
HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONHECIMENTO DE JOVENS QUILOMBOLAS

ARTERIAL HYPERTENSION: THE KNOWLEDGE OF YOUNG QUILOMBOLAS

THAIS DE ANDRADE ALVES¹, BRENO VITOR NOGUEIRA SOUSA², VIVIANE SILVA DE JESUS³,
CLIMENE LAURA DE CAMARGO⁴

1 – *Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Bahia*

2 – *Acadêmico de Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia. brendovitor@hotmail.com*

3 – *Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública - Universidade Federal da Bahia. Professora da Faculdade Adventista da Bahia.*

4 – *Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Titular da Universidade Federal da Bahia.*

RESUMO: Este estudo tem como objetivo identificar os saberes de adolescentes e jovens quilombolas acerca da hipertensão arterial sistêmica. Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, realizado na comunidade quilombola de Monte Alegre, no período de maio de 2013 a janeiro de 2014, com jovens de 14 a 25 anos. Para coleta de dados foram realizadas entrevistas gravadas, que ocorreram individualmente em ambiente reservado no domicílio dos participantes. Os resultados foram divididos em três categorias que compreendem: os conhecimentos sobre a hipertensão arterial sistêmica, características hereditárias e conceituações pessoais sobre a doença. Os participantes demonstram um conhecimento fragmentado sobre os conceitos e formas de controle e tratamento da doença, além de apresentarem dificuldades de acesso aos serviços de saúde e falta de profissionais que realizem ações de educação em saúde. Dessa forma, percebe-se que tal comunidade necessita que as autoridades públicas estejam atentas às suas necessidades básicas.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Grupo com ancestrais do Continente Africano; Comunidades vulneráveis.

ABSTRACT: This study aims to identify the knowledge of adolescents and young maroons about arterial hypertension. This is a descriptive qualitative study, carried out in the quilombola community of Monte Alegre from May 2013 to January 2014, with young people aged 14-25 years. To data collection were conducted recorded interviews that occurred individually in a private place of participants home. The results were divided in three categories which include: knowledge about arterial hypertension, hereditary characteristics and personal concepts about the disease. Participants demonstrate a fragmented knowledge about the concepts and forms of control and treatment of disease. In addition, they demonstrate difficult to access the health services and lack of professionals to carry out health education activities. Thus, it is clear that this community requires that public authorities pay attention to their basic needs.

KEYWORDS: Hypertension, African Continental ancestry group, Vulnerable groups.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade, sendo responsáveis por altos custos hospitalares, devido à alta frequência de internações causadas por elas. Tais doenças

possuem maior probabilidade de levar um indivíduo a óbito quando acompanhadas da elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mm/Hg de forma linear, contínua e independente^[1].

Uma das principais patologias que compõe o grupo das doenças cardiovasculares é a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Que pode, por sua vez, ser ocasionada por múltiplos fatores, apresentando-se na maioria das vezes de forma lenta e assintomática, o que dificulta sua identificação precoce. Vista como uma doença silenciosa, interfere de forma negativa na qualidade de vida daqueles que a possuem. A presença de sinais e sintomas está relacionada à hipertensão de origem secundária ou quando os órgãos-alvo estão sendo comprometidos^[3].

Assim, informações de prevenção e fatores de risco devem ser mencionados na abordagem ao paciente, na tentativa de conscientizar o mesmo para evitar a evolução da doença de forma abrupta e maiores agravos. Pois o ideal seria que o mesmo conhecesse os mecanismos que podem exercer influência negativa sobre a HAS, já que, muitos deles são modificáveis, como a ingestão de sal, obesidade, sedentarismo, etilismo, tabagismo e o estresse^[4].

Além dos fatores listados, outro bastante relevante está relacionado à afrodescendência. Pois a HAS representa um dos principais problemas de saúde pública nas populações negras em todo o mundo, em especial no Brasil, segunda maior nação negra do mundo, e que tem tal patologia como umas das mais importantes por razões étnicas^[5].

A população negra brasileira sofre com o estigma social deixado pela escravidão. O racismo existente em nossa sociedade resulta na exploração desse povo, submetendo-o a iniquidades sociais que o tornam o estrato mais pobre da população^[6]. Sabe-se que a cor da pele, o status e a classe social determinam a construção das hierarquias sociais e estão intimamente relacionados com as condições de saúde da população. Dados epidemiológicos mostram claramente a diminuição da qualidade e expectativa de vida da população negra, que apresenta níveis mais baixos de instrução, reside em áreas com menos serviços de infraestrutura básica, possui menos acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, quando dispõe desse serviço, depara-se com menor qualidade. Além disso, esta população vivencia situações de exclusão, marginalidade e/ou discriminação, o que a torna vulnerável aos agravos à saúde^[7]; como acontece, por exemplo, com os indivíduos das comunidades quilombolas.

Compreende-se por comunidade remanescente quilombola grupos de pessoas com histórico de resistência à opressão, que possuem ancestralidade negra e trajetória histórica própria, lotados em regiões com relações territoriais específicas. Apesar do passado de luta e resistência, essas populações vivem quase que exclusivamente em áreas rurais, dependendo de culturas de subsistência e de programas como o Bolsa Família^[8]. As comunidades quilombolas se encontram em situação de vulnerabilidade social, devido a um processo histórico de privação de direitos e cultura, o que interfere diretamente na situação de saúde dessa população^[9].

Considerando os aspectos de vulnerabilidade citados e o aumento global da prevalência da HAS que representa importante prejuízo à qualidade de vida, as medidas educativas são apontadas como importantes estratégias de prevenção que visam à melhoria da saúde e de qualidade de vida, além de contribuir com a diminuição das complicações e dos custos assistenciais decorrentes da doença. A educação em saúde apresenta-se como uma atividade sistematicamente planejada e inerente ao processo de cuidar, pois facilita, predispõe e reforça medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde. Assim, percebe-se que as

estratégias utilizadas para realizar a educação em saúde são de suma importância, pois poderão estimular a participação ativa do indivíduo, valorizando o diálogo como construção compartilhada de conhecimento ou simplesmente reforçar o caráter curativo centrado na doença e na transmissão de informações^[10].

Dessa forma, direcionarmos o olhar para as questões que tangem à saúde da comunidade quilombola mostra-se necessário, devido ao alijamento social a que estão submetidas essas pessoas. Assim, verificar o entendimento dessa população sobre os fatores de risco que causam a HAS torna-se importante. Este estudo pode contribuir para a promoção da saúde dessa população, já que a mesma encontra-se mais exposta a doenças de origem étnico-racial e socioeconômica. Esta pesquisa objetivou identificar os saberes de adolescentes e jovens quilombolas acerca da hipertensão arterial sistêmica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, vinculado ao projeto de dissertação de mestrado intitulado “Análise de níveis pressóricos em crianças e adolescentes quilombolas”. O referido estudo teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sob o parecer número 1.182.042. Ainda atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 que trata de pesquisas com seres humanos.

A coleta de dados foi realizada no período de maio de 2013 a janeiro de 2014 na comunidade quilombola Vila de Monte Alegre, que faz parte da Ilha de Boipeba, vinculada ao município de Cairú, distante aproximadamente 300 km da capital Salvador-BA. Segundo a Fundação Cultural Palmares (FCP), essa comunidade foi certificada no ano de 2006 e está entre as 569 comunidades certificadas no Estado da Bahia^[11,12]. Possui em média 100 habitantes e está dividida em Monte Alegre de Baixo e Monte Alegre de Cima. A maioria das casas é feita de taipa e não há esgotamento sanitário nem água tratada. Há no local um centro comunitário e uma escola, porém não há nenhuma unidade básica de saúde, fazendo com que as pessoas se dirijam à unidade mais próxima localizada em Boipeba.

Os participantes do estudo foram nove adolescentes e jovens entre 14 e 25 anos, de ambos os sexos, que residem nessa comunidade quilombola. Ressalta-se que o recorte da faixa etária se deu por conveniência, pois os participantes já eram sujeitos do projeto guarda-chuva “Sustentabilidade e Saúde”. Para a coleta de dados foi aplicada, individualmente, entrevista semiestruturada, em ambiente reservado no domicílio dos participantes. Para assegurar a privacidade dos mesmos, os áudios foram transcritos e analisados através da categorização temática proposta por Lawrence Bardin^[13] e identificadas neste trabalho pela letra “E” de entrevista seguida pelo número correspondente à mesma.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas possibilitou a identificação de três categorias: 1) Conhecimento sobre a HAS, subdividida em quatro subcategorias: Conceitos; Etiologia; Formas de controle/tratamento; Sintomatologia; 2) Característica de hereditariedade; 3) Conceitos pessoais relacionadas à doença.

1. Conhecimento Sobre a Has

Objetivando compreender quais os conhecimentos dos jovens quilombolas sobre a HAS, essa categoria foi subdividida em quatro subcategorias, conforme as falas dos participantes:

1.1 Conceitos

Sabe-se que a HAS é definida por frequentes e elevados níveis da pressão arterial, sendo uma condição clínica multifatorial. Ela aumenta os riscos para doenças cardiovasculares, já que está associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo^[1]. Nessa subcategoria emergiram falas envolvendo a conceituação da HAS e foram consideradas todas as informações acerca do entendimento dos entrevistados sobre a doença. Muitos a definem como uma morbidade, um mal, um problema que pode gerar danos ao ser humano; outro já a conceitua exemplificando-a através das suas possíveis causas, sintomas e tratamentos e outro que não sabe conceituá-la, conforme descrito nas seguintes falas:

“pressão alta é quando a pessoa se sente mal [...] tem que haver tratamento porque pode levar à morte” (E6).

“[...] pra mim pressão alta é uma doença, é uma coisa grave que deixa a gente mal” (E9).

“é uma doença que pode até matar a pessoa” (E7).

“eu tive, mas não sei o que é” (E8).

Apesar da maioria das falas não abordarem os agentes etiológicos, identificamos que os jovens entrevistados percebem a sua gravidade e necessidade de prevenção e controle. O conhecimento sobre uma doença é de grande relevância, sobretudo quando determinada população possui maior risco de desenvolvê-la. Tal conhecimento advindo de pessoas que possuem a doença facilita a intervenção do profissional em propor o tratamento adequado e adoção de medidas que minimizem o impacto do agravo^[4].

Embora a maioria dos entrevistados não tenham se identificado como hipertensos, eles apresentam certa familiaridade com os sintomas dessa doença, já que possuem pessoas no círculo familiar portadoras da HAS. Em caso de desenvolvimento da doença, o conhecimento dos fatores intervenientes torna-se útil para o indivíduo e para atuação da equipe de saúde. Por outro lado, a ausência de informação sobre a doença reflete a necessidade de introduzir práticas de educação em saúde para essa população.

A falta de conhecimento a respeito da doença pode estar associada à escolaridade, pois essa constitui um dos principais fatores relacionados à qualidade de vida em diferentes grupos populacionais. A baixa escolaridade compromete o acesso à educação em saúde, além de influenciar na adesão ao tratamento de condições crônicas, como a HAS; o que acarreta dificuldades no entendimento das orientações realizadas pela equipe de saúde da família sobre a doença, por isso mesmo constitui importante indicador a ser observado pelos gestores e profissionais de saúde no planejamento de estratégias, programas, propostas e ações.^[14]

Um fator que pode contribuir para a compreensão da doença é a presença da mesma em algum membro da família. Para crianças, o conhecimento a respeito da HAS está ligado ao contato direto com o doente. Pais hipertensos geralmente são agentes multiplicadores do saber, já que os filhos veem os pais como exemplo e observam as implicações da doença e as mudanças dos hábitos de vida.^[15]

1.2 Etiologia

Sobre os fatores de risco que podem levar o indivíduo a apresentar a HAS, buscou-se compreender nessa subcategoria as percepções dos entrevistados sobre a etiologia da doença. Sabe-se que existem diversos fatores que podem desencadear a HAS. Podem ser classificados em fatores de risco não modificáveis, como: idade, gênero, genética e etnia; e os fatores de risco modificáveis, como: obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, ingesta excessiva de sal, uso de álcool, drogas e condições socioeconômicas^[4]. Outros autores acrescentam ainda o tabagismo e a não adesão ao tratamento^[4]. Neste estudo, o consumo excessivo de sal foi identificado como sendo o principal agente causador da doença, relatado pela maioria dos entrevistados, como pode ser percebido nas falas seguintes:

“[...] deve ser porque ela comia muito sal, deve ser por causa disso” (E1).

“[...] porque às vezes come comida muito salgada, não se alimentam direito” (E3).

Além do consumo excessivo de sal, alguns entrevistados relataram que a causa da doença também pode estar relacionada a uma alimentação inadequada, outros também referiram o estado emocional e fatores hereditários como causadores da doença, expressos nas falas a seguir:

“[...] não se alimentam direito, por isso desenvolvem a doença” (E3).

“alimentação adequada, por exemplo, a quantidade certa de sal, de vitaminas” (E6).

“porque se enraiva muito, sente muita dor de cabeça” (E2).

“as vezes é de susto” (E5).

“as vezes por causa de estresse, de muito estresse, muito trabalho[...]” (E6).

Para que a prevenção e a promoção da saúde sejam feitas de forma eficaz, é necessário o conhecimento sobre a doença e dos fatores de risco que colaboram para o desenvolvimento da mesma ou das comorbidades associadas^[4]. Alguns estímulos podem atuar como fatores modificadores da ação sobre a ameaça percebida de determinada doença, tais como: conselhos de terceiros, orientações de profissionais de saúde e experiências de membros da família. Ademais é necessário que o indivíduo valorize os benefícios das mudanças, ou seja, creia que é possível reduzir a suscetibilidade ou severidade da doença.^[15] Contudo, não se pode assegurar que apenas os conhecimentos sobre determinadas doenças sejam suficientes para produzir a mudança de comportamento, pois tanto a crença quanto a cultura podem ser fatores propulsores ou impeditivos dessa mudança.

A percepção da gravidade de uma doença também é um fator que pode contribuir para a mudança de comportamento do indivíduo. O grau de seriedade pode ser julgado pelo grau de estimulação emocional criado por determinadas circunstâncias, tais como: ideias sobre a doença, dificuldade atribuída pelo indivíduo ante o risco que tal agravo na saúde poderá ocasionar, ou mesmo pelo simples conhecimento das complicações que aquela doença poderá trazer para si.^[15]

1.3 Formas de controle/tratamento

A respeito das formas de controle/tratamento da HAS, buscou-se compreender as medidas

apontadas pelos participantes. Assim, pode-se observar que a principal medida citada está relacionada à diminuição do consumo do sal; no entanto, outros fatores ligados aos comportamentos alimentares também foram mencionados, tais como: diminuição da ingestão de gordura e dieta balanceada. Além disso, a figura do médico foi citada diversas vezes, denotando que esse profissional exerce uma influência sobre as formas de controle da doença, através de recomendações alimentares e indicações do uso de medicamentos.

“Evitar comer algum alimento que faça mal. Por exemplo, sal, gordura. Eu não tenho pressão alta, então não tenho essas dietas, mas minha mãe é hipertensa, ela não come sal, não come gordura e toma remédio pra controlar” (E9).

“não comer muito sal, diminuir a gordura, não se enraivar muito” (E8).

“ter acompanhamento médico, parar de comer muito sal, tomar remédio” (E7).

“não comendo muito sal, [...] e se cuidando como o médico manda” (E1).

Além da adoção de hábitos alimentares saudáveis e o uso de medicamentos, destacam-se ainda outras atitudes importantes a ser consideradas na adoção de um estilo de vida saudável e que contribuem de forma significativa para o controle da HAS: a abstinência ao fumo e a redução da ingestão de bebidas alcoólicas, visto que essas práticas são bastante comuns, pois fazem parte da cultura afrodescendente. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) informa que o tabaco é a principal causa de morte evitável nas Américas e no mundo^[2].

Formas de controle/tratamento relacionados ao conhecimento popular, como o uso de ervas e frutas que exercem efeitos calmantes e a prática de exercícios físicos também foram relatadas, como descritas nas falas que se seguem:

“com remédio, com as ervas de lipurdina que faz acalmar e [...] também outras ervas [...] pra fazer o chá” (E2).

“evitar susto, evitar comer sal, beber suco de maracujá é bom pra baixar” (E5).

“ter uma dieta saudável, diminuir o sal [...]. Também tem que praticar exercícios” (E3).

Um estudo realizado com hipertensos em uma unidade de Saúde da Família de um município da região metropolitana de Curitiba (PR) revelou que os usuários associam a terapia medicamentosa com a não medicamentosa. Eles ressaltam a adoção de hábitos de vida saudáveis que contribuem para o controle da pressão arterial como a redução do estresse e a realização de atividades de lazer. Já outro estudo realizado em comunidade quilombola na capital baiana destaca o uso de ervas no preparo de remédios caseiros, banhos e chás como práticas cuidativas e como tratamento de várias doenças^[16].

Geralmente o conhecimento das indicações terapêuticas das plantas medicinais utilizadas pela população é repassado entre as gerações familiares, tornando-se assim atribuição das pessoas idosas, visto que são elas que cultivam tais plantas em seus quintais e jardins. O conhecimento popular relacionado a essas plantas é amplo e traz diversos benefícios à população, principalmente àquelas que não têm acesso aos serviços de saúde^[17, 18].

Controlar a HAS significa obter níveis pressóricos satisfatórios, com percentis abaixo de 95 para

adolescentes e menor que 130/85 mmHg, considerando os adultos jovens; o que contribui para diminuir os riscos de doenças cardiovasculares e aumentar a qualidade de vida do indivíduo. Para o controle da HAS, o tratamento envolve desde a adoção de hábitos de vida saudáveis a uso de medicamentos específicos^[19].

1.4 Sintomatologia

Ao se questionar acerca da sintomatologia desencadeada pela doença, os sinais e sintomas mais citados foram: dor de cabeça, desmaios, alterações de humor e sintomas de pré-eclâmpsia como descritos nas falas abaixo:

“Causa dor de cabeça, tem gente que desmaia” (E1).

“Minha tia fica muito nervosa quando a pressão está muito alta sente muita dor de cabeça” (E2).

“Eu tava toda inchada quando eu fiquei grávida.” (E8).

A HAS é dita por muitos autores como uma doença silenciosa e assintomática, pois seus sinais clínicos muitas vezes não são percebidos claramente^[20]. Sabe-se, contudo, que a doença pode oscilar entre os extremos de ausência de sintomatologia a sintomas inespecíficos encontrados na hipertensão, como: cefaleia, sonolência, confusão mental, distúrbio visual, náuseas e vômitos^[3]. Essa aparente divergência com a qual a doença se manifesta está relacionada com a presença de sintomas, mas que são inespecíficos e que, portanto, podem ser atribuídos a outras patologias, podendo dificultar no diagnóstico diferencial. Além do que, isoladamente, esses indícios não refletem gravidade, o que pode contribuir para a não procura do tratamento.

Considerando que essa comunidade quilombola tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde^[6], a identificação precoce da HAS torna-se mais difícil, principalmente quando é assintomática. A carência de ações de prevenção e controle da saúde torna tal população vulnerável aos diversos tipos de patologias e complicações que podem levar à morte ou ao adoecimento crônico, ocasionando sofrimento e diversas dificuldades para o indivíduo e para a sua família.

2. Características de Hereditariedade

Sendo a hipertensão uma doença de característica hereditária, sobretudo para a população negra, torna-se um aspecto relevante para a comunidade deste estudo, visto que é constituída por cerca de 100 habitantes e de parentesco elevado. Segundo as entrevistas, houve relatos de parente próximo portador da HAS.

“Pressão alta? [...] a minha tia, ela tem” (E2).

Apesar de apenas um participante ter expressado em sua fala ter uma tia hipertensa, salienta-se que a comunidade de Vila Monte Alegre foi constituída também com forte vínculo intrafamiliar (21), o que torna relevantes abordagens mais apropriadas sobre HAS nessa comunidade, visto que a mesma contém poucos habitantes sem evidente parentesco familiar. Vale ressaltar, entretanto, que o fator hereditário não é o único determinante para que a doença se desenvolva.

É evidente a relação entre os fatores genéticos e a hipertensão arterial na população negra, porém não é possível prever o risco individual de possuir a doença, por não haver variantes genéticas que possam ser utilizadas^[1]. Dessa forma fica evidente a necessidade de acompanhamento da comunidade e realização de ações educativas em saúde, que visem promover mudanças nos hábitos de vida dessa população.

3. Conceitos Pessoais a Respeito Da Doença

Os mitos estão presentes desde a antiguidade na vida das pessoas, estando intimamente relacionados com as crenças de cada população. O mito é tido como uma realidade cultural extremamente complexa que pode ser abordada e interpretada através de perspectivas múltiplas e complementares, assim torna-se importante compreendermos o significado da cultura na qual a pessoa nasceu e está inserida. Com isso, cabe aos profissionais de saúde considerar cuidadosamente a força das referências culturais, levando sempre em consideração os pensamentos e opiniões da sabedoria popular, os quais influenciam a abordagem da doença, para integrar às informações médicas.^[22]

Nessa categoria estão selecionadas falas que exprimem opiniões próprias e mitos criados em relação à doença. Identificou-se, por exemplo, que a HAS é confundida com o diabetes, que a prática de exercícios físicos pode trazer malefícios ao hipertenso e que esta doença está ligada a alterações no sistema nervoso, como descrito nas falas abaixo:

“através dos alimentos que nós comemos, salgado, doce que causam a pressão alta. Comer muito doce pode elevar a pressão” (E4).

“ela tem que ter bastante repouso, não fazer muito exercício físico. Eu acho que fazer muito exercício físico aumenta a pressão” (E6).

“é uma alteração dos nervos, sistema nervoso” (E5).

“[...] alguma pessoa da família que já teve, passa de pessoa para pessoa” (E7).

Esses resultados revelam que, apesar da HAS ser uma doença de alta prevalência e de ampla divulgação em diversos meios de informação, ainda é pouco conhecida, principalmente em comunidades vulneráveis. Nesse aspecto é importante cautela, pois o conhecimento do paciente está relacionado a questões culturais, isolamento territorial, experiências pessoais e forma subjetiva de entendimento. Dessa forma, as informações fornecidas pelos pacientes não devem ser desmerecidas e o profissional de saúde que visa uma atenção integral e humanizada deve disseminar as orientações a respeito da doença levando em consideração os fatores vivenciados pelo paciente.^[4]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os sujeitos entrevistados demonstraram conhecimentos limitados quanto aos conceitos e medidas de controle/tratamento da HAS. Nesse estudo, nota-se que a percepção dos participantes está relacionada à ingestão de sal e fatores emocionais como causadores principais da elevação da pressão arterial; por isso os participantes atribuem à diminuição

do sal e ao uso de ervas medicinais, como a lipurdina, o controle/tratamento da doença. Percebeu-se também que os participantes que possuem algum familiar hipertenso, souberam descrever melhor os sinais e sintomas da doença, bem como os métodos utilizados para o controle. Cabe salientar que tal comunidade sofre com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e com a falta de profissionais que exerçam ações de educação em saúde para prevenção e controle desse agravo. Assim, é esperado que as autoridades públicas se atentem para as necessidades básicas das comunidades quilombolas.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
2. Filho CF. Hipertensão Arterial Sistêmica. *RBM.* 2011; 68(7/8). Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4797> Acessado em 29 de junho de 2016.
3. Oogman W. Sinais e Sintomas em hipertensão arterial. *JBM.* 2014; 102(5) 13. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4503.pdf>> Acessado em 29 de junho de 2016.
4. Machado MC; Pires CGS; Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(5): 1365-1374.
5. Bezerra VM; Andrade ACS; César CC; Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2013; 29(9): 1889-1902. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000900027&script=sci_arttext>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
7. Zamora MHRN. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal: Ver. Psicol.* 2012; 24(3): 563-578.
8. Freitas DA; Caballero AD; Marques AS; Hernández CI; Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC.* 2011; 13(5): 937-943.
9. Silva MJG; Lima FSS; Hamann EM. Uso dos serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo.* 2010; 19(supl.2): 109-120.

10. Manoel MF; Marcon SS; Baldissera VDA. Estratégias educativas para pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. 2013; 21(3): 403-8.
11. Fundação Cultural Palmares Comunidades Quilombolas. Brasília- DF. 2015. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?page_id=88#> Acessado em 05 de março de 2015.
12. Fundação Cultural Palmares. Certidões expedidas por Estado. Ministério da Cultura: Brasília. 2010. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/_temp/sites/000/2/download/dpa/crqs-certificadas.pdf> Acessado em 05 de março de 2015.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
14. Andrade JMO; et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2014; 19(8): 3497-3504.
15. Santos ZMSA; Caetano JA; Moreira FGA. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial: uma tecnologia educativa em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2011; 16(11): 4385-4394.
16. Siqueira SMC; Jesus VS; Cmargo CL. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(1): 179-189.
17. Lima SCS; Arruda GO; Renovato RD; Alvarenga MRM. Representações e usos de plantas medicinais por homens idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(4): [08 telas].
18. Souza ADZ; Vargas NRC; Ceolin T; Heck RM; Haeffner R; Viegas CRS. A enfermagem diante da utilização de plantas medicinais no tratamento complementar da hipertensão arterial sistêmica e das dislipidemias. *Rev. Min. Enferm*. 2010; 14(4): 473-478.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37): 128 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf > Acessado em 05 de março de 2015.
20. Soares RS; Silva JLL; Lopes MR; Moreno RF; Almeilda JHA; Suza VR. Estresse e demais fatores de risco para hipertensão arterial entre profissionais militares da área de enfermagem. *R. pesq.: Cuid. Fundam. Online*. 2012; (Ed. Supl.): 45-48.

21. Mrtins LA. Cuidado ao recém-nascido em Comunidade Quilombola e a influência integrada intergeracional [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia. 2014.

22. Santos M. Concepções de mitos e relações com a saúde. Bol. Mus. Int. de Roraima. 2014; 8(2): 53-60.