando relação sexual, porém sem sucesso. O homem conversa com a companheira e acaba motivado a procurar ajuda no posto de saúde. Após cena 1, o narrador informa que o homem decide falar sobre seus problemas sexuais com a profissional de saúde que cuida dele lá no posto e faz o seguinte questionamento para plateia: <i>E você?! Já passou por isso alguma vez? Fique atento à esta história!!</i> Na segunda cena é no Posto de Saúde. O profissional conversa com o homem e esposa sobre a saúde e faz associação entre a hipertensão e dificuldade de ereção após queixa do

	<p>mesmo. O profissional aborda sobre o controle e tratamento da HAS e faz explicações importantes sobre o uso de medicamento alertando que pode ser ajustado o tipo e dose após consulta médica. Após a cena 2 o narrador informa que o homem segue adequadamente as orientações. Retorna ao posto de saúde sempre quando tem consulta agendada. O tempo passa... e ele já começa a se sentir melhor... mais disposto a cada dia. A terceira e última cena é novamente no quarto do casal e o homem bem disposto e contente conversa com a esposa sobre como está sentindo-se bem depois que começou a seguir certinho todas as orientações do posto. Finalizando com nova simulação da relação sexual com desfecho feliz. A fala final do Narrador é: "<i>Sexualidade é parte importante da vida de todos nós, não deixe que a pressão descontrolada atrapalhe seu prazer! Procure ajuda com um profissional de saúde!</i>". <i>Seja Feliz!!!</i></p> <p>Atividade 05 – Aplicação do pós-teste – 15 min Nesse momento é feita aplicação do pós-teste. As perguntas referentes ao uso de medicação foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Com relação aos remédios para a pressão você só deve tomá-los quando sente algum mal estar como dor de cabeça, dor na nuca, etc.? - Quando os remédios usados no tratamento da pressão alta atrapalham o desempenho sexual não devem ser tomados todos os dias? - A medicação para tratar a pressão alta deve ser tomada na quantidade e no horário certo e em caso de complicação ou desconforto deve-se comunicar ao médico? <p>Atividade 06- Encerramento – 15 min (avaliação) Distribuição de paródia com incentivo para mudanças nos hábitos de vida e, conseqüente, redução dos valores pressóricos.</p>
RECURSOS	Data show; Notebook; Caixa de som; Material para cenário da peça: mesa, cadeira, colchão inflável, lençol, travesseiros, rádio de pilha, Canetas
AVALIAÇÃO	Como chegou aqui? ☺ ☹ ☹ Com está saindo após o nosso encontro? ☺ ☹ ☹ Apreendeu algo mais sobre a hipertensão arterial? ☺ ☹ ☹
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Giorge, D.M.A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev Bras Hipertens, 2006, 13(1): 47-50. • Chaves, T.S.; Ross, J.R. O homem hipertenso: repercussões do tratamento medicamentoso na sua vida sexual. J Manag Prim Health Care, 2012; 3(2):135-140. • Andrade, J.P.; Vilas-Boas, F.; Chagas, H.; Andrade, M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Arq Bras Cardiol, 2002; 79 4), 375-9.

Para relembrar as datas e locais das oficinas e estimular a participação dos homens foram realizados telefonemas. Para complementar as ações propostas durante as mesmas, reforçar informações e estimular a valorização da mudança de hábitos de vida foram enviadas mensagens curtas via celular (SMS), entre o intervalo dos dois grupos de oficinas e antes da consulta individual.

Para envio das mensagens comprou-se um pacote de serviço especializado on line que oferece aplicativos em comunicação para dispositivos móveis, ou seja, efetuou-se a compra de créditos para envio de mensagens curtas (SMS). O processo é semelhante ao envio de e-mail, onde há a possibilidade de encaminhar a mesma informação para vários destinatários. Após cadastro da pesquisadora em plataforma online específica, registrou-se em página própria do portal os números de telefone de todos os homens. Para envio das mensagens aos celulares dos mesmos, de maneira sincronizada, selecionava-se a opção “envio de mensagens em grupo” e, no campo, “mensagem” digitava-se o texto a ser enviado. No campo referente ao

“agendamento” marcava-se a data e a hora para o envio.

As mensagens foram enviadas antes das oficinas e no período decorrido entre as oficinas 1/ 2 e as oficinas 3/4. O conteúdo das mensagens foi elaborado com o intuito de incentivar as mudanças no estilo de vida, oferecer informações sobre a HAS e seus fatores de risco e, também, lembrar as datas de retorno para os encontros. Alguns conteúdos das mensagens estão descritos no Quadro 5.

Quadro 5 - Mensagens de texto enviadas aos homens por celular

N	MENSAGEM
1	Olá! Somos do Grupo de Cuidado à Saúde Cardiovascular – GISC da UFBA hoje começaremos a manter contato com você, para juntos cuidarmos da sua pressão. Não se esqueça do nosso encontro hoje a tarde no posto CRDC
2	Bom dia! O nosso encontro ontem foi muito bom! Sentimos falta daqueles que não puderam comparecer. Mas não se preocupem, em breve entraremos em contato com todos para a segunda reunião.
3	Cuide da sua saúde! Já verificou a pressão hoje? Lembre-se que cuidando da pressão alta você estará preservando seu bem maior: A VIDA!
4	Bom dia! Como vai sua pressão arterial? Lembre-se que fumar ou ficar perto de quem fuma pode aumentar a pressão.
5	Preservando sua saúde você pode curtir melhor a sua vida! Controle sua pressão arterial. Lembre-se: aporrinhção e estresse podem aumentar a pressão.
6	Boa tarde! Final de semana se aproximando, dias de curtir com os amigos! Aos que bebem lembrem-se que a bebida alcoólica em excesso pode aumentar a pressão arterial.
7	Bom dia! O próximo encontro do grupo para controle da pressão arterial será dia 03, terça-feira às 14:30 h no CRDC (Adriano Pondé) em Amaralina. Teremos também a participação de uma nutricionista para as dúvidas na alimentação. Esperamos você!!
8	Bom dia! Já praticou atividade física hoje? Lembre-se: Apenas 30 minutos de atividade todo dia já ajuda no controle da pressão
9	Olá, nosso encontro será amanhã às 14:30 h no CRDC (Adriano Pondé) em Amaralina. Uma nutricionista vai tirar dúvidas sobre os alimentos. Vamos cuidar da pressão!
10	Bom dia! Hoje a tarde às 14:30h nosso encontro está confirmado. Será no CRDC (Adriano Pondé) em Amaralina.
11	Olá, bom dia! Nosso último encontro foi ótimo! Após a Copa e os festejos juninos vamos nos encontrar, mas continue cuidando da sua pressão arterial!
12	Bom dia! Como anda sua pressão arterial? Lembre-se: Devemos preferir alimentos frescos e reduzir o consumo de SAL! Uma ótima semana para o senhor.
13	Bom dia! Já usou o remédio para pressão hoje? Lembre-se de seguir a orientação médica e de toda equipe de saúde. Uma ótima Copa e cuide da pressão!
14	Olá, bom dia! Como vai sua pressão arterial? Em breve entraremos em contato para novo encontro. Até mais.
15	Boa tarde! Como vai sua pressão arterial? Já verificou esta semana? Cuide da sua saúde!
16	Olá! Bom dia! Como anda sua pressão arterial? Lembre-se que diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão.
17	Bom dia! Tenha um excelente final de semana. Aproveite para curtir com a família e amigos. Lembre-se: Muita bebida alcoólica aumenta sua pressão!
18	Olá! Bom dia! O senhor já tomou os remédios para controle da pressão hoje? Lembre-se de toma-los na quantidade certa e horários certos TODOS os dias!
19	Bom dia! Já fez sua atividade física hoje? Lembre-se que realizar atividade física TODOS OS DIAS por 30 minutos já melhoram a pressão arterial.
20	Uma alimentação saudável somada a prática regular de atividade física e ao controle do peso ajudam a controlar a pressão arterial! Bom final de semana

A etapa final do projeto consistiu na realização de um atendimento individual com

cada participante do projeto e esta ocorreu em outubro de 2014, quatro meses após a realização da primeira oficina. O agendamento foi feito por contato telefônico de acordo com a disponibilidade de data e horário dos homens e o encontro foi realizado em sala privativa no centro de saúde. Na ocasião, os homens foram convidados a participar novamente de uma entrevista momento em que o instrumento sobre o conhecimento da hipertensão e suas medidas de controle foi reaplicado (Pós teste 2). Na ocasião abriu-se um espaço para o diálogo e para esclarecimentos de dúvidas, bem como ouviu-se dos homens sobre a experiência vivenciada ao longo do desenvolvimento do projeto.

CONCLUSÃO

A proposta de um projeto de educação em saúde focado nas ações de atenção primária com especificidade para homens hipertensos pode gerar impactos positivos na saúde masculina considerando os altos níveis de morbidade e mortalidade pela HAS. As temáticas voltadas para HAS e seus fatores de risco (tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, sedentarismo, estresse psicossocial, hábitos alimentares inadequados, excesso de peso) foram valorizadas nas discussões com homens hipertensos e levaram em conta as relações entre gênero e saúde e as suas demandas por informação em matéria de saúde. A elaboração da proposta e o processo de implementação do projeto de educação em saúde foi considerado pelo grupo de homens uma estratégia valiosa para a melhor condução de seu cuidado e tratamento. Espera-se que este projeto forneça subsídios para outros profissionais de saúde e para a equipe de enfermagem para a proposição de ações de promoção, prevenção e controle de agravos crônicos à saúde. Sugere-se que as etapas do projeto sejam reaplicadas, em diversos serviços de saúde, como estratégia para modificar o perfil epidemiológico da doença neste gênero.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens. 2010;13(1):1-68.
2. Brasil. 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, 2011.
3. Pinho, NA; Pierin, AMG. Hypertension Control in Brazilian Publications. Arq Bras Cardiol. 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. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1389-1400.
5. Gomes R. Apresentação. In: Gomes R, organizador. *A Saúde do Homem em Debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 11-18.
 6. Brasil. 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.
 7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: MS.
 8. Pedrosa, JIS. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: Vasconcelos, E.M. (org) *A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexão da rede de Educação Popular*. São Paulo, Hucitec, 2001: 261-281.
 9. Alvim, NAT; Ferreira, MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Rev. Texto & Contexto*. 2007; 16(2):315-19.
 10. Lacerda ABM; Soares VMN; Gonçalves CGO; Lopes FC; Testoni R. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. *Audiology Communication Research (ACR)*, v18, n. 2, p. 85-92. 2013.
 11. Lazzarotto AR et al. Oficinas educativas sobre HIV/AIDS: uma proposta para idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, 2013; 16(4):833-843.
 12. Pereira JRP; Okuma, SS. O perfil dos ingressantes de um programa de educação física para idosos e os motivos da adesão inicial. *Rev. bras. educ. fís. esporte*. 2009; 23(4): 319-334.
 13. Silva PC, Zaffari D. Prevalência de excesso de peso e associação com outras variáveis em indivíduos adultos atendidos em unidade básica de saúde. *Scientia Medica*. 2009; 19 (1): 17-26.
 14. WHO (World Health Organization). *Global status report on noncommunicable diseases*, 2011. World Health Organization, Geneva.
 15. Souza AP. *A vida por um fio, a doença que ataca silenciosamente: desvendando as representações de pessoas portadoras de doença arterial coronária e repensando a assistência de enfermagem*. São Paulo. Tese [Doutorado] – Escola de Enfermagem- Universidade de São Paulo; 2000.
 16. Chiesa AM, Toledo MM, Rodrigues SC. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Rev. Texto & Contexto*. 2007; 16(3):12-14.
 17. Duarte SJH, Oliveira JR, Souza RR. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. *Rev Eletr Gestão & Saúde*. 2012; 3(1): 520-30.
 18. Brasil. Ministério da saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *VIGITEL BRASIL – 2013. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde*, 2014. Brasília: MS.
 19. Maciel MED. Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. *Cogitare Enfermagem*. 2009; 14(4):773-6.
 20. Peduzzi, M. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. *Ciên & Saúde Coletiva*. 2013; 18(6):1535-43.
 21. Cavalari E, Mello, BLD, Oliveira AS, Alves, LMM . Utilização da telenfermagem às pessoas com doenças crônicas: revisão integrativa. *J. Health Inform*. 2012; 4(especial – SIIENF.):220-5.

22. Pagliari C, Sloan D, Gregor P et al. What is eHealth (4): a scoping exercise to map the field. *J Med Internet Res*. 2005;7(5):e54.
23. APAE (associação de pais e amigos dos excepcionais). Plano de Ação. 2010. Acesso em 02 fev 2012. Disponível: <<http://www.apaepassofundo.org.br/upload/files/8f658c0b4c51d99498f4fd65c7339ecc.pdf>>.

7 RESULTADOS/ARTIGOS

7.3 ARTIGO 3:

Impacto de um projeto de educação em saúde no conhecimento de homens hipertensos*

Impact of a health education project in the awareness of hypertensive men *

Impacto de un proyecto de educación en salud en el conocimiento de hombres hipertensos *

Glicia Gleide Gonçalves Gama¹; Fernanda Carneiro Mussi²

¹Enfermeira. Mestre. Professora Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Deptº Enfermagem. Enfermeira do HUPES/UFBA. Rua Arthur de Azevedo Machado, 591 Apto 401, Costa Azul, Salvador, Bahia, CEP 41760-000. telefones: (71)99616969; (71)32711847; gliciaggama@bahiana.edu.br;

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

*Artigo integrante do projeto “Efetividade de um Programa de Educação em Saúde no Controle da Pressão Arterial de Homens”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), SUS 0028/2013.

RESUMO

Introdução: Conhecimentos equivocados sobre o cuidado face a hipertensão arterial e da percepção do risco associados pode ser lesivo para o controle da doença. **Objetivo:** Comparar o conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco em homens hipertensos antes e após a implementação de projeto de educação em saúde. **Métodos:** Estudo com intervenção não controlada do tipo *before and after*, realizado em centro de saúde municipal de Salvador-BA, com 26 homens. O projeto consistiu em 4 oficinas de educação em saúde, envio de mensagens de texto via SMS e atendimento individual. A avaliação do conhecimento foi feita antes das oficinas (pré-teste), logo após (pós-teste 1) e 4 meses após, ao final do projeto (pós-teste 2). Para comparar o conhecimento antes e após a intervenção utilizou-se o Modelo de Regressão de Poisson Robusto e Exato obtendo-se a razão de prevalência (RP), com o respectivo intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** A comparação entre o pré-teste e o pós-teste 1 mostrou mais acertos para todas as questões após as oficinas temáticas 1 e 2, exceto para uma. Na comparação do pré-teste com o pós-teste 2 verificou-se mais acertos em todas as questões referentes aos temas dessas oficinas. Com a realização das oficinas temáticas 3 e 4 observou-se mais acertos na maioria das questões no pós teste 1 comparado ao pré teste e, em todas as questões no pós-teste 2 comparado ao pré teste. **Conclusão:** Evidenciou-se a efetividade do projeto na melhora do conhecimento dos homens. O estudo disponibiliza tecnologia inovadora para o cuidar de homens hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão; Saúde do Homem; Educação em Saúde; Conhecimento.

ABSTRACT

Introduction: Misguided knowledge on care in relation to arterial hypertension and of the perception of the associated risk could be harmful to the control of the disease. **Objective:** To compare awareness on SAH and its risk factors in hypertensive men before and after the implementation of the health education project. **Methods:** A non-controlled intervention, *before and after* type, performed in a health center in the municipality of Salvador-BA, with 26 men. The project consisted of 4 health education workshops, sending text messages via SMS and individual attention. The evaluation of awareness was made before the workshops (pre-test), soon after (post-test 1) and 4 months after the conclusion of the project (post-test 2). To compare awareness before and after the intervention, the Poisson Robust Regression and Exact Models were used, obtaining a prevalence rate (PR), with the respective confidence interval of 95%. **Results:** The comparison between the pre-test and the post-test one demonstrated more correct answers to all the questions after thematic workshops 1 and 2, except for one. In the comparison between the pre-test and the post-test 2, more correct answers were verified related to the themes of these workshops. After workshops 3 and 4 more correct answers were verified in the questions of post-test 1 when compared to the pre-test and, in all the questions of post-test 2 compared to the pre-test. **Conclusion:** The effectiveness of the project was evidenced in the improvement of the awareness of men. The study makes available an innovative technology for the care of hypertensive men.

Key-words: Hypertension; Men's health; Health education; Awareness.

RESUMEN

Introducción: Conocimientos equivocados sobre el cuidado frente a la hipertensión arterial y de la percepción de que el riesgo asociado puede ser lesivo para el control de la enfermedad. **Objetivo:** Comparar el conocimiento sobre la HAS y sus factores de riesgo en hombres hipertensos antes y después de la implementación del proyecto de educación en salud. **Métodos:** Estudio con intervención no controlada del tipo *before and after*, realizado en centro de salud municipal de Salvador-BA, con 26 hombres. El proyecto constituyó en 4 talleres de educación en salud, envío de mensajes de texto vía SMS y atención individual. La evaluación del conocimiento se hizo antes de los talleres (pre-teste), luego después (post-teste 1) y 4 meses después del final del proyecto (post-teste 2). Para comparar el conocimiento antes y después de la intervención se utilizó el Modelo de Regresión de Poisson Robusto y Exacto obteniendo la razón de prevalencia (RP), con el respectivo intervalo de confianza de 95%. **Resultados:** La comparación entre el pre-teste y el post-teste 1 mostró más aciertos para todas las cuestiones después de las oficinas temáticas 1 y 2, excepto para una. En la comparación del pre-teste con el post-teste 2, se verificó más aciertos en todas las cuestiones referentes a los temas de esas oficinas. Con la realización de las oficinas temáticas 3 y 4, se observó más aciertos en las cuestiones del post-teste 1 comparado al pre-teste y, en todas las cuestiones en el post-teste 2 comparado al pre-teste. **Conclusión:** Se evidenció la efectividad del proyecto en la mejora del conocimiento de los hombres. El estudio dispone tecnología innovadora para el cuidar de hombres hipertensos.

Palabras-clave: Hipertensión; Salud del Hombre; Educación en Salud; Conocimiento.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial constitui-se numa das afecções mais comuns do mundo moderno atingindo cerca de 30% da população adulta. No continente americano, a síndrome afeta cerca de 140 milhões de pessoas, metade das quais desconhece ter a doença por não apresentar sintomas e não sentir a necessidade de procurar o serviço de saúde⁽¹⁾. Estima-se que o número de pessoas hipertensas arterial no Brasil é de 17 milhões⁽²⁾.

A ocorrência da HAS está associada a diversos fatores de risco dentre o quais se destacam: idade, sexo, raça/cor, fatores socioeconômicos, sedentarismo, ingestão excessiva de bebida alcoólica e sal, estresse psicossocial, tabagismo, sobrepeso e obesidade^(2,3). Dentre os fatores ambientais que concorrem para o aumento dos níveis da pressão arterial, destacam-se as mudanças associadas ao estilo de vida, em que se incluem hábitos alimentares inadequados associados à inatividade física, além do uso abusivo do álcool e tabagismo. Estudos indicam que esses hábitos estão correlacionados com a obesidade, um dos principais preditores da hipertensão arterial⁽⁴⁾.

Sabe-se que o principal objetivo do tratamento anti-hipertensivo é reduzir a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares⁽²⁾. Apesar da hipertensão arterial ser passível de controle por meio do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, os índices de controle da doença ainda são baixos. Estudos têm evidenciado que apenas cerca de um terço dos hipertensos estão com a pressão arterial controlada⁽⁵⁾.

Um dos desafios que os profissionais de saúde têm, em relação ao tratamento da hipertensão, é manter a pessoa engajada no seu controle, em razão da necessidade de tratamento e monitoramento contínuos, da medicalização da alimentação e atividade física⁽⁶⁾. Para assegurar melhor adesão às medidas de controle da doença faz-se necessário compartilhamento clínico e conhecer o que orienta e motiva as ações individuais para o autocuidado. Embora, informação em saúde não seja suficiente para a mudança de comportamento, conhecimentos equivocados sobre o cuidado face a uma doença crônica e da percepção do risco associados pode ser lesivo para o controle da mesma.

Quando se pensa na questão do gênero, entende-se que a baixa procura de serviços de saúde por homens pode estar associada a atributos e funções construídos socialmente e que vão além do substrato biológico existente entre os sexos tais como a masculinidade e a própria educação familiar, a qual orienta o homem para um papel social de provedor e protetor⁽⁷⁻⁹⁾. Estudos identificam que a identidade de gênero masculino pautada na noção de invulnerabilidade dificulta a verbalização do homem de suas necessidades de saúde e atua como barreira para a sua presença nos serviços de saúde^(7,8). Com base nisso, a consciência do

próprio estado hipertensivo, o conhecimento sobre a doença e terapêutica e a adesão ao tratamento podem estar comprometidos nos homens⁽¹⁰⁾.

Considera-se que se a concepção de saúde é formada por meio da experiência de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e aspectos emocionais e pode influenciar diretamente nos mecanismos individuais para satisfazer as necessidades de saúde e a busca efetiva dos serviços assistenciais⁽¹¹⁾. Concepções equivocadas dos homens sobre as condições que favorecem o surgimento e a progressão da hipertensão podem levar a adoção medidas de prevenção e controle inapropriadas.

Entende-se que o controle da doença envolve múltiplos fatores entre os quais incluem a abordagem dos profissionais de saúde. Estratégias de educação em saúde podem contribuir para o controle da HAS, o qual requer da pessoa hipertensa conhecimento, motivação e empenho para o enfrentamento da doença e seguimento eficaz da terapêutica. Ao interagir com homens lida-se com afetos, percepções, interesses, limites e vivências que precisam ser conhecidos e compreendidos, fato que está muitas vezes distante do atendimento cotidiano.

As medidas terapêuticas para o controle da HAS precisam ser conhecidas pelos homens para que a partir daí decorra o compartilhamento clínico. O conhecimento sobre o que se espera para o controle da doença poderá direcionar as escolhas dos homens⁽¹²⁾. Desta forma, programas ou projetos de educação à saúde merecem atenção, pois podem fornecer estratégias eficazes para ampliar as concepções de saúde dos homens visando uma melhor compreensão da sua condição e favorecendo mudanças nos hábitos de vida⁽¹³⁾.

OBJETIVOS

Comparar o conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco em um grupo de homens hipertensos antes e após a implementação de um projeto de educação em saúde.

MÉTODOS

Tipo e campo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, longitudinal com intervenção não controlada do tipo *before and after*, realizado em um centro de saúde municipal referência para doenças cardiovasculares e para o Programa de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, localizado no município de Salvador-BA.

Amostra

Tendo em vista a criação e implementação do Projeto de Educação em Saúde para Homens Hipertensos, foram abordados oitenta homens, no período de outubro de 2013 a abril

de 2014, antes ou após a consulta médica, levando em consideração a demanda do serviço. Após esta etapa, o grupo de 80 homens foi convidado a participar do projeto de educação em saúde. Destes, vinte e seis homens compareceram às atividades planejadas, ocorridas de maio de 2014 a outubro de 2014, e constituíram a amostra deste estudo.

Os critérios de inclusão na amostra foram: homens adultos, com idade acima de 20 anos (idade mínima para ingressar no 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).

Coleta de dados

1. Elaboração e implementação de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos

O projeto de educação em saúde compreendeu a realização de quatro oficinas temáticas com atividades lúdicas, contatos telefônicos (ligações e envio de mensagens) e atendimento individual. O Projeto foi planejado e operacionalizado por integrantes do Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular, da Escola de Enfermagem da UFBA.

Previamente foi criada a logomarca do Projeto com o slogan: “Eu controlo a pressão arterial”. Esta logomarca foi utilizada em todos os impressos confeccionados, na personalização de brindes, lanches e crachás. Além disso, foi impressa nas camisetas confeccionadas para a identificação das pesquisadoras em campo e nas camisetas dadas aos homens no momento do acolhimento para a participação da primeira oficina. A proposta para criação e uso desta logomarca foi a de fortalecer a participação dos homens, identificar o grupo e favorecer a divulgação do projeto junto à comunidade.

Durante o período de Outubro de 2013 a Abril de 2014 foram abordados 80 homens antes ou após a consulta médica para identificação de: critérios de inclusão, registro do telefone e endereço de contato, características sociodemográficas, informações que gostariam de receber sobre a HAS, dificuldades enfrentadas para o autocuidado e tratamento, medicações em uso, entendimento sobre as causas da HAS e suas medidas de controle. Todos esses dados foram obtidos por meio de uma conversa com cada homem, em sala privativa, durante a qual se fez uso de um formulário para o registro dos dados levantados. Os homens foram informados que o levantamento de dados seria utilizado para nortear a elaboração de um Projeto de Educação em Saúde para Homens Hipertensos e que seriam convidados a participar do mesmo. Nesse momento, receberam a explicação e procederam a assinatura de

um termo de consentimento livre e esclarecido.

Com base nos dados levantados foram planejadas quatro oficinas, com diferentes temáticas, focadas nas demandas apresentadas pelo grupo de homens, a saber: Oficina 1: Expectativas e crenças sobre HAS e seus fatores de risco; Oficina 2: Tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, sedentarismo e estresse e HAS; Oficina 3: Hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue e HAS; Oficina 4: HAS, uso de medicação e sexualidade.

Passado a fase de recrutamento agendou-se por contato telefônico com o grupo de 80 homens a participação nas oficinas voltadas para prevenção e controle da HAS e seus fatores de risco, e desses 26 aderiram ao Projeto.

As oficinas foram desenvolvidas de maneira lúdica, privilegiando o formato preconizado pelo Ministério da Saúde⁽¹⁴⁾: estratégias realizadas numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e com a participação do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença. Além de fornecer autonomia dos profissionais de saúde diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais⁽¹⁵⁾.

Nessa perspectiva empregou-se nas oficinas diferentes estratégias a exemplo de debates temáticos, jogos, diálogo com especialista, apresentação teatral e exposição de vídeos educativos, as quais foram realizadas em espaços apropriados no centro de saúde, auditório da unidade de saúde com capacidade para até 30 pessoas.

No dia da primeira participação no projeto, os homens presentes receberam crachá e camisa personalizados. Antes do início das oficinas foram convidados a responder um instrumento construído para avaliar o conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco, o qual foi aplicado mediante entrevista. Este instrumento foi considerado um pré-teste para avaliar o conhecimento dos homens antes das atividades educativas. Ao término de cada oficina aplicou-se novamente um instrumento contendo apenas as questões temáticas específicas abordadas durante a mesma (Pós- teste 1). Essas questões temáticas específicas corresponderam as mesmas formuladas para integrar o instrumento usado no pré-teste.

Tendo-se a finalidade de garantir melhor adesão dos homens as oficinas elas foram desenvolvidas em dupla. Assim, no agendamento do primeiro dia para a ida dos homens ao centro de saúde operacionalizou-se a oficina 1 e, ao término da mesma, deu-se início a oficina 2. Decorrido quinze dias das duas primeiras oficinas (1 e 2), realizou-se as oficinas 3 e 4. As oficinas 1 e 2 foram realizadas no mês de maio de 2014 no início de junho de 2014 foram realizadas as oficinas 3 e 4.

Para cada oficina foi elaborado um plano de ação. O plano de ação é o planejamento

de todas as ações necessárias para atingir um resultado desejado. É um momento importante para que o grupo possa identificar e relacionar as atividades prioritárias para a ação tendo em vista os resultados esperados, bem como compor elementos que justifiquem a realização da ação. Um bom plano de ação deve deixar claro tudo o que deverá ser feito, como e quando, para o cumprimento de seus objetivos e metas. Quanto maior a quantidade de ações e pessoas envolvidas, mais necessário e importante é ter um plano de ação. E, quanto melhor o plano de ação, maior a garantia de se atingir o objetivo⁽¹⁶⁾.

Ressalta-se que os planos de ação deste estudo foram elaborados considerando as demandas e avaliações dos usuários observadas durante a fase de recrutamento e o cenário em que estavam envolvidos. Sabe-se que quanto maior o envolvimento dos responsáveis por sua execução, maior a garantia de se atingir os resultados esperados.

Para elaboração de cada plano de ação foram consideradas as seguintes etapas conforme APAE⁽¹⁶⁾: problema (situação problema identificada pelo pesquisador e sinalizada pela comunidade e/ou profissionais que justifica a seleção da mesma para intervenção educativa); participantes (público da ação educativa); tema (temática que embasa o planejamento e a operacionalização da ação educativa); data (dia de realização da ação educativa – deve ser verificado a disponibilidade dos participantes, além da rotina e hábitos da população); horário (hora de início da ação educativa - nesta etapa também deve ser verificado a disponibilidade, rotina e hábitos dos participantes do estudo, além de ser previsto o tempo de duração da ação educativa); local (descrição do local onde será realizada a ação, considerando a estrutura física e os sujeitos envolvidos); objetivos (são propósitos específicos, alvos a serem alcançados ao longo de determinado período de tempo; indicam onde estarão concentrados os esforços, o que se pretende alcançar ao final da atividade); estratégias metodológicas (caminhos escolhidos que indicam como o pesquisador pretende concretizar seus objetivos; passos a serem desencadeados no decorrer da ação educativa, ou seja, a sequência das atividades a serem realizadas); recursos (identifica os recursos necessários para a execução da ação); avaliação (como transcorreu a atividade, levantamento de entraves, facilidades e, principalmente, das conquistas e aprendizagens obtidas; deve-se definir a forma utilizada para avaliar a ação desenvolvida, atentando-se para os objetivos estabelecidos; a avaliação pode ocorrer por meio de jogo, gincanas, perguntas, relatos dos participantes, observação e registro da participação, dentre outras formas de avaliação); referências bibliográficas (referências utilizadas para embasar a temática trabalhada).

Na elaboração dos planos de ação para cada oficina foi considerado a articulação entre os objetivos, o conteúdo abordado, a duração da atividade, o perfil dos participantes e a

metodologia desenvolvida.

Para relembrar as datas e locais das oficinas e estimular a participação dos homens foram realizados telefonemas. Para complementar as ações propostas durante as mesmas, reforçar informações e estimular a valorização da mudança de hábitos de vida foram enviadas mensagens curtas via celular (SMS), entre o intervalo dos dois grupos de oficinas e antes da consulta individual.

Para envio das mensagens comprou-se um pacote de serviço especializado on line que oferece aplicativos em comunicação para dispositivos móveis, ou seja, efetuou-se a compra de créditos para envio de mensagens curtas (SMS). O processo é semelhante ao envio de e-mail, onde há a possibilidade de encaminhar a mesma informação para vários destinatários. Após cadastro da pesquisadora em plataforma online específica, registrou-se em página própria do portal os números de telefone de todos os homens. Para envio das mensagens aos celulares dos mesmos, de maneira sincronizada, selecionava-se a opção “envio de mensagens em grupo” e, no campo, “mensagem” digitava-se o texto a ser enviado. No campo referente ao “agendamento” marcava-se a data e a hora para o envio.

O conteúdo das mensagens foi elaborado com o intuito de incentivar as mudanças no estilo de vida, oferecer informações sobre a HAS e seus fatores de risco e, também, relembrar as datas de retorno para os encontros.

A etapa final do projeto consistiu na realização de um atendimento individual com cada participante do projeto e esta ocorreu em outubro de 2014, quatro meses após a realização da primeira oficina. O agendamento foi feito por contato telefônico de acordo com a disponibilidade de data e horário dos homens e o encontro foi realizado em sala privativa no centro de saúde. Na ocasião, os homens foram convidados a participar novamente de uma entrevista momento em que o instrumento sobre o conhecimento da hipertensão e suas medidas de controle foi reaplicado (pós-teste 2). Neste momento abriu-se um espaço para o diálogo e para esclarecimentos de dúvidas, bem como ouviu-se dos homens sobre a experiência vivenciada ao longo do desenvolvimento do projeto.

2. Instrumentos

Na coleta de dados foi utilizado um instrumento para caracterização sociodemográfica dos homens o qual foi constituído questões fechadas sobre dados sociodemográficos (idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, ocupação atual, situação empregatícia e renda familiar).

Utilizou-se também um instrumento para levantar o conhecimento dos homens a respeito da hipertensão arterial sistêmica e seus fatores de risco. Esse foi formado por 33

questões objetivas, todas com possibilidade de respostas (1) sim, (2) não e (3) não sei. As questões foram referentes às seguintes categorias temáticas: hipertensão geral (4 questões), consumo de bebida alcoólica (3 questões), tabagismo (4 questões), estresse (3 questões), sedentarismo (3 questões), obesidade (3 questões), uso de medicação (3 questões) e hábitos alimentares (10 questões).

As questões sobre o conhecimento foram elaboradas tendo como base estudos nacionais sobre o conhecimento da HAS e seus fatores de risco e os entraves para adesão ao tratamento e controle da doença^(2,17-21).

3. Tratamento e Análise de dados

Os dados registrados e codificados nos formulários formaram um banco de dados no programa estatístico *Statistical Package of Social Science* (SPSS) 18.0 for Windows. Foram realizadas análises descritivas (frequências percentuais e absolutas) para caracterização sociodemográficas dos homens.

Para comparar o conhecimento dos homens sobre a HAS e seus fatores de risco, antes (pré-teste) e logo após as oficinas (pós-teste 1), e do pré-teste com pós-teste 2 (4 meses após a realização das oficinas), utilizou-se a razão de prevalência (RP), com o respectivo intervalo de confiança de 95%. Valores de RP acima de 1 (um) representam maior acerto nas respostas às questões formuladas e, caso contrário, menor acerto. Quando o intervalo de confiança não inclui a unidade (1) o nível de significância é menor ou igual a 5%. Os dados foram apresentados de modo descritivo e em tabelas.

Para comparar o conhecimento do pré teste com o pós teste 1 foi aplicado o Modelo de Regressão Exato de Poisson obtendo-se a RP e o respectivo IC 95%. Para comparar o conhecimento do pré teste com o pós teste 2 foi aplicado o Modelo de Regressão de Poisson Robusto obtendo-se a RP e o respectivo IC 95%.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica dos homens

Dos 26 homens participantes da intervenção metade estava na faixa etária de 30 a 59 anos, sendo a média de idade de 59,50 anos (dp 8,06), idade mínima de 40 anos e máxima de 73 anos. Predominou raça/cor autodeclarada negra (96,2%), situação conjugal casado/união estável (73,0%), escolaridade até o ensino fundamental incompleto/completo (50,0%), situação laboral ativa (69,2%), renda familiar mensal de até dois salários mínimos (50,0%) e classe socioeconômica C1 a C2 (80,8%), os próprios homens como responsáveis pelo sustento da família (88,5%) e a procedência de Salvador e Região Metropolitana (100,0%).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo segundo as características sociodemográficas.. Salvador – Bahia, 2015.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n (%)
Idade	
30 - 60anos	13 (50,0)
≥60 anos	13 (50,0)
Raça/Cor	
Branca	1 (3,8)
Negro (Parda e Preta)	25 (96,2)
Situação conjugal	
Com companheira (Casado/união consensual)	19 (73,0)
Sem companheira (Solteiro/separado/divorciado/viúvo)	7 (27,0)
Escolaridade	
Até ensino fundamental incompleto/completo	13 (50,0)
Ensino médio incompleto/completo	12 (46,2)
Superior incompleto/completo	1 (3,8)
Situação Laboral	
Com ocupação	18 (69,2)
Sem ocupação	8 (30,8)
Renda Familiar Mensal (em SM)^(a)	
Até 2 SM	13 (50,0)
≥3 SM	13 (50,0)
Responsável pela família	
O próprio entrevistado	23 (88,5)
Outros (pai, mãe ou esposa)	3 (11,5)
Classe socioeconômica	
B1-B2	2 (7,7)
C1-C2	21 (80,8)
D	3 (11,5)
Procedência	
Salvador e Região Metropolitana	26 (100,0)

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

Conhecimentos dos homens sobre a HAS e seus fatores de risco antes e após o projeto de educação em saúde

A Tabela 2 e a Tabela 3 apresentam a comparação do conhecimento dos homens entre o pré-teste (antes das oficinas) e o pós-teste 1 (logo após a realização das oficinas); e entre o pré-teste e o pós-teste 2 (avaliação ao término do projeto de educação em saúde).

Cabe destacar que dos 26 homens que participaram do projeto de educação em saúde, um não compareceu ao dia da realização das oficinas 1 e 2 cujos temas foram “*Expectativas e crenças sobre HAS e seus fatores de risco*”; e “*Tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, sedentarismo e estresse e HAS*” perfazendo um total de 25 homens no pós teste 1. Na data de realização das oficinas 3 e 4, cujos temas foram “*Hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue e HAS*”; e “*HAS, uso de medicação e sexualidade*” compareceram 16 homens, e destes quinze já tinham participado das oficinas 1 e 2 e um não, perfazendo 16 homens no pós teste 1. Para o pós-teste 2 todos os 26 homens foram abordados.

Na Tabela 2, nota-se 100,0% de acertos das questões 1, 12 e 13 antes, logo após as oficinas 1 e 2 (pós-teste 1) e na avaliação final (pós-teste 2), sendo uma referente a hipertensão geral e duas ao estresse. A comparação entre o pré-teste e o pós-teste 1 mostrou mais acertos para todas as questões logo após as oficinas, exceto para a questão 17 em que se observou 3% de redução de acerto, porém sem diferença estatisticamente significativa.

Quando comparado o pré-teste com o pós-teste 2 verificou-se mais acertos em todas as questões, havendo 100% de acertos nas quatro questões (1, 2, 3, 4) referentes a categoria hipertensão geral, na questão 6 referente a categoria consumo de bebida alcoólica, nas questões 9 e 10 relativas a categoria tabagismo, em todas as questões (12, 13, 14) referente a categoria estresse e na questão 15 relativa a categoria sedentarismo. Houve diferença estatisticamente significativa nas questões: 4 (RP 1,23; IC95% 1,02-1,49), 5 (RP 1,66; IC95% 1,20-2,30), 6 (RP 1,36; IC1,07-1,73) e 10 (RP 1,23; IC95% 1,02-1,49).

Observou-se também maior proporção de acertos do pós-teste 1 para o pós teste 2 em todas as questões, exceto na 7. Observando-se o pós-teste 2 notou-se que pequena proporção de homens não acertaram questões referentes a interferência da bebida alcoólica na pressão arterial (1homem), a ajuda do consumo de uma taça de vinho todos os dias no controle da pressão (3 homens), a cessação do tabagismo para controle da hipertensão (1homem), a relação entre fumante passivo e alteração da pressão (4 homens), recomendação da atividade física para o controle da hipertensão (1homem) e tempo de caminhada diário (4 homens).

Tabela 2 – Comparação do conhecimento dos homens sobre HAS, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, estresse e sedentarismo entre o pré-teste e o pós-teste 1 e, entre o pré-teste e o pós teste 2. Salvador – Bahia, 2015.

CATEGORIA		Pré-teste ^(a) (n=26)	Pós-teste 1 (n=25)		Pós-teste 2 (n=26)	
		Resposta correta n (%)	Resposta correta n (%)	RP (IC 95%) *	Resposta correta n (%)	RP (IC95%) §
HIPERTENSÃO GERAL	1. A pressão alta se não for tratada a tempo aumenta a chance de derrame cerebral e de ataque cardíaco	26 (100,0)	25 (100,0)	1,00 [0,57-1,74]	26 (100,0)	-
	2. Em pessoas hipertensas o valor da pressão ideal deve estar abaixo de 14 por 9. Sendo a pressão máxima abaixo de 14 e a mínima abaixo de 9.	22 (84,6)	25 (100,0)	1,18[0,66-2,11]	26 (100,0)	1,18[0,99-1,39]
	3. Quando a pressão arterial está acima de 14 por 9 pode ser uma crise hipertensiva e por isso é importante procurar assistência médica.	24 (92,3)	25 (100,0)	1,08[0,61-1,91]	26 (100,0)	1,08[0,96-1,21]
	4. O tratamento para pressão alta deve durar a vida toda.	21 (80,8)	25 (100,0)	1,23 [0,69-2,24]	26 (100,0)	1,23[1,02-1,49]
CONSUMO DE	5. A bebida alcóolica não tem relação com a pressão arterial.	15 (57,7)	20 (80,0)	1,38 [0,71-2,76]	25 (96,1)	1,66[1,20-2,30]
	6. “Tomar umas” (várias doses de cerveja, cachaça, whisky, etc..) deixa a	19 (73,0)	19 (76,0)	1,04 [0,54-1,98]	26 (100,0)	1,36[1,07-1,73]

ALCOOL	7. Beber 1 taça de vinho tinto todo dia ajuda a controlar a pressão.	13 (50,0)	23 (92,0)	1,84 [0,93-3,73]	23 (88,5)	1,38[0,98-1,97]
	8. Parar de fumar não ajuda no controle da pressão arterial.	21 (80,8)	23 (92,0)	1,14 [0,63-2,08]	25 (96,1)	1,19[0,96-1,47]
TABAGISMO	9. Ao parar de fumar você melhora a pressão e diminui a chance de ataque cardíaco e derrame cerebral.	23 (88,5)	25 (100,0)	1,13 [0,64-2,00]	26 (100,0)	1,13[0,98-1,30]
	10. Qualquer tipo de fumo (cigarro, cigarro de palha, charuto fumo de rolo) aumenta a pressão arterial.	21 (80,8)	25 (100,0)	1,23 [0,69-2,23]	26 (100,0)	1,23[1,02-1,49]
	11. Estar ao lado de pessoas fumando não altera a pressão arterial.	16 (61,5)	17 (68,0)	1,10 [0,55-2,21]	22 (84,6)	1,37[0,92-2,04]
ESTRESSE	12. Situações como engarrafamento, brigas no trabalho ou violência no seu bairro podem aumentar a pressão arterial.	26 (100,0)	25 (100,0)	1,00 [0,57-1,74]	26 (100,0)	-
	13. Uma vida cheia de aporrinhão e estresse pode aumentar a pressão arterial.	26 (100,0)	25 (100,0)	1,00 [0,57-1,74]	26 (100,0)	-
	14. Beber e/ou fumar diminui o estresse e melhora a pressão arterial.	23 (88,5)	25 (100,0)	1,13 [0,64-2,00]	26 (100,0)	1,13[0,98-1,30]
SEDENTARISMO	15. O exercício físico diário não melhora a pressão arterial.	22 (84,6)	24 (96,0)	1,13 [0,63-2,04]	26 (100,0)	1,19 [0,97-1,99]
	16. Para melhorar a pressão o ideal é realizar atividade física de intensidade moderada, de 3 a 5 vezes na semana, durante trinta minutos seguidos ou fracionados.	24 (92,3)	24 (96,0)	1,04 [0,59-1,84]	25 (96,1)	1,13 [0,98-2,03]
	17. Caminhar 2h seguidas em um único dia na semana é melhor do que caminhar 30 minutos todos os dias na semana.	17 (65,4)	17 (68,0)	0,96 [0,46-2,00]	22 (84,6)	1,35 [0,94-1,28]

* RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança de 95% - Modelo de Regressão Exato de Poisson

§ RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança de 95% - Modelo de Regressão Robusto de Poisson

^(a) pré-teste foi a referência para comparação com o pós-teste 1 e com o pós-teste 2

A Tabela 3 mostra o conhecimento dos homens referente às 16 questões das categorias temáticas abordadas nas oficinas 3 e 4. Observou-se 100% de acertos nas questões 29 e 33 no pré teste, pós-teste 1 e pós-teste 2, ambas referentes a categoria hábito alimentar. Para as demais 14 questões observou-se mais acertos em 9 no pós teste 1, porém sem significância estatística. O incremento dos acertos recaiu sobre as outras oito questões referentes ao hábito alimentar (24,25,26,27,28,30,31,32) e em uma questão da categoria obesidade (20). Para as demais 5 questões a RP demonstra menos acertos no pós teste 1 (18, 19, 21, 22 e 23), mas não houve significância estatística. Essas questões incluíram as três da categoria uso de medicação (21, 22, 23) e duas da categoria obesidade (18,19).

Quando observado o pré-teste e o pós-teste 2 verificou-se mais acertos em todas as 16 questões, havendo 100% de acertos nas questões 18,19 20 (todas da categoria obesidade); 21, 23 (duas das três questões da categoria medicação); 24, 26, 28, 29, 30, 32 e 33 (sete das 10

questões da categoria hábito alimentar). As respectivas RP mostraram aumento de acertos, porém com evidência de resultado estatisticamente significativa nas questões: 18 (RP 1,36; IC95% 1,07-1,73), 22 (RP 1,38; IC95% 1,04-1,84), 25 (RP 1,76; IC95% 1,11-2,80), 26 (RP 1,52; IC95% 1,14-2,03), 27 (RP 1,47; IC95% 1,08-1,99) e 28 (RP 1,36; IC 1,07-1,73).

Observou-se também maior proporção de acertos do pós-teste 1 para o pós teste 2 em todas as questões. Observando-se o pós-teste 2 notou-se que pequena proporção de homens não acertaram questões referentes a suspensão do uso de medicação para pressão alta quando atrapalha no desempenho sexual (1 homem), a quantidade máxima de sal indicada para uso em um dia (3 homens), a interferência dos temperos prontos e produtos industrializados na pressão arterial (1 homem), o consumo de bolos e biscoitos tem relação com o controle da pressão arterial (5 homens).

Tabela 3 – Comparação do conhecimento dos homens sobre obesidade, uso de medicação e hábitos alimentares entre o pré-teste e o pós-teste 1 e, entre o pré-teste e o pós teste 2. Salvador – Bahia, 2015.

CATEGORIA		Pré-teste ^(a) (n=26)	Pós-teste 1 (n=16)		Pós-teste 2 (n=26)	
		Resposta correta n (%)	Respost a correta n (%)	RP (IC95%) [*]	Resposta correta n (%)	RP (IC95%) [§]
OBESIDADE	18. Estando gordo ou magro não haverá alterações na pressão arterial	19 (73,0)	15 (93,8)	0,78[0,38-1,65]	26 (100,0)	1,36[1,07-1,73]
	19. A famosa “barriguinha de chopp” é um risco para aumento da pressão arterial.	25 (96,2)	15 (93,8)	0,97 [0,50-1,84]	26 (100,0)	1,04[0,96-1,12]
	20. A alimentação saudável somada a prática regular de atividade física e ao controle do peso ajudam a controlar a pressão alta.	24 (92,3)	15 (93,8)	1,01 [0,52-1,93]	26 (100,0)	1,08[0,96-1,21]
USO MEDICAÇÃO O	21. Com relação aos remédios para a pressão você só deve tomá-los quando sente algum mal estar como dor de cabeça, dor na nuca, etc..	23 (88,5)	16 (100,0)	0,88[0,45-1,79]	26 (100,0)	1,13[0,98-1,30]
	22. Quando os remédios usados no tratamento da pressão alta atrapalham o desempenho sexual não devem ser tomados todos os dias.	17 (65,4)	11 (68,8)	0,99 [0,45-2,09]	25 (96,1)	1,38[1,04-1,84]
	23. A medicação para tratar a pressão alta deve ser tomada na quantidade e no horário certo e em caso de complicação ou desconforto deve-se comunicar ao médico.	26 (100,0)	15 (93,8)	0,94 [0,48-1,76]	26 (100,0)	-
HÁBITOS ALIMENTAR ES	24. Diminuir o sal na comida ajuda a controlar a pressão.	23 (92,3)	15 (93,8)	1,01 [0,52-1,93]	26 (100,0)	1,08[0,96-1,21]
	25. A quantidade de sal indicada para uso num dia é de no máximo uma colher rasa de chá para quem tem pressão alta	13 (50,0)	12 (75,0)	1,50 [0,67-3,33]	23 (88,5)	1,76[1,11-2,80]
	26. O uso de banha, azeite de dendê, manteiga não é contra indicado na alimentação para combater a pressão alta.	17 (65,4)	14 (87,5)	1,33 [0,65-2,73]	26 (100,0)	1,52[1,14-2,03]
	27. Os temperos prontos em cubos ou em pó como caldo de carne e de legumes, shoyu, Ketchup são ótimos para dar sabor à comida e o melhor é que não interferem na	17 (65,4)	12 (75,0)	1,15 [0,53-2,40]	25 (96,1)	1,47[1,08-1,99]

pressão arterial.					
28. O consumo de frutas e verduras diários não influencia na pressão arterial	19 (73,0)	16 (100,0)	1,37 [0,69-2,68]	26 (100,0)	1,36[1,07-1,73]
29. Os grãos (feijão, lentilha, etc.) e os cereais integrais (aveia, arroz integral, etc) devem fazer parte da dieta, pois podem ajudar no combate a pressão alta	26 (100,0)	16 (100,0)	1,00 [0,52-1,85]	26 (100,0)	-
30. O consumo de alimentos enlatados e/ou embutidos pode aumentar a pressão arterial já que os mesmos são ricos em sal.	25 (96,2)	16 (100,0)	1,04 [0,54-1,94]	26 (100,0)	1,04[0,96-1,12]
31. Não comer bolos de caixa e biscoitos recheados diminui a gordura ingerida e é melhor para controlar a pressão arterial	15 (57,7)	12 (75,0)	1,3 [0,59-2,80]	21 (80,8)	1,40[0,98-1,99]
32. O consumo aumentado de carne de peixe e aves magras (atum, frango grelhado, etc) é melhor no combate a hipertensão	25 (96,2)	16 (100,0)	1,04 [0,54-1,94]	26 (100,0)	1,04[0,96-1,12]
33. Quanto a forma de preparo dos alimentos deve-se dar preferência a cozidos, grelhados e assados ao invés de fritos	26 (100,0)	16 (100,0)	1,00 [0,52-1,85]	26 (100,0)	-

* RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança de 95% - Modelo de Regressão Exato de Poisson

§ RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança de 95% - Modelo de Regressão Robusto de Poisson

^(a) pré-teste foi a referência para comparação com o pós-teste 1 e com o pós-teste 2

DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado com um grupo de 26 homens hipertensos, o que pode se constituir em uma limitação do estudo. Todavia, esse foi o quantitativo que aderiu a proposta mesmo após a abordagem inicial de 80 homens hipertensos, e de vários contatos e convites para a participação dos mesmos no projeto. Quando se pensa na questão do gênero, estudos apontam que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas como a HAS⁽²²⁾. A baixa taxa de adesão dos homens aos serviços de saúde, em particular na atenção primária, vem sendo observada⁽²³⁻²⁵⁾ e as estratégias voltadas para educação em saúde em grupo de homens apontam uma adesão em torno de 10 a 20 %.⁽²⁶⁻²⁸⁾

A falta de compreensão do indivíduo sobre as causas e formas de controle da HAS é apontada em estudos como um dos fatores que está associado à baixa adesão ao tratamento^(17,19,29). O desconhecimento da terapia e da própria doença foi associado ao baixo grau de adesão em pesquisas em que apenas 12% tinham algum conhecimento sobre a HAS, e 56% conheciam parcialmente suas consequências⁽³⁰⁾.

Nesse estudo, os resultados encontrados revelaram impacto positivo do projeto de educação em saúde no incremento do conhecimento dos homens sobre a HAS e seus fatores de risco, o que pode ser evidenciado pelos acertos progressivos nas questões entre pré-teste e pós-teste 1 e pré-teste e pós-teste 2. Esses resultados podem orientar os homens para a adoção de hábitos de vida adequados. Diversos autores^(18,19) apontam que o conhecimento acerca dos fatores de risco para doenças crônicas está intimamente relacionado à maneira com a qual o

indivíduo lida com a vida, com a saúde e com a doença o que pode contribuir para a mudança de estilo de vida. Na medida em que os indivíduos conhecem a doença e seu tratamento, o cuidado à saúde torna-se mais direcionado e objetivo e as metas a serem alcançadas para o controle da doença podem ser melhor pactuadas.

Sabendo que o tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, obesidade, uso de medicamento e hábitos alimentares são comportamentos que estão diretamente relacionados ao controle da HAS, foi de grande importância detectar melhora no conhecimento dos homens com diferença estatisticamente significativa nas questões referentes à hipertensão geral (questão 4); consumo de álcool (questões 5 e 6), tabagismo (questão 10), obesidade (questão 18), uso de medicação (questão 22), e hábitos alimentares (questões 25, 26, 27, e 28).

Outro ponto que merece destaque foi o aumento de acertos nas questões de todas as categorias temáticas no pós teste 2, quatro meses após a realização das oficinas e do envio das mensagens de texto. Este fato pode ser associado aos reforços ocorridos durante as oficinas 3 e 4, e também ao envio de mensagens entre as oficinas e antes do encontro individual. O uso de inovação tecnológica é uma estratégia educativa que comprovadamente apresenta vantagens para pessoas com doença crônica, pois estimula a melhora do gerenciamento da doença e a busca por novas informações, além de diminuir a ansiedade, melhorar a qualidade de vida e aumentar a adesão medicamentosa⁽³¹⁾.

As poucas questões em que pode-se observar respostas incorretas no pós-teste 2 recaíram sobre a interferência da bebida alcoólica na pressão arterial incluindo o consumo diário de uma taça de vinho todos os dias no controle da pressão. Mesmo sabendo do efeito da ingestão de bebida alcoólica em pequena dose como fator protetor para HAS, muitos especialistas preferem não alertar o benefício da ingestão em pequenas quantidades e de forma regular tendo em vista o risco de uso abusivo. Assim, dependendo do nível de entendimento dos indivíduos hipertensos sobre o assunto, tais informações podem gerar dúvidas quanto à quantidade benéfica para consumo e resistência ao uso diário⁽³²⁾.

Além disso, houve também poucas respostas incorretas em relação à cessação do tabagismo para controle da hipertensão e a relação entre fumante passivo e alteração da pressão arterial. Em estudo realizado por Machado et al⁽³³⁾, a respeito das concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença, o tabagismo emergiu como fator de interferência na pressão em poucas falas dos entrevistados e o fumo passivo não foi relatado. Segundo o INCA⁽³⁴⁾, o tabagismo passivo é a 3ª causa de morte evitável no mundo e o maior responsável pela poluição em ambientes fechados. Os indivíduos muitas vezes não sabem (ou costumam acreditar) que o fumo passivo isolado pode elevar em 25% chance de desenvolver

doenças cardiovasculares.

Outra categoria em que as poucas respostas incorretas apareceram no pós teste 2 foi quanto à recomendação da atividade física para o controle da hipertensão e tempo de caminhada diário. Domingues⁽³⁵⁾ afirma que sem o conhecimento e percepção corretos sobre a realização de exercício físico é improvável que os indivíduos tomem atitudes no sentido de alterar um padrão comportamental. No estudo em que realizou com 3.182 pessoas observou que mais da metade da população já identifica que realizar exercício físico por trinta minutos, três vezes por semana, é o mínimo necessário para que os benefícios sobre a saúde possam ser percebidos, porém 42,3% não tem conhecimento adequado sobre a recomendação do exercício. Além disso, evidenciou que os homens possuem um menor esclarecimento sobre a prática de exercício físico⁽³⁵⁾.

Houve também um quantitativo pequeno de respostas incorretas relacionadas à suspensão do uso de medicação para pressão alta quando atrapalha no desempenho sexual. Uma vez que a terapêutica pode interferir na sexualidade do indivíduo, muitos homens hipertensos tendem a banalizar o tratamento medicamentoso sem saber as reais consequências para a doença “silenciosa”⁽³⁶⁾. Em estudo com 114 indivíduos hipertensos, 37% informaram interrupção ao tratamento, e dentre as justificativas para tal ato foi o déficit de conhecimento sobre a doença foi citado⁽³⁶⁾.

Apesar da melhora significativa com relação às perguntas referentes ao conhecimento sobre os hábitos alimentares dos homens deste estudo, ainda evidenciou-se respostas incorretas com relação à quantidade máxima de sal indicada para uso em um dia, à interferência dos temperos prontos e produtos industrializados na pressão arterial e ao consumo de bolos e biscoitos tem relação com o controle da pressão. Estudo realizado com indivíduos negros hipertensos⁽³⁷⁾, revelou que um terço dos entrevistados apesar da consciência que devem fazer o controle do sal na alimentação, apresentava resistência para a redução do mesmo e/ou produtos ricos em sódio na alimentação, pois para eles isto implicava em ter menos prazer durante o consumo do alimento.

Neste contexto, a realização de oficinas educativas permitiu além da melhora do conhecimento, uma identificação mais acurada dos fatores em que as dúvidas mais recaíram e que podem colocar a saúde dos indivíduos em risco. Os temas das questões em que os homens não alcançaram 100% de acerto podem ser enfatizadas tanto em novos projetos de educação em saúde como nos atendimentos de rotina. De acordo com Formiga⁽³⁸⁾, a mudança de comportamento está correlacionada com o processo cognitivo de influência da informação para a aquisição de novos repertórios de crenças e pensamentos que tenham a finalidade de

uma mudança comportamental numa direção mais preventiva. Neste processo educativo, utilizar o trabalho em grupo, na forma de oficinas possibilita a quebra da tradicional relação vertical que existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas e circunstâncias de vida que influenciam a saúde. O espaço grupal mediado pelo diálogo entre profissionais da saúde e os sujeitos ou a comunidade, permite a construção da consciência coletiva e o encontro da reflexão com a ação⁽³⁹⁾.

Um fator importante a se considerar nas estratégias que visem a melhora do conhecimento são as características sociodemográficas dos participantes. Neste estudo percebe-se que gênero (100% da amostra são homens) e raça/cor (96,2% negros) podem estar relacionados à falta de informação sobre a HAS. Estudo realizado no Brasil⁽¹⁹⁾ mostrou que homens e negros se relacionaram com desconhecimento sobre a HAS e seus FR. Quanto a escolaridade, 50% da amostra estudou no máximo até o ensino fundamental, sendo um fator considerado para ajustar as perguntas utilizadas no instrumento de coleta, bem como na linguagem adotada nas oficinas. Estudo mostrou que quanto menor o grau de escolaridade menor será a compreensão dos mesmos em relação às informações recebidas. É importante que a equipe de saúde estabeleça estratégias de educação e orientação utilizando uma linguagem apropriada⁽²⁹⁾.

Neste sentido, vale ressaltar que o envolvimento dos profissionais da saúde, em especial, os enfermeiros e sua equipe, na educação em saúde para ampliar o conhecimento dos hipertensos em relação à sua doença e terapia medicamentosa e não medicamentosa, é fundamental para melhorar o controle da doença. Estudo comparativo entre grupos de indivíduos com HAS atendidos em um programa tradicional e outro pelo PSF demonstrou que apenas aqueles atendidos pelo PSF tiveram redução significativa da PA sistólica, associando-se ao fato do PSF apresentar um atendimento diferenciado com vínculo entre usuários e equipe de saúde. Eram atendidos em consulta de enfermagem e participavam de grupos na comunidade, nos quais recebiam orientações frequentes sobre saúde⁽¹²⁾. Em outra pesquisa, após a implantação de estratégias de educação, o controle adequado da pressão arterial ampliou de 28,9% para 57%⁽⁴⁰⁾, ressaltando-se, portanto, a importância do enfermeiro no cuidado da pessoa hipertensa e na integração entre os profissionais de saúde na equipe.

O enfermeiro e sua equipe tem um papel fundamental no processo de educação à saúde. A adoção de estratégias educativas com vistas à valorização de novos modos de viver e a adesão ao tratamento pode trazer resultados satisfatórios na proteção e promoção da saúde, contribuindo na redução de complicações e incapacidades em pessoas hipertensas e

consequentemente, para reduzir a mortalidade pela doença. Poderá favorecer a adoção de medidas preventivas e de hábitos saudáveis, e assim para a melhoria da qualidade de vida da população.

A proposta apresentada neste estudo com acompanhamento do grupo de homens e implementação de estratégias de educação em saúde (oficinas, mensagens de texto, consulta individual de enfermagem) deve ser replicada com um grupo maior de sujeitos e em outros contextos de atenção à saúde visando a sua validação e aperfeiçoamento.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que os homens hipertensos apresentaram aumento de acertos em relação às questões sobre conhecimento da HAS e seus fatores de risco após participarem do Projeto de Educação em Saúde, o que demonstra a sua efetividade. Isto leva a considerar a importância da replicação desta estratégia dada a sua possibilidade de contribuir para a melhora do conhecimento e estimular a valorização da mudança de hábitos de vida e controle da pressão arterial.

A investigação contribui para que a equipe de saúde reflita sobre a possibilidade de incorporação de intervenções inovadoras no processo de cuidar de homens hipertensos, além de subsidiar novos estudos para o aperfeiçoamento e validação do projeto de educação em saúde desenvolvido.

REFERÊNCIAS

1. WHO (World Health Organization). Global status report on noncommunicable diseases, 2011. World Health Organization, Geneva.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens. 2010;13(1):1-68.
3. Brasil. 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, 2011.
4. Pinho, NA; Pierin, AMG. Hypertension Control in Brazilian Publications. Arq Bras Cardiol. 2013;101(3): 65-73.
5. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion J'nior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente a tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2003; 81(4):349-54.
6. Ide CAC. Atenção ao doente crônico: um sistema teórico-instrumental em ressignificação. In: Pierin AMG, organizadora. Hipertensão arterial - uma proposta para o cuidar. Barueri, SP: Manole; 2004. p.1-9

7. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. 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. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3):565-74.
8. 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.
9. Vieira LCS et al. A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. *Enferm Foco*. 2011; 2(4): 215-17.
10. Tibazarwa KB, Damasceno AA. Hypertension in Developing Countries. *Canadian Journal of Cardiology*. 2014; 30(5): 527-533.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: MS.
12. Mano GM, Pierin AM. Evaluation from the hypertensive patients followed in the Family Health Program at Health School Center. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):269-75. Portuguese
13. Pedrosa, LIS. Avaliação das práticas educativas em saúde. In VASCONCELLOS. A saúde nas práticas e nos gestos - reflexão da rede de educação. São Paulo: Hucitec, 2001.
14. Brasil. 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, 2011
15. Brasil. 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.
16. APAE (associação de pais e amigos dos excepcionais). Plano de Ação. 2010. Acesso em 02 fev 2012. Disponível:<<http://www.apaepassoefundo.org.br/upload/files/8f658c0b4c51d99498f4fd65c7339ecc.pdf>>.
17. Nolêto SMG, Silva SMR, Barbosa, CO. Conhecimento dos hipertensos sobre a doença RBCEH. 2011; 8(3): 324-332
18. Pucci N et al. Knowledge about Systemic Hypertension and Compliance with Antihypertensive Treatment among Elderly Patients. *Rev Bras Cardiol*. 2012; 25(4):322-329
19. Pierin AMG, Mion Júnior D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(4):11-8.
20. Jesus ES et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta paul. enferm*. [online]. 2008; 21(1):59-65.
21. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2003; 81(4):349-54.
22. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cien saúde coletiva*. 2005; 10(1): 105-09.
23. 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.
24. Gomes R. Apresentação. In: Gomes R, organizador. *A Saúde do Homem em Debate*. Rio

de Janeiro: Fiocruz; 2011: 11-18.

25. 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. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1389-1400.

26. Lazzarotto AR et al. Oficinas educativas sobre HIV/AIDS: uma proposta para idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, 2013; 16(4):833-843.

27. Peixoto JRP, Okuma SS. O perfil dos ingressantes de um programa de educação física para idosos e os motivos da adesão inicial. *Rev. Bras educ física esporte (Impr.)*. 2009; 23(4):14-26

28. Silva PC, Zaffari D. Prevalência de excesso de peso e associação com outras variáveis em indivíduos adultos atendidos em unidade básica de saúde. *Scientia Medica*. 2009; 19(1): 17-26.

29. Demoner MS, Ramos ERP, Pereira ER Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit *Acta Paul Enferm*. 2012;25(Número Especial 1):27-34

30. Santos, ZMSA et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(3): 332-40.

31. Cavalari E et al. Utilização da telenfermagem às pessoas com doenças crônicas: revisão integrativa. *J. Health Inform*. 2012; 4(especial – SIIENF):220-5.

32. Beulens, JWJ et al. Alcohol Consumption and Risk for Coronary Heart Disease among Men with Hypertension *Annals of Internal Medicine* 2007; 146: 10-19.

33. Machado MC, Pires CGS, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciêns saúde coletiva*. 2012; 17(5): 1357-63.

34. INCA (Instituto Nacional do Câncer). *Tabagismo um grave problema de saúde pública*. 1ª Edição. 2007. Rio de Janeiro/RJ.

35. Domingues MR, AraújoCLP, Gigante,DP. Knowledge and perceptions of physical exercise in an adult urban population in Southern Brazil *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(1):204-215

36. Garcia, SMS. Hipertensão arterial: aspectos da sexualidade, socioepidemiológicos e clínicos. *Dissertação (Mestrado) – UFCE*. 112f. Fortaleza/CE, 2004.

37. Pires CGS, Mussi FC. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. *Rev esc enferm USP*. 2009; 43(1):229-36.

38. Formiga ASC, Dias MR, Saldanha AAW. Aspectos psicossociais da prevenção do infarto: construção e validação de um instrumento de medida. *Psico USF*. 2005; 10(1).

39. Alvim, NAT; Ferreira, MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Rev. Texto & Contexto*. 2007; 16(2):315-19.

40. Araújo JC, Guimarães AC. [Control of arterial hypertension in a family care unit]. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):368-4. Portuguese

7 RESULTADOS/ARTIGOS

7.4 ARTIGO 4:

Efeito de um projeto de educação em saúde no comportamento de homens hipertensos*

Effect of an health education project on the behavior of hypertensive men

Efecto de un proyecto de educación en salud en el comportamiento de hombres hipertensos

Glicia Gleide Gonçalves Gama¹; Fernanda Carneiro Mussi²

¹Enfermeira. Mestre. Professora Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Deptº Enfermagem. Enfermeira do HUPES/UFBA. Rua Arthur de Azevedo Machado, 591 Apto 401, Costa Azul, Salvador, Bahia, CEP 41760-000. telefones: (71)99616969; (71)32711847; gliciaggama@bahiana.edu.br;

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

*Artigo integrante do projeto “Efetividade de um Programa de Educação em Saúde no Controle da Pressão Arterial de Homens”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), SUS 0028/2013.

RESUMO

Introdução: O controle da hipertensão arterial demanda mudanças comportamentais as quais podem ser facilitadas por ações educativas. **Objetivo:** Comparar hábitos de vida, nível de estresse e avaliação antropométrica de homens hipertensos antes e após a implementação de um projeto de educação em saúde. **Métodos:** Estudo longitudinal com intervenção não controlada do tipo *before and after*, realizado em um centro de saúde municipal de Salvador-BA, com 26 homens. Foram analisados hábitos referentes à alimentação, à atividade física e ao uso de tabaco e álcool, ao estresse, bem como feita avaliação de medidas antropométricas antes e após a implementação do projeto de educação em saúde. Para comparar o comportamento antes e após a intervenção foi aplicado o modelo de regressão de Poisson robusto obtendo-se a razão de prevalência (RP), com o respectivo intervalo de confiança de 95%. Para verificar a diferença do IMC e da CC antes e após a intervenção foi aplicado o modelo de regressão linear robusto. **Resultados:** Após a intervenção, para todas variáveis estudadas constatou-se comportamento mais saudável. Houve melhora no consumo de verduras, saladas, frutas e frangos e redução do índice de massa corpórea e da circunferência abdominal, com diferença estatisticamente significativa. **Conclusão:** A proposta de projeto de educação em saúde foi eficaz para adoção de hábitos de vida mais saudáveis e para redução do excesso de peso evidenciando a relevância da adoção dessas estratégias educacionais pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão; Saúde do Homem; Educação em Saúde; Comportamento.

ABSTRACT

Introduction: Arterial hypertension control demands changes in behavior which could be made easier through educational actions. **Objective:** Compare life habits, stress level and anthropometric evaluation in hypertensive men before and after the implementation of a health education. **Methods:** A longitudinal study with non-controlled interventions, *before and after* type, performed in a health center in the municipality of Salvador-BA, with 26 men. Habits relating to eating, physical activities and the use of tobacco and alcohol and stress were analyzed, as well anthropometric measures before and after the implementation of the health education project. In order to compare behavior before and after the intervention, the robust Poisson regression model was applied, obtaining the prevalence ratio (PR), with the respective confidence interval of 95%. To verify BMI and WC differences before and after the intervention, the robust linear regression model was used. **Results:** After the intervention, a healthier behavior was verified for all the variables studied. There was improvement in the consumption of vegetables, salads, fruit and chicken and a reduction in the body/mas index and abdominal circumference, with statistically significant differences. **Conclusion:** The proposal of the health education project was effective for the adoption of healthier life habits and reduction of excess weight, evidencing the relevance of the adoption of these educational strategies by health professionals.

Key-words: Hypertension; Men's Health; Health Education; Behavior.

RESUMEN

Introducción: El control de la hipertensión arterial demanda cambios comportamentales los cuales pueden ser facilitados por acciones educativas. **Objetivo:** Comparar hábitos de vida, nivel de estrese y evaluación antropométrica de hombres hipertensos antes y después de la implementación de un proyecto de educación en salud. **Metodos:** Estudio longitudinal con intervención no controlada del tipo *before and after*, realizado en un centro de salud municipal de Salvador-BA, con 26 hombres. Fueron analizados hábitos referentes a la alimentación, a la actividad física y al uso de tabaco y alcohol, al estrese, así como fue realizada evaluación de medidas antropométricas antes y después de la implementación del proyecto de educación en salud. Para comparar el comportamiento antes y después de la intervención fue aplicado el modelo de regresión de Poisson robusto obteniéndose la razón de prevalencia (RP), con el respectivo intervalo de confianza de 95%. Para verificar la diferencia del IMC y de la CC antes y después de la intervención fue aplicad el modelo de regresión lineal robusto. **Resultados:** Después de la intervención, para todas variables estudiadas se constató comportamiento más saludable. Hubo mejora en el consumo de verduras, saladas, frutas y pollo y reducción del índice de masa corpórea y de la circunferencia abdominal, con diferencia estadísticamente signficante. **Conclusión:** La propuesta de proyecto de educación en salud fue eficaz para adopción de hábitos de vida más saludables y para reducción del exceso de peso evidenciando la relevancia de la adopción de esas estrategias educacionales por los profesionales de salud.

Palabras-clave: Hipertensión; Salud del Hombre; Educación en Salud; Comportamiento.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como uma síndrome multifatorial caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e fenômenos tróficos. A HAS atinge cerca de 30% da população adulta no mundo, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento⁽¹⁾.

A ocorrência da HAS está associada a fatores de risco não modificáveis destacando-se idade, sexo, raça/cor e herança genética^(1,2). Dentre os fatores ambientais que concorrem para o aumento dos níveis da pressão arterial, destacam-se as mudanças associadas ao estilo de vida, em que se incluem hábitos alimentares inadequados, inatividade física, uso abusivo de sal e bebida alcoólica, tabagismo, fatores socioeconômicos, estresse psicossocial e excesso de peso.

Caracterizada como uma condição clínica que não tem cura, a HAS precisa ser controlada mediante a instituição de tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso. Esse último tem como base a mudança no comportamento dos indivíduos com ênfase nos fatores de risco modificáveis, para a qual podem contribuir ações educativas. Tais mudanças incorporadas rotineiramente, promovem ação hipotensora estimada em 5 a 10 mmHg da pressão arterial sistólica, o equivalente à redução média do tratamento farmacológico em monoterapia⁽³⁾.

Quando se remete ao gênero, o homem hipertenso, por não comparecer regularmente aos serviços primários de saúde e não usufruir das ações que oferecem deve ser alvo de estratégias enfáticas para a mudança de comportamento devendo ser realizado contínuo monitoramento e controle dos valores pressóricos e fatores de risco⁽⁴⁾. Diante dessa realidade surgiram vários debates sociais para promover a inclusão dos homens nos serviços de saúde, o que resultou no surgimento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) instituída através da portaria nº 1.994, de 27 de agosto de 2009⁽⁵⁾ com o intuito de promover, entre outros aspectos, ações de saúde que colaborem significativamente para a compreensão da realidade masculina nos contextos socioculturais, visando estimular o autocuidado e o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de todos os homens brasileiros⁽⁶⁾.

No âmbito da prevenção e controle da HAS a dinâmica proposta pelo ministério da saúde é centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam a saúde dos indivíduos em risco, orientando implementação de estratégias que identifiquem e acompanhem melhor os indivíduos antes e/ou após possível agravo. Além disso, a proposta deve se basear em metodologias de educação que preservem a autonomia dos sujeitos,

valorizando os saberes e buscando uma melhoria na sua qualidade de vida⁽⁷⁾.

A mudança de comportamento em homens hipertensos talvez seja o grande desafio a ser alcançado pelos profissionais de saúde. Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil e quase sempre é acompanhada de muita resistência em razão da privação de prazeres e preferências. Por isso a maioria das pessoas não consegue incorporá-las e, especialmente, mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas à valorização das mudanças como forma de preservação da própria vida. A vivência da educação em saúde em grupos favorece a capacitação dos sujeitos para atuarem na melhoria da sua condição de saúde⁽⁸⁾ e para assegurar a possibilidade de decidirem sobre suas escolhas e próprios destinos.

A análise da literatura revela uma carência de estudos sobre a validação de estratégias de educação em saúde dirigidas a homens hipertensos com a finalidade de promover a mudança de comportamento. Com base no exposto, investigações sobre esse tema e voltadas a esse grupo social são imprescindíveis visando contribuir para a redução das incapacidades e da mortalidade decorrentes da HAS.

OBJETIVO

Comparar hábitos de vida, nível de estresse e avaliação antropométrica dos homens hipertensos antes e após a implementação de um projeto de educação em saúde.

MÉTODOS

Tipo e campo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, longitudinal com intervenção não controlada do tipo *before and after*, realizado em um centro de saúde municipal referência para doenças cardiovasculares e para o Programa de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, localizado no município de Salvador-BA.

Amostra

Tendo em vista a criação e implementação do Projeto de Educação em Saúde para Homens Hipertensos, foram abordados oitenta homens, no período de outubro de 2013 a abril de 2014, antes ou após a consulta médica, levando em consideração a demanda do serviço. Após esta etapa, o grupo de 80 homens foi convidado a participar do projeto de educação em

saúde. Destes, vinte e seis homens compareceram às atividades planejadas, ocorridas de maio de 2014 a outubro de 2014, e constituíram a amostra deste estudo.

Os critérios de inclusão na amostra foram: homens adultos, com idade acima de 20 anos (idade mínima para ingressar no 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).

Coleta de dados

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA (parecer n° 268.722) de acordo com a resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos⁽⁹⁾.

Os instrumentos de coleta de dados foram testados com homens hipertensos, verificando-se adequação ao estudo. Os dados foram coletados em um ano, no período de outubro de 2013 a outubro de 2014.

Na primeira etapa do projeto, de outubro de 2013 a abril de 2014, após a confirmação do diagnóstico médico de HAS e identificação dos demais critérios de inclusão e exclusão, os homens foram abordados na sala de espera do lócus de estudo, antes ou após a consulta médica e recebidos em sala privativa, momento em que foi feita a exposição dos objetivos do estudo e do termo de consentimento livre e esclarecido. Após a aquiescência a pesquisa e assinatura deste termo, foram realizadas a entrevista e a verificação da pressão arterial e avaliação antropométrica com aplicação dos instrumentos específicos. Ao término, os homens foram orientados que as pesquisadoras fariam contato posterior visando firmar o convite para a participação no Projeto de Educação em Saúde.

Na segunda etapa, os homens participam das atividades educativas no período de maio a junho de 2014. Na terceira etapa da intervenção participaram de atendimento individual, o qual ocorreu no mês de outubro de 2014. Os atendimentos individuais foram agendados com cada homem, de acordo com a sua disponibilidade de data e horário e realizados em sala privativa no lócus de estudo. Na ocasião, os homens foram convidados a participar de uma entrevista onde foram aplicados novamente os instrumentos específicos de coleta de dados.

1. Elaboração e implementação de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos

O projeto de educação em saúde para homens hipertensos compreendeu a realização de quatro oficinas temáticas com atividades lúdicas, contatos telefônicos (ligações e envio de

mensagens) e atendimento individual. O Projeto foi planejado e operacionalizado por integrantes do Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular, da Escola de Enfermagem da UFBA.

Previamente foi criada a logomarca do Projeto com o slogan: “Eu controlo a pressão arterial”. Esta logomarca foi utilizada em todos os impressos confeccionados, na personalização de brindes, lanches e crachás. Além disso, foi impressa nas camisetas confeccionadas para a identificação das pesquisadoras em campo e nas camisetas dadas aos homens no momento do acolhimento para a participação da primeira oficina. A proposta para criação e uso desta logomarca foi a de fortalecer a participação dos homens, identificar o grupo e favorecer a divulgação do projeto junto à comunidade.

Durante o período de outubro de 2013 a abril de 2014 foram abordados 80 homens antes ou após a consulta médica para identificação de: critérios de inclusão, registro do telefone e endereço de contato, características sociodemográficas, informações que gostariam de receber sobre a HAS, dificuldades enfrentadas para o autocuidado e tratamento, medicações em uso, entendimento sobre as causas da HAS e suas medidas de controle. Todos esses dados foram obtidos por meio de uma conversa com cada homem, em sala privativa, durante a qual se fez uso de um formulário para o registro dos dados levantados. Os homens foram informados que o levantamento de dados seria utilizado para nortear a elaboração de um Projeto de Educação em Saúde para Homens Hipertensos e que seriam convidados a participar do mesmo. Nesse momento, receberam a explicação e procederam a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Com base nos dados levantados foram planejadas quatro oficinas, com diferentes temáticas, focadas nas demandas apresentadas pelo grupo de homens, a saber: Oficina 1: Expectativas e crenças sobre HAS e seus fatores de risco; Oficina 2: Tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, sedentarismo e estresse e HAS; Oficina 3: Hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue e HAS; Oficina 4: HAS, uso de medicação e sexualidade.

Passado a fase de recrutamento agendou-se por contato telefônico com o grupo de 80 homens a participação nas oficinas voltadas para prevenção e controle da HAS e seus fatores de risco, e desses 26 aderiram ao Projeto.

As oficinas foram desenvolvidas de maneira lúdica, privilegiando o formato preconizado pelo Ministério da Saúde⁽⁷⁾: estratégias realizadas numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e com a participação do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença. Além de fornecer autonomia dos profissionais de saúde diante da possibilidade de reinventar modos de

cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais⁽⁵⁾.

Nessa perspectiva empregou-se nas oficinas diferentes estratégias a exemplo de debates temáticos, jogos, diálogo com especialista, apresentação teatral e exposição de vídeos educativos, as quais foram realizadas em espaços apropriados no centro de saúde, auditório da unidade de saúde com capacidade para até 30 pessoas.

Tendo-se a finalidade de garantir melhor adesão dos homens às oficinas, elas foram desenvolvidas em dupla. Assim, no agendamento do primeiro dia para a ida dos homens ao centro de saúde operacionalizou-se a oficina 1 e, ao término da mesma, deu-se início a oficina 2. Decorrido quinze dias das duas primeiras oficinas (1 e 2), realizou-se as oficinas 3 e 4. As oficinas 1 e 2 foram realizadas no mês de maio de 2014 no início de junho de 2014 foram realizadas as oficinas 3 e 4.

Para cada oficina foi elaborado um plano de ação. Conforme APAE⁽¹⁰⁾, o plano de ação é o planejamento de todas as ações necessárias para atingir um resultado desejado. É um momento importante para que o grupo possa identificar e relacionar as atividades prioritárias para a ação tendo em vista os resultados esperados, bem como compor elementos que justifiquem a realização da ação. Um bom plano de ação deve deixar claro tudo o que deverá ser feito, como e quando, para o cumprimento de seus objetivos e metas. Quanto maior a quantidade de ações e pessoas envolvidas, mais necessário e importante é ter um plano de ação. E, quanto melhor o plano de ação, maior a garantia de se atingir o objetivo.

Ressalta-se que os planos de ação deste estudo foram elaborados considerando as demandas e avaliações dos usuários observadas durante a fase de recrutamento e o cenário em que estavam envolvidos. Sabe-se que quanto maior o envolvimento dos responsáveis por sua execução, maior a garantia de se atingir os resultados esperados.

Para elaboração de cada plano de ação foram consideradas as seguintes etapas⁽¹⁰⁾: problema (situação problema identificada pelo pesquisador e sinalizada pela comunidade e/ou profissionais que justifica a seleção da mesma para intervenção educativa); participantes (público da ação educativa); tema (temática que embasa o planejamento e a operacionalização da ação educativa); data (dia de realização da ação educativa – deve ser verificado a disponibilidade dos participantes, além da rotina e hábitos da população); horário (hora de início da ação educativa - nesta etapa também deve ser verificado a disponibilidade, rotina e hábitos dos participantes do estudo, além de ser previsto o tempo de duração da ação educativa); local (descrição do local onde será realizada a ação, considerando a estrutura física e os sujeitos envolvidos); objetivos (são propósitos específicos, alvos a serem alcançados ao longo de determinado período de tempo; indicam onde estarão concentrados os

esforços, o que se pretende alcançar ao final da atividade); estratégias metodológicas (caminhos escolhidos que indicam como o pesquisador pretende concretizar seus objetivos; passos a serem desencadeados no decorrer da ação educativa, ou seja, a sequência das atividades a serem realizadas); recursos (identifica os recursos necessários para a execução da ação); avaliação (como transcorreu a atividade, levantamento de entraves, facilidades e, principalmente, das conquistas e aprendizagens obtidas; deve-se definir a forma utilizada para avaliar a ação desenvolvida, atentando-se para os objetivos estabelecidos; a avaliação pode ocorrer por meio de jogo, gincanas, perguntas, relatos dos participantes, observação e registro da participação, dentre outras formas de avaliação); referências bibliográficas (referências utilizadas para embasar a temática trabalhada).

Na elaboração dos planos de ação para cada oficina foi considerado a articulação entre os objetivos, o conteúdo abordado, a duração da atividade, o perfil dos participantes e a metodologia desenvolvida.

Para lembrar as datas e locais das oficinas e estimular a participação dos homens foram realizados telefonemas. Para complementar as ações propostas durante as mesmas, reforçar informações e estimular a valorização da mudança de hábitos de vida foram enviadas mensagens curtas via celular (SMS), entre o intervalo dos dois grupos de oficinas e antes da consulta individual.

Para envio das mensagens comprou-se um pacote de serviço especializado on line que oferece aplicativos em comunicação para dispositivos móveis, ou seja, efetuou-se a compra de créditos para envio de mensagens curtas (SMS). O processo é semelhante ao envio de e-mail, onde há a possibilidade de encaminhar a mesma informação para vários destinatários. Após cadastro da pesquisadora em plataforma online específica, registrou-se em página própria do portal os números de telefone de todos os homens. Para envio das mensagens aos celulares dos mesmos, de maneira sincronizada, selecionava-se a opção “envio de mensagens em grupo” e, no campo, “mensagem” digitava-se o texto a ser enviado. No campo referente ao “agendamento” marcava-se a data e a hora para o envio.

O conteúdo das mensagens foi elaborado com o intuito de incentivar as mudanças no estilo de vida, oferecer informações sobre a HAS e seus fatores de risco e, também, lembrar as datas de retorno para os encontros.

A etapa final do projeto consistiu na realização de um atendimento individual com cada participante do projeto e esta ocorreu em outubro de 2014, quatro meses após a realização das oficinas. O agendamento foi feito por contato telefônico de acordo com a disponibilidade de data e horário dos homens e o encontro foi realizado em sala privativa no

centro de saúde. Na ocasião, os homens foram convidados a participar novamente de uma entrevista e da avaliação clínica. Neste momento, abriu-se um espaço para o diálogo e para esclarecimentos de dúvidas, bem como ouviu-se dos homens sobre a experiência vivenciada ao longo do desenvolvimento do projeto.

2. Instrumentos

Para coleta de dados foram empregados quatro instrumentos descritos a seguir:

Instrumento A

Parte I - *Dados sociodemográficos*: incluiu questões fechadas sobre idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, ocupação atual, situação empregatícia e renda familiar mensal.

Parte II – *Hábitos de vida como fatores de risco para HAS*: incluiu questões fechadas referentes ao tabagismo visando-se identificar fumantes ativos e passivos e questões relacionadas ao consumo de bebida alcoólica para caracterizar o tipo, a quantidade e a frequência de consumo e ex-etilistas.

Parte III - *Dados clínicos e antropométricos*: formada por itens para registro de dados obtidos na aferição da pressão arterial, peso, altura, circunferência da cintura, circunferência do quadril e cálculos do índice de massa corpórea (IMC) e da razão cintura/quadril (RCQ).

Instrumento B

O instrumento B foi elaborado com base no proposto pelo Ministério da Saúde para levantar dados sobre o perfil da alimentação do povo brasileiro, por meio do Programa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico⁽¹¹⁾ e nas adaptações realizadas por Pires e al⁽¹²⁾, nos itens de resposta das questões sobre o padrão de alimentação. Foi formado por questões fechadas sobre o consumo de feijão, verdura ou legume, saladas, frutas, frango, carne vermelha, peixe e forma de preparo dos alimentos.

Instrumento C

O instrumento C correspondeu ao Questionário Internacional de Atividade Física- IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*)⁽¹³⁾, versão reduzida já validada. É recomendado pela Organização Mundial da Saúde para avaliação da atividade física em adultos de 15 a 69 anos. Levanta informações quanto à frequência e à duração de caminhadas e de práticas de atividades físicas que exigem esforços físicos de intensidades moderada,

vigorosa e caminhada, 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 uma semana habitual.

O nível de atividade física foi interpretado de acordo com a classificação de Matsudo⁽¹⁴⁾ para a versão curta do IPAQ:

1. 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.

2. 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).

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: 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).

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

De acordo com o escore obtido considera-se grupos de risco os homens classificados como irregularmente ativos a ou b 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⁽¹⁵⁾.

Instrumento D

Correspondeu a Escala de estresse percebido *Perceived Stress Scale* (PSS – Escala de Estresse Percebido)⁽¹⁶⁾. Esta escala mensura o estresse percebido, ou seja, mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. É apresentada com 14 itens (PSS 14), e ao somar-se os escores das 14 questões este pode variar de zero à 56⁽¹⁶⁾. É consenso entre os

autores que a PSS, pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, visto que não tem questões específicas do contexto, sendo uma das razões pelas quais esta escala já foi validada em diversas culturas. Como o estresse é um dos fatores de risco para HAS, neste estudo para análise das respostas foi criado um ponto de corte de acordo com a média dos escores ($20,5 \pm 8,48$) e realizado classificação do estresse em baixo e alto.

3. Procedimentos de avaliação clínica e antropométrica

a) Verificação da pressão arterial

Foram realizadas três medidas da pressão arterial, com a primeira depois de cinco minutos de descanso e as demais com intervalo de um minuto a dois minutos entre elas, sendo a média das duas últimas medidas consideradas a pressão arterial do indivíduo⁽¹⁾. A posição adotada para a medida da pressão arterial foi sentada. As medidas foram obtidas nos membros superiores.

Os indivíduos foram orientados a não falar e/ou não manter as pernas cruzadas durante a medida. Certificou-se de que não estavam com a bexiga cheia; não haviam praticado exercícios físicos há até 90 minutos e não tinham ingerido café, alimentos ou fumado até 30 minutos antes da medida. A pressão arterial foi verificada em ambiente calmo, sala privativa, com temperatura agradável, utilizando-se o aparelho da OmronHEM 705 CP. Trata-se de um aparelho eletrônico e digital de medida de pressão arterial de braço, com inflação e deflação automática de ar, no qual a detecção da pressão e da onda de pulso se dá através de um transdutor de pressão tipo capacitância. O equipamento foi avaliado de acordo com as normas de validação exigidas pela *British Hypertension Society* (BHS)⁽¹⁷⁾.

A pressão foi verificada na posição sentada, com o membro superior esquerdo apoiado, à altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. Adotou-se o parâmetro de avaliação e classificação da pressão arterial recomendado pelas VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial⁽¹⁾. No que se refere ao controle da pressão arterial, neste estudo foram considerados controlados os homens que, após três medidas consecutivas, apresentam média, das duas últimas medidas de pressão sistólica menor que 140 mmHg e diastólica menor que 90 mmHg. Os considerados não controlados apresentam valores maiores ou iguais aos citados^(1,18).

b) Determinação de medidas antropométricas

Para a realização das medidas antropométricas os homens usaram roupa de tecido leve e descartável, confeccionada com o material Kami e retiraram calçados e adereços. O peso (em quilogramas) foi determinado por meio de um balança digital, da marca *g.tech*, aferida

pelo InMetro, com variação de 0,1Kg, com capacidade máxima de 180 Kg e mínima de 2,5Kg. A altura (em metros) foi determinada através de um estadiômetro portátil da marca *Altuxata* com régua de madeira (graduada a cada 0,5 cm), acoplado a uma base. A verificação dessas duas variáveis serviu como pré-requisito para determinar o índice de massa corpórea (IMC) dos homens, cuja fórmula é a razão entre o peso em quilogramas e o quadrado da altura em metros ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$). O IMC foi avaliado de acordo com os critérios da OMS⁽¹⁹⁾.

c) Determinação e avaliação da circunferência da cintura (CC)

Para determinação da circunferência da cintura foi solicitado ao indivíduo para ficar 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 de medida da circunferência abdominal foi determinado pelo ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca, utilizando-se trena flexível de 1,50 m, não extensível e graduada de 0,5 em 0,5 cm. A examinadora se posicionou sentada em frente ao indivíduo, localizando os pontos de referência no lado direito e marcando-os com o lápis dermatográfico. A seguir, foi medida a distância entre o arco costal inferior e a crista ilíaca na linha axilar média do lado direito e marcado o ponto médio. A examinadora se posicionou de modo sentado em frente ao participante, passando a trena na altura da cintura, no ponto médio marcado. A medida foi realizada com o participante respirando normalmente, fazendo a leitura na expiração normal. Ao término do procedimento foram apagados os pontos marcados com uma bola de algodão embebida no álcool a 70%^(20,21).

Para avaliação e classificação desse parâmetro foi utilizado o critério da *International Diabetes Federation*, que propõe risco aumentado para homens valores de CC acima de 90 cm⁽²¹⁾.

d) Determinação e avaliação da circunferência quadril (CQ) e razão cintura-quadril

Para a medida da circunferência do quadril, o examinador permaneceu na posição sentada em frente ao participante (que se encontrava de costas para um espelho) e realizou a medida com a trena métrica circundando a protusão máxima dos músculos do quadril.

A razão cintura-quadril (RCQ) é um índice simples e prático para a identificação da distribuição da gordura, podendo ser usado como índice do nível de adiposidade, mas não independente das concentrações de colesterol e pressão sanguínea⁽²²⁾. A relação cintura-quadril é determinada pela divisão da circunferência da cintura (cm) pela circunferência do quadril (cm)⁽²⁰⁾. Os parâmetros para classificação da razão cintura-quadril em homens foram

baseados em Heyward, Stolarczyk⁽²³⁾, levando em consideração o gênero e risco para desenvolver doença coronariana.

Tratamento e Análise de dados

Os dados registrados e codificados nos formulários formaram um banco de dados no programa estatístico *Statistical Package of Social Science* (SPSS) 18.0 for Windows. Os dados de caracterização sociodemográficas dos homens foram analisados por em frequências percentuais e absolutas, média e desvio padrão.

Para comparar o comportamento dos homens sobre a HAS e seus fatores de risco, antes e 4 meses após a realização das oficinas (retorno na consulta individual), utilizou-se a razão de prevalência (RP), com o respectivo intervalo de confiança de 95%. Valores de RP abaixo de 1 (um) representam redução do comportamento inadequado referente a hábitos de vida, medidas antropométricas e hábitos alimentares. Valores de RP acima de 1 (um) representam melhora do comportamento referentes a hábitos alimentares adequados. Quando o intervalo de confiança não inclui a unidade (1) o nível de significância é menor ou igual a 5%. Para comparar o comportamento antes e após a intervenção foi aplicado o modelo de regressão de Poisson robusto obtendo-se a RP e o respectivo IC 95%.

Para verificar a diferença do IMC e da CC antes e após a intervenção foi aplicado o modelo de regressão linear robusto. Verificou-se a normalidade dos dados mediante o teste de Shapiro-wilk e o teste de Bartlett's.

Os dados foram apresentados de modo descritivo e em tabelas.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica dos homens

As características sociodemográficas dos 26 participantes da intervenção estão descritas na Tabela 1. Metade dos homens estava na faixa etária de 30 a 59 anos, sendo a média de idade de 59,50 anos (dp 8,06), com idade mínima de 40 anos e máxima de 73 anos. Predominou raça/cor autodeclarada negra (96,2%), situação conjugal casado/união estável (73,0%), escolaridade até o ensino fundamental incompleto/completo (50,0%), situação laboral ativa (69,2%), renda familiar mensal de até dois salários mínimos (50,0%) e classe socioeconômica C1 a C2 (80,8%), os próprios homens como responsáveis pelo sustento da família (88,5%) e a procedência de Salvador e Região Metropolitana (100,0%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos homens participantes da intervenção. Salvador/BA, 2015.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n (%)
Idade	
30 - 60anos	13 (50,0)
≥60 anos	13 (50,0)
Raça/Cor	
Branca	1 (3,8)
Negro (Parda e Preta)	25 (96,2)
Situação conjugal	
Com companheira (Casado/união consensual)	19 (73,0)
Sem companheira (Solteiro/separado/divorciado/viúvo)	7 (27,0)
Escolaridade	
Até ensino fundamental incompleto/completo	13 (50,0)
Ensino médio incompleto/completo	12 (46,2)
Superior incompleto/completo	1 (3,8)
Situação Laboral	
Com ocupação	18 (69,2)
Sem ocupação	8 (30,8)
Renda Familiar Mensal (em SM)^(b)	
Até 2 SM	13 (50,0)
≥3 SM	13 (50,0)
Responsável pela família	
O próprio entrevistado	23 (88,5)
Outros (pai, mãe ou esposa)	3 (11,5)
Classe socioeconômica	
B1-B2	2 (7,7)
C1-C2	21 (80,8)
D	3 (11,5)
Procedência	
Salvador e Região Metropolitana	26 (100,0)

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

Comportamento de homens em relação a HAS e seus fatores de risco antes e após implementação do programa de intervenção.

1.Tabagismo, consumo de bebida alcoólica e nível de estresse

Verificou-se que dos 26 homens que participaram do projeto 53,8% nunca fumaram e 46,2% eram ex-tabagista (Tabela 2). Dos 12 que pararam de fumar, 75% deixaram o hábito há mais de 2 anos e 25% de 1 a 2 anos. Os que abandonaram o fumo consumiam cigarro (83,3%) e charuto (16,6%), (dados não apresentados em Tabela). Após a intervenção este hábito em relação ao tabagismo foi mantido na amostra.

Com relação ao fumo passivo, dos seis homens que o referiram antes do projeto de educação em saúde, apenas dois mantiveram este hábito após a intervenção, ocorrendo uma redução deste em 67%.

Com relação à bebida alcoólica, 53,8% dos homens referiram consumo atual, e destes 71,4% citou a cerveja como o tipo de bebida mais consumida. Houve uma redução de 14% no consumo após a intervenção. Antes da intervenção o consumo excessivo durante a semana foi identificado em 3,9%, porém no final de semana atingiu 34,6% dos homens. Após intervenção o consumo excessivo durante a semana permaneceu 3,9%, porém no final de semana reduziu 78%.

A Tabela 2 também demonstra que maior proporção dos 26 homens estava com pontuação na escala de estresse percebido entre 21 e 40 pontos (61,5%). Houve redução de 25% no nível de estresse percebido após as atividades de educação em saúde

Tabela 2 – Comparação do tabagismo, consumo de bebida alcoólica e nível de estresse antes e após a intervenção no grupo de homens. Salvador/BA, 2015.

VARIÁVEIS	Antes da intervenção n (%)	Ao final da intervenção n (%)	RP (IC95%)
Tabagismo			
Sim	-	-	-
Não	14 (53,8)	14 (53,8)	
Ex-tabagista	12 (46,2)	12 (46,2)	
Fumante passivo			
Sim	6 (23,1)	2 (7,7)	0,33 [0,105-1,06]
Não	20 (76,9)	24 (92,3)	
Consumo de bebida alcoólica			
Si m	14 (53,8)	12 (46,2)	0,86 [0,68-1,07]
Não/Ex etilista	12 (46,2)	14 (53,8)	
Quantidade de bebida alcoólica consumida durante a semana			
Excessivo	1 (3,9)	1 (3,9)	-
Não excessivo/não consumia	25 (96,2)	25 (96,2)	
Quantidade de bebida alcoólica consumida no final de semana			
Excessivo	9 (34,6)	2 (7,7)	0,22[0,06-0,77]
Não excessivo/não consumia	17 (65,4)	24 (92,3)	
Nível de estresse percebido (Escala PSS-14*)			
0 - 20 pontos	10 (38,5)	14 (53,9)	0,75[0,56-1,00]
21 – 40 pontos	16(61,5)	12(46,2)	

*Luft, et al⁽¹⁶⁾

2. Padrão de atividade física

A Tabela 3 mostra os indicadores de nível de atividade física dos homens de acordo com o ponto de corte estabelecido por seção do IPAQ. Como pode ser observado, antes da intervenção predominaram homens classificados como muito ativo/ativo (50%), seguidos dos irregularmente ativos A e B (30,8%) e sedentários (19,2%). Após a intervenção houve aumento de proporção dos homens classificados como muito ativo/ativo (57,7%), assim como dos classificados como irregularmente ativos A e B (38,5%) e diminuição da proporção de sedentários (3,9%). Observou-se redução em 77% do comportamento sedentário.

Quanto ao tempo gasto sentado, observou-se que houve maior proporção de homens sedentários (96,2%) sem modificação desta proporção após a intervenção.

Tabela 3 – Comparação do padrão de atividade física antes e após a intervenção no grupo de homens. Salvador/BA, 2015.

Padrão de Atividade Física	Antes da intervenção n (%)	Ao final da intervenção n (%)	RP (IC95%)
Nível de atividade física			
Muito ativo/ Ativo	13 (50,0)	15 (57,7)	
Irregularmente Ativo A e B	8 (30,8)	10 (38,5)	1,05[0,69-1,60]
Sedentário	5 (19,2)	1 (3,9)	0,23[0,04-1,24]
Classificação do tempo gasto sentado			
Sedentário	25 (96,2)	25 (96,2)	-
Ativo	1 (3,8)	1 (3,8)	

Observando os dados da Tabela 4 pode-se verificar que houve melhora no consumo e preparo dos alimentos antes e após projeto de intervenção.

A maioria dos homens já consumia feijão 5 ou mais dias na semana (57,7%), passando para 65,4% após intervenção, representado um aumento de 13% avaliando-se a RP. O consumo de verduras em 5 ou mais dias na semana aumentou em 72%, já o de salada aumentou 2,3 vezes, observando-se significância estatística. Os três homens que consumiam carne vermelha em mais de 5 dias na semana reduziram esse hábito após a intervenção.

O consumo de frango aumentou 3 vezes mais e o de frutas 57%, observando-se também significância estatística. Houve aumento de 28% do consumo de peixe, redução no consumo semanal de ovos, assim como no consumo de bolos, tortas e doces. Para o consumo de pizzas, massas e pães notou-se 76% de redução, com significância estatística.

Dados da Tabela 4 também mostram melhoria referente aos hábitos de preparo dos alimentos evidenciando redução em 33% no preparo de alimentos fritos, diminuição de 75% do uso do sal à comida já preparada. A suspensão do uso de produtos industrializados para substituir o sal foi relatada por 38% dos homens.

Dos oito homens que adicionavam sal a comida já pronta, a maioria referiu a quantidade de uma colher de café (62,5%). A maioria dos homens também retirava a gordura da carne vermelha (73,1%), a pele do frango (92,3%), mas preparava o peixe com pele (57,7%). Com relação ao preparo do ovo, a maioria fritava na manteiga (57,7%).

Tabela 4 – Comparação dos hábitos alimentares antes e após a intervenção no grupo de homens. Salvador/BA, 2015.

HÁBITOS ALIMENTARES	Antes da intervenção n (%)	Ao final da intervenção n (%)	RP (IC95%)
Consumo de feijão			
5 ou mais dias na semana	15 (57,7)	17 (65,4)	1,13 [0,949-1,352]
< 5 dias na semana	11 (42,3)	9 (34,6)	
Consumo de verduras			
5 ou mais dias na semana	11 (42,3)	19 (73,1)	1,72[1,17-2,55]
< 5 dias na semana	15 (57,7)	7 (26,9)	
Consumo de salada			
5 ou mais dias na semana	9 (34,6)	21 (80,8)	2,33[1,41-3,86]
< 5 dias na semana	17 (65,4)	5 (19,2)	
Quantos dias na semana come carne vermelha			
5 ou mais dias na semana	4 (15,4)	-	-
< 5 dias na semana	22 (84,6)	26 (100,0)	
Quantos dias na semana come frango			
5 ou mais dias na semana	5 (19,2)	15(57,7)	3,00 [1,45-6,22]
< 5 dias na semana	21 (80,8)	11 (42,3)	
Quantos dias na semana come peixe			
5 ou mais dias na semana	2 (7,7)	10 (38,5)	1,28 [0,498-1,127]
< 5 dias na semana	24 (92,3)	16 (61,5)	
Consumo de frutas na semana			
< 3 dias na semana	12 (46,1)	4 (15,4)	1,57 [1,138-2,168]

3 ou mais dias na semana	14 (53,8)	22 (84,6)	
Consumo de refrigerante e/ou suco artificial			
< 3 dias na semana	19 (73,1)	26 (100,0)	-
3 ou mais dias na semana	7 (26,9)	-	
Consumo de leite			
< 3 dias na semana	7 (26,9)	7 (26,9)	-
3 ou mais dias na semana	19 (73,1)	19 (73,1)	
Quantos ovos por semana			
1 a 2 ovos/semana	14 (53,8)	17 (65,4)	1,16[0,97-1,38]
3 ou mais ovos/semana	5 (19,2)	4 (15,4)	1,07[0,57-1,96]
Não consome	7 (26,9)	5 (19,2)	
Bolos, tortas e doces			
< 3 dias na semana	21 (80,8)	25 (96,2)	0,20[0,03-1,19]
3 ou mais dias na semana	5 (19,2)	1 (3,8)	
Pizzas, massas e pães			
< 3 dias na semana	5 (19,2)	10 (38,5)	0,76[0,60-0,97]
3 ou mais dias na semana	21 (80,8)	16 (61,5)	
Forma mais comum de preparo dos alimentos			
Frito	3 (11,5)	1 (3,8)	0,33 [0,07-1,70]
Cozido, assado e/ou grelhado	23 (88,5)	25 (96,2)	
Adiciona sal na comida já preparada			
Adiciona sal	8 (30,8)	6 (23,1)	0,75[0,50-1,13]
Não adiciona sal	18 (69,2)	20 (76,9)	
Uso de produto indust. para substituir o SAL			
Sim	16 (61,5)	8 (30,8)	
Deixou de usar produto p/ substituir SAL	-	8 (30,8)	-
Não se aplica/ não usa	10 (38,5)	10 (38,5)	

Tabela 5 apresenta a diferença média no índice de massa corpórea (IMC) e da circunferência da cintura (CC) dos 26 homens antes e após intervenção. Notou-se redução estatisticamente significativa para as duas variáveis e coeficiente de regressão (β) negativo.

Tabela 5 - Diferença média do IMC e CC antes e após intervenção no grupo de homens. Salvador/BA, 2015.

Variáveis	Média	Valor de p	β^* (IC 95%)
IMC			
Antes da intervenção	28,9 ($\pm 3,59$)	0,000	-1,05 (-1,46 a -0,65)
Depois da intervenção	27,9 ($\pm 3,48$)		
CC			
Antes da intervenção	102,4 ($\pm 11,6$)	0,002	-2,52 (-4,09 a -0,93)
Depois da intervenção	99,8 ($\pm 11,0$)		

* β = Coeficiente do modelo de regressão

Com relação aos níveis pressóricos dos participantes do estudo pode-se observar uma melhoria na proporção de acordo com a classificação determinada nas VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. Antes do projeto eram: 2 homens com níveis ótimos, 2 com normal, 6 com limítrofe, 9 com Hipertensão estágio I, 6 com Hipertensão estágio II e 1 com Hipertensão estágio III. Após as estratégias de educação estes níveis modificaram para: 6 homens com níveis ótimos, 4 com normal, 10 com limítrofe, 4 com Hipertensão estágio I, 2 com Hipertensão estágio II e nenhum com Hipertensão estágio III. Assim, percebe-se que antes da intervenção tinham 38,5% dos homens com níveis pressóricos controlados e 61,5% com níveis pressóricos descontrolados; e após a intervenção passou-se a ter 76,9% de homens com

pressão arterial controlada e 23,1% não controlada. Não foram avaliadas outras variáveis que poderiam interferir nos valores mensurados como, por exemplo, o uso de medicação.

DISCUSSÃO

Uma das principais preocupações no cuidado à pessoa com HAS é evitar a morte e as complicações, por meio do controle dos níveis da pressão arterial e melhoria na qualidade de vida. Portanto, é imprescindível que o sujeito compreenda o seu processo de adoecimento através de atividades de educação em saúde e esteja motivado a participar efetivamente das mudanças de comportamento, as quais precisam ser pactuadas com a equipe de saúde.

Neste estudo, houve predomínio de participantes negros, casados, ativos, com baixa escolaridade e renda. A HAS atinge cerca de 20% da população adulta e os indivíduos da raça/cor negra apresentam com maior frequência lesões de órgãos-alvo. Ainda nesta raça a doença é mais prevalente, o controle é mais difícil, a maioria das complicações é mais frequente, e a mortalidade é mais elevada⁽²⁴⁾. Além disso, estudos apontam que a prevalência da HAS é inversamente proporcional à escolaridade e à renda saúde^(8,25). Tais características merecem atenção nos projetos de educação em saúde visando a compreensão dos conteúdos abordados e o entendimento das dificuldades enfrentadas no processo de cuidado e tratamento.

Os resultados obtidos ao final do estudo demonstraram a efetividade do projeto de educação em saúde na mudança de uma gama de hábitos de vida considerados risco para a HAS. Assim como nesta investigação, Santos e Lima⁽⁸⁾ evidenciaram mudança satisfatória no estilo de vida de 16 dos 20 sujeitos hipertensos trabalhadores da construção civil, serviços gerais e segurança após aplicação de tecnologia educativa em saúde voltada para prevenção e controle dos fatores de risco da HAS.

Neste estudo, evidenciou-se redução do número de fumantes passivos. Resultado semelhante foi encontrado em estudo internacional que mostrou redução de 9% desse hábito entre participantes de uma ação voltada para educação em saúde⁽²⁶⁾. Também no presente estudo houve redução em 14% no consumo de bebida alcoólica e de 78% no consumo excessivo no final de semana. Estudo semelhante realizado com 261 pessoas hipertensas, onde foram analisados hábitos de vida, medidas antropométricas e níveis pressóricos, antes e após a realização de grupos de educação em saúde; não observou alterações no consumo de álcool⁽²⁷⁾. Vale salientar que mudanças de hábitos em relação ao consumo de tabaco e bebida alcoólica são resultados difíceis de serem alcançados a curto prazo. É essencial a continuidade de intervenções reforcem a importância da mudança desses comportamentos evitando as

recaídas.

Em relação à prática de atividade física, houve uma melhora no comportamento sedentário. O mesmo estudo anteriormente citado⁽²⁵⁾ evidenciou que vários indivíduos sedentários começaram a praticar exercícios físicos. Segundo dados da literatura, existe variação entre a prevalência da atividade física e o impacto da educação em saúde sobre o sedentarismo^(26,27). A realização de atividade física talvez seja a meta mais fácil de se atingir já que estas atividades podem estar associadas ao trabalho, ao lazer, a vida doméstica e ao deslocamento. Por outro lado, essa prática não é uma realidade vivenciada por grande parte de hipertensos⁽²⁸⁾.

A modificação do padrão de consumo alimentar não é uma tarefa simples, pois se trata de um hábito adquirido e muitas vezes relacionado à origem étnica e à condição socioeconômica dos indivíduos⁽³⁰⁾. No entanto, neste estudo que evidenciou-se melhora significativa no consumo de verduras, saladas e frutas, feijão, frango, peixe; além de redução no consumo semanal de ovos, assim como no consumo de bolos, tortas e doces, pizzas, massas e pães, e de carne vermelha. Outros estudos também evidenciaram após realização de atividades educativas melhor adequação aos hábitos alimentares recomendados^(25,30).

Com relação ao excesso de peso, pesquisas confirmam que quanto maior o grau de obesidade, maiores são os níveis pressóricos^(31,32). Neste estudo foi possível observar uma redução estatisticamente significativa nos valores do IMC e CC corroborando com investigações nacionais realizados com pessoas hipertensas^(25,33). A redução do IMC e CC pode estar associada às mudanças constatadas nos hábitos alimentares e à melhora no nível de atividade física.

Observou-se redução dos valores pressóricos dos homens após intervenção, o que pode estar associado a mudanças nos hábitos de vida, porém como outras variáveis que interferem nos níveis da pressão arterial não foram controladas neste estudo, este achado permite apenas uma suposição.

A mudança de comportamento está correlacionada com o processo cognitivo de influência da informação para a aquisição de novos repertórios de crenças e pensamentos que tenham a finalidade de uma mudança comportamental numa direção mais preventiva⁽³⁴⁾. Assim, quando se propõe implementar um projeto de educação em saúde como possibilidade para produção de conhecimento com influencia direta no comportamento de homens hipertensos, cria-se um plano em que os métodos de ensino tradicionais são insuficientes. Ao interagir com estes homens se lida com afetos, percepções, interesses, limites e vivências distintas e às vezes distantes do que se está acostumado no atendimento cotidiano, tornando-

se necessário melhorar a comunicação para aproximar um pouco mais das distintas realidades tornando a relação pedagógica mais eficaz, prazerosa, humana e transformadora⁽³⁵⁾.

O êxito obtido na melhora do comportamento dos homens que aderiram ao projeto de educação em saúde apresentado neste estudo, evidencia a relevância da adoção de estratégias educacionais pelos profissionais de saúde. Assim, salienta-se que novas pesquisas sobre mudança de comportamento em homens são desejáveis, no sentido de adequar cada vez mais medidas de intervenção, a fim de que se alcance um maior comprometimento dos indivíduos e se obtenha resultados mais eficazes nas ações de promoção da saúde.

CONCLUSÃO

Homens hipertensos que participaram de projeto de educação em saúde demonstraram melhora significativa no comportamento frente à HAS e seus fatores de risco. As modificações nos comportamentos não saudáveis dos homens podem excluir ou controlar os fatores de risco para HAS e possibilitar maior controle da doença.

A prevenção da HAS envolve, principalmente, a conscientização das pessoas para a mudança de hábitos e comportamentos adequados. A introdução dessas mudanças ocorre de maneira lenta e processual, deve ser promovida por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender as necessidades específicas de cada indivíduo, de modo que sejam mantidas por longo do tempo. Para tanto, é imprescindível a utilização de estratégias educativas, como oficinas, que possibilitem ao indivíduo compreender a importância da aquisição de conhecimento para incorporação de atitudes e práticas saudáveis em seu estilo de vida, prevenindo e/ou controlando, desse modo, a síndrome hipertensiva, e também outros agravos à sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens. 2010;13(1):1-68.
2. Brasil. 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, 2011.
3. Amodeo C, et al. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. Tratado de Cardiologia SOCESP. São Paulo: Manole, 2008.
4. 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.

5. Brasil. 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. Dias FRS. Saúde do Homem: hábitos e práticas masculinas no cotidiano dos serviços de saúde. 62 f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso). Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Ciências da Vida. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras, 2010.
7. Brasil. 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, 2011
8. Santos ZM, Lima HP. Educational health technology in arterial hypertension prevention in workers: lifestyle change analysis. *Texto & Contexto Enferm.* 2008; 17 (1): 90-7. Portuguese.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília-DF, 2012.
10. APAE (associação de pais e amigos dos excepcionais). Plano de Ação. 2010. Acesso em 02 fev 2012.
Disponível:<<http://www.apaepasso Fundo.org.br/upload/files/8f658c0b4c51d99498f4fd65c7339ecc.pdf>>.
11. Brasil. Ministério da saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL BRASIL – 2013. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde, 2014. Brasília: MS.
12. Pires, CGS; Azevedo, SQR; Mussi, F.C. Fatores de risco cardiovascular em estudantes de enfermagem: elaboração de procedimentos de avaliação. *Rev Baiana Enferm.* 2014; 28: 294-302.
13. WHO (World Health Organization). International Physical Activity Questionnaires (IPAQ) Scoring Protocol. Genebra, 2001.
14. Matsudo, S et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Física Saúde,* 2001; 6(2): 5-12.
15. Gómez-Cabello, A et al. Sitting time increases the overweight and obesity risk independently of walking time in elderly people from Spain. 2012; 73(4): 337-43.
16. Luft, CDB. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública,* 2007; 41(4): 606-15.
17. Furusawa EA, Ruiz MFO, Saito MI, Koch VH. Avaliação do Monitor de Medida de Pressão Arterial Omron 705-CP para Uso em Adolescentes e Adultos Jovens. *Arq Bras Cardiol* 2005; 84(5): 367-70.
18. Giuseppe, M. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal.* 2013; 31(7).
19. Organização Mundial de Saúde. *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global.* São Paulo (SP); 2004.
20. National Institute of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. Multi –ethnic study of atherosclerosis (MESA): field center manual of operations. Sealttle, 2001.
21. International Diabetes Federation. *The Consensus Worldwide definition of the Metabolic Syndrome.* Belgium; 2006.

22. Pitanga FJG, Lessa I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador-Bahia. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 85(1): 26-31.
23. Heyward VH, Stolarczyk LM. *Applied body composition assessment.* Champaign, IL: Human Kinetics, 1996.
24. Riera ARP. *Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêuticos.* São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
25. Oliveira, TL, et al. Effectiveness of education in health in the nonmedication treatment of arterial hypertension. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(2):179-84.
26. Sharaf F. Impact of health education on compliance among patients of chronic diseases in Al Qassim, Saudi Arabia. *Int J Health Sci (Qassim).* 2010;4(2):139-48.
27. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Physical activity in young adults and the elderly in areas covered by primary health care units in municipalities in the South and Northeast of Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(1):39-54. Portuguese.
28. Pitanga FJ, Lessa I. Relationship between leisure-time physical activity and blood pressure in adults. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(4): 480-4. Portuguese.
29. Gimeno SG, Mondini L, Moraes SA, Freitas IC. Dietary patterns and correlates in adults living in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: the OBEDIARP Project. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(3):533-45. Portuguese.
30. Svetkey LP, et al. Hypertension improvement project: randomized trial of quality improvement for physicians and lifestyle modification for patients. *Hypertension.* 2009; 54(6):1226-33.
31. Hasselmann MH, et al. Association between abdominal circumference and hypertension among women: the Pró-Saúde Study. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(5):1187-1191. Portuguese.
32. Wenzel D, Souza JM, Souza SB. Prevalence of arterial hypertension in young military personnel and associated factors. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(5):789-95.
33. Staten LK, Cutshaw CA, Davidson C, Reinschmidt K, Stewart R, Roe DJ. Effectiveness of the pasos adelante chronic disease prevention and control program in a US-Mexico border community, 2005-2008. *Prev Chronic Dis.* 2012; 9:1-9.
34. Formiga ASC, Dias MR, Saldanha AAW. Aspectos psicossociais da prevenção do infarto: construção e validação de um instrumento de medida. *Psico USF.* 2005; 10(1).
35. Pedrosa, LIS. Avaliação das práticas educativas em saúde. In VASCONCELLOS. *A saúde nas práticas e nos gestos - reflexão da rede de educação.* São Paulo: Hucitec, 2001.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento e implementação de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos permitiu concluir que:

Houve diferença nos hábitos de vida, na avaliação antropométrica, no nível de estresse e no conhecimento sobre a HAS e seus fatores de risco dos homens hipertensos após a implementação do projeto de educação em saúde.

A proposta de um projeto de educação em saúde focado nas ações de atenção primária com especificidade para homens hipertensos gerou impactos positivos na saúde dos homens que participaram da intervenção. As temáticas voltadas para HAS e seus fatores de risco (tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, sedentarismo, estresse psicossocial, hábitos alimentares inadequados, excesso de peso) foram valorizadas nas discussões com homens hipertensos e levaram em conta as relações entre gênero e saúde e as suas demandas por informação em matéria de saúde.

Homens hipertensos acompanhados em centro de referência cardiovascular apresentaram descontrole de parâmetros antropométricos e hábitos de vida, além de níveis pressóricos elevados o que impõe risco à saúde. Uma vez evidente este descontrole é imprescindível a utilização de estratégias educativas que possibilitem ao indivíduo compreender a importância da aquisição de conhecimento para incorporação de atitudes e práticas saudáveis em seu estilo de vida.

Evidenciou que os homens hipertensos apresentaram aumento de acertos em relação às questões sobre conhecimento da HAS e seus fatores de risco após participarem do Projeto de Educação em Saúde, o que demonstra a sua efetividade. Isto leva a considerar a importância da replicação desta estratégia dada a sua possibilidade de contribuir para a melhora do conhecimento e estimular a valorização da mudança de hábitos de vida e controle da pressão arterial.

Homens hipertensos que participaram de projeto de educação em saúde demonstraram melhora significativa no comportamento frente à HAS e seus fatores de risco. As modificações nos comportamentos não saudáveis dos homens podem excluir ou controlar os fatores de risco para HAS e possibilitar maior controle da doença.

Ressalta-se como limitação do estudo o tamanho da amostra, o qual foi resultado da dificuldade de recrutamento 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 em saúde do homem na fase de recrutamento da amostra. Sugere-se

que as etapas do projeto sejam reaplicadas, em diversos serviços de saúde, com uma ampliação da amostra para dar maior poder ao estudo.

A investigação contribuiu para que a equipe de saúde reflita sobre a possibilidade de incorporação de intervenções inovadoras no processo de cuidar de homens hipertensos, além de subsidiar novos estudos para o aperfeiçoamento e validação do projeto de educação em saúde desenvolvido.

REFERÊNCIAS

ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.

ALMEIDA-FILHO, N., et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Revista de Saúde Pública**. V. 38, n. 1, p. 45-54; 2004.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Abr-Jun; v. 16, n. 2, p. 315-9, 2007.

AMODEO, C. et al. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. São Paulo: Manole, 2008.

ANDRADE, J.P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H.; ANDRADE, M. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq Bras Cardiol**, v.79, n. 4, p. 375-9, 2002.

APAE, ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS. **Plano de Ação**. 2010. Disponível:<<http://www.apaepassofundo.org.br/upload/files/8f658c0b4c51d99498f4fd65c7339ecc.pdf>> Acesso em 02 fev 2012

ARAÚJO, 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: 23 fev. 2014.

ARAÚJO, J.C.; GUIMARÃES, A.C. Control of arterial hypertension in a family care unit. **Rev Saúde Pública**. v.41, n. 3, p. 368-4; 2007.

ARCURI, E.M., et al.. Medida da pressão arterial e a produção científica de enfermeiros brasileiros. **Rev Escola de Enfermagem da USP**. v. 41, n. 2, p. 292-8, 2007.

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. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p. 1-10, 2004.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva** 6(1): 63-72, 2001.

BARBOSA, P. J., et al.. Critério de obesidade central em população brasileira: impacto sobre a síndrome metabólica. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v.4, n. 87, p. 407-414, 2006.

BARBOSA J.M. et al. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do Nordeste brasileiro. **Archivos Latinoamericanos de Nutricion Organo Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición** Vol. 59 N° 1, 2009

BARRETO-FILHO, J. A. S; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Rev. Soc. Bras. Card. Estado de São Paulo**, v.13, n.1, p. 46-55, 2003.

BARRETO, M. L; ALMEIDA-FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. Fundamentos, métodos, aplicações. Estudo de Intervenção. Cap. 15. Ed. GEN.2011.

BEULENS, J. W. J et al. Alcohol Consumption and Risk for Coronary Heart Disease among Men with Hypertension. **Annals of Internal Medicine**. v. 146, p.10-19; 2007.

BLOCH, K.V.; RODRIGUES, C.S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial: uma revisão crítica da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Hipertensão*. v 13, n. 2, p. 134-43; 2006.

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. **VIGITEL BRASIL — 2013**. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014.

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

_____. 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, 2011.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília/DF, 2006.

_____. 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.

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.

CASTRO, R. S. A. **Padrão de consumo alimentar e diferença de gêneros**. 2012. 98f. Dissertação (Mestrado Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CAVAGIONI, L. C. **Perfil dos riscos cardiovasculares em motoristas profissionais de transportes de cargas da Rodovia BR-116 no trecho Paulista-Régis Bittencourt**. 230p. Dissertação Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CAVALARI, E. et al. Utilização da telenfermagem às pessoas com doenças crônicas: revisão integrativa. **J. Health Inform**. Dezembro, v. 4. n. especial – SIIENF. p. 220-5. 2012.

CHAVES, T.S.; ROSS, J.R. O homem hipertenso: repercussões do tratamento medicamentoso na sua vida sexual. **J Manag Prim Health Care**, 2012; 3(2):135-140.

CHIESA, A. M.; TOLEDO, M. M; Rodrigues, S. C. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Rev. Texto & Contexto**, v. 16, p. 12-14, 2007.

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.

CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 4, Apr. 2010.

CONTI, R. A. S; ROCHA; R. S. Risco cardiovascular: abordagem dentro da empresa. **Rev. Bras. Med. Trab**. 2005 jan-jul, vol. 3, n 1: 10-21

CORDERO, A. et al. Factores asociados a la Falta de controle de la hipertensão arterial en patients con y sin enfermedad cardiovascular. **Revista Española de Cardiologia**, v. 64, n. 7, p. 587-593, julho, 2011.

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.

COUTINHO, F.H. Percepção dos portadores de hipertensão arterial sobre a doença e sua adesão ao tratamento na estratégia de saúde da família [monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães; 2010.

COUTO, M.T.; GOMES, R. Men, health and public policies: gender equality in question. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012.

CZEPIELEWSKI, M. A. **Obesidade**. ABC da saúde, 2008 Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/endocrinologia/obesidade>> Acesso em: 23 jul 2013.

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, 2013.

DEMONER, M.S. et al. Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 25, número especial, p. 27-34; 2012.

DIAS, F. R. S. **Saúde do Homem: hábitos e práticas masculinas no cotidiano dos serviços de saúde**. 62 f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso). Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Ciências da Vida. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras, 2010.

DOMINGUES, M.R; ARAÚJO, C.L.P.; GIGANTE, D.P. Knowledge and perceptions of physical exercise in an adult urban population in Southern Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 1, p. 204-215, jan-fev, 2004.

DUARTE, S. J. H., OLIVEIRA, J. R., SOUZA, R. R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.03, n. 01, 2012 p. 520-530.

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.

FORMIGA, A. S. C; DIAS, M. R.; SALDANHA, A. A. W. Aspectos psicossociais da prevenção do infarto: construção e validação de um instrumento de medida. **PsicoUSF** v.10, n.1, Itatiba jun. 2005.

FRANÇA, E. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2006;40(4).

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FURUSAWA E.A. et al. Avaliação do Monitor de Medida de Pressão Arterial Omron 705-CP para Uso em Adolescentes e Adultos Jovens. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, V. 6, n. 5, p. 367-70, 2005.

GAMA, G. G. G. et al. (Des)controle de parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença arterial coronária. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo, V. 45, n. 3, p. 624-31. 2011

_____ 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.

GARCIA, S. M. S. **Hipertensão arterial: aspectos da sexualidade, socioepidemiológicos e clínicos**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. 112f. Fortaleza/CE, 2004.

GASPAR, P. J. Efeitos do sedentarismo a nível cardiovascular: a importância da atividade física na manutenção da saúde. Universidade de Aveiro. 2004. Disponível em: <<http://biblioteca.universia.net/>>. Acesso em: 08/04/2012

GIANNOTTI, A. Prevenção da Doença Coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. **Psicol. USP** vol.13 n.1 São Paulo 2002

GIMENO S.G., et al. Dietary patterns and correlates in adults living in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: the OBEDIARP Project. **Caderno de Saúde Pública**. v. 27, n. 3, p. 533-45; 2011.

GIORGE, D.M.A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**, 2006, 13(1): 47-50.

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

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.

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

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.

GRUNDY, S.M.; CLEEMAN, J.I.; DANIELS, S.R.; DONATO, K.A.; ECKEL, R.H. et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. **Circulation** 2005; v. 112, p.2735-2752.

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. Prevenção de doenças cardiovasculares no século 21. **Hipertensão**, v. 5, n. 3: 103-106, 2002.

HASSELMANN, M.H., et al. Association between abdominal circumference and hypertension among women: the Pró-Saúde Study. **Caderno Saúde Pública**. v. 24, n. 5, p. 1187-91; 2008.

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

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

IDE, C. A. C.; DOMENICO, E. B. L. de. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001.

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

INCA (Instituto Nacional do Câncer). **Tabagismo um grave problema de saúde pública**. 1ª. Edição. 2007. Rio de Janeiro/RJ.

JESUS, E. S. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta paulista de enfermagem**, vol.21, n.1, pp. 59-65; 2008

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.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, mar. 2001. Disponível em: <<http://raladolec.bvs.br/scielo>>. Acesso em: 30 out. 2013.

LACERDA, A. B. M., et al. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. **Audiology Communication Research (ACR)**, v18, n. 2, p. 85-92. 2013.

LAGUARDIA, J. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugênia? História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 371-393, 2005. LA VEIST,

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.

LAWES, CM; et al. International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*, 2008 May 3; 371 (9623): 1513-8. Review.

LAZZAROTTO, A. R. et al. Oficinas educativas sobre HIV/AIDS: uma proposta para idosos. **Rev. Brasileira de geriatria**, v. 16, n. 4. Rio de Janeiro, Oct/Dec. 2013

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F.; RAMOS, F. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.10, n. 1, p. 32-49, 2001.

LEPORI, L.R. **Hipertensão Arterial**. Buenos Aires: E.C. S. A. 2004, 146 p.

LESSA, I. et al. Clustering of modifiable cardiovascular risk factors in adults living in Salvador (BA), Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v.16, p.131-7; 2004.

LIMA, V. V. **Influência da satisfação no controle da pressão arterial sistêmica na atenção primária: análise com modelagem de equações estruturais e indicadores compostos**. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN. 11f. João Pessoa, 2013.

LOTHMAN, T.G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. **Anthropometric Standardization Reference Manual**. Human Kinectis: Champaign, IL, USA, 1998.

LUCK, M; BAMFORD, M; WILLIAMSON, P. Men's health: perspectives, diversity and paradox. London: **Blackwell Sciences**; 2000.

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.

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.

MACIEL, M. E. D. Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. **Cogitare Enfermagem**. Out/Dez; v. 14, n. 4, p. 773-6, 2009.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F.C. **Doenças crônicas, atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde diagnósticos, instrumentos e intervenções**. USA: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2011

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva** v.12 n.6 Rio de Janeiro nov./dez 2007.

MAGNABOSCO, P. Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2007.

MANO, G.M.; PIERIN, A.M. Evaluation from the hypertensive patients followed in the Family Health Program at Health School Center. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. 269-75; 2005.

MARTINS, T.G. et al, Leisure-time physical inactivity in adults and factors associated. *Revista de Saúde Pública*. v. 43, n. 5, p. 814- 24; 2009.

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.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Pinheiro. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRACO, 2001

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2ª. Edição. Ed. Atheneu. 2008.

MEHRY, E. E; SILVA J.R.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRACO, v. 1, p. 113-128, 2003.

MONTEIRO, M.R.P. et al. Hábito e consumo alimentar de estudantes do sexo feminino dos cursos de Nutrição e de Enfermagem de uma universidade pública brasileira. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 271-277, 2009.

MUSSI, F. C., MELO, C. M. Descuidado em Saúde e Enfermagem: implicações para o cuidado em saúde. Anais do 63º. Congresso Brasileiro de Enfermagem - (Re) Criação e Inovação do Cuidado de Enfermagem. Alagoas, Maceió, 2011.

MUSSI, F. C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paul. Enferm** 2005, 18 (1):72-81.

_____. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Revista. Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 5, p. 751-9, 2004.

_____. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexões com base na experiência de homens infartados. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.16, n.3, p.88-97, 2003.

MUNIZ L.C., et al. Accumulated behavioral risk factors for cardiovascular diseases in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*. v.46, n. 3, p. 534-42, 2012.

NARDI A., GLINA S., FAVORITO L. A. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, **International Braz J Urol**, v. 33, p. 1-7, 2007

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. National Heart, Lung and Blood Institute. **Multi – ethnic study of atherosclerosis (MESA): field center manual of operations**. Seattle, 2001.

NETO, T. L. B. **Sedentarismo**. Doenças & Prevenção 2012. Disponível em: <http://www.emedix.com.br/doi/mes001_1f_sedentarismo.php#texto1> Acesso em: 17 out 2013.

NORONHA, K. V.; VIEGAS, M. Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, 2002. 32(Especial): 877-97.

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.

OBERG, M et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 2010.

OLIVEIRA, G. M. M.; KLEIN, C. H.; SOUZA, N. A. Mortalidade por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil de 1980 a 2002. **Rev Panam Salud Publica**. v. 19, n. 2, p. 85-93; 2006.

OLIVEIRA, T. L., et al. Effectiveness of education in health in the nonmedication treatment of arterial hypertension. **Acta Paul Enferm**. v. 26, n. 2, p. 179-84; 2013.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global**. São Paulo: Roca, 2004.

OPALEYE, E. S. et al. Fatores associados ao hábito de fumar do brasileiro: um estudo nas maiores cidades do país. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, volume 34, nº 1, março de 2012. Estabelecimento de texto e tradução por Elida Biasoli Jorge Vieira.

PAGLIARI, C. et al. What is eHealth (4): a scoping exercise to map the field. **J. Med Internet Res.** v. 7, n. 5, p. e54. 2005

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.

PASSOS, V. M. A; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hypertension in Brazil: Estimates from Population-Based Prevalence Studies. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**; v. 15, n.1, p.35 – 45. 2006

PEDROSA, L. I. S. **Avaliação das práticas educativas em saúde**. In VASCONCELLOS. A saúde nas práticas e nos gestos - reflexão da rede de educação. São Paulo: Hucitec, 2001.

PEDUZZI, M. **Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. v. 18, n. 6, p. 1535-1543, 2013

PEIXOTO, J. R. P.; OKUMA, S. S. O perfil dos ingressantes de um programa de educação física para idosos e os motivos da adesão inicial. **Rev. Brasileira de educação. física e esporte (Impr.)**, v. 23, n. 4, São Paulo, Oct./Dec. 2009.

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.

PIERIN, A. 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. S 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. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Rev Esc Enferm USP**. v. 35, n. 4, p. 11-8; 2001.

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.

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.

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. **Fatores de risco cardiovascular entre graduanda(o)s de Enfermagem do primeiro e último anos letivos**. 2013. 139 f.. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

_____. **Crenças em saúde de pessoas negras hipertensas: barreiras e benefícios relacionados às medidas de prevenção e controle da doença**. 2007. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

PIRES, C.G.S.; MUSSI, F.C. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. **Revista da escola enfermagem USP**. v. 43, n. 1, p. 229-36; 2009

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: 21 abr 2014.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Relationship between leisure-time physical activity and blood pressure in adults. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 4, p. 480-4;. 2010. 2010.

_____. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador-Bahia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 1, p. 26-31, jul. 2005.

PUCCI, N. et al. Knowledge about Systemic Hypertension and Compliance with Antihypertensive Treatment among Elderly Patients. **Rev Brasileira de Cardiologia**. v. 25, n. 4, p. 322-29; 2012.

RIERA, A. R. P. **Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêuticos**. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.

SANCHEZ C.G., PIERIN A.M.G, MION JÚNIOR D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto- Socorro e em tratamento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo. v.38, n. 1, p. 90-8. 2004.

SANTOS, Z.M., LIMA, H.P. Educational health technology in arterial hypertension prevention in workers: lifestyle change analysis. **Texto & Contexto Enferm.** v. 17, n. 1, p. 90-7; 2008.

SANTOS, Z.M.S.A., et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto & Contexto Enferm.** v. 14, n. 3, p. 332-40, 2005.

SANTOS, S. M.; NORONHA, C. P. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais socioeconômicos na cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ; 17(5):1099-1110, set-out, 2001

SAYÃO, D. T. A construção de identidades e papéis de gênero na infância: articulando temas para pensar o trabalho pedagógico da educação física na educação infantil. *Revista Pensar a prática*. UFG, v.5, p.55-68, jan. 2002.

SBC, SBH, SBN (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.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol** – vol 88, supl I, abril, 2007.

_____. DIRETRIZES SOBRE OBESIDADE. Departamentos de Aterosclerose e Cardiologia Clínica Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol** - volume 78, (suplemento I), 2002.

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.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. 4º. fascículo da série saúde no Brasil. **Lancet**, 2011.

SHARAF, F. Impact of health education on compliance among patients of chronic diseases in Al Qassim, Saudi Arabia. **Int J Health Sci** (Qassim). v. 4, n. 2, p. 139-48; 2010.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. - Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br Acesso em 04 jan 2014.

SILVA, P. C.; ZAFFARI, D. Prevalência de excesso de peso e associação com outras variáveis em indivíduos adultos atendidos em unidade básica de saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 17-26, jan./mar 2009.

SILVA, A. L. **A vida por um fio, a doença que ataca silenciosamente: desvendando as representações de pessoas portadoras de doença arterial coronária e repensando a assistência de enfermagem.** São Paulo: 271p; Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem-Universidade de São Paulo, 2000.

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.

SIMONETTI, J. P. et al. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 415-22; 2002.

SIQUEIRA, F.V., et al. Physical activity in young adults and the elderly in areas covered by primary health care units in municipalities in the South and Northeast of Brazil. **Caderno Saúde Pública**. v. 24, n. 1, p. 39-54; 2008.

SILQUEIRA, S. M. F; MOURA, L. F.; JARDIM, A. R. A importância de uma assistência diferenciada ao cliente hipertenso visando à adesão ao tratamento proposto. **Anais do 8º encontro de extensão** da UFMG, Belo Horizonte, Outubro 2005.

SOUZA, T. F., et al. Fatores associados à obesidade central em adultos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, n. 2, p 296-309, 2011.

STAMLER, J. The INTERSALT study: Background, methods, findings and implications. **Am J Clin Nutr.**, v.65, p. 626-42, feb. 1997

STATEN, L. K., et al. Effectiveness of the pasos adelante chronic disease prevention and control program in a US-Mexico border community, 2005-2008. *Prev Chronic Dis*. v. 9, p. 1-9; 2012.

STEFFENS, A. A. Epidemiologia das doenças cardiovasculares. **Rev da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul** - Ano XII nº 3 Set/Out/Nov/Dez/ 2003; 5-15.

STRELEC, M. A. A. M. et al. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 81, n. 4, p. 349-54; 2003.

SVETKEY, L. P et al. Hypertension improvement project: randomized trial of quality improvement for physicians and lifestyle modification for patients. **Hypertension**. v. 54, n. 6, p. 1226-33; 2009.

TIBAZARWA, K. B.; DAMASCENO, A. A. Hypertension in developing countries. **Canadian Journal Cardiol**. v. 30, n. 5, p. 527-33. May, 2014 .

ULBRICH, A. Z. et al. Probabilidade de hipertensão arterial a partir de indicadores antropométricos em adultos. **Arq Bras Endocrinol Metab**, 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.

WENZEL, D.; SOUZA, J.M.; SOUZA, S.B. Prevalence of arterial hypertension in young military personnel and associated factors. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 5, p. 789-95; 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Geneva, 2014.

_____. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva, World Health Organization (WHO), 2012.

_____. **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. Geneva, 2011.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em: 14 abr. 2014.

_____. **International Physical Activity Questionnaires (IPAQ) Scoring Protocol**. Geneva, 2001.

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.

APÊNDICE A- Instrumento A de coleta de dados



INSTRUMENTO A

:_/_/_/ Hora: ___:___

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(a)/ sem companheiro(a) (2) casado/ com companheiro (a) (3) separado(a)/divorciado(a) (4) viúvo(a) (5) outro(a). Especificar _____
5. Qual a sua ESCOLARIDADE? (1) analfabeto (2) assinar nome (3) 1º grau incompleto NÃO sabe ler (4) 1º grau incompleto sabe ler (5) ensino médio completo (6) ensino médio incompleto (7) ensino fundamental completo (8) sup incompleto (9) 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 sem atividade (9) aposentadoria por invalidez
9. Qual a sua RENDA FAMILIAR (em salários mínimos)?
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) pai (2) mãe (3) padrasto (4) madrasta (5) irmão (6) filho (7) outro. _____
13. Qual a escolaridade do chefe da família? (1) analfabeto (2) assinar nome (3) 1º grau incompleto NÃO sabe ler (4) 1º grau incompleto sabe ler (5) ensino médio completo (6) ensino médio incompleto (7) ensino fundamental completo (8) sup incompleto (9) 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) Frezzer (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) tio (a) (6) outros [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) tio (a) (6) outros [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) tio (a) (6) outros [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) tio (a) (6) outros [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) tio (a) (6) outros [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? _____ [0] Não se aplica
30. Se parou de fumar, há quanto tempo? _____ [0] Não se aplica
31. O que fuma? [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? _____ [0] Não se aplica
38. Se parou de beber, há quanto tempo? _____ [0] Não se aplica

Qual a quantidade e o que 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 que 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? (em 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?(em meses) _____ [0] Não se aplica

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

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. O Sr. acha que a pressão alta atrapalha na sua atividade sexual?
[1] sim [2] não [3] não sabe [0] não se aplica
58. Se sim, de que forma ela atrapalha? _____
[0] não se aplica
59. 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
60. Que pessoas lhe deram essas orientações? _____
61. Você tem conseguido seguir as orientações recebidas para o controle da pressão alta? [1] Sim [2] Não [0] Não se aplica
62. O que tem impedido? _____
[0] Não se aplica
63. 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
64. O remédio pode curar a pressão alta? [1] sim [2] não [3] não sabe
65. Quais os remédios que foram receitados pelo médico? (vide tabela abaixo e preenche-la)
66. Você consegue tomar os remédios que foram receitados? [1] sim [2] não
67. 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

68. PA(1): ____ / ____ mm Hg
69. PA(2): ____ / ____ mm Hg
70. PA(3): ____ / ____ mm Hg
71. Peso: ____ Kg
72. Altura: __, __ m
73. IMC: ____ kg/m²
74. Circunferência cintura: _____ cm
75. Circunferência quadril: _____ cm
76. Razão cintura/quadril: _____

APÊNDICE B – Instrumento E - Conhecimento da HAS e seus fatores de risco

CONHECIMENTO SOBRE FATORES DE RISCO PARA HAS Vamos agora fazer algumas perguntas pra conhecer o que você sabe sobre o assunto hipertensão arterial. A cada pergunta feita você deve responder sim quando concordar, não quando discordar e não sei quando não tiver ideia sobre a resposta da pergunta. Pedimos toda a sua atenção!			
HIPERTENSÃO GERAL	1. A pressão alta se não for tratada a tempo aumenta a chance de derrame cerebral e de ataque cardíaco. (1) Sim (2) Não (3) Não sei	CONSUMO DE ALCOOL	5. A bebida alcoólica não tem relação com a pressão arterial. (1) Sim (2) Não (3) Não sei
	2. Em pessoas hipertensas o valor da pressão ideal deve estar abaixo de 14 por 9. Sendo a pressão máxima abaixo de 14 e a mínima abaixo de 9. (1) Sim (2) Não (3) Não sei		6. “Tomar umas” (várias doses de cerveja, cachaça, whisky, etc.) deixa a pessoa alegre, relaxada, corajosa e por isso vai baixar a pressão arterial. (1) Sim (2) Não (3) Não sei
	3. Quando a pressão arterial está acima de 14 por 9 pode ser uma crise hipertensiva e por isso é importante procurar assistência médica. (1) Sim (2) Não (3) Não sei		7. Beber 1 taça de vinho tinto todo dia ajuda a controlar a pressão. (1) Sim (2) Não (3) Não sei
	4. O tratamento para pressão alta deve durar a vida toda. (1) Sim (2) Não (3) Não sei		12. Situações como engarrafamento, brigas no trabalho ou violência no seu bairro podem aumentar a pressão arterial. (1) Sim (2) Não (3) Não sei
TABAGISMO	8. Parar de fumar não ajuda no controle da pressão arterial. (1) Sim (2) Não (3) Não sei	ESTRESSE	13. Uma vida cheia de aporrinhação e estresse pode aumentar a pressão arterial (1) Sim (2) Não (3) Não sei
	9. Ao parar de fumar você melhora a pressão e diminui a chance de ataque cardíaco e derrame cerebral. (1) Sim (2) Não (3) Não sei		14. Beber e/ou fumar diminui o estresse e melhora a pressão arterial. (1) Sim (2) Não (3) Não sei
	10. Qualquer tipo de fumo (cigarro, cigarro de palha, charuto fumo de rolo) aumenta a pressão arterial. (1) Sim (2) Não (3) Não sei	OBESIDADE	18. Estando gordo ou magro não haverá alterações na pressão arterial (1) Sim (2) Não (3) Não sei
	11. Estar ao lado de pessoas fumando não altera a pressão arterial. (1) Sim (2) Não (3) Não sei		19. A famosa “barriguinha de chopp” é um risco para aumento da pressão arterial (1) Sim (2) Não (3) Não sei
SEDENTARISMO	15. O exercício físico diário não melhora a pressão arterial. (1) Sim (2) Não (3) Não sei	USO MEDICAÇÃO	20. A alimentação saudável somada a prática regular de atividade física e ao controle do peso ajudam a controlar a pressão alta. (1) Sim (2) Não (3) Não sei
	16. Para melhorar a pressão o ideal é realizar atividade física de intensidade moderada, de 3 a 5 vezes na semana, durante trinta minutos seguidos ou fracionados. (1) Sim (2) Não (3) Não sei		21. Com relação aos remédios para a pressão você só deve tomá-los quando sente algum mal estar como dor de cabeça, dor na nuca, etc.. (1) Sim (2) Não (3) Não sei
	17. Caminhar 2h seguidas em um único dia na semana é melhor do que caminhar 30 minutos todos os dias na semana. (1) Sim (2) Não (3) Não sei		22. Quando os remédios usados no tratamento da pressão alta atrapalham o desempenho sexual não devem ser tomados todos os dias (1) Sim (2) Não (3) Não sei
HÁBITOS ALIMENTARES 1	24. Diminuir o sal na comida ajuda a controlar a pressão (1) Sim (2) Não (3) Não sei	HÁBITOS ALIMENTARES 2	23. A medicação para tratar a pressão alta deve ser tomada na quantidade e no horário certo e em caso de complicação ou desconforto deve-se comunicar ao médico. (1) Sim (2) Não (3) Não sei
	25. A quantidade de sal indicada para uso num dia é de no máximo uma colher rasa de chá para quem tem pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sei		29. Os grãos (feijão, lentilha, etc.) e os cereais integrais (aveia, arroz integral, etc) devem fazer parte da dieta, pois podem ajudar no combate a pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sei
	26. O uso de banha, azeite de dendê, manteiga não é contra indicado na alimentação para combater a pressão alta. (1) Sim (2) Não (3) Não sei		30. O consumo de alimentos enlatados e/ou embutidos pode aumentar a pressão arterial já que os mesmos são ricos em sal. (1) Sim (2) Não (3) Não sei
	27. Os temperos prontos em cubos ou em pó como caldo de carne e de legumes, shoyu, Ketchup são ótimos para dar sabor à comida e o melhor é que não interferem na pressão arterial. (1) Sim (2) Não (3) Não sei		31. Não comer bolos de caixa e biscoitos recheados diminui a gordura ingerida e é melhor para controlar a pressão arterial (1) Sim (2) Não (3) Não sei
	28. O consumo de frutas e verduras diários não influencia na pressão arterial (1) Sim (2) Não (3) Não sei		32. O consumo aumentado de carne de peixe e aves magras (atum, frango grelhado, etc) é melhor no combate a hipertensão (1) Sim (2) Não (3) Não sei
		33. Quanto a forma de preparo dos alimentos deve-se dar preferência a cozidos, grelhados e assados ao invés de fritos (1) Sim (2) Não (3) Não sei	

APÊNCIDE C – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

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.

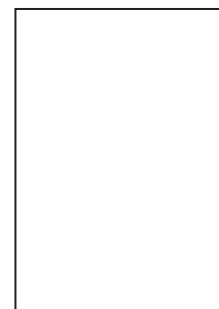
Consentimento:

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



APÊNDICE E – Plano de Ação – Oficina 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO EM ENFERMAGEM

PLANO DE AÇÃO DA OFICINA 1 - Expectativas e crenças sobre HAS e seus fatores de risco

ETAPAS DO PLANO	CARACTERÍSTICA
PROBLEMA	Desconhecendo as crenças e expectativas sobre a pressão alta
PARTICIPANTES	Homens diagnosticados com hipertensão arterial cadastrados no Programa de Atenção à Saúde do Homem que aceitaram participar do estudo.
TEMA	Expectativas e crenças sobre HAS e seus fatores de risco
DATA	Mai de 2014
HORÁRIO	15:00 às 16:30 h
LOCAL	Auditório do Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares (CRDC) – Centro de Saúde Adriano Pondé
OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identificar as crenças dos participantes sobre a pressão alta 2) Conhecer as crenças sobre as medidas medicamentosas e não medicamentosas. 3) Contribuir para a construção do conhecimento sobre pressão alta, seus fatores de risco e controle.
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	<p>Atividade 01- Apresentação da oficina – 5min. Será explicada a proposta da oficina.</p> <p>Atividade 02 – O que é HAS? 1ª dinâmica - Painel - 40 min - Levantamento das crenças e expectativas: O que levou a ter pressão alta? O que controla a pressão alta? - Mostrar figuras para construção do painel - Discussão lúdica sobre as figuras escolhidas e explicação esclarecedora sobre o que ocorre com o coração e corpo quando a pressão está elevada.</p> <p>2ª dinâmica- VÍDEOEDUCATIVO: “O que é pressão alta? O que fazer para controlar?” (Laboratório Pfizer) – 15 min</p> <p>Atividade 03 - Discussão e pós-teste – 15 min Será aberto um espaço para que seja discutido as atividades realizadas e a aplicação do pós-teste (perguntas 1, 2 ,3 e 4 do questionário do conhecimento referentes à Hipertensão geral)</p> <p>Atividade 04- Lanche saudável – 10 min Suco, biscoito integral e maçã.</p>
RECURSOS	Cartolina, isopor, figuras, adesivos, bexiga em formato de coração, data show, caixas de som.
AVALIAÇÃO	Após oficina 2
REFERÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Conde, H et al. Ex Pressão Alta. Vídeo Educativo produzido pela Pfizer • Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm 2005;14(3):332-40. • Silva SSBE, Colosimo FC, Pierin AMG. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. Rev. Esc. Enferm. USP 2010; 44(2):488-96

APÊNDICE F – Plano de Ação – Oficina 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO EM ENFERMAGEM

PLANO DE AÇÃO DA OFICINA 2 - Consumo de álcool, tabagismo, estresse, sedentarismo e HAS

ETAPAS DO PLANO	CARACTERÍSTICA
PROBLEMA	O consumo excessivo de álcool, o tabagismo, o estresse e o sedentarismo são fatores de risco para elevação dos níveis pressóricos.
PARTICIPANTES	Homens diagnosticados com hipertensão arterial cadastrados no Programa de Atenção à Saúde do Homem que aceitaram participar do estudo.
TEMA	Consumo excessivo de álcool, tabagismo, estresse, inatividade física e HAS
DATA	Maio de 2014
HORÁRIO	16:30 às 18:00h
LOCAL	Auditório do Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares (CRDC) – Centro de Saúde Adriano Pondé
OBJETIVOS	1) Contribuir para a construção do conhecimento a respeito do consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo e estresse como fatores de risco para HAS; 2) Sensibilizar os homens quanto aos riscos que o consumo excessivo de álcool, o tabagismo, o sedentarismo e o estresse podem acarretar para elevação dos níveis pressóricos.
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	<p>Atividade 01- Apresentação da oficina – 5min. Será explicado como se realizará a oficina.</p> <p>Atividade 02- – Jogo do Tabuleiro contra hábitos de vida inadequados - 55 min (ênfase no consumo excessivo de álcool, tabagismo, estresse e sedentarismo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilização de tabuleiro no chão com 15 caselas elaborado pelo grupo em material emborrachado, e um dado feito de papelão. - Os homens serão divididos em 3 subgrupos identificados no crachá com a mesma cor do cone de cartolina: consumo de álcool e tabagismo (cor amarela), sedentarismo (cor azul) e estresse (cor verde). - O jogo começará com uma pergunta para cada grupo e à medida que forem acertando vão progredindo pelo tabuleiro. - No tabuleiro haverá questões direcionadas à temática tendo como base as perguntas do pré-teste. - À medida que as respostas forem dadas haverá apresentação de slides sob responsabilidade das pesquisadoras para esclarecimento do assunto. - Caso encerre a quantidade de perguntas o grupo vencedor será aquele que estiver mais avançado nas caselas; - Haverá premiação simbólica para o grupo vencedor. <p>Atividade 03 - Discussão e pós-teste – 15 min Será aberto um espaço para que seja discutido as atividades realizadas e a aplicação do pós-teste (perguntas 5 à 17 do questionário do conhecimento referentes à Consumo de álcool, tabagismo, estresse e sedentarismo).</p> <p>Atividade 04- Encerramento – 15 min (avaliação).</p>
RECURSOS	3 folhas de Cartolina (verde, azul e amarela) para cone e identificação dos

	<p>grupo; 6 Pilotos; Canetas; Dado feito de papelão; Tabuleiro de emborrachado; Data show; Notebook;</p>
AVALIAÇÃO	<p>Como chegou aqui? 😊 😐 😞</p> <p>Com está saindo após o nosso encontro? 😊 😐 😞</p> <p>Aprendeu algo mais sobre a pressão arterial? 😊 😐 😞</p>
REFERÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. <i>Texto Contexto Enferm</i> 2005;14(3):332-40. • BARBOSA, P. J., et al.. Critério de obesidade central em população brasileira: impacto sobre a síndrome metabólica. <i>Arq Bras Cardiol</i>, Rio de Janeiro, v.4, n. 87, p. 407-414, 2006. • 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, 2013. • PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador-Bahia. <i>Arq. Bras. Cardiol.</i>, São Paulo, v. 85, n. 1, p. 26-31, 2005.

APÊNDICE G – Plano de Ação – Oficina 3



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO EM ENFERMAGEM
PLANO DE AÇÃO DA OFICINA 3 - Hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue e HAS

ETAPAS DO PLANO	CARACTERÍSTICA
PROBLEMA	Hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue são fatores de risco para elevação dos níveis pressóricos.
PARTICIPANTES	Homens diagnosticados com hipertensão arterial cadastrados no Programa de Atenção à Saúde do Homem que aceitaram participar do estudo.
TEMA	Hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue x HAS
DATA	Junho de 2014
HORÁRIO	15:00 às 16:30h
LOCAL	Auditório do Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares (CRDC) – Centro de Saúde Adriano Pondé.
OBJETIVOS	1) Identificar o conhecimento pré-existente dos homens relacionado aos hábitos alimentares, obesidade e gordura no sangue 2) Promover a melhoria do conhecimento sobre os temas citados 3) Sensibilizar quanto à importância de hábitos saudáveis para a prevenção de obesidade e gordura no sangue 4) Avaliar a aprendizagem a respeito dos temas abordados
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	<p>Atividade 01- Apresentação da oficina – 5min. Será explicada a proposta da oficina.</p> <p>Atividade 02 – 1ª dinâmica - Ajude no controle do peso do amigo - 40 min *Ênfase na aquisição de hábitos alimentares saudáveis: <u>Desenvolvimento:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Será ofertado numa mesa figuras com variados tipos de alimentos. 2. Os participantes irão escolher os alimentos que fazem parte de seus hábitos alimentares rotineiros para a colagem em um boneco impresso em papel metro branco com aspecto obeso e com PA elevada. 3. Em seguida será proposto aos participantes diminuir o peso e consequentemente a PA do boneco com a retirada dos alimentos inadequados que o deixaram obeso. 4. Com a retirada de cada alimento não saudável cada participante irá justificar o porquê retirou e o mesmo será substituído por outro de melhor qualidade que estará disponibilizado em outra mesa. 5. Durante o processo de retirada e substituição, todos os participantes e principalmente os facilitadores contribuirão com as informações corretas sobre o assunto. <p><u>Lembretes para os facilitadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ressaltar tipos de alimentos importantes para controle do peso, pressão arterial e gordura no sangue (usar a pirâmide alimentar) e fracionamento das refeições • Reforçar a importância da atividade física como fator de prevenção e controle do peso, da gordura no sangue e da hipertensão • Ressaltar os efeitos da gordura dos alimentos como causa de placas de gordura no sangue e obstrução das artérias • Ressaltar os efeitos do excesso de peso como fator de risco para hipertensão e diabetes.

	<p>Atividade 03 – Diálogo com especialista – 15 min Momento aberto para que seja discutido junto à nutricionista especializada em fatores de risco cardiovascular sobre os hábitos alimentares saudáveis.</p> <p>Atividade 04 – Realização do pós-teste – 15 min Será feita aplicação do pós-teste (perguntas 18 à 20 e de 24 à 33 do questionário do conhecimento referentes à obesidade e hábitos alimentares)</p> <p>Atividade 05- Lanche saudável – 10 min Salada de frutas, suco e biscoito integral</p> <p>Atividade 06 –Entrega de palavras cruzadas – “Controle da obesidade, gordura no sangue e pressão alta” – 5 min’</p>
RECURSOS	Papel metro com figuras de bonecos impressos (magro e gordo), figuras de alimentos em geral, fita adesiva, canetas e/ou lápis.
AValiação	Após oficina 4
REFERÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. <i>Texto Contexto Enferm</i> 2005;14(3):332-40. • BARBOSA, P. J., et al.. Critério de obesidade central em população brasileira: impacto sobre a síndrome metabólica. <i>Arq Bras Cardiol</i>, Rio de Janeiro, v.4, n. 87, p. 407-414, 2006. • 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, 2013. • PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador-Bahia. <i>Arq. Bras. Cardiol.</i>, São Paulo, v. 85, n. 1, p. 26-31, 2005.
ANEXO	<div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 2px 10px;">Caça palavras:</div> <p>Elaborado por : Cátia Palmeira e Tássia Teles</p> <p>1- Nome da gordura que circula no sangue e que pode causar entupimento das artérias 2 - Doença caracterizada pelo aumento do açúcar no sangue, tendo como uma das causas a obesidade; 3 - Homem que não pratica atividade física ou prática menos de 3 vezes na semana por 30 min; 4 - Alimentos bons para sobremesa e lanches ricos, em vitaminas e potássio e que ajuda a controlar o peso e a pressão. 5 - Ataque cardíaco devido ao entupimento da artéria do coração e falta do controle da pressão arterial 6-Doença decorrente do rompimento ou entupimento de vasos sanguíneos cerebrais, devido a pressão arterial alta 7- Ingrediente dos temperos prontos, alimentos enlatados e/ou embutidos, que aumenta a pressão arterial; 8- Ajuda a reduzir o peso, a gordura no sangue e a pressão arterial 9- Comida feita com vários tipos de carnes salgadas, linguiça que é rica em gordura e sal e aumenta o peso e a pressão</p>

Flor: Mas não pense nisso agora. Vamos pensar em coisas boas... Que tal a gente comemorar sua melhora... hem?! Humm...?

Josafá: Hummmm! (mexendo as sombrancelhas)! Só se for agora! ... rrsrsr!

A cena final vai ser igual a cena inicial, no entanto, com desfecho feliz (**Música** *Ovo de Codorna* instrumental).

Quando a música parar, os dois saem debaixo do edredon e ficam se olhando...

Fala final do Narrador: *"Sexualidade é parte importante da vida de todos nós, não deixe que a pressão descontrolada atrapalhe seu prazer! Procure ajuda com um profissional de saúde!". Seja Feliz!!!*

Quando a narradora terminar de falar **os dois se abraçam!!!** Fim...

2 - Paródia

PARÓDIA

Adaptado de: Alisson Santana
<https://www.youtube.com/watch?v=7irFuGy-Roc>

Não tomava remédios parecia feliz.
 Comia sal e gordura o tanto que sempre quis.
 E tudo acumulava-se dentro de mim.
 Assim minha felicidade teve fim.

Quase tive um infarto,
 A mulher deixei de agradar,
 Agora vou me cuidar!

Tirei o sal e a gordura,
 Controlo minha pressão.
 Hoje tomo meus remédios,
 Faço muita malhação.
 Como frutas e verduras,
 Cuido do meu coração.
 Ah! Como é bom me controlar!

Sempre fui tão sedentário,
 E assim acostumei.
 Caminhada eu nunca fiz,
 E por isso quase infartei.

Tirei o sal e a gordura,
 Controlo minha pressão.
 Hoje tomo meus remédios,
 Faço muita malhação.
 Como frutas e verduras,
 Cuido do meu coração.
 Ah! Como é bom me controlar!

Ah! Como é bom me controlar!

APÊNDICE H – Plano de Ação – Oficina 4



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO EM ENFERMAGEM
PLANO DE AÇÃO DA OFICINA 4 - HAS, o uso de medicação e a sexualidade.

ETAPAS DO PLANO	CARACTERÍSTICA
PROBLEMA	Possível disfunção sexual como fator dificultador à adesão da terapia medicamentosa de homens hipertensos.
PARTICIPANTES	Homens diagnosticados com hipertensão arterial cadastrados no Programa de Atenção à Saúde do Homem que aceitaram participar do estudo.
TEMA	HAS, o uso de medicação e a sexualidade.
DATA	Junho de 2014
HORÁRIO	16:30 às 18:00h
LOCAL (Onde)	Auditório do Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares (CRDC) – Centro de Saúde Adriano Pondé.
OBJETIVOS	1) Contribuir para construção do conhecimento acerca das possíveis alterações na atividade sexual dos homens hipertensos, decorrentes da própria doença e do tratamento medicamentoso. 2) Facilitar a adesão de homens hipertensos ao tratamento medicamentoso com ou sem história de disfunção sexual
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	<p>Atividade 01- Apresentação da oficina – 5min. Será explicado como se realizará a oficina.</p> <p>Atividade 02- – Vídeo educativo sobre a temática da sexualidade em hipertensos *Tema: “Medicamentos para hipertensão podem causar Disfunção Erétil” (Link: http://www.youtube.com/watch?v=1VSk3GcnC8)</p> <p>Atividade 03 – Diálogo com especialista – 15 min Momento aberto para que seja discutido junto ao enfermeiro da Saúde do Homem sobre uso de medicação e sexualidade na hipertensão.</p> <p>Atividade 04 – Peça Teatral – 15 min</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enredo baseado nas perguntas do pré-teste. • A peça trará 4 personagens. • A abordagem educativa se fará através do profissional de saúde (personagem da peça). <p>Atividade 05 – Aplicação do pós-teste – 15 min Aplicação do pós-teste (perguntas 21 a 23 do questionário do conhecimento referentes ao uso de medicações).</p> <p>Atividade 06- Encerramento – 15 min (avaliação) Distribuição de paródia com incentivo para mudanças nos hábitos de vida e consequente redução dos valores pressóricos.</p>
RECURSOS	Data show; Notebook; Caixa de som; Material para cenário da peça: mesa, cadeira, colchão inflável, lençol, travesseiros, rádio de pilha, Canetas para responder pós-teste
AValiação	Como chegou aqui? 😊 😞 😐

	<p>Com está saindo após o nosso encontro? ☺ ☹ ☹ Aprendeu algo mais sobre a pressão arterial? ☺ ☹ ☹</p>
<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Giorge, D.M.A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev Bras Hipertens, 2006, 13(1): 47-50. • Chaves, T.S.; Ross, J.R. O homem hipertenso: repercussões do tratamento medicamentoso na sua vida sexual. J Manag Prim Health Care, 2012; 3(2):135-140. • Andrade, J.P.; Vilas-Boas, F.; Chagas, H.; Andrade, M. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Arq Bras Cardiol, volume 79 (no 4), 375-9, 2002
<p>ANEXOS</p>	<p>1 - Peça Teatral</p> <p style="text-align: center;">ENREDO DA PEÇA TEATRAL</p> <p>Personagens: Autoria: Andréia Mendes Colaboradores: Pollyana, Evaldo e Igor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Narradora - Josafá - Flor - Profissional de saúde <p>CENA 1: Cena romântica inicial no quarto do casal (relação sexual)</p> <p>*Dicas para a cena: Um olhando para o outro de modo romântico enquanto a narradora fala.</p> <p>Narradora: Ah o amor! As mais lindas frases de amor, são ditas no silêncio de um olhar. Não conheço nenhuma outra razão para amar, senão amar. Esse lindo sentimento pode se revelar de várias formas... (fundo musical).</p> <p>*Dicas para a cena: Josafá e Flor entram embaixo do edredom realizando movimentos com as pernas e os braços (simulando uma relação sexual).</p> <p>*Dicas para a cena: Efeito Quén quén. Mas eles resolvem tentar novamente (ao som de "Missão impossível"). O casal não tem sucesso novamente! Efeito: Quén... Quén...!</p> <p>Flor: __ Oh nãoo... aconteceu de novo?! - Josafá respira profundamente e faz um gesto com a cabeça confirmando. Flor fica furiosa com a situação... resolve ler um livro.</p> <p>*Dicas para a cena: pensativo, Josafá senta na cama e liga o rádio (música "Ovo de Codorna" de Luiz Gonzaga). Ao som da música, ele levanta da cama e coloca o rádio no ombro. Ele tem uma ideia! (pausa na música). Ele puxa a companheira da cama e começam a dançar! A música motiva Josafá a procurar por ajuda.</p> <p>Josafá: __ Já sei o que preciso fazer para resolver esse problemaaaa?!</p> <p>Flor: __ Com o rosto surpreso a mulher diz: _Você vai comer ovo de codorna? rrsrrrs...!</p> <p>Josafá: __ Nãoooo mulher! Vou pedir ajuda lá no posto de saúde. Apesar de frequentar o posto há muitooo tempo... nunca contei essas coisas lá... sabe?!</p> <p>Flor:</p>

__ Ah...!!!

Josafá: vamos mulher... vamos se arrumar que vou é agora.... nem vou descansar... o posto tá aberto que eu sei! Dessa vez... hummm... você vai comigo... rrsrrsr!!!

***Dicas para a cena:** Enquanto isso o casal se arruma (Josafá coloca a calça e o chapéu e Flor ajeita o laço da cabeça e coloca um casaco. Enquanto o narrador estiver falando, os dois vão para o 2º cenário)!!!

Narrador:

__ Naquele momento, Josafá decide falar sobre seus problemas sexuais com a profissional de saúde que cuida dele lá no posto...

E você?! Já passou por isso alguma vez?!

Fique atento à história de Josafá e Flor!!!

CENA 2: no Posto de Saúde

Profissional:

__ Bom dia! Por favor, sentem-se. Fiquem à vontade! Ela é Flor, sua esposa?

Josafá:

__ Sim.. sim..!

Profissional:

__ Que bom que veio! Prazer em conhecer a senhora! Me chamo Pollyana.

Flor:

__ Prazer em conhecer a senhora também!

Profissional:

__ Como se sente seu Josafá? Como vai sua saúde?

Josafá:

__ Acho que a pressão tá boa porque não sinto nada no corpo! Tenho tomado os remédios... mas algumas vezes esqueço (fala baixando a cabeça)! Tenho feito caminhadas quando posso e também como direitinho como a senhora me ensinou! Só não consigo me controlar nos finais de semana...rrsrrrs... e aí como de tudoooo... rrsrr!

Profissional de saúde:

- O que a senhora acha dona Flor? Quero tb ouvir a senhora!

Flor:

- Ele esquece dos remédios toda vez que tem futebol de noite... fica grudado na tv e nem lembra da vida! Não é mesmo? - Diz olhando firmemente para o marido.

Josafá:

- Sim.. é verdade! Mas o que realmente eu quero contar para a senhora é que hoje não conseguimos ter relação, pois... é... é... é que....

Flor:

- O pênis dele... sabe (fazendo um gesto para baixo com as mãos)?!!.

Josafá:

- Eitaaa mulher!

Profissional de saúde:

- Confie em mim seu Josafá. Estou aqui para ajudar o senhor! Me conte tudo que aconteceu!

Josafá:

- Me diga doutora... Por que isso aconteceu comigo?!

Profissional de saúde diz:

- A dificuldade de ereção pode estar relacionada a diferentes causas. Em pessoas com pressão alta, como é o caso do senhor, pode representar uma complicação da doença, um efeito negativo do remédio (pega o remédio) ou, simplesmente, um problema emocional.

- É importante que seja identificado imediatamente a causa, para que o problema não piore.

- Isso já ocorreu outras vezes com o senhor?

Josafá:

- Não senhora!

Flor: olha atentamente para o marido... estimulando ele falar a verdade.

Josafá:

- Quer dizer... é... já sim!

Profissional de saúde diz:

- Sim seu Josafá... entendo... Como falei, a pressão alta é uma doença que pode causar dificuldade de ereção. Assim, se mantermos o controle da pressão, poderemos evitar esse e outros problemas sexuais, como por exemplo, dificuldades para atingir o orgasmo.

- Atenção seu Josafá! Diante de problemas sexuais, nunca abandone ou modifique o tratamento por conta própria, pois a pressão poderá piorar, e conseqüentemente, o problema sexual também. Assim, ao perceber o problema, sempre informar para um profissional de saúde, como o senhor fez hoje.

- Também oriento não seguir dicas sobre formas de tratamento de pessoas que não sejam profissionais de saúde. Seu problema poderá piorar, pois para cada pessoa existe um tratamento específico.

- Que bom que me contou tudo... o senhor não me falou nada nas últimas consultas, hem?! - Isso foi muito perigoso! - A identificação de um problema sexual em um homem que tem pressão alta pode alertar para um risco cardiovascular maior e possibilitar tratamentos adequados para minimizar o risco de ocorrência de outras doenças.

Josafá:

- Entendi tudo. Mas, no meu caso, o que provocou o problema afinal?

Profissional de saúde diz:

- Bom seu Josafá! Depois de ouvir o senhor, já tenho algumas suspeitas.
- O problema pode está relacionado ao não seguimento adequado das orientações... como o senhor mesmo me relatou, não tem seguido adequadamente o que nós combinamos nas consultas anteriores.
- Mas... agora vamos verificar como está sua pressão (a profissional verifica a pressão arterial). - Hum... está muito alta!
- O seu problema também pode ter relação com o medicamento que o senhor usa para o tratamento.

Josafá:

- E agora?! Vou deixar de tomar os remédios? E a pressão?! ... vai explodir?!

Profissional de saúde diz:

- Não seu Josafá e dona Flor! Fiquem calmos! O medicamento é muito importante para controlar sua pressão. Se o medicamento que o senhor usa no tratamento realmente estiver contribuindo para seu problema, trocaremos por outro. Fique tranquilo! Existem muito tipos de medicamentos para pressão alta.
- Mas precisamos investigar um pouco mais até porque o senhor não vem tomando as medicações como combinamos, não é mesmo? Então vamos fazer um acordo? O senhor vai tomar as medicações corretamente e faço uma observação importante (a medicação isolada não vai resolver seu problema, é importante a harmonia entre o casal - diálogo). Mas fiquem tranquilo vai dar tudo certo!!!
- Vamos controlar a pressão e se mesmo com a pressão controlada o senhor ainda manter a dificuldade na ereção, podemos pensar em iniciar um tratamento específico para a dificuldade de ereção (como o uso de medicamentos). Mas, uma coisa muito importante o senhor não pode tomar esses remédios sem orientação e sem a pressão estar controlada.

Josafá: Ta bom... muito obrigada!

Flor: muito obrigada... obrigada mesmo!!!

- **Narrador**

Josafá segue adequadamente as orientações... retorna ao posto de saúde sempre quando tem consulta agendada. O tempo passa... e Josafá se senti melhor... mais disposto a cada dia.

CENA 3: no quarto do casal:

Josafá: Bom dia minha tchuchuquinha! Hoje estou me sentido muito bem e... não é só em relação a... (fala apontando para o pênis). Estou me sentindo melhor depois que comecei a seguir certinho todas as orientações do posto... não esqueço mais de tomar os remédios no dia de jogo!...rsrsrs... a alimentação saudável e os exercícios físicos me deixaram mais disposto. Me arrependo muito em ter demorado de contar tudo que realmente eu sentia. Meu Deus! Eu poderia até ter morrido!

Flor: Mas não pense nisso agora. Vamos pensar em coisas boas... Que tal a gente comemorar sua melhora... hem?! Humm...?

Josafá: Hummmm! (mexendo as sombrancelhas)! Só se for agora! ... rrsrsr!

A cena final vai ser igual a cena inicial, no entanto, com desfecho feliz (**Música** *Ovo de Codorna* instrumental).

Quando a música parar, os dois saem debaixo do edredon e ficam se olhando...

Fala final do Narrador: "*Sexualidade é parte importante da vida de todos nós, não deixe que a pressão descontrolada atrapalhe seu prazer! Procure ajuda com um profissional de saúde!*". **Seja Feliz!!!**

Quando a narradora terminar de falar **os dois se abraçam!!!** Fim...

2 - Paródia

PARÓDIA

Adaptado de: Alisson Santana
<https://www.youtube.com/watch?v=7irFuGy-Roc>

Não tomava remédios parecia feliz.
 Comia sal e gordura o tanto que sempre quis.
 E tudo acumulava-se dentro de mim.
 Assim minha felicidade teve fim.

Quase tive um infarto,
 A mulher deixei de agradar,
 Agora vou me cuidar!

Tirei o sal e a gordura,
 Controlo minha pressão.
 Hoje tomo meus remédios,
 Faço muita malhação.
 Como frutas e verduras,
 Cuido do meu coração.
 Ah! Como é bom me controlar!

Sempre fui tão sedentário,
 E assim acostumei.
 Caminhada eu nunca fiz,
 E por isso quase infartei.

Tirei o sal e a gordura,
 Controlo minha pressão.
 Hoje tomo meus remédios,
 Faço muita malhação.
 Como frutas e verduras,
 Cuido do meu coração.
 Ah! Como é bom me controlar!

Ah! Como é bom me controlar!

APÊNDICE I – Quadro 6 - Mensagens de texto enviadas aos homens por celular

DATA	N	MENSAGEM
21/05 Oficinas I e II	80 (M)	Olá! Somos do Grupo de Cuidado à Saúde Cardiovascular – GISC da UFBA hoje começaremos a manter contato com você, para juntos cuidarmos da sua pressão. Não se esqueça do nosso encontro hoje à tarde no posto CRDC
22/05	80	GISC-UFBA: Bom dia! O nosso encontro ontem foi muito bom! Sentimos falta daqueles que não puderam comparecer. Mas não se preocupem, em breve entraremos em contato com todos para a segunda reunião.
23/05	25	GISC-UFBA: Cuide da sua saúde! Já verificou a pressão hoje? Lembre-se que cuidando da pressão alta você estará preservando seu bem maior: A VIDA!
26/05	25	GISC-UFBA: Bom dia! Como vai sua pressão arterial? Lembre-se que fumar ou ficar perto de quem fuma pode aumentar a pressão.
27/05	25	GISC-UFBA: Preservando sua saúde você pode curtir melhor a sua vida! Controle sua pressão arterial. Lembre-se: aporrinhção e estresse podem aumentar a pressão.
29/05	25	GISC-UFBA: Boa tarde! Final de semana se aproximando, dias de curtir com os amigos! Aos que bebem lembrem-se que a bebida alcoólica em excesso pode aumentar a pressão arterial.
30/05	80	GISC-UFBA: Bom dia! O próximo encontro do grupo para controle da pressão arterial será dia 03, terça-feira às 14:30 h no CRDC (Adriano Pondé) em Amaralina. Teremos também a participação de uma nutricionista para as dúvidas na alimentação. Esperamos você!!
02/06 (M)	25	GISC-UFBA: Bom dia! Já praticou atividade física hoje? Lembre-se: Apenas 30 minutos de atividade todo dia já ajuda no controle da pressão.
02/06 (T)	80	GISC-UFBA: Olá, nosso encontro será amanhã às 14:30 h no CRDC (Adriano Pondé) em Amaralina. Uma nutricionista vai tirar dúvidas sobre os alimentos. Vamos cuidar da pressão!
03/06 Oficinas III e IV	80	GISC-UFBA: Bom dia! Hoje a tarde às 14:30h nosso encontro está confirmado. Será no CRDC (Adriano Pondé) em Amaralina.
05/06	Aos que foram para oficinas III e IV 16	GISC-UFBA: Olá, bom dia! Nosso último encontro foi ótimo! Após a Copa e os festejos juninos vamos nos encontrar, mas continue cuidando da sua pressão arterial!
05/06	Aos que faltaram 10	GISC-UFBA: Bom dia! O senhor fez falta no último encontro do grupo de controle da pressão arterial. Em breve entraremos em contato para agendar nova data.
09/06	26	GISC-UFBA: Bom dia! Como anda sua pressão arterial? Lembre-se: Devemos preferir alimentos frescos e reduzir o consumo de SAL! Uma ótima semana para o senhor.
11/06	26	GISC-UFBA: Bom dia! Já usou o remédio para pressão hoje? Lembre-se de seguir a orientação médica e de toda equipe de saúde. Uma ótima Copa e cuide da pressão!
26/06	26	GISC-UFBA: Olá, bom dia! Como vai sua pressão arterial? Em breve entraremos em contato para novo encontro. Até mais.
23/07	26	GISC-UFBA: Bom dia! Como está sua saúde? Ainda nesta semana entraremos em contato para programar sua consulta médica. Até mais.
28/08	26	GISC-UFBA: Boa Tarde! Como vai sua pressão arterial? Já verificou esta semana? Cuide da sua saúde! Abraços
19/09	26	GISC-UFBA: Olá! Bom dia! Como anda sua pressão arterial? Lembre-se que diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão.
20/09	26	GISC-UFBA: Bom dia!! Tenha um excelente final de semana. Aproveite para curtir com a família e amigos. Lembre-se: Muita bebida alcoólica aumenta sua pressão!
24/09	26	GISC-UFBA: Olá! Bom dia! O Senhor já tomou os remédios para controle da pressão hoje? Lembre-se de tomá-los na quantidade certa e horários certos TODOS os dias!

ANEXO – A

Instrumento B de Coleta de Dados – Dados do Vigitel (Brasil, 2013).

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

77. 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
78. Em quantos dias da semana, o Sr. costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?
(1) 5 ou mais dias na semana
(2) < 5 dias por semana
79. 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
80. 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)
81. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

82. 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)
83. Em quantos dias da semana o Sr costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)? _____
84. 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
85. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango?
(1) 5 ou mais dias na semana
(2) < 5 dias por semana
86. 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
87. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer peixe?
(1) 5 ou mais dias na semana
(2) < 5 dias por semana
88. 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
89. O Sr. prefere que forma de preparo do peixe?
(1) frito
(2) cozido, assado e/ou grelhado
(3) todas as formas de preparo
90. Em quantos dias da semana o Sr. costuma tomar suco de frutas natural?

91. Num dia comum, quantas copos o Sr. toma de suco de frutas natural?
(1) 1 copo; (2) 2 copos; (3) 3 ou mais copos
92. Em quantos dias da semana o Sr. costuma comer frutas? _____
93. 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
94. 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
95. Que tipo?
(1) predominantemente normal (2) predominantemente diet/light/zero
96. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?
 1 2 3 4 5 6 ou mais (0) não sabe
97. 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
98. 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
99. 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
100. 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
101. 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
102. Usa algum produto para substituir o sal?
(1) Caldo Knorr ou shoyo ou sal dietético ou bacon;
(0) Não usa.
103. Quantas refeições o Sr. faz por dia? (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro (5) cinco (6) seis (7) outro. Especificar _____
104. O Sr. come nos intervalos das principais refeições: (1) sim (2) não (3) às vezes (4) raramente
105. Qual a quantidade de ovos costuma consumir por semana? (1) um (2) dois (3) três (4) outro. Especificar _____ (0) não consome
106. Qual a forma de preparo dos ovos? (1) cozido (2) frito na manteiga ou banha; (3) pochê; (0) não se aplica
107. O Sr. consome bolos, tortas e doces?
(1) 3 ou mais dias na semana
(2) < 3 dias na semana
(3) nunca
108. Qual a quantidade (ou fatias) consome de bolo/ tortas e doces por dia?
(1) 1 a 3
(2) ≥ 3
(3) não consome
109. O Sr. consome pizzas, massas e pães?
(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

ANEXO – B

Instrumento C de Coleta de Dados – IPAQ versão reduzida.

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

111. Você trabalha de forma remunerada: () Sim () Não
 112. Quantas horas você trabalha por dia? ____
 113. Quantos anos completos você estudou: ____
 114. De forma geral sua saúde está: () Excelente () Muito boa () Boa () Regular () 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

122. 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

123. 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 _____

124. 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

125. 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 _____

126. 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

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

Horas _____ Minutos _____

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.

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

Horas _____ Minutos _____

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

Horas _____ Minutos _____

ANEXO – C

Instrumento D de Coleta de Dados – Escala de Estresse Percebido (PSS - 14).

INSTRUMENTO D - ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

Cohen et al (1983) apud 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...					
130. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
131. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
132. Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
133. Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
134. Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
135. Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
136. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
137. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
138. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
139. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
140. Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
141. Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
142. Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
143. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

ANEXO – D

Ofício da Coordenadora de Enfermagem do lócus do estudo

Salvador, 07 de Maio de 2014

Prezadas,

Doutoranda Glicia Gleide Gonçalves Gama

Profa. Dra. Fernanda Carneiro Mussi

Pesquisadoras responsáveis pelo projeto de pesquisa *Efetividade de um programa de educação em saúde no controle da pressão arterial de homens*

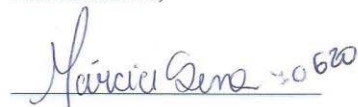
Venho por meio desta expor as dificuldades encontradas para o desenvolvimento do projeto de pesquisa *Efetividade de um programa de educação em saúde no controle da pressão arterial de homens* que obteve parecer favorável da Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da Secretaria Municipal da Saúde para iniciar a fase de coleta de dados junto ao Núcleo de Saúde do Homem do CRDC (Centro de Referências para Doenças Cardiovasculares).

Desde o início de Setembro de 2013 até a presente data foi iniciada reforma estrutural extensa no CRDC, lócus da pesquisa, por determinação da Secretaria Municipal de Saúde e Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Em razão disso o projeto referido teve suas atividades inicialmente reduzidas em virtude da escassez de espaço físico apropriado para entrevista e mensuração de dados antropométricos; e posteriormente suspensas, por falta de sala, mesmo em unidades de apoio como o 5o. Centro de Saúde e o CECOM.

Associado a isto, recentemente a Secretaria Municipal de Saúde desarticulou o Núcleo de Referência em Saúde do Homem, e não estamos tendo atendimento exclusivo para população masculina o que reduziu a procura dos serviços por este gênero em cerca de 80% a 90%.

Lamento o ocorrido e informo que a previsão para reativação dos atendimentos no CRDC é para o final de Maio de 2014. Todavia, ressalto que o Núcleo de Referência em Saúde do Homem permanecerá suspenso.

Atenciosamente,



Márcia Andrade Sena

Coordenadora Geral de Enfermagem do CRDC

ANEXO - E
Parecer consubstanciado do CEP – Escola de Enfermagem 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 – F

Parecer consubstanciado do CEP – Santa Casa de Misericórdia da Bahia – Hospital Santa Izabel.

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 DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Projeto com ajustes solicitados pelo do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Celso

Justificativa: Prezados, segue resposta aos itens pendentes referido no parecer.

Data do Envio: 20/06/2013

Situação da Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 325.062

Data da Relatoria: 03/07/2013

Apresentação da Notificação:

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, simples-cego, estudo de intervenção com três grupos de participantes. É um projeto de Tese de Doutorado desenvolvido junto a pacientes do gênero masculino, com hipertensão arterial sistêmica, em um centro de saúde municipal, referência para o Programa de Saúde do Homem do Ministério da Saúde (2008) localizado no Município de Salvador-BA, Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares (CRDC) do Hospital Santa Izabel, sob a orientação da Dra Fernanda Carneiro Mussi. Com relevância Social conforme PARECER 292.201 de 28/05/2013.

Objetivo da Notificação:

Objetivo Primário: Avaliar a efetividade de um programa de educação em saúde na redução dos

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: 325.062

valores da pressão arterial e na melhora do conhecimento sobre a HAS e medidas para o seu controle em homens hipertensos.

Objetivos Secundários: 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:

Pesquisador Atendeu a PENDENCIA emitida no PARECER 292.201 de 28/05/2013 explicitando sobre os riscos e os benefícios.

Riscos:

"Será preciso que os participantes concedam a coleta de sangue para dosagem da glicemia (taxa de açúcar no seu sangue) e para o perfil lipídico (gorduras presentes no seu sangue). A coleta será feita no laboratório do centro (o material utilizado será descartável e estéril). Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa haverá formas de indenização conforme previsto em lei".

Benefícios:

"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 preventivas. Não existirão despesas ou compensações pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo".

Foram identificados benefícios do estudo nos Itens: Desfechos primários "redução dos níveis de pressão arterial dos homens do grupo intervenção". E desfechos secundários: "melhoria no conhecimento do grupo intervenção sobre a hipertensão arterial sistêmica seus fatores de risco

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: 325.062

(tabagismo, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de bebida alcoólica e estresse psicossocial)*.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

NSA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi visualizada a folha de rosto da pesquisa nos documentos em anexo na Plataforma Brasil e a pesquisadora atendeu a PENDENCIA emitida no PARECER 292.201 de 28/05/2013 acrescentando o TCLE, A DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

Recomendações:

NSA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta PENDENCIAS

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

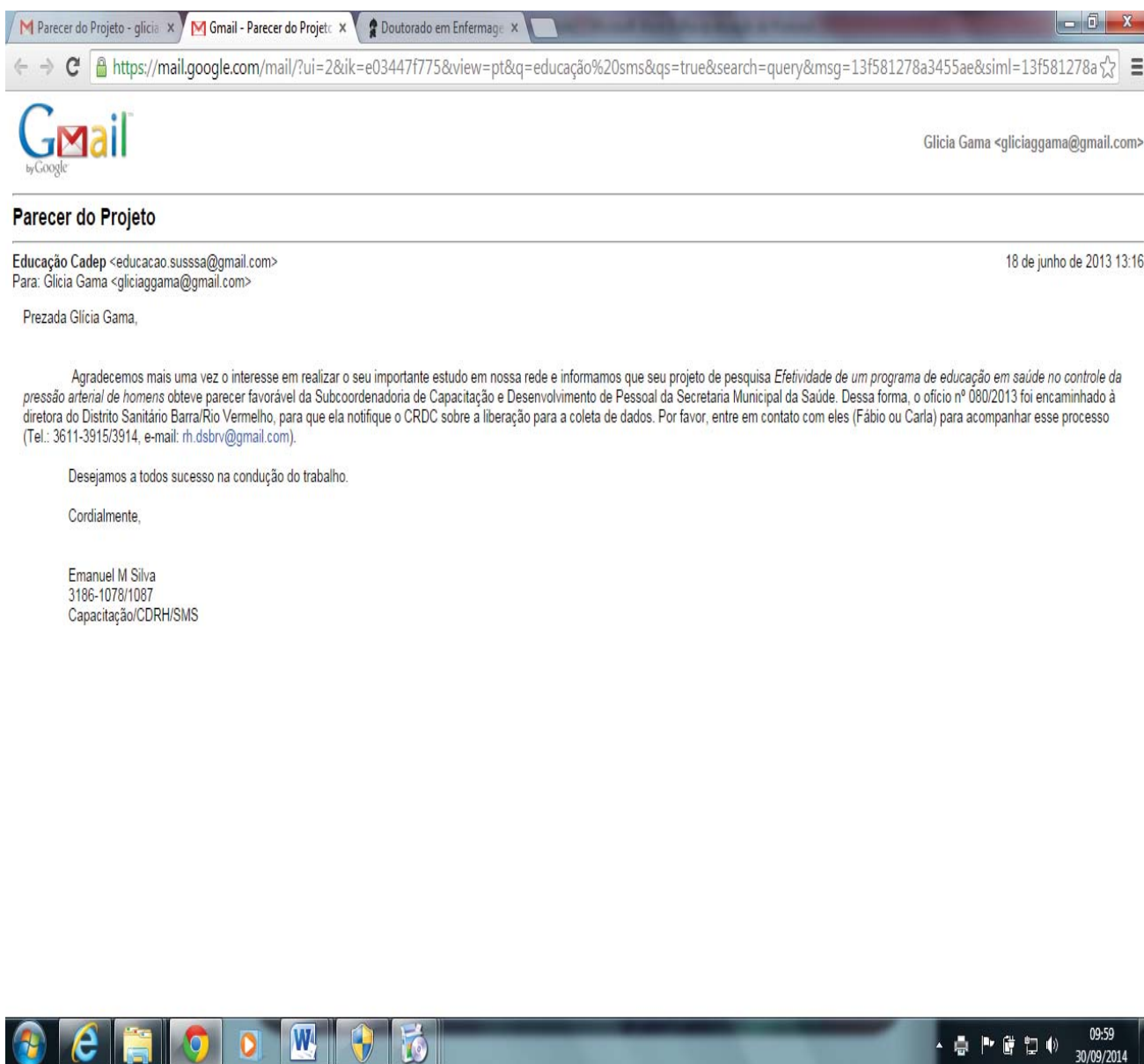
Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado homologa o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo Relator.

SALVADOR, 03 de Julho de 2013

Assinador por:
KARINA ARAUJO PINTO
(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 – G**Parecer da Subcoordenadoria de Capacitação de Desenvolvimento de Pessoal da
Secretária Municipal de Saúde – SMS**

M Parecer do Projeto - glicia x Gmail - Parecer do Projeto x Doutorado em Enfermag x

← → C <https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=e03447f775&view=pt&q=educa%20sms&q&search=query&msg=13f581278a3455ae&siml=13f581278a>

Gmail by Google Glicia Gama <gliciaggama@gmail.com>

Parecer do Projeto

Educação Cadeq <educacao.susssa@gmail.com> 18 de junho de 2013 13:16
Para: Glicia Gama <gliciaggama@gmail.com>

Prezada Glicia Gama,

Agradecemos mais uma vez o interesse em realizar o seu importante estudo em nossa rede e informamos que seu projeto de pesquisa *Efetividade de um programa de educação em saúde no controle da pressão arterial de homens* obteve parecer favorável da Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da Secretaria Municipal da Saúde. Dessa forma, o ofício nº 080/2013 foi encaminhado à diretora do Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho, para que ela notifique o CRDC sobre a liberação para a coleta de dados. Por favor, entre em contato com eles (Fábio ou Carla) para acompanhar esse processo (Tel.: 3611-3915/3914, e-mail: rh.dsbrv@gmail.com).

Desejamos a todos sucesso na condução do trabalho.

Cordialmente,

Emanuel M Silva
3186-1078/1087
Capacitação/CDRH/SMS

09:59
30/09/2014