

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-
FACENE/RN
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RAYRES IARA DE LIMA COSTA

HIPERTENSAO ARTERIAL: USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS

**MOSSORÓ/RN
2018**

RAYRES IARA DE LIMA COSTA

HIPERTENSAO ARTERIAL: USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS

Monografia apresentada a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE/RN, como exigências para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Lucidio Clebeson de Oliveira

MOSSORÓ/RN

2018

C837h

Costa, Rayres Iara de Lima.

Hipertensão arterial: uso de terapias alternativas/ Rayres Iara de Lima Costa. – Mossoró, 2018.

40f.

Orientador: Prof. Me. Lucidio Clebeson de Oliveira

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Hipertensão Arterial. 2.Terapias alternativas.
3.Enfermagem. I. Título. II. Oliveira, Lucidio Clebeson.

CDU 633.88

RAYRES IARA DE LIMA COSTA

HIPERTENSAO ARTERIAL: USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS

Monografia apresentada a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN, como exigências para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Lucidio Clebeson de Oliveira

Aprovado em 17/10/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Lucídio Clebeson de Oliveira - Orientador
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN

Prof. Esp. Márcia Jaqueline de Lima
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN

Prof. Esp. Ítala Emanuely de Oliveira Cordeiro
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aos nossos familiares pelo apoio. E a todos que de alguma forma contribuíram para a realização do mesmo, principalmente, por acreditarem que o sonho é a parte integrante da vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço intensamente a DEUS a qual se fez e faz presente em todo o meu percurso acadêmico, desde a escolha da profissão até o término da graduação. Pois, mostrou-me que sou capaz de chegar ao fim dessa longa jornada que é completar quase meus cinco anos de vida acadêmica. A qual obtive livramentos visíveis e invisíveis por diversas vezes; momentos difíceis durante este trajeto e por fim, pelo discernimento, sabedoria e paciência de seguir em frente com este projeto.

Esta profissão a qual honrarei até o fim da minha vida, me fez amadurecer e crescer como pessoa, lidando com ser humano e sua singularidade, compreendendo a necessidade e dor do outro, bem como, colocando-se em seu lugar.

Do mesmo modo, agradeço a minha mãe Maria Irene Lima da Costa, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando, ajudando da melhor forma que pode e acreditando no meu potencial. A meu pai Raimundo Nonato da Costa, que obtive o máximo de incentivo para crescer na vida. A minha irmã Thamyres Lima da Costa, que de forma direta e indireta, me auxiliou nesta batalha diária da vida. A minha amada Avó, Rita Olegário de Lima, que deposita toda sua confiança na minha pessoa e que torce e fica feliz pela profissão a qual escolhi para minha vida.

E por fim, um agradecimento especial ao meu professor e orientador Lucidio Clebeson de Oliveira, pelos ensinamentos, compreensão e paciência durante a trajetória para construção deste projeto.

Muito obrigada a todos!

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados”.

(Florence Nightingale)

RESUMO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. Elas foram responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderiam ter sido evitadas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares. Esta patologia crônica não é transmissível, no entanto, compromete o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, elevando a pressão arterial para números acima dos valores considerados normais (140/90 mmHg), onde acomete em pacientes que tem consequências diretas sobre a qualidade de vida. São fatores de risco extrínseco: o hábito de fumar, má alimentação, sedentarismo e baixa renda. E intrínseco: aterosclerose, diabetes mellitus, artrite/artrose e entre outros fatores causadores. O objetivo desta pesquisa é analisar a importância das terapias alternativas para o controle da hipertensão arterial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. O estudo foi desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (ESF) Maria José Paiva da Silva no município de Alto do Rodrigues/RN. Os sujeitos da pesquisa foram os usuários que fazem parte do grupo de hipertensos da ESF, sendo uma população de 10 participantes. Foi aplicada uma entrevista semiestruturada, a qual se caracteriza por combinar perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado (a) discorreu sobre o tema em questão. Os dados coletados foram avaliados através da análise de conteúdo na perspectiva de interpretar o fenômeno estudado. Os resultados mostraram que a maioria dos hipertensos não praticam atividades físicas por não terem quem os ajude ou acompanhe para irem uma praça para ou até mesmo para uma caminhada, pois os mesmos sentem um pouco de insegurança em sair só, uma vez que tem medo de cair e sofrer alguma fratura e fica mais difícil a locomoção. Poucos utilizam outros meios para controlar a pressão arterial, tendo em vista que a maioria não faz nem um controle. É perceptível a resistência e certo desinteresse por parte dos hipertensos na prática de atividades físicas ou até mesmo mudar o estilo de vida e realizar uma reeducação alimentar. Com base no exposto, fica evidente a necessidade de comprometimento por parte dos acometidos e familiares para programar atividade física ou outras medidas alternativas para o controle da pressão arterial com o intuito de modificar o estilo de vida, tornando-o mais saudável, melhorando a qualidade de vida.

Palavras-Chave: Enfermagem; Hipertensão Arterial; Terapias Alternativas.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are, currently, the cause of a majority of deaths worldwide. They were responsible for more than 17 million deaths in 2008, of which three million happened to people younger than 60 years old, and great part of it could be avoided. The World Health Organization (WHO) estimates that, in 2030, nearly 23,6 million people will die of a cardiovascular disease. This chronic disease is non-transmissible, and it compromises the balance of the vasodilator and vasoconstrictor mechanisms, elevating blood pressure highly above the recommended (140/90 mmHg), having direct consequences on the patient's quality of life. There are external risk factors, such as the habit of smoking, bad eating habits, sedentary lifestyle and low financial income. There are, also, internal risk factors, such as atherosclerosis, diabetes mellitus, osteoarthritis/osteoarthrosis, and other causing factors. This research analyses the importance of alternative therapies to control arterial hypertension. It is a qualitative research, of descriptive and exploratory nature. The data was collected in Estratégia Saúde da Família (ESF) Maria José Paiva da Silva; in the town Alto do Rodrigues/RN. The research subjects were the hypertensive users of ESF, a population of 10 participants. A semi-structured interview was applied, in which were open and closed questions, where the interviewee spoke about a given topic. The data was evaluated through content analysis, in the hopes of interpreting the phenomenon in question.

Key words: Nursing, Arterial Hypertension, Alternative Therapies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução da taxa de mortalidade por DCV no Brasil de 2000 a 2013 17

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 1 - Realização de atividade física regularmente | 29 |
| GRÁFICO 2 - Medidas utilizadas para controlar a pressão arterial | 30 |
| GRÁFICO 3 - Utilização de medidas alternativas..... | 31 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 1.1 | PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA..... | 14 |
| 1.2 | HIPÓTESE..... | 14 |
| 1.3 | OBJETIVOS..... | 15 |
| 1.3.1 | Objetivo Geral..... | 15 |
| 1.3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 15 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 15 |
| 2.1 | HIPERTENSÃO ARTERIAL..... | 15 |
| 2.2 | TERAPIAS ALTERNATIVAS PARA A PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL..... | 18 |
| 2.3 | AS PLANTAS MEDICINAIS E SEUS BENEFÍCIOS NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO | 22 |
| 1.4 | A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE HIPERTENSO..... | 23 |
| 3 | METODOLOGIA..... | 25 |
| 3.1 | TIPO DE PESQUISA..... | 25 |
| 3.2 | LOCAL DA PESQUISA..... | 25 |
| 3.3 | POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 26 |
| 3.4 | INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS | 26 |
| 3.5 | PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS | 26 |
| 3.6 | ANÁLISE DOS DADOS..... | 27 |
| 3.7 | ASPECTOS ÉTICOS | 27 |
| 3.8 | FINANCIAMENTO..... | 28 |
| 4.1 | CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA..... | 28 |
| | REFERENCIAS..... | 37 |

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, explicando 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% por doença arterial coronariana (MOURA, 2011). Para Klein (2015) os fatores são multifatoriais caracterizadas por níveis altos e sustentados de pressão arterial (PA), definida por valores de PA sistólica > 140 mmHg e/ou PA diastólica > 90 mmHg. A prevalência mundial de hipertensos é aproximadamente 40% nos adultos com idade superior a 25 anos.

Segundo D'el-Rei, Cunha e Neves (2015) a prevalência no Brasil de hipertensos está em torno de 30% na população adulta, condição essa constantemente observada nos serviços de assistência à saúde da atenção primária, principalmente por associar-se, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de intercorrências cardiovasculares fatais e não fatais.

De acordo com Rodrigues e Teodoro (2015) a quantidade de sal consumida no Brasil chega a ultrapassar 12 g/dia. Os últimos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar evidenciaram uma inadequação no consumo de sódio pela população. A disponibilidade domiciliar de sódio no país foi de 4,7 g/pessoa/dia (2.000 kcal), ou seja, o dobro da quantidade máxima recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2 g/dia.

Diante de um cotidiano corrido, a população tem ingerido cada vez mais alimentos industrializados, por serem de preparo consideravelmente rápido. Entretanto, esses alimentos são “ricos” em sódio. Para Rodrigues e Teodoro (2015) o Guia Alimentar da População Brasileira determina esses mantimentos como processados e ultra processados. Os processados são produtos relativamente simples e antigos fabricados basicamente com a adição de sal ou açúcar a um alimento in natura ou minimamente processado.

Cunha, Lopes e Leite (2010) apontam o envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como a falta de física, dieta inadequada, obesidade e tabagismo, entre os fatores responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência da HAS, bem como de outras doenças crônicas.

Os estudos exploratórios mostram que o tratamento da HAS, quanto na sua

prevenção, é de suma importância que haja mudanças no estilo de vida, de tal maneira, pode-se destacar outros aspectos como a diminuição da ingestão de sal, o consumo moderado de álcool, o aumento no consumo de vegetais e frutas, a manutenção do peso corporal ideal, e prática de atividade física regularmente (SILVA, OLIVEIRA e MOREIRA, 2012).

Existem evidências de que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. O tratamento da HAS pode ser subdividido em tratamento medicamentoso e tratamento não medicamentoso (KLEIN, 2015).

De acordo com Vitor et al. (2011), adaptar-se ao tratamento constitui a tarefa mais difícil, e é responsável pela enorme resistência encontrada pelos profissionais para a adesão do paciente ao regime terapêutico. A não adesão é um grande obstáculo no controle da doença. Por este motivo, tornam-se necessários investimentos em diferentes fatores, especificamente nos aspectos comportamentais, os quais poderão aumentar a adesão do paciente ao seguimento terapêutico. No entanto, estudos reportam que ainda existem obstáculos que impedem esta iniciativa, pois o grande desafio se encontra na dificuldade de envolver familiares/cuidadores e doentes como participantes deste processo de adesão à terapia direcionada aos pacientes hipertensos.

Conforme Moura (2011) na Atenção Primária à Saúde (APS), a promoção do autocuidado e da adesão ao tratamento deve ser um dos principais objetivos a serem implementados pela estratégia de saúde da família. Pois a mesma atua como porta de entrada da população e propõe um novo modelo de atenção à saúde baseado nas ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação.

Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de cuidado, envolvendo toda a equipe de multiprofissionais da saúde ativamente, que contemplem os diversos elementos envolvidos no processo de assistência integral ao hipertenso. Nas palavras de Moura (2011) são relatadas as expressivas transformações na vida dos indivíduos nas áreas emocional, familiar, social e econômica, considerando que a maior parte são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre os quais estão as dificuldades socioeconômicas e culturais que podem tornar-se barreiras à adesão terapêutica adequada. Esse cuidado deve atender às necessidades do indivíduo respeitando e enfatizando sua autonomia, com vistas à produção de postura ativa na adesão.

O enfermeiro como integrante da ESF, exerce um papel fundamental, aliando sua atuação clínica à prática de saúde coletiva da unidade de saúde. Para Vitor et al. (2011) o enfermeiro deve conhecer as características predominantes do grupo de hipertensos, para assim, planejar as intervenções mais indicadas aos aspectos da clientela com menores taxas de adesão. Com o auxílio da educação em saúde contínua e reforço positivo constante, é possível melhorar os resultados e aumentar a adesão terapêutica.

1.1 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, surgiu a seguinte pergunta: Qual a importância das Terapias Alternativas para efetivação e controle da hipertensão arterial em pacientes portadores da doença?

Assim sendo, tem-se a necessidade de saber que relevância a utilização das terapias alternativas não farmacológicas podem promover ao paciente hipertenso crônico, de maneira a nivelar a pressão alta dentro dos parâmetros de normalidade, deixando o indivíduo ciente que, em hipótese alguma, as terapias (farmacológica e não farmacológica) se substituem, e sim, se complementam.

Busca-se evidenciar a real situação da qualidade da assistência ao portador de hipertensão arterial no âmbito da atenção primária, bem como, enfatizar a importância não só do enfermeiro, mas de toda a equipe multiprofissional neste processo. Vale salientar que, a educação em saúde é uma grande aliada, pois destaca a importância que as medidas educativas contribuem para a qualidade de vida destes indivíduos.

1.2 HIPÓTESE

A hipertensão é um mal que afeta grande parte da população mundial. O índice elevado de portadores, bem como a dificuldade de acesso ao tratamento, principalmente por pessoas de baixa renda e/ou com dificuldade a aderir a terapêutica farmacológica, eleva a necessidade de utilização de diferentes terapias alternativas para controle da patologia, desde que, solicitada e assistida pela equipe de

multiprofissionais da saúde. Pois, infelizmente, a prática de automedicação é comumente ocorrida entre a população, e muitas vezes, por falta de informação quanto a gratuidade do tratamento base.

1.3 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Analisar a importância do uso das terapias alternativas para o controle da hipertensão arterial.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as estratégias existentes para incrementar as terapias hipertensivas para o controle e prevenção;
- Conhecer o estilo de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico da população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

Hipertensão Arterial é definida como 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 (BRASIL, 2006).

Ainda de acordo com BRASIL (2006) á a necessidade de ponderar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais altos, o risco cardiovascular global considerado pela apresentação dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as doenças associadas. Para níveis de PA elevada em uma aferição,

recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial pela simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA.

É importante que se realize a medição da PA em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde devidamente capacitados, sendo recomendado que essa medição ocorra, no máximo, “a cada dois anos para os adultos com $PA \leq 120/80$ mmHg, e anualmente para aqueles com $PA > 120/80$ mmHg e $< 140/90$ mmHg” conforme Malachias *et al.* (2016) enfatiza, podendo ser feita com esfigmomanômetros manuais, semiautomáticos ou automáticos.

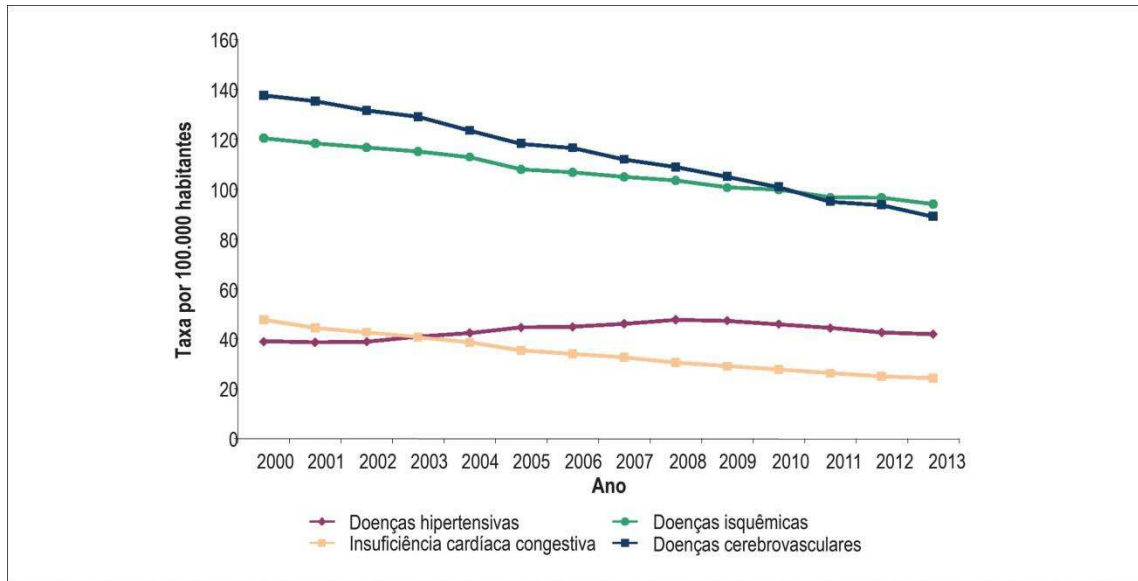
O governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, busca regulamentar a indústria alimentícia, estabelecer novas metas para a utilização de sódio na composição dos alimentos processados e, de acordo com essa política, prevê o estabelecimento de metas intermediárias, a cada dois anos no período de 2012 a 2018 visando a redução do teor de sódio, gorduras e açúcares nesses alimentos. Mas essa tarefa não é fácil, pois, de acordo com Rodrigues e Teodoro (2015):

Este mecanismo ancestral não se adequa com eficácia aos padrões de dieta modernos, rica em sódio e pobre em potássio, resultando em falhas no funcionamento dos rins, que não conseguem se adaptar a esta dieta moderna. Dessa forma, o excesso de sódio não expelido pelos rins tem um impacto nas células musculares lisas vasculares, tendo como efeito o aumento da PA.

Conforme Rodrigues, Castro e Najjar (2017) é importante que o próprio paciente atente para a importância da educação em saúde voltada para a HAS, pois esta pode propiciar “maior conhecimento da patologia e contribuir para mudanças comportamentais e de estilo de vida, por meio de desenvolvimento do autocuidado e da autonomia dos indivíduos frente a sua doença crônica. Promove, também, a prevenção de outras enfermidades, tais como as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renais, contribuindo, assim, para a elevação da qualidade de vida do indivíduo.

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internação, com custos socioeconômicos elevados. Como pode ser observado na figura abaixo, que

ilustra a evolução da taxa de mortalidade por DCV no Brasil de 2000 a 2013.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Figura 1 - Evolução da taxa de mortalidade por DCV no Brasil de 2000 a 2013

Em paralelo, as equipes de saúde pública estão se capacitando mais adequadamente para promover uma abordagem multiprofissional, tendo como objetivo principal o controle da HA, ainda considerado insatisfatório, embora estudos de base epidemiológica tenham demonstrado variação de 10% a 57,6% nesse controle.

Malachias et al (2016) discorre sobre o trabalho realizado por essa equipe, cuja atuação consiste em promover melhor controle da HA, que se dá em função da adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso. Quanto à sua composição, os autores afirmam que essa equipe pode ser constituída por todos os profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários, entre outros.

Os principais fatores de risco para hipertensão arterial são tabagismo; descontrole das dislipidemias; diabetes mellitus; drogas que potencialmente elevem a pressão; má alimentação; e sedentarismo.

2.2 TERAPIAS ALTERNATIVAS PARA A PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Os hábitos alimentares apresentam-se como fatores de risco para as doenças cardiovasculares na medida em que o consumo elevado de alimentos ricos em colesterol, lipídios e ácidos graxos saturados somados ao baixo consumo de alimentos vegetais fontes de fibras, participam na etiologia das dislipidemias, obesidade, diabetes mellitus e HAS. Sendo assim, as intervenções nutricionais, associadas a mudanças no estilo de vida são, por unanimidade, reconhecidas como estratégias importantes para a prevenção primária da HAS e como adjuvantes em terapias farmacológicas para reduzir o risco cardiovascular (D'EL-REI, CUNHA e NEVES, 2015).

A Estratégia Global para promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde ressalta a importância de informações corretas, padronizadas e compreensíveis sobre o conteúdo dos alimentos para que os consumidores sejam capazes de realizar escolhas alimentares mais saudáveis e que os governos devem exigir que os rótulos apresentem informações sobre os principais aspectos nutricionais dos alimentos (RODRIGUES e TEODORO, 2015).

2.2.1 Terapias não medicamentosas para o controle da hipertensão e das Doenças Cardiovasculares

O controle do peso e do índice de massa corporal através da adoção de uma dieta prescrita pelo médico é um importante recurso para a redução da PA. Existem, atualmente, diversos tipos diferentes de dietas que se destinam ao hipertenso, mas nesse estudo focaremos apenas na DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), na Mediterrânea e na Vegetariana, por serem as mais difundidas no meio médico.

O padrão DASH, segundo Lotemberg et al. (2010) caracteriza-se como uma dieta rica “em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, tem importante impacto na redução da PA”. Uma vez que os autores enfatizam que “um alto grau de adesão a esse tipo de dieta reduziu em 14% o

desenvolvimento de hipertensão”.

Outra dieta associada à redução da PA é a Mediterrânea, baseada no alto consumo de hortaliças e frutas, que revelou-se ser “inversamente proporcional aos níveis de PA, mesmo com um mais alto percentual de gordura. A substituição do excesso de carboidratos nesta dieta por gordura insaturada induz à mais significativa redução da PA” (LOTEMBERG, *et al.*, 2010). Isso se explica em razão de fornecerem menor quantidade de nutrientes como gordura saturada e colesterol. Entretanto, como afirmam os autores, os adeptos dessas dietas precisam contar com suplementação alimentar para satisfazer às recomendações de micronutrientes como ferro, cálcio e vitamina B12, para superar a deficiência desses nutrientes nessas dietas.

A ingestão de fibras na dieta também promove uma discreta redução da PA. As principais fontes de fibras solúveis são: “farelo de aveia, pectina (frutas) e pelas gomas (aveia, cevada e leguminosas: feijão, grão-de-bico, lentilha e ervilha), e as insolúveis pela celulose (trigo), hemicelulose (grãos) e lignina (hortaliças)” (MALACHIAS, *et al.*, 2016), destacando-se a aveia e a cevada, por possuírem maior concentração de beta-glucano.

Além da alimentação, a realização de atividades físicas é essencial para controle da PA, pois, em conformidade com Malachias (*et al.*, 2016), recomenda-se, preferencialmente, o treinamento aeróbico como forma de exercício para a prevenção e o tratamento da HA, visto que esta modalidade de atividade física reduz a PA casual de pré-hipertensos e hipertensos. Ele também reduz a PA de vigília e diminui o estresse físico, mental e psicológico.

Durante os períodos de realização de atividades físicas aeróbicas é importante que seja realizado o controle da frequência cardíaca (FC) de pico, através de teste ergométrico, sempre que possível ou durante o período em que o indivíduo esteja fazendo uso constante de medicação cardiovascular. Na impossibilidade da realização desse teste, “a intensidade do exercício pode ser controlada objetivamente pela ventilação, sendo a atividade considerada predominantemente aeróbia quando o indivíduo permanecer discretamente ofegante, conseguindo falar frases completas sem interrupções” (LOTEMBERG, *et al.*, 2010).

2.3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

A incorporação das Medicinas Alternativas e Complementares/ Tradicionais, chamadas pelo governo brasileiro de Práticas Integrativas e Complementares (PIC), na rede pública de saúde brasileira está em lenta expansão (SANTOS e TESSER, 2012).

Além das recomendações da Organização Mundial de Saúde para que os países elaborem políticas que considerem o acesso a estas práticas, há um contexto mundial favorável a isso, devido, entre outros fatores, ao abalo da biomedicina nas suas relações com os usuários, a sua tendência ao uso abusivo de tecnologias duras, a seus efeitos iatrogênicos e a uma significativa "desumanização" das suas práticas profissionais (SANTOS e TESSER, 2012).

Complementarmente, parte do crescimento da procura social pelas PIC deve-se a méritos próprios: reposicionam o paciente como centro do paradigma médico; consideram a relação curador-paciente como elemento fundamental da terapêutica; buscam meios terapêuticos simples, menos dependentes de tecnologia científica dura, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia nas situações comuns de adoecimento; e estimulam a construção de uma medicina que busca acentuar a autonomia do paciente, tendo como categoria central a saúde e não a doença (SANTOS e TESSER, 2012).

No Brasil, as discussões sobre esse tema iniciaram-se na década de 1980, coincidindo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que deliberou a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde. Na década de 1990, o grupo de pesquisa Racionalidades Médicas, liderado por Madel Luz, evidenciou-se discutindo inicialmente sistemas médicos complexos (homeopatia, medicina tradicional chinesa e ayurvédica) e depois práticas de saúde, em sua diversidade de saberes e práticas, fortalecendo o movimento ainda tímido de inserção das PIC na saúde pública brasileira.

Contudo, o marco ocorreu em 2006, com a edição da Política Nacional de PIC (PNPIC), a qual enfatiza a inserção das PIC na atenção primária à saúde (APS), contribuindo para o aumento da resolubilidade do sistema, com um cuidado continuado, humanizado e integral e visando também normatizar a utilização destas

práticas no SUS (já que em todas as práticas heterônomas de saúde podem-se observar comportamentos inadequados, tais como imprudência profissional e manipulação da indústria e propaganda, o que é facilitado pela ausência de regulamentação). A PNPIC contribui também para a ampliação do acesso às PIC, já que, até então, estas práticas estavam mais restritas ao setor privado, reconhecendo a pluralidade nos cuidados e possibilitando outros saberes e racionalidades, com ampliação da variedade de recursos para a atenção à saúde (SANTOS e TESSER, 2012).

A OMS recomenda a acupuntura aos seus estados-membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do *National Institutes of Health* dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorreia, cefaleia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outros (BRASIL, 2015).

A Acupuntura (AP), assim como outras PICS que abordam a perspectiva do cuidado preconizado pelo SUS, não objetivam agir em substituição a outras modalidades terapêuticas, e sim, atuarem como de forma complementar à tecnologia medicamentosa no cuidado à saúde. Dessa feita, a AP é indicada como tratamento complementar na HAS, ainda que sejam necessários outros estudos de eficácia clínica sobre sua aplicação na saúde humana, sobretudo, voltados às DCNT. As evidências das investigações, objeto da presente análise, revelam que os desdobramentos da AP na HAS não se limitam às medidas da PA. Além de reduzir os níveis teóricos da PAS e PAD, a AP contribui com a melhora de eventos relacionados à progressão da clínica da doença, como a insônia, níveis elevados de estresse e ansiedade (PEREIRA, ALVIM e PEREIRA, 2017).

Ainda em conformidade com Pereira, Alvim E Pereira (2017) é possível que a melhora da HAS se dê através da regulação do fluxo de Qi nos meridianos, auxiliando no equilíbrio entre o yin e o yang no organismo (paradigma da MTC/AP), que pode corresponder à liberação de substâncias endógenas ou neuroquímicas (paradigma biomédico). As reduções mais significativas foram observadas nos

participantes expostos à AP associada à tecnologia medicamentosa, quando comparados àqueles que receberam somente medicamentos ou AP. Isto possibilita a compreensão de que a AP quando empregada em complemento ao tratamento convencional pode produzir resultados mais satisfatórios.

2.4 AS PLANTAS MEDICINAIS E SEUS BENEFÍCIOS NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO

Tendo em vista que informações a respeito das plantas medicinais estão disseminadas na sociedade em geral, diversas são as fontes em que um indivíduo pode adquirir ou incrementar seu conhecimento acerca de plantas que possam ter efeito terapêutico sobre a pressão arterial (OLIVEIRA, *et al.*, 2014).

Entretanto, para Nunes, Bernardino e Martins (2015) é de fundamental importância o acompanhamento sistematizado por profissionais de saúde e a organização de encontros com a comunidade objetivando o uso adequado das plantas medicinais, assim como o esclarecimento dos benefícios do plantio em áreas adequadas, ou seja, afastados de locais poluídos como lixo, esgoto, estrada, currais, protegido do acesso de animais e sem agrotóxicos.

Usualmente, entre os gêneros, as mulheres são aquelas que tendem a dominar mais o conhecimento no que concerne ao uso de plantas medicinais, enquanto os homens, pelo seu distanciamento com o lar devido a atividades laborais, são detentores do conhecimento de outros tipos de plantas medicinais (NUNES, BERNARDINO e MARTINS, 2015).

A fitoterapia é uma prática complementar em saúde das mais conhecidas e utilizadas nos serviços públicos no Brasil. Observa-se em alguns municípios brasileiros, interesse cada vez maior dos profissionais de saúde para serem capacitados na área, como forma de adquirir novas ferramentas, como a fitoterapia, a fim de estreitar seus laços com o usuário e sua família e comunidade, ampliar o alcance de sua prescrição e participar no desenvolvimento de projetos e programas locais que permitam a invenção e a inovação no cuidado em saúde.

O conhecimento etno botânico é primordial para subsidiar estudos experimentais que esclareçam o potencial terapêutico/perfil toxicidade destas plantas medicinais e assim, ampliem as opções terapêuticas para tratamento da hipertensão

arterial, patologia de elevada prevalência na população mundial. O uso correto de plantas medicinais aliado à responsabilidade em cultivo sustentável e reconhecimento das espécies para correta aplicação e manipulação, se fazem necessários para o sucesso do tratamento e, neste âmbito, profissionais de saúde precisam estar engajados, principalmente aqueles atrelados aos serviços de atenção primária à saúde (NUNES, BERNARDINO e MARTINS, 2015).

2.5 A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE HIPERTENSO

O programa HIPERDIA foi proposto pelo Ministério da Saúde em 2001, com os objetivos de cadastramento e acompanhamento de indivíduos acometidos por HAS e/ou diabetes mellitus (RODRIGUES, CASTRO e NAJJAR, 2017).

Conforme Miranzi et al. (2008) o programa soma-se às ações dos trabalhadores de saúde, e tem como proposta a prevenção de complicações decorrentes da não adesão ao tratamento antihipertensivo prescrito pelo médico. O programa possibilita aos usuários cadastrados, o acesso a medicamentos de forma gratuita e com acompanhamento não só do médico, mas de toda a equipe multiprofissional.

De acordo com Silva, Colósimo e Pierin (2010) o enfermeiro exerce um papel fundamental junto aos hipertensos, principalmente como educador em saúde, pois, atua na motivação do paciente quanto à adesão ao tratamento, seu autocuidado, propondo estratégias que favoreçam seu envolvimento com a doença e seu tratamento, além de capacitar os outros profissionais da equipe de enfermagem nas atividades que são de sua competência. Sendo assim, considerando a importância da atuação da equipe de enfermagem junto aos hipertensos seguidos na atenção primária.

Segundo Felipe, Abreu e Moreira (2008) o enfermeiro precisa atender ao acometido sistematicamente, organizando suas ações, sendo necessária a realização do histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, com a finalidade que seu trabalho e conhecimento conduzam ao repensar contínuo da prática profissional. Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de habilidades

específicas em enfermeiros de unidades básicas de saúde para realizarem uma consulta de enfermagem satisfatória a pessoa com hipertensão.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com natureza exploratória e de abordagem qualitativa. Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

A pesquisa exploratória permite a maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses (GIL, 2009). Desta forma, as pesquisas dessa natureza apontam uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo, estabelecendo um meio para a realização dos estudos científicos (ANDRADE, 2007).

De acordo com Goldenberg (1997) as abordagens qualitativas buscam explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos e se valem de diferentes abordagens. Na pesquisa qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O desenvolvimento da pesquisa é imprevisível o conhecimento do pesquisador é parcial e limitado, o objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas e ilustrativas, seja ela pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Estratégia Saúde da Família (ESF) Maria José Paiva da Silva, na zona rural, localizada em Sitio Ponciana no município de Alto do Rodrigues/RN.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os sujeitos da pesquisa foram todos os usuários que formam o grupo do HIPERDIA da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo uma população de 10 participantes com idade entre 30 e 70 anos.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Para a realização da coleta de dados que deu subsídios para a concretização dessa pesquisa foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturada, a qual se caracteriza por combinar perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010).

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

A coleta de dados aconteceu após a aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa – CEP da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/FAMENE). Após coleta, os dados foram transcritos para posteriormente serem analisadas.

A coleta de dados ocorreu em dois momentos. O primeiro momento para obter as informações necessárias para o recrutamento e início da coleta de dados. No segundo momento, utilizamos de um espaço adequado para discorrer individualmente com os recrutados e assim, aplicar a entrevista semiestruturada, deixando-os livres para expressarem seus relatos e opiniões com o intuito de responder os objetivos específicos do estudo.

As pessoas recrutadas tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A partir da sua leitura, os participantes poderiam decidir se desejavam colaborar com a pesquisa. A apresentação e recolhimento do TCLE assinado pelos participantes ficaram na responsabilidade da aluna pesquisadora

A entrevista foi realizada em um local e dia combinado antecipadamente com os participantes da pesquisa. Foi utilizado o recurso de áudio (gravador portátil),

para gravar as falas e posteriormente serem transcritas. As informações frutos da entrevista foram armazenadas em um computador de tipo notebook e pen drive da autora da pesquisa, bem como em um CD-ROOM o qual será guardado em armário pessoal do professor e pesquisador responsável, por um período de 5 anos, na FACENE, sendo após esse tempo deletados e destruídos os dados armazenados.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram avaliados através da análise de conteúdo na perspectiva de interpretar o fenômeno estudado. Análise de conteúdo define-se como sendo um conjunto de técnicas de pesquisa objetivando a busca do sentido de um documento (BARDIN, 2011).

Desse modo, a operacionalização do processo de análise seguirá as três etapas do método. Na primeira etapa, denominada de pré-análise, onde se busca fazer uma leitura exaustiva dos dados, seguida da organização do material e da formulação de hipóteses. Na sequência, será realizada a exploração do material, ou seja, buscar codificar os dados brutos. Na terceira e última fase, os dados serão interpretados e delimitados em eixos temáticos, de acordo com os significados atribuídos (BARDIN, 2011).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A fim de resguardar os direitos legais e jurídicos dos sujeitos envolvidos em pesquisas com seres humanos, encontra-se em vigor na legislação brasileira a Resolução 466/12, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Capítulo IV da Resolução CNS 466/12) (BRASIL, 2012), sendo, portanto, dever de todo e qualquer profissional de enfermagem promover a interrupção da pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da

pessoa (Resolução do COFEN nº 564/2017) (COFEN, 2017), bem como terminantemente proibida ao profissional de enfermagem a publicação de trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (Resolução do COFEN nº 564/2017) (COFEN, 2017)

Por tratar-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, sabe-se que a fim de preservar a integridade física, moral e social dos sujeitos este estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da FACENE/FAMENE, respaldado por esta resolução, seguindo os trâmites legais previstos, orientações e normas, para então, ser executada conforme o planejamento.

No que se refere à instituição, foi enviado a Gerência Executiva do município de Alto do Rodrigues uma solicitação de autorização para realizar a pesquisa no referido local.

Espera-se desta forma, atender as exigências legais para encaminhamento responsável e consciente da pesquisa.

3.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE disponibilizou as referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

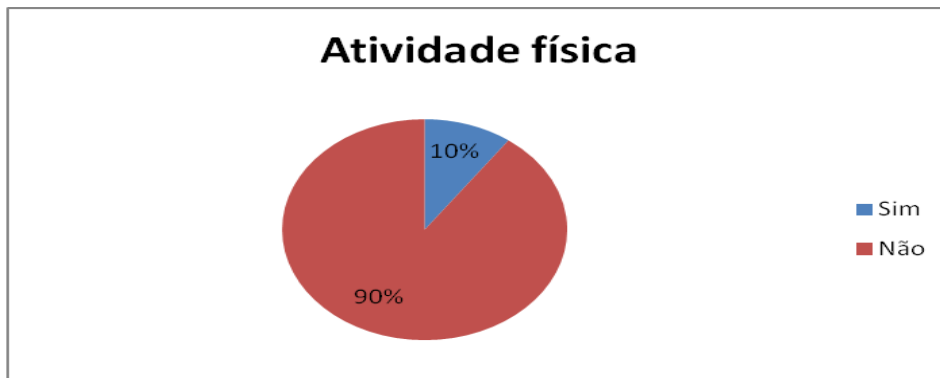
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Muito se tem discutido, recentemente, acerca das terapias alternativas e complementares, sua relevância na prevenção e tratamento de doenças. Atualmente vários métodos existem, inclusive, alguns deles são disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No tratamento da hipertensão, além da terapia medicamentosa e as terapias alternativas, algumas práticas também são benéficas, portanto, indicadas, como as mudanças na alimentação e a realização de atividades

físicas.

A seguir serão apresentados os dados coletados no decorrer da pesquisa organizados de forma quantitativa. As perguntas e respostas dos participantes foram estruturada em forma de gráficos, para facilidade de entendimento.

GRÁFICO 1. Quanto à realização de atividade física regularmente.



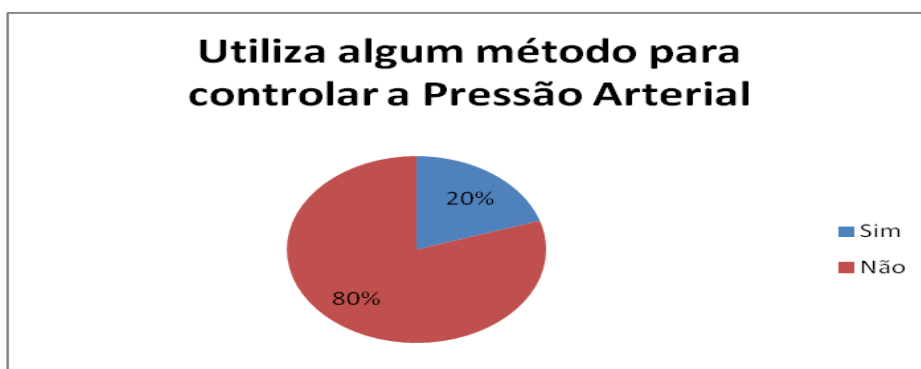
Fonte: Dados da pesquisa, obtidos pela pesquisadora, 2018.

O gráfico 1 mostra que a maioria 90% dos entrevistados Hipertensos não praticam atividades físicas e apenas 10% pratica alguma atividade física.

De acordo com Hortencio et al. (2018) as atividades físicas são uma importante estratégia na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares. Tratam-se de terapêuticas não farmacológicas que agem diretamente nos fatores de risco associados, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, dislipidemia e diabetes mellitus (DM). A prática diária de exercícios pode reduzir significativamente o risco de mortalidade cardiovascular em até 60%.

Essa ausência de atividades físicas podem levar a complicações da doença, visto que o sedentarismo é um fator de risco a saúde.

GRÁFICO 2. Quanto às medidas utilizadas para controlar a pressão arterial.



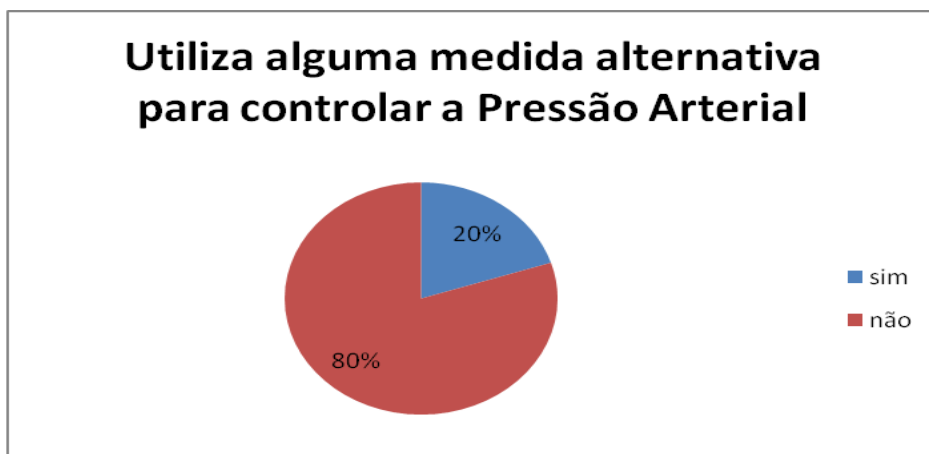
Fonte: Dados da pesquisa, obtidos pela pesquisadora, 2018.

O gráfico 2 mostra a predominância dos hipertensos que não utilizam nenhum método ou medida para controlar a pressão arterial tendo 80% que não realizam e 20% que utilizam métodos para controle da pressão.

Diante do cenário epidemiológico da HAS e dos fatores associados, assume-se que o tratamento efetivo da doença depende das mudanças no estilo de vida, assim como do tratamento medicamentoso. Neste sentido, a prática de atividade física e a adequação da dieta contribuem para a redução do risco de doença cardiovascular, Entre as principais recomendações dietéticas, temos a diminuição do sódio, a mudança no padrão alimentar e a diminuição do consumo de bebidas alcoólicas (GOWDAK, et al., 2015).

Essa falta de medidas pode levar ao aparecimento de complicações como: IAM, AVE e etc.

GRAFICO 3. Quanto à utilização de medidas alternativas.



Fonte: Dados da pesquisa, obtidos pela pesquisadora, 2018.

O gráfico 3 refere que apenas 20 % dos hipertensos utilizam alguma medida para controle da pressão com fitoterapias e 80% não utilizam nem um tipo de medida.

Mantovani et al. (2016) afirma que o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial são estratégias que tendem a mudar o estilo de vida. A combinação de estratégias complementares pode auxiliar no controle de níveis da pressão arterial. Como exemplos de medicina complementar utilizadas com mais frequência estão a fitoterapia, dietas, orações, medicina tradicional oriental e exercícios físicos.

Nota-se que um percentual bastante baixo faz uso de alguma terapia complementar, o que conseqüentemente limita a terapia somente a medicação, não permitindo assim, o cuidado integralmente do sujeito acometido pela doença.

4.2 REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA REGULARMENTE.

Muitos estudos mostram que o exercício físico realizado de maneira sistemática ajuda no controle da hipertensão arterial por redução da resistência arterial periférica (dilatação dos vasos), aumenta HDL colesterol ("colesterol bom"), reduz a obesidade, triglicérides, propicia melhor controle dos níveis glicêmicos (taxas de açúcar no sangue), previne doença arterial coronariana e diminui o risco de morte. (ALMEIDA, 2007).

O treinamento físico tem sido amplamente demonstrado que provoca importantes alterações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular. Como exemplo, podemos citar a bradicardia de repouso. A diminuição da atividade nervosa simpática renal e da atividade nervosa simpática muscular, assim como o menor débito cardíaco em pessoas idosas hipertensas. Além disso, o treinamento físico aumenta a bradicardia e taquicardia em seres humanos. (RONDON; BRUM, 2003).

Segundo os pacientes entrevistados os mesmos não fazem atividades física por que acham que não existe necessidade e não tem mais a disposição como quando eram jovens.

Muitos não têm parentes que os ajude ou acompanhe para irem uma praça para ou até mesmo para uma caminha, pois os mesmos sentem um pouco de insegurança em sair só, uma vez que tem medo de cair e quebrar algum osso do seu corpo e fica mais difícil a locomoção.

“Não faço por que não tenho mais idade e tenho dificuldade para andar”.
(Entrevistado 4).

“Não por que tenho medo de cair.” (Entrevistado 2)

“Sim faço caminhada quando posso.” (Entrevistado 3)

A prática de exercícios físicos representa a oportunidade de trabalhar o corpo e a mente dos idosos, proporcionando o envelhecer com saúde. Sendo assim, a mesma possui caráter preventivo e controle da hipertensão arterial.

4.3 MEDIDAS UTILIZADAS PARA CONTROLAR A PRESSÃO ARTERIAL.

Algumas das medidas utilizadas para o controle da pressão arterial são para mudança no estilo de vida, tais como redução de peso, diminuição na ingestão de sódio e álcool. (RONDON; BRUM 2003).

A obesidade facilita o episódio da hipertensão e o grau correlaciona-se com a incidência de valores elevados da pressão. Não se sabe com certeza porque isso ocorre, mas é bem definido que o emagrecimento determina redução dos níveis de pressão (POMPEU, 2011).

“Sim tento diminuir consumo de sal da minha comida e a gordura e como verduras e frutas.” (Entrevistado 1)

“Não, pois como tudo que tem sem regalias e só uso a medicação para controle todo dia.” (Entrevistado 8)

“Não só a medicação da pressão.” (Entrevistado 10)

Poucas pessoas utilizam outros meios para controlar a pressão arterial, tendo em vista que a maioria não faz nem um controle, pois o mesmo diz que quando a pressão está alta toma a medicação que o médico passou outros apenas diminuir o sal da comida ou comem frutas e verduras.

As plantas medicinais correspondem às mais antigas “armas” empregadas pelo homem no tratamento de enfermidades de todos os tipos, ou seja, a utilização de plantas na prevenção e/ou na cura de doenças é um hábito que sempre existiu na história da humanidade. Assim, a fitoterapia é encarada como opção na busca de soluções terapêuticas, utilizada principalmente pela população de baixa renda, já que se trata de uma alternativa eficiente, barata e culturalmente difundida (SILVA; HAHN, 2001 apud FERREIRA et al., 2015).

A maioria dos hipertensos tem dificuldade para tentar controlar a pressão, já que os mesmos não tem como diminuir o sódio dos alimentos ingeridos por que seus familiares não separam sua comida das demais e por não se queixar de nada ou

às vezes de sentir uma dor de cabeça e um mal estar tomar apenas a medicação para aliviar um pouco sem saber se a pressão está alta, podendo acionar problemas mais grave (SILVA; HAHN, 2001 apud FERREIRA et al., 2015).

A utilização de plantas com fins medicinais vem surgindo como um campo promissor para pesquisas e ações de educação em saúde, visando fornecer subsídios científicos para o uso seguro e apropriado de plantas e seus derivados (SILVA; HAHN, 2001 apud FERREIRA et al., 2015).

Alguns pacientes afirmam buscar nas plantas “chás” a prevenção ou o controle da pressão eles falaram que adota as plantas como terapêutica ou utiliza para complementar no controle ou combate à elevação da pressão arterial outras plantas utilizadas são erva cidreira, chuchu, capim-santo, laranja e erva-doce (SILVA; HAHN, 2001 apud FERREIRA et al., 2015).

4.4 UTILIZAÇÃO DE MEDIDAS ALTERNATIVAS.

Um hábito prático e saudável para afastar o perigo da hipertensão é a caminhada. Ela reduz a pressão arterial na primeira hora e, o que é melhor ainda, essa queda se mantém nas 24 horas subsequentes. Atividades físicas regulares, principalmente as aeróbias, contribuem para a melhora de todo o sistema circulatório e pulmonar (FERREIRA et al., 2015).

“Sim a única coisa que eu faço é uma caminhada leva a tardezinha.”
(Entrevistado 2)

“Não por que fico cansado muito rápido.” (Entrevistado 4)

“Não, pois necessito de ajuda para se locomover e para se alimentar sou dependente de outras pessoas.” (Entrevistado 7)

Segundo alguns entrevistados não fazem caminhadas por que tem medo de cair, sair só de casa ou por que não tem motivação para praticar as atividades físicas como, por exemplo, um espaço adequado para praticar atividades físicas em seu bairro.

A prática regular de exercício físico para hipertensos tem apresentado efeitos benéficos na prevenção e tratamento da hipertensão arterial onde reflete

positivamente na qualidade de vida. A curto e longo prazo os indicadores de tempo de atividade física melhorando o prognóstico da condição funcional a implicação clínica na saúde, uma vez que níveis insuficientes de atividade física podem adivinhar a incapacidade funcional.

Há entre 10 entrevistados apenas quatro fazem caminhada pelo menos três vezes na semana no mínimo 30 minutos dia e dizem que ajuda muito para o controle da pressão e ajuda no sono e repouso durante a noite e promovendo ao mesmo tempo uma sensação de bem estar e ajuda na depressão, pois encontra os amigos sentados na calçada e na rua.

Outro método para controlar e prevenir a hipertensão é a diminuição ou a abdicção do sal, bebidas alcoólicas e do cigarro. As pessoas devem reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos a ser ingeridos e procurar comer produtos naturais, e precisam evitar produtos industrializados como temperos prontos, sopas, enlatados, conservas, embutidos e defumados. Tem que dar preferência aos temperos naturais como limão, ervas alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados (VIEIRA et al, 2011).

Substituir bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas por frutas in natural. Limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas. Manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde-escuras e produtos lácteos, de preferência, desnatados. Estabelecer plano alimentar capaz de atender às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo e sua família (BRASIL, 2006).

As mudanças nos hábitos alimentares de igual modo se destacam, como sendo geradores de conflitos, principalmente quando os hipertensos convivem com familiares que não aceitam as mudanças que não seja em função de suas necessidades. Desta forma, a falta de apoio dos familiares também concorre para que o controle da doença seja comprometido.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde aos acometidos pela hipertensão arterial reveste-se de grande complexidade, principalmente quando a assistência é direcionada por um

conceito ampliado do processo saúde/doença, com vistas à melhoria da qualidade de vida.

O procedimento de exercícios físicos representa a oportunidade de trabalhar o corpo e a mente, proporcionando saúde. Sendo assim, a mesma possui caráter preventivo e atenuante, em todos os sistemas do corpo humano, o que reflete positivamente na qualidade de vida.

Especificamente em relação às alterações da pressão arterial, temos que o tratamento não farmacológico ou ações de mudança no estilo de vida devem ser as primeiras medidas adotadas por portadores de hipertensão arterial. Os entrevistados utilizam as plantas em forma de chás, infusos e macerações, tanto na prevenção da elevação da pressão arterial, quanto na tentativa de redução dos valores pressóricos que já se encontram elevados.

A maioria relata que não realiza medidas alternativas para prevenir ou melhorar a pressão arterial, e uma pequena quantidade de pessoas relatam que faz caminhada e controla o sal da comida.

As dificuldades relacionadas ao estilo de vida e controle da pressão arterial são as que mais contribuem para a manutenção da doença e suas complicações. Dizem respeito, ao mesmo tempo aos conflitos surgidos da necessidade das mudanças quando são extensivas aos seus familiares, assumindo um papel importante no insucesso da adesão a essas medidas de controle.

Os entrevistados expressam sentimentos negativos quanto à necessidade de adoção de novos hábitos como a prática de atividades físicas, caminhada ou até mesmo o uso da medicação e quando impõem novos horários para as refeições, garantindo a tomada dos remédios ou ainda a obrigação de comparecer à sistematicamente, ao posto de saúde, para buscar sua medicação.

Em todo o transcurso da análise das falas dos sujeitos deste estudo, percebeu – se o quanto é complicado a convivência dos acometidos com a doença com a doença quem impõem muitas limitações a vida pessoal, familiar e social.

Mediante alguns depoimentos, verificou-se resistência certo desinteresse por parte dos hipertensos na prática de atividades físicas ou até mesmo mudar o estilo de vida na alimentação.

Com base no exposto, fica evidente a necessidade de comprometimento por parte dos acometidos e familiares para programar atividade física ou outras

medidas alternativas para o controle da pressão arterial com o intuito de modificar o estilo de vida, tornando-o mais saudável, melhorando a qualidade de vida.

Essa pesquisa contribuiu para melhoria dos conhecimentos enquanto acadêmica pesquisadora, mostrando a importância de medidas alternativas para os hipertensos enfatizando a importância de se trabalhar a prática de atividades e outra como forma de ganhar qualidade de vida e uma vida mais saudável podendo conviver com a doença sem complicações futuras.

REFERENCIAS

Almeida EF. **A importância da atividade física para manter a saúde** [internet] 2007 [acesso em 03 dez 2018]. Disponível em: http://www.catho.com.br/jcs/inputer_view.phtml?id=4403.

ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 8. ed. São paulo: Atlas, 2007. 158 p.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011, p. 279.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**: Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 junho 2018. [internet] Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. M. Cadernos de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília 2006. N° 15. Pg. 8—51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 13 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

BRASIL. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017**. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 01 dez. 2018. CUNHA, Gilmar da; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira;

D'EL-REI, Jenifer Palma; CUNHA, Ana Rosa; NEVES, Mário Fritsch. Papel do nitrato dietético na hipertensão arterial. **Rev. Hipertensão e Nutrição**, Rio de Janeiro, v. 18, nº 3, p. 55-63, jul-set 2015. ISSN 1809-4260.

FELIPE, Gilvan Ferreira; ABREU, Rita Neuma Dantas Cavalcante de; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. **Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família**. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a01>>. Acesso em: 03 maio 2018.

FERREIRA et al., Janeuma Kelli de Araujo. **UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS ALTERNATIVAS POR IDOSOS PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**. 2015. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA7_ID2504_27082015175056.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2018.

FERREIRA, Janeuma Kelli de Araujo. **UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS ALTERNATIVAS POR IDOSOS PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO**

ARTERIAL. 2015. Disponível em:

<http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA7_ID2504_27082015175056.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2018.

FREITAS, Alessandra Aparecida de. **Aplicação dos estilos de aprendizagem na formação de equipes: um estudo de caso**. 2007. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18140/tde-10122007-094825/en.php>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

GOWDAK, M.; GOWDAK, Márcia; CARTOLANO, Flávia De Conti (*et al.*). Ácidos graxos omega-3 e hipertensão arterial sistêmica: Evidências científicas baseadas em ensaios clínicos controlados. **Rev. Hipertensão e Nutrição**, Rio de Janeiro, v. 21, nº 1, p. 73-84, jul-set 2015.

HORTENCIO, Marinella Nogueira da Silva. **EFEITOS DE EXERCÍCIOS FÍSICOS SOBRE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM IDOSOS HIPERTENSOS**. 2018. Disponível em:

<<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6631/pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

KLEIN, Mária R. Simas T. Terapia nutricional de hipertensão. **Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 14, nº 3, p. 34-40, 2015.

LEITE, Ismênia Osório. Tratamento farmacológico da hipertensão arterial em unidade de terapia intensiva coronariana. **Rev. da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, nº 3, jul/set 2010.

LOTEMBERG, Ana Maria Pita; GUIMARÃES, Armênio Costa; NEGRÃO, Carlos Eduardo (*et al.*). Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 22-28, 2010.

MALACHIAS, Marcus Vinicius Bolivar ; SOUZA, Weimar Kunz Sebba; PLAVNIK, Frida Liane (*et al.*). Arquivo Brasileiro de Cardiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, nº 3, supl. 3, p. 1-83, Setembro 2016. ISSN 0066-782X.

MANTOVANI, Maria de Fátima. **UTILIZAÇÃO DE TERAPIAS COMPLEMENTARES POR PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**. 2016. Disponível em:

<<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/16982/pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. **Qualidade De Vida De Indivíduos Com Diabetes Mellitus E Hipertensão Acompanhados Por Uma Equipe De Saúde Da Família**. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07>>. Acesso em: 12 maio 2017.

MOURA, D.J.M. et al. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 jul-ago; 64(4): 759-65.

NUNES, Marília Gabrielle Santos; BERNARDINO, Amanda de Oliveira; MARTINS, René Duarte. Uso de plantas medicinais por pessoas com hipertensão. **Rev. Rene**, v. 16, nº 6, p. 775-781, nov-dez 2015.

OLIVEIRA, Marília Enézia Bezerra de; OLIVEIRA, Marcelo Alves de; LEMOS, Izabel Cristina Santiago (*et al.*). Uso de plantas medicinais por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, Cariri-CE, v. 18, nº 3, p. 137-142, 2014.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. **METODOLOGIA CIENTÍFICA: um manual para a realização de pesquisas em administração**. 2011. Disponível em: <https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

PEREIRA, Raphael Dias de Mello; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; PEREIRA, Claudia Dayube. Acupuntura na Hipertensão Arterial Sistêmica e suas contribuições sobre diagnósticos de Enfermagem. **Escola Anna Nery Rev. Enf.**, Rio de Janeiro, v. 21, nº 1, p. 1-7, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127749356024>>. Acesso em: 22 maio 2018.

POMPEU, Fernando Resende. **Tratando a hipertensão arterial**. [2011]. Disponível em: <<http://clinicafares.com.br/artigo.php?noticia=15374>> Acesso em: 04 dez. 2018.

RODRIGUES, Karoline Vitória Silva; CASTRO, Yarima Silva Gomes de; NAJJAR, Enise Cássia Abdo. Efeitos de um programa de intervenção terapêutico ocupacional em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, p. 63-70, jan-abr 2017. ISSN 2238-6149.

RODRIGUES, Lúcia Gomes; TEODORO, Anderson Junger. Redução de sódio em alimentos processados e ultra processados: impactos na produção de alimentos e na saúde pública. **Rev. Hipertensão e Nutrição**, Rio de Janeiro, v. 18, nº 3, p. 39-45, jul-set 2015. ISSN 1809-4260.

RONDON, M.U.P.B.; BRUM, P.C. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 10, p. 134-139, 2003.

SANDRI, Norton Fabrizio Faria. **Os Efeitos Da Formalização Organizacional E De Trabalho No Desempenho De Equipes Comerciais**. 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/156474/001016669.pdf?sequencia=1>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às práticas integrativas e complementares na

Atenção Primária à Saúde. **Ciência Saúde Coletiva [online]**, v. 17, nº 11, p. 3011-3024, Novembro 2012. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100018&script=sci_abstract>. Acesso em: 18 Maio 2018.

SILVA, Marcus Armando Fernandes; OLIVEIRA, Denilson José de; MOREIRA, Sérgio Rodrigues. Terapias alternativas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Congresso Nacional de Envelhecimento humano**, 2012. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cneh/trabalhos/TRABALHO_EV054_MD2_SA3_ID1869_10102016212845.pdf>. Acesso em: 13 maio 2018.

SILVA, Stael Silvana Bagno Eleutério da; COLÓSIMO, Flávia Cortez; PIERIN, Angela Maria Geraldo. **O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200035&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 10 maio 2018.

VIEIRA, C. M. et al. Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. *Revista de Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3161-3168, 2011.

VITOR, Allyne Forte; MONTEIRO, Flávia Paula Magalhães; MORAIS, Huana Carolina Cândido (*et al.*). Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Escola Anna Neres Revista de Enfermagem [online]**, Rio de Janeiro, v. 15, nº 2, Abr-Jun 2011. ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200006&lang=pt>. Acesso em: 13 Abril 2018.