



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DANIELA TRINDADE DE SOUSA

PERFIL DE IDOSOS HIPERTENSOS, USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO
BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA – RR E UTILIZAÇÃO DE PLANTAS
MEDICINAIS NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Boa Vista - RR
2014

DANIELA TRINDADE DE SOUSA

PERFIL DE IDOSOS HIPERTENSOS, USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO
BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA – RR E UTILIZAÇÃO DE PLANTAS
MEDICINAIS NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima– UFRR, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Saúde, Educação e Meio Ambiente
Orientador: Prof. Dr. Frank James Araújo Pinheiro

Boa Vista, RR
2014

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
(Biblioteca Central Maria Auxiliadora de Sousa Melo)

DANIELA TRINDADE DE SOUSA

PERFIL DE IDOSOS HIPERTENSOS, USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO
BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA – RR E UTILIZAÇÃO DE PLANTAS
MEDICINAIS NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Dissertação apresentada como pré requisito para conclusão do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA), da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Linha de pesquisa: Saúde, Educação e Meio Ambiente. Defendida em 19 de dezembro de 2014 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Frank James Araújo Pinheiro
Orientador / PROCISA – UFRR

Prof^a. Dra. Fabíola Carvalho
Avaliadora Interna / PROCISA – UFRR

Prof. MSc. Ananias Noronha Filho
Avaliador Externo/ UFRR

Dedico,

À Deus, meu Pai amado, que me deu a vida;

Aos meus pais Vilma Trindade de Souza e Basílio José Tenório de Souza,
pelo amor, cuidado para comigo;

Ao meu esposo Cleber Silva, amigo, companheiro, amante e pai de meus
filhos que muito me apoiou em toda esta trajetória de estudo.

Aos meus filhos Daniel Willian Tenório Souza e Silva e João Vítor Sousa e
Silva, pedaços do meu coração, pelas horas de ausências...meus pequeninos, sei
ainda não compreendem a razão desta luta!

Aos demais membros de minha família, irmão e sobrinhos, pelo amor, carinho
que mesmo na distância física são e sempre serão juntamente com meus pais meu
porto seguro, conforto e consolo para nos momentos de dificuldades.

AGRADECIMENTO

À Deus que tem conduzido minha vida, meu trabalho e meu estudo;

Aos meus pais que confirmam que eu seria capaz de vencer este desafio;
A minha pequena família, esposo e filhos, que contribuíram como podiam
para o êxito desta pesquisa;

À Universidade Federal de Roraima e aos Professores Doutores e Mestres do
Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA/UFRR pelos
ensinamentos e apoio no decorrer deste estudo;

Ao meu orientador Dr. Frank James Araújo Pinheiro pela paciência, auxílio,
ensinamentos e orientação durante este mestrado;

As amigas Cleiry Simone Moreira da Silva, Cynthia Dantas de Macedo Lins e
Erika Thaysa Sales de Lima que me acompanharam nos momentos difíceis e ao
mesmo tempo felizes desta jornada, tornando-a mais leve e prazerosa;

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Boa Vista, principalmente aos
Centros de Saúde Caranã, Equatorial e 31 de Março pela boa acolhida que permitiu
a realização deste estudo;

Aos participantes desta pesquisa pela colaboração durante as entrevistas e
coletas de amostras de plantas medicinais;

Aos alunos do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade
Roraimense de Ensino Superior pela parceria na coleta de dados.

"Prolongar a juventude é desejo de todos,
desfrutar de uma velhice sadia é sabedoria de
poucos"

(autor desconhecido)

RESUMO

O processo de envelhecimento demográfico da sociedade brasileira vem ocorrendo de forma rápida e contínua. Associados ao envelhecimento estão as doenças crônicas, das quais destacam-se as cardiovasculares e as cerebrovasculares decorrentes da hipertensão arterial sistêmica (HAS) não controlada. Este perfil de doenças mórbidas vem exigindo, no setor saúde, cada vez mais modelos de atenção que atuem no tratamento farmacológico, mas também, na mudança do estilo de vida, que por sua vez encontram-se atrelados ao contexto cultural, a crenças e aos hábitos. Estudo de investigação e caracterização dessa população torna-se cada vez mais necessário. Assim, os objetivos desta pesquisa formam conhecer o perfil sociodemográfico e cultural; avaliar o atendimento na rede de atenção básica no município de Boa Vista – RR e; analisar a utilização de plantas medicinais em casos de crises hipertensivas. A pesquisa foi realizada na Rede de Atenção Básica de Saúde do município de Boa Vista - RR, junto às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos Centros de Saúde 31 de Março, Caranã e Equatorial. A amostra foi constituída de 129 idosos portadores de HAS, sem associação com outras doenças crônicas, inscritos no cadastro da ESF e atendeu aos critérios da resolução 466/2012 do CNS. A coleta de dados iniciou com a identificação dos participantes na ESF, e seguiu-se com a aplicação do questionário em visita domiciliar. Os dados foram tabulados utilizando software Excel 2007, que possibilitou a análise das informações coletadas. Os resultados apresentaram maior porcentagem de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos (41%), predomínio do gênero feminino (61%), baixa escolaridade ou até mesmo analfabetas (38,8%), naturalidade dos estados do Maranhão (33,3%) e Roraima (20,2%) e que possuem gastos financeiros maiores relacionados à despesa doméstica (31,4%). Os fatores de riscos predominantes foram o sedentarismo (76,3%), o tabagismo (39,6%) e o consumo de alimentos ricos em cloreto de sódio (31,8%) e lipídios (24,6%). Apesar da metade dos idosos não terem problemas para a realização da consulta (50,4%), identificou-se problemas nos serviços da rede de atenção básica do município relacionados a poucas informações de riscos epidemiológicos destes indivíduos, a falta de estratégias em saúde que focalizem a adesão do usuário às terapêuticas de saúde das quais se citam a dificuldade para agendamento de consultas (23,3%) e a carência de profissionais para realizar a visita domiciliar (13,8%). Circunstâncias que obriga a realização de consultas particulares (12,4%) e a compra o medicamento (48,2%). A cerca do uso de plantas medicinais para o controle e tratamento da HAS predominou: a erva cidreira (*Lippia alba* (Mill.) N.E. Br.) (36,9%), o capim santo (*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf.) (22,8%), e o alho (*Allium sativum* L.) (11,2%), sendo a folha (64,4%) a parte mais consumida, o chá (78,7%) o modo de preparo mais frequente e o cultivo em quintais (57,3%) a forma de aquisição comum entre os idosos. Relacionado ao uso, a maioria dos usuários utilizam a planta medicinal em crises hipertensivas (44,8%) e não associado a medicamentos (83,9%). Por fim, confirmou-se a prática de remédios caseiros por meio de plantas para o alívio dos problemas decorrentes da HAS baseada no conhecimento popular.

Palavras- Chaves: Atenção Básica, Hipertensão Arterial Sistêmica, Idosos, Plantas Medicinais.

ABSTRACT

The aging process of the Brazilian society has taken place quickly and continuously. Associated with aging are chronic diseases, including cardiovascular and cerebrovascular resulting from hypertension are (HAS) not controlled. This profile of morbid diseases has demanded, in the health sector, more and more models of care that operate in the pharmacological treatment, but also in lifestyle change, which in turn are linked to the cultural context, beliefs and habits. Research study and characterization of this population becomes increasingly necessary. In the local context, the reality of health care of the elderly who are treated with hypertensive crisis in the emergency room of the General Hospital of Roraima, in Boa Vista - RR aroused the interest of study, mainly to meet the socio-demographic and cultural profile, evaluate the service in primary care network in Boa Vista - RR, and analyze the use of medicinal plants in cases of hypertensive crisis. The survey was conducted in the Network Attention in Boa Vista Basic Health - RR, with the teams of the Family Health Strategy (ESF), the Health Center March 31, Carana and Equatorial. The sample consisted of 129 elderly patients with hypertension without associated with other chronic diseases, entered in the register of the ESF and met the criteria of Resolution 466/2012 of the CNS. Data collection began with the identification of the participants in the ESF, and followed by the questionnaire during home visits. Data were tabulated using Excel 2007 software, which enabled the analysis of information collected. The results showed a higher percentage of elderly people aged 60-69 years (41%), female predominance (61%), low education or even illiterate (38,8%), naturally the states of Maranhão (33, 3%) and Roraima (20,2%) and have greater financial expense related to domestic spending (31,4%). The predominant risk factors were lack of exercise (76,3%), smoking (39,6%) and the consumption of foods high in sodium chloride (31,8%) and lipids (24, 6%). Although half of the elderly do not have problems to carry out the consultation (50,4%), we identified problems in the offices of primary care network in the city apoucas related information of epidemiological risks of these individuals, the lack of health strategies that focus user adherence to health therapies of which cite the difficulty in scheduling appointments (23,3%) and lack of professionals to carry out home visits (13,8%). Circumstances which require the construction of private practice (12,4%) and buying the drug (48,2%). About the use of medicinal plants for the treatment and control of hypertension predominance was the lemon grass (*Lippia alba* (Mill) NE Br.) (36,9%), the lemongrass (*Cymbopogon citratus* (DC) Stapf.) (22,8%) and the leaf garlic (*Allium sativum* L.) (11,2%), which is most consumed part and the sheet (64,4%), consumed the most part, tea (78,7%) over the mode of preparation frequent and growing in yards (57,3%) as a joint acquisition among the elderly. Related to the use, most users use the medicinal plant in hypertensive crises (44,8%) and not associated with drugs (83,9%). Finally, confirmed the practice of home remedies using plants to relieve the problems arising from hypertension based on the popular knowledge.

Key-words: Primary Care, Hypertension, Elderly, Medicinal Plants.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Distribuição de idade dos idosos hipertensos portadores de HAS.....	43
Figura 2	- Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com o gênero.....	44
Figura 3	- Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com estado civil.....	45
Figura 4	- Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com o grau de escolaridade.....	46
Figura 5	- Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com a naturalidade.....	47
Figura 6	- Distribuição dos idosos hipertensos de acordo com o número de pessoas por moradia.....	48
Figura 7	- Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com o arranjo familiar.....	49
Figura 8	- Distribuição dos idosos de acordo com tipos de auxílio recebidos.....	50
Figura 9	- Distribuição dos idosos de acordo com renda familiar dos idosos.....	51
Figura 10	- Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com as despesas.....	52
Figura 11	- Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com o tipo de atividade física praticada.....	54
Figura 12	- Consumo de tabaco pelos idosos.....	55
Figura 13	- Consumo de bebida alcoólica pelos idosos.....	56
Figura 14	- Consumo de alimentos ricos em lipídios.....	57
Figura 15	- Consumo de sal à mesa pelos idosos hipertensos.....	58
Figura 16	- Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com o tipo de doença crônica.....	60
Figura 17	- Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com o período de tempo da última consulta médica e/ou de enfermagem.....	62
Figura 18	- Distribuição dos idosos de acordo com as dificuldades para realização da consulta médica e/ou de enfermagem nos últimos seis meses.....	63
Figura 19	- Aquisição de medicamentos prescritos.....	64
Figura 20	- Distribuição das orientações acerca do tratamento da HAS.....	66
Figura 21	- Distribuição da classe de medicamentos mais utilizados pelos idosos hipertensos.....	68
Figura 22	- Distribuição das terapias complementares de saúde utilizadas pelos idosos hipertensos.....	71
Figura 23	- Distribuição das plantas medicinais mais utilizadas pelos -	72

	idosos.....	
Figura 24	- Distribuição das partes da planta utilizada para o preparo de remédios caseiros.....	74
Figura 25	- Distribuição das formas de preparo de plantas para remédios caseiros.....	75
Figura 26	- Frequência de consumo das plantas para remédios caseiros.....	76
Figura 27	- Distribuição do uso de plantas medicinais associado a medicamentos alopáticos.....	77
Figura 28	- Distribuição das formas de aquisição da planta medicinal.....	78
Figura 29	- Mapa do Estado de Roraima	102
Figura 30	- Arranjo da Rede de Atenção à saúde do município de Boa Vista – RR.....	103
Figura 31	- Mapa da Renda Nominal Média Município de Boa Vista dividido em macroáreas.....	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-	Motivos dos idosos portadores de HAS em não revelar o uso de Plantas medicinais aos profissionais de saúde.....	79
Tabela 2	-	Sinais e sintomas de melhora relatados pelos idosos portadores de HAS que utilizam plantas medicinais.....	80
Tabela 3	-	Distribuição das plantas medicinais utilizadas por idosos hipertensos dos Centros de Saúde 31 de Março, Caranã e Equatorial de acordo com nome popular e científico, número de identificação do Herbário, indicação popular, parte da planta utilizada, modo de preparo e frequência de uso e associação à medicação.....	97

SUMÁRIO

1	- INTRODUÇÃO	16
1.1	- CONTEXTUALIZAÇÃO DO IDOSO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS).....	20
1.2	- MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE IDOSOS HIPERTENSOS NO BRASIL.....	23
1.3	- ATENÇÃO AO IDOSO PORTADOR DE HAS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA – RR.....	26
1.4	- ABORDAGEM SOBRE A MEDICINA POPULAR NO BRASIL.....	28
1.5	- PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS TRADICIONALMENTE PARA O ENFRENTAMENTO DA HAS.....	33
2	- OBJETIVO	38
2.1	- GERAL.....	38
2.2	- ESPECÍFICOS.....	38
3	- MATERIAIS E MÉTODOS	39
3.1	- ASPECTO GERAL DA PESQUISA.....	39
3.2	- LOCAL E UNIDADES DA PESQUISA.....	39
3.3	- CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	40
3.4	- COLETA DE DADOS.....	41
3.5	- ASPECTOS ÉTICOS.....	41
3.6	- ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4	- RESULTADOS E DISCUSSÕES	43
4.1	- CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS.....	43
4.2	- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-CULTURAL E DE ESTILO DE VIDA DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	53
4.3	- CARACTERIZAÇÃO ATENDIMENTO DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR.....	60
4.4	- CARACTERIZAÇÃO DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS PELOS IDOSOS PARA O CONTROLE E TRATAMENTO DA HAS.....	71
5	- CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	- REFERÊNCIAS.....	85
	- APÊNDICES.....	95
	- ANEXOS.....	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	– Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVCi	– Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	– Código Internacional de Doenças
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
DAB	– Departamento de Atenção Básica
DCNT	– Doença Crônica Não Transmissível
DASH	– Dietary Approaches to Stop Hypertension
DATASUS	– Departamento de Informática do SUS
ESF	– Estratégia Saúde da Família
e-SUS	– Sistema de Informação da Atenção Básica
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IE	– Índice de Envelhecimento
IMC	– Índice de Massa Corporal
IPEA	– Instituto de Pesquisa Aplicada
HAS	– Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	– Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial de Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
PB	– Paraíba
PND	– Programa Nacional de Desenvolvimento
PNI	– Programa Nacional do Idoso
PNPIC	– Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar
PNSPI	– Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSI	– Programa Saúde do Idoso
PR	– Paraná
PROCISA	– Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
RAS	– Rede de Atenção à Saúde
RENISUS	– Relação Nominal de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS
RR	– Roraima
SEMSA	– Secretaria Municipal de Saúde
SISAB	– Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SUS	– Sistema Único de Saúde

- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e esclarecido
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UFRR** – Universidade Federal de Roraima

1. INTRODUÇÃO

Conforme o envelhecimento surge nas sociedades, os problemas de saúde, principalmente os reativos às doenças crônicas, são mais presentes e frequentes no cotidiano das pessoas idosas. Em geral as morbidades que acometem estes indivíduos são de origem lenta, porém, de longa duração, alterando o estilo e a qualidade de vida, requerendo cada vez mais os serviços de saúde.

No que se refere à população de idosos, a Organização das Nações Unidas - ONU (2014) estima que a de pessoas com 60 anos ou mais pode alcançar, em 2050, mais de dois bilhões. No Brasil, este envelhecimento populacional ocorre de forma rápida e contínua, com progressão estimada, até 2050, em torno de 0,4% ao ano, sendo esta realidade um obstáculo a ser superado nos ajustes e expansão dos sistemas sociais destinados à pessoa idosa (JUNIOR; COSTA; LACERDA, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (2003), as doenças crônicas são responsáveis por cerca de 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. A OMS aponta, ainda, uma estimativa de que, até 2020, aproximadamente 80% das doenças dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. No cenário brasileiro, Mendes (2012) assevera que uma das preocupações com o processo de envelhecimento populacional, associado à crescente evolução tecnológica na assistência à saúde, é a alteração do perfil epidemiológico de doenças no Brasil, ou seja, o aumento da ocorrência de doenças crônicas, concomitantemente com as de doenças agudas, sendo que estas últimas, ainda, não estão contornadas no país.

Veras (2012) afirma ser uma das consequências da longevidade a vulnerabilidade de risco de doenças, dentre elas as cardiológicas, as quais têm como fator de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Assim, é sabido que a HAS culmina, com muita frequência, em doenças graves, como as isquemias miocárdicas, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico isquêmico e hemorrágico. Ademais, essas morbidades podem ainda evoluir para quadros crônicos, ocasionando dor e sofrimento por um longo período, e, por fim, afetam a qualidade de vida dos idosos.

Cônsono a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a HAS é uma condição clínica multifatorial, evidenciada por aumento da pressão arterial, que

desencadeia alterações funcionais e/ou estruturais no coração, no encéfalo, nos rins e nos vasos sanguíneos, desenvolvendo alterações metabólicas, as quais resultam em aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Em relação à prevalência de HAS entre os idosos, estimou-se para indivíduos acima de 65 anos, na região norte do país, no período de 2012, o percentual de 51,8%. A prevalência deste mesmo agravo no município de Boa Vista – RR, para o mesmo período e faixa etária acima de 65 anos, é de 63% (DATASUS, 2012). De acordo com o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA (2012), a caracterização da população de Boa Vista, para indivíduos acima de 60 anos, no período de 2011 a 2012, conforme número de hipertensos e diabéticos com hipertensão evidencia o total de 573 casos cadastrados no sistema, para esta localidade. Dentre tais casos, o número de hipertensos era de 433, sendo que os de diabetes com hipertensão associada totalizavam 140 indivíduos.

Nesta perspectiva, este estudo teve como intuito a caracterização da população idosa do município de Boa Vista – RR, demonstrando seu perfil de envelhecimento; a investigação de terapias que complementassem o cuidado à saúde, a citar, as relacionadas ao hábito alimentar, ao exercício físico, ao consumo de sal e alimentos ricos em gordura; a verificação da assistência oferecida aos usuários idosos, por meio do serviço de saúde na rede de atenção básica, do município em tela, e; a análise do método de autocuidado por meio de plantas medicinais, objetivando o controle/tratamento da HAS.

O interesse deste estudo surgiu a partir da realidade vivida pelos usuários idosos, na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente no pronto atendimento do Hospital Geral de Roraima, no município de Boa Vista – RR. Inicialmente, a partir de observação empírica, quando do atendimento de saúde naquela unidade de pronto atendimento, em casos de crise hipertensiva, porquanto o acompanhamento da HAS deva ocorrer na rede de atenção básica do município, obteve-se relatos os quais certificavam a frequente utilização de plantas medicinais, como forma de autoatenção à saúde, para o tratamento/controle daquela enfermidade.

Ainda durante aquela observação empírica, notou-se que o uso de planta medicinal não tinha relação com a terapêutica médica profissional, visto que na maioria das vezes o uso alternativo deste recurso de saúde não era mencionado

durante os atendimentos. Desse modo, reputou-se não ser observado pelos profissionais de saúde se tal método de autocuidado contribuía com o tratamento convencional ou, se de alguma forma, acarretava prejuízos à saúde dos idosos, a exemplo de alteração da ação medicamentosa, da mudança brusca dos níveis pressóricos e de reações adversas relacionadas ao uso de plantas medicinais.

Ressalta-se que, com relação ao uso de plantas medicinais, no Brasil, existe uma Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), 2006, consolidada por meio Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, cuja proposta versa em ofertar, aos usuários do SUS, mais uma opção terapêutica de saúde, com segurança, eficácia e qualidade. Basicamente, a política nacional fundamenta-se em uma importante estratégia para a melhoria da atenção à saúde da população e à inclusão social (BRASIL, 2006a).

Logo, sendo a HAS uma doença que pode desencadear outras graves morbidades, principalmente aos indivíduos idosos; sendo o uso de plantas medicinais um fator que pode contribuir com a saúde daquelas pessoas, levantou-se os questionamentos sobre a utilização daqueles recursos para o controle da HAS por idosos da cidade de Boa Vista – RR. Desse modo, indagou-se sobre ser tal recurso popular, uma eventual realidade na Atenção Básica de Saúde desse município. E, ainda, se sua prática guarda concordância com as orientações de saúde ministradas pelos profissionais da atenção básica.

Neste contexto, este estudo justifica-se pela necessidade de conhecer o perfil dos idosos portadores de HAS que são usuários da rede de atenção básica do município de Boa Vista – RR, em especial, no que concerne à transição epidemiológica do envelhecimento e à adesão à terapêutica instituída pelos profissionais de saúde. Ainda, por colaborar para o embasamento e aprimoramento da efetivação da Política Nacional do Idoso (PNI), através da atenção à saúde da pessoa idosa, na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família – ESF. Ademais, tem como motivo de sua importância, a contribuição para a implementação do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos na rede de atenção básica do município, com ações estratégicas, também direcionadas a esta população específica.

Apesar da relevância do tema, Prado e Sayd (2004) e Lima e Menezes (2011), concluem pela pouca produção de estudos científicos em populações idosas, as quais abordem o envelhecimento e sua repercussão no bem-estar das pessoas,

na região norte do país. Da mesma maneira, são escassos os estudos direcionados, na rede de atenção básica do estado de Roraima, à integralidade e à complementaridade de ações de saúde, no que se refere ao manejo de recursos populares e tradicionais no autocuidado.

Tal linha de entendimento, respalda-se nas conclusões de Guimarães et al. (2010). Segundo a lição em comento, poucos foram os estudos em grupos e linhas de pesquisa na região amazônica, envolvendo o uso de plantas medicinais, principalmente aqueles relacionados à área de ciências humanas (12) e à saúde coletiva (9). De fato, este quadro causa preocupação, mormente seja essencial o conhecimento do uso de plantas medicinais em comunidades tradicionais.

Essencialmente, esta dissertação está organizada em cinco capítulos. Ainda na introdução, é apresentado o referencial teórico dividido em subtítulos. O primeiro subtítulo – Contextualização do Idoso Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica – expõe o referencial teórico concatenado aos aspectos epidemiológicos do processo de envelhecimento, bem como à relação deste fenômeno com o surgimento de doenças crônicas. O segundo subtítulo – Modelos de Atenção à Saúde de Idosos Hipertensos no Brasil – trata das formas de atenção à saúde, em uma dimensão autônoma individual/coletiva e enquanto sistema organizativo, no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), primária no SUS. O terceiro subtítulo – Atenção ao idoso Portador de HAS na Rede de Atenção Básica do Município de Boa Vista/RR – traz o manejo de ações de saúde ofertado por este município aos usuários idosos. No quarto subtítulo – Abordagem sobre a Medicina Popular no Brasil – discorre-se sobre o uso da planta medicinal, enquanto prática tradicional e opção de recurso à saúde pública. Aqui, apresentar-se-á a legislação pertinente ao tema, desde a criação do SUS, até o surgimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), bem a concepção da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Por fim, no quinto subtítulo – Plantas Medicinais Utilizadas Tradicionalmente para o enfrentamento da HAS – elucida-se, em aspectos gerais, quais são os principais recursos vegetais utilizados tradicionalmente para o enfrentamento da HAS, disponíveis na literatura.

Nos capítulos posteriores, dois e três – Objetivos; Materiais e Métodos – respectivamente, são expostos os objetivos e os materiais e métodos que embasaram a pesquisa, ou seja, o percurso metodológico. No capítulo quatro – Resultados e Discussões – consta a avaliação das variáveis do estudo e o cotejo em

face do referencial teórico construído. Por derradeiro, no capítulo cinco – Considerações Finais – procedeu-se a explicações finais, à vista da problematização da pesquisa, qual seja o perfil do idoso que utiliza plantas medicinais para o controle da HAS, considerando, ainda, os fatores que influenciam na implementação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, basicamente no que é pertinente ao recurso vegetal primário, bem como seu potencial reflexo na Atenção Básica de Saúde do município de Boa Vista – RR.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO IDOSO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

O crescimento da população idosa é uma realidade mundial. De acordo com a Organização das Nações Unidas - ONU (2014), até o ano de 2050, o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será maior do que a população de menores de 15 anos, podendo alcançar dois bilhões de idosos, correspondendo a 20 % da população mundial. Segundo Victor et al. (2009), a ONU estabelece que a população de um país está envelhecida quando o número de indivíduos, com idade acima de 60 anos, ultrapassa os 7% da população do país.

Neste aspecto, o Brasil encontra-se na classificação de país envelhecido, pois Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2012), o Brasil atualmente possui uma parcela de 10,8% de idosos, em relação à população total do país. Notando o estado de Roraima, este é considerado o menos populoso entre as unidades da federação, com cerca de 496.936 habitantes. Especificamente na cidade de Boa Vista – RR, a população total está fixada em 284.313 habitantes. Nesta distribuição populacional, o referido município apresenta um quantitativo de indivíduos acima de 60 anos em torno de 14.729 habitantes, correspondendo a 5,5% da população total, podendo ainda alcançar uma expectativa de vida de 79,7 anos (IBGE, 2012; 2014).

Estudos sobre o índice de envelhecimento (IE), que é definido como o número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos, evidenciou que, no Brasil, o envelhecimento populacional está em amplo progresso, porquanto, em 2010, o país tinha um IE de 44,8. Comparando o IE das

regiões, as que apresentaram os maiores foram as regiões Sul (54,94) e Sudeste (54,59), enquanto a região norte (21,84) foi a que apresentou o menor índice. Observando as unidades federativas, o Rio Grande do Sul (65,47) teve o IE mais elevado, seguido do Rio de Janeiro (61,45). Sendo que os menores índices foram apresentados no Amapá (15, 45) e Roraima (16,57) (CLOSS e SCHWANKE, 2012).

Em relação às faixas etárias, indivíduos acima de 80 anos, chamados “mais idosos”, representavam, no ano 2000, cerca 13% da população total de idosos (IPEA, 2004). Entre a faixa etária de 60 a 64 anos, observou-se que 1,8% eram de indivíduos do sexo feminino e 1,6% do sexo masculino. Assim, a porcentagem do gênero feminino vem aumentando com o envelhecimento da população (IBGE, 2010).

Segundo o Instituto de Pesquisa Aplicada – IPEA (2004), a desproporcionalidade, com aumento do gênero feminino, é uma característica do envelhecimento mundial, chegando a representar até 55% da população mundial de idosos. No Brasil, a porcentagem de mulheres idosas era de 55,9%, enquanto a parcela masculina era constituída de somente 44,1%. Conforme Parahyba, Veras e Melzer (2005), a maioria das mulheres idosas mora nas regiões Sudeste e Nordeste do país, concentradas em áreas urbanas, seguindo o padrão de distribuição da população brasileira. O perfil educacional é muito baixo, sendo que 41,9% das mulheres idosas são analfabetas e apenas 13,8% alcançaram oito anos ou mais de escolaridade. As mulheres idosas declaram escolaridade sempre mais baixa do que a dos homens. Em relação ao arranjo familiar, essas idosas vivem com suas famílias, com crianças (48,8%) ou como casais (23,9%). Entretanto, 14,8% das idosas vivem sozinhas, apresentando uma proporção mais elevada do que a dos homens nessa mesma situação, cuja proporção é de 8,1%.

Asseveram estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2004, p. 30):

De acordo com Lloyd-Sherlock (2002), mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela possui um forte componente de gênero. Por exemplo, mulheres idosas experimentam uma probabilidade maior de ficarem viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa. A maioria das idosas brasileiras de hoje não teve um trabalho remunerado durante a sua vida adulta. Além disso, embora vivam mais do que os homens, passam por um período maior de debilitação física antes da morte do que eles [Nogales (1998)]. Por outro lado, são elas que participam, mais do que os homens, de atividades extra domésticas, de organizações e movimentos de mulheres, fazem cursos especiais, viagens e trabalho remunerado temporário. Ao

contrário do que fizeram na sua vida adulta, assumem, progressivamente, o papel de chefes de família e de provedoras [Camarano (2003)]. Já homens mais velhos têm maiores dificuldades de se adaptar à saída do mercado de trabalho [Goldani (1999) e Simões (2004)].

Firmo, Lima-Costa e Uchôa (2004) e Veras (2012) afirmam que essas mudanças, relacionadas ao envelhecimento populacional, exigem gradativamente uma nova estrutura social desde a família, a comunidade, incluindo o âmbito da saúde, fazendo-se necessário o conhecimento do estado de saúde, a fim de se nortear o planejamento governamental nessa área – políticas de saúde pública. Conforme Veras (2012) e Victor et al. (2009), o envelhecimento e a longevidade podem apresentar várias doenças crônicas, morbidades de múltiplas causas que necessitam de procedimentos médicos e acompanhamentos consecutivos, envolvendo altos custos e uso de tecnologia complexa para um cuidado adequado, acrescentando ainda as incapacidades decorrentes das doenças como consequência do envelhecimento.

Dados nacionais mostram que a taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório da população geral no Brasil totalizam em 53,8%, sendo no estado de Roraima 23,5% dos óbitos. No que tange a óbitos por doenças cerebrovasculares da população total, o país fica em torno de 2,4% dos óbitos enquanto que Roraima, 23,3% (DATASUS, 2012). Em relação aos indicadores de fatores de risco e de proteção, a prevalência da HAS na região norte do país, para idosos entre 55 e 64 anos, e para aqueles acima de 65 anos, respectivamente, correspondem a 43% e 51,8%. Por fim, o estado de Roraima possui uma taxa de hospitalização por crise hipertensiva de 5,15% (DATASUS, 2012).

Relativamente às políticas destinadas aos indivíduos com 60 anos ou mais no Brasil, enfatize-se a Lei Federal nº 8.842/1994, de 04 de janeiro de 1994, a qual estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso com a finalidade de garantir os direitos sociais destes cidadãos. Em 2003, por meio da Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, é aprovado o Estatuto do Idoso e, no setor saúde, mais tarde, é aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), através da portaria MS/GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, com o propósito de promover o envelhecimento saudável, manter a capacidade funcional, prevenir doenças peculiares, tratar os doentes e reabilitar aqueles com capacidade funcional restringida (BRASIL, 1994; 2003; 2006b).

Recentemente, a PNSPI vem sendo atualizada em função da Política Nacional da Atenção Básica, normatizada pela portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011; da pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, por meio da Resolução MS/GM nº 4, de 19 de julho de 2012. Sendo essas ações do governo o meio pelo qual o Estado e o Ministério da Saúde assumem seus compromissos públicos com esta, destacando suas prioridades articuladas e integradas assumidas pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011; 2012).

Esses planos políticos têm a intenção de obter melhorias na saúde dos idosos do país, atuando na atenção à saúde, nas condições de saúde da população, no setor de gestão e investimentos da área. Incluindo nesses investimentos as pesquisas em saúde, direcionada especificamente à população idosa, buscando, também, a qualificação dos profissionais de saúde, a fim de aplicarem estratégias que visem contribuir com o processo de envelhecimento saudável.

1.2 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE IDOSOS HIPERTENSOS NO BRASIL

O cenário brasileiro aponta considerável aumento da população idosa para os próximos anos, o que certamente estará associado ao surgimento de muitas doenças crônicas, gerando grandes impactos no sistema de saúde, principalmente nos serviços oferecidos e nos custos com a atenção em saúde. Essas consequências exigirão o desenvolvimento de um modelo de atenção ao idoso nas variadas modalidades assistenciais, que incorpore a identificação, a avaliação e o tratamento com perfis mórbidos e funcionais variados (VERAS, 2012).

Helman (2009) considera que a atenção à saúde está dividida em três setores: o setor informal, constituído pelo domínio leigo, o autotratamento e a automedicação; o setor popular, no qual compreendidas as formas de cura como sagradas ou seculares, exercido por curandeiro popular ou por especialistas seculares e técnicos, e por fim; o setor profissional, o qual inclui as profissões de cura organizada, como a medicina ocidental moderna. Destaca o autor que as variadas formas de autoatenção e modelos nos cuidados de saúde, exercidos nas

sociedades, são realizados de forma integrada, sendo o modo explicativo referente ao conceito de doença e cura, específicos de cada setor.

Para Menendéz (2009), a autoatenção é definida como as representações e práticas que o indivíduo/comunidade utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam a saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta ou intencional de curadores profissionais, ainda que eles possam ser os referenciais dessa atividade.

Atualmente, a atenção à saúde no setor profissional do SUS faz parte dos modelos de atenção dirigidos principalmente ao manejo de doenças agudas e crônicas. Tais modelos constituem as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Conforme o Ministério da Saúde (2011) e Mendes (2012), as RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e de serviços de saúde no âmbito dos municípios, das regiões e dos estados, caracterizadas pela descentralização e participação, organizadas em redes, por territórios. Buscam garantir a integralidade e qualidade da assistência prestada, diminuir os custos, superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS.

Para o monitoramento e tomada de decisão dos profissionais de saúde na prestação de serviços oferecidos aos usuários da atenção básica do SUS, é relevante expor que o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA encontra-se desativado em decorrência da instituição do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) por meio da portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a). Este novo indicador de saúde, SISAB, é operacionalizado por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) e denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), constituindo-se em uma estratégia do Ministério da Saúde que visa reestruturar e garantir a integração dos sistemas de informação por meio do Cartão Nacional de Saúde, contribuindo para organização do trabalho de seus profissionais e para a qualidade da atenção à saúde oferecida à população (BRASIL, 2013a). Dessa forma, o e-SUS AB permite avaliar e acompanhar o trabalho da atenção básica, fortalecer os processos de gestão do cuidado dos usuários e facilitar a busca de informações epidemiológicas. Dentre estas informações de saúde

incluem-se aquelas relacionadas aos idosos que são atendidos neste setor primário do SUS.

Quanto à assistência de saúde destinada aos idosos portadores de HAS, na atenção básica, esta tem sofrido ajustamentos e melhorias, contemplando medidas além do método farmacológico. De acordo com o caderno de atenção básica sobre HAS do Ministério da Saúde (2013a) e a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), as medidas não farmacológicas compreendem o controle do peso, dos hábitos alimentares saudáveis, a redução do consumo de bebidas alcoólicas, o abandono do tabagismo e a prática de vida saudável, dentre outros.

Verifica-se, porém, a ausência de abordagens relacionadas ao uso de recursos naturais, presumindo-se inexistirem avanços no sentido de incluir, na abordagem terapêutica, informações a respeito do enfrentamento dos problemas de saúde relacionados com os aspectos sociais, culturais e estilo de vida. Segundo Silva et al. (2013), a ficha de cadastramento apresenta inadequações como, por exemplo, a impossibilidade do registro, na ficha de informações, do tipo de terapêutica complementar utilizada, porquanto inexistente tal campo no formulário de atendimento. Deveras, a inserção dessas informações na ficha subsidiária a ESF no planejamento de estratégias de monitoramento e prevenção de agravos, o que contribuiria para a minimização dos fatores de risco e promoção de hábitos saudáveis.

Estudos com idosos demonstram que os fatores de risco associados à HAS como: alcoolismo, tabagismo, estresse, inatividade física e alimentação inadequada são persistentes nos indivíduos com diagnósticos de HAS e que se submetem ao tratamento médico (COSTA, et al. 2006; CAETANO, 2008). Neste rumo, apesar dos programas de saúde contemplarem a terapêutica não farmacológica, a atenção à saúde oferecida aos usuários focaliza apenas os aspectos da doença e do tratamento farmacológico.

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), as complicações da HAS podem ser evitadas com o diagnóstico precoce e com o tratamento adequado da doença. Concernentemente à terapia não-farmacológica, Badke et al. (2012) ressaltam que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem considerar o uso de recurso popular na prática do cuidado, valorizando o estilo de vida, crenças e valores dos usuários de saúde. Portanto, julga-se que o idoso portador de HAS pode contribuir de forma participativa em sua autoatenção. Desse

modo, torna-se necessário os profissionais de saúde conhecer mais este aspecto de cuidado, uma vez que pode ser realizado, tanto de forma isolada quanto associada à terapêutica convencional. Convém ressaltar que tal prática pode contribuir ou complicar o estado de saúde desses indivíduos.

1.3 ATENÇÃO AO IDOSO PORTADOR DE HAS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA – RR

Para os serviços de saúde destinados à população do município de Boa Vista – RR, correspondente, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística – IBGE (2010), a 284.313 habitantes, a Atenção Básica daquele município, no âmbito da gestão pública municipal, consta estruturada por meio da atuação da Superintendência, Secretária de Ofícios e controle patrimonial, Departamento de Recursos Humanos, Assessoria de Acompanhamento de Projetos e Processos, Direção e Coordenações dos Programas Estratégicos e Direção de Macroáreas. Já na assistência, é composta por uma rede de prestação de serviços, prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Saúde, e laboratórios (Entrevista concedida pela senhora Érika Madelaine S. N. Carvalho, Superintendente da Atenção Básica de BOA VISTA – RR). Destarte, a atenção primária de saúde constitui o primeiro contato da população com o SUS, que oferta um conjunto de serviços e ações capazes de interferir positivamente sobre a necessidade de saúde, tendo como linha básica a Estratégia Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2010).

A organização da rede básica de atenção à saúde está organizada em 06 áreas epidemiológicas, denominadas macroáreas de saúde, implantadas nas áreas socioeconômicas mais vulneráveis. Compõem essas macroáreas 54 equipes de ESF, 17 equipes de saúde bucal, distribuídas em 32 UBS (BRASIL/DAB, 2014). Quanto à direção dos programas estratégicos, busca-se a integração entre as ações de todos os Programas de Saúde da Atenção Básica – Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Triagem Neonatal, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde do Homem, Expresso Saúde, Saúde Rural, Educação em Saúde, Alimentação e Nutrição – criando corredores de atuação estratégicos para a melhoria dos serviços

de saúde aos munícipes (Entrevista concedida pela senhora Érika Madelaine S. N. Carvalho, Superintendente da Atenção Básica de BOA VISTA – RR).

Referentemente ao Programa Saúde do Idoso (BRASIL, 2006e), este atua junto a UBS, através dos profissionais da ESF, assim como busca parcerias com o Centro de Referência de Assistência Social e outras organizações para desenvolver atividades junto aos idosos, objetivando a promoção do envelhecimento ativo e saudável; manutenção e reabilitação da capacidade funcional; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. A proposta de envelhecimento ativo e saudável busca oferecer qualidade de vida por meio da alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades que reduzam o estresse, diminuição dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação. O modelo propõe um idoso saudável, com autonomia preservada, tanto a concernente à independência física, como a psíquica, no sentido da busca da melhor qualidade de vida.

A assistência à saúde da pessoa idosa neste município é baseada nas políticas nacionais destinadas a estes usuários e nas legislações municipais a citar a Lei Municipal nº. 917 de 27 de outubro de 2006, que dispõe sobre a Política Municipal do Idoso (BOA VISTA, 2006) e a Lei Municipal nº. 986, de 18 de outubro de 2007, que determina que todas as consultas e exames de saúde da rede municipal sejam realizados no prazo sete dias, quando o paciente tiver idade igual ou superior a 65 anos (BOA VISTA, 2007).

Consta que a Secretaria Municipal de Saúde do município de Boa Vista – RR, a partir de 2012, realizou capacitações para os profissionais de saúde sobre a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que é um instrumento criado com o intuito de avaliar a condição de vida e saúde do idoso. Ainda para garantir a política de educação permanente na área de saúde do idoso, foi realizada capacitação para 300 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com o objetivo de melhor atender a esta população (Entrevista concedida pela senhora Érika Madelaine S. N. Carvalho, Superintendente da Atenção Básica de BOA VISTA – RR).

A formação e a manutenção dos grupos de idosos nas UBS e Centro de Referência de Assistência Social têm melhorado a ampliação do vínculo entre a equipe de saúde e a pessoa idosa, de forma a promover troca de informações, de orientação e de educação em saúde, abordando temas relacionados ao

envelhecimento ativo. A coordenação do Programa de Saúde do Idoso tem integrado ações com outros programas para desenvolver campanhas importantes no que diz respeito à saúde do idoso, a exemplo da Campanha do Dia Mundial de Combate à Tuberculose, o Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão, a Campanha de Vacina contra Influenza e o Enfrentamento contra a Violência a Pessoa Idosa. Essas atividades desenvolvidas pelos profissionais da rede de atenção básicas estão preconizadas conforme a Portaria nº 114 de 20 de maio de 2012 (BOA VISTA, 2012).

Em conclusão, a atenção à saúde do idoso na rede de atenção básica do município de Boa Vista visa promover a saúde integral da pessoa idosa, através de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação para o seu bem estar biopsicossocial, trabalhando a capacidade funcional da pessoa idosa.

1.4 ABORDAGEM SOBRE A MEDICINA POPULAR NO BRASIL

O saber popular, suas práticas, seus hábitos e os recursos que utilizados para o cuidado à saúde de indivíduos e coletivos é amplamente empregado pelo homem e tão antigo quanto a própria humanidade. Segundo a OMS, o uso de medicamentos caseiros pela população mundial é em torno de 80% e de plantas medicinais, de 70% (SANTOS, 2000). Dentre os registros de plantas medicinais empregadas empiricamente por antigas civilizações destaca-se:

Papiros egípcios do ano de 1600 a.C. relatam nomes de plantas medicinais empregadas naquela época, como mirra, cânhamo, ópio. Há também relatos assírios, babilônicos e chineses sobre o uso de plantas medicinais, e na Grecia antiga, Aristóteles e Hipócrates descrevem a utilização de plantas úteis e nocivas. Dentre os romanos, Dioscóres escreveu *De Materia Medica* no ano de 77 a.C. narrando as propriedades das plantas, mais tarde nos monastérios na Europa, foram escritos extensos compêndios de informações acerca das plantas medicinais (HILL, 1995 apud SCHWAMBACH, 2007).

No Brasil, a escolha dos recursos naturais para o cuidado de saúde é o que embasa a medicina popular, influenciada por diversas culturas (dos brancos, dos negros e dos índios), que contribuíram para a formação da cultura brasileira desde o seu processo de colonização (RODRIGUES, 2001). Entre os relatos deste saber

popular, destacam-se os estudos dos seguintes autores: Alexandre R. Ferreira, tendo explorado a Amazônia e o Pantanal; Frei Mariano Vellozo, que descreveu a flora do Rio de Janeiro; os registros botânicos de Auguste de Saint-Hilaire, nos quais constam da obra *Plantas Usuais dos Brasileiros* (1824) e *Histoire des plantes les plus remarquables du Brésil et Paraguay*, Karl F.P. Von Martius, pela obra *Sistema de Materia Medica Vegetal Brasileira* (1824) e os naturalistas E. Pohl, austríaco, o alemão G. Langsdorff e o inglês R. Burton, por descreveram detalhadamente o uso de plantas (BRANDAO, 2010).

No que se refere à medicina popular na Amazônia, Santos (2000) descreve que ao longo do tempo a mesma tem sofrido influências do contato com outras culturas locais (intertribais e interétnicas), decorrente da colonização e mais tarde da "sociedade nacional". Quanto a esta última, registre-se a configuração social, em consequência do fluxo migratório para a região, a citar os nordestinos no período áureo da borracha, a construção da rodovia Perimetral Norte na década de 1970 e da BR 174 em Roraima. Ressalte-se que, referentemente ao fluxo migratório para o estado de Roraima, iniciou-se na década de 1950, com a criação do Território do Rio Branco (atual Estado de Roraima), sendo intensificado na década de 1970 por meio de políticas governamentais, como o Programa de Integração Nacional (PIN) e o I Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), que estabeleceu como objetivo nacional a integração física, social e econômica da Amazônia com o Nordeste (VALE, LIMA e BONFIM, 2004).

Descrevendo o estado de Roraima, pertencente à Amazônia, este possui uma população de 496.936 habitantes e localiza-se na parte noroeste da região norte do Brasil, ocupando uma área de 224.300,506 km², limitando-se ao norte com a Venezuela e a Guiana Inglesa, ao sul com o estado do Amazonas, a leste com a Guiana Inglesa e o estado do Pará, e a oeste com a Venezuela e o estado do Amazonas (ANEXO A). No que concerne aos indígenas, Roraima é a unidade federativa brasileira com a maior proporção dessa população, pois cerca de 49.637 habitantes, equivalente a 11,02% da população total e também porque o Estado possui, ainda, aproximadamente, 46% de sua extensão geográfica demarcada em Terras Indígenas. No que refere à capital Boa Vista, a população total está fixada em 284.313 habitantes, sendo a população urbana de 277.799 habitantes e a rural de 6.514 habitantes (IBGE, 2012; 2014).

Perez (2010) relata que nas comunidades indígenas de Roraima, principalmente as do lavrado, vem ocorrendo intenso processo de interferência em suas tradições, no que se refere ao modo de uso dos recursos naturais de suas terras. Tal interferência decorre do contato com a cultura dos habitantes das áreas urbanas. Cabe mencionar, a título exemplificativo, mudanças decorrentes da introdução de técnicas agrícolas, de máquinas e insumos, geralmente proporcionadas por projetos governamentais e não-governamentais. Estudos do autor sobre o uso de plantas na comunidade do Araçá, em Roraima, identificam a utilização dos recursos vegetais com mais frequência para a alimentação humana e para fins medicinais. Em relação à cultura nordestina, Amorim (1999) apud Tôrres (2005), afirma que é comum o uso de plantas medicinais na preparação de remédios caseiros para tratar várias enfermidades.

Diante destas peculiaridades do estado de Roraima é compreensível o compartilhamento cultural pelo constante contato com as populações vizinhas, sendo este conhecimento tradicional resultante das vivências e descobertas destes povos, a partir de suas crenças, valores, em fim, cultura. Na lição de Posey (1992) apud Silva (2002), o conhecimento tradicional firma-se no “acervo cultural da sociedade”, que abrange o conhecimento especializado sobre solos, agricultura, remédios e rituais, isto é, a profundidade da íntima relação homem/planta que o torna ligado ao universo, por conhecimento do meio em que vive e que é passado de geração a geração.

Neste rumo, a concepção de doença para estas populações tradicionais vai além dos aspectos fisiológicos e patológicos, pois é resultante da relação do homem com o meio externo ao organismo, tendo como alicerce os contextos de cultura, crenças, valores, aspectos sociais e econômicos. Para Rodrigues (2001) e Santos (2000), a compreensão do entendimento dos conceitos de saúde e doença para essas populações tradicionais é determinante para a definição do processo de cura, o qual pode ser realizado pela medicina tradicional/acadêmica ou, naqueles casos em que se têm entidades envolvidas, com a prática de algum tipo de ritual/procedimentos místicos para restabelecer a forma saudável.

Neste aspecto, Costa e Mitja (2010), por meio do levantamento sobre plantas utilizadas por famílias de Manacapuru, no Amazonas, detectaram que mais da metade das plantas têm finalidade terapêutica, correspondendo a 58,38%, demonstrando que há um uso considerável dessa forma de atenção à saúde. Na

mesma linha de trabalho, Santos, Lima e Ferreira (2008) relataram o uso de 63 espécies de plantas medicinais, em 38 famílias no município de Ariquemes em Rondônia.

Rezende e Cocco (2002) e Badke et al. (2012) argumentam que, por um tempo prolongado, a população brasileira vem utilizando meios de curas alternativas, desvinculadas do conhecimento científico. Esses hábitos são motivados pela dificuldade no acesso à saúde, pela opção pessoal deste tipo de consumo ou devido à tendência no uso de produtos naturais e também em função das abordagens integrais do ser humano oferecidas por essas terapias alternativas. Porém, Ferreira (2012) afirma que o uso destas terapias complementares deve ser articulado com o sistema oficial de saúde, em uma construção conjunta entre usuários e profissionais, através do compartilhamento de cuidados para o alcance da integralidade da atenção à saúde e da qualidade da assistência prestada.

Dessa maneira, esta abordagem passou a ser possível juntamente com a construção do conceito de saúde, traçado a partir da Conferência de Alma-Ata (1978). A partir desse evento, saúde tornou-se um direito e a participação social, isto é, a autonomia popular dos usuários nos serviços de saúde, passou a ser um ato de cidadania relacionada com a promoção da saúde. De acordo com a Carta de Ottawa (1986), criada na I Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, estabeleceu-se o conceito de saúde para além dos limites biológicos focados na doença, como "um recurso para a vida, e não como objetivo de viver" realçando os recursos sociais, pessoais e as capacidades físicas para promoção da saúde (HAESER; BUCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

Outra concepção de autonomia é trazida por Menéndez (2009), definida pelo mesmo como autoatenção relacionada à área da saúde, que compreendem as técnicas individuais que o indivíduo utiliza nos processos reais ou imaginários que afetam a saúde, não entrelaçadas em organizações sociais ou grupo social e sobretudo, sem as interferência das ações de saúde baseadas no autoritarismo, que limitam as liberdades individuais da participação do indivíduo/comunidade no cuidado à saúde.

No Brasil, a saúde como uma conquista de cidadania ocorreu com a constituição de 1988, no qual o Estado estabelece um pacto de reconhecimento de direitos e deveres e de participação social, sendo institucionalizado por meio da Lei 8080/90. No entanto, no que se relaciona a cidadania em exercer na prática

cotidiana o uso de terapias populares, esta forma de participação social nos cuidados de saúde, somente foi estabelecida com a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 687 de 30 de março de 2006, que reconhece a participação e a autonomia do usuário de saúde como uma ação prioritária para a redução das desigualdades sociais, uma vez que a promoção da qualidade de vida pode reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2006c) e; por meio da Política de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), Portaria do Ministério da Saúde nº 971/2006/MS (BRASIL, 2006d), que valida e aumenta as opções terapêuticas na rede de atenção do SUS como uma prática segura, validando as opções de cuidado e tratamentos de saúde que já vinham sendo utilizadas popularmente pela população brasileira sem uma regulamentação específica.

Especificamente para o consumo de vegetais com fins terapêuticos ainda no período de 2006 foi instituída a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), por meio do Decreto nº 5.813, tendo em vista as estratégias de promoção da saúde, a ampliação das terapias complementares e integrativas (TCI), a participação e autonomia dos usuários de saúde. Esta política em 2007 passou a ser implementada em todo território nacional por meio do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) que no ano de 2010 disponibilizou uma Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS) que em grande maioria, das espécies vegetais listadas, ainda encontram-se em fase de estudos para validação de uso na rede do SUS. Como forma de esclarecimento, a planta medicinal é uma espécie vegetal cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos; a fitoterapia é definida como uma terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas ou isoladas; e fitoterápico é o medicamento obtido exclusivamente matérias-primas ativas vegetais (BRASIL, 2006a).

Conforme o Ministério da Saúde (2012) o "povo sabe sobre cuidados de saúde", contudo ao considerar a história da medicina popular no Brasil, a diversidade sociocultural, percebe-se o longo processo de reconhecimento do Ministério da Saúde em validar o uso destas TCI de forma que o SUS garantiu os direitos universais à saúde, porém, não os tornou efetivo de forma igualitária e

equânime, de maneira a contemplar o uso de plantas medicinais com vistas a reduzir a desigualdade socioeconômica, sobretudo as tradicionais, e sem contar com a falta de formação dos profissionais da rede de atenção à saúde, tendo em vista que o processo de implantação do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos ainda é recente, estando em fase de estudos em grande parte das plantas medicinais, dificultando, de certo, a implementação deste programa na rede da atenção básica de saúde.

1.5 PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS TRADICIONALMENTE PARA O ENFRENTAMENTO DA HAS

França et al. (2008) relatam que o uso de plantas medicinais vem sendo um interesse do governo e dos profissionais de saúde, de forma que induziu o Brasil a criar meios para regulamentar o uso destas terapias, associando o avanço tecnológico ao conhecimento popular. No entanto, no que se refere à autonomia dos indivíduos na utilização de plantas medicinais, como forma de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), esta é considerada, no âmbito da saúde brasileira, um dos maiores desafios na saúde pública, visto que o SUS ainda está em processo de implementação da PNPIC, da PNPMF e do Plano de Ações para o Enfrentamento de DCNT. À vista disso, é cediço que devam existir políticas de saúde que contemplem as dimensões biológicas, culturais, sociais, crenças, dentre outras peculiaridades holísticas dos indivíduos portadores de morbidades, não obstante não constem elas implementadas integralmente no território nacional.

O uso de plantas medicinais foi observado entre idosos cadastrados na ESF, de Santo Antônio, município de Pedras de Fogo – PB. Dentre 50 plantas medicinais encontradas, por ocasião daquele estudo, ressalta-se as seguintes: capim-santo, hortelã-da-folha-miúda, erva-cidreira, hortelã-da-folha-grossa, louro, babosa, colônia, sabugueiro, chachambá e erva-doce (SILVA, OLIVEIRA e ARAÚJO, 2007). No município de Marmeleiro – PR, dentre os idosos investigados, 94% deles faziam o uso de plantas medicinais, sendo as mais consumidas a erva-cidreira (48,6%), a malva (34,3%), o quebra-pedra (34,1%), a sálvia (25,7%), a camomila (22,9%), o guaco (20%), a carqueja e a macela (14,3%), a pata-de-vaca e o alecrim (8,6%) e a babosa (2,9%) (BALBINOT, VELASQUEZ E DÜSMAN, 2013).

Levantamentos realizados na Amazônia, sobre recursos vegetais para o controle/tratamento da HAS, destacam as seguintes plantas medicinais e indicações de uso: erva cidreira (*Lippia alba da família verbenaceae*), calmante (SIVIERO et al., 2012), controle da HAS, doenças digestivas e para gripe. Sendo, ainda, a folha a parte consumida para decocto (OLIVEIRA e ARAÚJO,2007; SANTOS e LIMA, 2009); capim-cidreira (*Cymbopogon citratus* (DC) Stapf da família Poaceae), com a finalidade de calmante, para gripe e pressão alta, com uso de folhas para a decoctação, infusão ou chá (OLIVEIRA e ARAÚJO,2007; SANTOS, LIMA e FERREIRA, 2008; SANTOS e LIMA, 2009); alho (*Allium sativum L. da família Liliaceae*), recomendada para gripe, febre e pressão alta, com o preparo de decocto ou infusão a partir do bulbo da planta ou da maceração do bulbo, somente nos casos de pressão alta; maracujazeiro (*Passiflora edulis* Sims da família Passifloraceae), sugerida para pressão alta, tendo a parte utilizada, as folhas, para o preparo de decocto (SANTOS e LIMA, 2009).

Estudos destacam ainda a alfazema (*Rosmarinus officinalis L. da família Lamiaceae*), indicada para pressão alta, calmante, cicatrizante, asseio íntimo feminino, sendo a folha a parte empregada em forma de chá, fervimento, tintura; canela (*Cinnamomum zeylanicum L. da família da Lauraceae*), com o intuito de amenizar a dor de cólica e a pressão alta, consumida em forma de chá ou maceração de suas folhas; carqueja (*Bacharis trimera* (Less) D.C. da família Compositaceae), destinada a problemas de pressão alta, fígado, diabetes, estômago, dor de cabeça, com preparo de chá a partir de suas de folhas; manga (*Mangifera indica L. da família Anarcadiaceae*), aconselhada para bronquite, gripe e pressão, usualmente preparada em chá de folhas (SANTOS, LIMA e FERREIRA, 2008).

Luz (2001), em levantamento e identificação de plantas medicinais de uso popular utilizadas em Boa Vista – RR, por meio de informações obtidas com raizeiros, produtores de hortaliças e participantes em curso de plantas medicinais realizado pela prefeitura municipal, identificou a planta crista de galo (*Heliotropium Idicum L. da família Borraginaceae*), indicada para hipertensão, sendo sua flor a parte a ser empregada no modo de preparo, infusão.

Nos aspectos relacionados à aquisição da planta medicinal entre as populações tradicionais, destacam-se os chamados “quintais urbanos”, considerados sistemas agrofloretais, os quais conservam alta diversidade genética de espécies

de plantas medicinais. Esta forma de plantio é realizada, em grande parte, por mulheres acima de 50 anos e com baixa escolaridade no Rio Branco – AC (SIVIERO et al., 2012). Igualmente, aduzem os estudos de Silva, Oliveira e Araújo (2008), que foram encontradas plantas medicinais nos quintais das residências (53%) e, em menor expressividade, com vizinhos (30%) e parentes (10%), porém apenas algumas em feiras. Afirmam os autores que esta forma de aquisição das plantas medicinais permite a sociabilização dos cidadãos, porquanto todos tenham papel importante no bem-estar comum, tanto com as matérias-primas quanto com as trocas de informação relacionada àqueles recursos vegetais.

Basicamente, em relação às características e possíveis efeitos farmacológicos das plantas medicinais para o tratamento da HAS, a literatura destaca entre as principais plantas a *Lippia Alba* (erva cidreira, cidreira), *Cymbopogon citratus* D.C. (capim-cidreira, capim-limão), *Allium sativum* L. (alho) e *Morus nigra* L. (amora).

Assim, a *Lippia Alba*, da família verbenaceae, tem propriedades antimicrobianas, para *Staphylococcus aureu*, antiespasmódica, antipirética, antiinflamatória, enemagoga, diaforética, analgésica e sedativa (HENNEBELLE et al. 2008 apud TAVARES, 2009; AGUIAR, 2008). Efeito antiviral, diurética e anti-reumática (SOUSA, 2006). Investigações *in vivo* de Maynard (2011) demonstraram ação bradicárdica e hipotensora em ratos. Nicoletti (2007) saliente que esta planta interage com medicamentos depressores do sistema nervoso central e com hormônios tiroideanos. Quanto ao uso, recomenda a utilização de partes secas da planta, em um quantitativo de 1 a 3 g, para 150 ml de água. Modo de preparo, infusão. Doses acima do recomendado podem ocasionar irritação gástrica, bradicardia e hipotensão (BRASIL, 2011).

Cymbopogon citratus D.C., da família Poaceae, é comum de regiões tropicais do Brasil. Possui atividade farmacológica para vários distúrbios, tais como insônia, nervosismo, má-digestão, flatulência, além de antiespasmódico de tecidos uterinos e intestinais, diaforético, antitérmico, diurético, antialérgico e analgésico (SANTOS et al., 2009); ação anti-hipertensiva, diurética (SINGI, et al., 2005). Antimicrobiana, antifúngica (GUERRA et al., 2000 apud SANTOS et al., 2009). Sedativa, depressora do sistema nervoso central, analgésica e espasmolítica (VIANA et al., 2000). Quanto a sua utilização, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) recomenda o uso de partes secas da planta, em um quantitativo de 1 a 3 g, para 150 ml de água. Modo de preparo, infusão e consumo em 5 minutos após o fazimento, duas a três

vezes ao dia, devendo atentar para a interação deste recurso vegetal, pois esta planta pode potencializar o efeito de medicamentos sedativos (BRASIL, 2011).

Outro recurso vegetal para tratamento da HAS é o *Allium sativum* L., da família Liliaceae. Dentre suas propriedades farmacológicas, destacam-se ação antibacteriana, antioxidante, estimulante da secreção de insulina e ação hipoglicêmica, além de prevenção da arteriosclerose (KLASSA et al., 2013). Especificamente para o tratamento da HAS, tem efeito natriurético, diurético, antiagregante plaquetário, fibrinolítico, bem como cardioprotetor na reperfusão e na isquemia cardíaca (SING et al., 2005). Ademais, estudos de Sing et al. (2005) confirmaram que a associação de *Allium sativum* com *Cymbopogon citratus* in vivo apresenta efeito hipotensor.

Devido às propriedades farmacológicas do *Allium sativum* L., este recurso vegetal é recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), de maneira que ratifica o uso popular. Quanto a esta planta, a ANVISA recomenda a utilização de partes secas dos bulbos, aproximadamente 20 g, para 100 ml de álcool a 45%. Para uso interno, orienta-se tomar 50 a 100 gotas (2,5 a 5 ml) da tintura diluída em 75 ml de água, duas a três vezes ao dia. Este recurso não tem indicação para casos de hemorragia, tratamento com anticoagulantes, anti-hipertensivos e warfarina; o uso da planta deve ser suspenso duas semanas antes de intervenções cirúrgicas; é indicada para tratamento coadjuvante de hiperlipidemia, HAS leve, dos sintomas de gripes, resfriados e na prevenção da aterosclerose (BRASIL, 2011).

Morus nigra L., espécie pertencente ao gênero *Morus*, família Moraceae, utilizada para o tratamento da HAS (MACIEL e ARAÚJO, 2003). Reumatismo, problemas oculares, espasmos infantis, doenças hepáticas, renais, febre, dor de cabeça, beribéri, vômitos, dor estomacal causada pelo agente da cólera, paralisia de braços e pernas (PADILHA et al., 2010). Comprovadamente, o chá desta planta possui baixa toxicidade, tem efeito antioxidante (OLIVEIRA, et al., 2013). Antiinflamatória, que consistem na redução de edema, hiperemia e inibição significativa da indução da formação de granulação tissular (PADILHA et al., 2010). Em relação às ações farmacológicas no sistema circulatório, Malik et al. (2012) comprovaram atividade cronotrópica negativa em coração de ratos, demonstrando que o aumento da concentração da solução, a partir da planta, desencadeia a bradicardia.

Tendo em vista o uso de plantas medicinais para o controle da HAS como uma prática presente no contexto de vida das populações, é necessário que os serviços de saúde desenvolvam meios de perceber o indivíduo como sujeito ativo em sua atenção à saúde. A partir de tal compreensão, o atendimento profissional passa a perceber a autonomia individual e coletiva como agregadora no tratamento da doença. Destarte, esta perspectiva remete a um compartilhamento do saber entre usuários de saúde portadores de doenças crônicas e os profissionais de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

- Realizar uma caracterização sócio-demográfica e cultural de idosos hipertensos da cidade de Boa Vista – RR e proceder um levantamento da utilização de plantas medicinais, como recurso de autoatenção para o controle de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar o perfil sociodemográfico e cultural dos idosos portadores de HAS;
- Avaliar o atendimento ao idoso hipertenso na rede de atenção básica do município de Boa Vista – RR;
- Averiguar quais as plantas medicinais e as formas de utilização pelos idosos no controle e tratamento da HAS;
- Analisar os aspectos que contribuem e dificultam a utilização de plantas no controle da HAS pelos idosos.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 ASPECTO GERAL DA PESQUISA

Foi realizado um levantamento descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa, no período de 09 de abril a 15 de julho de 2014, na rede de Atenção Básica do Município de Boa Vista – RR, por meio de questionário semiestruturado, aplicado em forma de entrevista junto a idosos portadores de HAS. O procedimento teve como finalidade a obtenção de dados pertinentes ao perfil sócio-demográfico e cultural, aos aspectos relacionados à assistência de saúde prestada a essas pessoas no município. Procedeu-se, também, a um levantamento etnobotânico e etnofarmacológico, relacionado ao uso tradicional de plantas medicinais pela população idosa para o controle/tratamento da HAS.

3.2 LOCAL E UNIDADES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na cidade Boa Vista – RR, na Rede Municipal de Atenção Básica à Saúde, mais especificamente, junto às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Segundo o cadastro do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, o município de Boa Vista possui 54 equipes de ESF, distribuídas em 32 Unidades Básicas de Saúde – UBS (BRASIL/DAB, 2014). Atualmente, esta Rede Municipal de Atenção Básica à Saúde possui seis macroáreas (ANEXO B), as quais correspondem a subdivisões geográficas do município para a realização das ações de saúde.

A pesquisa ocorreu nos Centros de Saúde 31 de Março, Caranã e Equatorial, pertencentes à Rede Municipal de Atenção Básica do município de Boa Vista: o Centro de Saúde 31 de Março, localizado na Macroárea 2, possui 2 Equipes de ESF, totalizando a composição de ambas: 03 médicos, 02 enfermeiros, 05 auxiliar/técnico de enfermagem, 02 odontólogos, 01 auxiliar de consultório dentário, 01 farmacêutico e 12 Agentes Comunitário de Saúde (ACS); o Centro de Saúde Caranã, localizado

na Macroárea 1, possui 2 Equipes de ESF, ambas totalizando: 02 médicos, 02 enfermeiros, 05 auxiliar/técnico de enfermagem, 04 odontólogos, 02 auxiliar de consultório dentário, 01 farmacêutico e 11 ACS; Por fim, o Centro de Saúde Equatorial, localizado na Macroárea 5, possui 1 Equipes de ESF, constituída de: 02 médicos, 01 enfermeiro, 03 auxiliar/técnico de enfermagem, 01 farmacêutico e 5 ACS (Entrevista concedida pela senhora Érika Madelaine S. N. Carvalho, Superintendente da Atenção Básica de BOA VISTA – RR).

3.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E COLETA DA AMOSTRA

A amostra foi constituída de indivíduos idosos, com idade igual ou superior a sessenta anos, seguindo o estipulado pelo estatuto do idoso (Lei nº 8.842/94). Os indivíduos deveriam ter diagnóstico médico de HAS, registrado no prontuário ou em ficha de acompanhamento dos usuários idosos dos ACS, depositada na ESF há no mínimo um ano, assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Também não deveriam apresentar demências, de acordo com o código internacional de doenças (CID-10).

Segundo o IBGE, o Município de Boa Vista – RR possuía, em 2010, 14.889 indivíduos idosos. Considerando as dificuldades de acesso à informação, a amostra foi levantada a partir de prontuários e fichas de acompanhamento dos usuários dos ACS 317 idosos. Pelos critérios da pesquisa, foram excluídos os indivíduos com diagnóstico de HAS associada a outras doenças crônicas, e, ainda os que não foram encontrados em seus endereços (188). Por estimativa, o público alvo da pesquisa, na cidade de Boa Vista – RR apresentou um potencial de aproximadamente 5.000 indivíduos. As entrevistas realizadas totalizaram 129 idosos, realizadas em três áreas de abrangência de saúde: Centro de Saúde 31 de Março, 63; Centro de Saúde Caranã, 29 e; Centro de Saúde Equatorial, 37. A seleção destes centros de saúde ocorreu de acordo com a distribuição de renda média do município de Boa Vista (ANEXO C) (IBGE, 2010).

3.4 COLETA DE DADOS

Fora realizada visita domiciliar para proceder às entrevistas, mediante a aplicação de questionário contendo questões abertas e de múltipla escolha. Ademais, em alguns domicílios, houve retorno para a coleta de material botânico de planta utilizada no controle da HAS. O material coletado fora herborizado e depositado exsicata no Herbário UFRR, devidamente identificado (APÊNDICE B).

O questionário (APÊNDICE C) procura levantar variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, naturalidade, relações sociais e econômicas); aspectos sócio-culturais e estilo de vida (envolvimento na comunidade, atividade física, etilismo, tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares dentre outros); atendimento de saúde (consultas, abordagem profissional, aquisição e uso de medicamentos) e, ainda; questões sobre a utilização de plantas medicinais para o controle e/ou prevenção de HAS (formas de aquisição, parte da planta utilizada, modo de preparo, consumo); assim também, a percepção dos usuários quanto ao uso deste recurso de saúde.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu aos critérios da resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e está registrada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRR, sob o número 610.997 (ANEXO D). Fora respeitada a livre decisão dos indivíduos, quanto à aderência ao projeto de pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), bem como da decisão de abandono, seja por quaisquer motivos, ao longo da investigação.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados contendo variáveis sóciodemográficas, aspectos sócio culturais, estilo de vida, condições de saúde, atendimento de saúde e uso de plantas medicinais foram tabulados e calculadas as frequências relativas, utilizando o software Microsoft Excel 2007, o que possibilitou a análise dos dados por estatística descritiva.

A partir das tabelas, os dados foram reorganizados em forma de gráficos para uma melhor observação das repostas dos entrevistados, e para relacionar os resultados desta pesquisa com outras investigações científicas.

As informações relativas ao uso de plantas medicinais foram dispostas em tabelas, nas quais consta listado o nome empírico e científico dos recursos vegetais, as partes utilizadas, a forma de preparo, bem como os estudos científicos sobre o material, no intuito de respaldar seu uso, bem como discutir o uso popular e o efeito farmacológico encontrado na literatura.

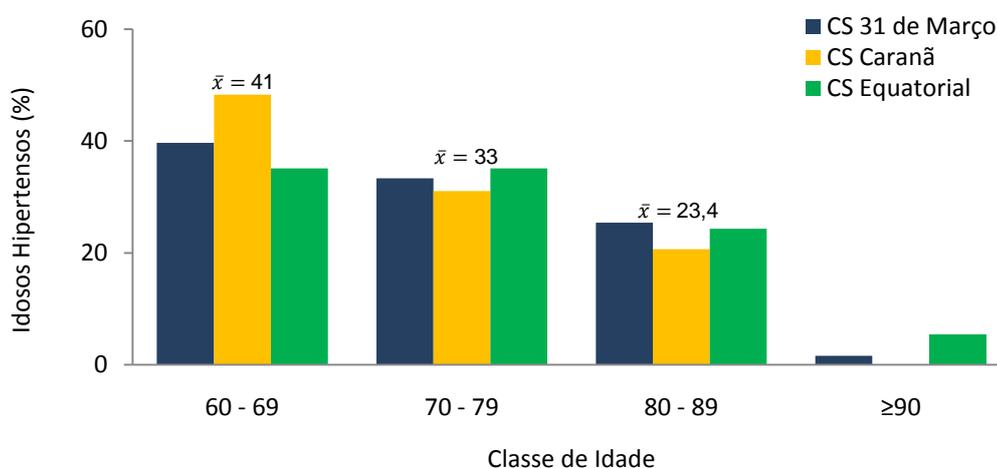
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS

O universo amostral foi composto de usuários idosos portadores de HAS, usuários da Rede de Atenção Básica do Município de Boa Vista – RR, mais exatamente dos Centros de Saúde 31 de Março, Caranã e Equatorial totalizando 129 participantes.

Conforme a Figura 1, a faixa etária mais frequente foi de 60 a 69 anos (41%), seguido da faixa de 70 a 79 anos (31,1%).

Figura 1 – Distribuição de idade dos idosos hipertensos portadores de HAS



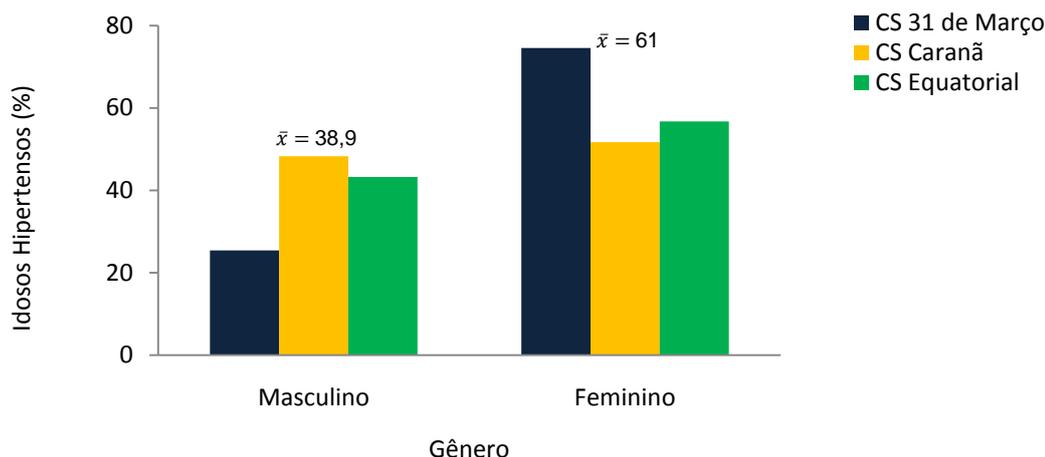
Fonte: Elaborado pela autora

O perfil de envelhecimento dos participantes deste estudo coincide com os dados atuais da transição demográfica da população idosa, pois atualmente no Brasil observa-se, em meio a esta população, maior expressividade (3,4%) na faixa etária de 60 a 64 anos (IBGE, 2011). Igualmente, Bonfim et al. (2000) identificaram, no município de Boa Vista – RR, maior representatividade entre a idade de 60 a 65 (34%) e uma expectativa de vida significativa na faixa etária de 80 anos em diante (18%). De fato, a população idosa do município de Boa Vista tem aumentado

gradativamente, uma vez que a taxa de envelhecimento evoluiu de 2,53% para 3,29%, no período de 2000 a 2010 (BRASIL, 2013b).

Quanto ao gênero, Figura 2, prepondera o sexo feminino (61%), em relação ao gênero masculino (38,9%).

Figura 2 – Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com o gênero

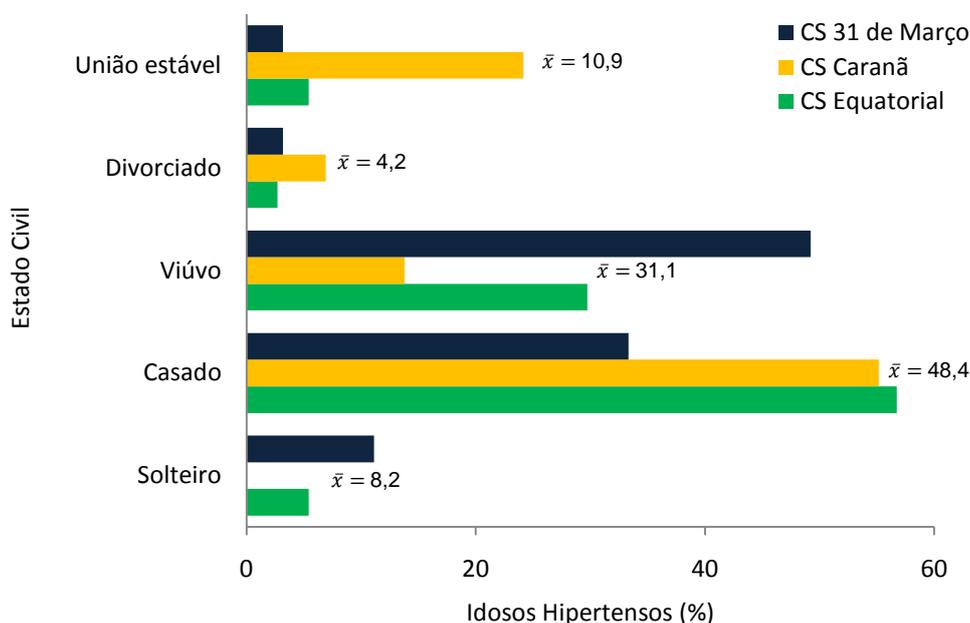


Fonte: Elaborado pela autora

A predominância do gênero feminino, constatada entre os idosos investigados, é um reflexo da realidade do perfil de envelhecimento brasileiro, no qual as mulheres acima de 60 anos representam 55,5% da população total de idosos, com uma expectativa de vida de 8 anos a mais que os homens (IBGE, 2012). Considerando o quantitativo de mulheres idosas usuárias dos centros de saúde da rede de atenção básica do município de Boa Vista, pode-se afirmar que são estas mulheres as que mais utilizam os serviços de saúde. Neste sentido, Silva (2005) afirma serem as mulheres em idade avançada, as mais expostas à pobreza e à solidão, as que possuem um maior risco de morbidade, as maiores taxas de institucionalização e consultam mais médicos (IPEA, 2004).

Em relação ao estado civil, arranjados na Figura 3, sobressaíram os que se declararam casados (48,4%), em seguida os relatos de viuvez (31,1%).

Figura 3 – Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com estado civil



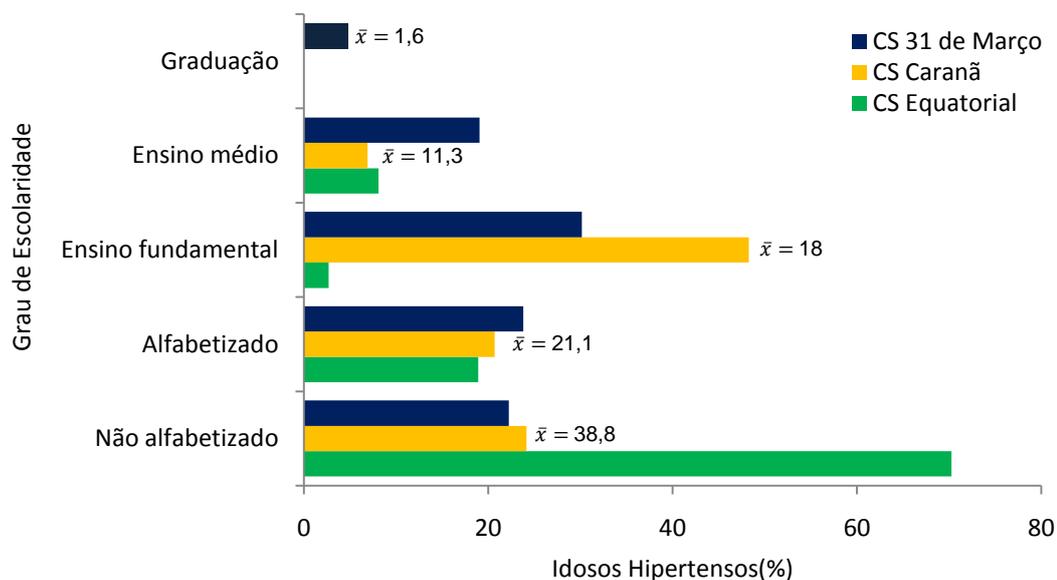
Fonte: Elaborado pela autora

Este panorama no estado civil, entre os idosos investigados neste estudo, também foi contemplado por Bonfim et al. (2000), ao identificar a predominância do estado civil casado entre os idosos de Boa Vista – RR (48%), seguido da viuvez (36%) e dos solteiros (8%).

Vale ressaltar que o estado conjugal, de pouco mais da metade dos idosos brasileiros, para o período de 2000, era do tipo casado tanto para o sexo masculino (77,3%), quanto para o sexo feminino (40,8%). A proporção de viuvez fora menor entre os homens (12,4%) e predominante entre as mulheres (40,8%). Esta desproporção deve-se a dois fatores: a maior longevidade da mulher e o recasamento, mais frequentemente observado entre os homens idosos (IPEA, 2004). Em relação às mulheres, essas têm menos oportunidades de contar com um companheiro em seus últimos anos de vida. Têm maior probabilidade de ficarem viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa, em decorrência de não terem um trabalho remunerado durante a sua vida adulta (IPEA, 2004).

Verificou-se a baixa escolaridade entre os idosos, Figura 4, porquanto a maioria declarou-se não alfabetizada (38,8%) e alfabetizada (21,1%). Dos que frequentaram a escola, o grau de instrução sobressalente fora o ensino fundamental (18%).

Figura 4 – Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com o grau de escolaridade



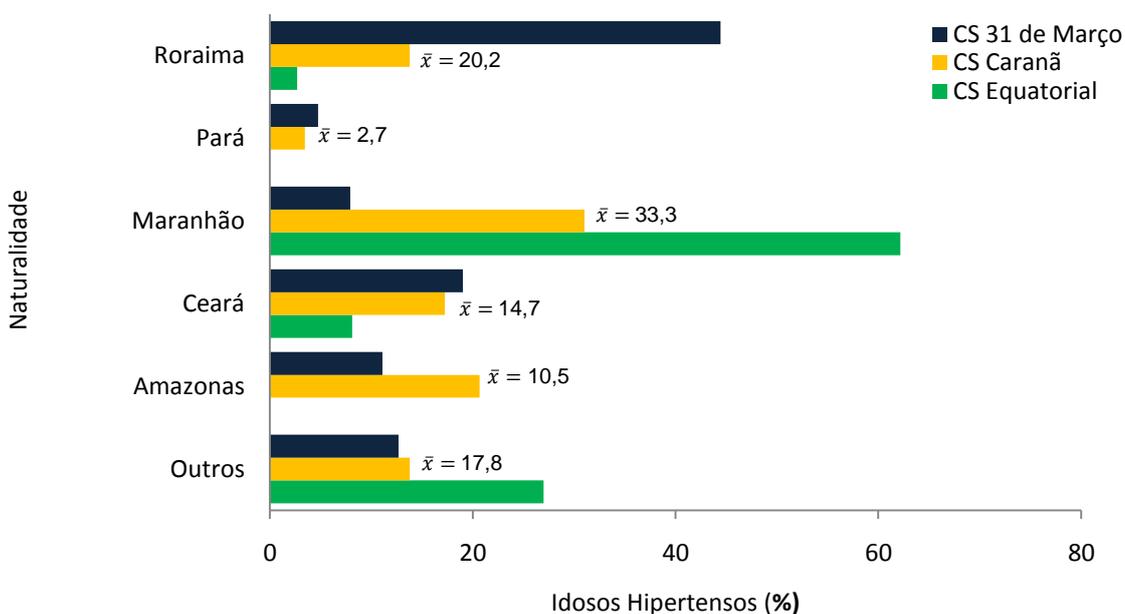
Fonte: Elaborado pela autora

A escolaridade baixa entre os participantes não é algo isolado, pois neste quesito, a população idosa no Brasil possui baixo grau de instrução. Em relação aos anos de estudo, entre os homens, aqueles acima de 60 anos (68,8%) estudaram em torno de 5 anos. Já entre as mulheres que frequentaram a escola, as idosas (63,4%), estudaram em torno de 4,8 anos (IPEA, 2004).

Parahyba, Veras e Melzer (2005) sustentam que as mulheres idosas declaram escolaridade sempre mais baixa que a dos homens. Comumente, 41,9% das mulheres idosas são analfabetas e apenas 13,8% alcançaram oito anos ou mais de escolaridade. Atualmente, a maioria dessas mulheres são viúvas, sem ou com pouca experiência de trabalho no mercado formal, com reduzido grau de escolaridade e apresentam as piores condições de saúde (SILVA, 2005). Neste sentido, são essas idosas as maiores dependentes de cuidados com repercussões importantes nas demandas por políticas públicas no município de Boa Vista – RR.

Em relação ao tempo de residência, 94,4% dos idosos habitam no município de Boa Vista – RR há mais de dez anos. De acordo com a Figura 5, a maioria nasceu nos estados do Maranhão (33,3%) e Roraima (20,2%).

Figura 5 – Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com a naturalidade

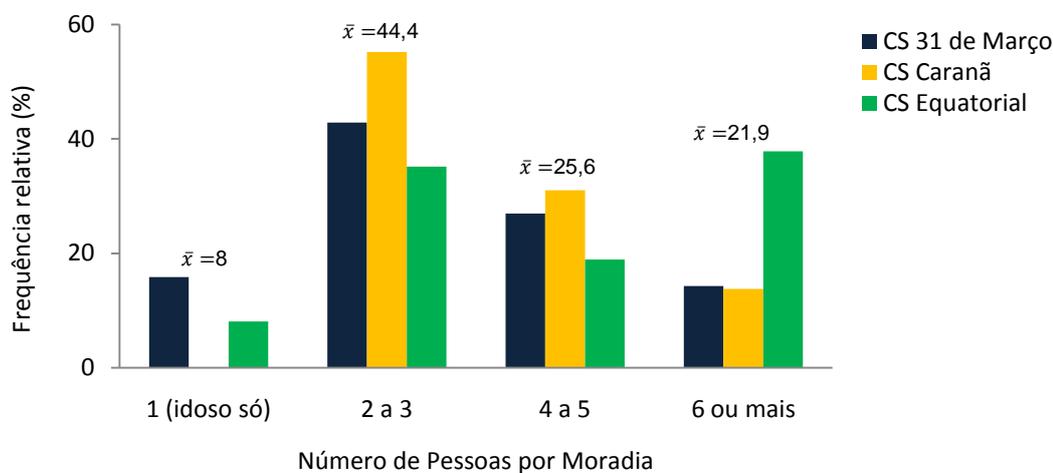


Fonte: Elaborado pela autora

A caracterização desta população é consequência da história de povoamento do estado de Roraima, baseado nas populações indígenas locais, nos fluxos migratórios originários de outros estados brasileiros e países vizinhos, como a Venezuela e a Guiana Inglesa. Atualmente, a população indígena tem em torno de 11,02% da população total de Roraima (IBGE, 2012). Outro fator expressivo para a configuração de tal quadro demográfico foi o fluxo migratório interno brasileiro, intensificado a partir da década de 1950, com a criação do Território do Rio Branco, atual estado de Roraima (VALE, LIMA E BONFIM, 2012). Também, na década de 1970, em que ocorreram tentativas de ações políticas governais voltadas ao desenvolvimento da Amazônia, as quais, todavia, reputadas ineficientes, observa-se que concorreram para a migração, com a consequente formação de núcleos urbanos, onde a sobrevivência envolveu, basicamente, a criação de gado, o corte de madeira e o garimpo (SANTOS, 2000).

Em relação ao número de pessoas por moradia, a Figura 6 evidencia que as famílias dos idosos mais numerosas possuem de 2 a 3 moradores (44,4%), seguido daquelas com 4 a 5 (25,6%).

Figura 6 – Distribuição dos idosos hipertensos de acordo com o número de pessoas por moradia

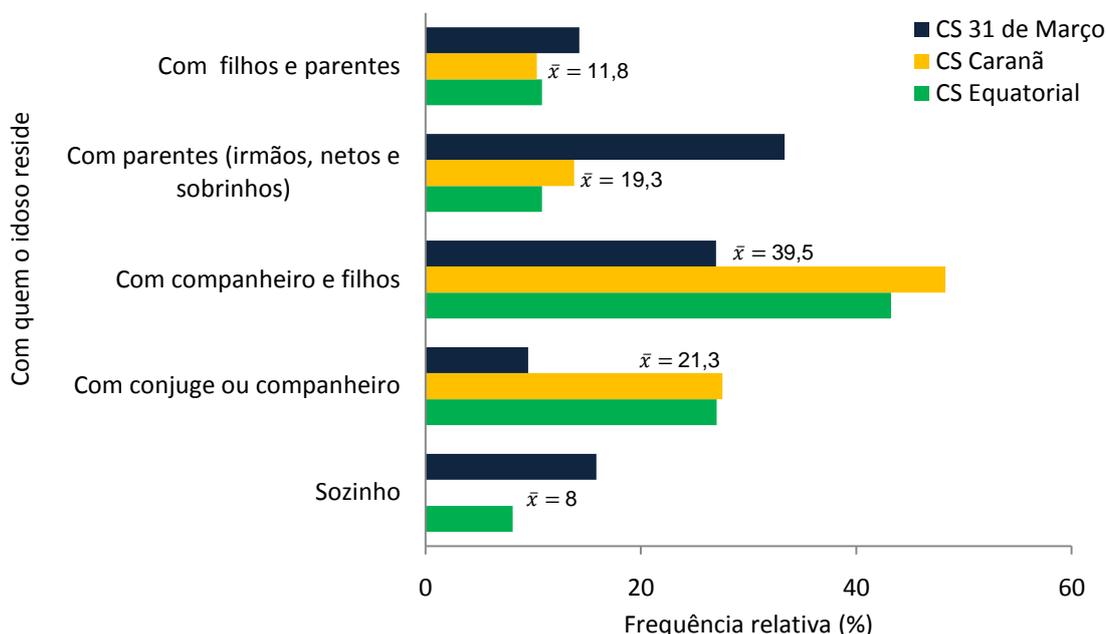


Fonte: Elaborado pela autora

No que tange a vivência dos idosos em domicílios, destaca-se que nenhum dos entrevistados morava em instituições ou asilos. Ao contrário, todos residiam em domicílios seus ou de familiares, sendo que em grande maioria, os idosos habitavam em domicílios coletivos. Neste aspecto, até o ano de 2000, 0,26% dos brasileiros viviam em domicílios coletivos e, especificamente quando se trata da pessoa idosa com mais de 67 anos, esse percentual aumentara para 1,03% (IPEA, 2004). Assim, é importante ampliar a avaliação do idoso aos demais moradores e familiares para que ocorram ações de saúde eficazes aos usuários idosos do município em estudo.

Quanto ao arranjo familiar, a Figura 7 destaca o modelo tradicional, constituído por companheiro e filhos (39,5%). Evidencia idosos que moram somente com seus companheiros (21,3%). Em menor proporção, acentua o quantitativo de idosos que moram sozinhos (8%).

Figura 7 – Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com o arranjo familiar



Fonte: Elaborado pela autora

Igualmente aos dados em que os sujeitos idosos moram mais com companheiros e filhos, Parahyba, Veras e Melzer (2005) relatam que mulheres idosas vivem com suas famílias, com crianças (48,8%) ou como casais (23,9%). Entretanto, 14,8% vivem sozinhas, proporção mais elevada que a dos homens nessa mesma situação, 8,1%.

Em relação aos idosos que moram sozinhos, Küchemann (2012) afirma não configurar esta opção, necessariamente, abandono, descaso ou solidão, simplesmente porque pode representar uma maior autonomia, isto é, a capacidade que eles têm de cuidar de si nas atividades diárias, desde que tenham condições financeiras favoráveis e tenham uma boa saúde.

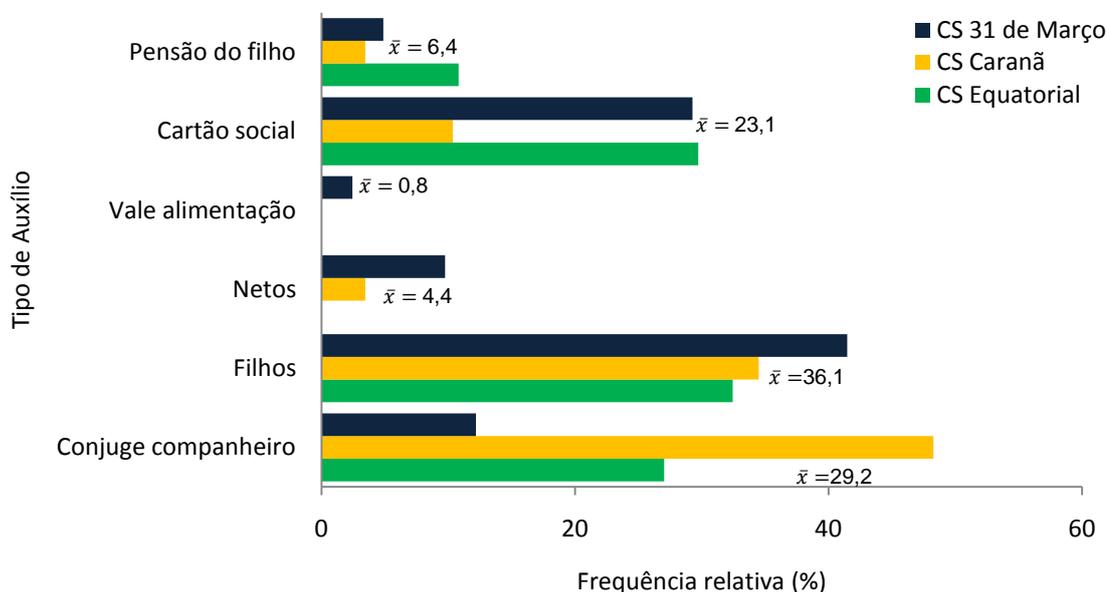
Outra importância da família, segundo ele, está relacionada ao papel das cuidadoras familiares informais, na dinâmica dos cuidados diários prestados aos/às idosos/as da sociedade brasileira, que não possuem autonomia para realizarem as mais triviais tarefas cotidianas. Por outro lado, o contexto familiar tradicional pode representar o papel de cuidador informal da pessoa idosa, isto porque o envelhecimento pode propiciar o acometimento de doenças degenerativas e crônicas, tornando o idoso dependente dos cuidados de alguém (KÜCHEMANN, 2012).

Neste aspecto, 15% (3,2 milhões) da população idosa apresenta falta de autonomia, principalmente nas atividades da vida diária, como o ato de tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas (IPEA, 2004). Conforme Borges e Coimbra (2008), a prevalência de incapacidades em idosos, com idade igual ou superior a 70 anos, varia de 25% a 50%, dependendo do sexo e do nível socioeconômico.

Deste modo, um ponto favorável à maioria dos entrevistados residentes com seus familiares, é que as pessoas idosas em algum momento da vida, principalmente àqueles longevos acima de 80 anos, requerem cada vez mais cuidados principalmente os relacionados com as atividades da vida diária.

De acordo com a Figura 8, as espécies de auxílios para a complementação da renda recorrentes foram: ajuda financeira pelos filhos (36,1%), ajuda financeira pelos companheiros (29,2%), bem como benefício governamental, cartão social (23,1%).

Figura 8 – Distribuição dos idosos de acordo com tipos de auxílio recebidos



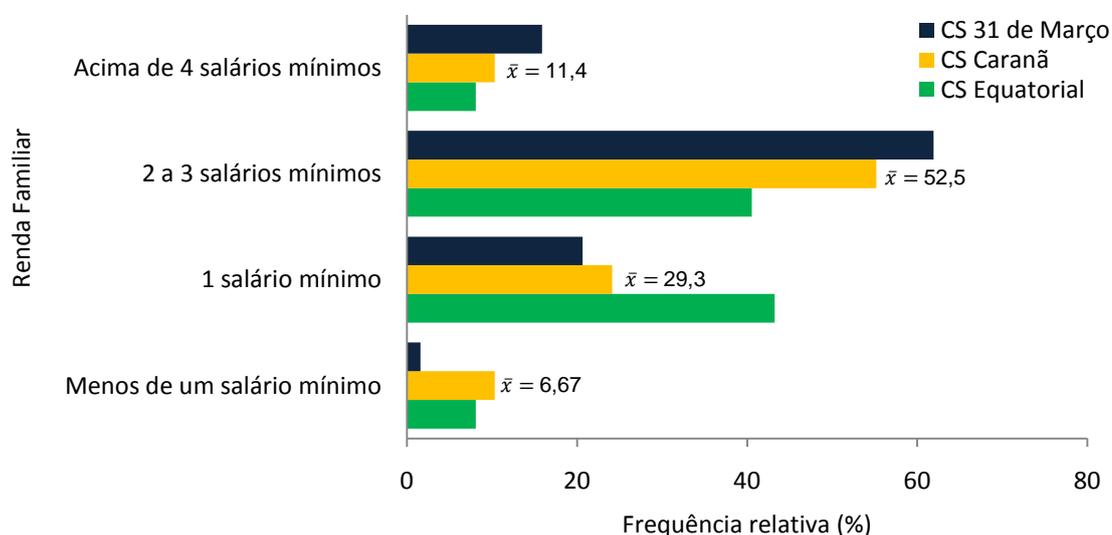
Fonte: Elaborado pela autora

Dentre os participantes da pesquisa, a renda individual é oriunda em grande parte da aposentadoria (69,4%), das ajudas financeiras de parentes e dos benefícios governamentais recebidos (67,7%). Conforme dados do Instituto de Pesquisa Aplicada (2004), os membros de famílias brasileiras vêm contribuindo na renda dos

idosos, porém esta contribuição ainda é baixa, pois a renda dos filhos, no período de 2000, decresceu de 27,9% para 22,4%. Em contrapartida, a ajuda dos companheiros ou cônjuges aumentou, mas não atingiu 11%.

No que se refere à renda média mensal familiar, a Figura 9 confirma haver predominância da faixa de 2 a 3 salários mínimos (52,5%), seguido de famílias que recebem até um salário mínimo. Ainda, com menor expressividade, chama atenção o número de famílias que vivem com menos de um salário mínimo (6,67%), sendo, nestes casos, famílias de idosos que ainda não são aposentados.

Figura 9 – Distribuição dos idosos de acordo com renda familiar dos idosos



Fonte: Elaborado pela autora

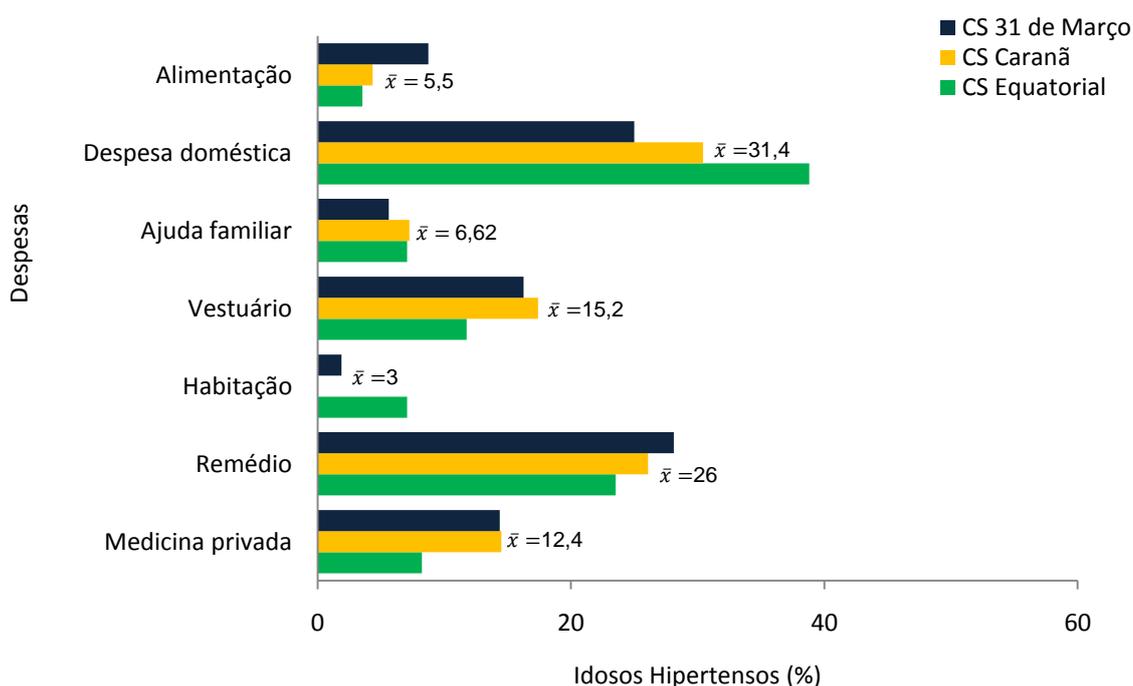
Assim como a participação ativa dos idosos estudados, no que se refere à renda familiar, é uma realidade no município de Boa Vista - RR, no Brasil, o idoso já é um grande contribuinte para o aumento da renda familiar. De acordo com IPEA (2005), a renda familiar vem aumentando entre o período de 1998 (5,6%) a 2000 (21,4%), devido a dois fatores: o aumento da população idosa (aposentados e pensionistas) e o aumento da renda média dos idosos (IPEA, 2004).

Parahyba, Veras e Melzer (2005) detectaram que a mediana renda familiar mensal, entre um grupo de idosas, é cerca de R\$166,00 *per capita*. Atualmente, o idoso nas grandes regiões do Brasil possui um rendimento mensal de até 1/5 salário mínimo (1,6%), de 1/5 a 1 salários mínimo (39,2%), de mais de 1 a 2 salários mínimos (23,5%) e mais de 2 salários mínimos (24%). No arranjo familiar, é cada

vez mais crescente o número de idosos, 36,1%, que têm filhos e outros parentes sob sua responsabilidade (IBGE, 2013).

Dentre os principais gastos relatados pelos participantes, sumarizados na Figura 10, destacam-se despesas domésticas (31,4%), altos custos com a compra de medicamentos (26%) e com atendimentos privados de saúde (12,4%).

Figura 10 – Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com as despesas



Fonte: Elaborado pela autora

Alusivamente à renda, Küchemann (2012) ressalva que a família é importante e eficiente no tocante ao bem estar dos indivíduos e à distribuição de recursos, pois ela intermedeia parte da relação entre o mercado e os indivíduos, já que distribui rendimentos e benefícios entre seus membros.

Caldas (2003) assegura que, associado ao envelhecimento, encontram-se os efeitos sociais da crise econômica enfrentada hodiernamente pelo Brasil. Nesse comenos, a situação econômica traz intenso impacto social sobre a vida dos idosos, particularmente, àqueles que apresentam alguma dependência, porquanto o alto índice de desemprego motive o sustento da família pelo idoso e, com isso, a renda familiar mantém-se abaixo da linha de pobreza. Neste aspecto, Silva (2005) aponta que a pobreza na velhice é um dentre os vários outros resultados do ciclo vicioso da

desigualdade social brasileira, além da existência de sistema de proteção social precário.

Este estudo evidenciou ser o perfil dos idosos atendidos na atenção básica do município de Boa Vista – RR, predominantemente do gênero feminino. Ademais o contorno apresenta aposentados com baixa escolaridade, que, em grande parte, contam com auxílio de outros para complementar a renda. No entanto, ao observar os tipos de composição familiar e a discriminação das despesas dos idosos e a renda familiar, infere-se que essa população tem familiares próximos e parentes sob sua responsabilidade ou contribuem amplamente com a renda familiar.

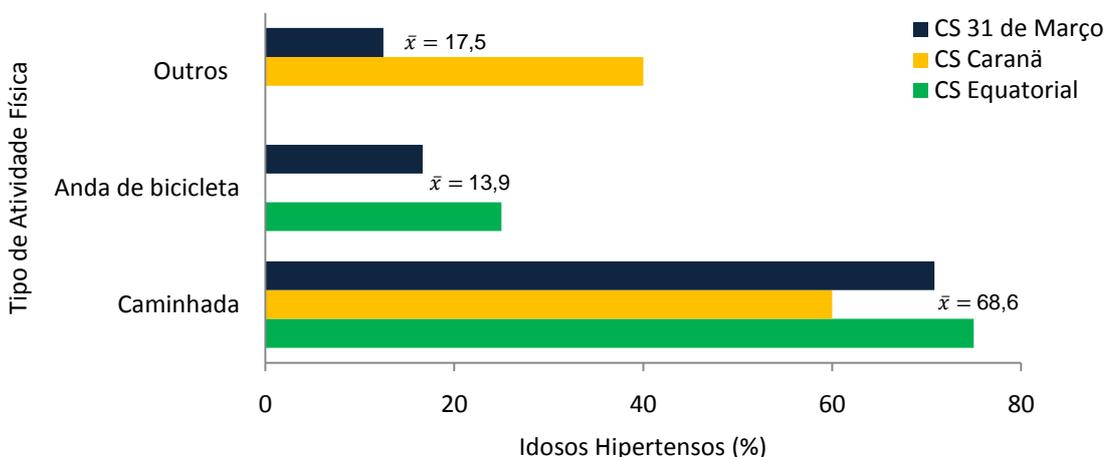
Dessa maneira, este perfil está de acordo com as condições socioeconômicas do país, e ainda com o perfil traçado por Bonfim et al. (2000), pois, segundo seus estudos, resta demonstrado que a pobreza numa sociedade desigual é também refletida no perfil de envelhecimento da sociedade, especialmente quando se considera as vulnerabilidades nos contextos sociais, econômicos e das doenças crônicas que são comuns a esta parcela da população.

4.2 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-CULTURAL E DE ESTILO DE VIDA DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Neste estudo, observou-se que pouco mais da metade dos sujeitos (50,4%) participam de atividades na comunidade. Dentre os que declararam ter vida ativa na sociedade, destacam-se os relatos de cunho religioso (74%) e de participações em grupos de idosos como o Viva Melhor Idade e Cabelo de Prata (10,8%).

Evidenciou-se, ainda, que grande parte destes indivíduos não pratica atividade física (76,3%). Dentre os não sedentários (23,7%), sobressaiu, conforme a Figura 11, a atividade física do tipo caminhada (68,6%).

Figura11 – Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com o tipo de atividade física praticada

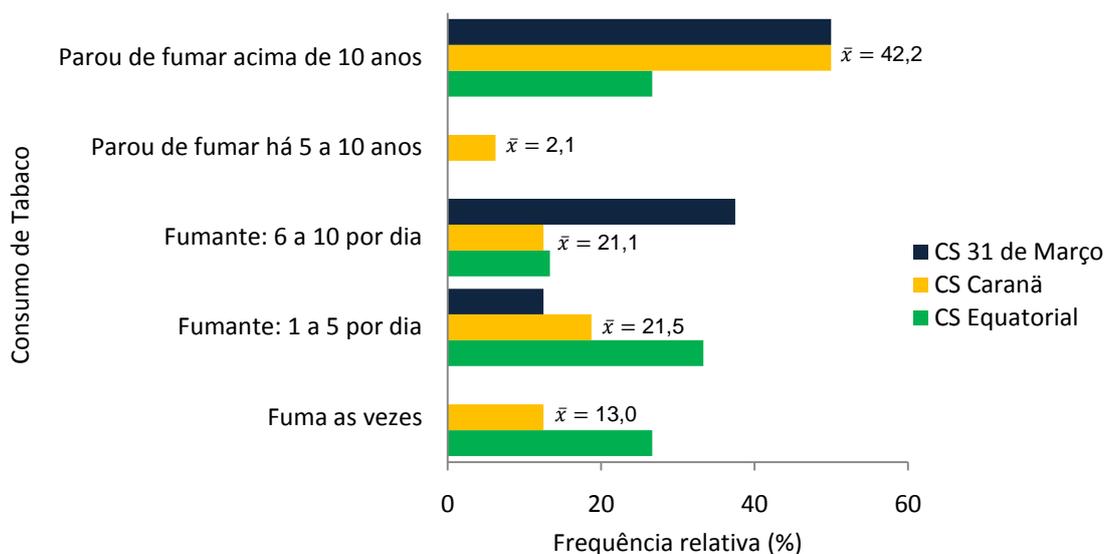


Fonte: Elaborado pela autora

O sedentarismo entre idosos, comumente encontrado entre os sujeitos desta pesquisa, foi também um achado em estudos de Caetano et al. (2008) e Ferreira et al (2010). Este é um dado importante, uma vez que, segundo Costa et al. (2006), a atividade física está relacionada com o envelhecimento saudável e com a redução da mortalidade cardiovascular, independentemente da pressão arterial e de outros fatores de risco. Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), a caminhada é o exercício mais simples e adequado, podendo ser facilmente incorporada à rotina de vida e tornar-se um hábito saudável, não exigindo o uso de equipamentos dispendiosos, além de apresentar risco mínimo de complicações.

No quesito tabagismo, sobressaíram declarações sobre a inexistência do hábito de fumar (60,3%), no entanto, é considerado um agravante para a saúde o quantitativo de idosos hipertensos que são tabagistas (39,6%). Neste rumo, dentre os idosos que relataram ser ex-fumantes por longo período e os que ainda mantêm este o consumo, a Figura 12 realça as declarações de abandono do tabaco há mais de 10 anos (42,2%) sendo que, dentre os idosos que mantêm este hábito, prevaleceu os relatos de consumo entre um e cinco cigarros por dia (21,5%).

Figura 12 – Consumo de tabaco pelos idosos



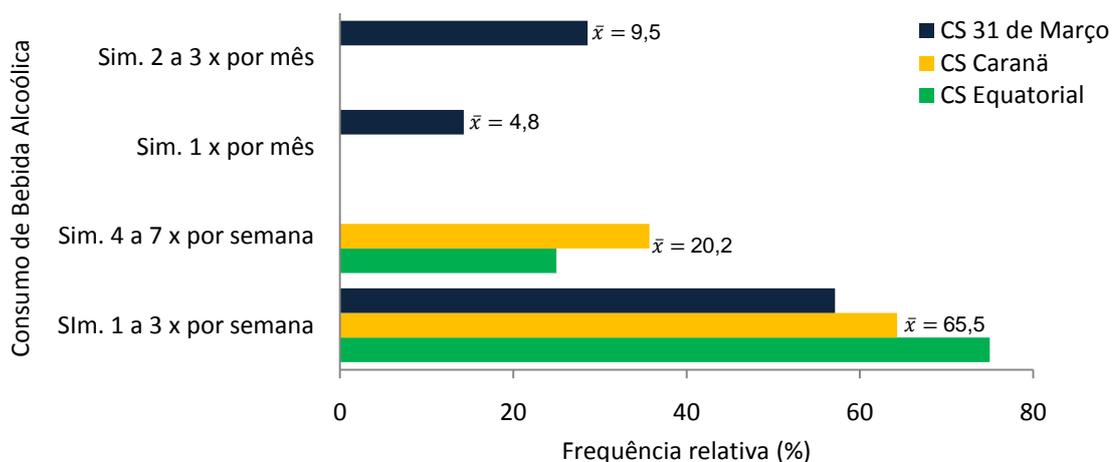
Fonte: Elaborado pela autora

O consumo de tabaco dentre os idosos hipertensos nos Centros de saúde de Boa Vista – RR (39,6%) foram em menor proporção aos achados de Esperandio et al. (2013) que detectou a frequência deste hábito (69%) dentre os idosos e aproximadamente semelhante aos achados de Caetano (2008), que averiguou o fumo em 40% dos idosos. Quanto ao fato de ser ex-fumante, Esperandio et al. (2013) verificaram que as idosas, ex-fumantes, apresentaram maior prevalência de hipertensão (78,1%), em relação aos não fumantes e fumantes.

Apesar de boa parte dos idosos investigados, neste estudo, já terem deixado de fumar a mais de cinco anos, Costa et al. (2009) enfatiza que o abandono deste hábito não diminui os níveis pressóricos, porém a sua abolição contribui para a redução dos riscos de agravos cardiovasculares.

No que tange ao etilismo, predominaram as declarações de que não há consumo de bebidas alcoólicas (74,9%), porém, com menos relevância, houve relatos de etilismo (25,1%). Na Figura 13, exibe-se, dentre os idosos que relataram etilismo, o maior consumo de bebida alcoólica, em uma frequência de 1 a 3 vezes por semana (65,5%), seguido do consumo de 4 a 7 vezes por semana (20,2%), deste tipo de bebida.

Figura13 – Consumo de bebida alcoólica pelos idosos



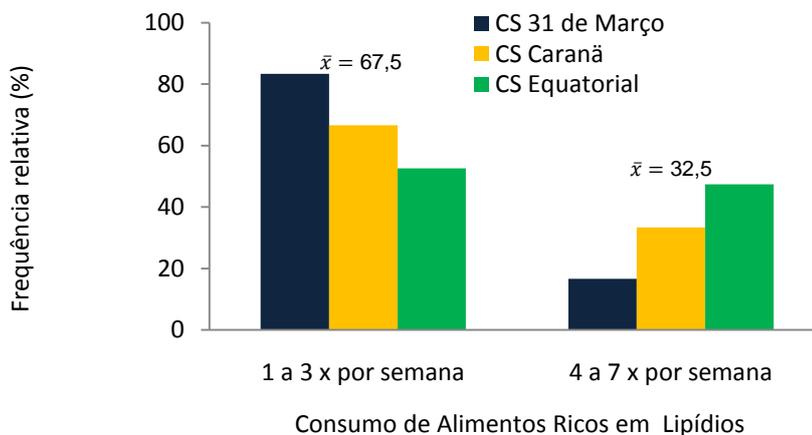
Fonte: Elaborado pela autora

O consumo de bebida alcoólica dentre os idosos desta pesquisa são frequentes entre aqueles investigados por Caetano et al. (2008), Leite et al. (2012). Conforme ambos os autores, a preocupação com este tipo de consumo deve-se ao risco de descontrole e complicação grave da HAS. Resultados de pesquisas de Ferreira (2012) certificaram o uso de bebida alcoólica, entre idosos masculinos 24,6% (n = 35) e femininos 10,5% (n = 29). No entanto, conforme Esperandio et al. (2013) o etilismo é um fator de risco modificável e, portanto, passível de ser reduzido, em especial entre a população idosa.

Esclarecendo os riscos deste consumo e do fumo, estudo com idosos que tinham diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi), mostrou que 46,9% dos pacientes possuíam antecedentes de tabagismo. Dentre eles, 50% já haviam abandonado o hábito e 31% ainda fumavam por ocasião do AVCi. Em relação ao uso de bebida alcoólica, 35,1% dos idosos faziam uso dessa substância. Dentre os que possuíam o hábito de ingerir bebida alcoólica, 48,9% relataram ter deixado de usá-la antes da ocorrência do AVCi e 26,2% permaneciam fazendo seu uso. O consumo de nicotina e de álcool foi menor entre as mulheres (CAETANO et al., 2008).

No quesito alimentação, esta pesquisa evidenciou idosos que não ingerem alimentos gordurosos (75,4%), porém houve relatos de alimentos ricos em gordura (24,6%). Em meio aos que consomem alimentos hiperlipídicos, a Figura 14 mostra que os relatos de maior consumo ocorrem de 1 a 3 vezes por semana (67,5%), em relação aos que se alimentam em uma frequência de 4 a 7 por semana (32,5%).

Figura 14 – Consumo de alimentos ricos em lipídios



Fonte: Elaborado pela autora

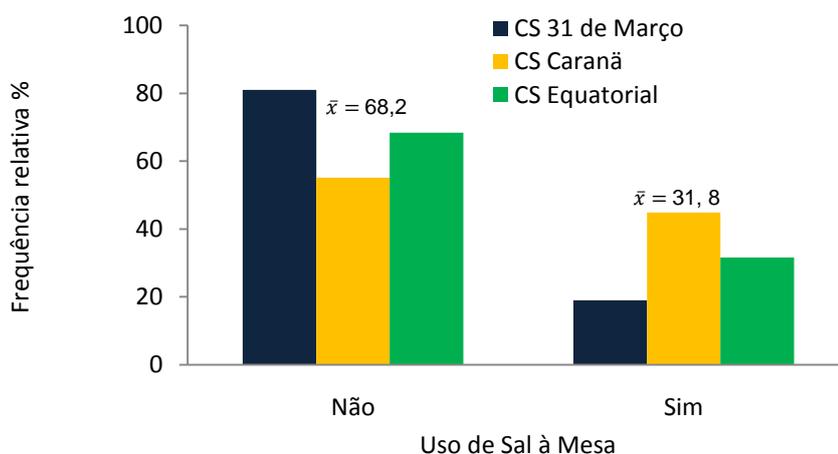
Segundo Ferreira (2010), houve prevalência de fatores de risco cardiovascular, conforme o sexo, entre idosos hipertensos relacionado à obesidade central (76,2%), obesidade total (27%) e dislipidemias (23,4%). Esperandio et al. (2013) afirmam que a prevalência de hipertensão foi maior em idosos que apresentaram Índice de Massa Corporal – IMC ≥ 30 Kg/m² (56%), em relação aos que apresentaram IMC < 30 Kg/m². Da mesma forma, verificou-se que a prevalência de hipertensão nos idosos com circunferência da cintura aumentada foi 39% maior. Estes resultados demonstram que a ingestão de gordura, principalmente em portadores de HAS, deve ser controlada a fim de evitar o aumento de complicações de doenças cardiovasculares e de obesidade.

Gottlieb et al. (2011) expuseram que o consumo de frutas, legumes e verduras em todas as regiões do Brasil é sempre inferior entre pessoas de menor escolaridade, ainda que se apresentasse baixo, de maneira geral, para todos os níveis de escolaridade. Por outro lado, os alimentos de origem animal, ricos em gorduras (gordura visível da carne; frango com pele; leite integral) são mais consumidos pela população de menor escolaridade.

Nestes aspectos, considerando o alto sedentarismo e a frequência de consumo de alimentos ricos em gordura, é possível afirmar que estes indivíduos apresentam riscos relacionados aos agravos decorrentes da HAS como os as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares que podem complicar os problemas de saúde crônicos e ainda ocasionar sequelas.

Quanto ao consumo de cloreto de sódio, Figura 15, mais da metade dos participantes não utilizam sal à mesa (68,2%), isto é, acréscimo de sal durante as refeições preparadas ou depois de alimentos prontos. Dos que consomem sal à mesa (31,8%), confirmou-se o acréscimo de sal à dieta, em situações em que o gosto não está aceitável, mesmo que o alimento já tivesse sido temperado durante o preparo.

Figura 15 – Consumo de sal à mesa pelos idosos hipertensos



A adição de sal em alimentos preparados foi menos frequentes nos idosos entrevistados em relação aos resultados de estudo de Costa et al. (2006) que detectaram adição de sal aos alimentos, dentre idosos hipertensos (60%) e o consumo de carnes gordurosas (23%). Da mesma forma, Caetano (2008) demonstrou que 53,8% dos idosos referiram o consumo de sal na alimentação. Considerando que o hábito alimentar, especificamente a ingestão de alimentos ricos em lipídio e cloreto de sódio, constitui-se em um importante fator de risco entre os idosos portadores de HAS, nota-se a não adesão dos sujeitos deste estudo a uma modalidade terapêutica que incluía mudança de hábitos e adequação de um estilo de vida que amenize esse fator de risco.

De modo geral, o controle da HAS carece de métodos além dos farmacológicos. Assim, dentre os tipos de tratamento não-medicamentoso para HAS, destaca-se o controle do peso, estilo alimentar (Dietary Approaches to Stop Hypertension – DASH, mediterrânea, vegetariana), redução do consumo de sal, uso de ácidos graxos insaturados (ômega 3), uso de proteína de soja, diminuição do uso

do café (devido à vasoconstrição causada pela cafeína), redução do consumo de álcool, cessação do tabagismo e apoio de uma equipe multiprofissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Contudo, reorganizar o estilo de vida e os hábitos, conforme as orientações de controle não farmacológico para os indivíduos pode representar uma perda nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer e de prazer. Todas essas perdas podem levar ao desânimo, tristeza e depressão, sendo um agravante no momento de mudar um hábito ou um estilo de vida (PÉRES; MAGNA E VIANA, 2003).

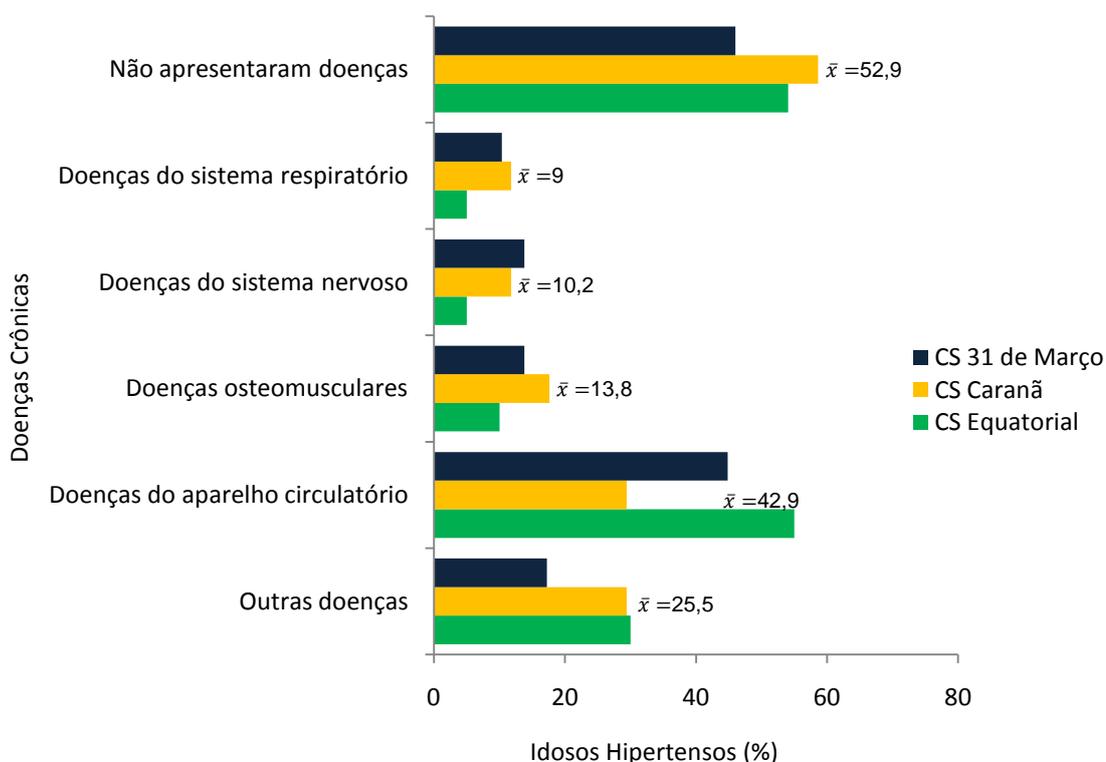
Nesta perspectiva, é fundamental reconhecer a complexidade dos fatores que influenciam nas escolhas de alimentos e formas de seu uso pelos idosos, pois estas escolhas são permeadas de fatores que vão além do simples fato de saber da importância dos hábitos alimentares para o controle da HAS. A opção de consumir determinados alimentos é, segundo Freitas (2011), influenciada por fatores que incluem a renda, a composição familiar, os hábitos e valores culturais, a religião, a etnia e o sexo.

Com efeito, a partir destes resultados a respeito do estilo de vida dos idosos, é possível tecer medidas de estratégias em saúde, sobretudo aquelas relacionadas à promoção, à prevenção e à educação em saúde a fim de possibilitar a autonomia e o empoderamento do indivíduo. Como consequência dessas ações, baseadas nos saberes essenciais, depreende-se ser possível a livre escolha e decisão dos hábitos e costumes, que levem em conta o ser humano e a sua participação nos cuidados de saúde. Sem embargo, em face à configuração do estilo de vida dos idosos dessa pesquisa, quais seja sedentarismo, consumo de alimentos que favorecem e reforçam o descontrole da HAS, etilismo e tabagismo, pode-se afirmar que estes indivíduos possuem sérios riscos de agravos cardiovasculares, neurológicos, metabólicos e, ainda, de sequelas ocasionadas por complicações desta cronicidade, comprometendo, por sua vez, a qualidade de vida dos mesmos.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR

Com relação ao perfil de morbidade entre os usuários idosos da rede de atenção básica do município de Boa Vista-RR, a Figura 16 mostra que pouco mais da metade não apresentaram histórico pessoal de doenças crônicas, além da HAS (52,9%). Dos que referiram DCNT, sobressaíram as doenças cardiovasculares (42,9%), e em menor proporção, as doenças osteomusculares (13,8%) e as doenças do sistema nervoso (10,2%). As doenças cardiovasculares mais citadas pelos participantes deste estudo foram infarto, arritmias, anginas e insuficiência cardíaca congestiva. Dentre as doenças osteomusculares, houve relatos de artrite, osteoporose e neuropatia. Em relação às doenças do sistema nervoso, foram mencionados o acidente vascular cerebral e a depressão.

Figura 16 – Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com o tipo de doença crônica



Fonte: Elaborado pela autora

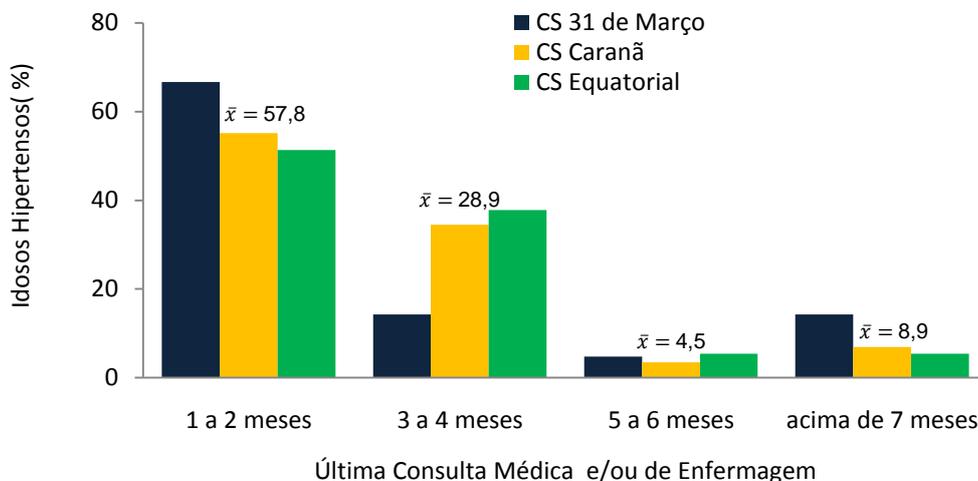
Segundo este estudo, as complicações decorrentes de um quadro de HAS não bem conduzido são vivenciadas por quase metade dos participantes da

pesquisa, sendo as doenças cardiovasculares as que mais se destacam. De acordo com Gottlieb et al. (2011) e Macinko, Dourado e Guanais (2011), doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares crônicas e diabetes vêm aumentando gradativamente entre os idosos. Conforme Caetano (2008), o perfil de morbidades entre idosos demonstrou o alto índice de doenças do aparelho circulatório (74,4%). Segundo o contorno apurado, as principais enfermidades encontradas foram hipertensão, flebite e insuficiência cardíaca congestiva, seguido de agravos relacionados aos problemas na visão (61,3%), doenças osteomusculares (50,3%) dos idosos, cujos principais problemas foram artrite, reumatismo, osteoporose e bursite. Dentre as doenças do sistema nervoso (22%), as mais relatadas foram depressão, acidente vascular cerebral e seus efeitos.

Consoante a OMS, a mortalidade por DCNT é em torno de 36 milhões de casos por ano, sendo que nos países de baixa e média renda essas taxas são superiores. No Brasil, 72% das mortalidades correspondem às DCNT (MALTA E SILVA JUNIOR, 2013). Pode-se dizer que o aumento de doenças do aparelho circulatório, entre os sujeitos deste estudo, está de acordo com os dados nacionais, pois, em relação às DCNT associadas ao envelhecimento, a mortalidade no Brasil, entre idosos, por doenças do aparelho circulatório, totalizou 52,4%, sendo que estas doenças, no estado de Roraima, representam 18% dos óbitos (DATASUS, 2012). O quantitativo de óbitos por doenças isquêmicas do coração, no Brasil, para indivíduos acima de 60 anos, no período de 2011, foi de 77.157 e para o estado de Roraima, 75. Dados relacionados a óbitos por doenças cerebrovasculares, para a mesma população no país, totalizaram 80.816 casos e 81 para o estado de Roraima (DATASUS, 2012).

Em relação ao período da última realização de consultas médicas, ou de enfermagem, nos últimos seis meses, a Figura 17 destaca idosos que declaram realizá-las há 1 a 2 meses (57,8%), seguido dos que alegaram tê-las realizado em um intervalo de tempo de 3 a 4 meses (28,9%).

Figura 17 – Distribuição dos idosos hipertensos, de acordo com o período de tempo da última consulta médica e/ou de enfermagem



Fonte: Elaborado pela autora

É demonstrado que os idosos de Boa Vista – RR, em virtude dos problemas de saúde, recorrem com mais frequência aos serviços da atenção primária de saúde, no qual se presume serem os profissionais da ESF, os mais requeridos por esta população.

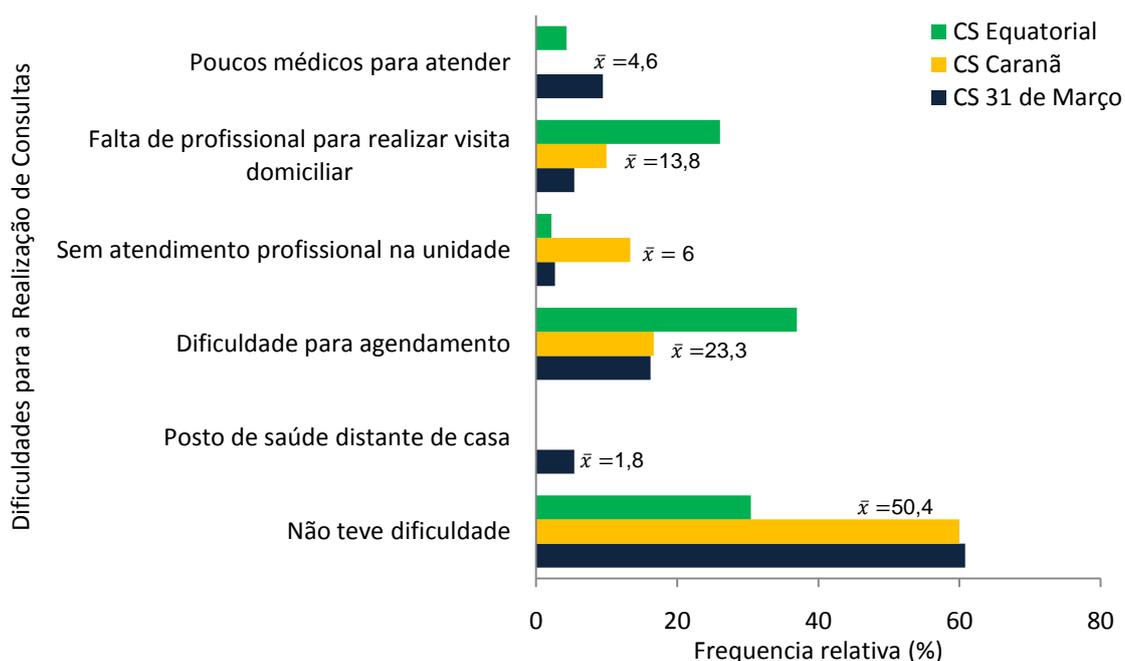
Neste aspecto, é notável que, concomitantemente ao processo de envelhecimento populacional, houve a necessidade de qualificar os serviços de saúde. Brito et al. (2013) descrevem a necessidade de formar e sensibilizar profissionais de diversas áreas, não somente para o cuidado específico dos idosos, mas também para a consolidação de uma categoria a emergir dentro do campo da saúde. A partir desta necessidade, foram criadas, no Brasil, políticas dirigidas ao idoso, como a PNI, o Estatuto do Idoso e a PNSPI, com a finalidade de garantir os direitos sociais e de saúde, os quais preconizam recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL 1994; 2003; 2006b).

No entanto, o serviço de saúde no Brasil está em fase de adequação a este processo de envelhecimento. Estudos sobre a influência da situação socioeconômica na saúde dos idosos demonstraram que 45,6% tiveram consulta médica três ou mais vezes ao ano (LIMA-COSTA et al., 2003). Venturi et al. (2008), ao analisar a identificação da área de influência dos serviços de atenção básica do sistema público de saúde, destinados aos idosos do município de Viçosa-MG, demonstraram 64,1% serem do sexo feminino e 35,9% do masculino. Mostraram,

também, que as doenças cardiovasculares (39,1%) foram responsáveis pelo maior contingente de atendimentos no sistema de saúde, com o número médio de consultas de 3,6 ao ano, por idoso, e que a procura por atendimento em determinadas UBS está relacionada à especialidade médica oferecida pela unidade e não com o local de residência desses usuários.

Conforme a Figura 18, praticamente metade dos usuários relataram não ter dificuldade para a realização da consulta (50,4%). No entanto, com menos declarações, foram encontrados problemas para a realização das consultas, principalmente as relacionadas com dificuldades para agendamento (23,3%) e a falta de profissionais para realizar a visita domiciliar (13,8%).

Figura 18 – Distribuição dos idosos de acordo com as dificuldades para realização da consulta médica e/ou de enfermagem nos últimos seis meses



Fonte: Elaborado pela autora

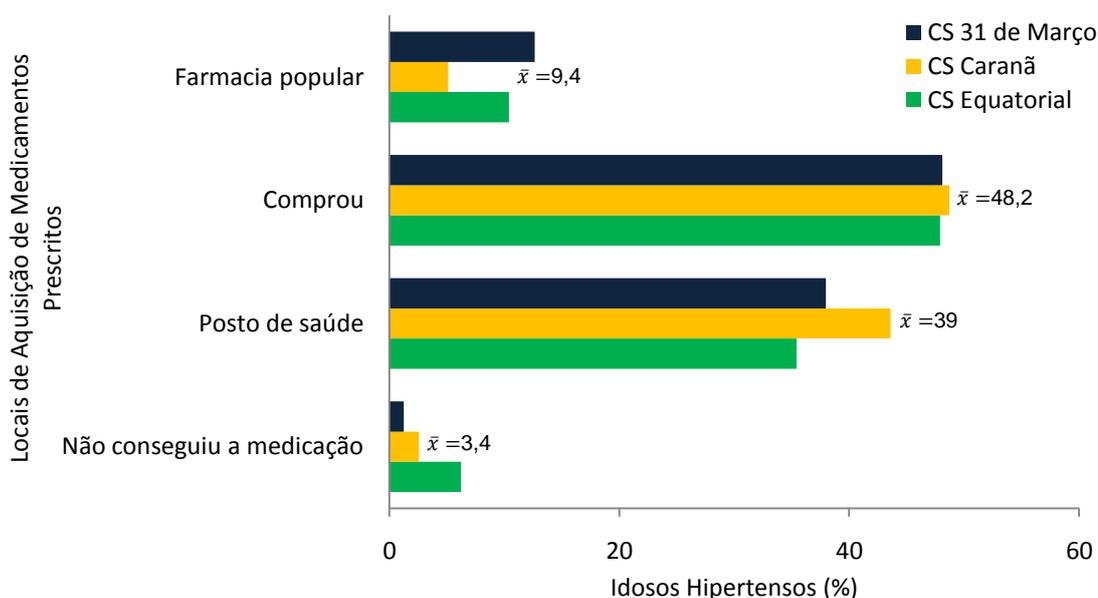
Em relação aos serviços prestados aos usuários de saúde, Macinko, Dourado e Guanais (2011) afirmam que o acesso inadequado aos serviços de saúde de qualidade, incluindo a prevenção clínica, os serviços de diagnóstico e o difícil acesso aos medicamentos essenciais, é um importante fator a contribuir para a crescente carga de doenças crônicas.

Neste aspecto, este estudo identificou, para alguns idosos, entraves para o acompanhamento dos problemas de saúde nos centros de saúde, como a dificuldade de agendamento de consulta e a falta de profissionais, em especial dos ACS, para as visitas domiciliares. Ademais, faltam profissionais nos centros de saúde para realizar os atendimentos. Nestas impressões, os idosos são prejudicados amplamente, pois, conforme as atribuições do ACS, para idosos e outros usuários impossibilitados de ir à UBS, são aqueles profissionais os responsáveis de realizar o elo entre a comunidade e os profissionais de saúde. Têm, também, a atribuição de agendar as consultas a esta população específica. Assim, a falta de ACS leva os usuários a ficarem sem cobertura e, conseqüentemente, sem acompanhamento do serviço de saúde.

Com efeito, a falta de um acompanhamento adequado, a falta dos profissionais de saúde, contribui para o descontrole da HAS e aumento das doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares, na população em estudo.

Dos entrevistados que receberam receita médica durante as consultas com profissionais de saúde, Figura 19, constatou-se, nos centros de saúde em estudo, existir um grande número de idosos que compram medicamentos prescritos (48,2%). Dos que adquirem os medicamentos da rede do SUS, sobressaíram a obtenção em posto de saúde (39%) e em farmácia popular (9,4%).

Figura 19 - Aquisição de medicamentos prescritos



Fonte: Elaborado pela autora

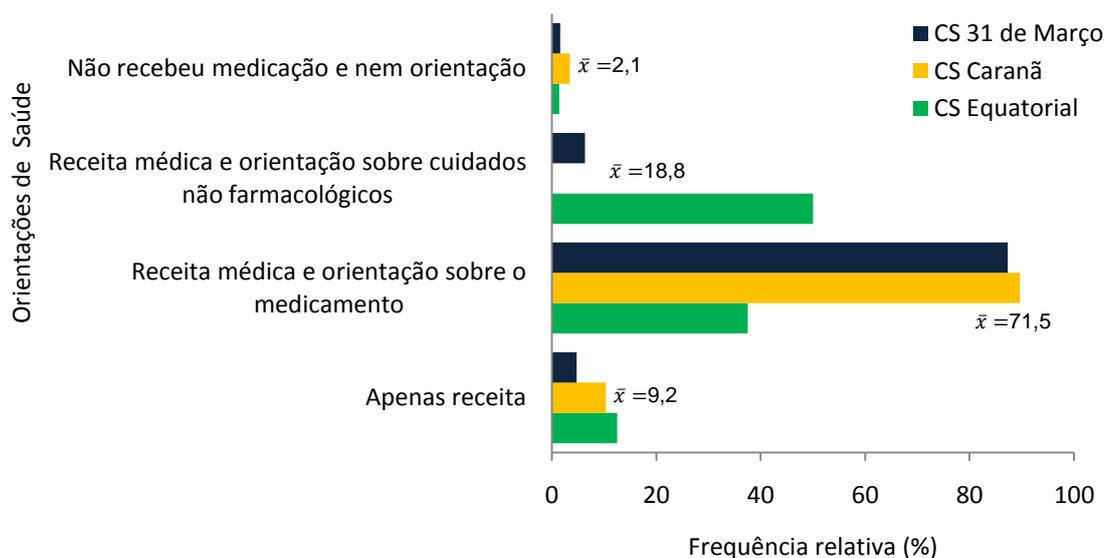
Vale salientar que o Governo Federal, por meio do Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, regulamentou a Lei 10.858, a qual institui o Programa Farmácia Popular do Brasil, para ampliar o acesso aos medicamentos às doenças mais comuns entre os cidadãos. Assim, tanto a farmácia popular quanto as farmácias dos postos de saúde, fazem parte da rede de atenção do SUS, constituída em um sistema de assistência farmacêutica voltada, fundamentalmente, para a logística dos medicamentos, destinada a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade (MENDES, 2012).

Porém, apesar da existência de um sistema de assistência farmacêutica na rede do SUS, Cesar et al. (2008) mostraram que praticamente metade dos idosos tinham que comprar os medicamentos e que somente 30% dos mesmos os recebiam gratuitamente. Ainda conforme os autores, dentre os idosos que compravam medicamentos, cerca de 80% gastaram menos de um quarto do salário mínimo mensal e 7% pelo menos metade dele. Ribas e Oliveira (2014) destacam que, em decorrência do aumento da prevalência de doenças crônicas com a idade, o consumo de medicamentos pelos idosos é cada vez maior, representando cerca de 50% dos multiusuários da sociedade.

Observou-se que a rede de atenção básica do município de Boa Vista – RR, assim como os achados de Cesar et al. (2008), no quesito distribuição de medicamentos prescritos, não têm ofertado adequadamente a Assistência Farmacológica do SUS, consoante garantia consignada na Lei nº 8.080/90.

A Figura 20 ressalta a predominância da assistência médica focada na terapêutica farmacológica, pois a maioria dos usuários dos serviços de saúde relatou ter recebido a receita médica e orientações sobre o medicamento (71,5%), principalmente no que se refere ao horário de uso e à interação medicamentosa. Em relação aos cuidados não farmacológicos, notou-se um menor enfoque nestas abordagens (18,8%). Neste último caso, as orientações, quando ocorriam, eram sobre a realização de atividade física, como a caminhada e aos hábitos alimentares, que incluem a redução do consumo de sal e de alimentos ricos em lipídios.

Figura 20 – Distribuição das orientações acerca do tratamento da HAS



Fonte: Elaborado pela autora

No que tange as terapias não farmacológicas na rede de atenção básica do município de Boa Vista – RR, mediante relatos dos idosos usuários, esta abordagem não vem sendo empregada a contento junto a esta população. De fato, sabendo-se que a HAS necessita de modalidades terapêuticas que contribuam para o controle dos níveis pressóricos e que reduzam as consequências que dela decorrem, ficou evidente, que neste aspecto, os idosos estão desassistidos, assim, as mudanças que tem por base os hábitos que envolvem os estilos de vida, cultura e crenças ficam difíceis de serem ajustados sem uma orientação e acompanhamento específico dos profissionais de saúde.

Acerca das abordagens não farmacológicas, citam-se as que atuam no estilo de vida, como hábitos de exercícios físicos, dietas adequadas e outras modalidades alternativas e complementares, preconizados pelo Ministério da Saúde, por meio do caderno de atenção básica hipertensão arterial (BRASIL, 2013a), assim como pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010). É importante ressaltar que a abordagem geriátrica por uma equipe interdisciplinar apresenta resultados significativamente melhores do que o cuidado tradicional, tanto quanto ao desfecho de morbimortalidade e à melhora da qualidade de vida, quanto, evidentemente, aos custos (BRITO et al., 2013).

Veiga Junior (2008) identificou as terapias alternativas recorrentemente prescritas pelos profissionais de saúde, primeiramente a acupuntura (45%), em

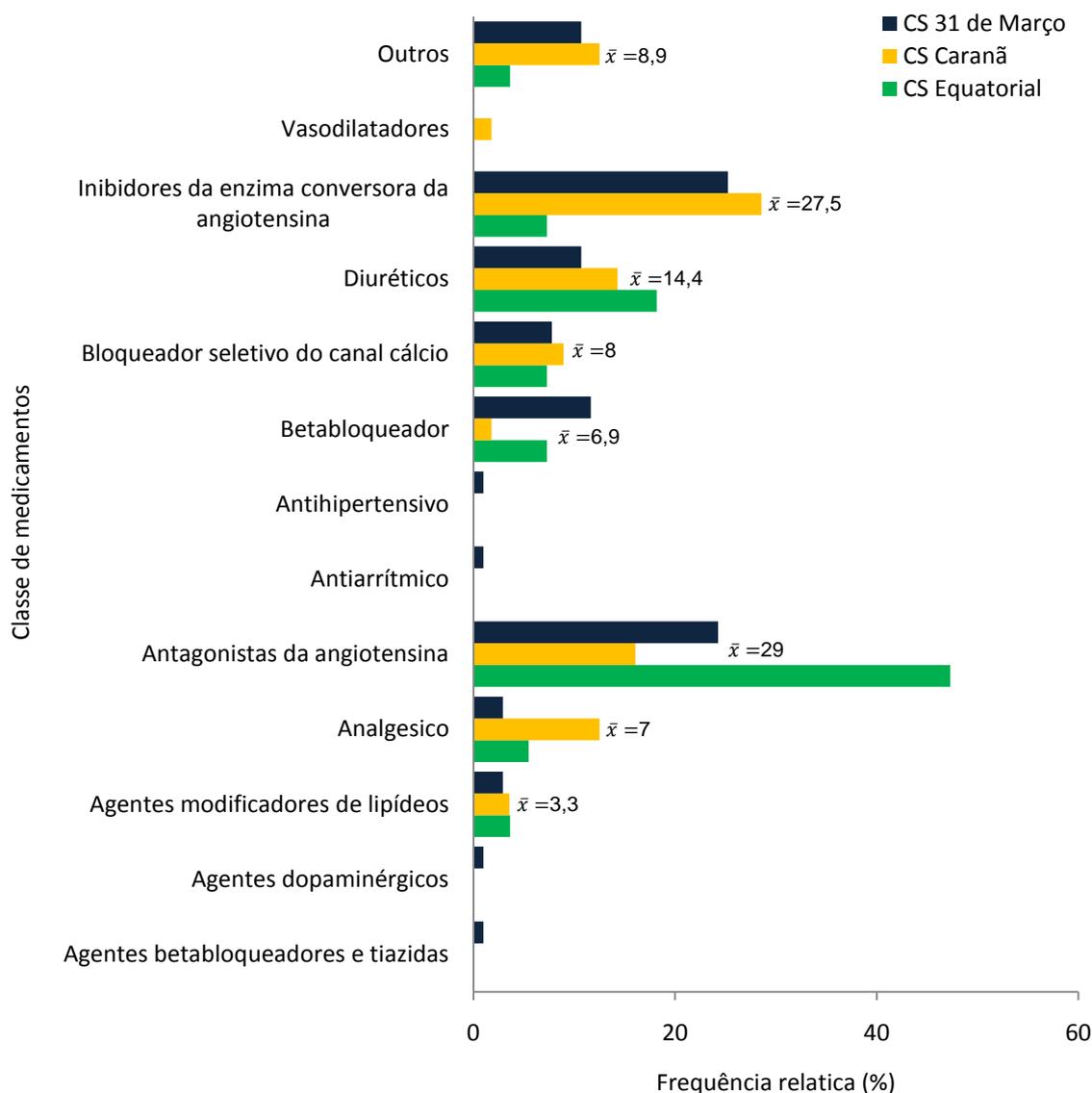
segundo lugar, a fitoterapia (27%). Quanto à abordagem terapêutica, 27% dos profissionais entrevistados julgaram-nas inseguras, por provocarem alergias, problemas de visão, náuseas, vômitos e distúrbios hormonais. Por estes motivos, 41% dos profissionais não as indicavam. De modo geral, o estudo apontou para a necessidade de melhorar a especialização dos profissionais da área de saúde na aplicação e na indicação das plantas medicinais.

Nesta perspectiva, Tomazzoni, Negrelle e Centa (2006) alertam que a falsa ideia de que tudo o que é natural é bom, ou, mais especificamente, de que a planta não faz mal à saúde, deve ser esclarecida pelos profissionais de saúde à comunidade de usuários da Unidade de Saúde da Família (USF). Conforme estudos desses autores, aproximadamente 80% das plantas medicinais citadas apresentaram algum tipo de toxicidade ou contra-indicação de uso.

No que diz respeito ao uso de medicamentos, Figura 21, a maior parte dos idosos utiliza fármacos com ação no sistema circulatório, a citar os da classe antagonista da angiotensina (29%), os da classe de inibidores da enzima conversora de angiotensina (27,5) e os da classe bloqueadores dos canais de canal de cálcio (8%). Outro achado neste estudo, fora a utilização, em menor proporção, de medicamentos da classe de diuréticos (14,4%).

Considerando que a maioria dos medicamentos tinha atuação no sistema cardiovascular, fora realizado a classificação desses medicamentos de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) e com o caderno de atenção básica hipertensão arterial (2013). Sendo assim, os medicamentos da classe antagonista da angiotensina compreenderam os fármacos losarna potássica e irbersartana; Os pertencentes à classe de inibidores da enzima conversora de angiotensina foram captopril, maleato de enalapril; benazepril, lisinopril, ramipril e; dos canais de cálcio, anlodipino e nifedipino (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2013a).

Figura 21 – Distribuição da classe de medicamentos mais utilizados pelos idosos hipertensos



Fonte: Elaborado pela autora

Por certo o uso de medicamentos entre as pessoas idosas investigadas é alto, mas comparando com outros estudos, chega-se ao entendimento que quanto mais ocorre o envelhecimento associado à doenças crônicas, mais estes indivíduos utilizam medicamentos. Neste ponto, Santos et al. (2013) verificaram que os medicamentos mais consumidos pelos idosos de Goiânia-GO foram os que agiam no aparelho cardiovascular (38,6%), no sistema nervoso (19,6%) e no aparelho digestivo e metabolismo (17,1%). Conforme os autores, os medicamentos mais consumidos foram os anti-hipertensivos (19,7%) e analgésicos (9,1%), sendo

identificada, ainda, a prevalência de polifarmácia (26,4%) e da automedicação (35,7%).

Nesta mesma linha, estudos de Loyola Filho (2008) evidenciaram que a prevalência do uso de medicamentos, entre os idosos, foi de 85,7%, dos quais 70,4% consumiram dois ou mais medicamentos, 44,8% haviam consumido de 2 a 4 (polifarmácia menor) e 25,5% consumiram cinco ou mais (polifarmácia maior). Em relação à prática da polifarmácia entre idosos, Secoli (2010) alerta para o risco de reação adversa ao medicamento dos idosos, em decorrência da complexidade dos problemas clínicos, da necessidade de múltiplos agentes e de alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento.

A respeito da adesão terapêutica medicamentosa, esta pesquisa corroborou a significativa aderência dos idosos à terapia farmacológica (66%), porém o abandono desta terapêutica é constatado em 34% desses usuários. Como forma de promover o uso racional dos medicamentos, Secoli (2010) atenta para a necessidade de educação dos usuários sobre a prática da automedicação e fitoterápicos; para a orientação acerca dos riscos da interrupção, troca, substituição de medicamentos sem conhecimento dos profissionais da saúde; para o aprazamento criterioso dos horários da prescrição/receita médica a fim de evitar a administração simultânea de medicamentos que podem interagir entre si ou com alimentos, e; para o monitoramento das reações adversas ao medicamento.

No que concerne à atenção à saúde do idoso, Cesar et al. (2008) pugnam pela urgente necessidade de se estabelecer programas específicos em atenção a essa população. Esses programas deveriam incluir desde a reintegração social do idoso, até o manejo adequado dos seus problemas, passando pela adaptação da infra-estrutura existente às suas necessidades e limitações. Nesse sentido, não somente o poder público deveria estar mais atuante, como também o setor privado e as organizações não-governamentais poderiam contribuir, de forma mais efetiva, a exemplo da Pastoral do Idoso, recentemente criada pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil.

Pouco tempo depois Veras (2012) alegou que o sistema de saúde brasileiro precisa adequar-se ao perfil da população idosa, uma vez que eles utilizam mais os serviços de saúde, por apresentarem maior carga de doenças e incapacidades. Contudo, os modelos de atenção à saúde do idoso, vigentes no país, são “ineficientes e de alto custo”, exigindo estruturas criativas e inovadoras para a

manutenção e promoção da saúde desses usuários. De fato, o enfrentamento das DCNT, principalmente da HAS, requer modelos de assistência aplicáveis na prática, que atuem na saúde, os quais promovam a independência e a autonomia do idoso.

Com efeito, impende destacar que esta pesquisa expõe uma situação contrária à determinante pelas políticas direcionadas à pessoa idosa no Brasil, a citar a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a Política Nacional da Atenção Básica. Comprovaram-se neste estudo o elevado risco de complicações da HAS, principalmente os relacionados ao sistema cardiovascular, tendo em vista haver vários relatos de antecedentes crônicos entre a população pesquisada.

Ratifica-se que apesar da rede de atenção básica do município de Boa Vista – RR ter implantado o Programa Saúde do Idoso e o Programa de Saúde direcionado a HAS junto à UBS, implementado pelos profissionais da ESF, bem como, constar a capacitação dos profissionais de saúde e a integração das ações de saúde com outros programas da atenção básica com o objetivo de promover a saúde integral da pessoa idosa (Informação pessoal da Superintendente da Atenção Básica de BOA VISTA – RR), ainda, observam-se falhas no desempenho destes serviços de saúde para com esta população específica.

Assim, evidenciaram-se poucos avanços, no sentido de conhecer a clientela, de identificar os riscos epidemiológicos da área de abrangência das macroáreas, por parte dos centros de saúde estudados. Com certeza, a melhor adequação das ações estratégicas, em saúde para o idoso portador de HAS, depende do diagnóstico situacional da área de atuação da ESF. Essa ideia se confirma pelo histórico de estilos de vida e hábitos não condizentes com a promoção e a prevenção de saúde para dos idosos observados.

Notam-se, ainda, as dificuldades encontradas pelos idosos, para o acompanhamento dos problemas de saúde, principalmente as relacionadas com as dificuldades de agendamento de consulta; a falta de profissionais, em especial dos ACS, para as visitas domiciliares e para facilitar a marcação das consultas e; a falta de profissionais nos centros de saúde para realizar os atendimentos.

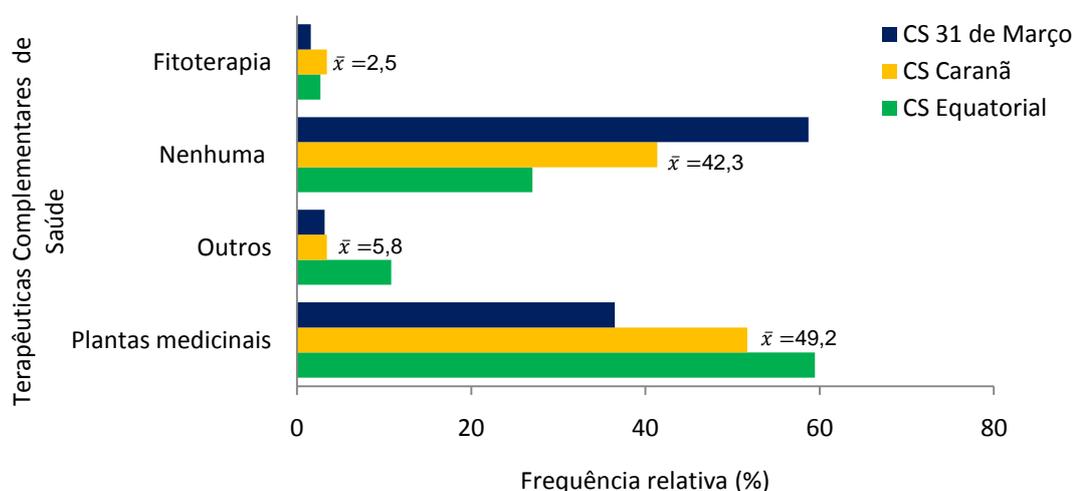
É de responsabilidade, ainda, da rede de atenção básica de saúde, as consultas de acompanhamento dos usuários e a dispensação de medicamentos à clientela, no entanto, é extremamente elevado o quantitativo de idosos que realizam consultas particulares e compram o medicamento. Este fato evidencia a não

observância dos direitos de cidadania aos usuários do SUS garantido pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS PELOS IDOSOS PARA O CONTROLE E TRATAMENTO DA HAS

No que se refere às terapias complementares e alternativas de saúde, para os 129 participantes desta pesquisa, a Figura 22 explana ampla utilização do recurso vegetal para fins medicinais (49,2%), seguido de outras modalidades terapêuticas (5,8%), como a prática de caminhadas regulares e de dietas com pouco consumo de sal e de alimentos ricos em lipídios.

Figura 22 – Distribuição das terapias complementares de saúde utilizadas pelos idosos hipertensos



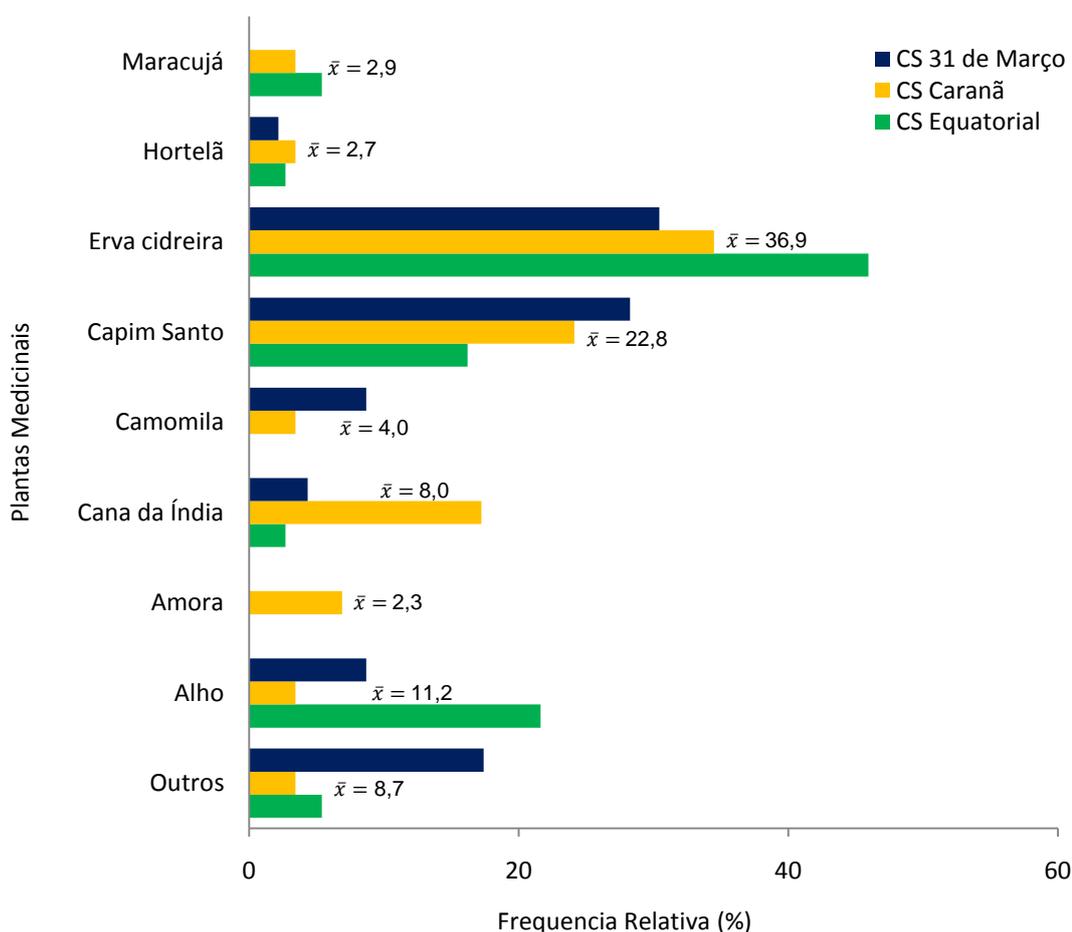
Fonte: Elaborado pela autora

Infere-se que o uso popular de plantas medicinais para o controle da HAS entre os participantes da pesquisa, é uma prática bastante utilizada não só por estes indivíduos, mas também por populações tradicionais, pois esta forma de conhecimento vem sendo objeto de estudo etnobotânico e de levantamento do uso de plantas medicinais. Essas investigações envolvem o modo de uso, de aquisição, bem como o conhecimento das partes de plantas utilizadas por essas populações tradicionais, principalmente na região amazônica (LUZ, 2001; ROMAN e SANTOS,

2006; SANTOS e LIMA, 2009; COSTA E MITJA, 2011; MADALENO, 2011; SIVIERO et al, 2012). Especificamente, referente à utilização de plantas medicinais entre idosos, destacam-se os estudos de Silva, Oliveira e Araújo (2008) e Balbinot, Velasquez e Düsman (2013).

Como mostra a Figura 23, dentre as plantas medicinais mais utilizadas pelos idosos portadores de HAS, merecem atenção a erva cidreira ou cidreira (*Lippia alba* (Mill.) N.E Br.) (36,9%); o capim-santo (*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf.) (22,8%) e o alho (*Allium sativum* L.) (11,2%).

Figura 23 – Distribuição das plantas medicinais mais utilizadas pelos idosos



Fonte: Elaborado pela autora

As plantas medicinais indicadas para HAS, encontradas entre os sujeitos, são popularmente utilizadas em tantas outras populações tradicionais, sendo que em grande parte desses recursos de saúde, já se tem estudos científicos que validam tais práticas. Nesta linha, o uso popular de erva cidreira dentre os participantes da

pesquisa, é confirmado em trabalhos que abordam esta prática (SIVIERO et al. , 2012; SANTOS e LIMA, 2008; OLIVEIRA e ARAÚJO, 2007; BALBINOT, VELASQUEZ e DÜSMAN, 2013). Em relação aos efeitos terapêuticos sob a HAS, esta planta possui atividade analgésica e sedativa (SOUSA, 2006; AGUIAR, 2008), anti-hipertensiva, sedativa e ansiolítica (HENNEBELLE et al., 2008 apud TAVARES, 2009) hipotensora e bradicárdica (MAYNARD, 2011). Sua utilização é respaldada pela Agência de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2011).

O capim-santo, por sua vez, tem indicação no controle da HAS, conforme trabalhos de Santos, Lima e Ferreira (2008). Comprovadamente, apresenta ação farmacológica sedativa, depressora do sistema nervoso central, analgésica, diurética, antialérgica, espasmolítica, atividades antimicrobianas e antifúngica (VIANA et al., 2000; SANTOS et al., 2009), anti-hipertensiva e diurética (SINGI et al., 2005). Seu preparo e consumo são indicados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2011).

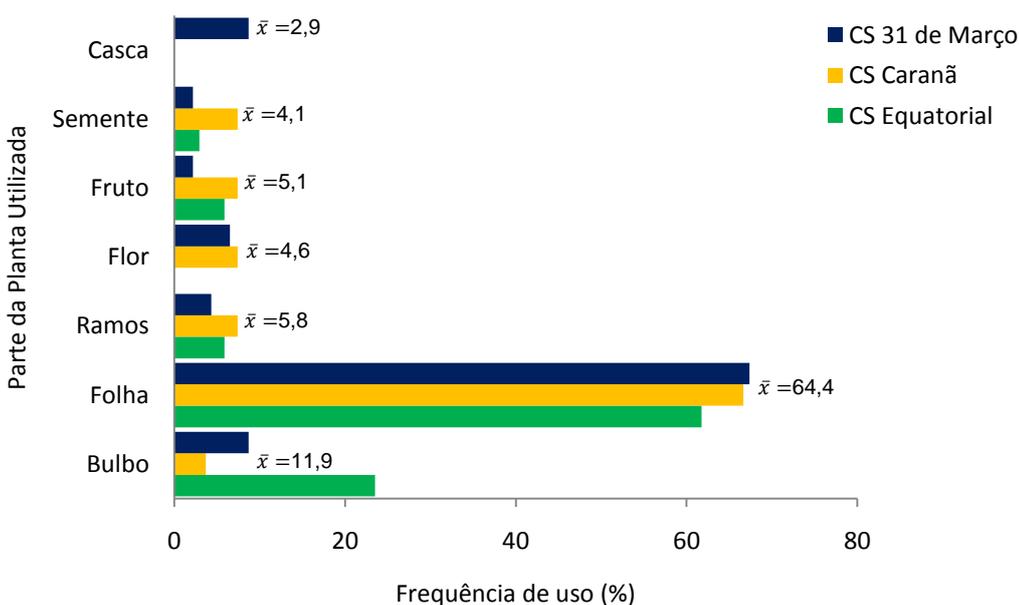
Outro recurso vegetal encontrado entre os sujeitos foi o alho popularmente empregado para gripe, febre e pressão alta (SANTOS e LIMA, 2009). Este recurso vegetal possui efeitos natriurético, diurético, hipotensor, antiagregante plaquetário, fibrinolítico e cardioprotetor na reperfusão e na isquemia (SING et al., 2005), ação antibacterianas, antioxidante, estimulante da secreção de insulina, hipoglicêmica e prevenção da arteriosclerose (KLASSA et al., 2013). Devido às propriedades farmacológicas deste recurso vegetal, este é recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). No entanto, não se aduz o uso desta planta associada a anticoagulantes ou antiplaquetários orais (NICOLETTI, 2007) ou a anti-hipertensivos e warfarina (BRASIL, 2011).

Morus nigra L., relatada por alguns idosos nesta pesquisa sob o nome popular de amora, tem utilização no tratamento de hipertensão arterial conforme estudos de Padilha et al. (2010) e Oliveira et al. (2013). Comprovadamente, o preparo de chá das folhas de *Morus nigra* possui baixa toxicidade, tem atividade antiinflamatória. Apresenta efeito cronotrópico negativo e bradicárdico (MALIK et al., 2012). Todavia, no que tange à prática de uso com segurança e eficácia na rede de atenção do SUS, não foram encontrados estudos que respaldassem a utilização desta planta para os sujeitos do estudo.

Costus spicatus (Jacq.), da família Zingiberaceae, conhecida como cana-da-índia foi outro achado para o enfrentamento da HAS dentre os idosos. É indicada popularmente para problemas do aparelho urinário e hepático (RIBEIRO, 2010; MADALENO, 2011). O consumo deste vegetal tem sido associado a efeitos protetores contra doenças cardiovasculares e cânceres (GASPARRI, 2005). Quanto aos possíveis efeitos terapêuticos sob a pressão arterial, cita-se somente a ação diurética (RIBEIRO, 2010; MADALENO, 2011). Porém, não foram localizados trabalhos científicos, para este estudo, que validem este recurso como uma prática segura de atenção à saúde.

De acordo com a Figura 24, as parte do vegetal preferentemente utilizada é a folha (64,4 %). Em menos quantidade, foram observados o aproveitamento do bulbo (11,9 %), ramos, frutos e sementes.

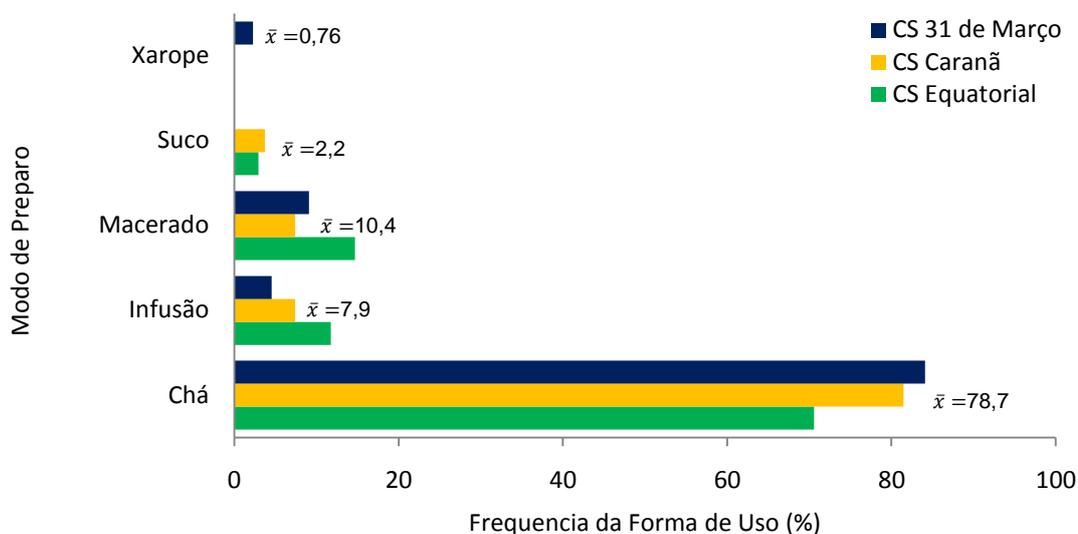
Figura 24 – Distribuição das partes da planta utilizada para o preparo de remédios caseiros



Fonte: Elaborado pela autora

Conforme esboça a Figura 25, o chá é o modo de preparo mais empregado na realização de medicamentos caseiros (78,7%). Menos expressivo, identificou-se, entre os idosos entrevistados, na forma de maceração (10,4%) e infusão (7,9%).

Figura 25 – Distribuição das formas de preparo de plantas para remédios caseiros



Fonte: Elaborado pela autora

Referente ao modo de preparo, os chás ou infusões foram as mais citadas entre os estudos relacionados às plantas medicinais (OLIVEIRA e ARAÚJO, 2007; SANTOS, LIMA e FERREIRA, 2008; BALBINOT, VELASQUEZ E DÜSMAN, 2013). Trabalhos de Ramos, Soledade e Baptista (2011) notaram que o chá fora predominante entre as formas de uso da planta, secundariamente, destacaram cataplasmas, macerados, compressas, unguentos, bebida (uso direto), sumo (uso direto), suco (uso direto), emplastos, remédios de uso direto (óleos), inalação e cozido.

Tavares et al.(2009) asseveram que chás de folhas de erva cidreira apresentam propriedades calmantes e espasmolíticas suaves, em função do citral e analgésica, devido à ação do mirceno. Mynard (2011) afirma que esta planta pode ser utilizada nas formas de chá, macerada, em compressas, banhos ou extratos alcoólicos.

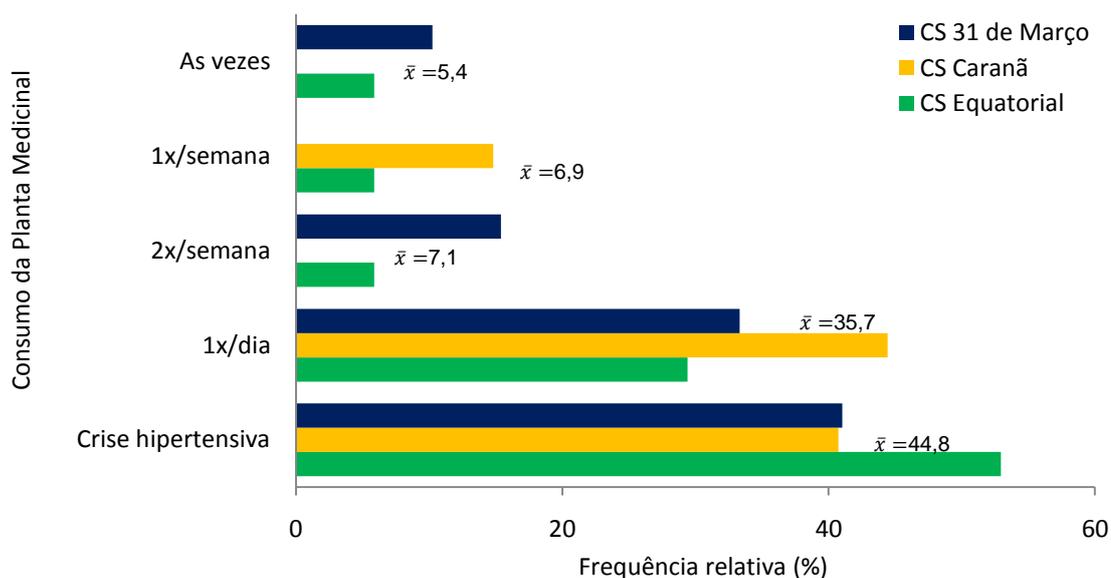
Observou-se neste estudo a prática de uso de alho macerado em casos de crise hipertensiva dentre os idosos. Devido aos efeitos cardiovasculares desta planta, Santos e Lima (2009) recomendam que alho seja preparado em forma de decocto ou infusão, a partir do bulbo da planta ou da maceração do bulbo, somente nos casos de pressão alta. No entanto, de acordo com orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), não é recomendado o uso de alho macerado, assim, este recurso tem utilidade em hipertensão leve e o preparo seguro

deste recurso é a partir de tinturas: tomar 50 a 100 gotas (2,5 a 5 mL) da tintura diluídas em 75 mL de água, duas a três vezes ao dia (BRASIL, 2011).

Santos e Lima (2009) certificam que a folha de maracujazeiro (*Passiflora edulis*Sims da família Passifloraceae), sugerida para pressão alta, é a parte indicada para o preparo de decocto. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2011) recomenda o preparo de infusão para o uso de capim santo. Formas de uso da cana-da-índia para problemas cardiovasculares ou para hipertensão, não foram achados para este estudo.

Quanto à regularidade de consumo da planta medicinal, a maioria dos entrevistados expôs fazer uso somente quando apresentavam sinais e sintomas de crise hipertensiva (44,8). Em seguida, houve relatos de uso diário do recurso vegetal (35,7%), conforme mostra a Figura 26.

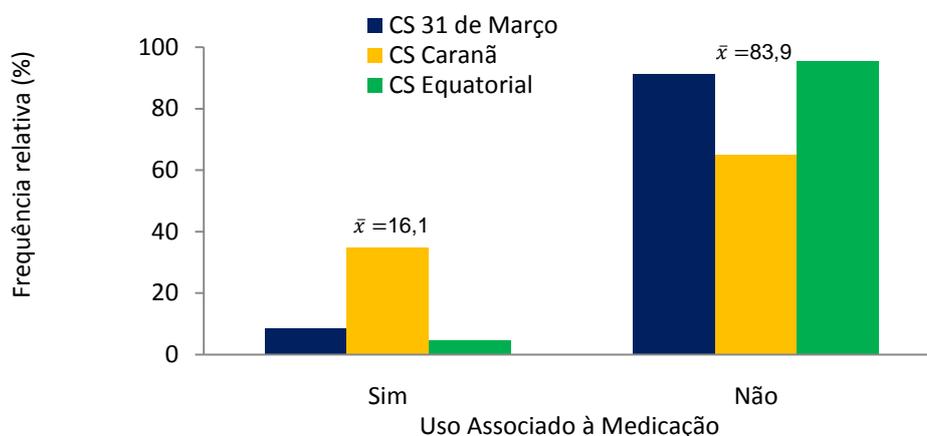
Figura 26 - Frequência de consumo das plantas para remédios caseiros



Fonte: Elaborado pela autora

Ao serem indagados quanto à associação da planta medicinal com os medicamentos alopáticos, Figura 27, a maioria dos participantes afirmou não utilizar a planta associada ao medicamento (83,9%), porém chama atenção, ainda que em menor proporção, o quantitativo de idosos que associam o uso do medicamento com o uso de remédios caseiros preparados a partir de plantas (16%).

Figura 27 – Distribuição do uso de plantas medicinais associado a medicamentos alopáticos



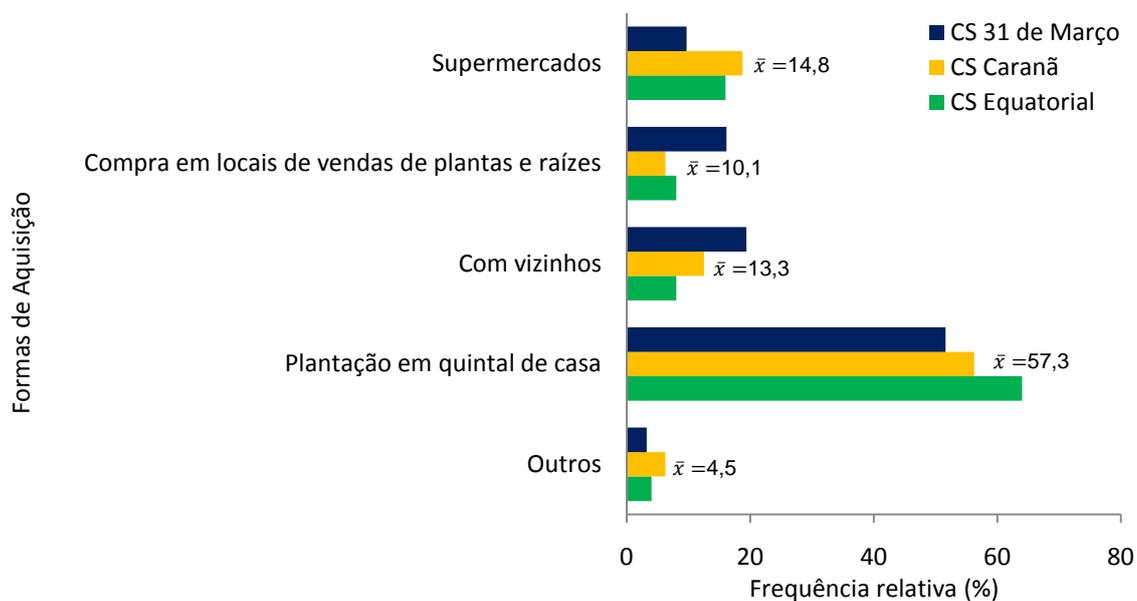
Fonte: Elaborado pela autora

O uso de plantas medicinais associado a medicamentos, relatado pelos idosos investigados, também são confirmados por Veiga (2008 e Feijó et al. (2012). Conforme Veiga (2008), a interação medicamentosa fora evidenciada em aproximadamente 8,4% da população observada que utilizavam plantas medicinais em conjunto com o medicamento alopático. Confirmou o autor, que esta associação decorria quando o alopático é muito caro ou quando crêem que não funciona. Feijó et al. (2012) alertam que o uso de plantas medicinais requer cuidados, porquanto nem todas as plantas têm o efeito esperado, devido não possuírem princípios ativos para a ação desejada e devido ao preparo inadequado. Também contam a procedência e o armazenamento impróprio, os quais podem comprometer a qualidade, as propriedades funcionais e os benefícios à saúde.

Nicoletti (2007) concebe várias causas responsáveis pelo desencadeamento de intoxicações com plantas medicinais como, a exemplo, da falta de conhecimento a respeito de condições de cultivo, associada à incorreta identificação da planta, poucas informações sobre reações adversas, esquema posológico, período de tempo a ser empregado no uso, e, em especial, as interações medicamentosas, entre outros.

Conforme representado na Figura 28, o plantio de vegetais para fins medicinais, em quintais, é um costume entre os idosos deste estudo (57,3%). Em menor escala, a aquisição de plantas medicinais é realizada com vizinhos (13,3%) e em locais de comércio destes recursos naturais.

Figura 28 - Distribuição das formas de aquisição da planta medicinal



Fonte: Elaborado pela autora

A prática de cultivar plantas medicinais em quintais é uma característica dos idosos de Boa Vista – RR, pois conhecedores dos recursos vegetais passam a cultivá-los em suas residências, para o alcance imediato quando se necessita de remédios caseiros. Este tipo de plantio de plantas medicinais é denominado, por Siviero et al. (2012), quintais urbanos. O fato de adquirir plantas medicinais em quintais ou com vizinhos e parentes, possibilita, conforme Roman e Santos (2006) e Silva, Oliveira e Araújo (2008), a interação social dos cidadãos, em que todos têm papel importante no bem-estar comum, tanto com as matérias-primas, quanto com as trocas de informações. Este fato fortalece a participação popular nos próprios cuidados de saúde e, ainda, resguarda informações pertinentes, relacionadas ao saber sobre esta prática popular, assegurando, conforme Posey (1992) apud Silva (2002), o patrimônio cultural da sociedade.

Dos 60 participantes que afirmaram a prática de remédios caseiros para o alívio dos problemas decorrentes da HAS, aproximadamente 95% sustentam ser a opção de uso baseada no conhecimento popular, na crença a respeito dos efeitos da planta e no custo acessível, tanto para a compra, como para a manutenção de plantas em quintais.

Dos participantes que utilizam planta medicinal 92% afirmaram manter esta prática sem o devido conhecimento dos profissionais de saúde que os assistem,

principalmente médicos e enfermeiros. As razões e significados que levaram os idosos entrevistados a optar pelo uso da planta medicinal, como um recurso terapêutico de forma autônoma, e sem informar devidamente aos profissionais de saúde, estão dispostas na Tabela 1.

Tabela 1 – Motivos dos idosos portadores de HAS em não revelar o uso de plantas medicinais aos profissionais de saúde

Relatos	N	fr%
“Não lembrou.....não sabia que era pra falar”	10	28,6
“Doutor não sabe nada de remédio de planta”	9	25,7
“Ele não perguntou”	7	20,0
“Esse conhecimento é de pai pra filho e não de doutor”	3	8,6
“Não ver motivo para falar. Planta só traz benefícios”	1	2,9
“Não é pra ele saber”	1	2,9
“Porque não usa direto, com frequência”	1	2,9
“Trocou de médico e não se sente segura com a médica que atende”	1	2,9
“Não faz mal pra saúde”	1	2,9
“Falta diálogo”	1	2,9
Total	35	100,0

Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (2008), a inserção das plantas medicinais na atenção primária, particularmente na atenção por meio da ESF, dá-se pela prática do uso popular sendo observado a interação entre saberes, parcerias nos cuidados com a saúde, ações de promoção e prevenção, entre outras.

Porém, de acordo com os relatos dos usuários, esta prática de saúde é realizada de forma independente dos serviços de saúde, no qual é demonstrada uma dicotomia entre o saber popular e o saber profissional. Por outro lado, os usuários não identificam os profissionais de saúde como um mediador nas orientações e auxílio para a escolha e instituição de um método de saúde que envolva plantas medicinais. De fato, observou-se a falta da inserção das equipes nas comunidades, no que tange às abordagens sobre o uso de plantas medicinais, por meio de práticas de aproximação da população, como a visita domiciliar e as atividades de educação em saúde, facilitadoras da troca entre os saberes.

Sabendo que a utilização da planta medicinal é uma prática baseada na relação do homem com o ambiente e seus contextos socioculturais, a Tabela 2 esclarece a percepção dos idosos em relação à doença crônica, HAS, de maneira que restam explicadas as formas peculiares de enfrentamento dos problemas de saúde vivenciados pelos idosos em estudo.

Tabela 2 – Sinais e sintomas de melhora relatados pelos idosos portadores de HAS que utilizam plantas medicinais

Relatos	N	fr%
“Fica mais calmo...tranqüila”	18	30,0
“Melhora a dor de cabeça”	9	15,0
“Fica mais calmo e dorme”	9	15,0
“Melhora a pressão”	6	10,0
“Melhora o aperto no peito”	5	8,3
“Promove bem-estar”	4	6,7
“Consegue dormir”	2	3,3
“O coração acalma”	2	3,3
“A pressão diminui”	1	1,7
“Melhora a dor na nuca”	1	1,7
“Controla a pressão”	1	1,7
“Tomei duas chaleiras. Baixou tanto que diminuiu a pressão. Fui ao farmacêutico que pediu pra eu ir ao hospital”	1	1,7
“O alívio dos sintomas”	1	1,7
Total	60	100,0

Fonte: Elaborado pela autora

É importante frisar que a prática de remédios caseiros para amenizar ou solucionar problemas de saúde, em decorrência da HAS entre os idosos deste estudo, é uma prática comum, tendo valor subjetivo associado à cultura, à troca de informações entre hábitos distintos, bem como a fatores históricos e sociais relacionados com a população idosa do município de Boa Vista – RR.

Esta prática, entre os idosos entrevistados, baseia-se também na concepção acerca do que sejam saúde e doença, atribuída por cada indivíduo, isto é, dos fatores reais ou imagináveis relacionadas aos significados que a doença tem no contexto de vida das pessoas (RODRIGUES, 2001; MENÉNDEZ, 2009). As peculiaridades mais relevantes desta prática de saúde entre os idosos entrevistados estão arrançadas no Apêndice B.

Nesta perspectiva, a HAS é uma doença crônica que traz mudanças importantes para o estilo de vida, pois a maioria de suas intervenções de saúde, tanto farmacológicas como as não farmacológicas, envolve aspectos sociais, culturais e econômicos. Para tanto, a busca de outras formas de combate a esta doença crônica, consta assegurada a partir da criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), consideradas marcos importantes na saúde brasileira, porquanto promovem saberes e técnicas voltadas à promoção da saúde por meio da utilização de recursos além do biológicos e farmacológicos. Ainda porque, estas terapias alternativas de saúde, visam integrar com segurança a medicina popular e outras modalidades terapêuticas com a rede de atenção do SUS, contemplando alternativas terapêuticas que contemplem o indivíduo de forma integral, tanto nos aspectos de crenças, costumes e cultura, como no que se refere à garantia do acesso aos serviços de saúde.

De fato, esta pesquisa confirmou o conhecimento dos idosos, do município de Boa Vista – RR, a respeito de indicações de vegetais para o controle da doença, dos modos de preparo e consumo. Da mesma forma, certificou o cultivo dessas plantas, aqui neste contexto, pois são encontradas com facilidade e segurança nos quintais dos idosos, favorecendo constantemente o compartilhamento do conhecimento a respeito desse recurso natural.

Em grande parte, as informações colhidas junto aos participantes da pesquisa condiziam com os respaldos científicos da literatura. No entanto, ainda que menos frequente, verificou-se o uso de plantas não referenciadas na literatura, a associação da planta com medicamentos sem o conhecimento dos profissionais de saúde, e ainda o abandono da terapia farmacológica. Nestes casos específicos, identificou-se o risco de saúde relacionado à utilização de plantas medicinais, quando não usadas corretamente.

Deveras, apesar das ações do governo, no âmbito do Ministério da Saúde, para o suporte do uso de recursos populares e as terapias alternativas complementares de saúde no Brasil, notou-se, até aquele momento da coleta de dados, nos atendimentos dos centros de saúde da atenção à saúde do município de Boa Vista – RR, a não observância de oferta de serviços relacionados ao Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Portaria nº 2.960, de 09 de dezembro de 2008.

Como forma de evidências quanto ao descumprimento do programa nacional de plantas medicinais e fitoterápicos, na atenção básica de saúde, fica registrado nesta pesquisa as seguintes circunstâncias: a falta de diálogo aberto, vínculo e acolhimento com o usuário a fim de explorar quanto à utilização de outras formas de autoatenção; a carência de informações, pelos profissionais de saúde, a respeito deste recurso de saúde, a ausência de abordagens e orientações dos profissionais de saúde quanto a identificação das plantas medicinais, bem como as indicações de uso, baseada em evidências para o controle da HAS; as orientações quanto as formas de uso e associação com a terapêutica farmacológica instituída.

Tal fato constatou-se ainda, nos casos em que o recurso vegetal é utilizado sem o conhecimento dos profissionais de saúde; sem o devido ajuste com outras terapias instituídas a citar a farmacológica, a terapias alimentares, dentre outras; em casos de associação de plantas medicinais com medicamentos; de uso de plantas medicinais sem respaldo científicos, e em casos de formas de uso inaceitáveis mediante literatura. Neste aspecto, sem o devido conhecimento desta prática de saúde, estes profissionais ficam limitados em suas abordagens de orientações e de educação em saúde, restando apenas acatar o uso popular, sem contribuir com a adequação desta prática terapêutica.

Por outro lado, a não contemplação deste recurso na rede de atenção básica de saúde, torna esta situação preocupante. Eis que o município de Boa Vista – RR, localiza-se na região amazônica, na qual a relação das pessoas com os recursos naturais é tão presente, sendo que se presume ser, por esses fatores, uma das primeiras opções de enfrentamento em busca de solução ou amenização dos problemas de saúde e dos padecimentos humano.

Assim sendo, esta prática de saúde vem sendo desenvolvida no município sem o acesso seguro e eficaz ao uso das plantas medicinais pelos usuários idosos portadores de HAS, impossibilitando o objetivo elementar desta prática de saúde, que é integrar o conhecimento tradicional à rede de atenção do SUS e contribuir positivamente na saúde dos indivíduos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo esboçou o perfil do idoso, usuário da rede de atenção básica do município de Boa Vista – RR. No que se refere às características sócio-demográficas, evidenciou-se idosos na faixa etária dos 60 a 69 (41%), predominância do gênero feminino (61%), com baixa escolaridade, naturalidade do estado do Maranhão (33,3%) e de Roraima (20,2%). Destacou-se o modelo familiar tradicional (39,5%), a renda familiar de 2 a 3 salários mínimos (52,5%), e os gastos com a despesa doméstica (31,4%), compra de medicamentos (26%) e medicina privada (12,4%).

Fica registrado, neste estudo, o alto sedentarismo (76,3%), o tabagismo (39,6%) e o consumo de alimentos ricos em cloreto de sódio (31,8%) e lipídios (24,6%) entre os idosos. As cronicidades mais comuns foram as do sistema circulatório (42,9%). Neste aspecto, pode-se afirmar que há pouca adesão a um estilo de vida que beneficie a saúde destas pessoas, pois nestas circunstâncias de saúde, pressupõe haver riscos, que podem ocasionar complicações de saúde que comprometem a qualidade de vida e exigem mais atendimentos e gastos com serviços de saúde.

Um fator favorável às políticas direcionadas ao envelhecimento saudável é a implantação do Programa Saúde do Idoso e do Programa de Saúde direcionado a HAS nos centros de saúde. No entanto, apesar da maior parte dos idosos não apresentar dificuldades para obter os serviços de saúde, foram averiguadas dificuldades para agendamento de consulta e a falta de profissionais em especial dos ACS para o desenvolvimento das ações de saúde.

Fora evidenciado as orientações de uso acerca do uso dos medicamentos pelos profissionais de saúde (71,5%). No entanto, as terapias não farmacológicas não vêm sendo implementadas concomitantemente à terapia farmacológica no referido município, pois se comprovou, dentre as ações da ESF, poucas abordagens de orientação e educação em saúde direcionada a terapias alimentar, abandono do etilismo e tabagismo, e a prática de exercícios físicos e outros.

Confirmou ser o uso de plantas medicinais, um método de autoatenção para o controle da HAS, comum entre os idosos (49,2%). Certificou-se que esta prática de saúde nem sempre é devidamente informada aos profissionais de saúde que os

assistem (92%), visto que esses profissionais possuem carências de informações a respeito deste recurso de saúde. Dentre as plantas mais citadas estão: erva cidreira (36,9%), capim santo (22,8%) e o alho (11,2%). Comumente, as partes mais utilizadas foram as folhas (64,4%) e o modo de preparo, o chá (78,7%). Destacou-se ainda, o cultivo destes recursos em quintais (57,3%). De modo geral, a maioria das plantas indicadas para HAS estavam em concordância com a literatura.

Certificou-se que o Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos não é uma realidade neste município. Mediante as peculiaridades que permeiam o uso de plantas medicinais dentre os idosos, usuários da atenção básica de saúde, sugere-se à Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA uma avaliação precisa da atuação do Programa Saúde do Idoso implantado em Boa vista – RR, e a urgente implantação do Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos a fim de que seja assegurado aos idosos terapias alternativas integrativas e complementares de saúde eficazes e seguras.

Destarte, ressalta-se a importância de conhecer as formas de enfrentamento da DCNT utilizadas pelos idosos. Nestes termos, recomenda-se às ESF, a necessidade de qualificar os profissionais de saúde quanto a esta terapia de saúde e ainda, de criar meios que colaborem com a aquisição desses conhecimentos. Especificamente aos profissionais médicos e enfermeiros, a capacitação é importante, haja vista que estes prescrevem terapias farmacológicas e outros tratamentos não farmacológicas, que podem ter repercussão no processo saúde-doença dos idosos, quando associado ao uso de plantas medicinais com outras modalidades terapêuticas.

Junto à população idosa, sugere-se a formação de grupos de idosos juntamente com profissionais de saúde para facilitar o vínculo, a troca de informações pertinentes a HAS, a adoção de hábitos saudáveis para o controle da doença e para um envelhecimento saudável, a adesão a terapia farmacológica, bem como, para compartilhar saberes sobre terapias complementares, como uso de plantas medicinais, para o controle dos níveis pressóricos de forma segura e eficiente.

Por fim, este estudo fornece subsídio para futuras investigações com a intenção de avaliar a real eficácia antihipertensiva das plantas medicinais encontradas, assim como seus possíveis efeitos tóxicos, mecanismos de ação e outros estudos *in vivo* e *in vitro*.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. S. et al. Atividade antimicrobiana de *Lippia alba* (Mill.) N. E. Brown (Verbenaceae). **Revista Brasileira de Farmacognosia**, João Pessoa, v. 18, n. 3, p. 436-440, set. 2008.
- BADKE, M.R. et al. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**. Florianópolis: v. 21, n.2, p. 363-70, 2012.
- BALBINOT, S.; VELASQUEZ, P. G.; DUSMAN, E. Reconhecimento e uso de plantas medicinais pelos idosos do Município de Marmeleiro - Paraná. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v. 15, n. 4, supl. 1, 2013.
- BOA VISTA. Secretaria Municipal de Saúde. Regulamenta a organização da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Boa Vista-RR e dá outras providencias. Portaria nº114/2012 de 30 de maio de 2012. **Diário Oficial do Município de Boa Vista**. Disponível em: <http://www.boavista.rr.gov.br/ArquivosDinamicos/2012/07/20072012104438963_1.pdf> Acesso em: 04 jun. 2013.
- BOA VISTA. Lei nº 917, de 27 de outubro de 2006. **Cria o Conselho Municipal de Saúde**. Câmara Municipal de Boa Vista. Disponível em: <<http://consultaboavista.siscam.com.br/>> Acesso em: 04 jun. 2013.
- BOA VISTA. Lei nº 986, de 18 de outubro de 2007. **Determina que todas as consultas médicas e exames de saúde da rede pública municipal sejam realizados no prazo máximo de 07 (sete) dias, quando paciente tiver idade igual ou superior a 65 (sessenta e cinco) anos**. Câmara Municipal de Boa Vista. Disponível em: <<http://consultaboavista.siscam.com.br/>> Acesso em: 04 jun. 2013.
- BONFIM, M. G. et al. Idosos em Boa Vista: análise social/2000. **Revista Textos & Debates**, Boa Vista, v. 1, n. 7. p. 44 – 57, 2004.
- BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **EAD/ENSP / Fundação Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.extranet.ead.fiocruz.br/criacao/id/livro_saude_idoso.pdf> Acesso em: janeiro 2014.
- BRANDÃO, M. G. L. Plantas úteis nativas do Brasil na obra dos naturalistas. **Horticultura Brasileira**. Brasília, v. 28, n. 2, jun. 2010.
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: maio de 2012.

_____. IPEA – Instituto de Pesquisa Aplicada. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: <http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf>. Acesso em: janeiro de 2013.

_____. Lei nº 8.842 de 04 de Janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso.** Disponível em: < HTTP: //www.jusbrasil.com.br/legislacao/ anotada> Acesso em: maio de 2012.

_____. Lei Nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>Acesso em: maio de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos 2007.** Disponível em:<http://www.mda.gov.br/sitemda/sites/sitemda/files/user_arquivos_64/Programa_Nacional_de_Plantas_Medicinais_e_Fitoter%C3%A1picos..pdf> Acesso em: abril 2013.

_____. Ministério da Saúde. Decreto Nº 5. 813 de 22 de junho de 2006a. **Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências.** Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decretofitoterapicos.pdf>> Acesso em: abril 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006b. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>> Acesso em: janeiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde 2006c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>Acesso em: janeiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde 2006d. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>> Acesso em: janeiro de 2013.

_____. **Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos 2012.** Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>> Acesso em: fevereiro 2013.

_____. **Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa 2006e.** Disponível em: <http://www.medlearn.com.br/ministerio_saude/atencao_basica/cadernos_atencao_basica_19_envelhecimento_saude_idoso.pdf> Acesso em: março 2013.

_____. **Caderno de Atenção Básica Hipertensão arterial 2013a.** Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf > Acesso em: março 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf> Acesso em: julho 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2011. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/farmacopeiabrasileira/conteudo/Formulario_de_Fitoterapicos_da_Farmacopeia_Brasileira.pdf>. Acesso em: maio 2013.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em outubro de 2014.

_____. Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012. **Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004_19_07_2012.html>. Acesso em outubro 2014.

_____. Portaria Nº 1.412, de 10 de Julho de 2013. **Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/legislacoes-recentes/legislacoes/gm/119734-1412.html>> Acesso em: dezembro 2013.

_____. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Atlas de Desenvolvimento Humano Brasileiro**. Brasília: PNUD, IPEA, 2013b. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-brasileiro-atlas-2013.pdf>>. Acesso em: maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em junho de 2014.

BRITO, M. C.C. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, v.16, n. 3, pp.161-178. Jun. 2013.

CAETANO, J. A. et al. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p.327-335, abr./jun. 2008.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.773-781, mai./jun. 2003.

CESAR, J. A. et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, Agos. 2008.

COSTA, J. R.; MITJA, D. Uso dos recursos vegetais por agricultores familiares de Manacapuru (AM). **Acta Amazônica**, Manaus, v. 40,n. 1. p. 49-58, março 2010.

COSTA, M. F. F. L. et al. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 18-26. nov. 2009.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, set. 2012.

ESPERANDIO, E. M. et al. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.481-493, set. 2013.

FEIJÓ, A.M. et al. Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v.14, n.1, p.50-56, 2012.

FERREIRA, L. O. O desenvolvimento Participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. **Saúde e Sociedade**. [online]. São Paulo, v. 21, n. 4, p. 265-277, maio, 2012.

FERREIRA, C. C. C.et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 5, p. 621-628, out. 2010.

FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.; UCHÔA, E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Revista Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1029-1040, julho-agosto, 2004.

FRANÇA, I. S. X. et al. Medicina Popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Campina Grande. Paraíba: v. 61, n. 2. p. 201-208, mar/abr, 2008.

FREITAS, E. V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GASPARRI, S. **Estudo da atividade antioxidante mutagênica/antimutagênica induzida pelo extrato vegetal da *Costus***. 2005. 78p. Dissertação (Mestrado – Área de concentração em Diagnóstico Genético e Molecular) - Universidade Luterana do Brasil, Canoas. Disponível em:

< http://www.esalq.usp.br/siesalq/pm/tese_susana.pdf > Acesso em: janeiro 2014.

GOTTLIEB, M. G. V. et al. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 365-380, junho 2011.

GUIMARÃES, M. C. et al. Estruturação de base de dados sobre a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos para o apoio à gestão estratégica e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Fundação Oswaldo Cruz. **Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2738/3/Relatorio_Fito_final.pdf> Acesso em: janeiro 2014.

HAERSER, L. M.; BUCHELLE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620. Maio, 2012.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5ª Edição. Rio Grande do Sul, Porto Alegre: Artmed, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: Brasil 2010**. Brasília: 2011. Disponível em: <[HTTP://www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acesso em maio 2012.

_____. **Síntese de indicadores sociais: Brasil 2012**. Brasília: 2011. Disponível em: <[HTTP://www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acesso em maio 2012.

_____. **Síntese de indicadores sociais: estimativas da População, para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2014.** Rio de Janeiro; 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=98&data=28/08/2014>> Acesso em: setembro 2014.

JUNIOR, C. S.D.; COSTA, C. S.; LACERDA, M. A. O Envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, abril, 2006.

KLASSA, B. et al. Avaliação do efeito do alho (*Allium sativum* L.) sobre o colesterol plasmático em coelhos com hipercolesterolemia induzida. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v. 15, n. 4, fev. 2013.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 27, n. 1, jan/abr. 2012.

LEITE, M. T. et al. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 64-71, dez. 2012.

LIMA-COSTA, M. F. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHOA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 745-757, jan/jun, 2003.

LIMA, T. A. S.; MENEZES, T. M. O. Investigando a produção do conhecimento sobre a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 64. n.4. p.751-758. jul./ago. 2011.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 89-99, set. 2008.

LUZ, F. J. F. Plantas medicinais de uso popular em Boa Vista, Roraima, Brasil. **Horticultura Brasileira**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 88-96, mar. 2001.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Consulta de Enfermagem: análise das ações junto a programa de Hipertensão arterial, em Fortaleza. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo: v.11, n. 2, p.207-14, mar/abril, 2003.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C. Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde: Diagnósticos, instrumentos e intervenções. **Banco Interamericano de Desenvolvimento**, 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Publica%C3%A7%C3%A3o-BID.pdf>>. Acesso em: janeiro 2014.

MADALENO, I. M. **Plantas da medicina popular de São Luís, Brasil**. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas, Belém, v. 6, n. 2, p. 273-286, maio/ago. 2011.

MALIK, M. N. H. et al. Phytochemical Analysis and Cardiac Depressant Activity of Aqueous Methanolic Extract of *Morus nigra* L. Fruit. **Journal of Applied Pharmaceutical Science**. v. 2, n. 12, p.39-41, Dec. 2012.

MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.22, n.1, mar. 2013.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1ª. ed. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012. 512p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf> Acesso em: junho2013.

MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, Saberes e Estruturas**: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

MAYNARD, L. G. **Efeitos cardiovasculares do óleo essencial de *Lippia alba* (MILL) N.E. brown. (erva cidreira brasileira) em ratos**. Tese de Mestrado do Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, 2011. Disponível em: <http://bdt.d.ufs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=480> Acesso em: janeiro 2014.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. **Resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196/96.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html> Acesso em: janeiro 2013.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_esp_anhol.pdf>. Acesso em: junho 2013.

_____. DATASUS. **Indicadores e Dados Básicos-Brasil-2012.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>> Acesso em: outubro 2014.

NICOLETTI, M. A. et al. Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos. **Infarma.** São Paulo, v.19, n. ½, p. 32-50, 2007.

OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L. Plantas Medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Goiânia, v. 9, n. 1. p.93-105, jan/abr. 2007.

OLIVEIRA, A.C.B. et al . Avaliação toxicológica pré-clínica do chá das folhas de *Morus nigra* L. (Moraceae). **Revista Brasileira de Plantas Medicinai**s. Botucatu, v. 15, n. 2, p. 244-249, Nov..2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Wold Population Ageing 2014. **Ageing well must be global priority, warns UN health agency in new study.** Disponível em: < <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=49275#.VGzEPMImDIh> >. Acesso em: novembro 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais e ação: relatório mundial. **Organização mundial de saúde**—Brasília, 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf?ua=1>. Acesso em: dezembro 2013.

PADILHA, M. M.et al. Antiinflammatory properties of *Morusnigra* leaves. **Phytotherapy Research.** v. 24, n. 10, p. 1496–1500, Oct. 2010.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-391, jun. 2005.

PÉRES, D. S; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 37, n. 5, p:635-42. 2003.

PEREZ, I. U. **Uso dos recursos naturais vegetais na Comunidade Indígena Araçá, Roraima.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-graduação em Recursos Naturais. Boa Vista, 2010. Disponível em:

<http://www.btdt.ufrr.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=51> Acesso em: outubro, 2014.

PRADO, S.D.; SAYD, J. D.A pesquisa sobre envelhecimento no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. **Revista de Ciências da Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1. p.57-58, 2004.

RAMOS, U. F.; SOLEDADE, S. C.; BAPTISTA, E. R. Utilização de plantas medicinais pela comunidade atendida no programa saúde da família da Piraja, Belém, PA. **Infarma**, v.24, nº 5/6, p. 10-18, 2011.

REZENDE, H. A.; COCCO, M. I. M. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 228-8, set. 2002.

RIBAS, C.; OLIVEIRA, K. R. Prescription medicine profile to elderly in a Basic Health Unit of the city of Ijuí, Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1,p. 99-114, mar. 2014.

RIBEIRO, G. D. Algumas espécies de plantas reunidas por famílias e suas propriedades. Porto Velho, RO: **Embrapa**. Rondônia, 2010. Disponível em: <http://www.cpafrro.embrapa.br/media/arquivos/publicacoes/livro_plantastropicais-2.pdf>. Acesso em: maio 2014.

RODRIGUES, A. G. Buscando raízes. **Revista Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, v. 7 n.16, p. 131-144. Dez. 2001.

ROMAN, A. L. C.; SANTOS, J. U. M. S. A importância das plantas medicinais para a comunidade pesqueira de Algodão. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**. Ciências Naturais, Belém, v. 1, n. 1, p. 69-80, jan./abr. 2006.

SANTOS, F. S. D. Tradições populares de uso de plantas medicinais na Amazônia. **Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.6 (suplemento), p. 919-939, set. 2000.

SANTOS, M. R. A.; LIMA; M. R.; FERREIRA, M. G. R. Uso de plantas medicinais pela população de Ariquemes, em Rondônia. **Horticultura Brasileira**, v. 26, n. 2, p 244-250, abr./jun. 2008.

SANTOS, M. R. A.; LIMA, M. R. Levantamento dos recursos vegetais utilizados como fitoterápicos no Município de Cujubim, Rondônia, Brasil: **Embrapa**. Porto Velho, Rondônia, 2009. Disponível em: http://www.cpafrro.embrapa.br/media/arquivos/publicacoes/62_recursosvegetais_fitoterapia.pdf. Acesso em: março 2013.

SANTOS, T. R. A. et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 94-103, fev. 2013.

SIVIERO, A. et al. Plantas medicinais em quintais urbanos de Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**. Botucatu, v.14, n.4, p.598-610, maio, 2012.

SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, fev. 2010.

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. mar. 2005.

SILVA, R. B. L. **A etnobotânica de plantas medicinais da comunidade quilombola de Curiaú**, Macapá-AP, Brasil. 2002. Dissertação (Mestrado em Agronomia) – Faculdade Federal Rural da Amazônia, Belém, 2002. Disponível em: <http://www.iepa.ap.gov.br/arquivopdf/etnobotanica_de_plantasmedicinaisd_o_Curiau.pdf>. Acesso em: março 2014.

SILVA, D. M. G. V. et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde**. Florianópolis SC: Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. Disponível em: <https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11071/mod_resource/content/3/Modulo5_DoencasCronicas.pdf>. Acesso em: novembro 2013.

SINGI, G. et al. Efeitos agudos dos extratos hidroalcoólicos do alho (*Allium sativum* L.) e do capim-limão (*Cymbopogon citratus* (DC) Stapf) sobre a pressão arterial média de ratos anestesiados. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, João Pessoa, v. 15, n.2, p.94-97, abr./jun. 2005.

SCHWAMBACH, K. H. **Utilização de plantas medicinais e medicamentos no autocuidado no município de Teutônia**, 2007. 98p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10381/000597945.pdf?sequence=1>> acesso em março de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol., 2010; v. 95, (1 supl.1): p. 1-51. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf> Acesso em: abril 2013.

SANTOS, A. et al. Determinação do rendimento e atividade antimicrobiana do óleo essencial de *Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf em função de sazonalidade e consorciamento. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, João Pessoa, v. 19 n. 2, p. 436-441, abr./jun. 2009.

SILVA, F. L. A.; OLIVEIRA, R. A. G.; ARAÚJO, E. C. Use of medicinal plants by the elders at a family's. **Revista de Enfermagem UFPE [On Line]**. Pernambuco: v. 2, n., p. 9-16, jan./mar. 2008.

SOUSA, S. M. **Bandeamento cromossômico em *Lippia alba***. 2006. 65p. Dissertação (Mestrado em Genética e Melhoramentos de Plantas) – Universidade Federal de Lavras. Minas Gerais, 2006. Disponível em: <http://repositorio.ufla.br/bitstream/1/1587/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O_Bandeamento%20cromoss%C3%B4mico%20em%20Lippia%20alba.pdf>. Acesso em: junho 2012.

TAVARES, I. B. **Propagação vegetativa, adubação orgânica e idades de colheita de quimitipos de erva-cidreira [Lippia Alba (Mill.) N. E. Brown]**. 2009. 85p. Tese de Mestrado em Produção Vegetal da Universidade Federal do Tocantins. GURUPI – TO, 2009. Disponível em: <<http://www.site.uft.edu.br/producaovegetal/dissertacoes/lane%20Brito%20Tavares.pdf>>. Acesso em: janeiro 2014.

TOMAZZONI, M. I.; NEGRELLE, R. R. B.; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 115-121, fev. 2006.

TORRES, A.R. et al. Estudo sobre o uso de plantas medicinais em crianças hospitalizadas da cidade de João Pessoa: riscos e benefícios. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, João Pessoa, v. 15, n. 4, p. 373-380, out/dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2005000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: julho 2013.

VALE, A. L.; LIMA, L. C.; BONFIM, M. G. Século XX: 70 anos de migração interna no Brasil. **Revista Textos e Debates**. Boa Vista, v. 1, n. 7. p. 22-43, 2004.

VEIGA JUNIOR, V. F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, João Pessoa, v. 18, n. 2, p. 308-313, abr/jun. 2008.

VENTURI, I. et al. Identificação da área de influência do serviço de atenção básica do sistema público de saúde à população idosa, município de Viçosa-MG. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1304-2008, jul/ago. 2008.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, Jan. 2012.

VIANA, G.S.B. et al. Antinociceptive effect of the essential oil from *Cymbopogon citratus* in mice. **Original Research Article Journal of Ethnopharmacology**, v. 70, n. 3, p. 323-7, jul. 2000.

VICTOR, J. F. et al. Perfil sócio demográfico e clínico de idoso atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 49-54, abr/ago. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE B

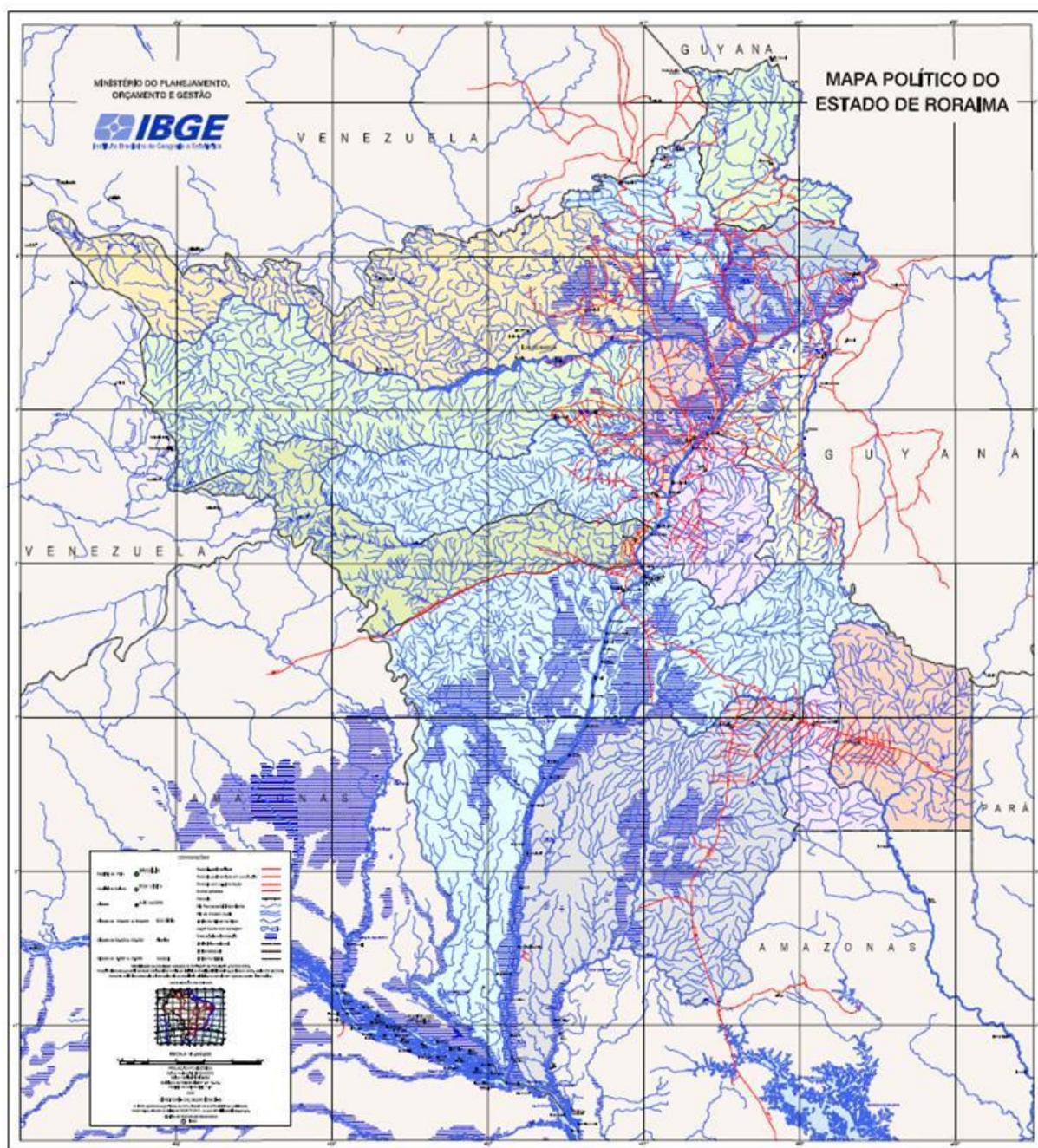
Tabela 3 – Distribuição das plantas medicinais utilizadas por idosos hipertensos dos Centros de Saúde 31 de Março, Caranã e Equatorial de acordo com nome popular e científico, número de identificação do Herbário, indicação popular, parte da planta utilizada, modo de preparo e frequência de uso e associação à medicação.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO

ANEXO

ANEXO A

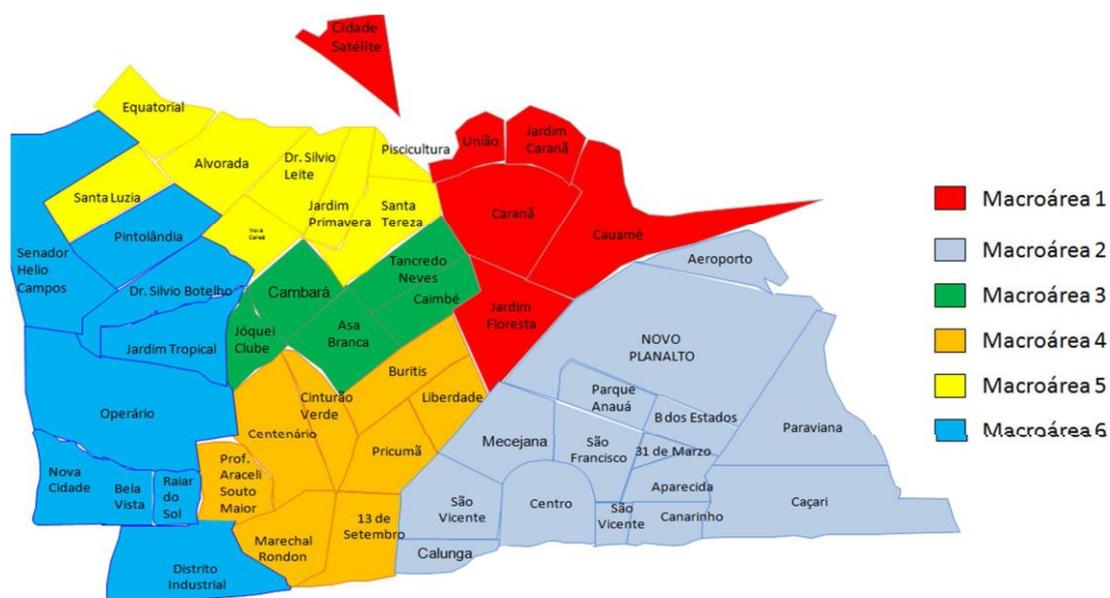
Figura 29 – Mapa do estado de Roraima



Fonte: IBGE, 2010.

ANEXO B

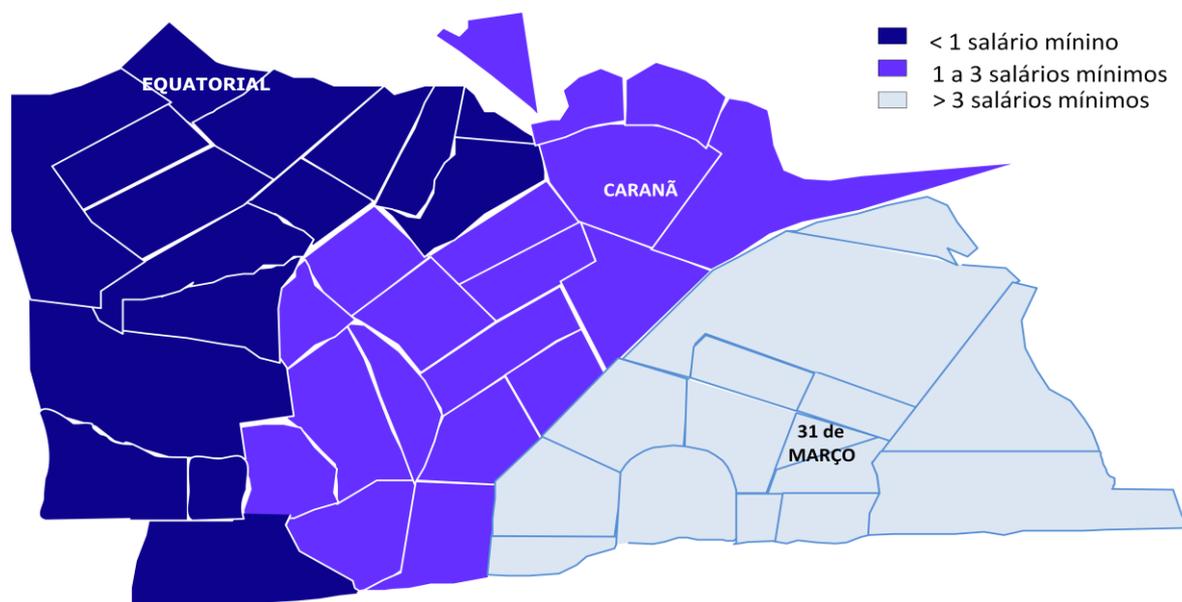
Figura 30 – Arranjo da Rede de Atenção à saúde do município de Boa Vista - RR



Fonte: BOA VISTA/SEMSA, 2013.

ANEXO C

Figura 31 - Mapa da Renda Nominal Média Município de Boa Vista dividido em Macroáreas.



Fonte: IBGE (2010).

ANEXO D – Parecer consubstanciado do CEP

