

MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA MOTA

REDUÇÃO DO NÍVEL PRESSÓRICO EM PACIENTE COM HIPERTENSÃO: UMA  
CARTILHA EDUCATIVA

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA MOTA

REDUÇÃO DO NÍVEL PRESSÓRICO EM PACIENTE COM HIPERTENSÃO: UMA  
CARTILHA EDUCATIVA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: MSc. Cláudia Rhinow Humphreys

FLORIANOPOLIS (SC)

2014

## FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado REDUÇÃO DO NÍVEL PRESSÓRICO EM PACIENTE COM HIPERTENSÃO: UMA CARTILHA EDUCATIVA da autoria da aluna MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA MOTA foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADO no Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis

---

Profa. MSc. Cláudia Rhinow Humphreys  
Orientadora em Monografia

---

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Curso

---

Profa. Dra. Flavia Regina Souza Ramos  
Coordenadora de Monografia

FLORIANOPOLIS (SC)

2014

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	07
3 MÉTODO.....	10
4 RESULTADO.....	11
4.1 MANUAL DE ORIENTAÇÃO.....	12
4.2 CARTILHA EDUCATIVA.....	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

## RESUMO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis são causa importante de morte no Brasil, principalmente nos grandes centros urbanos. Existem inúmeros fatores de risco relacionados a estes tipos de doenças, cuja remoção, ou atenuação, pode contribuir para o declínio da mortalidade e melhoria da qualidade de vida da população. o presente estudo teve como objetivo elaborar uma cartilha educativa voltada a pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica a partir do Projeto QUALIVIDA. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, caracterizado como tecnologia de concepção, que ocorreu em duas etapas: 1ª etapa) pesquisa bibliográfica sobre hipertensão arterial sistêmica e projeto QUALIVIDA e 2ª etapa) elaboração de uma cartilha educativa voltada para portadores de HAS. O programa QualiVida que vem mostrando diariamente aos servidores da secretaria a necessidade do controle das doenças crônicas visando a redução da morbimortalidade, de suas consequências e diminuindo ou extinguindo os fatores de risco em pacientes hipertensos. Com base nesse trabalho e a elaboração da cartilha, vamos continuar a utilizar tecnologias de cuidados e educação com outros servidores que queiram participar dos grupos. O controle das doenças é essencial para melhorar a qualidade de vida, oportunidade de prolongar seu tempo vital refletindo na sua expectativa de vida, através de medidas preventivas e educativas como atividade física, alimentação saudável, uso correto da medicação quando indicado.

**PALAVRAS CHAVES:** Doenças Crônicas não Transmissíveis, Estilo de Vida, Hábitos Saudáveis

## 1 INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado da Educação do Estado de Sergipe, através do Departamento de Recursos Humanos, cria a Rede de Programas QualiVida, constituindo uma rede de Programas com ações continuadas e inovadoras voltadas para a Qualidade de Vida dos servidores da Rede Estadual de Ensino, pautado em três eixos: prevenção, valorização e integração. A Rede QualiVida otimiza ambientes favoráveis à harmonia entre o corpo e mente, por meio de atividades físicas, saúde mental, saúde preventiva e integração dos servidores (PROJETO QUALIVIDA-SEED, 2007).

O Programa iniciado em julho de 2007, foi composto por um conjunto de ações que prioriza o indivíduo em sua totalidade, respeitando suas características pessoais, levando-os a buscar através da conscientização e mobilização um estilo de vida saudável e motivando a qualidade de vida no trabalho, na família e na sociedade (PROJETO QUALIVIDA-SEED, 2007).

Os três núcleos de suporte do Programa são: Núcleo de Saúde QualiVida, Núcleo de Ginástica Laboral e Práticas Esportivas são compostos por uma equipe multidisciplinar, técnico de enfermagem, enfermeiro, educador físico, médico, psicólogos, nutricionista, massoterapeutas e fonoaudiólogos (PROJETO QUALIVIDA-SEED, 2007).

O Núcleo de Saúde QualiVida, espaço de acolhimento do servidor, iniciou o programa com a realização da avaliação dos 862 servidores na sede da secretaria, através do preenchimento de um questionário com perguntas e resposta sobre hábitos de vida saudável e avaliação antropométrica, onde foram identificados servidores hipertensos, diabéticos, sedentários, com sobrepeso, obesidade grau I, II e III (PROJETO QUALIVIDA-SEED, 2007).

Após essa avaliação foram realizadas várias atividades voltadas especialmente para grupos de hipertensos, diabéticos de pessoas com Índice de Massa Corporal (IMC), tendo acompanhamento diário no núcleo de saúde QualiVida com o monitoramento da pressão arterial e glicemia e encaminhamentos a outros profissionais de acordo com a necessidade. Trabalhou-se dentro do calendário de saúde com ações pontuais e continuadas (PROJETO QUALIVIDA-SEED, 2007).

As doenças crônicas como a diabetes e hipertensão são os maiores desafios dentro do núcleo de saúde pela sua importância social e por ser uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo e suas consequências podem ser evitadas desde que controladas, através de uma mudança no estilo de vida (PROJETO QUALIVIDA-SEED, 2007).

Diariamente no nosso núcleo chegam servidores com crise de hipertensão por nível de stress elevado por conta do trabalho ou uso inadequado da medicação anti-hipertensiva, sedentarismo e dieta inadequada, além dos incluídos dentro da faixa etária onde ocorre maior risco de desenvolver hipertensão.

A hipertensão acontece quando as artérias sofrem algum tipo de resistência, perdendo a capacidade de contrair e dilatar, ou então quando o volume sanguíneo se torna muito alto, exigindo uma velocidade maior para o sangue circular nas artérias.

A Hipertensão é uma das doenças crônicas que mais acomete os servidores da Secretaria, realidade vivenciada diariamente no núcleo de acolhimento, onde são realizados monitoramento da pressão arterial desses servidores, seja por apresentar alguma sintomatologia ou para controle do uso de medicação ou por pertencer ao grupo de risco de desenvolver hipertensão. É nesse momento que deve-se aproveitar para realizar as orientações individuais, identificar servidores hipertensos e inserir nos grupos terapêuticos e encaminhá-los para avaliação clínica, nutricional, antropométrica e atividades físicas. Portanto, esse trabalho tem como justificativa, a conscientização do servidor em relação ao acometimento da sua doença.

Hipertensão é uma doença crônica, não tem cura, mas tem controle desde que sejam observados cuidados na manutenção do peso ideal, através da introdução de hábitos saudáveis. Essas situações provocam alterações no cotidiano das pessoas envolvendo a compreensão de que exigem incorporação de estratégias obrigatórias para diminuir, ou evitar riscos e complicações decorrentes da condição crônica.

A doença crônica leva a mudanças importantes na vida familiar que podem muitas vezes ser permanentes. Ocorrem perdas de ordem sociais econômicas e pessoais. A necessidade de mudar o estilo de vida, os fatores culturais e as atividades do cotidiano, em função dos hábitos de vida saudáveis são importantes para prevenir possíveis complicações da doença crônica (FREITAS et al., 2007).

Doença crônica é vista como algo ruim que provoca alterações, transtornos na vida, como limitação, inabilidade, disfunções orgânicas e corporais. A complexidade dos problemas da vida de pacientes com doença crônica tem levado aos governantes a estudar o impacto e as consequências dessa doença nas condições de saúde da população.

Tendo em vista o contexto supracitado, o presente estudo teve como objetivo elaborar uma cartilha educativa voltada a pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica a partir do Projeto QUALIVIDA.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os cuidados integrais com a saúde implicam ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e fatores de risco e, depois de instalada a doença o tratamento adequado dos doentes. E já mencionado há muitos anos, que “Saúde é um direito de todos, garantido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade (BUSS, 2003, p.1)”.

Saúde e qualidade de vida são dois temas estreitamente relacionados. Promover a saúde é promover a qualidade de vida. A conferência Internacional sobre promoção em saúde, realizada em Ottawa no Canadá, em 1986 que estabeleceu uma série de princípios éticos e políticos, definindo os campos de ação. De acordo com esse documento, promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (CARTA DE OTTAWA, 1998).

Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social. A saúde portanto, é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. (BUSS, 2003).

A saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além do estilo de vida saudável, na direção de um bem estar saudável (HAESER, BÜCHELE, BRZOZOWSKI, 2012).

Para atenção da saúde, será necessária utilizar e integrar saberes e práticas reunidas em compartimentos isolados: atenção médico hospitalar; programas de saúde pública; vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, educação para a saúde etc. Com ações extra setoriais em distintos campos como água, esgoto resíduos, drenagem urbana, e também na educação, habitação, alimentação e nutrição, dirigir esses saberes e práticas integradas a um território peculiar (BUSS, 2003).

Promoção de saúde significa então a construção de políticas públicas saudáveis, por meio de: criação de ambientes favoráveis, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades de autocontrole e autonomia pessoal, e reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986).



A reorientação da saúde se dá movendo-se o papel do setor saúde no sentido da promoção, tornando necessário políticas públicas saudáveis sejam colocadas na agenda dos formuladores de políticas (RABELLO, 2004).

O Controle das doenças crônicas é um desafio para os profissionais de saúde, levando em consideração todas as variáveis que interferem em seu controle.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRANDÃO et al., 2010).

A hipertensão tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico – AVE e 4% por doença isquêmica do coração – DIC) sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil as DCV têm sido a principal causa de morte (BRANDÃO et al., 2010).

Para redução dos níveis pressóricos a decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e ou doença cardiovascular estabelecida e não apenas no nível de PA (BRANDÃO et al., 2010).

O estilo de vida da população representa um importante papel na alta prevalência da hipertensão. Existem alguns fatores nutricionais que podem afetar a pressão arterial como: obesidade e ingestão energética, ingestão de gorduras, sódio, potássio e fibras dietéticas, consumo de bebidas alcoólicas. A obesidade pode aumentar diretamente a pressão arterial, sendo os indivíduos obesos mais suscetíveis ao aumento de pressão (COSTA, 2013).

A justificativa para intervenções em pessoas com esses níveis de PA baseia-se no fato de que metade do ônus atribuível ocorre para pressões sistólicas entre 130 e 150 mmHG, isto é incluindo o comportamento limítrofe de PA (Grau B) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Uma importante consideração a ser feita é que nessa faixa de PA há uma grande parcela de indivíduos com doença cardiovascular e renal estabelecida, além de boa parte de indivíduos com diabetes, doença renal, múltiplos fatores de risco cardiovascular e síndrome metabólica. Assim parece pertinente que esses indivíduos recebam tratamento medicamentoso. A instituição precoce do tratamento medicamentoso visa a proteção dos

órgãos alvos; redução do impacto causado pela presença de fatores de risco associados e da progressão do processo aterosclerótico. Modificações do estilo de vida podem se refletir no retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe. Tem também impacto favorável nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravos da hipertensão (grau B) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Assim deve ser indicado indiscriminadamente. O período de tempo recomendado para as medidas de modificações de estilo de vida isoladamente em pacientes hipertensos e naqueles com comportamento limítrofe de pressão arterial com baixo risco cardiovascular, é de no mínimo 06 meses. Caso o paciente não esteja respondendo a essas medidas após três meses, uma nova avaliação em 06 meses deve ser feita para confirmar o controle da PA. Se esse benefício não for confirmado, já está confirmado o tratamento medicamentoso em associação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

E pacientes com risco médio, alto e muito alto, independente da PA deve ser combinado (medicamentoso e não medicamentoso) para se atingir a meta preconizada o mais precocemente. Novos estudos não demonstram haver benefícios com redução mais intensa da PA como se julgava anteriormente (grau A) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos; médicos, enfermeiros, técnica de enfermagem, nutricionista, psicólogos, profissionais de educação física, agentes comunitários de saúde, farmacêuticos. Como a hipertensão arterial sistêmica é uma síndrome clínica multifatorial contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível (MINAYO, 2011).

### 3 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, caracterizado como tecnologia de concepção, que ocorreu em duas etapas: 1ª etapa) pesquisa bibliográfica sobre hipertensão arterial sistêmica e projeto QUALIVIDA e 2ª etapa) elaboração de uma cartilha educativa voltada para portadores de HAS. A primeira etapa do estudo subsidiaria a segunda etapa: elaboração da cartilha e estará descrito na fundamentação teórica dessa monografia.

O estudo descritivo é aquele em que realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. O estudo exploratório, por sua vez, é aquele que estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses. A pesquisa bibliográfica tem como objetivo explorar e investigar as dimensões do fenômeno investigado e interpretar os fatores com os quais ele se relaciona (MARTINS, 2006).

O estudo não precisou passar por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos visto tratar-se de pesquisa bibliográfica de acesso a fontes públicas e não envolver diretamente a participação de seres humanos.

## 4 RESULTADO

Utilizando o recurso da Tecnologia do Cuidado em todas as suas formas de atuação, observou-se que, houve uma melhora considerável nos níveis pressóricos do paciente após ser orientado a aderir o tratamento para melhor obtenção de resultados; a usar medicação nos horários certos, utilizando tecnologia existente, ou seja, colocando alarme em seu celular para alertar os horários; início das atividades físicas; introdução da dieta saudável; comparecer às sessões de terapia com a psicóloga. Por tratar-se de um paciente com nível de estresse elevado, pode ocorrer sempre alteração da PA, e esse é um ponto importante a ser considerado.

Os controles das doenças crônicas são importante com a mudança no estilo de vida: a participação da equipe interdisciplinar, do paciente, família e colegas de trabalho. Na avaliação antropométrica foram reduzidos o IMC e as medidas das circunferências, passando da condição de sobrepeso para eutrófico.

A prática regular de atividade física tem sido considerada uma importante terapia não medicamentosa de hipertensão arterial sistêmica (HAS), por provocar diminuição crônicas nos níveis tensionais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Nos últimos anos a literatura tem mostrado que mesmo uma sessão de exercício físico pode provocar diminuição da pressão arterial (PA) (PESCATELLO et al; 2004).

Esta queda denominada hipotensão pós exercício (HPE) pode manter-se por alguns minutos ou mesmo em 24 horas sendo portanto, um fenômeno de relevância clínica. Tem sido observada HPE; principalmente em indivíduos hipertensos. Em relação a indivíduos normotensos a literatura ainda é controversa. A inconstância nos resultados pode ser pela presença de fatores intervenientes tais como sexo, etnia, idade, tipo de população, estado clínico ou mesmo o nível de atividade física (CASONATTO; POLITO, 2009)

Quanto a atividade física o que podemos considerar é que ela é um dos fatores importantes na redução da pressão. A atividade física é recomendada segunda a revista brasileira de hipertensão para prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HA). A prática regular de atividades físicas reduz aproximadamente 30% de risco de desenvolvimento da H.A, além disso ajuda no controle.

O treinamento aeróbico reduz a pressão arterial (PA) clínica sistólica/diastólica de hipertensos cerca de 7/5 mmHg, além de diminuir a PA de vigília em situações de estresse físico aeróbico e mental.

Dessa forma para prevenção e tratamento de H.A, caso não existe contra indicação, recomenda-se que todo indivíduo adulto pratique pelo menos 30 minutos de atividade física aeróbica moderada (andar, correr, pedalar ou nadar). Para um benefício mais específico nos hipertensos, recomenda-se a execução de treinamento aeróbico, que pode pelo menos três vezes por semana 30 minutos e em intensidade leve a moderada (40% a 60% de frequência cardíaca) (DIPPE JR, 2013).

A terapia individual realizada pela psicóloga. Tem o objetivo de fazer com que o paciente compreenda sua condição crônica dentro do contexto saúde, vinculando a relação entre as pessoas e o meio ambiente e determinando suas necessidades, visão de mundo e orientação de vida.

Vários estudos apontam que a reatividade cardiovascular do paciente com hipertensão, em situações de tensão interpessoal, varia em função do nível de stress em que se encontra também das suas características de personalidade. As manifestações emocionais como depressão e ansiedade, são fatores de risco para hipertensão arterial. Recomenda-se que todo hipertenso faça acompanhamento psicológico, para uma melhor modulação da reatividade cardiovascular em momentos de estresse emocional. Estes tratamentos auxiliam na reestruturação do modo de pensar e conduzem a uma mudança estável e duradoura do estilo de vida, mais compatível com o autocuidado necessário no manejo de doenças crônicas.

#### 4.2 MANUAL DE ORIENTAÇÃO

<b>Controle de Peso</b>
A relação entre o aumento de peso e da pressão arterial é quase linear, sendo observado em adultos e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com redução de PA e melhora das alterações metabólicas associadas. Assim as metas antropométricas a serem alcançadas são índice de massa corpórea IMC menor que 25 kg/m <sup>2</sup> e a circunferência abdominal < 102 para homens e 88 para as mulheres.
<b>Adesão ao Tratamento</b>
O sucesso do tratamento depende fundamentalmente da mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável.
<b>Estilo Alimentar</b>
A dieta mostrou benefícios no controle da pressão arterial inclusive em hipertensos fazendo

uso de anti-hipertensivos. Enfatiza o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado e derivados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio, magnésio. Associada a redução do consumo de sal mostra benefícios ainda mais evidentes, sendo, portanto recomendados a hipertensos.

#### Atividade Física

A prática regular de atividade física tem sido considerada uma importante terapia não medicamentosa de hipertensão arterial sistêmica (HAS), por provocar diminuição crônicas nos níveis tensionais. Nos últimos anos a literatura tem mostrado que mesmo uma sessão de exercício físico pode provocar diminuição da pressão arterial (PA). Esta queda denominada hipotensão pós exercício (HPE) pode manter-se por alguns minutos ou mesmo em 24 horas sendo portanto, um fenômeno de relevância clínica. Tem sido observada HPE; principalmente em indivíduos hipertensos. Em relação a indivíduos normotensos a literatura ainda é controversa. A inconstância nos resultados pode ser pela presença de fatores intervenientes tais como sexo, etnia, idade, tipo de população, estado clínico ou mesmo o nível de atividade física.

#### Abordagem multidisciplinar

A Equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos; médicos, enfermeiros, técnica de enfermagem, nutricionista, psicólogos, profissionais de educação física, agentes comunitários de saúde, farmacêuticos. Como a hipertensão arterial sistêmica é uma síndrome clínica multifatorial contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível.

#### Cuidados integrais

Promoção de saúde significa então a construção de políticas públicas saudáveis, por meio de: criação de ambientes favoráveis, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades de autocontrole e autonomia pessoal, e reorientação dos serviços de saúde.

#### Terapia medicamentosa

O período de tempo recomendado para as medidas de modificações de estilo de vida isoladamente em pacientes hipertensos e naqueles com comportamento limítrofe de pressão arterial com baixo risco cardiovascular, é de no mínimo 06 meses. Caso o paciente não esteja respondendo a essas medidas após três meses, uma nova avaliação em 06 meses deve ser feita para confirmar o controle da PA. Se esse benefício não for confirmado, já está confirmado o tratamento medicamentoso em associação.

	CATEGORIA	CONSIDERAR
	Hipertensos estágio 1 e 2 com risco cardiológico baixo e médio	< 140\90 mmHG
	Hipertenso e comportamento limítrofe com risco cardiológico alto e muito alto, com 03 ou mais fatores de risco Diabetes Mellitus (DM), Síndrome Metabólica (SM) e Lesão em órgãos Alvos (LDA)	130\80 mmHG
	Hipertenso com insuficiência renal com proteinúria >1.0g\l	
<b>Controle regular da PA</b>		
<p>E pacientes com risco médio, alto e muito alto, independente da PA deve ser combinado (medicamentoso e não medicamentoso) para se atingir a meta preconizada o mais precocemente.</p>		
	CATEGORIA	CONSIDERAR
	Hipertensos estágio 1 e 2 com risco cardiológico baixo e médio	< 140\90 mmHG
	Hipertenso e comportamento limítrofe com risco cardiológico alto e muito alto, com 03 ou mais fatores de risco Diabetes Mellitus (DM), Síndrome Metabólica (SM) e Lesão em órgãos Alvos (LDA)	130\80 mmHG
	Hipertenso com insuficiência renal com proteinúria >1.0g\l	
<b>Exames de rotina</b>		
<p>Análise de urina  Potássio plasmático  Creatinina plasmática e estimativa do ritmo de filtração glomerular  Glicemia de jejum  Colesterol total, HDL, triglicérides plasmáticos  Ácido úrico plasmático  Eletrocardiograma convencional</p>		

## 4.2 CARTILHA EDUCATIVA



Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com redução de PA e melhora das alterações metabólicas associadas.

Metas antropométricas: IMC menor que  $25 \text{ kg/m}^2$  e a circunferência abdominal  $< 102$  para homens e  $88$  para as mulheres.



#### Estilo Alimentar

Enfatiza o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado e derivados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio, magnésio.

Associada a redução do consumo de sal mostra benefícios ainda mais evidentes, sendo, portanto recomendados a hipertensos.



#### Atividade Física

##### Adesão ao Tratamento

O sucesso do tratamento depende fundamentalmente da mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável.



A Equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos; médicos, enfermeiros, técnica de enfermagem, nutricionista, psicólogos, profissionais de educação física, agentes comunitários de saúde, farmacêuticos.



Promoção de saúde significa então a construção de políticas públicas saudáveis, por meio de: criação de ambientes favoráveis, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades de autocontrole e autonomia pessoal, e reorientação dos serviços de saúde.



#### Análise de urina

Potássio plasmático

Creatinina plasmática e estimativa do ritmo de filtração glomerular

Glicemia de jejum

Colesterol total, HDL, triglicérides plasmáticos

Ácido úrico plasmático

Eletrocardiograma convencional



### Terapia Medicamentosa

Caso o paciente não esteja respondendo a essas medidas após três meses, uma nova avaliação em 06 meses deve ser feita para confirmar o controle da PA. Se esse benefício não for confirmado, já está confirmado o tratamento medicamentoso em associação.



#### CATEGORIA

Hipertensos estágio 1 e 2 com risco cardiológico baixo e médio =  $< 140/90$  mmHG

Hipertenso e comportamento limítrofe com risco cardiológico alto e muito alto, com 03 ou mais fatores de risco Diabetes Mellitus (DM), Síndrome Metabólica (SM) e Lesão em órgãos Alvos (LDA) . Hipertenso com insuficiência renal com proteinúria  $>1.0g/l = 130/80$  mmHG

### Controle da PA

Em pacientes com risco médio, alto e muito alto, independente da PA deve ser combinado (medicamentoso e não medicamentoso) para se atingir a meta preconizada o mais precocemente



#### CATEGORIA

Hipertensos estágio 1 e 2 com risco cardiológico baixo e médio =  $< 140/90$  mmHG

Hipertenso e comportamento limítrofe com risco cardiológico alto e muito alto, com 03 ou mais fatores de risco Diabetes Mellitus (DM), Síndrome Metabólica (SM) e Lesão em órgãos Alvos (LDA). Hipertenso com insuficiência renal com proteinúria  $>1.0g/l = 130/80$  mmHG

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa QualiVida que vem mostrando diariamente aos servidores da secretaria a necessidade do controle das doenças crônicas visando a redução da morbimortalidade, de suas consequências e diminuindo ou extinguindo os fatores de risco em pacientes hipertensos. Com base nesse trabalho e a elaboração da cartilha, vamos continuar a utilizar tecnologias de cuidados e educação com outros servidores que queiram participar dos grupos.

O controle das doenças é essencial para melhorar a qualidade de vida, oportunidade de prolongar seu tempo vital refletindo na sua expectativa de vida, através de medidas preventivas e educativas como atividade física, alimentação saudável, uso correto da medicação quando indicado.

## REFERÊNCIAS

BRANDÃO, A. A. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI – Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *J Bras Nefrol* 32; Supl1 (2010) S1-S4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32s1/v32s1a03.pdf>>. Acesso em: 15 mai 2014.

BUSS, P. M. Saúde, sociedade e qualidade de vida. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:

<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=34&sid=8&tpl=printervie>. Acesso em: 14 mai 2014.

CARTA DE OTTAWA, Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa. Nov. 98. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 10 abr 2014.

CASONATTO, J POLITO, M D. Hipotensão Pós-exercício aeróbico; uma revisão sistemática *Revista Brasileira de Medicina do Esporte, Niterói*, v.15, p. 151-157, 2009.

DIPPE JR, T. Hipertensão e colesterol alto são uma associação comum e mal tratada. *Portal do Coração: cardiologia, saúde e bem-estar*. 2013. Disponível em: <

<http://portaldocoracao.uol.com.br/viva-mais-e-melhor/author/dr-tufi-dippe-jr>>. Acesso em: 17 mai 2014.

FREITAS, M.C; MENDES, M.M.R. Condução crônica análise do conceito no contexto de saúde do adulto. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 julho-agosto; 15(4). Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 10 mai 2014.

HAESER, L DE M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F.S. . *Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde*. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [ 2 ]: 605-620, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/11.pdf>>. Aceso em: 28 mai 2014.

MINAYO, M. Cecília. Por um Trabalho cada vez mais Interdisciplinar. *RADIS, Comunicação e Saúde- entrevista*. N.107, julho 2011

PROJETO QUALIVIDA - SEED: rede de programas votados para a qualidade de vida dos servidores da Secretaria de Estado da educação. Departamento de Recursos Humanos, Governo de Sergipe. Projeto. Aracajú, 2007. Disponível em: <[www.seed.se.gov.br](http://www.seed.se.gov.br)>. acesso em: 18 mai 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2010, vol.95, n.1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>>. Acesso em: 10 mai 2014

