

Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

Título: Qualidade de  
Vida em pacientes hipertensos da UBS Chácara Santa Maria  
Do município São Paulo no período de Setembro de 2014 a Dezembro 2014.

AUTOR: Yelenni Morales Torres. Especialista de primeiro grau em Medicina geral  
integral.

TUTOR: Wuber Jefferson De Sousa Soares.

SÃO PAULO.  
2015

## **Introdução:**

A qualidade de vida na população cubana e elevação desta, é um dos objetivos do sistema de saúde. Nos últimos anos umas séries de pesquisas realizadas neste sentido desenvolveram o que sem dúvida merece uma atenção especial.

Assim como em nosso sistema de saúde, há uma clara concepção do papel da medicina no desenvolvimento do mundo, os resultados dos trabalhos a este respeito, são também a base das missões de colaboração que actualmente são desenvolvidos em muitos países. Dentro do papel da produção científica nesse sentido, está a integração de um modelo de saúde que coloca no centro o homem e integra a solidariedade e a ciência para abrir um espaço de formação para profissionais de todos os países.

No Brasil foi criado o projeto Mais Médicos com o objetivo de garantir e elevar a qualidade de vida da população, pelo que o estudo da HAS é muito importante e constitui um dos principais problemas de saúde nas consultas no PSF, ou seja, nas consultas de atenção primária (1) ). Pelo que se abre um campo de intervenção para as ciências médicas e em especial para o médico da família, dando como necessidade no nosso trabalho a realização de uma investigação que proporcionasse um estudo da qualidade de vida dos pacientes hipertensos no município de São Paulo na área do Bairro Chacara Santa Maria, Rua Treis Maria..

Neste sentido, é necessário o estudo da hipertensão e a análise dos indicadores que se relacionam a uma maior qualidade de vida destes pacientes. A HAS é o diagnóstico primário mais frequente nos EUA (35 milhões de visitas em consulta como diagnóstico primário) (1). As taxas atuais de controle (PAS 140 mmHg e PAD 90 mmHg), ainda estão muito abaixo das metas que é alcançar o controle de 50% da população de hipertensos para 2010. No mundo atualmente 30% dos indivíduos hipertensos são inconscientes de sua situação e tratamento percentual ainda maior é inadequado (1).

Em Cuba, isso afeta 15% da população que vive na zona rural e 23% para 32% daqueles que residem em áreas urbanas. Destes 100% têm cobertura de cuidados em cada área da saúde (2).

Na área do bairro Treis Maria do município de São Paulo da cunha de uma população atendida de 3742 indivíduos existe um total de 381 hipertensos, sendo um dos objetivos dos cuidados de saúde primários: tratamento, acompanhamento e controle da doença, bem como a relação com limitações ou danos ocorridos na vida desses pacientes isto tem um alto impacto como um dos problemas principais de saúde que complica a vida da Comunidade. Neste sentido este trabalho, que prosseguiu descrever a situação da qualidade de vida em pacientes hipertensos, em consonância com o valor encontrado na literatura entre esses conceitos, se desenrolava a que surgiram perguntas como: você tem diferenças na qualidade de vida de pacientes hipertensos de

acordo com variáveis sócio-demográficas?, é dor ou desconforto que mais afeta a qualidade de vida dos pacientes hipertensos? Pacientes com hipertensão têm adequada qualidade de vida? (1).

Doença hipertensiva tem um grande interesse médico os efeitos e a forma de compromisso com a longevidade do paciente; No entanto, muitas vezes a conduta adotada pelo paciente sobre sua doença hipertensiva está longe de ser o mais adequado. Se analisarmos isto, notamos que sua gênese não é conhecida em 95% dos casos, e elas afetam muitos fatores, que incluem o desenvolvimento de estilos de vida inadequados, com condicionamento mútuo e falta de planejamento de um tempo diário para engajar-se em um sentido positivo. (3)

Prevenção desta condição é a medida mais importante e menos onerosa. A melhoria da prevenção e controle da doença são um grande desafio para todos os países, que deve ser uma prioridade das instituições de saúde, população e governos, para que este trabalho tenha a missão de estudar a qualidade de vida como uma variável relação com hipertensão.

A variável qualidade de vida nas suas diversas vertentes de trabalho tornou-se o centro de terapias de orientação ambiental de grande utilidade no apoio e complemento de tratamentos farmacológicos, para que sua aplicação em todos os pacientes hipertensos parece aconselhável antes e durante o mesmo.

Em nosso país, existe um programa nacional de prevenção, diagnóstico, avaliação e pesquisa para o controle do HAS, que tem como estratégia o desenvolvimento no nível primário de cuidados e cujas ações fundamentais são para promover mudanças em estilos de vida da população para promover a prevenção primária, bem como estabelecer e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (2). Elemento essencial para o trabalho dos colaboradores cubanos.

É necessidade das comunidades e especialmente os médicos saberem e estudarem a qualidade de vida dos pacientes hipertensos para conseguir maior eficácia no tratamento desta doença que dá importância a este trabalho e deixá-lo como uma linha de estudo na área da saúde.

## **Objetivos**

### Objetivo geral:

- Descrever a situação da qualidade de vida de pacientes hipertensos da area Treis Maria no município, no período entre setembro 2014 e dezembro de 2014.

### Objectivos específicos:

- 1 -Realizar a distribuição de pacientes hipertensos de acordo com variáveis sócio-demográficas.
- 2 -Avaliar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos da area Treis Maria do municipio Sao Paulo.
- 3 -Propoer uma estratégia de intervenção abrangente para melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

### ***Metodologia utilizada.***

Foi realizado um estudo retrospectivo descritivo, a fim de descrever a situação da qualidade de vida de pacientes hipertensos do município de São Paulo pertencente a UBS Chacara Santa Maria, durante o período compreendido entre setembro de 2014 a dezembro de 2014.

Este tipo de estudo visa especificar as prioridades dos indivíduos, grupos e comunidades e as variáveis independentes medidas em questão (Dankhe, 1986), por isso tem uma grande utilidade neste trabalho.

Dentro da pesquisa foi usado como uma metodologia a quantitativos permitindo medir os resultados e generalizar resultados (Ibarra, 1998), a qual vincula a interpretação qualitativa dos dados obtidos em pesquisas aplicadas.

Dum total de 3742 pacientes serão formado o universo de pesquisa dos pacientes hipertensos dispensarizados das fichas de saúde de nosso PSF incluídas na área, totalizando 381. Deles será selecionada uma amostra composta de 100 pacientes, que, selecionados por amostragem aleatória simples, que consiste em selecionar aleatoriamente com uma lista de pacientes que se aplicam as técnicas (Ibarra, 1998).

Dados são coletados a partir do histórico de saúde da família de pacientes, com a revisão de documentos, como uma técnica fundamental. Usado a pesquisa como uma técnica de investigação para o estudo da qualidade de vida, aplicando-a amostra diretamente nas sessões de trabalho diferente, será realizada em que a análise estatística correspondente e são eles expressaram em tabelas e gráficos, usando a porcentagem como uma visão geral para a análise.

Técnicas de avaliação e análise quantitativa qualitativas serão usadas no processamento dos resultados,

Levaremos em consideração um conjunto de princípios éticos para pesquisa, incluindo:

- ❖ Consentimento informado de cada um dos participantes.
- ❖ Condições locais para a aplicação, ou a PSF ou em casa.
- ❖ Respeitar os critérios dos pacientes.
- ❖ Confidencialidade de nomes e identidade dos critérios obtidos para além do quadro na área da saúde e propuseram pelas recomendações do trabalho.

### Operacionalização das variáveis

1. Hipertensão: Por que nós usaremos a classificação do sétimo relatório do Comitê Nacional comum na prevenção, detecção, avaliação e tratamento da Hipertensão Arterial, 2004.

Classificação: a pressão arterial.

Classificação:

- ❖ Pressão Arterial PAS PAD mmHg mmHg
- Normal : 120/80
- Pré-hipertensão 120-139/80-89
- HTA: Fase I 140-159/90-99
- HTA: Estádio II superior a 160 superior a 100

## 2. Idade.

- ❖ Para o estudo, foi tirado em intervalos de idade diferente de conta, Considerando que agrupados em setores com características semelhantes:
  - 0 - 15.
  - 16-65.
  - mais de 65.

## 4. Raza.

- ❖ Para a corrida foi tomada em conta, como elemento central, a cor da pele e era avaliados conjuntamente para negros e mestiços, combinando indicadores para a ocorrência de hipertensão e diferem em:
  - Negros.
  - Mestiços.
  - Branco.

## 5. Sexo.

- Masculino.
- Feminino.

6. Qualidade de vida: é então definido como "Sentimento subjetivo de bem-estar do indivíduo" (Chartunedi, 1991). Em sua essência, o conceito tem avaliativa, contextuais e históricas, bem como sua fidelidade aos valores humanos (14). Para seu estudo, levaremos em indicadores de conta:

### ❖ Indicadores de qualidade de vida:

- Mobilidade: capacidade de usar seus membros para realizar atividades diárias.
- Cuidados de pessoais: capacidade de manter e realizar suas atividades de vaso sanitário e vestir-se ou aliciamento.
- Atividades diárias : o conjunto de tarefas dadas pelo papel que ocupamos na família e o sistema social em que o homem é inserido.
- Presença de dor ou desconforto.
- Presença de ansiedade ou depressão.
- Hábitos tóxicos : ingestão ou uso de álcool ou outras substâncias ou tabaco.
- Práticas de exercícios físicos.
- Dieta: alcançar um equilíbrio na ingestão de alimentos ricos em potássio e cálcio, com redução de sódio na dieta (6g por dia), como elementos centrais do tratamento a este nível.

- Peso: tendo em conta a fórmula:  $IMC = P \text{ (Kg)} / T \text{ (m}^2\text{)}$ .
- Tendo em conta as categorias de acordo com o IMC:
- Peso: menos de 19,8
- Peso normal: de 19,8 e 26,0
- Excesso de peso: a partir de 26,0-29,0
- Obesos: mais de 29,0
- Adesão ao tratamento: fonte de estabilidade e de drogas.
- Controle da doença: os pacientes controlados é determinado quando um paciente hipertenso alcançado figuras do seu PA menos de 140 e 90 mmHg para diabéticos e 130 paciente renal com 80 mmHg.

## Estratégia de Intervenção.

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos da UBS Chácara Santamaria, se desenvolvera estratégia participativa centrada nos resultados do estudo realizado no presente trabalho.

Nós iremos propor como objetivos:

Objetivo geral: Elevar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

Objetivos específicos:

1. Elevar o conhecimento sobre a enfermidade e sua classificação.
2. Alcançar um maior conhecimento sobre o uso da dieta e os exercícios físicos.
3. Melhorar as ações de saúde com respeito a atenção e seguimento dos pacientes hipertensos na atenção primária.
4. Promover um maior conhecimento sobre o tratamento farmacológico

E não-farmacológico e sua importância no tratamento da HSA.

obj.	Tarefa	Data de cump	Responsável	Observações
1	1- Palestra educativa sobre a Hipertensão. 2- Campanha gráfica sobre a hipertensão e seus fatores de riscos.	Novembro Permanente	Médico Médico	Se organizará em coordenação com os comités de Saúde. Se colocará em lugares públicos e de interesse social.
2	1- Palestra sobre a dieta e os alimentos de maior interesse nutricional. 2- Conformação de grupos de prática	Dezembro Novembro	Médico Colaboradores desportivos.	Em colaboração com a comunidade.

	de exercício físicos com pacientes hipertensos.	Em cada sessão	Médico	
3	<p>1- Consulta aos pacientes hipertensos.</p> <p>2- Intercâmbio com a família sobre a hipertensão e como tratar os enfermos.</p> <p>3- Elaboração de um informe sobre a dieta pessoal de cada paciente em sua vida diária.</p>	<p>Mensal</p> <p>Mensal</p> <p>Permanente</p>	<p>Médico.</p> <p>Médico.</p> <p>Médico.</p>	<p>Em consulta.</p> <p>Ter uma livreta com este controle.</p>
4	<p>1- Conferência sobre o tratamento farmacológico a pacientes hipertensos.</p> <p>2- Visita a pacientes para checar o cumprimento do tratamento.</p> <p>3- Elaboração de um pôster sobre os remédios mais usados neste sentido.</p>	<p>Dezembro</p> <p>Quinzenal.</p> <p>Permanente</p>	<p>Médico.</p> <p>Médico.</p> <p>Médico.</p>	<p>A nível de consultório.</p> <p>Se realizará em seu lar.</p> <p>Colocar no consultório.</p>

## Resultados esperados

De forma geral esperamos aumentar a aprendizagem dos pacientes em quanto a presença de fatores de risco neles e em outros pacientes, familiares e amigos o que pode facilitar em futuro o trabalho da equipe de saúde no controle da doença.

Sobre os elementos relacionados com o diagnóstico y controle da hipertensão arterial, também esperamos obter resultados positivos depois da aplicação da intervenção educativa, e que nossos pacientes aprendam que a hipertensão tem tratamento e que este é importante para o controle da hipertensão e prevenção das complicações, queremos melhorar seu conhecimento para promover prevenção das complicações que anteriormente não eram associadas com a hipertensão, eram consideradas doenças isoladas não dependentes do mau controle da pressão arterial ou outras doenças como a hiperlipidêmica.

Estes resultados esperamos influam no melhor controle e tratamento da hipertensão arterial nos pacientes que foram incluídos e como já aclaramos antes em outros pacientes que ainda sem ser incluídos ficam baixo o raio de ação destes e podem ajudar umas vezes por responsabilidade familiar, filhos, pais, acamados e outros, além de transmitir conhecimentos para outras pessoas da comunidade, tudo o que pode ajudar para reduzir a incidência, prevalência de a doença mesma e das complicações, na nossa área e nas áreas vizinhas.

## Cronograma

Atividades	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Elaboração do Projeto	x	x	x	x	x	x	x	x	
Aprovação do Projeto					x	x	x		
Estudo da Literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	
Coleta de Dados	x	x	x	x	x	x			
Discussão e Análise dos Resultados									
Revisão final e digitação								x	
Entrega do trabalho final								x	
Socialização do trabalho								x	x

## Bibliography

1. Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med.* 1997.
2. González Pérez, U. El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. 2001.
3. Sheps SG, Roccella EJ. Reflections on The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Curr Hypertens Rep.* 1999;1:342-345.
4. Quintero, G. y González Pérez, U. La Calidad de Vida, contexto socioeconómico en personas de edad avanzada. En: Buendía, J. (Editor). Gerontología y Salud. Perspectivas actuales. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1997.
5. Last JM, ed, Abramson JH, ed. *A Dictionary of Epidemiology.* 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press; 1995.
6. Bradf Hill, A. Ambiente y enfermedad: Asociación o Causación. OPS. 1992.
7. Terri's, M. Healthy Lifestyle. The perspective of Epidemiology. Conferência Internacional sobre Estilos de Vida. Lenin grado. 1990.

8. González Pérez, U. Vida afectiva, personalidad y respuesta inmunológica. En: Psicología y Salud. Parte VIII, Cap. 38. Editor: Núñez de Villavicencio, F. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2001.
9. Grau, J. y González Pérez, U. Ética, Calidad de Vida y Psicología de la Salud. Conferencia en "V Congreso Nacional de Psicología de Santiago de Chile". 1997.
10. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. *JAMA*. 2002.
11. World Hypertension League. Measuring your blood pressure. Available at: <http://www.mco.edu/org/whl/bloodpre.html>. Accessed April 1, 2003.
12. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality. *Lancet*. 2002;360:1903-1913.
13. Whelton PK, He J, Appel LJ, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *JAMA*. 2002;288:1882-1888.
14. Neal B, MacMahon S, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs. *Lancet*. 2000;356:1955-1964.
15. Ogden LG, He J, Lydick E, Whelton PK. Long-term absolute benefit of lowering blood pressure in hypertensive patients according to the JNC VI risk stratification. *Hypertension*. 2000;35:539-543.
16. Cherry DK, Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2000 summary. *Advance Data*. 2002;328:1-32.

17. Izzo JL Jr, Levy D, Black HR. Clinical Advisory Statement: importance of systolic blood pressure in older Americans. *Hypertension*. 2000;35:1021-1024.
18. Cushman WC, Ford CE, Cutler JA, et al. Success and predictors of blood pressure control in diverse North American settings: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2002;4:393-404.
19. Chobanian AV, Hill M. National Heart, Lung, and Blood Institute Workshop on Sodium and Blood Pressure: a critical review of current scientific evidence. *Hypertension*. 2000;35:858-863.
20. Kelley GA, Kelley KS. Progressive resistance exercise and resting blood pressure. *Hypertension*. 2000;35:838-843.
21. Beaglehole, R., Bonita, R. y Kjellstrom, T. Epidemiología básica. OPS Washington, D.C. 2003
22. Black HR, Elliott WJ, Neaton JD, et al. Baseline characteristics and elderly blood pressure control in the CONVINCE trial. *Hypertension*. 2001;37:12-18.
23. American Heart Association. Home monitoring of high blood pressure. Available at: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=576>. Accessed April 1, 2003.
24. Calculators and modelling aids. GFR/1.73 M<sup>2</sup> by MDRD ( $\pm$ SUN and SAlb). Available at: <http://www.hdcn.com/calcf/gfr.htm>. Accessed April 1, 2003.
25. American Diabetes Association. Treatment of hypertension in adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2003;26(suppl 1):S80-S82.

26. National Kidney Foundation Guideline. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Kidney Disease Outcome Quality Initiative. *Am J Kidney Dis.* 2002;39(suppl 2):S1-S2.