



**Pós-Graduação em
Atenção Básica
em Saúde da Família**



DIEGO RODOVALHO GUIMARÃES

**PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM PACIENTES HIPERTENSOS
DE UMA COMUNIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DE GOIAS.**

**CAMPO GRANDE/MS
2015**

DIEGO RODOVALHO GUIMARÃES

**PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM PACIENTES HIPERTENSOS
DE UMA COMUNIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DE GOIAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como
requisito para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof. ^a: Ana Paula Gonçalves de Lima.

CAMPO GRANDE/MS
2015

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS gerou como custo para o Sistema Único de Saúde no ano de 2012 R\$ 43.773.393,48. Também foi constatado que entre as causas de morte, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 destas e que a HAS participa de quase metade delas ⁽⁴⁾. Para se obter uma melhor qualidade de vida nesses pacientes ações que visam apenas o controle da pressão feito com tratamento farmacológico não são tão eficazes quando comparadas àquelas que são feitas concomitantemente com ações de educação em saúde que promova o autocuidado com adesão a hábitos adequados. Assim este projeto objetivou desenvolver ações de educação em Saúde à usuários hipertensos com vistas ao auto cuidado e mudanças de hábitos. A metodologia utilizada diz respeito a oficinas educativas e ações amplas junto à comunidade. Desenvolveu-se de forma satisfatória, tendo todos os objetivos propostos atingidos, alguns tiveram uma ótima aceitação do público, como as oficinas em grupo e distribuição de materiais didáticos. Outros nem tanto, como a caderneta de controle de aferições. Uma política pública mais eficaz voltada para o tema seria de grande valia para alertar a população em geral a respeito da hipertensão, dando ênfase as ações educativas e preventivas.

Palavras-chave: Hipertensão; Fatores de risco; Educação em Saúde.

ABSTRACT

According to information the Hypertension - SH generated as the cost to the National Health System in 2012 R \$ 43,773,393.48. It was also found that among the causes of death, cardiovascular diseases account for more than 250,000 of these and hypertension participates in almost half of them. To obtain a better quality of life in these patients only actions that aim at the pressure control is performed through pharmacological treatment are not as effective when compared to those that are made concurrently with health education activities that promote self-care adherence to proper habits. So this project aimed to promote greater awareness by hypertensive about your disease condition, encouraging them to lead a life with more quality. The Intervention Project has developed satisfactorily, with all the proposed objectives achieved, some had a great public acceptance, with group workshops and distribution of educational materials. Others less so, such as measurements of control book. A public policy more effective toward the subject would be of great value to alert the general public about hypertension, emphasizing the educational and preventive actions.

Keywords: Hypertension ; Risk factors ; Prevention education.

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	05
1.1 Introdução.....	05
1.2 Objetivos:	06
1.2.1 Objetivo Geral	06
1.2.2 Objetivos Específicos.....	06
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	07
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	08
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
REFERÊNCIAS.....	13

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

O município de Abadiânia, GO é componente da microrregião do entorno de Brasília, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE possui uma área de 1.045,127 km² e 15. 757 habitantes¹.

Segundo dados, a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS gerou como custo para o Sistema Único de Saúde no ano de 2012 com HAS foi de R\$ 43.773.393,48². Também foi constatado que entre as causas de morte, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 destas e que a HAS participa de quase metade delas³. Em um estudo realizado por Simonette, Batista e Carvalho constataram que a HAS é uma das doenças mais comuns que atingem a sociedade atual, sendo em média de 15% a 20% dos adultos. Os principais fatores de risco de mortalidade são acidente vascular cerebral e doença coronariana. Quanto mais a pressão se eleva mais aumenta o risco de mortalidade⁴.

No ano de 2003 no Brasil, 27,4% dos óbitos decorreram de doenças cardiovasculares, sendo o acidente vascular cerebral a principal causa de morte por consequências da doença⁹. A maior parte desses óbitos é proveniente de indivíduos que não apresentam tratamento regular, se tratados os números de mortes causadas pela hipertensão diminuem drasticamente¹⁰.

O consumo excessivo de álcool e sódio, sedentarismo, obesidade e fatores socioeconômicos estão associados a maior prevalência de casos de hipertensão. A HAS se caracteriza por síndrome, onde há a elevação da pressão arterial. Quando em valores ideais essa pressão é de 120/80mmHg, contudo medidas que vão até 140mmHg para a pressão sistólica e 90mmHg para a diastólica são aceitas como normais. Valores elevados a estes em, no mínimo duas aferições subsequentes em dias diferentes ou sob condições calmas, já indicam uma Hipertensão⁵.

Mudanças relacionadas a uma maior expectativa de vida, padrões alimentares alterados e estilo de vida “moderno” também repercutem para um aumento dos números de casos de pessoas hipertensas¹¹.

Observa-se que afeta mais indivíduos do sexo masculino do que os do sexo feminino e em pessoas com idade mais avançada. Indivíduos que já possuem histórico de HAS na família são mais predispostos a também desenvolver a

hipertensão, assim como pessoas obesas e aquelas que vivem sob constante stress. Ainda não se chegou a um consenso padrão sobre as causas da hipertensão, o que se sabe são fatores que podem influenciar de forma positiva ou negativa na aquisição dessa patologia⁶. É na maior parte do tempo uma doença silenciosa, alguns de seus “sintomas” clássicos são dores de cabeça, vertigens, visão borrada.

Para se obter uma melhor qualidade de vida nesses pacientes ações que visam apenas o controle da pressão feito com tratamento farmacológico não são tão eficazes quando comparadas àquelas que são feitas concomitantemente a outras ações como a conscientização e orientação desses pacientes sobre a doença, mudança de hábitos e melhoria na sua forma de se alimentar. Sendo assim deve-se auxiliar esses pacientes visando sempre a promoção de sua saúde de um modo geral e não com o foco apenas na doença⁷. O paciente deve sempre estar bem esclarecido através de atividades educativas e campanhas feitas pelos profissionais de saúde⁸.

1.2 Objetivos:

1.2.1 Objetivo Geral

Desenvolver ações de educação em Saúde à usuários hipertensos com vistas ao auto cuidado e mudanças de hábitos.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Fortalecimento das ações de controle aos Hipertensos como cadernetas de anotações das aferições;
- Ampliar a divulgação da patologia na Unidade através de informativos como cartazes, folders e banner;
- Realização de atividades educativas;
- Fortalecer o auto cuidado e mudanças de hábitos.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

O projeto de intervenção tem como finalidade delinear as ações que serão implantadas. Baseia-se na relação entre pesquisa e ação que deve ser transformada em realidade.

Quando analisado qual o maior problema dos pacientes atendidos na Unidade trabalhada, a HAS foi a que mais se destacou na ESF VI do município de Abadiânia-GO, sendo assim esse será o foco do Projeto de Intervenção. O problema abordado requer práticas intensivas para combatê-lo, visando sempre à boa saúde do paciente.

Participaram deste estudo hipertensos já diagnosticados pela ESF VI e aqueles pacientes da unidade, sem distinção de sexo, idade e etnias, além daquelas que possuem uma pré-disposição para desenvolver a patologia.

As ações foram realizadas dentro da ESF VI durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2014.

O projeto envolveu parte da equipe da ESF que se interessou no projeto e que tinha disponibilidade para auxiliar no desenvolvimento das atividades educativas.

Dados referentes aos pacientes foram encontrados na unidade em prontuários e fichas avaliativas.

O projeto foi composto por ações que visaram:

- I. Identificação dos pacientes hipertensos e possíveis novos caso, onde será realizado um levantamento dos pacientes cadastrados na Unidade que são hipertensos.
- II. Consulta para avaliar o estado geral de saúde destes. Após a identificação desses pacientes, será agendado uma consulta para uma avaliação mais minuciosa sobre a saúde do paciente.
- III. Entrega de caderneta para controle da aferição da pressão. Instruindo estes a realizarem a aferição da PA uma vez ao dia e anotarem os valores encontrados na caderneta.
- IV. Atividades educativas sobre a hipertensão e seus riscos, qualidade de vida, incentivando estes a terem uma alimentação saudável, praticar esportes, parar de beber e fumar, entre outras, realizadas na ESF para

toda a população em geral, ministrada pelos profissionais de saúde da Unidade.

- V. Entrega de material educativo: folders encontrados na Unidade e que são voltados para o público hipertenso com informações relevantes e pertinentes a patologia após a realização das oficinas em grupo.
- VI. Afixar cartazes na unidade com informações relevantes sobre a doença como forma de alerta para a população em geral.

3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O Projeto de Intervenção se desenvolveu de forma bastante satisfatória.

Logo no início os cartazes que informavam os pacientes sobre a importância do cuidado com doença entre outros temas foram afixados na Unidade em um local com boa visibilidade, onde todos pudessem ler as informações ali apresentadas. Durante os meses que seguiram ao PI, a atenção geral da população foi boa em relação aos cartazes.

Quanto às consultas realizadas, consegui um número expressivos de pacientes atendidos. As consultas foram marcadas por: Agentes comunitários de Saúde, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem e grande maioria compareceu ao consultório.

Quase todos já realizavam o controle da PA com medicamentos e alguns relatavam a prática de caminhadas e um maior controle na alimentação. Antes da consulta o paciente realizava a aferição da PA na triagem, e o valor encontrado era anotado no prontuário de atendimento do mesmo. Sabe-se que tanto o tratamento medicamentoso quanto o não medicamentoso, tem por objetivo a redução da pressão arterial para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica, quando associados, contribuem para uma melhor qualidade de vida dos pacientes hipertensos¹².

Nas consultas o que foi mais perceptível era que, a grande parte dos pacientes não acha a doença tão relevante, não dão a devida importância aos riscos e muitas das vezes negligenciam as orientações que lhe foram passadas. Alguns se esquecem de tomar os medicamentos nas horas certas, ignoram os fatores de riscos associados, não vão com regularidade ao médico, são sedentários, entre outros.

Essa atitude causa alerta, pois se sabe que hipertensão arterial em adultos está atingindo patamares que demonstram cada vez a mais a necessidade um cuidado maior por parte do paciente além de uma política de intervenção pública mais eficaz em relação a medidas preventivas e de conscientização geral da população, abordando os fatores de riscos e as consequências da patologia.

Após o término da consulta era entregue uma caderneta para o registro das aferições e controle dos valores de PA dos pacientes. Alguns fizeram esse registro, outros logo deixavam de lado e muitos nem chegaram a realizar. Mais uma vez o descaso dos próprios pacientes em relação à saúde e a doença. Acredito que a mudança significativa em relação a uma maior consciência deste pacientes quanto ao seu quadro geral se dá quando o paciente é constantemente estimulado com ações voltadas a educação e a prática da prevenção de redução dos fatores de risco, agindo no controle da doença e na melhoria de vida dos pacientes.

Durante as realizações das oficinas me grupo foram abordados temas como a prática de atividades físicas, que é recomendada para praticamente todos os hipertensos, pois, além de reduzir a PA, diminuem as chances de o paciente sofrer um acidente vascular cerebral e doença arterial coronária. Quando feito regularmente levam o sistema cardiovascular a uma melhora significativa quanto aos valores de PA¹³.

Foi dito na palestra que antes da realização dos exercícios é necessária a avaliação adequada quanto à quantidade e tipo de exercício a ser feita. Contudo alguns pacientes relatam que começam a fazer exercícios, mas logo abandonam, por falta de dinheiro para pagar uma academia ou treinador particular, falta de tempo, disposição, não ter companhia e não gostar de ir sozinho. Creio que alguns desses problemas seriam resolvidos se houvesse no município um educador físico a serviço da Unidade responsável por criar grupos para a prática de caminhadas entre outras atividades. O município está com um projeto de construção de uma Academia da Saúde, porém não há previsão do término da obra ou como iram funcionar as atividades lá executadas.

Outro tema foi a alimentação saudável, poucos relataram já ter ido a um nutricionista para a prescrição de uma dieta adequada á doença, acompanhamento e para obter informações nutricionais sobre a doença. Observou-se que a grande maioria era obeso. Alguns informam que seguem por conta própria uma dieta, diminuindo sal, frituras, aumentando o consumo de frutas e verduras. Mas quando

questionados de onde vem o conhecimento para realizarem tais mudanças as repostas são: “uma amiga que fez uma dieta que me falou que era assim”, “assisti tal coisa na televisão”, “vi isso em um site da internet”. A maior parte dessas fontes de informações são generalizadas e sabe-se que a prescrição dietética deve ser individualizada, levando em consideração o estado do paciente, morfologia, entre outros fatores. Outros falam que não fazem nenhuma mudança em relação a alimentação, informam comer muitas frituras, não gostar de frutas e que não querem fazer dieta. O consenso geral sobre a alimentação de hipertensos é a intitulada Dieta DASH - Dietary Approachs to Stop Hypertension, que se mostrou eficaz no controle da PA, resumidamente, ela enfatiza o consumo de verduras, legumes, frutas, alimentos integrais, leite desnatado e seus derivados, redução de gorduras saturadas e colesterol, aumento na quantidade de fibras ingeridas, aumento de potássio, cálcio e magnésio na alimentação e a diminuição do consumo de sal. Com essa dieta também é possível à diminuição do peso que também diminui os níveis da PA¹⁴.

Quando questionados o porquê de não irem ao nutricionista, a resposta mais ouvida foi em relação ao preço. Esse problema também seria solucionado com a adição de um nutricionista na equipe multidisciplinar da ESF.

Já em relação ao tabagismo e alcoolismo, o fumo é responsável por cerca de 45% das mortes nos homens com menos de 65 anos de idade e por mais de 20% de todos os óbitos por doença coronariana nos homens com idade superior a essa faixa etária. Com isso observa-se que o cigarro, em decorrência da nicotina presente no mesmo, leva a um aumento da PA e um maior acúmulo de colesterol nos vasos sanguíneos¹⁵. O cigarro, levando em conta que aumenta o risco de doença cardiovascular, deve ser abolido da vida do hipertenso, contudo em função da dependência da nicotina, há dificuldades no seu abandono. Isso foi visto nas oficinas onde um dos participantes revelou ser tabagista e disse que encontra muita dificuldade em abandonar o vício, mesmo sabendo que seu uso lhe acarretaria riscos.

Com relação às doenças cardiovasculares e o uso do álcool, em medidas ponderadas causa um efeito benéfico protetor contra a doença coronariana, como o vinho, por exemplo, em decorrência dos antioxidantes (flavonoides) sempre se atentando ao tipo de uva utilizada no vinho¹⁶. Contudo, a sua ingestão exacerbada afeta a PA, reduzindo a resistência vascular periférica e gerando aumento do débito

cardíaco. A ingestão recomendada é de, em média, 240 ml de vinho. Quando não há enquadramento desse valor, recomenda-se evitar o consumo¹⁷. Alguns pacientes contaram que ingerem bebidas alcoólicas, cerveja e a mais comum, seguida pelos destilados e por último o vinho. Alguns diziam saber que o vinho era “bom para o coração” mas falam que gostam mesmo é da cerveja e tem o mesmo problema do cigarro em relação ao vício.

Fica a observação da necessidade da implantação de um grupo de apoio mais eficaz para fumantes e etilistas na Unidade, a fim de auxiliar os interessados na luta contra o vício e a conquistarem uma melhor qualidade de vida.

Um outro fator de risco de relevância para a hipertensão é o estresse mental. Ao enfrentar uma situação estressante há um aumento dos valores de PA redução da perfusão do miocárdio, consumo elevado de oxigênio, instabilidade elétrica cardíaca, arritmias e infarto agudo do miocárdio¹⁸. Todos os pacientes relataram sofrer de momentos de estresse pelo menos uma vez ao mês, relacionados principalmente a assuntos financeiros e familiares. Já é conhecido que a saúde do paciente esta intimamente ligada a questões de relacionamentos, condições financeiras entre outros. Foi sugerido a esses pacientes que tentassem melhorar a resposta destes no enfrentamento dessas situações, procurando ficar mais calmos e tentar serem mais positivos quanto aos problemas.

Após as oficinas os participantes tinham espaços para compartilhar suas experiências e dúvidas em relação às doenças. É interessante esse tipo de atividade, pois o paciente tem a chance de compartilhar suas experiências, alguns se identificam com histórias semelhantes as suas e a troca de experiências os leva a uma melhora nos cuidados que deve ter com a HAS, além de poderem expressar seus medos livremente. Todas as informações aqui coletadas surgiram de relatos durante esse momento nas oficinas.

No fim foram distribuídos os materiais como folders e panfletos disponíveis na unidade para os participantes levarem para a casa, entregarem aos conhecidos, a parentes e vizinhos para que haja a disseminação da informação sobre a hipertensão. Os mesmos eram convidados a comparecerem nas outras reuniões e, se possível, levarem mais alguém com eles.

Essa tática foi fundamental para o aumento do numero de participantes nas atividades educativas. O número de pessoas que participaram eram em média de 05 a 15 nas primeiras reuniões, no fim eram de aproximadamente 50 pessoas. Levando

em consideração que a duração de cada uma foi em média de 30 a 50 minutos por tema, e que foram feitas durante horários mais livres. Eles se mostravam interessados com o conteúdo abordado e alguns confirmaram que saíram de lá com um maior conhecimento a respeito da doença e que seria útil no dia a dia.

A educação deve proporcionar informações de modo que o educando possa se fazer autônomo. Essa autonomia deve ser conquistada, construída baseada nas decisões e vivências do indivíduo¹⁹. Para Paulo Freire educação é diálogo, comunicação, um encontro de sujeitos interlocutores que buscam o significado do significado, segundo ele a dialógica é uma das mais importantes ferramentas de educação²⁰.

O próprio SUS contempla ações educativas, quando se refere à promoção da saúde. Quando se educa a população em saúde, quando se faz o entendimento com questões referentes ao tema, a própria população, de acordo com as suas necessidades, terá discernimento de como agir de uma forma que aquilo que foi oferecido em forma de educação possa se transformar em resoluções e possibilidades mediante ao problema enfrentado, e assim o que foi aprendido passa a ter um real valor no cotidiano e na saúde deles mesmos²¹.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os objetivos propostos do projeto de intervenção foram atingidos, alguns tiveram uma ótima aceitação do público, como as oficinas em grupo e distribuição de materiais didáticos. Outros nem tanto, como a caderneta de controle de aferições.

Esse projeto agrupou informações de grande valia para a busca de um melhor controle da PA por parte dos pacientes. Acredito que o grau de conhecimento da população sobre os fatores de riscos e agravos da doença aumentaram de forma significativa, fornecendo para estes uma arma bastante eficaz para evitar ou minimizar fatores de risco ligados a patologia.

Uma política pública mais eficaz voltada para o tema seria de grande valia para alertar a população em geral a respeito da hipertensão, dando ênfase as ações educativas e preventivas.

REFERÊNCIAS:

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades@. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=520010&search=||infogr%E1ficos:informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em setembro de 2014.
2. MAZZOCCANTE, Raffaello Pinheiro; MORAES, José Fernando Vila Nova de; CAMPBELL, Carmen Sílvia Grubert. Gastos públicos diretos com a obesidade e doenças associadas no Brasil. 2012. Disponível em: < <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1869/1710>>. Acesso em setembro de 2014.
3. MIRANDA R.D.; PERROTTI T.C.; BELLINAZZI V.R.; NÓBREGA T.M.; CENDORO GLO M.S.; TOMIOLO NETO J. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. 2002. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaoarterial.pdf>>. Acesso em setembro de 2014.
4. SIMONETTE, Janete Pessuto; BATISTA, Ligia; CARVALHO, Lídia Raquel de. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. 2002. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1674/1719>>. Acesso em setembro de 2014.
5. SAAD, Edson A. Tratado de cardiologia – semiologia. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2003, p. 247 – 257.
6. PORTO, Celmo Celso. Doenças do coração – Prevenção e tratamento. 2ª ed., São Paulo. Guanabara Koogan, 2004.
7. XIMENES, N. F.R; MELO, J.R. Controle da hipertensão sistêmica na atenção primária em saúde – uma análise das práticas do enfermeiro. 2005. Disponível em: < <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/viewFile/506/552>>. Acesso em novembro de 2014.
8. CONVERSO, Maria Estelita Rojas; LEOCADIO, Priscilla Lassi Lozano de Faria. Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos da

terceira idade de Presidente Prudente. 2004. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/congrent/Saude/Saude130.pdf>>. Acesso em novembro de 2014.

9. LOTUFO, Paulo Andrade. Stroke in Brazil: a neglected disease. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v123n1/a01v1231.pdf>>. Acesso em dezembro de 2014.

10. BARRETO S.M.; PASSOS V.M.A.; FIRMO J.O.A.; GUERRA H.L.; VIDIGAL P.G.; LIMA-COSTA M.F.F. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v77n6/a08v77n6.pdf>>. Acesso em dezembro de 2014.

11. World Health Organization (WHO). Working together for health - The world health report. 2006. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf>. Acesso em dezembro de 2014.

12. PADWAL, Raj; STRAUS, Sharon E.; MCALISTER, Finlay A. Evidence based management of hypertension - Cardiovascular risk factors and their effects on the decision to treat hypertension: evidence based review. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1120139/pdf/977.pdf>>. Acesso em janeiro de 2015.

13. FORJAZ, C.L.M.; REZK, C.C.; MELO, C.M; SANTOS, D.A.; TEIXEIRA, L. NERY, S. S.; TINUCCI, T. Exercício resistido para paciente hipertenso: indicação ou contra-indicação. 2003. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/10-2/exercicio1.pdf>>. Acesso em janeiro de 2015.

14. OLMOS, R.D.; BENSEÑOR, I.M. Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. 2001. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-2/dietas.pdf>>. Acesso em janeiro de 2015.

15. JUNIOR, J.S.M.; NOBREGA, T.K.S.; BRITO, A.F.; SILVA, A.S. Influência Aguda do Tabaco na Pressão Arterial, Frequência Cardíaca e na Hipotensão Pós-Exercício em homens Jovens Fumantes. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/9886/7279>>. Acesso em janeiro de 2015.

16. RODRIGUES, Úrsula Tatiana Farias Marques. Revisão sistemática sobre a ação do chocolate, chá, vinho tinto e café na saúde cardiovascular. 2007. Disponível em: < <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/viewFile/16/14>>. Acesso em janeiro de 2015.

17. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 4ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2010. Disponível em: < http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf> acesso em janeiro de 2015.

18. NOBREGA, Antonio Claudio Lucas da; CASTRO, Renata Rodrigues Teixeira; Souza, Alexandre Coimbra. Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica. 2007. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/08-estresse.pdf>>. Acesso em janeiro de 2015.

19. LIMA K. A.; COSTA, F.N.A. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: relações possíveis. Aliment. nutr. 2005; 16(1): 33-8.

20. FREIRE, Paulo. Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

21. OLIVEIRA, H.M.; GONÇALVES, M.J.F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. Rev Bras Enferm 2004; 57(6): 761- 3.