

Atuação do enfermeiro na saúde do homem quanto à prevenção do diabetes mellitus e da hipertensão arterial

Juliano de Andrade Ribeiro¹, juliano.ribeiros@bol.com.br; **Soraya Lúcia do Carmo da Silva Loures**²

1. Graduado no curso de Farmácia da Faculdade de Minas, Muriaé, MG;
2. Mestre em Saúde e Meio Ambiente pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC); professora na Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé (MG).

RESUMO: Este estudo objetiva avaliar o nível de conhecimento da população masculina cadastrada no PSF Safira sobre a prevenção do diabetes mellitus e da hipertensão arterial. Para tanto, foi aplicado um questionário direcionado a 40 homens, cuja faixa etária variou entre 22 e 86 anos. Observou-se, com a pesquisa, que a maioria do público entrevistado tem acima de 40 anos, fator este considerado de risco para o DM e também para a HA. Contudo, a maioria não possui DM, mas, por outro lado, é portador de HA. Como em outras pesquisas, constatou-se também que grande parte somente procura os serviços de saúde quando se sente mal. Observou-se também que grande parte demonstrou ter conhecimento sobre as patologias, as formas de prevenção, contudo, parcela significativa disse não ter conhecimento sobre os sintomas. Dessa forma, estes resultados reforçam a importância da Educação em Saúde, sobretudo, em relação ao papel do enfermeiro no sentido de realizar estratégias educativas voltadas a saúde do homem, de forma

que possa alertar esse público a importância de buscar com mais frequência os serviços de saúde.

Palavras-chave: saúde do homem, diabetes mellitus, hipertensão arterial, enfermagem.

RESUMEN: Desempeño del personal de enfermería en la salud humana para la prevención de la diabetes mellitus y la hipertensión. Este estudio tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de la población masculina registrado en el PSF Safira en la prevención de la diabetes mellitus y la hipertensión. Por lo tanto, un cuestionario aplicado a 40 hombres, cuyas edades oscilaban entre 22 y 86 años se aplicó. Se observó, a través de la investigación, que la mayoría de las personas entrevistadas tenían más de 40 años, un factor considerado en riesgo de diabetes y también para HA. Sin embargo, la mayoría no tienen diabetes, pero por otro lado, lleva a HA. Al igual que en otros estudios, también se constató que la mayoría sólo buscan servicios de salud cuando se encuentra mal. Hay también demostrado tener mucho conocimiento acerca de las enfermedades, los métodos de prevención, sin embargo, una parte significativa dijeron que no tenían conocimiento de los síntomas. Por lo tanto, estos resultados refuerzan la importancia de la educación para la salud, en particular sobre el papel de la enfermera con el fin de lograr estrategias educativas centradas en la salud humana, por lo que pueden alertar al público sobre la importancia de buscar los servicios de salud con mayor frecuencia.

Palabras llave: salud humana, diabetes mellitus, hipertensión, enfermería.

ABSTRACT: Performance of nurses on human health for the prevention of diabetes mellitus and hypertension. This study aims to evaluate the level of knowledge level of the male population registered with the PSF Safira on the prevention of diabetes

mellitus and hypertension. Therefore, a questionnaire given to 40 men, whose ages ranged between 22 and 86 years was applied. It was observed, through research, that most of the interviewed people were over 40 years, a factor considered at risk for diabetes and also for HA. However, most do not have diabetes, but on the other hand, carries HA. As in other studies, it was also found that most only seek health services when they feel unwell. There was also shown to have much knowledge about the diseases, prevention methods, however, a significant portion said they had no knowledge about the symptoms. Thus, these results reinforce the importance of health education, particularly regarding the role of the nurse in order to achieve educational strategies focused on human health, so that they can alert the public to the importance of seeking for the health services more often.

Keywords: human health, diabetes mellitus, hypertension, nursing.

Introdução

Dentre as patologias que afetam a população mundial, as doenças crônicas representam a principal causa de mortalidade e incapacidade, sendo observadas principalmente as doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, obesidade, câncer e doenças respiratórias (OPAS, 2003).

No Brasil, o diabetes mellitus (DM), segundo estima o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, atingiu cerca de 7,77 milhões de pessoas com 18 anos. Se considerar que cerca de 30% da população desconhece que possui a doença, esse número pode chegar a cerca de 11 milhões de brasileiros. Já o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) aponta que podem existir cerca de 17 milhões de brasileiros portadores de HA, 35% da população de 40 anos ou mais. E esse número é crescente. Seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras.

Considerando que o DM e a HA são patologias que atingem a população de modo geral, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) alertam que os homens

padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres. Normalmente, a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens.

Dessa forma, levando em conta que os homens são mais suscetíveis as doenças, sobretudo, pela baixa adesão aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) lançou a Política Nacional de Saúde do Homem, que tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. A iniciativa é uma resposta à observação de que as doenças crônicas, que afetam também o gênero masculino são um problema de saúde pública. Logo, a prevenção destas doenças torna-se indispensável para que o sujeito não adoença e possa desfrutar de melhor qualidade de vida.

A escolha do tema justifica-se pela a necessidade de implantar ações que promovam a conscientização da população masculina quanto à importância da prevenção do DM e da HA, visando, sobretudo, aumentar a adesão aos serviços de saúde e, por conseguinte, contribuir para a redução dos índices de morbi- mortalidade.

Partindo desse contexto, este estudo objetiva avaliar o nível de conhecimento da população masculina cadastrada no PSF Safira sobre a prevenção do diabetes mellitus e da hipertensão arterial. Dentre os objetivos específicos, estão: avaliar o nível de adesão da população masculina aos serviços de saúde, analisar se os homens participantes do estudo possuem hábitos saudáveis de vida, verificar se a população masculina conhece os fatores de riscos e a importância da prevenção do DM e da HA para obtenção de uma melhor qualidade de vida.

I – Referencial teórico

2.1 – Diabetes mellitus

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica de etiologia múltipla que tem como característica o aumento anormal da glicose ou açúcar no sangue. De acordo com Smeltzer e Bare (2006), esta patologia encontra-se no grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia) resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou na sua ação.

Segundo Miranzi et al. (2008), o DM caracteriza-se, ainda, pela hipoglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Os sintomas característicos são polidipsia, poliúria e perda de peso. Dentre suas complicações, destacam-se a cegueira adquirida, doenças coronarianas, renais e amputações de membros inferiores.

Dada as suas complicações, o DM é uma doença que pode tornar o indivíduo incapaz de realizar suas atividades diárias, afetando sua qualidade de

vida. Além disso, configura-se entre as quatro principais causas de morte no país (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Conforme enfatizam Marquezini e Mancini (2008):

[...] o DM é uma doença em ascensão. Previsões da Organização Mundial da Saúde indicam que a prevalência de diabetes, no mundo, deve continuar subindo, como tem feito nas últimas décadas, apesar de diversos avanços obtidos em termos de opções de tratamento medicamentoso. Como se trata de uma doença progressiva e potencialmente debilitante, com suas diversas complicações circulatórias que atingem considerável parte da população economicamente ativa, tornou-se uma preocupação socioeconômica mesmo para os países desenvolvidos. Até 2025, a previsão é de que o número de diabéticos chegue a 380 milhões.

No Brasil, de acordo com Francioni e Silva (2007), as estimativas apontam que cerca de 8% da população brasileira têm o diagnóstico de DM e, desse número, poucas pessoas têm acesso ao tratamento ideal para o controle do DM, o que implica em poucas possibilidades de retardar as complicações dessa doença. Contudo, quando não controlado adequadamente, agrava o estado de saúde do paciente devido às complicações, podendo até mesmo levá-lo a óbito.

É uma doença que, segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) aumenta consideravelmente com a idade, sendo que, na população adulta acima de 18 anos, estima-se o índice de 5,2%, ao passo que, na população acima de 65 anos, a prevalência aumenta para 18,6%.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), o DM é classificado conforme os tipos mais frequentes, dentre eles: diabetes mellitus insulino dependente ou diabetes Tipo 1: responde por 5 a 10% dos casos, acomete geralmente crianças, jovens e adultos jovens, e necessita de insulina para o seu controle. Diabetes mellitus não insulino dependente ou diabetes Tipo 2: afeta 90 a 95% das pessoas, é considerado o tipo mais frequente de diabetes, aparece geralmente após os 40 anos de idade.

Quanto às características clínicas relacionadas à classificação do DM, Lima et al. (2004) ressaltam que, no diabetes Tipo 1, ocorre uma destruição de células beta (β), usualmente levando à deficiência absoluta de insulina.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2011), a característica do diabetes Tipo 2 é a contínua produção de insulina pelo pâncreas, ou seja, o problema está na incapacidade de absorção das células musculares e adiposas.

Por muitas razões, suas células não conseguem metabolizar a glicose suficiente da corrente sanguínea. De acordo com Smeltzer e Bare (2006), as principais alterações ligadas à insulina do DM2 são a resistência à insulina e o comprometimento de sua secreção. A resistência à insulina deve-se à sensibilidade diminuída dos tecidos a esse hormônio. Normalmente, a insulina liga-se a receptores específicos na célula e inicia uma série de reações envolvidas no metabolismo da glicose. Nos pacientes com DM2, essas ligações estão atenuadas, enfraquecendo a eficiência da insulina na estimulação da captação da glicose pelo organismo.

Segundo ressalta Magalhães et al. (2012), devido ao fato do DM ser uma doença crônica que requer tanto uma assistência médica contínua como a educação do paciente visando o auto-controle da doença, o diagnóstico precoce torna-se indispensável para reduzir e prevenir os riscos e complicações da doença.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o Quadro 1 apresenta os resultados da glicemia de jejum e do teste de tolerância à glicose, para diagnóstico de DM.

De acordo com o Quadro 1, quando os níveis glicêmicos estão acima dos parâmetros considerados “normais”, mas não estão suficientemente elevados para caracterizar um diagnóstico de diabetes, os indivíduos são classificados como portadores de “hiperglicemia intermediária”. Quando a glicemia de jejum estiver entre 110-125 mg/dL, a classificação será de glicemia de jejum alterada; quando a glicemia de 2h no TTG-75g estiver entre 140-199 mg/dL, a classificação será de tolerância à glicose diminuída. Indivíduos com hiperglicemia intermediária apresentam alto risco para o desenvolvimento do diabetes (BRASIL, 2006).

Contudo, faz-se oportuno ressaltar que apesar das complicações, o DM quando diagnosticado precocemente e o controle da doença é realizado de modo adequado, os riscos ao paciente podem ser reduzidos.

2.2 – Hipertensão arterial: conceito e classificação diagnóstica

A hipertensão arterial é definida com base nas recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Dentre os diversos fatores responsáveis pelo desenvolvimento da hipertensão, a participação do sistema nervoso simpático merece especial atenção, uma vez que diversas evidências apontam para o aumento de sua atividade. Outras estruturas importantes na patogênese da

QUADRO 1 Resultados da glicemia de jejum e do teste de tolerância à glicose, para diagnóstico de DM

Classificação	Glicemia em jejum (mg/dL)	Glicemia 2h após TIG-75g (mg/dL)
Normal	<110	<140
Hiperglicemia intermediária		
Glicemia de jejum alterada	110-125	
Tolerância à glicose diminuída		140-199
Diabetes mellitus	≥126	>200

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

HA, tanto na instalação quanto na manutenção, são os presso-receptores e quimiorreceptores arteriais e os receptores cardiopulmonares (FERREIRA FILHO et al., 2007, p. 83).

Os presso-receptores são estruturas nervosas localizadas nas paredes das principais artérias que levam informações sobre a pressão arterial ao cérebro e geram potenciais de ação em resposta as variações morfológicas ocorridas nas paredes vasculares. Os quimiorreceptores desempenham papéis semelhantes para os ajustes químicos e interferem indiretamente na manutenção pressórica. Os receptores cardiopulmonares, são sensíveis, também, a ajustes por desvios de pO₂, pCO₂ e pH. O conjunto desses sistemas, que se regula por retroalimentação, é responsável pelo controle da pressão arterial (FERREIRA FILHO et al., 2007).

Para critérios diagnósticos da HA, a Tabela 1 apresenta a categoria conforme os níveis tensionais e as recomendações a respeito da reavaliação de acordo com as condições clínicas de cada paciente.

A HA trata-se de uma doença crônica que, devido as suas complicações, causa impacto na morbi mortalidade da população, além de elevado custo econômico e social. No Brasil, as estimativas apontam que a prevalência da hipertensão arterial seja da ordem de 22 a 44% da população (CORRÊA et al., 2007). Barreto Filho e Krieger (2003) afirmam que a HA continua sendo um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular.

Os principais fatores de riscos modificáveis para a elevação da pressão arterial estão o excesso de consumo de cloreto de sódio, fumo e álcool, bem como, o sedentarismo. Acrescenta-se ainda que a HA é uma doença altamente prevalente em indivíduos idosos, tornando-se fator determinante na elevação da morbidade e mortalidade dessa população, sendo que, o risco de complicações de hipertensão arterial, em geral, é maior em homens do que em mulheres (LIBERMAN, 2007).

Ferreira Filho et al., (2007, p. 82) acrescentam que

A HA é uma patologia conhecida como assassina e silenciosa, já que nem todas as pessoas hipertensas apresentam sintomas. Mesmo leve ou moderada, provoca aumento significativo do risco de acidente vascular cerebral,

TABELA 1 Classificação da hipertensão arterial para adultos maiores de 18 anos de acordo com os níveis tensionais e recomendação para segmento modificado de acordo com as complicações clínicas do paciente

Categoria	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)	Segmento recomendado
Ideal	< 120	e < 80	Reavaliar em 2 anos
Pré-hipertensão	120-139	ou 80-89	Reavaliar em 1 ano
Hipertensão Estágio 1	140-159	ou 90-99	Reavaliar em 2 meses
Hipertensão Estágio 2	\geq 160	ou \geq 100	Reavaliar em 1 mês

Fonte: Corrêa et al. (2007)

diabetes mellitus, hipertrofia ventricular esquerda e de insuficiência renal, cardíaca ou coronária (angina pectoris e infarto do miocárdio). Encontra-se também, fortemente associada com dislipidemia e obesidade centrípeta ou visceral, constituindo, junto com a diabetes, a síndrome metabólica, uma entidade fortemente relacionada com doenças cardiovasculares.

Dessa forma, Pinheiro et al. (2007) enfatizam que as medidas de controle da HA situam-se, em grande parte, no componente estilo de vida, pois sua adoção envolve mudança de hábitos denominadas medidas de controle higiênico-dietéticas e incluem abolição do álcool e do tabaco, realização de atividade física, perda do excesso de peso e mudanças nos hábitos alimentares.

Portanto, as complicações associadas à elevação da pressão arterial demonstram, segundo Passos et al. (2006), a necessidade de intervenção imediata da saúde pública, tanto na atenção em saúde como na tomada de medidas educativas que visem a mudança de comportamento e, conseqüentemente, proporcionar melhor qualidade de vida ao indivíduo.

2.3 – Educação em saúde

Para conscientizar as pessoas a adotarem um estilo de vida saudável, a educação em saúde caracteriza-se como recurso de intervenção em saúde imprescindível a conscientização, orientação e à mudança de atitude e/ou comportamento, que visa não só o controle da HA e DM, como também, a busca do melhor nível de saúde e bem-estar (ARAÚJO; LIMA, 2005).

Conforme Sales e Tamaki (2007), a educação em saúde é considerada uma prática intrínseca ao projeto assistencial em todos os níveis de atenção à saúde, pois possibilita a organização de estratégias individuais e coletivas para o enfrentamento de problemas no processo saúde-doença.

Segundo Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007, p. 238),

A educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e, portanto, para melhores condições de vida. As experiências educativas com usuários portadores de hipertensão são incipientes e em pequena medida se reportam à perspectiva de formação da consciência crítica sobre saúde. Para tanto, torna-se inevitável conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e as

condições objetivas em que vivem buscando envolvê-los, o que se contrapõe à imposição, nas ações. Com a efetiva participação comunitária é possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde.

É muito importante, além do aspecto educacional, as informações e orientações a respeito dos riscos e das formas de prevenção da HA e DM para que, dessa forma, ocorra a promoção de mudanças no estilo de vida. Só assim, o indivíduo estará motivado para as alterações no cotidiano que englobam a adesão às condutas de controle da doença, hábitos saudáveis de vida e a prevenção das complicações da HA e DM (ARAÚJO; LIMA, 2005).

2.4 – Saúde do homem

Mesmo diante do elevado percentual de mortalidade masculina, a temática relacionada à saúde do homem é pouco abordada e discutida em contraposição à saúde da mulher, objeto de políticas públicas e de variadas investigações. Homens morrem mais cedo do que as mulheres e recorrem menos às consultas. Internam-se mais gravemente e procuram a emergência quando já não suportam mais a doença (BRAZ, 2005).

Quando busca refletir acerca da temática saúde do homem, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) pontuam que, em geral, os homens morrem mais do que as mulheres; há uma relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens; e ainda à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina.

Grande parte das estatísticas relacionadas aos indicadores de saúde evidencia que a mortalidade masculina em comparação com a feminina, ocorre praticamente em todas as idades e para quase a totalidade das causas; também as esperanças de vida ao nascer e em outras idades são sempre menores entre os homens (LAURENTI et al., 2005).

Figueiredo (2007) ressalta também que o pensamento masculino sobre saúde e doença, muitas vezes, esbarra-se na concepção de fragilidade e feminilização. Daí decorre a ideia de que a procura por cuidados de saúde é algo pertencente às mulheres.

Verifica-se também que as doenças oncológicas configuram-se um dos grandes problemas de saúde pública, sobretudo, por ameaçar o bem-estar e a integridade física e mental do paciente. Aliado a este fator, a maioria dos indicadores tradicionais de saúde revela um diferencial entre homens e mulheres, sendo maior a mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) ressalta

que, a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Eles representam quase 60% das mortes no país, sendo que, as principais causas de morte por câncer no gênero masculino são de pulmão, próstata e estômago.

Nesta ambiência, o câncer de próstata configura-se como um grave problema de saúde pública. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o número de casos novos estimados para o Brasil, em 2005, foi de aproximadamente 46.330. Este valor corresponde a um risco estimado de 51 casos novos a cada 100 mil homens, sendo o tipo de câncer mais frequente em todas as regiões do país. O câncer de próstata é o tipo de neoplasia mais prevalente em homens, com estimativa de 1,5 milhão com diagnóstico nos últimos anos. É, também, considerado o câncer da terceira idade, uma vez que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (INCA, 2005).

Estes dados revelam a necessidade de implantar ações preventivas que levem a conscientização da população masculina quanto à importância da detecção precoce do câncer de próstata, visando, sobretudo, evitar o surgimento da doença, reduzindo sua incidência e prevalência e, conseqüentemente, atenuando os índices de morbi-mortalidade. Nesse sentido, Braz (2005) destaca que a prevenção se volta para uma ação orientada para que o sujeito não adoça e possa desfrutar de melhor qualidade de vida; para tal, é necessário envolvê-lo com informações relevantes para que se insira ativamente e possa incorporar hábitos preventivos.

2.5 – Política nacional de atenção integral à saúde do homem

Considerando que além da vulnerabilidade da população masculina quanto aos riscos para doenças crônicas, tais como, DM e HÁ e além da adesão deste público aos serviços de saúde não ser vista como satisfatória, acrescenta-se ainda, segundo Mendonça et al. (2010) a ausência de programas ou estratégias direcionadas aos homens, favorecendo a maior dificuldade de interação entre a população masculina e os serviços de saúde.

Foi então que o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional da Saúde do Homem.

A política foi formulada com base em estudos recentes, que trazem informações fundamentadas dos indicadores de enfermidade e mortalidade da população masculina, o que vem reforçar a importância de uma atenção mais integral para que ocorram mudanças no comportamento que os homens adotam em relação à saúde. Tem ainda, o propósito de qualificar os profissionais de saúde para o correto

atendimento à saúde do homem, implantar assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientar os homens e familiares sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades que atingem o homem. Sobretudo, objetiva que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados e, assim, incentive-os na atenção à própria saúde (BRASIL, 2008).

A proposta da política supracitada, conforme ressaltam Mendonça et al. (2010), vem reforçar a importância da conscientização da população masculina sobre os cuidados com a própria saúde, especificamente quanto à prevenção e controle do DM e HA, bem como, orientar melhor os profissionais de saúde a lidar com este público.

Verifica-se ainda que a política de saúde direcionada aos homens reconhece a necessidade de fortalecimento e qualificação da atenção primária, pois os homens não buscam, como fazem as mulheres, os serviços de atenção básica, ambulatorial e hospitalar, gerando, por conseguinte, agravos da morbidade pelo retardo na procura e maior custo para os sistemas de saúde (VIEIRA et al., 2011).

Acrescenta-se a implantação desta política dar-se de maneira integrada aos demais programas existentes nos serviços de atenção à saúde, voltados para a prevenção, promoção e também, o reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem. Faz-se oportuno registrar que tal política respeita a individualidade, necessidades e condições socioculturais da população masculina, configurando-se como medida estratégica que visa promover o acesso dos homens aos serviços de saúde (VIEIRA et al., 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) evidencia ainda a relevância da política sobre a promoção junto à população masculina a respeito da informação, educação e comunicação, no sentido de difundir as ações propostas e, com isso, conscientizar os homens da importância de procurar os serviços de saúde e seguir as recomendações determinadas pelos profissionais. Inclui também a universalidade e equidade nas ações e serviços, humanização e qualificação da atenção à saúde, à qualidade de vida desta população, orientação aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos das enfermidades masculinas.

2.6 – Assistência de enfermagem

Considerando que o DM e a HA, apesar da alta prevalência e dos fatores de riscos que levam a complicações e até a morte dos indivíduos, são doenças

passíveis de prevenção, torna-se fundamental que os profissionais de saúde orientem os clientes diabéticos por meio de medidas preventivas e informações sobre as doenças, visando, sobretudo, minimizar as complicações advindas destas patologias.

Neste contexto, a equipe multidisciplinar, em particular o enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem função elementar no que se refere ao desenvolvimento de práticas educativas em saúde, consideradas essenciais no trabalho cotidiano desses profissionais. Estes devem informar e orientar o paciente acerca dos riscos da doença, estimulando a mudança de comportamento, bem como, o seu estilo de vida (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), é de competência de o enfermeiro prestar assistência aos pacientes diabéticos através da rede básica de saúde, cujo foco de estratégia prioritária baseia-se na saúde da família. Dentre as atribuições deste profissional, cabe a ele realizar assistência integral aos diabéticos e famílias na unidade de saúde da família (USF) e, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários; realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Entre outras atribuições, Oliveira e Oliveira (2010, p. 42) destacam que “a assistência de enfermagem ao paciente portador de hipertensão e diabetes deve estar voltada a prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco, orientação quanto à prática de autocuidado”. O autocuidado é a prática de atividades que as pessoas desempenham em seu próprio benefício, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar, envolve a responsabilidade do paciente em melhorar sua qualidade de vida e evitar complicações. Portanto, considerando a relação doenças crônico-degenerativas, estilo de vida e hábitos sociais e culturais que incidem sobre o indivíduos, para o controle dessas patologias, é necessário intervenções a fim de orientar e conscientizar a população masculina quanto à mudança de comportamento, na tentativa de minimizar o aparecimento dos fatores de risco, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Brunner e Suddarth (2002 apud SMELTEZZER; BARE, 2006) revelam que, além dos cuidados de acompanhamento, orientação e prevenção, o enfermeiro pode também criar grupos de apoio que visam estimular e encorajar a população masculina sobre os cuidados com a própria saúde e também quanto à adesão as campanhas preventivas e também aos serviços de saúde. Essa participação pode ajudar o paciente e a família na aceitação das alterações no estilo de vida que ocorrem com o DM e a HA, bem como, suas complicações. A participação em grupos de apoio oportuniza também o compartilhamento de informações e

experiências pessoais, onde, os homens ficam mais a vontade para discutir estratégias para prevenir, bem como, lidar com o diabetes ou a hipertensão e seus respectivos tratamentos e ainda, esclarecer informações com o enfermeiro.

III – Metodologia

Foi realizado um estudo quali-quantitativo com a população masculina cadastrada no PSF Safira do município de Muriaé(MG), no período de junho a agosto de 2012. Este tipo de estudo, segundo Figueiredo (2007), associa a análise estatística à investigação dos significados das relações humanas, privilegiando a melhor compreensão do tema a ser estudado, facilitando, assim, a interpretação dos dados obtidos.

Muriaé é uma das cidades pólo da região da Zona da Mata Mineira. Com área territorial de 843 km² e população estimada em 100.861 habitantes (IBGE/2010), o município tem localização privilegiada, situando-se no entroncamento entre a BR-116 e a BR-356, duas das rodovias mais movimentadas do país. Tem suas atividades econômicas voltadas principalmente à indústria têxtil, à produção agropecuária e à retífica de automóveis. O turismo também merece destaque, principalmente em áreas de preservação ambiental e em parques naturais (PREFEITURA MUNICIPAL DE MURIAÉ, 2011).

De acordo com números do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), os muriaenses estão entre os 2% de cidadãos brasileiros que podem contar com serviços de qualidade pelo SUS. Com 7,18 pontos, a cidade ficou em terceiro lugar entre as que compõem o Grupo 2, formado apenas por municípios de porte semelhante ao seu. O resultado mostra que Muriaé ficou incluída entre as 347 cidades – de um total de 5.565 – que conquistaram nota acima de sete, que, segundo o Ministério da Saúde, é o mínimo que o SUS deve ter.

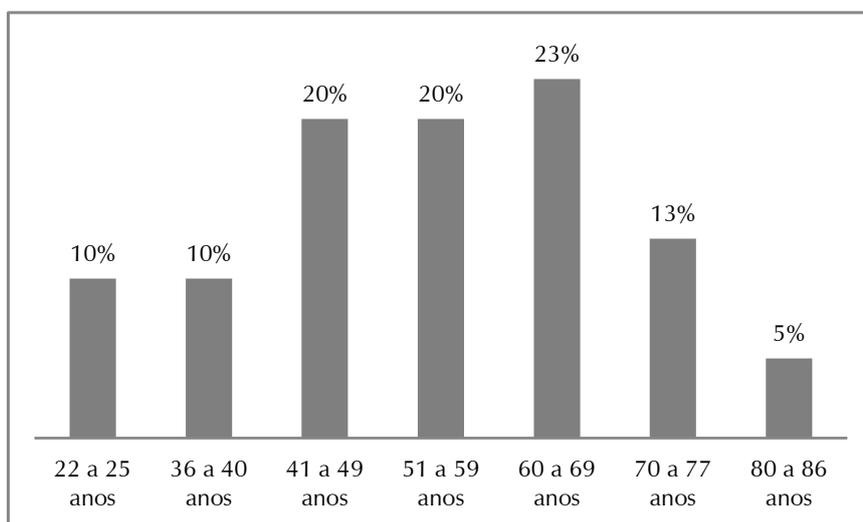
Foram convidados a participar deste estudo 40 homens na faixa etária de 22 a 86 anos, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para coleta de dados, utilizou-se um questionário semi estruturado com perguntas direcionadas a população deste estudo.

A pesquisa foi realizada em conformidade com o Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

IV – Resultados e discussão

Após a análise dos dados colhidos junto à entrevista com 40 (quarenta) homens cadastrados no PSF do Bairro Safira, em Muriaé (MG), foi possível observar que a idade desta população variou de 22 a 86 anos (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 Distribuição dos entrevistados quanto à faixa etária



Fonte: PSF do Bairro Safira – Muriaé (MG)

Levando em consideração que a população com mais de 40 anos encontra-se mais predisposta a apresentar doenças crônicas, tais como, DM e HA, neste estudo o intervalo de 60-69 anos correspondeu a maioria, ou seja, 9 (22,5%) entrevistados. Percentual significativo, também, para faixa etária de 41 a 49 anos (20%) e 51 a 59 (20%). Entrevistados na faixa etária de 70 a 77 anos corresponderam a 12,5% da amostra. Enquanto 10% dos entrevistados disseram estar na faixa etária de 22 a 35 anos e também 10% na faixa etária de 36 a 40 anos. Somente 2 (5%) entrevistados estão na faixa etária de 80 a 86 anos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), o DM e HA geralmente acomete indivíduos após os 40 anos. O aumento da pressão com o avançar da idade tem sido observado, embora alguns estudos como o de Brasil (2007) indiquem que esse aumento não representa um comportamento fisiológico normal. Preveni-lo constitui o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando as dificuldades e o elevado custo social de seu tratamento e de suas complicações.

Em relação à escolaridade, a maioria, ou seja, 19 (47,5%) possuem o ensino fundamental incompleto e quanto ao estado civil, 24 (60%) dos homens são casados, conforme se observa no Gráfico 2.

Estudo realizado por Fuchs apud Castro et al. (2003) mostrou que a condição social mais adversa, que é a menor escolaridade, encontrou-se associada à HA, mesmo após o controle dos seus demais fatores causais. Os indivíduos que completam o terceiro grau têm um índice de prevalência de HA 40% menor do que aqueles que têm menos de 10 anos de escolaridade.

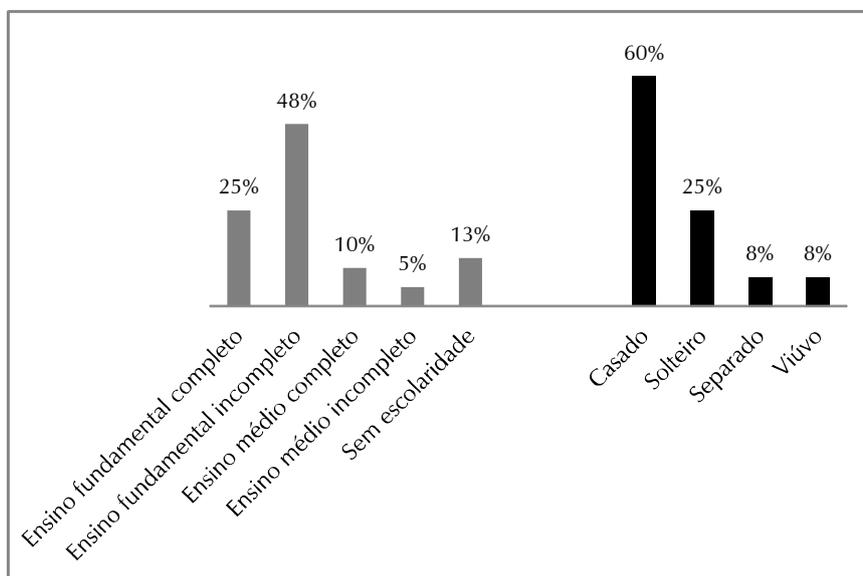
Não foram encontrados estudos que relacionavam o estado civil com a prevalência da HA e DM.

Perguntados sobre a frequência que procuram os serviços de saúde, o Gráfico 3 aponta que a maioria, ou seja, 21 (52,5%) responderam que somente procuram quando se sentem mal.

O resultado desta pesquisa aponta que 52,5% dos homens só procuram os serviços de saúde quando se sentem mal. Esse resultado encontra supostas justificativas como as apresentadas por Figueiredo (2007, p. 107) ao pontuar que

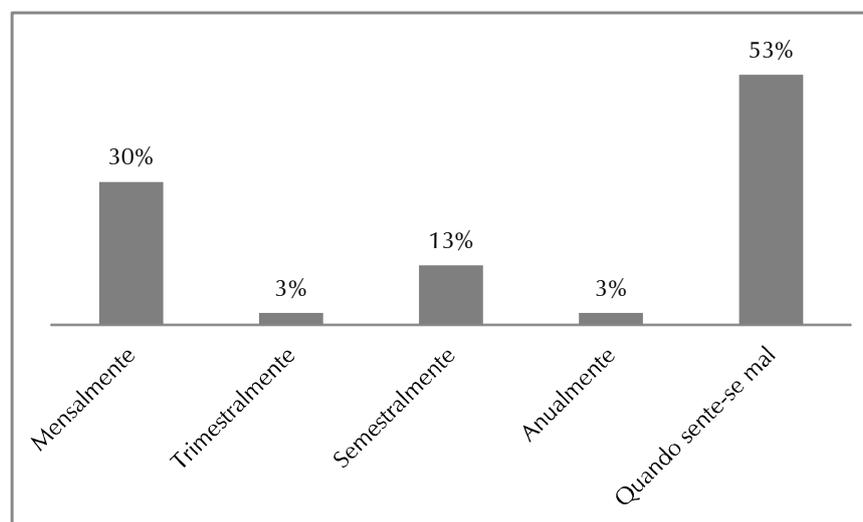
É bastante disseminada a idéia de que as unidades básicas de saúde (UBS) são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos. Com respeito a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde, muitas são as suposições e/ou justificativas. Por um lado, associa-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, a uma característica da

GRÁFICO 2 Distribuição dos entrevistados quanto à escolaridade e estado civil



Fonte: PSF do Bairro Safira – Muriaé (MG)

GRÁFICO 3 Distribuição dos entrevistados quanto a frequência que procura os serviços de saúde



Fonte: PSF do Bairro Safira – Muriaé (MG)

identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado, no entanto, afirma-se que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade.

Para Gomes, Nascimento e Araújo (2007), outra questão que reforça a ausência dos homens ao serviço de saúde seria o medo da descoberta de uma doença grave, assim, não saber pode ser considerado um fator de “proteção” para os homens estudados. Outra dificuldade para o acesso dos homens a esses serviços é a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, particularmente a região anal, no caso da prevenção ao câncer de próstata. Também é apontado como um fator que dificulta esse acesso a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem.

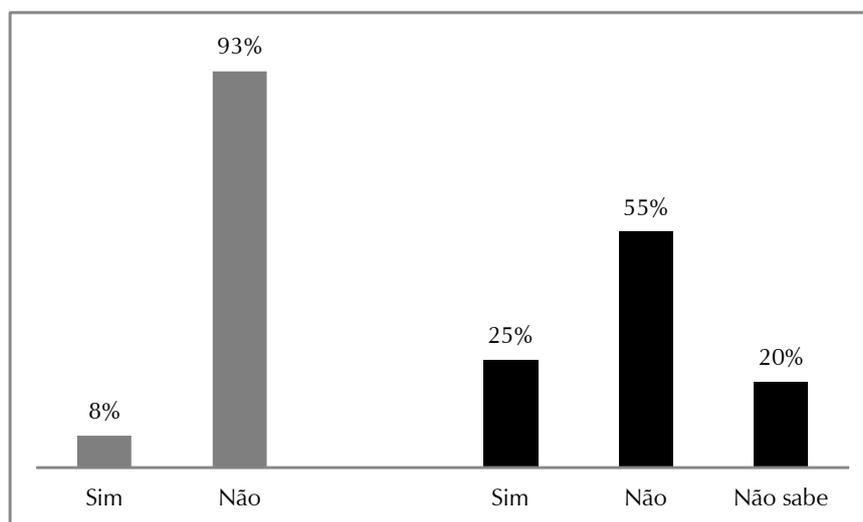
Quanto a ser portador do DM e ter casos na família, a maioria, ou seja, 37(92,5%) não possuem DM, e 22(55%) disseram não ter casos na família, apesar de que, 10(25%) afirmaram ter casos na família e 8(20%) não sabem (Gráfico 4).

Apesar da maioria dos entrevistados não ser portador de DM, Francioni e Silva (2007) mencionam que o DM é uma doença crônica que, a cada ano, acomete um maior número de pessoas com a agravante de que muitas delas não sabem que são portadores da doença. Sendo assim, reforça-se a importância de ações educativas voltadas não só para a prevenção de complicações da doença, mas também que abordem os principais sintomas e manifestações clínicas que podem desencadear o DM2

O percentual elevado (55%) de casos na família é confirmado através do estudo de Cotta et al. (2008) que demonstra que a hereditariedade constitui-se num dos fatores de risco do DM. Portanto, estratégias educativas podem ser consideradas fundamentais não somente para orientar o portador de DM quanto à importância de prevenir as complicações da doença, mas também é uma forma de fazer a informação chegar até a família desse cliente, evitando, assim, que outros casos se desenvolvam.

Foi perguntado aos entrevistados se eles são portadores de HA e se existem casos na família. Diante do Gráfico 5, verifica-se que, apesar da maioria, 22 (55%), não ser portador, parcela considerável, ou seja, 12 (45%) afirmaram

GRÁFICO 4 Distribuição dos entrevistados quanto a ser portador de DM, e se tem casos na família



Fonte: PSF do Bairro Safira – Muriaé (MG)

que possuem a doença. Acrescenta ainda que a maioria, 12 (45%), disse ter casos na família (Gráfico 5).

Parcela significativa (45%) dos entrevistados é portadora de HA. Este resultado é equivalente ao estudo de Corrêa et al. (2005) que ressaltam que a HA apresenta-se como um dos mais relevantes problemas de saúde pública do país, com prevalência entre 22% a 44%, dependendo da população estudada, da região ou do critério diagnóstico utilizado.

A maioria (45%) afirmou que existem casos de HA na família. Barreto Filho e Krieger (2003) afirmam que a HA 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 arterial. Sabe-se que dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos. Logo, é notória a necessidade destes indivíduos receberem informações que são importantes não somente para o autocuidado, mas também, para que as orientações sejam propagadas àquelas pessoas da família que também são portadoras da patologia.

Os entrevistados foram questionados sobre a aferição da pressão arterial. O resultado aponta que, mesmo percentual significativo ser portador de HA, a maioria (45%) não faz aferição da PA conforme demonstra o Gráfico 6.

Os entrevistados em sua maioria (45%) disse não aferir a PA, ao passo que, somente 8(20%) fazem aferição semanalmente, 7(17,5%) diariamente e 7(17,5%) mensalmente. Contudo, segundo Pinheiro et al. (2007), sabe-se que o controle da pressão arterial é considerado a melhor estratégia para diminuir o impacto das doenças cardiovasculares em pacientes com hipertensão arterial, o que pode ser feito por meio de campanhas de prevenção, tratamento dos fatores de risco, diagnóstico precoce e tratamento efetivo da doença.

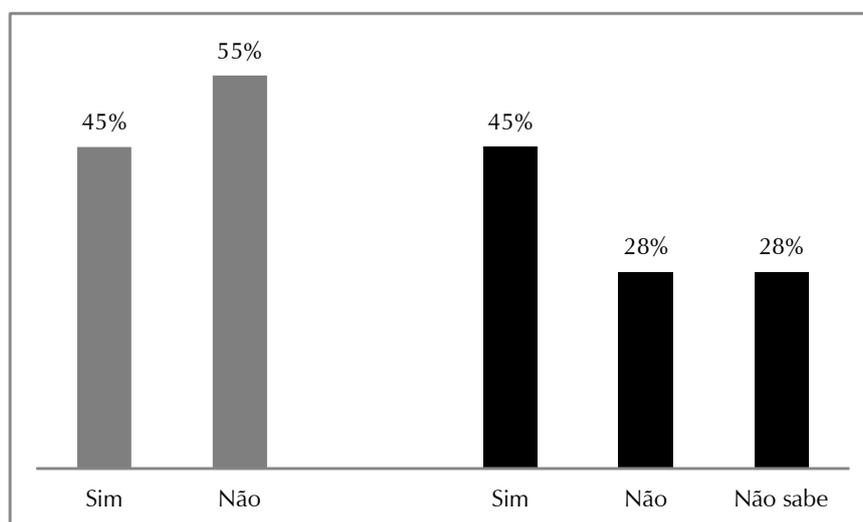
Sobre os riscos da HA e DM, 27(67,5%) disseram ter conhecimento, conforme demonstração no Gráfico 7.

Contudo, é importante que medidas educativas sejam continuamente reforçadas, pois, a Educação em saúde voltada aos portadores de HA mostra-se como instrumento essencial para que indivíduos e a comunidade como um todo sejam informados e orientados quanto aos fatores de riscos relacionados à doença. Assim, podem sentir-se motivados a contribuir para o controle e a prevenção das complicações da doença.

Nota-se, no Gráfico 8, o percentual dos entrevistados quanto ao uso de bebidas alcoólicas, de tabaco, bem como, sobre a prática de atividades físicas.

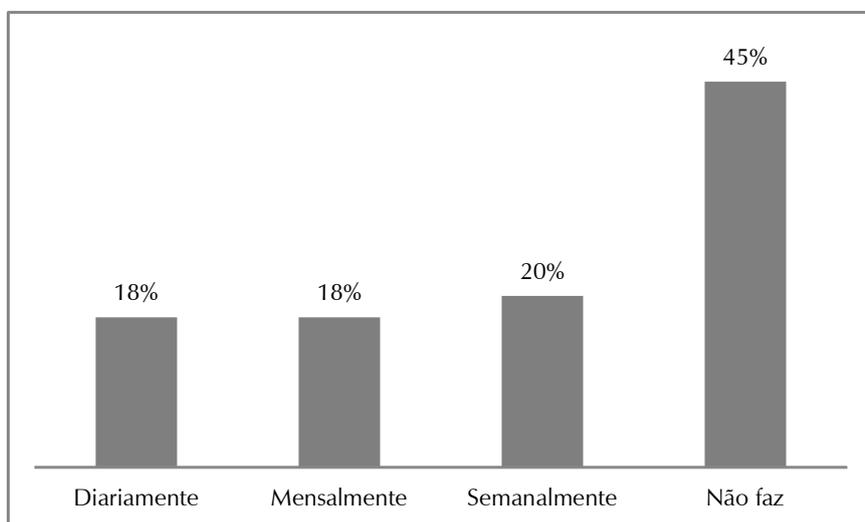
Verifica-se que 77,5% dos entrevistados não fazem uso de bebida alcoólica; 80% não fumam, porém 47,5% não praticam atividade física. De acordo com Jardim et al. (2007), o consumo de álcool, o tabaco e o sedentarismo também contribuem para a elevação da hipertensão arterial, bem como, para as

GRÁFICO 5 Distribuição dos entrevistados quanto a ser portador de HA, e se tem casos na família



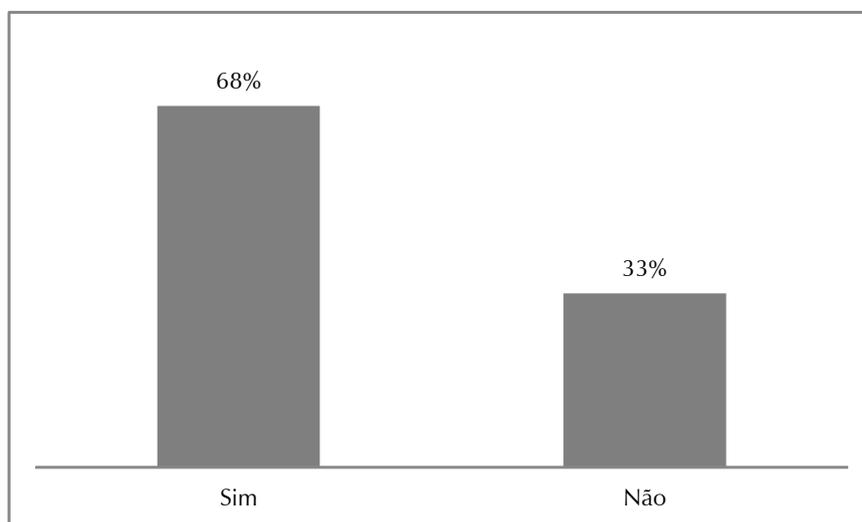
Fonte: PSF do Bairro Safira – Muriaé (MG)

GRÁFICO 6 Distribuição dos entrevistados quanto a aferição da PA



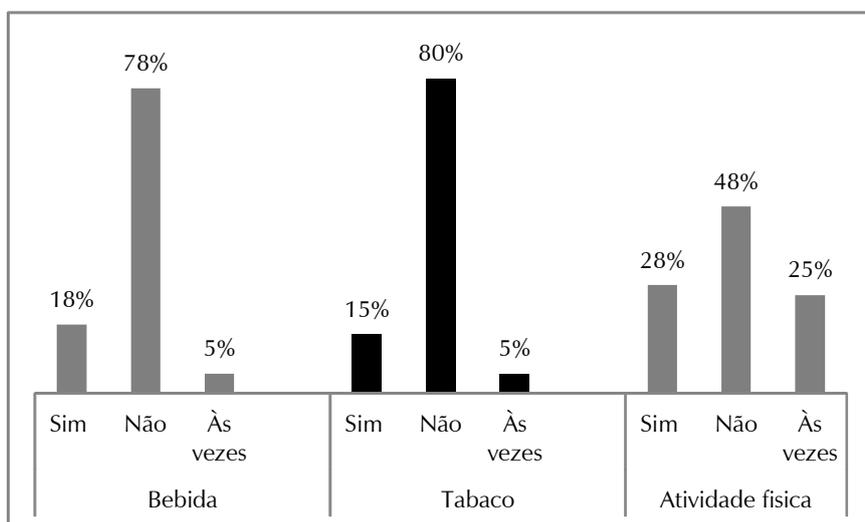
Fonte: PSF do Bairro Safira – Muriaé (MG)

GRÁFICO 7 Distribuição dos entrevistados quanto ao conhecimento sobre os riscos da HA e DM



Fonte: PSF do Bairro Safira – Muriaé (MG)

GRÁFICO 8 Distribuição dos entrevistados quanto ao uso de bebidas, tabaco e atividade física



Fonte: PSF do Bairro Safira – Muriaé (MG)

complicações advindas do DM. Dessa forma, é comprovado que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do aparecimento dos fatores de risco e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos (obesidade, sedentarismo, tabagismo, consumo exagerado de sal, dieta hiperlipídica) modificam a história evolutiva destas patologias e torna ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência.

O Gráfico 9 aponta a distribuição dos entrevistados quanto à alimentação saudável. Verifica-se, no Gráfico 9, que 75% dos entrevistados disseram ter uma alimentação saudável, ao passo que 25% disseram não.

A alimentação saudável é fator de relevância tanto para os portadores de HA quanto de DM. Especificamente neste estudo, como já citado anteriormente, 45% dos entrevistados possuem HA. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), deve-se evitar sem excesso na ingestão de sal, tendo em vista que a dieta habitual contém de 10 a 12 g/dia. É saudável uma pessoa ingerir até 6g de sal por dia (100 mmol ou 2,4 g/dia), que correspondente a 4 colheres de café (4 g) rasas de sal, adicionadas aos alimentos que já contém 2 g de sal. Por outro lado, não se deve diminuir o sal demais, pois, em pacientes que usam diuréticos pode acarretar hiponatremia, hipovolemia e hemoconcentração.

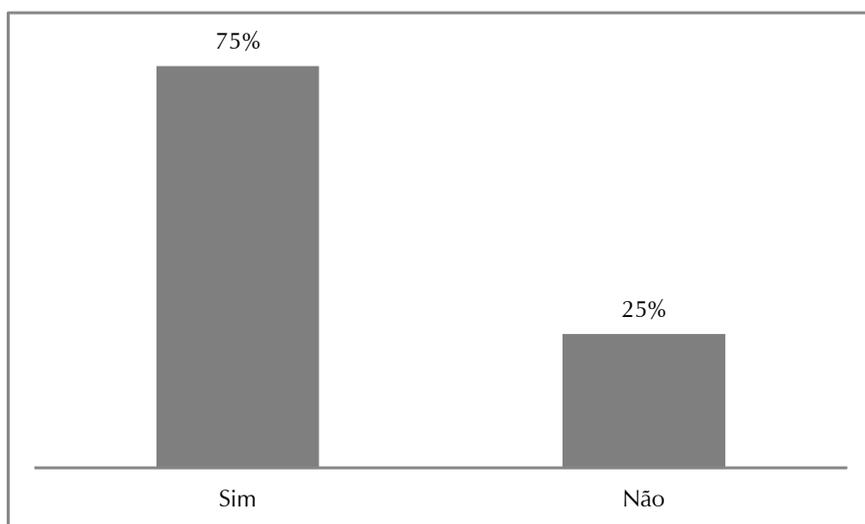
Diante do Gráfico 10, é apontada a importância da prevenção e o conhecimento sobre os sintomas do DM e HA.

Observa-se que apesar de 87,5% reconhecerem a importância da prevenção da HA e do DM, 52% desconhecem os sintomas dessas patologias. Através desses resultados pressupõe que estratégias educativas para reorganização da atenção a saúde do homem, promovem melhoria da qualidade de vida, aumentando o grau de conhecimento sobre a patologia, e conseqüentemente, a melhoria do indicador de saúde da população. Acredita-se que propor mudanças nas atitudes e nos hábitos de vida dos hipertensos, contribuindo para diminuir sua suscetibilidade aos fatores de risco e aumentar a proteção e promoção à saúde.

V – Considerações finais

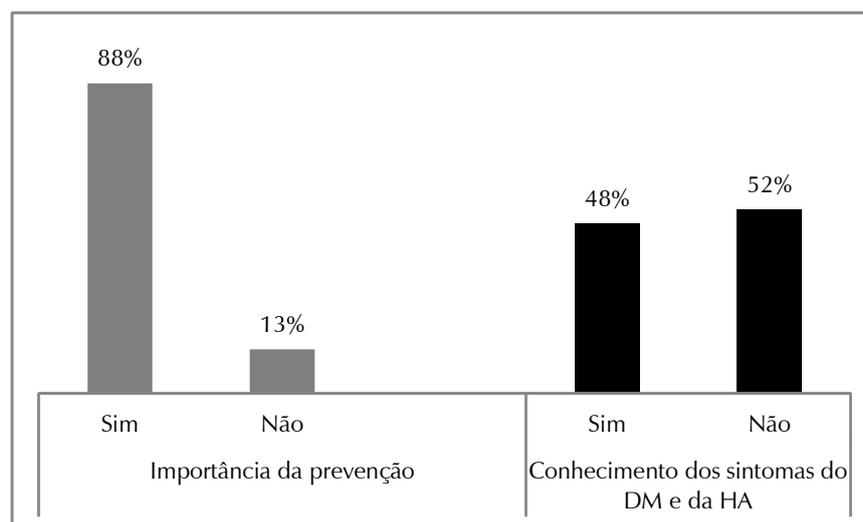
Através deste estudo foi possível observar que a faixa etária do público pesquisado, em sua maioria, está acima de 40 anos, resultado este que demonstra maior risco tanto para o DM quanto para a HA. Apesar da maioria dos homens entrevistados não serem portadores de DM, por outro lado, a pesquisa demonstra que eles possuem HA.

GRÁFICO 9 Distribuição dos entrevistados quanto à alimentação saudável



Fonte: PSF do Bairro Safira – Muriaé (MG)

GRÁFICO 10 Distribuição dos entrevistados quanto à importância da prevenção e conhecimentos dos sintomas do DM e da HA



Fonte: PSF do Bairro Safira – Muriaé (MG)

Confirmando as pesquisas nacionais sobre a saúde do homem, os entrevistados só procuram os serviços de saúde quando se sentem mal. Observou-se também que grande parte demonstrou ter conhecimento sobre as patologias, as formas de prevenção, contudo, parcela significativa disse não ter conhecimento sobre os sintomas. Acredita-se que a falta de conhecimento sobre os sintomas retarda o tratamento, dificulta o controle e torna os pacientes ainda mais suscetíveis as complicações dessas patologias.

Destaca-se, portanto, a relevância da atuação do enfermeiro na saúde do homem no que diz respeito às estratégias educativas que despertem no público masculino a importância de frequentar os serviços de saúde regularmente, e especificamente quanto ao DM e HA. Assim, os homens podem receber informações, orientações e podem aprimorar conhecimentos não somente sobre os sintomas, mas também, prevenção, estilos de vida saudável com a eliminação de álcool, tabaco, prática de exercícios físicos e alimentação saudável, reduzindo a suscetibilidade a os fatores de risco e aumentando a proteção e promoção a saúde masculina.

Referências

ARAÚJO; Zélia Maria de Souza; LIMA, Hélder de Pádua. Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 18, n. 3, p. 145-151, 2005.

BARRETO FILHO, J. A.; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 1, n.3, p. 46- 55, jan/fev. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Política Nacional de Saúde do Homem**. 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1623> Acesso em: 20 julho. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Diabete mellitus: guia básico para diagnóstico e tratamento**. Brasília: MS, 2006.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 62-65, jan./mar. 2005.

CASTRO, Maria Euridéa et al. Necessidades humanas básicas afetadas pela hipertensão arterial e estilo de vida. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 16, n. 1/2, p. 21-27, s/m 2003.

CORREA, T. D.; NAMURA, José Jorge; SILVA, Camila Atallah Pontes da; CASTRO, Melina Gouveia; MENECHINI, Adriano; FERREIRA, Celso. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arquivo Medicina ABC**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 91-101, s/m 2007.

COTTA, R. M. M.; REIS, R. S.; CARVALHO, A. L.; BATISTA, K. C. S. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 745-766, s/m 2008.

FERREIRA FILHO, Celso et al. Benefícios do exercício físico na hipertensão arterial sistêmica. **Arquivos Médicos do ABC**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 82-87, s/m 2007.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-111, jan./mar. 2007.

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. 7-17, jan./mar. 2005.

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. 565-574, mar. 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Câncer de próstata**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em: 05 julho. 2012.

IBGE. **Assistência Farmacêutica no SUS para o diabetes mellitus**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29944&janela=2> 2010. Acesso em: 25 março. 2012.

JARDIM, Paulo César B. Veiga et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-457, abr. 2007.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 2005.

LIBERMAN, Alberto. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.17-20, jan./mar. 2007.

MAGALHÃES, G. L.; MUNDIM, A. V.; OLIVEIRA, C. M.; MOURÃO JÚNIOR, C. A. Atualização dos critérios diagnósticos para Diabetes Mellitus utilizando a A1C. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 361-367, s/m 2012.

MARQUEZINI, Guilherme F.; MANCINI, Márcio C. Diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 65, n. 1/2, p. 5-12, jan./fev. 2008.

MENDONÇA, V. S. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? **Psicologia Política**, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 215-226, dez. 2010.

MIRANZI et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-9, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, G. K. S.; OLIVEIRA, E. R. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. **Revista Eletrônica de Ciências**, Paraíba, v. 3, n. 2, p. 41-48, maio 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** / Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília, 2003.

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35- 45, mar. 2006.

PINHEIRO, Carlos Hermano da Justa et al. Modificação do padrão respiratório melhora o controle cardiovascular na hipertensão essencial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 6, p. 651-659, abr. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MURIAÉ. **Dados sobre o município.** Disponível em: <www.muriae.mg.gov.br/>. Acesso em: 18 ago.. 2012.

SALES, Cibele de Moura; TAMAKI, Edson Mamoru. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enfermagem**, Dourados, v. 12, n. 2, p. 157-163, abr/jun. 2007.

SMELTEZER, Suzanne; BARE, Brenda. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Mitos**. Disponível em: <www.diabetes.org.br> Acesso em: 15 ago. 2012.

TOLEDO, Melina Mafrá; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIESA, Anna Maria. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 16, n. 2, p. 233-238, abr./jun. 2007.

VIEIRA, L. C. S. et al. A Política Nacional de Saúde do Homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. **Enfermagem em Foco**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 215-217, nov. 2011.

XAVIER, Antônia Tayana da Franca; BITTAR, Daniela Borges; ATAIDE, Márcia Barroso Camilo de. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 124-130, jan./mar. 2009.