

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-  
FACENE/RN

IVO MATIAS NUNES FILHO

**AVALIAÇÃO DAS PRATICAS ALTERNATIVAS REALIZADAS POR IDOSOS  
PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.**

MOSSORÓ  
2013

IVO MATIAS NUNES FILHO

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ALTERNATIVAS REALIZADAS POR IDOSOS  
PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.**

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

Orientador: Prof. Esp. Lucídio Clebeson de Oliveira

MOSSORÓ  
2013

IVO MATIAS NUNES FILHO

**AVALIAÇÃO DAS PRATICAS ALTERNATIVAS REALIZADAS POR IDOSOS  
PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.**

Monografia apresentada pelo aluno Ivo Matias Nunes Filho do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Esp. Lucídio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)  
ORIENTADOR

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Patrícia Helena Morais Cruz Martins (FACENE/RN)  
MEMBRO

---

Prof.Ms. Thiago Enggle de Araujo Alves (FACENE/RN)  
MEMBRO

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus** que se faz sempre presente, iluminando meus caminhos e me cobrindo de sabedoria para enfrentar todos os desafios. Da mesma forma, me concede humildade para que eu alcance tudo que seja de bom para mim.

A minha mãe, ZELIA MARIA LEITE, que superou os desafios da vida e nos criou, a mim e meus irmãos, com muita dedicação, sempre me induzindo ao melhor da vida, sempre fazendo o impossível tornar o sonho possível.

Ao meu pai, IVO MATIAS NUNES, que de forma indireta me fez acreditar que sempre posso e consigo.

As minhas avós, MARIA PEREIRA DA SILVA (DONA LICA) e MARIA DO CÉU, pela compreensão, o carinho, a coragem depositada em mim.

A meus irmãos, IVONZELIO LEITE NUNES e em especial IVONZELITON LEITE NUNES, pela dedicação e apoio durante minha vida acadêmica.

A minha namorada, MAYANA DAYSE VIEIRA MAIA, e a minha filha, BARBARA MAIA BASCUI, por ter mim apoiado em tudo que eu faço e me ajudando durante as dificuldades.

As minhas tias que se empenharam para construir meus sonhos.

Aos meus professores da FACENE/RN, que com paciência compartilharam de minha vida acadêmica, demonstrando carinho e conhecimento, que foram transmitidos para mim durante as aulas e também como amigos.

Ao meu orientador, LUCIDIO CLEBESON DE OLIVEIRA, pela compreensão, paciência, dedicação, e brilhantismo em suas orientações.

Aos funcionários da FACENE/RN, em especial RAIMUNDO que contribuíram para o meu bem estar.

Aos meus amigos de turma que fizeram parte de minha vida e que ficaram comigo durante 4 anos do curso, em especial AECIO BRUNO E PAULA CHISTINA, que durante todo curso de enfermagem estiveram ao meu lado nos melhores e piores momentos, me ajudando durante as dificuldades.

Meu muito obrigado!

## RESUMO

O presente estudo discute a hipertensão arterial em idosos e as medidas alternativas para o controle da pressão arterial, vez que a doença conhecida como assassina silenciosa, onde dificilmente apresenta sintomas. Esta patologia crônica não é transmissível e compromete o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a elevação da pressão arterial para números acima dos valores considerados normais (140/90 mmHg), onde acomete principalmente pacientes idosos e tem consequências diretas sobre a qualidade de vida. São fatores de risco: o hábito de fumar, a alimentação, o sedentarismo, paciente que não pratica nem um tipo de exercício físico, baixa renda, aterosclerose, diabetes mellitus, artrite/artrose. Onde o tratamento pode ser medicamentoso ou não. A presente pesquisa tem como objetivo geral: Analisar a importância de medidas alternativas para o controle da hipertensão arterial em idosos. Objetivos específicos: Identificar as estratégias existentes para o controle e prevenção da hipertensão arterial nos idosos e Conhecer o estilo de vida dos idosos com Hipertensão arterial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. A pesquisa possui um caráter descritivo quando os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Realizada na UBS Antonio Camilo, na cidade de Mossoró/RN. A amostra foi composta por 20 idosos hipertensos que são cadastrados no programa saúde da família. Os dados foram analisados através da técnica de análise temática do discurso, proposto por Minayo, foi aprovado pelo CEP da FACENE/FAMENE com o protocolo nº 202/13 e com o CAAE 21803213.4.0000.5179 e o parecer do CEP 468.140. Onde mostra que a maioria dos idosos analisados não tem o hábito de praticar atividade física, caminhar e nem buscar alguma medida alternativa pra controlar a pressão arterial a não ser à base de medicamentos. A mudança no estilo de vida e na prática de exercícios físicos tem como objetivos a prevenção de agravos e problemas futuros, bem como a melhora do estado geral dos idosos. Com base na pesquisa fica evidenciado a necessidade do comprometimento por parte dos idosos e familiares para programar e realizar atividade física ou outras medidas alternativas para o controle da pressão arterial com o intuito de modificar o seu estilo de vida, tornando-o mais saudável e melhorando a qualidade de vida durante a terceira idade.

**Palavras – Chave:** Enfermagem. Hipertensão Arterial. Medidas Alternativas.

## ABSTRACT

The current study discusses the arterial hypertension in the elderly and the alternative measures to control blood pressure, since the disease known as the silent killer, which it hardly show any symptoms . This chronic pathology cannot be transmitted and compromises the balance of vasodilator and vasoconstrictor mechanisms , leading to elevation of arterial pressure to levels above the ones that are considered normal ( 140/90 mmHg), which mainly affects old patients and this has direct consequences about the quality of life. Risk factors include : smoking , eating, sedentarism (patients who do not perform physical activities), low- income, atherosclerosis , diabetes mellitus , arthritis / arthrosis . Where treatment can be medicated or not. This research has as its general objective to analyze the importance of alternative measures for the control of arterial hypertension in the elderly. Specific objectives are those of identifying the existing strategies for the prevention and control of arterial hypertension in the elderly and Knowing the lifestyle of older people with arterial hypertension . This is a qualitative research . The research has a descriptive character when the facts are observed , recorded , analyzed, classified and interpreted without the researcher interfere in them . It took place at UBS Camilo Antonio in Mossoró city, state of Rio Grande do Norte. The sample was composed for 20 elderly hypertensive patients who are registered on the Family Health Program. The data were analyzed using thematic analysis of discourse proposed by Minayo, it was approved by the CEP FACENE / FAMENE with No. 202/13 and the Protocol CAAE 21803213.4.0000.5179 and the CEP 468,140. Where it shows that the majority of elderly analyzed does not have the habit of practicing physical activity, walking or even seeking some alternative measure to control blood pressure unless with medication. The change in the way of life and the practice of physical activity aims to prevent future problems and injuries , as well as improved overall health status of the elderly. Based on the survey evidenced the need for commitment of the elderly and families to plan and practice physical activity or other alternative measures to control blood pressure in order to change their lifestyle, making them healthier and improving the quality of life in the third age.

**Keywords:** Hypertension. Alternative Measures.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
1.1 HIPOTESE .....	8
1.2 JUSTIFICATIVA .....	8
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>9</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	9
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>10</b>
3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	10
3.2 HIPERTENSÃO NO IDOSO .....	16
3.3 MEDIDAS ALTERNATIVAS PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	19
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	23
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	24
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS .....	24
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS .....	24
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	25
4.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	25
4.8 FINANCIAMENTO .....	26
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	<b>27</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	27
5.2 REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA REGULARMENTE .....	28
5.3 MEDIDAS UTILIZADAS PARA CONTROLAR A PRESSÃO ARTERIAL .....	29
5.4 UTILIZAÇÃO DE MEDIDAS ALTERNATIVAS .....	31
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>33</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>35</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>39</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>43</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Esta patologia crônica não é transmissível e compromete o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a elevação da pressão arterial para números acima dos valores considerados normais (140/90 mmHg). Ela tem uma elevada prevalência na população adulta sendo responsável por provocar lesões em diferentes órgãos do corpo humano, tais como cérebro, coração, rins e olhos (DANTAS, 2011).

Esta doença é conhecida como assassina silenciosa, pelo fato de ser assintomático. O nível elevado da pressão arterial está relacionado a uma maior incidência de eventos mórbida manifestada por doenças cardiopatas isquêmica, doença vascular renal e periférica e acidente vascular cerebral (MASCARENHAS; OLIVEIRA; SOUZA, 2006).

A hipertensão arterial acomete mais pacientes idosos, que tem consequências diretas sobre a qualidade de vida como o hábito de fumar, alimentação, sedentarismo, paciente que não pratica nem um tipo de exercício físico, baixa renda, e outras doenças que pode ajudar a causar essa patologia como aterosclerose, diabetes mellitus, artrite/artrose. (MIO JUNIOR, 2002).

O tratamento da hipertensão arterial pode ser medicamentoso ou não. O tratamento medicamentoso consiste em dosagem de bloqueadores adrenérgicos; é responsável pela diminuição da pressão em resposta ao estresse no paciente, Inibidores de enzimas conversoras de angiotensina e bloqueadores de angiotensina II; Reduzem a pressão dilatando as artérias, antagonistas de cálcio e vasodilatadores diretos; que reduz a pressão dilatando os vasos, diuréticos que ajudar a eliminar o sal e água, diminuindo a quantidade de sangue dentro do organismo, com isso reduzindo a pressão (ROSA; FRANKEN, 2007).

Já o tratamento não medicamentoso consiste em mudar o estilo de vida do paciente, modificando os hábitos alimentares, fazendo algum tipo de exercício físico ou caminhadas, redução da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas e do fumo, com isso o paciente Hipertenso tem redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco, obtendo a Redução do risco cardiovascular, baixo custo e risco mínimo. (MIO JUNIOR, 2002).



Para Rosa e Franken (2007), a hipertensão arterial é uma doença muito prevalente em idosos, que caracterizam um grupo especial, com alterações fisiopatológicas significativas em razão do envelhecimento. O idoso tem particularidades que devem ser avaliadas. Existem alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, como diminuição da atividade dos barorreceptores, alterações da composição corpórea, do metabolismo basal, do fluxo sanguíneo hepático e do ritmo de filtração glomerular, com dificuldade da absorção, da distribuição, da metabolização e da excreção da maioria dos medicamentos.

O paciente idoso com hipertensão necessita de uma grande atenção diferenciada, destacando a importância da assistência de enfermagem direcionada a esses pacientes (ROSA; FRANKEN, 2007).

O índice elevado de idosos portadores de hipertensão arterial faz com seja necessário a utilização de formas alternativas para o tratamento da referida patologia. Assim levantou-se o seguinte problema: Qual a importância da utilização das medidas alternativas para o controle da hipertensão arterial?

## 1.1 HIPÓTESE

O índice elevado de idosos portadores de hipertensão arterial, bem como a dificuldade de acesso ao tratamento medicamento, faz com seja necessário a utilização de formas alternativas para o tratamento da referida patologia, no entanto, essa prática muitas vezes é feita sem o devido acompanhamento profissional.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Escolheu - se esse tema para o trabalho de conclusão de curso por conviver com amigos e parentes idosos com hipertensão arterial, pois muitos deles não se cuidam e pensam que a doença não é seria.

O estudo mostra a importância do enfermeiro que contribuir significativamente para o controle da doença, orientando o idoso que sigam as ações de prevenção. Ressaltando-se a necessidade de medidas educativas que influenciem no comportamento alimentar dos idosos, com mudanças nos hábitos alimentares para um maior controle dos fatores de risco para a hipertensão arterial, capazes de contribuir com uma melhor qualidade de vida destes indivíduos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GERAL**

- Analisar a importância de medidas alternativas para o controle da hipertensão arterial em idosos.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as estratégias existentes para o controle e prevenção da hipertensão arterial nos idosos.
- Conhecer o estilo de vida dos idosos com Hipertensão arterial.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

Para compreender como ocorre a Hipertensão Arterial, os autores Krieger; Irigoyen; Krieger (1999) explicam melhor como este processo fisiopatológico se dá por diferentes mecanismos de controle que estão envolvidos não só na manutenção (componente tônico) como na variação momento-a-momento (componente fásico) da pressão arterial, regulando o calibre e a reatividade vascular, a distribuição de fluido dentro e fora dos vasos e o débito cardíaco.

“A pressão arterial é a força exercida sobre a parede de uma artéria pelo sangue sob a pressão do coração” (POTTER; PERRY, 2009, p. 536).

Segundo os mesmos autores, os complexos mecanismos pressores e depressores interagem e se equilibram; sendo que quando o equilíbrio se rompe com predominância dos fatores pressores, ocorre a hipertensão primária. “A ruptura do equilíbrio podendo ser provocada ou acelerada pelos fatores ambientais, como excesso de sal na dieta e estímulos psicoemocionais, sedentarismo, entre outros que pode colaborar para o paciente adquirir HAS” (KRIEGER; IRIGOYEN; KRIEGER, 1999)<sup>1</sup>.

A hipertensão arterial é considerada quando tem-se uma pressão superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior que 90mmHg durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde depois de uma triagem inicial (SMELTZER; BARE, 2005).

Já o Ministério da Saúde afirma que a 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. Deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença dos fatores de risco, assim como a presença de lesões nos órgãos-alvo (Hiperatividade dos nervos simpáticos, aumento do débito cardíaco, ingestão excessiva de sódio,

---

<sup>1</sup> Documento eletrônico não paginado.

genética, presença de substância vasoativa), e as comorbidades associadas. (BRASIL. 2013).

Já para outros autores como Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), que defendem a hipertensão arterial (HAS) é, sabidamente, uma doença de alta prevalência nacional e mundial. Os valores limítrofes para adultos que tem 18 ou mais de 18, hipertensos são definidos pela pressão arterial sistólica (PAS) entre 130 e 139 mmhg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 85 e 89 mmhg. Em 1998, no Brasil, ocorreram 1.150.000 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de 475 milhões de reais, correspondendo, a aproximadamente de 400 milhões de dólares.

Ainda conforme Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), a evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, momentâneas ou definitivas. Que representa um alto custo financeiro para a sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Torna-se assim “perversa” por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz, ainda, como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis.

Antes de qualquer coisa é extremamente importante saber que a “os limites de PA considerados normais são arbitrários” (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p. 20).

Segundo o Ministério da saúde a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. “E pode ser classificada em primária e secundária e pseudo Hipertensão Arterial” (BRASIL, 2006,).

A hipertensão primária, também é conhecida como hipertensão essencial, assim denominada diante dos altos índices de pressão arterial sem motivação identificada e específica (SMELTZER; BARE, 2005), e provavelmente se inicia por varias modificações e alterações do estado funcional (vasoconstrição) e se estabiliza

por alterações estruturais, combinadas em grau variado com as funcionais (KRIEGER; IRIGOYEN; KRIEGER, 1999).

Para Silva (2006) a hipertensão secundária está relacionada ao aumento dos valores pressóricos, em decorrência da diminuição da doença renal parenquimatosa, hiperaldosteronismo, determinados medicamentos, gravidez e coarctação da aorta, dentre outros.

Silva e Souza (2004) defendem que na classificação dos valores pressóricos houve uma simplificação das faixas pressóricas e a categorização de uma situação dita "pré-hipertensão", onde as modificações do estilo de vida devem ser mais que incentivadas, podendo ter uma grande possibilidade de evolução futura para o estado de hipertensão arterial com o avançar da idade. Nesta classificação atual, a pressão ideal é aquela menor que 120 mmHg sistólica e 80 mmHg para a diastólica. É o que o Ministério da Saúde (MS) considera este valor ideal, onde há menos riscos para o aparelho cardiovascular.

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), mostram outro tipo de classificação, que são a Hipertensão sistólica isolada (HSI) que é definida com o comportamento anormal da PA sistólica com PA diastólica normal; Hipertensão do jaleco branco que se define quando o paciente apresenta medidas de PA persistentemente elevadas ( $< 140/90$  mmHg) no consultório e medias de PA consideradas normais seja na residência, pela monitorização residencial da pressão arterial (MRPA), ou pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA); Hipertensão mascarada, é definida como a situação clínica caracterizada por valores normais de PA no consultório ( $< 140/90$  mmHg), porém com PA elevada pela MAPA durante o período de vigília ou na MRPA.

Smeltzer e Bare. (2005), estimam que 20 e 25%% da população adulta nos Estados Unidos apresentam hipertensão entre essa população, 90 e 95% apresentam hipertensão primária, significando que a justificativa para essa elevação na pressão arterial não pode ser identificada. O restante que representa de 5 a 10% desse grupo apresentam pressão arterial alta relacionada com causas específicas, doença renal parenquimatosa, hiperaldosteronismo (hipertensão mineralcorticóide), determinados medicamentos, gravidez e coarctação da aorta (KAPLAN, 2001 apud SMELTZER; BARE, 2005). A hipertensão secundária é o termo utilizado para significar a pressão arterial alta a partir de causa identificada.

As doenças cardiovasculares no Brasil são responsáveis por 33% das mortes por causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Passos, Assis e Barreto (2006), defendem que a maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves de PA, submetidos aos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, a doença pode se manifestar. Diversos estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Há um bom conceito médico de que as medidas de pressão arterial frequente podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão.

A hipertensão arterial ocupa posição de destaque do grupo das doenças não transmissíveis (DANT), em decorrência de sua alta prevalência e incidência, considerada uma doença crônica não transmissível, de natureza multifatorial e assintomática (na maioria dos casos), que compromete o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos alvos por eles irrigados (BRASIL, 2001 apud OHARA; SAITO, 2010, p.268).

Estima-se que no Brasil exista mais de 25 milhões de hipertensos, e pelo menos um terço deles (8 milhões) não tem o conhecimento que estão doente. Em algumas estatísticas dizem que mais de 20% da população adulta é hipertensa (LUCCHENSE, 2010).

Souza et al (2007) destaca que há uma maior prevalência nos homens (51,8%), do que nas mulheres (33,1%). Nos indivíduos com sobrepeso e obesidade, observou-se maior prevalência de pressão elevada. Etilismo diário ou semanal também está relacionado à maior incidência, respectivamente, de 63,2% e 47,2%. Apenas 59,7% eram sabidamente hipertensos. Das pessoas que apresentaram hipertensão, 57,3% fazem algum tratamento.

A hipertensão arterial é o principal fator de risco modificável para doença coronariana, doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca congestiva, entre outras doenças do aparelho circulatório. O tratamento adequado da hipertensão

arterial reduz significativamente a mortalidade e a morbidade cardiovascular. Dessa forma, o conhecimento da distribuição da hipertensão arterial na população e a identificação de grupos vulneráveis são de grande interesse em saúde pública (LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004).

Para Burt et al (1995 SMELTZER; BARE, 2005), a hipertensão é por sua vez chamada de “assassina silenciosa”, porque as pessoas acometidas frequentemente não evidenciam sintomas. Em estudos realizados entre 1991 e 1994, 32% das pessoas que apresentavam pressões superiores a 140/90mmHg não estavam cientes de suas pressões arteriais elevadas.

Smeltzer e Bare (2005) afirmam que com frequência a hipertensão arterial acompanha os fatores de risco para cardiopatia aterosclerótica, como a dislipidemia (níveis lipídicos sanguíneos anormais) e diabetes mellítus. A pressão arterial pode ser vista de várias formas, pode ser como um sinal, um fator de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica ou como uma doença. Como um sinal, os enfermeiros e outros profissionais de saúde utilizam a pressão arterial para monitorar o estado clínico de um paciente. Como doença, a hipertensão é um importante contribuinte para a morte por doença cardíaca, renal e vascular periférica.

Segundo o autor acima citado, a elevação da pressão prolongada lesiona os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente em órgão-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos. As consequências usuais da hipertensão descontrolada prolongada são o infarto do miocárdio, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais e visão prejudicada. O ventrículo esquerdo do coração pode ficar aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à medida que age para bombear o sangue contra a pressão elevada. Um eco cardiograma é o método recomendado para determinar se ocorreu a hipertrofia.( SMELTZER; BARE. 2005)

Embora a causa exata para a maioria dos casos não consiga ser identificada, é sabido que a hipertensão é uma condição multifatorial. Como a hipertensão é um sinal, é mais provável que ela tenha muitas causas, da mesma forma que a febre apresenta muitas causas. Para que a hipertensão aconteça, deve haver uma condição em um ou mais fatores que afetam a resistência periférica ou o débito cardíaco. Além disso, também deve haver um problema com os sistemas de controle que monitoram ou regulam a pressão. As mutações genéticas isoladas foram identificadas para alguns raros tipos de hipertensão, mas acredita-se que a maioria

dos tipos de pressão alta é do tipo poligênico (mutações em mais de um gene (DOMINICZAK et al., 2000 apud SMELTZER; BARE, 2005).

Souza et al, (2007) reportam que a doença cardiovascular é a primeira causa de morte relacionada nas sociedades ocidentais, sendo a hipertensão uma das três principais doenças responsáveis. O crescimento progressivo na prevalência das doenças cardiovasculares impõe a necessidade de se desenvolver e implementar estratégias populacionais de prevenção dos múltiplos fatores de risco que levam a desfechos primários relacionados. Por ser um problema silencioso deve ser investigado sistematicamente, mesmo em face de resultados iniciais normais.

Para Smeltzer e Bare (2005), tem várias hipóteses sobre as bases fisiológicas da pressão arterial elevada estão associadas ao conceito de hipertensão como uma condição multifatorial. Diante da superposição dessas hipóteses, é provável que aspectos de todas elas venham a se mostrar corretos. A hipertensão pode ter uma ou mais das seguintes causas:

- ✓ Atividade aumentada do sistema nervoso simpático relacionado com a disfunção do sistema nervoso autônomo;
- ✓ Reabsorção renal aumentada de sódio, cloreto e água relacionada com uma variação genética na maneira pela qual os rins manuseiam o sódio;
- ✓ Atividade aumentada do sistema renina-angiotensina-androsterona, resultando em expansão do volume do líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada;
- ✓ Vasodilatação diminuída das arteríolas relacionada com a disfunção do endotélio vascular;
- ✓ Resistência à ação da insulina, que pode ser um fator comum ligado a hipertensão, diabetes melito do tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidade e intolerância à glicose.

A prevalência da hipertensão se correlaciona diretamente com a idade. As mulheres e as pessoas com sobrepeso ou obesidade também apresentam correlação com a hipertensão (BRASIL, 2006).

Zaitune et al. (2006), esclarecem a identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o *status* socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais muito colaboraram para os avanços na



epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos.

### 3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO

De acordo com o Ministério da Saúde as políticas públicas de saúde têm como objetivo de assegurar atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2010).

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi alcançado com muita luta pela sociedade na Constituição de 1988 e Assegurado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90). (BRASIL, 2013).

Diante da crescente procura de uma população que envelhece e em acordo com os direitos previstos na Constituição de 1988, em 1994 foi promulgado a Política Nacional do Idoso, através da Lei 8.842/94, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96. Esta política assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 2010).

O Congresso Nacional aprovou em 2003, e o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso, considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa (BRASIL, 2013).

Rosa e Franken (2007) defendem que a população idosa tem suas particularidades e existem mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento, como diminuição da atividade dos barorreceptores, alterações da composição corpórea, do metabolismo basal, do fluxo sanguíneo hepático e do ritmo de filtração glomerular, com alteração da absorção, da distribuição, da metabolização e da excreção da maioria dos medicamentos. No idoso, é comum a associação a outros fatores de risco cardiovasculares e doenças crônicas que frequentemente necessitam de vários

medicamentos, potencializando o risco de interações medicamentosas e de efeitos colaterais.

Com o constante aumento da expectativa de vida em todo o mundo observou-se uma maior incidência e superioridade de certas doenças, especialmente as doenças cardiovasculares. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) participa de quase metade delas. Miranda; Perrotti; Bellinazzi; Nóbrega; Cendoroglo; Neto (2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o idoso, nos países em desenvolvimento, os indivíduos com 60 anos ou mais. As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo esta a principal doença crônica nessa população. Miranda; Perrotti; Bellinazzi; Nóbrega; Cendoroglo; Neto (2002).

Para Souza et al (2007), as pessoas estão envelhecendo e cada vez mais presenciamos os indivíduos chegando à oitava década de vida. Sabe-se que a hipertensão sistólica é mais comum com o envelhecimento, em consequências das mudanças estruturais das artérias, principalmente as de grosso calibre. Essa tendência também é observada em estudos transversais, em quase todas as populações, as quais mostram que o nível médio da pressão sistólica aumenta de maneira linear a partir dos 50 anos, enquanto a pressão diastólica tende a cair a partir dos 55 anos.

O estudo de Franklin et al ( 1999 apud SOUZA et al, 2007, p.444),

Demonstra que a pressão sistólica aumenta continuamente com a idade em todos os grupos, ao passo que a pressão diastólica aumenta até os 60 anos, diminuindo a seguir. Dados de 30 anos de seguimento do estudo Framingham mostraram claramente o aumento de risco de eventos cardiovasculares com a elevação da pressão sistólica particularmente no idoso.

Rosa e Franken (2007), afirma que além das alterações próprias do envelhecimento e das dificuldades no diagnóstico, a HAS no idoso está frequentemente associada a outras doenças, e muitos pacientes utilizam medicamentos que podem elevar a pressão arterial (PA).

Miranda (2002) relata que a hipertensão arterial HAS em idosos está associada a um importante aumento nos eventos cardiovasculares com conseqüente

diminuição da sobrevida e piora na qualidade de vida. Inúmeros estudos demonstraram os benefícios do tratamento da HAS na população desta faixa etária, com redução significativa dos eventos cardiovasculares e melhora na qualidade de vida. Tanto o tratamento medicamentoso como o não farmacológico deve ser empregado, sempre considerando o indivíduo com suas morbidades e expectativas.

A maioria dos casos, de hipertensão arterial não se manifesta por sintomas claros e, por isso, pode ocorrer hipertensão sem ser percebida e, neste caso, quando diagnosticado, pode haver comprometimento de órgãos vitais do organismo. Vários são os fatores de ordem biológica e social, que desencadeiam aumento nos níveis pressoriais e, entre estes, o estresse tem sido apontado como “flagelo social”; ele é provocado por uma variedade de fatores, de fatos passageiros da vida cotidiana a fatores mais estáveis como, por exemplo, instabilidade financeira (TRENTINI; TOMASI; POLAK, 1996).

Os autores acima afirma que a economia política da saúde evidencia existência de desigualdade no exercício da cidadania e principalmente no direito à saúde; portanto os indivíduos e grupos sociais estão desigualmente expostos a fatores de risco e prevenção.

A hipertensão é uma doença que atinge milhões de pessoas em todo o mundo e contribui de maneira expressiva para um grande número de mortes devido a infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal crônica. Apesar de todos os avanços na área da fisiologia cardiovascular, ainda não se conhecem os determinantes primários da hipertensão arterial. Existem várias razões para explicar esse fato, mas fundamentalmente reconhece-se, hoje, que a hipertensão não é uma doença simples com causa única em todos os indivíduos afetados (KRIEGER; IRIGOYEN; KRIEGER, 1999).

Silva; Souza (2004) referem que os fatores de riscos para a hipertensão arterial são classificados como fatores de perigo não modificáveis, em que entre eles encontram-se a idade, a hereditariedade e o sexo. E os fatores de probabilidade modificáveis como hábitos sociais, padrões alimentares e aspectos físicos, e índices pressóricos.

Analisando a idade como um fator de risco para hipertensão arterial, Lessa (1998) diz que a presença de HAS em idosos merece uma ampla atenção devido à vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas não só pela

hipertensão, como também por outros fatores de precipitação que se acumulam com o passar do tempo.

Sobre a hereditariedade, a hipertensão arterial pode ser entendida como uma síndrome multifatorial, de patogênese pouco elucidada, na qual interações complexas entre fatores genéticos e ambientais causam elevação sustentada da pressão (BARRETO-FILHO; KRIEGER, 2003). “Estudos demonstraram que a pressão arterial é mais elevada em homens que em mulheres até a faixa etária de 60 anos” (IRIGOYEN et al. 2003, p. 332).

Examinando agora os fatores de imponderações de ordem modificáveis para a hipertensão, é interessante saber que na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, o incremento de 2,4 kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão e que a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. Assim a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular e geral, da mesma forma que a atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O Manual de Saúde do Idoso, estabelecer sua opinião sobre os fatores de riscos para hipertensão arterial, informado que questiona se o estresse emocional é ou não é causa de Hipertensão, mas o bom equilíbrio emocional é muito importante para manter a pressão arterial controlada. Outro aspecto de extrema importância, principalmente nas pessoas com mais de 60 anos de idade, está relacionado à quantidade de sal que se come diariamente. O sal é, sem dúvida, um dos maiores aliados da pressão alta em idoso (BRASIL, 2003).

### 3.3 MEDIDAS ALTERNATIVAS PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Hoje, a hipertensão arterial, tem maior incidência em pessoas obesas, sedentárias e consumidoras em excesso de sal e álcool, é considerada um dos principais fatores de risco para a doença cardiovascular. (RONDON; BRUM, 2003).

Rondon e Brum (2003) afirmam que, na última década, as medidas alternativas para mudança no estilo de vida, tais como redução de peso, diminuição na ingestão de sódio e álcool e prática de exercícios físicos regulares, têm sido

propostas para prevenir e combater essa síndrome. A adoção dessas medidas alternativas, dependendo do grau de hipertensão e da disponibilidade e aderência do paciente, pode ser empregada como tratamento único, não farmacológico ou em concomitância com o tratamento farmacológico.

Segundo os autores supracitados 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.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado relação direta entre inatividade física e a presença de múltiplos fatores de risco como os encontrados na síndrome metabólica. Entretanto, tem sido demonstrado que a prática regular de exercício físico apresenta efeitos benéficos na prevenção e tratamento da hipertensão arterial, resistência à insulina, diabetes, dislipidemia e obesidade. Com isso, o condicionamento físico deve ser estimulado para todos, pessoas saudáveis e com múltiplos fatores de risco, desde que sejam capazes de participar de um programa de treinamento físico. Assim como a terapêutica clínica cuida de manter a função dos órgãos, a atividade física promove adaptações fisiológicas favoráveis, resultando em melhora da qualidade de vida. (ROTHEN, 2013).

#### **Medidas não medicamentosas para o controle da hipertensão e dos fatores de risco Cardiovascular.**

- ✓ Redução do peso corporal; A obesidade facilita a ocorrência da hipertensão e o grau da obesidade 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]).
- ✓ Redução da ingestão de sódio; o consumir excessivamente faz com que ocorra a liberação de alguns hormônios, que causam a retenção de líquidos, aumentando a pressão sanguínea o que é ruim para o

organismo por sobrecarregar o coração e principalmente para quem já possui hipertensão arterial. A restrição do consumo de sódio diminui a pressão arterial, e segundo alguns estudos reduz a mortalidade por doenças como acidente vascular encefálico e na regressão da hipertrofia ventricular esquerda. A restrição do consumo de sódio pode ainda reduzir a excreção de cálcio pela urina, contribuindo para a prevenção da osteoporose em mulheres idosas. (SILVA, [2010]).

- ✓ Maior ingestão de alimentos ricos em potássio; o aumento da ingestão de alimentos ricos em potássio pode ajudar a proteger contra a hipertensão. O seu efeito protetor contra a hipertensão pode ser explicado pelo fato de o potássio conduzir a uma maior quantidade de sódio excretado do organismo, já que estes dois minerais interagem entre si na manutenção do equilíbrio hídrico do organismo. (CARLOS, 2010).
- ✓ Redução do consumo de bebidas alcoólicas; o consumo excessivo de álcool eleva a pressão arterial e a variabilidade pressórica, aumenta a prevalência de hipertensão, é fator de risco para acidente vascular encefálico, além de ser uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).
- ✓ Exercícios físicos regulares; O exercício físico regular reduz a pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais, tais como diminuição do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

#### **Medidas associadas para combater a hipertensão arterial.**

- Abandono do tabagismo;
- Controle das dislipidemias
- Controle do Diabetes mellitus
- Evitar drogas que potencialmente elevem a pressão

**Medidas sem avaliação definitiva para ajudar o idoso a controlar a hipertensão.**

- Suplementação de cálcio e magnésio
- Dietas vegetarianas ricas em fibras
- Medidas ant-estresse

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Minayo (2010) define metodologia como o caminho e os instrumentos próprios para abordar a realidade, além de incluir a criatividade do pesquisador como instrumento a ser utilizado.

De acordo com a autora acima citada, a pesquisa qualitativa apresenta-se como um processo de construção da realidade, na qual o conjunto dos fenômenos inerentes ao ser humano (suas crenças, valores, atitudes) aqui entendido como parte da realidade social, dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos, uma vez que a mesma se ocupa nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado.

A metodologia trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa possui um caráter descritivo quando os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. (ANDRADE, 2007)

Minayo (2007) também defende que o processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa compreende um conjunto de três etapas inter-relacionadas. A fase exploratória compreende a construção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para preparar a entrada em campo (instrumento de coleta de dados, definição e delimitação do objeto, construção da hipótese); Já o trabalho de campo, consiste em levar para a prática empírica a construção teórica da primeira etapa. É durante essa fase da pesquisa social que o pesquisador terá subsídios para a confirmação ou refutação das hipóteses e construção da teoria; A análise e tratamento do material empírico e documental, diz respeito ao conjunto de procedimentos utilizados para compreensão, interpretação e articulação dos dados colhidos que serão articulados com a teoria que fundamentou o projeto.

O interesse de se trabalhar com esse tipo de pesquisa, qualitativa, tem como finalidade realizar uma apuração acerca de determinadas informações inerentes ao tema em questão por meio de instrumentos padronizados, por outro lado será possível também fazer com que os sujeitos sociais envolvidos na pesquisa expressem sua opinião de forma espontânea, subjetiva.



## 4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Antônio Camilo, no bairro Ilha de Santa Luzia, localizada na Rua Camilo Figueiredo S/N no município de Mossoró/RN.

## 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é o total de pessoas a serem pesquisadas, e amostra é a porção ou parcela extraída desta a fim de obter informações que possam ser utilizadas na investigação. Dessa forma, a população a ser analisada foram os usuários da UBSF Antônio Camilo, e a amostra foi composta por 20 idosos com hipertensão arterial.

## 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Foi aplicado um roteiro de entrevista semi-estruturado, a qual se caracteriza por combinar perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2007).

## 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

Foram realizadas entrevista na UBSF Antonio Camilo situada no município de Mossoró, para os idosos com Hipertensão arterial que se enquadram quais os critérios de inclusão da pesquisa. A entrevista foi gravada em áudio com um aparelho de MP4 e logo após será transcrita, respeitando os princípios éticos resguardando-se o anonimato.

De acordo com Gil (2007), a entrevista enquanto técnica de coleta de dados é bastante adequada para que se obtenham informações acerca do que as pessoas pensam sobre determinado assunto, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro estruturado,

com questões relacionadas a estilo de vida dos idosos, para que possa ser utilizado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes, para que se possa obter uma maior fidedignidade dos dados e, conseqüentemente, o sigilo dos mesmos.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, utilizaremos como referencia Bardin (2009, p. 40), uma vez que a autora define a analise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de analise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...], indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens.

Sendo assim, Bardin (2009), utiliza para essa análise, organizar os dados em categorias para um melhor entendimento de seus resultados, pois as categorias procuram reunir os elementos em características comuns bem como o maior numero de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. A organização dos dados em categoria é a passagem das informações brutas para as informações organizadas.

#### 4.7 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), 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 (art. 90 da Resolução do COFEN nº. 311/2007), bem como terminantemente proibida ao profissional de

enfermagem a publicação de trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (art. 98 da Resolução do COFEN nº. 311/2007). (COFEN, 2007)

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 Mossoró 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.

#### 4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade do pesquisador associado. 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.

## 5 ANALISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

**GRÁFICO 1.** Quanto à realização de atividade física regularmente.

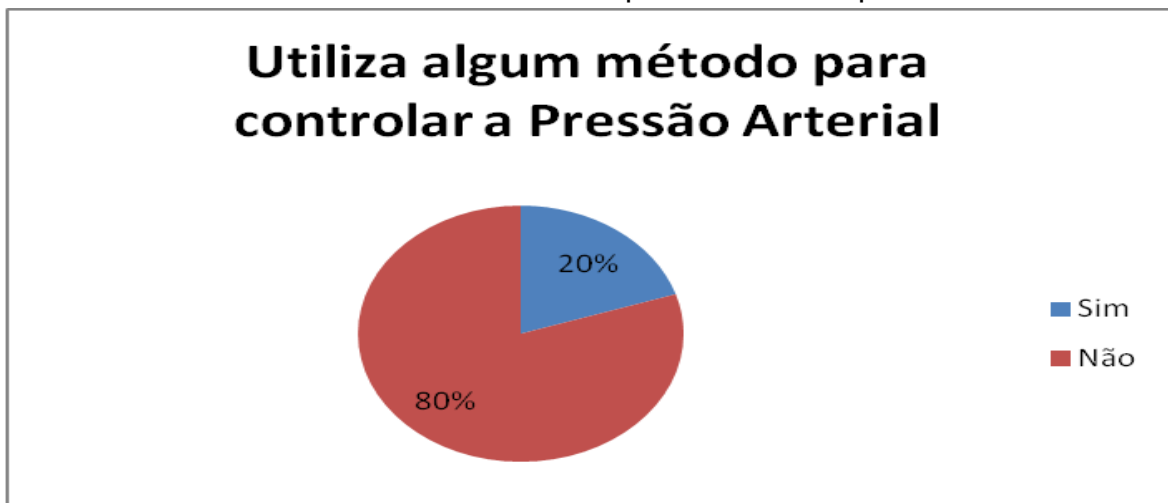


**Fonte:** Dados da pesquisa, obtidos pelo pesquisador, 2013.

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

Essa falta de atividade leva ao risco de complicações da doença.

**GRAFICO 2.** Quanto às medidas utilizadas para controlar a pressão arterial.

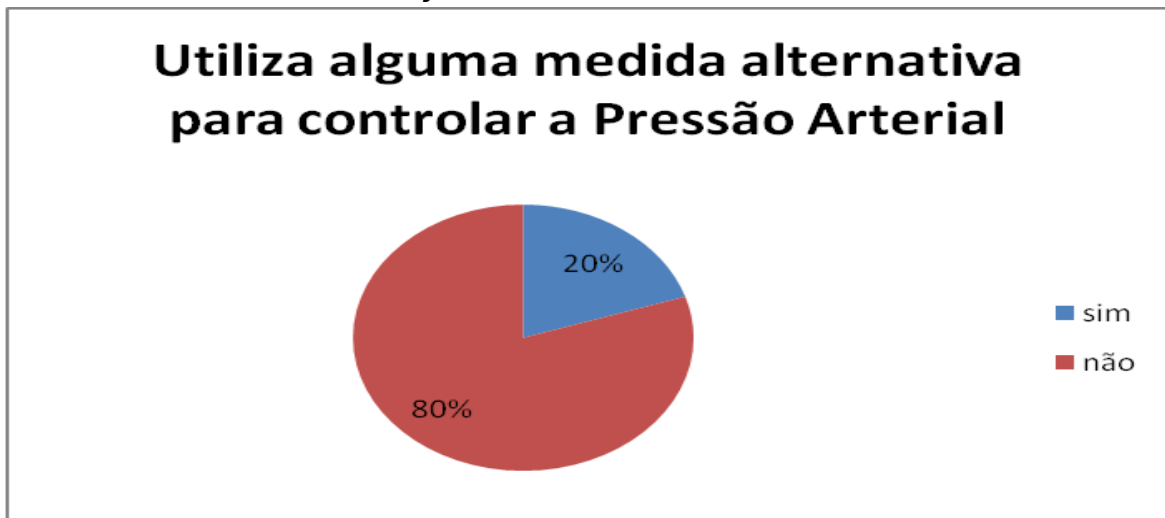


**Fonte:** Dados da pesquisa, obtidos pelo pesquisador, 2013.

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

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 pelo pesquisador, 2013.

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

## 5.2 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, triglicerídeos, 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 mesmo 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 ate mesmo para uma caminha, pois os mesmo sente 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.

Entrevistado 1° Não faço por que não tenho mais idade e tenho dificuldade para andar.

Entrevistado 2° Não por que tenho medo de cair.

Entrevistado 3° Sim faço caminha quando posso.

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.

### 5.3 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]).

Entrevistado 1° Sim tento diminuir consumo de sal da minha comida e a gordura e como verduras e frutas.

Entrevistado 2° Não, pois como tudo que tem sem regalias e só uso a medicação para controle todo dia.

Entrevistado 3° Não só a medicação da pressão.

Poucos idosos 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 medico passou outros apenas diminuir o sal da comida ou comem frutas e verduras.

O consumir excessivamente o sódio faz com que ocorra a liberação de alguns hormônios, que causam a retenção de líquidos, aumentando a pressão sanguínea o que é ruim para o organismo por sobrecarregar o coração e principalmente para quem já possui hipertensão arterial. A restrição do consumo de sódio diminui a pressão arterial, e segundo alguns estudos reduz a mortalidade por doenças como acidente vascular encefálico e na regressão da hipertrofia ventricular esquerda. A restrição do consumo de sódio pode ainda reduzir a excreção de cálcio pela urina, contribuindo para a prevenção da osteoporose em mulheres idosas. (SILVA, [2010]).

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).

A maioria dos idosos tem dificuldade para tentar controlar a pressão, já que os mesmo 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 esta alta, podendo acionar problemas mais grave (SILVA; HAHN, 2001).

Apenas quatro idosos entrevistados entre os 20 utiliza um medida de controlar sua alimentação diminuindo o sal dos alimentos tomando a medicação na hora certa, controlando o peso e controlando o estresse do dia. Outras utilizam chás de camomila, alho, hortelã para diminuir e controlar a pressão quando está muito alta (SILVA; HAHN, 2001).

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).

Alguns idosos 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).

#### 5.4 UTILIZAÇÃO DE MEDIDAS ALTERNATIVAS.

Um hábito prático e saudável: para afastar o perigo da hipertensão e 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 (SABRINA, 2011).

Entrevistado1° Sim a única coisa que eu faço é uma caminhada leva a tardezinha.

Entrevistado2° Não por que fico cansado muito rápido

Entrevistado3° Não, pois necessito de ajuda para se locomover e para se alimentar sou dependente de outras pessoas.

Segundo alguns idosos 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 idosos 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 do idoso, uma vez que níveis insuficientes de atividade física podem adivinhar a incapacidade funcional.

Há entre 20 idosos 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 o abdicação do sal, bebidas alcoólicas e do cigarro. Os idosos 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, mormente quando os idosos 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.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde do idoso 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 dos idosos, proporcionando o envelhecer com saúde. Sendo assim, a mesma possui caráter preventivo e atenuante dos sinais senis, em todos os sistemas do corpo humano, o que reflete positivamente na qualidade de vida do idoso.

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 idosos 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.

O presente estudo buscou analisar o conhecimento dos idosos hipertensos que são atendidos na UBS Antônio Camilo em Mossoró/RN, sobre medidas de controle da pressão arterial, e quanto à prática de atividade física e outras medidas alternativas como o uso de plantas fitoterápicas. Quanto ao perfil dos idosos estes em sua maioria possuem entre 60 e 80 anos de idade, são do sexo masculino e feminino, e são usuários da UBS pesquisada.

A maioria relata que não realiza medidas alternativas para prevenir ou melhorar a pressão arterial, e uma pequena quantidade de idosos relata 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.

Durante a pesquisa constatou-se que os entrevistados estão deixando de desenvolver seu autocuidado, de modo que lhes falta um despertar para que cuidem da sua própria saúde.

Os idosos 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 idosos 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 idosos 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 idosos 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 dos idosos, tornando-o mais saudável, melhorando a qualidade de vida durante a terceira idade.

Essa pesquisa contribuiu para melhoria dos conhecimentos enquanto acadêmico pesquisador, mostrando a importância de medidas alternativas para os idosos 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.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa/Portugal: ed.70 , 2009.

BARRETO-FILHO, J. A. S; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Rev. Soc. Bras. Card.**, São Paulo, v.13, n.1, p. 46-55, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília: MS, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de saúde do idoso**. Santos/SP, 2003.

CARLOS, Andreia. **Quais são os alimentos que nos dão mais potássio?** 2010. Disponível em: <[http://www.medicir.net/files/Alimentos\\_ricos\\_em\\_potassio.pdf](http://www.medicir.net/files/Alimentos_ricos_em_potassio.pdf)> Acesso em: 10 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução do COFEN nº. 311/2007. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Disponível em: <<http://www.coren-sc.org.br/documentacao2/Res31107.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2013

DANTAS, Andre de Oliveira. **Hipertensão arterial em idoso: Fatores Dificultadores Para a Adesão ao tratamento medicamentoso**. 31f. Monografia (Especialização em Atenção Basica em Saude da Familia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Teofilo Otoni, 2011. Disponível em :<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2771.pdf>> Acesso em:15 mar. 2013.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

IRIGOYEN, M. C., et al. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Rev. Soc. Cardiol.**, São Paulo. V.13, n.1, p. 20-45, 2003.

KRIEGER, E. M.; IRIGOYEN, M. C.; KRIEGER, J. E. Fisiopatologia da Hipertensão. **Rev. Soc. Cardiol.**, São Paulo, v. 9, n. 1, jan./fev. 1999. Disponível em: <<http://www.wagnersilvadantas.com.br/wp-cont/uploads/fisiologia-da-hipertensao.pdf>> Acesso em:03 abr. 2013.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec /Abrasco,1998.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n.5, p. 637-42, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n5/21750.pdf>> Acesso em: 29 abr. 2013

LUCCHENSE, Dr. Fernando. **Desembarcando a Hipertensão**. Porto Alegre: L&PM, 2010.

MASCARENHAS, C.H.M.; OLIVEIRA, M.M.L.; SOUZA, M.S. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do Bairro Joaquim Romão – Jequié/BA. **Rev Saúde Com.**, v.2, n.1, p.10-38, 2006.

MIO JUNIOR, D. **Hipertensão Arterial**. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2002.

MINAYO, M. C. S. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, MC. de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MIRANDA, R. D. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev Bras Hipertens.**, v. 9, p. 293-300, 2002. Disponível em: [http://www.acemfc.org.br/modelo1/down/hipertensao\\_arterial.pdf](http://www.acemfc.org.br/modelo1/down/hipertensao_arterial.pdf) Acesso em: 11 abr. 2013.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2010.

PASSOS, V. M. de A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n.1, p. 35 – 45, 2006. Disponível em:< <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf>> Acesso em: 09 abr. 2013

POMPEU, Fernando Resende. **Tratando a hipertensão arterial**. [2011].Disponível em:<<http://clincifares.com.br/artigo.php?noticia=15374>> Acesso em: 10 maio 2013.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

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.

ROSA, R. F.; FRANKEN, R. A. Fisiopatologia e diagnóstico da hipertensão arterial

no idoso: papel da monitorização ambulatorial da pressão arterial e da monitorização residencial da pressão arterial. **Rev Bras Hipertens**. v.14, n.1, p. 21-24, 2007. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-1/06-fisiopatologia-diagnostico.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2013.

ROTHEN, Dalton. **Exercício físico e hipertensão arterial**. 2013. Disponível em: < <http://paraumavidamelhor.com.br/areas-da-vida/saude/fisica/atividade-fisica/377-exercicio-fisico-e-hipertensao-arterial>> Acesso em: 10 abr. 2013

SILVA, B.Q.; HAHN, S.R. Uso de plantas medicinais por indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou dislipidemias. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, São Paulo v.2 n.3 36-40 set./dez. 2011. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/RBFHSSV2N3%20artigo07.pdf> Acesso em: 2 dez 2013

SILVA, J. L. L. Considerações sobre a classificação da Pressão Arterial: implicações nas ações de enfermagem. **Informa-se em Promoção de saúde**, n. 4, p. 01- 03, jul./dez. 2006.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004.

SILVA, Roberta dos Santos. **Sódio - consuma na medida certa**. [2010]. Disponível em: <<http://cyberdiet.terra.com.br/sodio-consuma-na-medida-certa-12-1-12-15.html>> Acesso em: 10 abr. 2013.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Consensos e diretrizes**. 2013. Disponível em :< <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/tratamento.asp> > Acesso em: 10 abr. 2013.

SOUZA, R. A et al. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arq Bras Cardiol.**, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n4/13.pdf>> Acesso em: 11 abr. 2013.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. de C.; CHIESA, A. M. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma Nova Ótica para um Velho Problema. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000200004&script=sci\\_abstract&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000200004&script=sci_abstract&tlng=e)> Acesso em: 03 abr.2013.

TRENTINI, Mercedes; TOMASI, Neusi; POLAK, Ymiracy. Prática Educativa na Promoção da Saúde com Grupo de Pessoas Hipertensas. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.1, n. 2, p. 19-24, jul./dez. 1996. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/8731/6052> Acesso em:10 abr. 2013.

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

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, jan./mar. 2010.

ZAITUNE, M. P. do. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 2 , fev. 2006. Disponível em:<  
[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2006000200006&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2006000200006&script=sci_arttext&lng=pt)> Acesso em: 29 abr. 2013

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado (a) Sr. (a),

A presente pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ALTERNATIVAS REALIZADAS POR IDOSOS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**. Desenvolvido por Ivo Matias Nunes Filho, aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação do professor Esp. Lucídio Clebeson de Oliveira tem como objetivos: Analisar a importância de práticas alternativas para o controle da hipertensão arterial em idosos na UBS Antonio Camilo no Município de Mossoró/RN; Identificar as estratégias existentes para o controle e prevenção da hipertensão arterial da UBS; Desenvolver prática e estratégias alternativas para o controle e prevenção da Hipertensão arterial.

Para alcançar tais objetivos, foi utilizado como instrumento para a coleta de dados, a aplicação de um questionário auto-aplicado, sob a forma de uma avaliação de múltipla escolha, a aplicação de uma entrevista semi-estruturada norteada por um roteiro de entrevista, bem como o uso da gravação eletrônica por meio de um aparelho de MP4.

Desta forma, venho, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar a sua participação nas citadas entrevistas e a autorização para utilizar suas falas para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.). Convém informar que será garantido seu anonimato (podendo, no entanto utilizar pseudônimos), bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Você não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, concordo em participar da pesquisa realizada por Ivo Matias Nunes Filho, acadêmico do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

Autorizo o uso das falas obtidas através das entrevistas semi-estruturadas, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a conclusão do trabalho monográfico do curso. Concedo também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas, desde que mantenham o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos.

Fui informado (a) dos objetivos do estudo, estando ciente que a minha participação é voluntária e de que a qualquer momento posso pedir meu desligamento sem quaisquer prejuízos e/ou constrangimentos.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013

---

Pesquisador Responsável<sup>2</sup>

---

Pesquisadora Participante

---

Participante da Pesquisa/Testemunha




---

<sup>2</sup> Endereço (Setor de Trabalho) do Pesquisador Responsável:  
 Av. Presidente Dutra, 701 Bairro: Alto de São Manoel – Mossoró/RN  
 CEP: 59.628-000 Fone/Fax: (084) 3312-0143  
 e-mail: [lucidio@facenemossoro.com.br](mailto:lucidio@facenemossoro.com.br)

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa  
 R. Frei Galvão, 12 Bairro: Gramame – João Pessoa/PB  
 CEP: 58.000-000 Fone: (083) 2106-7792

## APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados

Idade: ( )

Estado civil.

Mora só?

Escolaridade:

1- Pratica alguma atividade física? Qual?

---

2- Utiliza algum meio para controlar sua pressão? Quais?

---

3- Tem habito de se alimentar se com:

Frutas ( ) sempre ( ) as vezes ( ) nunca

Verdura e legumes ( ) sempre ( ) as vezes ( ) nunca

Gordura animais ( ) sempre ( ) as vezes ( ) nunca

4- Faz algum tratamento medicamentoso? Qual?

---

5- Faz uso de alguma medida alternativa? Qual?

---

6- Já teve alguma complicação da doença? Qual?

---

7- Utiliza fitoterapia?

---

**ANEXO**

## ANEXO A – Certidão



**Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.**  
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da  
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN  
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7ª Reunião Extraordinária realizada em 25 de setembro 2013 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado “**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ALTERNATIVAS REALIZADAS POR IDOSOS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**”, protocolo número: 202/13, CAAE: 21803213.4.0000.5179 e Parecer do CEP: 468.146, Pesquisador responsável: **Lucidio Clebeson de Oliveira** e dos Pesquisadores associados: **Thiago Enggle de Araújo Alves, Ivo Matias Nunes Filho e Ana Cristina Arrais**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 20/12/2013, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 26 de Novembro de 2013

  
 Lucidio Clebeson de Oliveira  
 Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
 - CEP FACENE/SABERE