



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**FRANCISCO AKISON LEITE**

**SAÚDE DO HOMEM: MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL EM  
PASSAGEIROS DE TRANSPORTE PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA  
GRANDE, PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

**FRANCISCO AKISON LEITE**

**SAÚDE DO HOMEM: MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL EM  
PASSAGEIROS DE TRANSPORTE PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA  
GRANDE, PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clésia Oliveira Pachú

CAMPINA GRANDE  
2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L533s Leite, Francisco Akison.

Saúde do homem [manuscrito] : Monitoramento da pressão arterial em passageiros de transporte público do município de Campina Grande, Paraíba / Francisco Akison Leite. - 2019.

31 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2019.

"Orientação : Profa. Dra. Clésia Oliveira Pachú , Departamento de Farmácia - CCBS."

1. Saúde do homem. 2. Promoção à Saúde.  
3. Hipertensão. I. Título

21. ed. CDD 616.132

**FRANCISCO AKISON LEITE**

**SAÚDE DO HOMEM: MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL EM  
PASSAGEIROS DE TRANSPORTE PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA  
GRANDE, PARAÍBA**

Artigo apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 10/06/2019.

**BANCA EXAMINADORA**



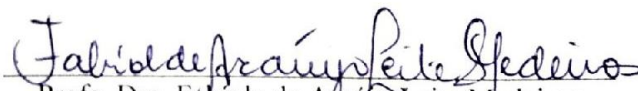
---

Profª. Drª. Clésia Oliveira Pachú (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Profª. Esp. Edivânia Porto  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Profª. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha amada mãe guerreira Alzenir e, minha família,  
que sempre fizeram o possível para que me fosse dada a  
educação que estava ao nosso alcance, DEDICO.

**A EXCELÊNCIA, PORTANTO,  
NÃO É UM ATO, MAS UM HÁBITO.**  
(Aristóteles)

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	06
2	REFERENCIAL TEÓRICO .....	08
2.1	Promoção a Saúde.....	08
2.2	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) .....	09
2.3	Hipertensão Arterial .....	11
3	METODOLOGIA .....	12
3.1	Metodologia das Intervenções.....	12
3.2	Local de Realização da Intervenção .....	13
3.3	1º Etapa: Abordagem.....	13
3.4	2º Etapa: Aferição da Pressão Arterial.....	13
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	14
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	21
	REFERÊNCIAS .....	22
	ANEXO FOTOS .....	27
	APÊNDICE- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	29

# SAÚDE DO HOMEM: MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL EM PASSAGEIROS DE TRANSPORTE PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA

Francisco Akison Leite<sup>1</sup>

## RESUMO

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

**Palavras-Chave:** Saúde do homem. Promoção da Saúde. Hipertensão.

## ABSTRACT

The non-transmissible chronic diseases represents the big cause of morbimortality in Brazil and around the world. Between it, systemic arterial hypertension results in disabilities with negative impacts to the economic life and losing quality of life. For institutional social and cultural issues, the man does not search for attendance of primary attention for health, consequently, prevents the adoption of measures the can promote this cares. In this context, it is necessary to accomplish continuous intersectoral interventions aimed at prevention of and controlling the systemic arterial hypertension. It was aimed to intervene socially on prevention and on the controlling between male passengers, users of public transportation of Campina Grande, Paraíba. We used active methodology and learning based in problems at the Campina Grande public transportation terminal, located downtown, with 89 men, during February to April 2019. It was observed that 59, 55% was diagnosed with systemic arterial

---

<sup>1</sup> Acadêmico de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I  
akisonleite123@gmail.com.



hypertension, while 40, 45% of these men presented normal blood pressure. It was reported by the attended men the following risk factors: sedentary lifestyle, obesity, BMI, abdominal circumference, smoking and alcoholism. Considering that the public health focus on the action to promote health and complications, is believed that the results will create possibilities to plan sustained actions that aim reduce the incidence of, systemic arterial hypertension between the target audience. The present intervention also contributes on promotion of intersectoral manager's reflection, as the public transportation companies, educational institutions and academics participants of the intervention, as well as the public transportation users.

**Keywords:** Men's Health. Health Promotion. Hypertension

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes representam as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), aparecendo em primeiro lugar entre as causas de morte precoce em todo o mundo. Trata-se de epidemia que tem acometido principalmente a população de baixa renda que são mais expostas aos fatores de risco, possuindo menor acesso a serviços de saúde, reduzindo a sua qualidade de vida, influenciando economicamente e fortalecendo as desigualdades e a pobreza (MALTA; SILVA, 2016).

As doenças crônicas de maior incidência na população brasileira foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), sendo a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde (BRASIL, 2011; MACHADO, 2014). Por ser uma doença que não apresenta sintomas, a HAS se caracteriza, principalmente, por início gradual, duração longa ou incerta, estando relacionada a múltiplos fatores que precisam ser investigados (ORTOLANI; GOULART, 2015).

Pesquisas têm demonstrado forte associação da HAS a fatores de riscos altamente prevalentes e modificáveis. Esses fatores também podem ser denominados como comportamentais, definidos pelo uso do tabaco, inatividade física e alimentação pouco saudável. Existem evidências científicas que mostram que quando não adotado estilo de vida saudável, o indivíduo chega a desenvolver 80% das Doenças Cardiovasculares, entre elas, HAS (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; SBC, 2016).

É inegável que o controle e o tratamento da HAS reduzem significativamente a mortalidade e morbidade por doença cardiovascular. Estudos apontam que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos através de terapia de prevenção primária (BRASIL, 2011). É extenso o desafio para profissionais de saúde manter seu monitoramento, no público masculino, visto que por não apresentar sintomas eles não procuram estes serviços para diagnóstico e/ou adesão ao tratamento. Inclusive, até estudos relacionados a avaliação da demanda masculina têm apontado a baixa adesão aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (SILVA; BOUSFIELD, 2016).

A influência de modelos de masculinidade nos jovens determina o estilo de vida e seus comportamentos de saúde mais à frente como aponta Mendes, Moraes e Gomes (2014). Uma característica da identidade masculina socialmente construída faz com que haja comprometimento na prevenção de futuras complicações ou ações preventivas para reduzir os fatores de risco que seriam evitadas se houvesse a procura à APS (MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

Um ponto que deve ser destacado, levando-se em consideração a construção social da masculinidade, é a concepção dos homens acerca da saúde e doença. Cuidados com a saúde podem expressar provável demonstração de fragilidade e feminilização, uma vez que

atribuem esta preocupação ao aspecto feminino. Essa “resistência masculina” à APS sobrecarrega os serviços especializados que poderiam ser evitados com prevenção, e acima de tudo, reduziria o sofrimento biopsicossocial do próprio sujeito e da família que preza pela conservação da saúde e da sua qualidade de vida (VIEIRA, 2013).

Será que há algum motivo epidemiológico para que os serviços de saúde formulem estratégias especiais para assistência ao público masculino? Justamente por essa falta da procura do homem a APS, inseriu-se no contexto do Programa “Mais Saúde: Direitos de Todos”, a Política Nacional De Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A política busca cessar os agravos decorrentes dessas atitudes que estavam constituindo verdadeiros problemas de saúde pública (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012; CAMPOS, 2017).

Buscando então promover a saúde, a PNAISH vem tentar reduzir as condutas perigosas para sua saúde que estavam concentradas em ações em torno da medicalização, e/ou recorrendo aos acessos dos serviços da atenção terciária. Assim, o acesso da população masculina aos serviços de saúde deveria ocorrer na atenção primária, interrompendo o ciclo da busca da assistência especializada, que sua demanda poderia ser acolhida na APS (BRASIL, 2009; MALTA, 2014;).

No entanto, dez anos após implementação ainda se pode observar a dificuldade de se trabalhar em promoção a saúde com a população masculina, intensificando cada vez mais a busca por assistência especializada, elevando os custos da saúde pública. Incluir a participação masculina em ações de saúde ainda são obstáculos a serem derrubados, e a PNAISH enfatiza que a modificação desse panorama requer mudança de paradigma e de atitudes (BRASIL, 2009; VIEIRA, 2013).

Diante dessas informações, compreende-se que a presença masculina nas Unidades Básicas de Saúde ainda é baixa. O presente artigo objetivou intervir socialmente na prevenção e controle da hipertensão arterial entre passageiros do sexo masculino usuários de transporte público coletivo.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Promoção da saúde**

Os estilos de vida eram debatidos numa perspectiva que colocavam os cidadãos como os únicos responsáveis pelo processo saúde/doença ao longo da vida. Após várias discussões e entendimento da suscetibilidade da população, baseada na Carta de Ottawa e nas Conferências de Saúde, começa a ser enfatizada a importância da promoção da saúde no mundo e como a saúde torna-se determinada socialmente (BRASIL, 2014; BRASIL 2015).

A partir da década de 1980 um novo conceito de promoção em saúde foi definido por Leavell e Clark, fortalecendo a autonomia do sujeito e grupos sociais. Segundo perspectivas dos autores mencionados reforçam a corresponsabilidade do Estado e do sujeito ressaltando a implementação de políticas públicas direcionadas para melhoria da saúde, enfatizando concepção de promoção destes cuidados no sentido de ser instrumento capaz de auxiliar a população que enfrenta situações de desigualdades sociais e econômicas, inadequação de moradia, restrições de direitos sociais, ampliando-se para necessidades de saúde individuais e coletivas (BRASIL, 2013, SOUZA, 2015; NASCIMENTO, 2018).

Portanto, a promoção da saúde vai além de promover cuidados assistenciais. É preciso identificar os fatores condicionantes e determinantes que são indispensáveis no planejamento destas ações. Segundo a Lei 8.080/90, os determinantes e condicionantes da saúde estão presentes no artigo 3º, com foco no indivíduo, família e ambiente, propiciando um bem-estar (BRASIL, 2015).

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2015).

Neste sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por meio da Portaria nº 2.446, enfatiza o conceito de promoção a saúde em seu Art. 2º com

[...] um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular sua ação com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014).

Pode-se dizer então que a caracterização da promoção da saúde é agir sob os protagonistas dos determinantes e condicionantes gerais, incentivando estratégias e condições que possam promover a organização de ambientes cada vez mais favoráveis à saúde. Logo, relacionar o sujeito com educação, habitação, alimentação, renda, meio-ambiente tornam-se pré-requisitos para que se alcance esta finalidade (PACHÚ, 2015; CORRÊA; MIRANDA; RIBEIRO, 2017; MALTA; SILVA, 2018).

Embora a Promoção da Saúde possa ser tomada por diversas e opostas interpretações, no livro “Promoção da saúde: A construção social de um conceito em perspectiva do SUS”, a autora, Rabello (2010), questiona a abordagem da Medicina comportamental. Em sua perspectiva teria-se outra visão dos determinantes sociais, focando apenas no estilo de vida, ou seja, uma abordagem a nível individual. No contexto, explicado por Rabello (2010) o homem pelo seu comportamento desenvolve o adoecimento apenas por seus próprios hábitos, ignorando os determinantes.

Diferentemente da Medicina comportamental adotada por alguns países como Estados Unidos, o Brasil, atua no campo de Vigilância em Saúde relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos. Os mecanismos adotados para prevenção de doenças implementando condutas que atendem as necessidades das propostas que viabilizem a promoção compreendendo a realidade de cada um (CAVALCANTI, 2019).

O Governo do Estado da Paraíba querendo efetivar promoção e educação em saúde no âmbito masculino, sanciona a Lei nº 8.772, de 15 de abril de 2009, instituindo a Semana Estadual da Saúde do Homem. Fortalecendo assim o desenvolvimento de estratégias e serviços destinados à prevenção de agravos a saúde da população masculina (BRASIL, 2009; PARAÍBA, 2009; FONTES, 2011; Leão e Silva et al., 2013). Seu Art. 1º infere sobre as atividades da Semana da Saúde do Homem

[...] serão desenvolvidas em todo o Estado da Paraíba, a partir de estruturas organizadas regionalmente, adotando-se todas as medidas necessárias a fim de atingir em cada região, todos os indivíduos do universo masculino. § 2º As campanhas publicitárias da Secretaria de Estado da Saúde conterão inserções com informações sobre os principais temas relativos à saúde do homem (PARAÍBA, 2009).

Mesmo com esta lei, ainda se demonstra como rotina para indivíduos do sexo masculino, de forma geral, o contato com a atenção secundária ou terciária, sendo comum recorrer aos serviços ambulatoriais e unidade de urgência. Quando o homem busca serviços de saúde suas principais queixas são dificuldades sexuais, hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes ou dores que os impossibilitem de trabalhar, pretendendo um único objetivo, que é a resolução dos seus problemas imediatos (NASCIMENTO, 2019).

A falta de campanhas promocionais a exemplo da campanha sazonal “Novembro Azul”, com informações acerca da importância da promoção em saúde, preveniria episódios de doenças crônicas ou o seu agravamento. Associar a adoção de hábitos saudáveis com a juventude, obtém como resultado um novo estilo de vida. Portanto a relação entre a saúde e homem vai além da especialidade da urologia, vista como a principal demanda deste grupo. (GIL,2017; BARROS 2018).

A promoção da saúde traz significado que vai além da prevenção de doenças. É necessário conscientizar os homens da necessidade de ter um estilo de vida saudável. O maior desafio dos profissionais e programas de saúde remete a fazer o público masculino chegue na atenção primária buscando prevenção de doenças e não com estas doenças já instaladas. No entanto, a falta de tempo, demora no atendimento e junção da ausência de profissionais faz homens não procurem a prevenção na APS (MALTA et al., 2016).

Sendo assim, faz-se necessário melhorar o sistema de saúde, principalmente para o público masculino que se utiliza mais da atenção terciária em relação às mulheres. É planejar outras possibilidades terapêuticas que possam ser prevenidas e tratadas ainda na APS e que satisfaçam melhor esta demanda a custo que possibilite a oferta para todas as pessoas, reduzindo gastos públicos com atenção secundária e terciária e cultura da medicalização (CONASS, 2011; LOPES et al., 2017).

## **2.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada por meio da Portaria Nº 1.944 de 27 de agosto de 2009, objetivando promover e nortear estratégias de saúde destinadas à população masculina. No entanto, mesmo existindo uma política pública específica visando diminuir os indicadores de morbidade e mortalidade masculina, dez anos depois se faz necessário promover estratégias e desenvolver ações que contribuam na melhoria da qualidade de vida desse público-alvo. (RIBEIRO, MIRANDA, 2017; FREITAS; CAMPOS; GIL, 2017).

O homem com idade acima de 20 anos possui 4,5 vezes menos chances de chegar aos 25 anos quando comparado a mulher no mesmo grupo etário. Neste sentido, a PNAISH assume o compromisso de agir em cinco grupos, onde estão os mais evidenciados problemas de saúde no público masculino: Causas Externas; Doenças do Aparelho Circulatório; Tumores; Doenças do Aparelho Digestivo e as Doenças do Aparelho Respiratório, (BRASIL, 2009). Desta forma, facilitar o acesso aos serviços da Atenção Primária a Saúde (APS) acerca da capacidade que tais serviços têm de realizar a prevenção e assistência a esses agravos (IBGE, 2016; MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014; CAMARGOS, 2014).

Diversas causas apontadas no PNAISH como problema de saúde podem ser prevenidas ou controladas, por meio de ações e estratégias cotidianas. Apesar dos progressos marcados após as implementações da PNAISH, ainda é apresentado desafios para os profissionais de saúde atrair o público-alvo. Assim, mesmo apresentando maior vulnerabilidade e as mais altas taxas de morbimortalidade, acabam procurando com menos frequência os serviços da APS, em contrapartida ao público feminino, que rotineiramente procura este serviço (TRILICO, 2015).

Diante do novo papel da mulher na sociedade moderna ela ainda se destaca na responsabilidade com o cuidado, mantendo ainda o paradigma de que o homem é o provedor da família, não podendo adoecer, chorar, forçando-se a ser resistente a todo momento. Essa dificuldade em reconhecer as suas necessidades, principalmente nos cuidados com sua saúde, os tornam mais suscetíveis as doenças (BARROS, 2018).

Culturalmente os homens se acostumaram a esquivar-se dos profissionais da saúde devido ao fato de acreditarem não estar vulneráveis a doenças. Os padrões culturais de

masculinidade que dizem que o homem “deve ser forte, ter corpo resistente e ser invulnerável”, são os responsáveis por estes comportamentos que dificultam acompanhamento mais global principalmente no início das doenças que incluem as ações de prevenção, promoção e cuidados com a saúde (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Concomitantemente, as barreiras socioculturais e institucionais impedem o acesso aos serviços públicos assistenciais, coincidindo com a jornada diária de trabalho. A faixa etária estabelecida pelo PNAISH, é a idade dos ativos no mercado de trabalho. Os horários de funcionamento, dificuldades para marcação de consultas, o longo período de espera entre a marcação e realização do atendimento são argumentos somados que resultam na ausência de prevenção a saúde. Contudo, esse comportamento também se adiciona a apreensão que homens têm em expor “uma fraqueza” e serem considerados por seus empregadores como funcionário dispensável (BRASIL, 2009; RIBEIRO; MIRANDA, 2017; FREITAS; CAMPOS; GIL, 2017).

Vale ressaltar que os obstáculos que impedem homens a buscar por assistência de promoção da saúde, também se vincula a Atenção Primária a Saúde (APS). O fato de lidar com demandas específicas, comprometendo ainda mais a evasão. Como exemplo podemos citar as atividades disponibilizadas para perfil masculino, que não possuem uma agenda diferenciada de atendimento, não há uma visita domiciliar específica, não sendo realizada ação pontual comprometida com a continuidade do vínculo com o usuário (NASCIMENTO, 2018).

Ademais, de forma genérica, tem-se certa resistência por parte da população que não compreende políticas de promoção a saúde voltada para o público masculino. Existe a crença na sociedade de que a saúde dos idosos e crianças necessita de mais investimentos, que políticas de saúde para homens são gastos desnecessários. Essa concepção pode ser reflexo da falta de inserção dos homens nos serviços de saúde, existindo assim a necessidade de inclusão (MOURA, 2014).

Logo, é possível reafirmar a importância das práticas de educação em saúde trabalhando para que os homens, em sua diversidade, sejam incluídos evitando esse obstáculo na prevenção. Desconstruir estereótipos deve ser algo primordial para que a PNAISH se torne resolutiva na sua abrangência. E assim, prevenir o desenvolvimento das doenças e seus agravos e evitando intervenções nas fases mais avançadas, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde, como também, interrompendo ou tentando suspender os riscos potenciais da automedicação, situação comum devido à falta da procura de prevenção ((ALBUQUERQUE, 2014; SOUZA et al., 2015; DANTAS; COUTO, 2018).

### **2.3 Hipertensão Arterial**

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta-se como doença crônica, comumente, princípio de uma doença cardiovascular, de morbidade e mortalidade prematuras, não existindo cura. São provocadas por diversos fatores, incluindo metabólicos, como dislipidemia, obesidade e Diabetes Mellitus (DM), que sustentam seus níveis pressóricos elevados ( $\geq 140 \times 90$  mmHg) havendo necessidade de tratamento medicamentoso e/ou mudança do estilo de vida que irá se estender por toda a vida (SBC, 2016; BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2017).

A pressão arterial pode se alterar por várias causas, porém, fisiologicamente devido à contração dos vasos sanguíneos, fazendo o coração bombear sangue com mais força elevando os níveis pressóricos, necessitando de diagnóstico precoce essencial para reduzir seus agravos. De acordo com o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 37, para ser considerado hipertenso o indivíduo deve verificar a pressão arterial em 3 dias distintos com intervalo mínimo de uma semana, mantendo os níveis pressóricos acima de 140x90 mmHg (BRASIL, 2013).

No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos acometendo sem nenhuma distinção tanto homens quanto mulheres de todas as classes sociais e de todas as idades. Mas, as pesquisas indicam prevalências entre o sexo masculino. Em mais de 40 estudos relatados na VII 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, a HAS se encontra mais significativa em homens de até 50 anos (BRASIL, 2013), igualando após essa faixa etária. Mesmo com estas constantes entre homens e mulheres, eles têm menores proporções de diagnóstico e controle. Deixando claro mais uma vez que homens apenas dão ênfase no cuidado agudo, e não na sua prevenção e no cuidado crônico (BRASIL, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia- SBC (2016) “a partir de 115 mmHg de pressão sistólica e de 75 mmHg de pressão diastólica, a cada 20 mmHg no primeiro caso e a cada 10 mmHg no segundo, dobra o risco de agravamentos cardiovasculares constantemente”, com impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015.

Por outro lado, existindo a possibilidade de redução da pressão arterial, as chances de minimizar os riscos para desenvolvimento de doenças como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), e Problemas Renais são ainda maiores (MACHADO; CAMPOS, 2015). Quanto mais precoce o diagnóstico e adesão ao tratamento, melhor será seu desfecho limitando as suas consequências (LOPES, 2017; CAMARGOS, 2014).

Quando se age precocemente, com estímulos vindos a partir das mudanças de estilo de vida, ou prevenção secundária com a medicação precoce mostra-se redução nas doenças cardiovasculares, impactando diretamente na morbimortalidade. Por exemplo, hipertensos com baixo e médio risco cardiovascular, beneficiam-se mais de ações de promoção de prevenção e de autocuidado do que hipertensos de alto risco cardiovascular, que necessitam de mais cuidados clínicos e de apoio para adesão aos tratamentos. (BRASIL, 2014).

O excesso de peso e a gordura central acarretam maior risco para o aparecimento de HAS, bem como a ingestão excessiva de sódio que pode ser consumida em diversas formulações. Sabendo que o sódio e a gordura abdominal elevam os níveis pressóricos, limitar seu consumo em até 5 gramas por dia, acaba tornando-se medida de prevenção primária para combater a elevação da Pressão Arterial (PA), além da perda de peso (BERNAL, 2017; ARRUDA; MARCON, 2018).

Todavia, a adesão ao tratamento da HAS é bastante complexa e sofre constantemente influência de origem multifatorial. Desta forma, é de suma importância agir diretamente nos fatores de risco modificáveis, como por exemplo, o excesso de peso, obesidade, ingestão de sal, ingestão de bebidas alcoólicas, sedentarismo e problemas socioeconômicos (BRASIL, 2006).

O acompanhamento do tratamento da hipertensão arterial deve ser realizado de forma efetiva, salientando que a HAS é comum no público masculino que geralmente deixa para depois ou interrompe o seu tratamento, seja ele medicamentoso ou por mudanças de hábitos. A atuação de ações educativas voltadas para toda população se torna essencial para prevenção desse agravo. Além disso, por intermédio da orientação quanto à restrição alimentar, quantidade de sal e/ou sódio, e da promoção de mudança no estilo de vida (MEV), é possível diminuir os fatores de risco para o surgimento de DCV, bem como manter os níveis pressóricos dentro dos padrões de normalidade ((BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Metodologia das Intervenções**

A intervenção social foi realizada por meio do projeto de extensão “Educação em Saúde: Doenças Crônicas Não Transmissíveis” vinculado Programa Educação e Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas (PEPAD) pertencente ao Núcleo de Educação e Atenção em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (NEAS/UEPB).

Utilizou-se de Metodologia Ativa do tipo Aprendizagem Baseada em Problemas, com 89 usuários do Terminal de Integração de Passageiros da área central de Campina Grande, Paraíba, no período de fevereiro a abril de 2019. Foram assistidos passageiros, profissionais ou visitantes do Terminal do sexo masculino, de 20 a 59 anos dispostos a participar voluntariamente da intervenção, presente no momento da intervenção no terminal de integração de transporte público do município de Campina Grande, Paraíba. Na determinação da idade deste estudo foi preconizada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

A Metodologia de Aprendizagem Ativa Baseada em Problemas se trata de procedimento que utiliza problemas coerentes com o nível de competência de cada estudante, a fim de iniciar, evidenciar e motivar a aprendizagem dos conhecimentos. Permite a aproximação do senso crítico com a realidade, requerendo análise das condições e situações para que se tenham soluções adequadas. Segundo Berbel (2015) a realidade deve ser observada pelos estudantes de várias formas e óticas, diferentemente da sala de aula que possui um personagem detentor do saber, e os demais são meros espectadores captadores das informações repassadas (VILLARDY; CYRINO; BERBEL, 2015; DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017).

A educação problematizada trabalha na construção de conhecimentos a partir das experiências vivenciadas de acordo com situações, problemas baseados em consoante com seu currículo que possam ser considerados aptos a exercer a sua profissão. O estudante interage com a cultura do indivíduo e o saber técnico-científico, trazendo o sujeito como protagonista no processo de construção do conhecimento, mantendo uma dinâmica com o meio popular e orientações teóricas e técnicas, facilitando também o aprendizado dos alunos. Sendo importante frisar que a Metodologia de Aprendizagem Ativa Baseada em Problemas tem a necessidade de trabalho contínuo não podendo haver ruptura (CYRINO; PEREIRA, 2004).

A intervenção no terminal de integração foi realizada em 3 etapas. Na primeira foi realizada abordagem e anotações de informações individuais, conforme roteiro da equipe NEAS (Apêndice A). Na segunda etapa, foi realizada a verificação do Índice de Massa Corpórea (IMC), Circunferência Abdominal (CA) e Pressão Arterial (PA) dos indivíduos do sexo masculino. Por fim, na terceira etapa realizou-se a educação em saúde de acordo com a necessidade de cada assistido. As informações foram dispostas no Programa Microsoft Office Excel 2010 para melhor visualização dos resultados.

#### **3.2 Local da Realização da Intervenção**

A intervenção foi realizada no Terminal de Integração de Transporte Público do município de Campina Grande, localizada na mesorregião do agreste paraibano, com população estimada de 407.754 habitantes distribuídos em aproximadamente 641 km<sup>2</sup> e três distritos: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista (IBGE, 2016).

O sistema de transporte público se apresenta gerenciado pela Superintendência de Trânsito e Transporte Públicos (STTP) contando com 4 empresas associadas. Estas atuam nos

transportes coletivos desde 2015 e permanecerão pelos próximos 15 anos, são elas, Viação Santa Rosa (Cabral), A. Cândido & Cia Ltda. (Expresso Nacional), o Consórcio Santa Maria; empresa Nacional de Passageiros Ltda (Transnacional) e Verônica Salete de Andrade Farias (Viação Cruzeiro), pertencentes ao Consórcio Santa Verônica (STTP, 2015).

### **3.3 1ª Etapa: Abordagem**

No acolhimento traçava-se o perfil do assistido com as características individuais: idade, presença de DCNT's autorreferidas e fatores de risco como sedentarismo, consumo excessivo de álcool e/ou tabaco. Em seguida aferia-se IMC, CA e a PA dos assistidos. Os instrumentos utilizados: Ficha de controle/cadastro dos participantes (Apêndice A); estetoscópio; esfigmomanômetro; balança digital/balança mecânica antropométrica; fita métrica.

A mensuração das medidas de peso e altura foram realizadas de acordo com o preconizado pelo Manual de Antropometria da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2013), realizada em balança calibrada de maneira ortostática. A altura seguiu o mesmo padrão de avaliação onde o assistido deveria ficar em pé, descalço, com cabeça erguida, olhando para ponto específico, com calcanhares e ombro tocando o antropômetro. A circunferência abdominal foi medida no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca, na altura do umbigo (PESQUISA NACIONAL EM SAÚDE, 2013).

### **3.4 2ª Etapa: Aferição da Pressão Arterial**

A aferição da Pressão Arterial foi efetuada em consonância com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. O aparelho para aferição da Pressão Arterial (PA) utilizado foi o modelo mecânico com a escala de 0 a 300 mmHg, com a Braçadeira tamanho adulto (24 a 30 cm) juntamente com estetoscópio, com a atenção necessária para posicionamento do ponteiro e adequação da campanula na artéria braquial, localizada na fossa cubital no braço (BRASIL, 2013; SBC; 2016).

Não foi aferida a pressão arterial se, no momento da intervenção, a bexiga estivesse cheia, caso o assistido tivesse fumado há poucos minutos, ingerido café ou bebidas alcoólicas ou realizado exercícios físicos, sendo necessário aguardar de 30 minutos a 60 minutos, evitando assim níveis pressóricos alterados (SBC; 2016).

No momento da aferição o assistido era instruído a não conversar. Possíveis dúvidas eram esclarecidas antes ou depois do procedimento. Todos ficaram na posição ideal: sentado, com o braço apoiado da altura do coração com a palma da mão para cima e pernas descruzadas. Era inflada a pêra do esfigmomanômetro rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg, auscultando o primeiro som de Korotkoff (sístole) e, desinflada até o desaparecimento dos sons de Korotkoff (Diástole) (MALAQUIAS, 2017). A aferição foi sempre repetida nos casos de PA muito elevada, em membro contrário. Caso houvesse diferença em 2 scores, era considerado a média das medidas.

Na terceira etapa, realizaram-se atividades educativas de acordo com a necessidade de cada homem, conforme detalhamento nos resultados.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

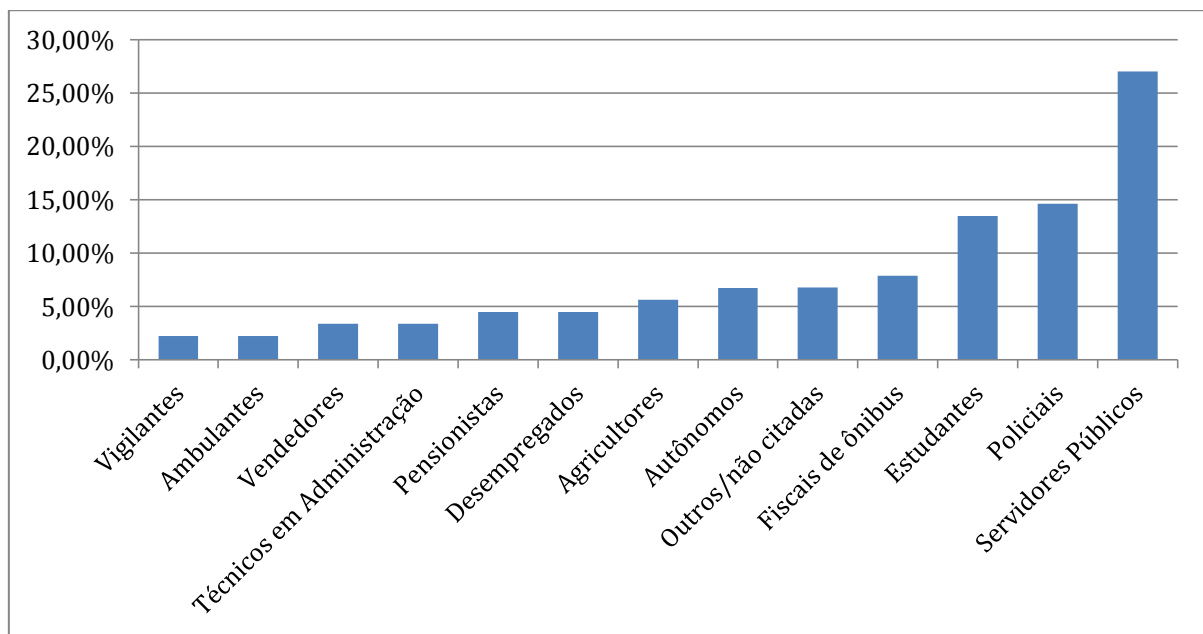
Por ser local estratégico em que circulam mais de 30 mil passageiros por dia (STTP, 2015) foram assistidos voluntariamente 89 usuários da intervenção do projeto de extensão "Educação em Saúde: Doenças Crônicas não Transmissíveis" da faixa etária de 20 a 59 anos, do sexo masculino. Realizou-se o cálculo do IMC, a verificação da CA e o monitoramento da



Hipertensão Arterial Sistêmica e simultaneamente ações educativas de saúde para prevenção de doenças cardiovasculares. Hipertensos ou não, eram estimulados a manter ou iniciar estilo de vida saudável, com objetivo de manter os níveis pressóricos nos padrões de normalidade.

Em relação aos trabalhadores dos participantes, observou-se mais de 20 atividades laborais entre os usuários. Sendo a maioria servidores públicos (27,00%), policiais (14,60%), estudantes (13,48%), fiscais de ônibus (7,86%), outros/não citadas (6,75%), autônomos (6,74%), agricultores (5,61%), desempregados (4,49%), pensionistas (4,49%), técnicos administrativos (3,37%), vendedores (3,37%), vigilantes e ambulantes (2,24), como mostrado no Gráfico 1.

**Gráfico1 – Trabalhadores participantes da Intervenção realizada com passageiros de ônibus, no Terminal de Integração da cidade de Campina Grande.**



**Fonte: O autor, 2019.**

A educação em saúde possui importante papel na prevenção de morbidades, em especial, tratando-se de doença assintomática e com lenta progressão característica de toda doença crônica, uma parte significativa da população não sabe que é hipertensa e não são tratados adequadamente de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Na Tabela 1, se percebeu que dos 36 adultos autorreferidos normotensos, 33,33% estavam com os níveis pressóricos alterados, elevados acima de 120 x 80 mmHg, ressaltando a informação que Leão e Silva et al. (2013) trazem de que cerca de 1/3 dos adultos brasileiros possam ser rotulados como hipertensos.

No tocante às pessoas com HAS autorreferidas verificou-se alto nível comparado às pessoas que apresentaram situação normotensa. Constatou-se que os usuários que apresentavam apenas a hipertensão era de 42,70%, enquanto 40,45% dos assistidos apresentaram-se normotensos (Tabela 1). Quando em combinação com diabetes, o percentual de homens diagnosticados com a HAS sobe para 59,55%, pois quem possuía as duas DCNTs representavam 16,85%, e normotensos com níveis pressóricos alterados somavam 33,33%.

Tabela1–Índice dos atendimentos da população masculina

VARIÁVEL	N	%
<b>Diagnosticados Autorreferidos</b>		
HAS	38	42,70
HAS/DM	15	16,85
HAS Total	53	59,55
<b>Sem Diagnóstico</b>		
Normotensos	36	40,45
Normotensos/Alterados	12	33,33

Fonte: O autor, 2019.

Na relação das faixas etárias pôde-se notar que houve predominância dos 50 a 59 anos, em seguida dos 30 a 39 anos, posteriormente da faixa etária dos 40 a 49 anos e por último a faixa etária dos 20 a 29 anos, as porcentagens foram de 50,94%; 37,73%; 7,55%, e 3,78% respectivamente, como observado na Tabela 2 (BRASIL, 2013). No estudo de Viera (2013), ao associar a faixa etária com a procura dos usuários por atendimento de saúde em uma UBS, revelou-se que dos 175, foi identificado o predomínio da faixa etária de 45 e 54 anos, com 58 (33,2%) homens, seguida das faixas etárias de 25 a 34 anos, com 43 (24,5%), e 35 a 44 anos, com 38 (21,7%).

Tabela 2– Relação entre a faixa etária dos participantes

VARIÁVEL	N	%
<b>Faixa Etária dos Assistidos</b>		
20 a 29 anos	10	3,78
30 a 39 anos	27	37,73
40 a 49 anos	10	7,55
50 a 59 anos	42	50,94
<b>Faixa Etária dos Hipertensos</b>		
20 a 29 anos	2	3,77
30 a 39 anos	22	41,51
40 a 49 anos	4	7,55
50 a 59 anos	25	47,17

Fonte: O autor, 2019.

Quando questionados acerca da presença da HAS na faixa etária que já possuía o diagnóstico, pode-se notar que houve a predominância dos 50 a 59 anos com 47,17%, dos 30 a 39 anos: 41,51%, 40 a 49anos: 7,55%, e 20 a 29 anos: 3,77%, ainda, visualizados na Tabela 2. Do mesmo modo observa-se a prevalência da HAS (50%) na faixa etária maior que 50 anos no Caderno de Atenção Básica-Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Embora o primeiro lugar entre os fatores acerca das causas de morte na população masculina advenha das causas externas acometendo adultos jovens de 20 a 39 anos, é a faixa etária onde há menos interesse na promoção da saúde, como mostrado na Tabela 2. A faixa etária dos 50 a 59 anos apresentou maior participação na intervenção. Segundo o Ministério da Saúde esta é a idade que as doenças do aparelho circulatório crescem progressivamente (BRASIL, 2006).

Apesar de ter sido realizada busca ativa, o interesse do público-alvo ainda era insatisfatório, em relação a procura voluntária do sexo feminino pela presente intervenção. Os autores Mendes; Moraes e Gomes (2014) atribuem essa possível falta de interesse em prevenção ao estímulo sociocultural de que homem não deve ser frágil. Quanto mais jovens, maior a ausência de identificação dos homens com os serviços oferecidos, chegando a não compreender a importância da prevenção.

A educação em saúde permite alteração no estilo de vida modificando diretamente a condição de saúde do indivíduo, e o hábito de exercícios físicos regulares repercute em sua saúde. A Tabela 3 expõe a relação entre sedentarismo e portadores das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), observando-se tendência de quem não pratica atividade física. Os não praticantes de atividades físicas são a maioria, num total 60,67% contra 39,33% que praticam. De acordo com estudo realizado por VAZ et al. (2018) a consequência do crescimento do sedentarismo acomete a faixa etária de 40 a 59 anos, responsável por 25% das internações hospitalares, sendo 70,5% de todo atendimento prestados são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

**Tabela 3– Índice do sedentarismo dos participantes**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sedentários em geral</b>		
Sedentários	54	60,67
Não sedentários	35	39,33
<b>Sedentários hipertensos</b>		
Sedentários	34	64,15
Não sedentários	19	35,85

**Fonte: O autor, 2019.**

O Estudo “Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente” aponta o sedentarismo em 77% da população estudada e 50% dos hipertensos não praticavam exercícios físicos (CARVALHO, 2016). Estando em

concordância com a presente intervenção que prevaleceu HAS autorreferida nos sedentários, 64,15%. Carvalho (2016) ainda percebeu em seu estudo que dos 172 pacientes atendidos no Centro Hiperdia de Viçosa – MG, 44% apresentavam dislipidemia, como consequência da falta de atividade física.

Este dado não diverge dos relatos de Macedo et al. (2017) que demonstra a frequência do sedentarismo (51%) maior que o sobrepeso (18,3%) e tabagismo (36,6%) dos hipertensos. Já, Leão e Silva et al. (2013) afirmam em sua pesquisa que a obesidade e o excesso de peso na população têm crescido bastante no Brasil e, junto com ela, o sedentarismo proporcionalmente.

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

O hábito de praticar alguma atividade física faz bem para mente e corpo, e os benefícios vão além da perda de peso. Contudo, estudos epidemiológicos revelam que pacientes obesos apresentam HAS com maior frequência, sendo 75 % nos homens, como consequência do sobrepeso ou obesidade. Por conta do excesso de peso a gordura abdominal aumenta também, outro fator que se encontra diretamente relacionado ao aparecimento de HAS (SILVA et al., 2017).

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

Os dois tipos de massas, magra e gorda, têm o mesmo peso, sendo o músculo mais compacto, ocupando menos espaço no corpo que a massa gorda. Em atletas a quantidade de massa magra é maior, diferentemente dos idosos que perdem massa por questões fisiológicas, trazendo diferença mesmo ambos dispendo do mesmo peso. Neste sentido, a medida da Circunferência Abdominal juntamente com o IMC de forma combinada demonstra parâmetros para realização de prevenção primária tanto para obesidade quanto para HAS, gênese das DCV (CALVALCATI et al., 2019).

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

Em suma, o IMC não está na totalidade correlacionado com a distribuição da gordura corporal, em especial a gordura central, por isso a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a medida da circunferência abdominal associada ao IMC ou isolada tem se mostrado suficiente para estabelecer risco para DCV (TAVARES et al., 2015).

Ao intervir na população masculina referente ao IMC observou-se na população a apresentação abaixo do peso (0%), com o peso ideal (19,10%), sobrepeso (52,81%), obesidade grau I (12,36%), obesidade grau II (13,48%), e obesidade grau III (2,25%). A Tabela 4 mostra o estado nutricional tanto dos homens em geral, quanto dos hipertensos, com predominância do sobrepeso (49,06%) aos diagnosticados com a HAS.

**Tabela 4 - Índice de Massa Corpórea dos participantes**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>IMC dos assistidos em geral</b>		
Abaixo do peso	0	0
Peso ideal	17	19,10
Sobrepeso	47	52,81
Obesidade I	11	12,36
Obesidade II	12	13,48
Obesidade III	2	2,25
<b>IMC dos assistidos hipertensos</b>		
Abaixo do peso	0	0
Peso ideal	4	7,55
Sobrepeso	26	49,06
Obesidade I	10	18,87
Obesidade II	11	20,75
Obesidade III	2	3,77

**Fonte: O autor, 2019.**

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

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

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

Na intervenção da circunferência abdominal os homens, em geral, 28,09%, apresentavam a CA  $\geq$  102cm, e 71,91% estavam com a CA  $\leq$  101cm. Bastante similar com a pesquisa da ABESO (2016) que demonstra o excesso de peso aumenta com a idade, principalmente para homens, que chega a 50,4% na faixa de 50 a 59 anos.

**Tabela 5 – Índice dos atendimentos da Circunferência Abdominal**

VARIÁVEL	N	%
<b>Circunferência abdominal em geral</b>		
< 101cm	64	71,91
$\geq$ 102cm	25	28,09
<b>Circunferência abdominal em hipertensos</b>		
< 101cm	26	49,06
$\geq$ 102cm	27	50,94

**Fonte: O autor, 2019.**

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

Referente aos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da hipertensão, como o uso do tabaco e do álcool (Tabela 6), dos 89 atendimentos, 7,87% relataram ser tabagistas e 46,06% afirmaram ser etilistas, além de que 8,99% disseram fazer uso das duas substâncias. Contudo, 37,08% informaram não fazerem uso de nenhuma das duas substâncias. Quando avaliado apenas os hipertensos com uso das substâncias, os percentuais aumentam em todos os fatores, etilistas (58,49%), tabagistas e etilista (11,32%), permanecendo os percentuais dos tabagistas (7,55%) e, diminuindo os do que não fazem uso de nenhuma substância formaram 22,64%.

Notamos entre os participantes da presente intervenção realizada na integração de ônibus, um aumento dos etilistas com o diagnóstico da HAS. Diferentemente do tabaco, o consumo do álcool não é restrito, o que pode levar os homens a consumir de maneira excessiva. Este consumo mostrou-se maior quando comparado a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2013), de 21,6%, o que não é nada promissor em relação aos participantes da intervenção realizada na integração. O grupo dos hipertensos chegaram a consumir mais bebidas alcoólicas (58,49%), do que os não hipertensos (46,06%). Quando o álcool em associação com o tabaco, os percentis dos grupos crescem significativamente. Seu consumo em excesso traz o alerta importante de que o álcool está intimamente relacionado ao surgimento da HAS e ao descontrole pressórico dos pacientes hipertensos em tratamento (BRASIL, 2013). Acerca do tabagismo e também do etilismo, a sua abstenção ou restrição ao seu uso necessita de uma avaliação do contexto social a que esse indivíduo está inserido.

Tabela 6 – Índices de etilismo e tabagismo

VARIÁVEL	N	%
<b>Público em geral</b>		
Etilista	41	46,06
Etilista e tabagista	8	8,99
Tabagista	7	7,87
Não etilista/tabagista	33	37,08
<b>Hipertensos</b>		
Etilista	31	58,49
Etilista e tabagista	6	11,32
Tabagista	4	7,55
Não etilista/tabagista	12	22,64

Fonte: O autor, 2019.

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

É indispensável, para compreensão em nível de maior complexidade, saber que o hábito de fumar antes visto como estilo de vida passou a ser identificado como dependência química. Quem queria cessar o vício era aconselhado a participar do Programa de Educação e Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas (PEPAD), vinculado ao NEAS, que em parceria com UFCG e UNINASSAU mantém parceria com o Programa de Tratamento Multidisciplinar de Tratamento de Tabagistas (PMTT). Os homens acima de 50 anos apresentam maiores dificuldades em abandonar o cigarro, além de pertencerem a faixa etária onde são encontrados os maiores percentuais dos níveis pressóricos elevados (BELTRAME, 2018).

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

Quanto aos níveis pressóricos dos hipertensos (Tabela 7), dos 89 atendimentos, 59,55% relataram serem diagnosticados com a HAS, onde os mesmos fazem uso de medicação. Para os hipertensos categorizados no estágio III acionava-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), devido à Crise hipertensiva com risco de deterioração de órgão-alvo ou de vida em potencial (Figura 3). Os hipertensos com baixo e

médio risco cardiovascular se beneficiam mais de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de autocuidado (BRASIL, 2014).

**Tabela 7–Níveis pressóricos dos hipertensos atendidos**

VARIÁVEL	N	%
<b>Níveis Pressóricos</b>		
Normal	5	9,43
Pré- hipertensão	10	18,87
Hipertensão estágio I	15	9,43
Hipertensão estágio II	30	56,60
Hipertensão estágio III	3	5,67

**Fonte: O autor, 2019.**

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

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

Mesmo após a implementação da PNAISH, ainda há lacunas abertas que atrapalham o acesso ao serviço de promoção a saúde. Contudo, entre os assistidos que possuíam fatores de risco ou já diagnosticados com HAS, o grupo NEAS promoveu adesão ao estilo de vida saudável, aconselhando acerca dos hábitos do homem, muitas vezes não preparado para mudança. Os que faziam uso de algum tratamento terapêutico receberam orientações para dar continuidade ao acompanhamento com o médico responsável, favorecendo o tratamento. Em casos de hipertensos com níveis pressóricos elevados se aconselhou procurar novamente assistência do cardiologista para reavaliar o tratamento diante daquela situação.



Como limitação desta intervenção houve a baixa participação do público masculino, quando comparada ao número de 30 mil passageiros por dia. Outro fator importante foi o tempo curto da presente intervenção no terminal de integração de ônibus, somado a falta de tempo dos usuários para aguardar a realização das ações educativas já que poderiam perder o ônibus e atrasarem seus compromissos.

Outro fator preocupante era que os hipertensos possuíam carências de informações sobre saúde. A educação em saúde tem que ser com informações claras e eficazes para que proporcionem um melhor entendimento sobre a doença crônica. A hipertensão, por ser assintomática, alguns hipertensos não realizam de forma eficaz a adesão terapêutica e mesmo tendo iniciado um tratamento medicamentoso é preciso associar ambos métodos o estilo de vida saudável e adesão terapêutica para se ter uma melhor qualidade vida.

Destarte, poucos programas contemplam esse público, mas atividades realizadas por meio do projeto “Ações Educativas em Saúde: Doenças Crônicas Não Transmissíveis” se mostraram importantes instrumentos de prevenção da HAS, evidenciando ser uma intervenção vantajosa. De forma compartilhada e intersetorial por parte de todos e em especial de futuros profissionais da saúde, a equipe buscou corresponder as necessidades da comunidade. Ademais, é muito satisfatório o sentimento de dever cumprido por termos participado do projeto, buscando em cada intervenção o máximo de aproveitamento das experiências com a certeza de contribuir para melhorar a qualidade de vida da população, além de levar o aprendizado para nossa vida profissional.

## REFERÊNCIAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4ª ed. São Paulo: ABESO; 186 p.

ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 607-614, 2014.

ARRUDA, Guilherme Oliveira de; MARCON, Sonia Silva. Comportamentos de Riscos à Saúde de Homens da Região Sul do Brasil. **Texto contexto - enferm., Florianópolis**, v.27, n.2, 2018.

BARRETO, Mayckel da Silva; CARREIRA, Lígia; MARCON, Sonia Silva. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**. v. 18, n. 1, p. 325-339. Março 2015.

BARROS, Camylla Tenório et al. “Mas se o homem cuidar da saúde fica meio que paradoxal ao trabalho”: relação entre masculinidades e cuidado à saúde para homens jovens em formação profissional. **Saude soc.**, v.27, n.2, p.423-434, 2018.

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

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

BRASIL, Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Altera a lei nº 8.080/1990, que disciplina os serviços privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 ago. 2009.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. –Brasília: CONASS, 2011.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos. Estimativas de expectativa de vida com doenças crônicas de coluna no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 06, 2014, p. 1803-1811.

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

CAVALCANTI, Marcos Vinicius de Araújo et al. Hábitos de vida de homens idosos hipertensos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, 2019.

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

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DANTAS, Suellen Maria Vieira; COUTO, Marcia Thereza. Sexualidade e reprodução na Política Nacional de Saúde do Homem: reflexões a partir da perspectiva de gênero. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, n. 30, p. 99-118, 2018.

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

FONTES, Wilma Dias de et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011.

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

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População estimada 2016: Campina Grande - Paraíba**. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250400>. Acesso em: 15 mar. 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**; 2014.

KNAUTH, Daniela Riva; COUTO, Márcia Thereza; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012 .

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SILVA, Geórgia Sibeles Nogueira Da. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012 .

LEAO E SILVA, Leonardo Oliveira et al. Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. **Cad. saúde colet.**, v. 21, n. 2, p. 121-128, June 2013 .

LOPES, Ignês Beatriz Oliveira et al. Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde no Estado Da Bahia: Ênfase na Atividade FÍSICA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, 2017.

MACEDO, Joyce Lopes et al. Epidemiological profile of arterial hypertension in a maranhense municipal. **ReonFacema**, v.3, n.4. p.693-698, 2017.

MACHADO, Luis Eduardo; CAMPOS, Renata. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública. **Saúde Meio Ambient.** v. 3, n. 2, p. 53-61, 2014.

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

MALTA, Deborah Carvalho et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, n. 3, p.47-65, set. 2006 .

MALTA, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016 .

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, dez. 2011 .

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta Maria Alves da. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5 p. 1350, 2018.

MENDES, Gisele Soares; MORAES, Clayton Franco; GOMES, Lucy. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.

MOREIRA, Renata Livia Silva Fonsêca; FONTES, Wilma Dias de; BARBOZA, Talita Maia. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, v.18, n.4, p.615-621, 2014.

MOURA, Erly Catarina de et al . Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014.

NAGHAVI, Mohsen. et al. Global, regional, and national age-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**. v.385, n.9963, p.117-171, 2015.

NASCIMENTO, Ilca Maria et al. A Saúde do Homem: Um estudo reflexivo na ótica das ações de promoção à saúde. **Revista Pró-UniverSUS**. v. 9, n. 2 p. 41-46, 2018.

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

PACHÚ, Clésia Oliveira. (Organizadora). **Direitos sociais: o Artigo 6º da Constituição Federal e suas efetividades** [Livro eletrônico]. Campinas Grande: EDUEPB, 2015.

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

POLIDORO, André Alexey; KOLLING, Marcelo Garcia. Qualidade de vida dos pacientes hipertensos em uma unidade de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-7, 2016.

RABELLO, LS. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 228 p.

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

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

SOUZA, Luiz Gustavo Silva et al . Intervenções Psicossociais para Promoção da Saúde do Homem em Unidade de Saúde da Família. **Psicol. cienc. prof., Brasília**, v. 35, n. 3, p. 932-945, 2015.

STTP. Superintendência de Trânsito e Transportes Públicos. Dois consórcios do sistema de transporte coletivo de Campina Grande entrarão em operação a partir desta quarta-feira. 04 de agosto de 2015. Disponível em:< <http://sttpcg.com.br/dois-consorcios-do-sistema-de-transporte-coletivo-de-campina-grande-entrarao-em-operacao-a-partir-desta-quarta-feira>>. Acesso em: 20 de jan. de 2019

TAVARES, Maria de Fátima Lobato. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.27, n.9, p. 1865-1866, Sept. 2011.

TRILICO, Matheus Luis Castelan et al. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. **Trab. educ. saúde**, v. 13, n. 2, p. 381-395, ago. 2015 .

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

VIEIRA, Katiucia Letiele Duarte et al. Atendimento da População Masculina em Unidade Básica Saúde da Família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 17, n. 1, p. 120-127, 2013.

VIGITEL BRASIL 2014. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. [Internet].

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

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

**ANEXO****Figura 1 - Membros NEAS, Grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.**

Fonte: O autor, 2019.

**Figura 2- Membros NEAS realizando atividades propostas pelo projeto.**

Fonte: O autor, 2019.



**Figura 3 - Membros NEAS colaborando com o SAMU em uma crise hipertensiva.**



**Fonte: O autor, 2019.**





## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, em especial a minha mãe, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos da graduação. Nos momentos mais difíceis ela que me aconselhava a não desistir, me incentivando a acordar pegar o ônibus e iniciar a rotina, mesmo querendo apenas voltar para casa e desistir de tudo por saudades. Sempre esteve feliz em me dar o que ela não pode ter.

Agradeço aos professores, especialmente a Professora Edivânia e a Professora Fabíola. Eu nunca mais fui o mesmo depois de ter sido aluno de vocês, e sempre aplico seus ensinamentos no meu dia a dia. A professora Edivânia sempre ficará na minha memória a sua alegria e obrigado por ser nosso Uber.

Agradeço ao grupo NEAS/PEPAD, em especial a minha orientadora e coordenadora do grupo, Clésia Pachú, que trabalha tanto por seus alunos. Ela sabe puxar a orelha da gente nos momentos certos, mas faz tudo com amor e não deixa que lhe escape a humanidade, característica que muitos perdem.

Agradeço também a minha turma por enfrentar muitas crises junto comigo, greves e ainda assim continuarmos acreditando no propósito maior de nossos sonhos. Em especial a Mércia, Tatiely, Ingrid os estágios não seria o mesmo sem vocês. A Kelly, que ainda possamos continuar como dupla fazendo cada vez mais sucesso, como fizemos na graduação.

A Paulo, pela força e palavras... sempre corrigia meus trabalhos antes de enviá-los aos professores. Assim, eu podia sempre perceber a necessidade de reescrevê-los. Sempre me ajudou, me aconselhou, me suportou e sou grato por tudo. Obrigado por sempre me motivar a dar o melhor de mim.