

**Universidade Federal de São Paulo  
Curso de Especialização em Saúde da  
Família**

**Qualidade de vida em pacientes hipertensos e  
obesos.**

**Dra.:Iraida Jauregui Roldan  
Orientador:Wuber Jefferson De Souza Soares**

**São Paulo  
Abril  
2015**

## SUMARIO

1. Introdução.....	2
2. Objetivos	
2.1. Objetivo geral. ....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. Procedimentos Metodológicos.....	5
3.1. Cenário do estudo.....	5
3.2. Sujeitos .....	5
3.3. Estratégias e ações .....	5
3.4. Avaliação e monitoramento .....	6
4. Resultados Esperados .....	7
5. Cronograma .....	8
6. Referências .....	9

## 1-Introdução:

Considerando a Hipertensão Arterial como um grande problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo e conhecendo que esta doença é a que ocasiona o maior número de consultas nos sistemas de saúde, com importantíssimo impacto econômico e social, segundo a American Heart Association(1), e particularmente em a UBSF: Rio Comprido, Município Jacareí, onde eu trabalho como médico, é que eu me senti motivada para escolher este tema.

De um total de 6184 pessoas da população total de minha comunidade, com cadastro completo e incompleto, tem classificadas 470 pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial e quase a totalidade é obesa, como cerca de 20% da população brasileira é portadora de hipertensão, sendo que 50% da população com obesidade tem a doença. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é doença de alta prevalência e determinante de alta morbidade e mortalidade não adequadamente diagnosticada e apropriadamente tratada.

O diagnóstico depende da medida correta da pressão arterial (PA) utilizando-se atualmente métodos alternativos à medida convencional de consultório como a Monitorização Ambulatorial da Pressão arterial (MAPA) ou a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (DBH VI)(2) conceituam HAS como "uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), e são considerados portadores de HAS indivíduos com PA igual ou superior a 140/90 mm de Hg ,enquanto que para o "Guideline" Europeu de Hipertensão 2013,(3) a classificação dos indivíduos com hipertensão é diferente.

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, infarto agudo do miocárdio, aneurisma arterial (por exemplo, aneurisma da aorta),doença arterial periférica além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca(4).Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado a redução da esperança de vida(1). No Brasil, a hipertensão arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36 % dos homens adulto e 30 % das mulheres) e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV),com destaque para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de morte no país (5). Segundo as diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial-DBH VI, dentro dos fatores de riscos para Hipertensão Arterial Sistêmica, está o excesso de peso e obesidade que se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens (5). Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corporal acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A Obesidade central também se associa com Pressão Arterial (6).

A associação entre obesidade e hipertensão é frequente. Stamler descreve a prevalência de hipertensão em uma população americana nas proximidades de um milhão de pessoas, determinando que obesos entre 20 e 39 anos dobrou e entre 40 e 64 anos 50% mais pressão do que os indivíduos com peso normal. Existem estudos longitudinais demonstram ganho de peso que produz um aumento significativo na pressão sanguínea, enquanto que um baixo peso corporal dos doentes obesos reduz a pressão sanguínea (7).

Os mecanismos patogênicos não são claros, mas tem sido postulado que a obesidade pode explicar esta associação para gerar resistência à insulina, com

consequente hiperinsulinemia. A insulina reduz a excreção renal de sódio e por isso poderia ampliar o volume extracelular e do volume sanguíneo, aumento do débito cardíaco e da resistência periférica, que são reguladores-chave de componentes de pressão arterial. Este tem sido corroborada por vários autores e sob vários nomes, como "quarteto morte" de Kaplan(1989),consistindo de obesidade toracoabdominal, intolerância glicose, hipertensão e dislipidemia ) , aumento da gordura visceral e, especialmente, a obesidade toracoabdominal está associada à síndrome plurimetabólica de risco cardiovascular aumentado(7).

É objetivo principal prevenir a morbidade e reduzir a mortalidade cardiovascular associada à hipertensão arterial sistêmica. A eficácia dos medicamentos anti-hipertensivos hoje disponíveis está bem determinada e é similar. O tratamento não medicamentoso também reduz a pressão arterial, e se associado ao uso de medicamentos pode melhorar as suas eficácias. Para o tratamento da HAS deve se considerar, portanto: Mudanças de estilo de vida ou Tratamento não medicamentoso. Com as mudanças de estilos de vida, que consiste em orientações objetivando reduzir a pressão arterial, a sua aplicação pode reduzir a necessidade de medicamentos anti-hipertensivos e aumentar sua eficácia.

Controlar os fatores de risco associados, principalmente a Obesidade, como objetivo de nosso projeto e, concorrer para a prevenção primária da hipertensão e de doenças cardiovasculares associadas é também objetivo do tratamento não medicamentoso e de nosso projeto. Já temos formado e funcionando um grupo de Obesos em a UBSF, Rio Comprido que forma parte deste Projeto. Todos os pacientes com peso acima do ideal [ $IMC = \text{peso} / (\text{altura metro})^2$ ], acima de 25 kg/m<sup>2</sup> devem ser encorajados a participar ,com objetivo de perder peso e prevenir ou reduzir a pressão arterial, entre outras atividades a realizar, com um elenco de medidas cuja eficácia já está claramente estabelecida como benéficas e que serão apresentadas a seguir (redução do peso, consumo de bebidas alcoólicas, atividade física, restrição de sal, suspensão de tabagismo ,padrão alimentar, controle das dislipidemias, suplementação de potássio, cálcio e magnésio)(8).

O grande desafio em relação à HAS é estabelecer substanciais aumentos no diagnóstico, tratamento, seguimento e controle dentro das metas ideais para cada situação peculiar de pacientes. Os reflexos, conseguidos esses objetivos, serão incontestáveis reduções de morbidade e mortalidade em decorrência dessa perversa doença

## **2. Objetivos**

### **2.1 Geral**

Avaliar e desenvolver uma intervenção de qualidade de vida em pacientes hipertensos e obesos na UMSF Rio Comprido, no Município Jacareí, São Paulo, de janeiro a junho de 2015.

### **2.2 Específicos**

-Conhecer as variáveis que de qualidade de vida em pacientes hipertensos e obesos.

-Elaborar um programa educativo com pacientes portadores de hipertensão arterial e obesidade durante o período de estudo.

-Realizar palestras, aulas e material audiovisual como parte da educação continuada aos agentes comunitários de Saúde para atuar com pacientes hipertensos e obesos.

### **3. Procedimentos Metodológicos**

#### **3.1 Cenário de estudo.**

O presente projeto de intervenção deverá ser desenvolvido no bairro Rio Comprido, na cidade de Jacareí, pertencente à UMSF Rio Comprido, estado São Paulo.

#### **3.2 Sujeitos:**

Serão sujeitos do estudo os pacientes hipertensos e obesos da comunidade, da UMSF Rio Comprido, na faixa etária de 18 anos e mais de ambos os sexos.

#### **3.3 Estratégias e ações.**

-Identificar o universo de pacientes hipertensos e obesos cadastrados em o grupo Hipertensão na população da UMSF Rio Comprido, durante acolhimento, consultas e visitas domiciliares pela equipe de saúde No1.

-Controlar o peso de todos os pacientes cadastrados através da medição do índice de massa corporal(IMC) e a circunferência abdominal.

-Acompanhamento dos indivíduos após emagrecimento para evitar o ganho de peso.

-Estimular a participação dos pacientes com essas doenças no grupo de Hipertensão da UMSF e fazer uma estratégia educativa de os pacientes cadastrados em o grupo Hipertensão realizando palestras e material áudio visual com o objetivo de conscientizar a importância de seu controle e tratamento para elevar a qualidade de vida de estes pacientes, abordando temas de interesse como alimentação saudável, prática de exercícios físicos e adesão ao tratamento.

-Realizar os agendamentos das consultas individuais de acordo com a classificação de risco usando a escala de Framingham para avaliar o tempo de consultas e reconsultas segundo risco.

-Realizar capacitação permanente da equipe No1 sobre conteúdos que abordem aspectos clínico-epidemiológico das doenças Hipertensão Arterial e Obesidade durante capacitação permanente em reuniões da equipe, e palestras, duas vezes por semana em Grupo Hipertensão.

-Essas reuniões, palestras, aulas serão realizadas por médicos, enfermeiras, agentes comunitários de saúde, nutricionistas e psicólogos da equipe No1 da UMSF Rio Comprido.

### **3.4 Avaliação e monitoramento.**

Avaliação será realizada com a participação dos pacientes em grupo de Hipertensão duas vezes por semana em UMSF diante o prontuário e modelo individual de controle de Hipertensão com monitoramento das atividades pela equipe de saúde No1 da UMSF, em o primeiro semestre do ano 2015.

#### **4. Resultados esperados.**

Espera-se que a presente intervenção possibilite uma maior qualidade de vida, melhorando o controle e diminuindo as complicações e mortes causadas por estas doenças, melhorando assim o prognóstico e elevando a qualidade de vida dos pacientes.



## 5. Cronograma

<b>Ações</b>	<b>Dezembro 2014</b>	<b>Janeiro 2015</b>	<b>Fevereiro 2015</b>	<b>Março 2015</b>	<b>Abril 2015</b>	<b>Mai 2015</b>
Elaboração do Projeto	X	X	X	X	X	X
Aprovação do projeto		X				
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X			
Discussão e análise dos resultados				X		
Revisão final e digitação					X	
Entrega do trabalho final						X
Socialização do trabalho						X

## 6. Referências

1. Lloyd-Jones, Donald; Adams RJ, Brown TM, Carnethon M et M.(Fevereiro 2010) "Heart disease and stroke statistics--2010 update:a report from the

American Heart Association." en inglês).Circulations 121(7):e 192667.PMID 20019324 46 E 215.DOI:10.1161101.CIRCULATIONAHA.109.

2. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.Arq Bras Cardiol. 2010;Supl.1: 1-40.

3.Giuseppe,Mancia(Chairperson)(Italy)...RobrtFagard(Chairperson)(Belgium)... Krzysztof Narkiewicz (Section co-ordinator) (Poland),Josep Redo ´n (Section co-ordinator) (Spain),Alberto Zanchetti (Section co-ordinator)(Italy), Michael Böhm(Germany), Thierry Christiaens (Belgium), Renata Cifkova(Czech Republic),Guy De Backer(Belgium) Anna Dominiczak (UK),Maurizio Galderisi(Italy),Diederick E. Grobbee(Netherlands).Tiny,Jaarsma(Sweden),Paulus Kirchhof(Germany/UK),Swerre,E.KJELDEN(Norway),Stéphane.Laurent(France),Athanasios J.Manolis(Greece), Peter M.Nilsson(Sweden),Luis Miguel Ruilope(Spain),Roland E. Schmieder(Germany),Per Anton Sirnes(Norway), Peter Sleight (UK),Margus Viigimaa(Estonia),Bernard Waeber Switzerland),and Faiez Zannad(France)..2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC),J Hypertens.2013, 31:1281-357

4. Chobanian, Av; Bakris GI, Black HR, Cushman. WC et al . ( Dezembro 2003), Seventh report at the Join National Committee on Prevention, Detection, Evaluation an Treatment af High Blood Pressure "( en inglês)". Hypertension 42(6); 1206-52. DOI: 10.1161/01. HYP0000107251. 49515. C2. PMID 14656957.

5. Brandão AA, Pozzan R, Freitas. EU, Pozzan R, Magalhães MEC, Brandão AP. Blood. pressure and overweight in adlescentes and their association with insulin resistance and metabolic sundrome. I Hypertens. 2004;22 (Suppl1): 1115,

6. World Health Organization .Obesity: preventiny and managing the global epidemic. WHO/NUT/NCD 98.1. Genebra, jun 1997.

7. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, Lee Inf, Appel LJ, Smith West D, et al Longterm wight loss. and changes in blood pressure; results of the trials of hypertension prevention, phase II. Ann Ditem. Med 2001; 134: 1 - 11.

8. Oparil S. Weber M. Hypertension 2007, !st. Edition.

9.I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Bras Cardiol. 2005:84;Suppl I:1-2.

10.Wadden TA, Sternberg JA, Letizia KA, Stunkard AJ, Foster GD. Treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination: a five-year perspective. Int J Obes. 1989;13(suppl 2):39-46.

11.Cupples ME, McKnight A. Five year follow up of patients at high cardiovascular risk who took part in rando mised controlled trial of health promotion. BMJ. 1999;319:687-8.

12.Zanchetti A, Hansson L, Dahlof B, et al. Effects of individual risk factors on the incidence of cardiovascular events in the treated hypertensive patients of the Hypertension Optimal Treatment Study. HOT Study Group. J Hypertens. 2001;19:1149-59.