

PROGRAMA MAIS MEDICOS

Título: Qualidade de vida em pacientes hipertensos da área Nova América do município Euclides da Cunha no período de novembro de 2013 a outubro 2014.

Autor: Ignacio González Carballé

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Tutor: Guilherme Aparecido da Silva Maia

Campo Grande / MS 2014



Dedicatória:

A meu filho que és a razão de um existir, a minha família por me apoiar sempre no logro de meus objetivos.

Agradecimentos:

A meu tutor pela paciência e a dedicação e a todos aqueles que de uma forma ou outra me ajudaram à realização deste trabalho.

Epígrafe.

Ajudar não só é parte do dever, também é parte da felicidade.

RESUMO

Este trabalho mostra um estudo descritivo no município Euclides da Cunha, do estado Bahia, tem como objetivo descrever a situação da qualidade de vida dos pacientes com hipertensão, esta localidade tem uma população 2860 e 540 sofrem da doença, para um 18,8 % no final de 2014, o que dá uma grande importância ao trabalho. Da população pesquisada se realiza um estudo estatístico e é processada com pacote SPSS, que aparece nos anexos e forma parte da revisão de documentos oficiais e as entrevistas do pessoal de saúde na área, para a aplicação das técnicas e o Euroqol se teve em conta uma amostra de 100 pessoas como amostragem aleatória simples tendo os diferentes casos diagnosticados, em colaboração com equipe de saúde da área. Obtendo como resultados principais que: é mais frequente em pessoas mestiças, que os pacientes hipertensos têm um baixo nível de conhecimento sobre a doença e o tratamento e que tem deficiências na qualidade de vida, então nós recomendamos ampliar o estudo a este respeito, assim como aprofundar na causalidade da relação qualidade de vida-hipertensão com pesquisas futuras. Desenhando-se uma estratégia de intervenção que é deixada como recomendação.

Sumario

Introdução.	5
Capítulo # 1: Fundamentação Teórica.	7
Capítulo # 2: Controle Semântico.	11
Capítulo # 3: Objetivos da investigação.	12
Capítulo # 4: Metodologia Utilizada.	13
Capítulo # 5: Análises e Discussão dos Resultados.	16
Conclusões.	19
Recomendações.	20
Anexos.	21
Bibliography.	32

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, esta 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 Euclides da Cunha na área do Bairro Nova América.

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 freqüente 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 se alcançaram 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 Nova América do município de Euclides da Cunha de uma população atendida de 2989 indivíduos existe um total de 549 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-o como uma linha de estudo na área da saúde.

Capítulo # 1: fundamentação teórica.

Pressão arterial elevada (hipertensão) é a mais comum das doenças que afetam a saúde dos indivíduos e populações em todas as partes do mundo e é uma das doenças crônicas que mais frequentemente os adultos sofrem. É considerado um problema de saúde de proporções epidemiológicas no século XX (1).

Isto é considerado um problema relevante de saúde pública, tanto pelo seu significado de saúde como econômico e social nos países ocidentais. A HAS é um processo insidioso que pode causar acidente vascular cerebral, Doença isquêmica do coração e quanto maior a pressão arterial, maior o risco de acidentes vasculares, ataques coronários, doença arterial periférica insuficiência renal. É responsável por 10% das mortes em populações de países industrializados, bem como um elevado número de invalidez (1).

Recentes dados de Framingham Heart Study sugerem que os indivíduos normotensos maiores de 55 anos tem 90% de probabilidade de risco de terem HAS(1).

Ensaio clínico recentes têm demonstrado que o controle eficaz da PA pode ser alcançado na maioria dos pacientes hipertensos, mas a maioria requer dois ou mais anti-hipertensivos (3). As decisões dos médicos quando eles aconselham sobre estilos de vida, a utilização de doses inadequadas de anti-hipertensivos ou combinações de drogas inadequadas, podem contribuir para a falta de controle da pressão arterial (PA) (4).

Terapia anti-hipertensiva de saúde pública tem como objetivo reduzir a morbidade e mortalidade, cardiovascular e renal. Embora a maioria dos pacientes hipertensos, especialmente aqueles com mais de 50 anos, atingirá o objetivo do PAD após o PAS, o foco principal deve ser para atingir o objetivo do PAS. Tratar o SBP e DBP para uma meta de menos de 140/90 mm Hg é associado com uma diminuição de complicações cardiovasculares. Em pacientes hipertensos com diabetes ou doença renal é o objetivo do PA < 130/80 mmHg (5).

A adoção de estilos de vida saudáveis para todos os indivíduos é essencial para evitar a elevação da PA e é essencial como parte da gestão dos indivíduos hipertensos. A modificação do estilo de vida demonstrou baixar a PA, incluindo a redução de peso em obesos e com sobrepeso, que por sua vez, torna-se um indicador de qualidade de vida desses pacientes (6).

Neste tópico, o uso do conceito de qualidade de vida permite avaliar as condições e estilos de vida dos indivíduos e das comunidades, a fim de estimar o grau de progresso alcançado e selecionar as melhores formas de interação entre os homens e o ambiente, permitindo-nos progressivamente mais perto de uma existência saudável e digna e promover a equidade de gênero. Este conceito no contexto da saúde e na doença promove ações que o estado mais

Estes pólos que dividem a vida de pessoas saudáveis ou doentes (6). Neste sentido, uma avaliação justa da relação deste conceito pode ser desenvolvida com Hipertensão Arterial como problema de saúde.

Você pode destacar que as condições de vida estressante, são duradouras e prejudicando a qualidade de vida, seja por situações externas (socio-económica) ou interno (de personalidade). Esta é a rota do estresse em doenças crônico-degenerativas, que tem vindo a subir até o topo do quadro de morbidade entre os quais estão o câncer e doenças cardiovasculares. Medida em que a sociedade tornou-se complexo e agitada em um ritmo mais rápido que evoluiu psicobiológica de adaptação do homem, surgiram distúrbios da nutrição, exercício e outros com uma grande relação com outras doenças ou distúrbios como pressão arterial elevada (hipertensão) (7).

Portanto, a qualidade de vida permite levar em atenção primária, um modelo básico de tratamento ambiental, que permitirá um melhor tratamento para a Hipertensão Arterial (AHT) numa relação direta (8).

A revisão de informações internacionais, revelou o principal lugar que ocupa a melhoria da qualidade de vida das populações, no presente, com base a relação direta entre esta categoria e saúde, que é exibido nas contribuições concedidas à vida plena dos cidadãos e a sua integração no desenvolvimento social. (9)

Atualmente, existem uma série de indicadores de medição para trabalhar a qualidade de vida, entre os quais: proposto pela técnica d Euroqol EQ-5: mobilidade, cuidados pessoais, atividades diárias, dor ou desconforto e ansiedade ou depressão. Todos estes permitem para determinar o nível de qualidade de vida em diferentes tamanhos.

O estudo da qualidade de vida existem no entanto outros indicadores como a dieta, eles têm relação no controle e no tratamento da hipertensão e que baseiam-se na obtenção de um equilíbrio na ingestão de alimentos ricos em potássio e cálcio com uma redução de sódio, que é vital para a estabilidade do PA (10). Com isso, a relação estabelecida com a prática de atividades físicas, tais como outro indicador de qualidade de vida e obesidade como fator de risco de importância vital (11) desempenha um papel activo.

No estudo do controle de fatores expostos anteriormente desenvolvidos no estudo e desenvolvimento da qualidade de vida dos pacientes, desempenha um papel essencial para o que deve ser avaliado em que medida com uma estimulação correta nessa variável alcançado maior eficácia no tratamento da hipertensão.

Aumento da qualidade de vida reduz a PA, aumenta a eficácia do antihipertensivo e diminui o risco cardiovascular (12). Qualidade de vida, portanto, é uma das variáveis de controle vital para o tratamento da pressão arterial elevada (hipertensão) e ao mesmo tempo é um complemento a estes.

Para entender esta análise é essencial saber que a proporção de controle PA varia em populações minoritárias e é mais baixa, mexicanos e nativos americanos (13). Em

geral, o tratamento da hipertensão é semelhante para todos os grupos demográficos, mas alguns fatores socioeconômicos e estilos de vida podem ser barreiras importantes para o controle da PA em uma minoria de pacientes (14). A prevalência, gravidade e impacto da hipertensão são aumentados em pacientes negros. Neste sentido, há alguma relação com esse recurso com a menor qualidade de vida que, como média para estas populações, reconheceu o relatório de desenvolvimento humano das Nações Unidas em 2004.

Também é de interesse que mais de dois terços das pessoas, mais de 65 anos são hipertensos (15), fase na qual reconhece que, em geral, são outros indicadores que também afetam a qualidade de vida (1). Esta é também a população com taxas mais baixas de controle de pressão (16). As recomendações no tratamento de pacientes idosos hipertensos, inclusive aqueles que têm isolado hipertensão sistólica (has), devem seguir os mesmos critérios como na população geral de hipertensos (17). Em alguns indivíduos, a começar com doses baixas pode ser indicada para prevenir os sintomas; No entanto, são necessárias várias drogas e padrão na maioria da dose idosa para atingir os objetivos adequados PA (17).

Juntamente com estas características de hipertensão não conseguiu apontar várias terapias utilizadas para centrar a sua atenção no modelo clínico (18), mas que modelos comportamentais sugerem que a terapia mais eficaz prescritos pelos médicos da maior experiências controle pressão arterial elevada (hipertensão), somente se o paciente é motivado a tomar a medicação prescrita e para estabelecer e manter estilos de vida saudáveis, que sem dúvida devem ser avaliados como resultado da qualidade de vida (19).

A atitude dos pacientes hipertensos é fortemente influenciada por diferenças culturais, crenças e experiências com o sistema de saúde (20). Estas atitudes devem ser implicitamente entendidas pelos médicos para construir confiança e aumentar a comunicação com os pacientes e suas famílias.

A qualidade de vida elevada e especialmente nas condições de desenvolvimento dos indivíduos é essencial como parte da gestão dos indivíduos hipertensos, como ele reconhece: sétimo relatório do Comitê Nacional comum na prevenção, detecção, avaliação e tratamento da Hipertensão Arterial, 2004.

Atualmente o consenso entre os pesquisadores na avaliação sobre o significado da qualidade de vida como uma variável de vital importância para a avaliação de saúde de um sistema (Bernardi, 2003), portanto, no tratamento da hipertensão em qualquer de suas fases ou indicadores têm um papel importante a variável qualidade de vida.

Qualidade de vida é uma categoria que pode quebrar em níveis de distinção, a sua expressão singular no indivíduo. E isso é possível porque a qualidade de vida não pode ser medida, mas é um valor ou estimada da atividade humana, seu contexto histórico, seus resultados e suas percepções individuais anteriormente educadas, porque quando não é o indivíduo pode fazer, quer ou desfrutar de actividades que podem arruinar sua saúde ou a dos outros.(6, 20, 22)

Qualidade de vida é uma variável de um altamente subjetivo e que explica a abordagem do homem ao seu ambiente em uma relação de dependência. Por esta razão, cada comunidade e cada indivíduo devem determinar o que conta como qualidade de vida, desde que isso não viola a lei, os interesses da maioria ou a outra, nem existente moralidade (22).

A informação relacionada com a qualidade de vida dos pacientes hipertensos é escassa em nosso ambiente e essencial ao projeto ações destinadas a controlar este problema de saúde, é por isso que no nosso trabalho para avaliar a qualidade de vida de hipertensos da area Nova America no município de Euclides Da Cunha e também em uma base científica para atingir o melhor aproveitamento das possibilidades oferecidas pelo nosso projeto social.

O progresso científico do mundo moderno e os grandes problemas que a humanidade contemporânea adiaram para concentrar esforços no estudo da qualidade de vida. Da mesma forma, a procura tem crescido para diversas especialidades, que estudar as características das condições e estilos de vida em que proliferam muitas doenças, tanto por características prejudiciais da atividade e os costumes da vida cotidiana, como pelas condições sociais estressantes essa complexidade, a arbitrariedade e a velocidade do desenvolvimento que tem gerado. (21.23)

O conceito de qualidade de vida que é usado no contexto de saúde, justiça e ética, foi estruturado tendo em conta as contribuições das diversas disciplinas de conteúdo muito diferente. Ela é definida como "Sentimento subjetivo de bem-estar do indivíduo" (Chartunedi, 1991). Em sua essência, o conceito, presentes avaliativas, contextuais e históricas, bem como sua fidelidade aos valores humanos. (14).

Em resumo, ambos da participação da Comunidade, a ação intersectorial, como descentralização favorecem a expressão concreta da saúde e qualidade de vida a nível local (2). Que permite estudar as variáveis da relação entre a doença com o meio ambiente no contexto local, o que deve ser a metodologia do nosso sistema de saúde (Bernardi, 2003).

Capítulo # 2: Controle semântico.

1. Hipertensão.

A classificação da pressão arterial para adultos acima de 18 anos de idade, é baseada na média de dois ou mais corrigir medidas, sentado em cada uma das duas ou mais visitas em consulta. Em contraste com a classificação do relatório de JNC 6, adicione uma nova categoria chamada de pré-hipertensão, e tem sido unificadas fases 2 e 3. Os pacientes com pré-hipertensão são um risco para o desenvolvimento da HTA; Situado em 130-139/80-89 mmHg figuras têm duplo risco de desenvolver hipertensão do que aquelas com números mais baixos.

2. Qualidade de vida.

Qualidade de vida é uma categoria que pode quebrar em níveis de distinção, a sua expressão singular no indivíduo. E isso é possível porque a qualidade de vida não pode ser medida, mas é um valor ou estimada da atividade humana, seu contexto histórico, seus resultados e suas percepções individuais anteriormente educadas, porque quando não é o indivíduo pode fazer, quer ou desfrutar de actividades que podem arruinar sua saúde ou a dos outros

Capítulo # 3: Objetivos da pesquisa.

Objetivo geral:

- Descrever a situação da qualidade de vida de pacientes hipertensos da area Nova America no município Euclides da Cunha, no período entre novembro de 2013 e novembro 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 Nova America do municipio Euclides da Cunha.
- 3 -Propoer uma estratégia de intervenção abrangente para melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

Capítulo # 4: Metodologia utilizada.

Foi realizado um estudo retrospectivo descritivo, a fim de descrever a situação da qualidade de vida de pacientes hipertensos do município de Euclides da Cunha, durante o período compreendido entre novembro de 2013 a novembro outubro 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 2860 pacientes foi formado o universo de pesquisa dos pacientes hipertensos dispenzarizados das fichas de saúde de nosso PSF incluídas na área, totalizando 540 o que representa o 18.8 % de nossa população. Deles será selecionada uma amostra composta de 100 pacientes, que representam 3.49 % da população, selecionados por amostragem aleatória simples, que consiste em selecionar aleatoriamente com uma lista de pacientes que se aplicam as técnicas (Ibarra, 1998).

Dados foram 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,

Levou 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: $IMC = P (Kg) / T (m^2)$.
- 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.

Capítulo # 5: Análise e discussão dos resultados

Um dos indicadores de análise no trabalho que tem uma expressão que é essencial no estudo da saúde nas comunidades, é a avaliação da qualidade de vida em pacientes hipertensos, então tomou-se uma série de dados estatísticos que nos permitiu ser complementada com a pesquisa, aplicada na primeira sessão, que permitiu reconhecer que no município Euclides da Cunha a hipertensão tem uma alta incidência e torna-se o principal problema de saúde em um diagnóstico realizado nos últimos anos; dentre 2860 habitantes, 540 sofrem desta doença, o que representa 18,8% da população, uma cifra que assume um papel importante na valorização do estudo da qualidade de vida da Comunidade, se levarmos em conta a relação que estes conceitos adquirem na vida dos pacientes que sofrem desta doença. (1)

Para a amostra selecionada foram realizadas análises, resultando em, que entre a população do município a maior incidência de hipertensão é de raça mestiça, representada por 58 pacientes juntos à raça negra 18, somando 76, representando 76%, o que corrobora os dados que, na literatura reconhecem que estas raças são mais propensas à incidência desta doença. O branco nessa população somam 24, por 24% do total.

Em relação a distribuição de acordo com sexo, observou-se que a condição é mais comum no sexo feminino que no sexo masculino (anexo 3), embora a diferença não é significativa para chegar a conclusões a este respeito.

No anexo 4, verificou-se que a população mais afetada é maior de 65 anos, totalizando 59 para 59%, que coincide com os dados que são gerenciados em relação a este grupo de idade em todo o mundo. É observado um comportamento diferente nos outros grupos, pois, no compêndio entre 16 e 65 anos são agrupados 38 pacientes sendo este o segundo mais afetado com 38% e em menor medida afeta a população entre 0 e 15 anos com apenas 3 pacientes com um percentual de 3%, que coincide com os estudos anteriores.

Anexo 5, mostra-nos a relação estabelecida entre o índice de Massa Corporal (IMC) e hipertensão arterial (HTA), que representam os grupos de sobrepeso e obesidade, composta de 82 pacientes, que foram os mais afetados, coincidindo este indicador com as conclusões descritas na pesquisa pelos doutores Dotres Coro García e Macia Castro, afetando em menor grau, os pacientes normopesos (18), que representam apenas 18% e baixo peso que não tinha representação no presente estudo. Mostrando uma estreita relação entre o peso e a ocorrência desta patologia.

Sobre o conhecimento da importância da utilização de uma dieta adequada, rica em potássio, cálcio e dieta diminuída de sódio, verificou-se que do 100 pacientes pesquisados apenas 15 ignoram a importância deste aspecto, mas, enquanto o restante 85 dizem ter conhecimento disto, nem todos a praticam bem; Pois 85% consomem sódio em grande quantidade, baixo cálcio e potássio (anexo 6 e 7). Este indicador é de vital importância, se levarmos em conta que a dieta e o sobrepeso tem uma relação importante e que ambos são indicadores da qualidade de vida, e que adquirem vital importância no estudo da hipertensão. E é por isso que se faz necessário um trabalho de promoção de estilo de vida saudável no município de Euclides da Cunha.

Adesão ao tratamento é um dos principais temas para discutir em todos os eventos ao redor do mundo onde o tema é HTA. No trabalho foi mostrado como o tratamento farmacológico é o pilar para que nossa população doente lhe dá maior importância, deixando esquecer a necessidade de mudar estilos de vida, como a maioria de 37 pacientes que representam 37% feito apenas este tratamento, o que reduz a eficácia do presente, conforme reconhecido na literatura (1), seguido por uma representação de 18 pacientes que retirou-se ambos os tratamentos, Considerando que já são controlados e não é necessário continuar com o mesmo, que é indicado como uma figura significativa, apesar de estar em apenas 18%; são pacientes que estão perdidos dentro do sistema. Ele é conhecido no anexo 8, 16 pacientes fizeram apenas tratamento não-farmacológico e 29 pacientes ainda fazem os dois tipos de tratamento, o que deve aumentar de acordo com as necessidades individuais dos pacientes hipertensos.

No anexo 9, pode-se constatar que na população há maior incidência de hipertensão grau I, com um total de 49 para um 49%, que se torna um fato de importância vital na concepção de uma estratégia de intervenção a nível comunitário. Este fato coincide com o que é reconhecido como o padrão em todo o mundo, bem como reconhecer que o grau II, adicionado 32 e os pré-hipertensivos adicionando 19 pacientes.

Nesta análise, verificou-se que a incidência de dados antes de desempenhar um papel essencial nas condições de vida da Comunidade, para que a análise da qualidade de vida a partir dos indicadores que são reconhecidos no âmbito teórico, estaremos dando uma série de resultados que permitem-nos concluir a necessidade de criar indicadores de qualidade e conhecimento sobre os tratamentos e as características da própria doença no município Euclides da Cunha.

Para o estudo da qualidade de vida foi utilizada a técnica de Euroqol: EQ-5 d, validado anteriormente, proposto para relacionar uma série de indicadores que assumem vital importância para a sistematização da qualidade de vida neste tipo de pacientes.

Nas pessoas pesquisadas não se encontra alterações de peso na mobilidade, por causa da amostra selecionada 3% não apresentaram alterações significativas e 97

apresentaram apenas algumas alterações, por isso não é um dos indicadores de qualidade de vida que se afete (ver anexo 11, pergunta 1).

No cuidado da aparência pessoal, que se trabalhou como um dos indicadores, também se encontraram efeitos significativos já que 78 não apresentaram problemas para o cuidado pessoal e somente 17 tiveram algum problema para fazê-lo, ao qual juntos representam 95% da amostra.

No desenvolvimento de uma qualidade de vida harmoniosa, a conquista do domínio de atividades diárias desempenha um papel essencial. A este respeito 80 que representam 80% dos entrevistados, reconheceu que têm problemas para desenvolver atividades diárias, tornando-se um dos indicadores de peso, o que diminui a qualidade de vida, neste sentido, 17% não teve problemas para desenvolver essas tarefas e 3 pacientes demonstraram serem incapazes de cumprir suas atividades diárias (ver anexo 11).

O desenvolvimento desta pesquisa mostrou que os pacientes com esta patologia apresentam em grande número mal estar, porque 96 pacientes representando 96% sofrem de alguma dor ou desconforto o que é um indicador-chave de efeitos para a qualidade de vida e mostra uma grande necessidade para controle da hipertensão arterial com a combinação certa de tratamentos direcionados (anexo 11 pergunta 4).

Neste sentido se poderia reconhecer que, dentro da amostra, foram encontrados efeitos na esfera subjetiva, pois 30 pesquisados reconheceram ser moderadamente deprimido e ansioso, 20 afirmando apresentar esta mesma situação, mas com uma intensidade maior, representando 50%, ainda um forte indicador de que nos permite falar da necessidade para o aumento da atenção primária para melhorar a qualidade de vida desta população.

Na amostra selecionada se observou pouca confiança no tratamento, tendo em conta a percepção dos pacientes hipertensos da progressiva deterioração de sua saúde nos últimos doze meses, isto foi demonstrado quando 85 demonstraram sentir-se igual ou pior, o que representa 85% e apenas 15% reconheciam sentir-se melhor nos últimos doze meses. A este respeito, deve aprofundar porque a qualidade de vida está ligada à pressão arterial elevada em um relacionamento que indiscutivelmente tem impacto na deterioração do presente.

Um dos indicadores de gestão da qualidade de vida em pacientes diagnosticados como hipertensão, é a realização do controle da doença (ver anexo 13). Aqui há uma grande relacionamento conforme descrito nos parágrafos anteriores, pois o controle é o fruto da União de uma cultura de saúde e tratamento correto. Entrevistados nesta matéria não estavam sendo controlados 65, para um 65%, 20 eram controladas por etapas e apenas 15 foram manter um controle relativamente estável em seu PA, representando 15%.

Conclusões.

- 1.No município de Euclides da Cunha tem uma maior incidência de hipertensão (HAS) grau I.
- 2 Pressão alta (hipertensão), afeita em maior grau na raça mestiça.
3. Pressão arterial elevada (hipertensão) é mais comum nos maiores de 65 anos.
4. O controle da doença mantém uma relação diretamente proporcional com a qualidade de vida.
- 5 Há uma falta de conhecimento e eficiência no uso de tratamento farmacológico e não-farmacológico em pacientes hipertensos.
6. Excesso de peso é um indicador de qualidade de vida que tem grande relação com o aparecimento de hipertensão arterial.
7. Em indivíduos hipertensos é visível a deterioração da qualidade de vida, causando desconforto, depressão e ansiedade.

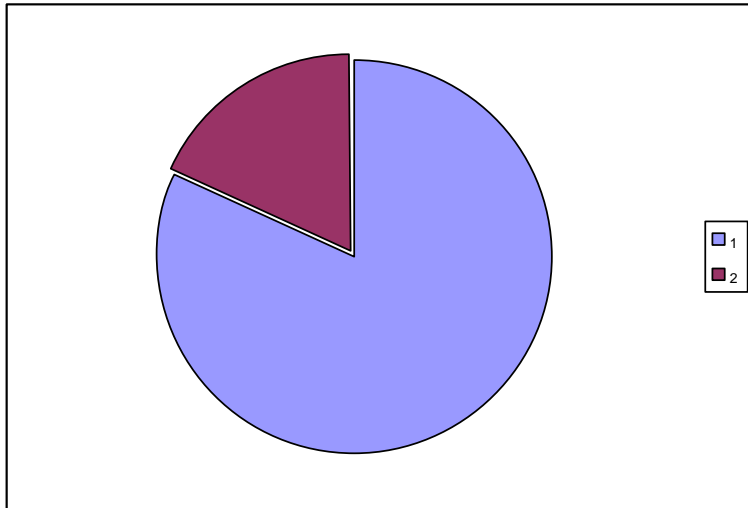
Recomendações.

1. Desenvolver investigações que se aprofundem e ampliem os resultados do presente trabalho.

2 Implementar uma estratégia de intervenção proposta, que visa: aumentar a qualidade de vida dos pacientes do município de Euclides da Cunha, que recomendamos (anexo 14).

Anexos

Anexo 1: Quantidade de pacientes hipertensos da população total.

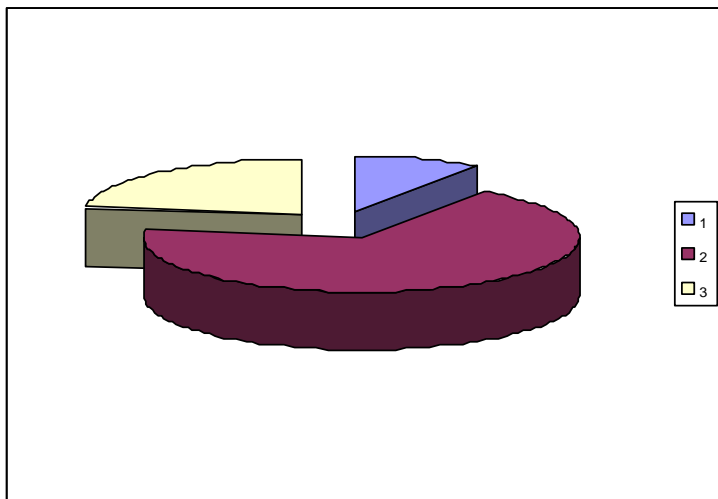


1- Habitantes não-hipertensos: 2860

2- Habitantes hipertensos: 540.

Fonte: Dados pesquisados pelo autor (Historia Clínica Individual)

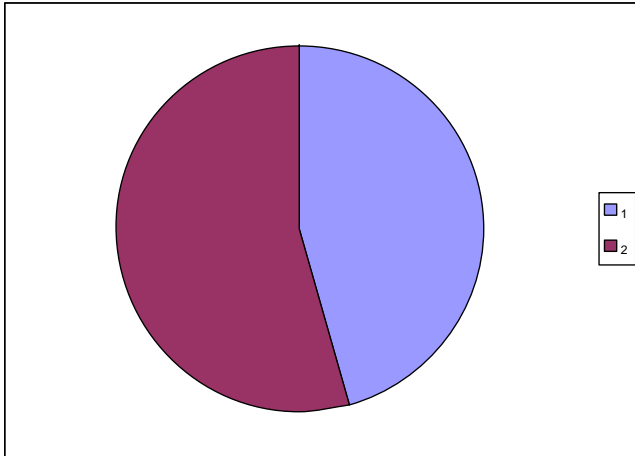
Anexo 2: Composição racial dos hipertensos da amostra.



1- Negros: 18.

- 2- mestiços: 58.
- 3- brancos: 24.

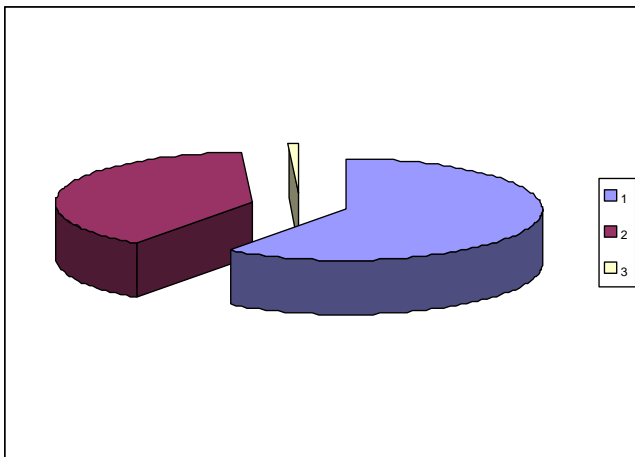
Fonte: Dados pesquisados pelo autor (Historia Clínica Individual)
Anexo 3: Composição por sexo dos hipertensos da amostra.



- 1- Homens: 37.
- 2- Mulheres: 63.

Fonte: Dados pesquisados pelo autor (Historia Clínica Individual)

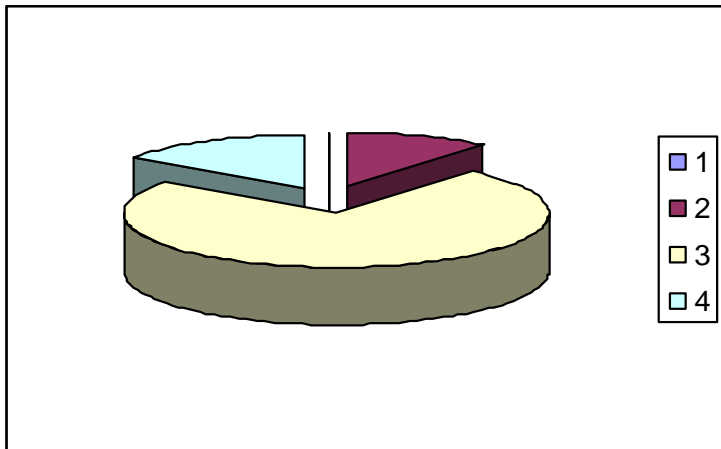
Anexo 4: Distribuição por idade dos pacientes hipertensos da amostra.



- 1- Maiores de 65 anos: 59 pacientes.
- 2- 16 – 65 anos: 38 pacientes.
- 3- 0 – 15 anos: 3 pacientes.

Fonte: Dados pesquisados pelo autor (Historia Clínica Individual)

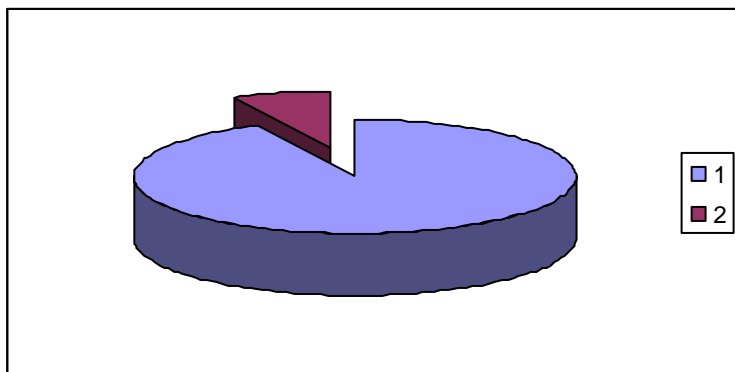
Anexo 5: Distribuição da amostra segundo o Índice de Massa Corporal.



- 1- Baixo peso: 0 pacientes.
- 2- Normo-peso: 18 pacientes.
- 3- Sobre peso: 56 pacientes.
- 4- Obesos: 26 pacientes.

Fonte: Dados pesquisados pelo autor (Historia Clínica Individual)

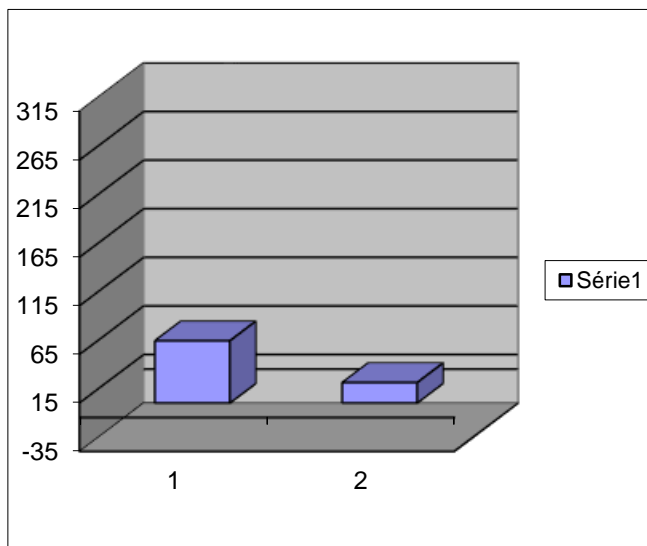
Anexo 6: Conhecimento sobre o uso da dieta.



- 1- Conhecem a importância da dieta: 85 pacientes.
- 2- Não conhecem a importância da dieta: 15 pacientes.

Fonte: Dados pesquisados pelo autor (Pesquisa)

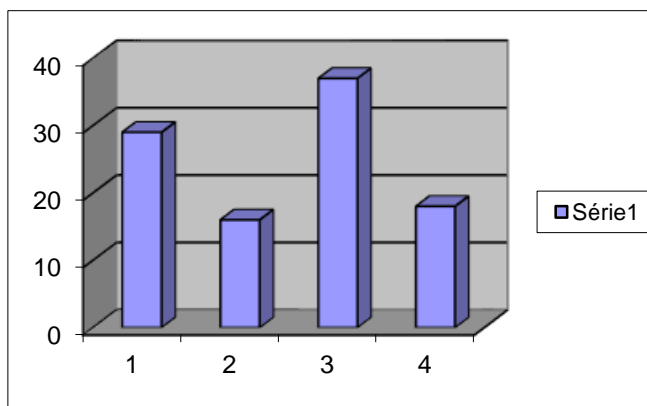
Anexo 7: Controle e conhecimento sobre a dieta.



- 1- Realizam mal a dieta: 64.
- 2- Realizam uma dieta adequada: 21
(Ignoram a importância da dieta: 15)

Fonte: Dados pesquisados pelo autor (Pesquisa)

Anexo 8: Tipo de tratamento que realizam atualmente.



- 1- Pacientes que realizam um tratamento farmacológico e não-farmacológico: 29.
- 2- Pacientes que realizam somente tratamentos não-farmacológicos: 16.

- 3- Pacientes que realizam o tratamento farmacológico: 37.
- 4- Pacientes que abandonaram o tratamento: 18.

Fonte: Dados pesquisados pelo autor (Historia Clínica Individual)

Anexo 9: Distribuição por graus dos Hipertensos da amostra do município Euclides da Cunha.

Grau da HAS	Quantidade De pacientes
Prehipertensos	19
Hipertensos Grau I	49
Hipertensos Grau II	32
	Total: 100

Fonte: Dados pesquisados pelo autor (Historia Clínica Individual)

Anexo 10: Euroqol

ESTADO DA SAUDE HOJE

100-
90-
80-
70-
60-
50-
40-
30-
20-
10-
0-

Para ajudar-lhe a descrevê-lo bom ou mal o seu estado de saúde temos desenhado uma escala parecida a um termômetro no qual se marca com um 100 o melhor estado de saúde que possa imaginar-se e com um 0 o pior estado de saúde que possa imaginar-se.

Nós gostaríamos que nos indicassem em sua opinião o bom o mal que es seu estado de saúde no DIA DE HOJE. Por favor encerre em um círculo o número que em sua opinião indique quão bom o mal que é seu estado de saúde no dia de hoje.

PESQUISA

A-Mobilidade

- Não tenho problemas para caminhar ----
- Tenho problemas para caminhar -----
- Tenho que estar na cama -----

B-Cuidado pessoal

- Não tenho problemas com o cuidado pessoal -----
- Tenho alguns problemas para lavar-me ou vestir-me -----
- Sou incapaz de lavar-me ou vestir-me-----

C-Atividades cotidianas

- Não tenho problemas para realizar minhas atividades cotidianas -----
- Tenho alguns problemas para realizar minhas atividades cotidianas -----
- Sou incapaz de realizar mis atividades cotidianas -----

D- Dor e mal-estar

- Não tenho dor nem mal-estar -----
- Tenho moderado dor ou mal-estar-----
- Tenho muita dor e mal-estar -----

E-Ansiedade e depressão

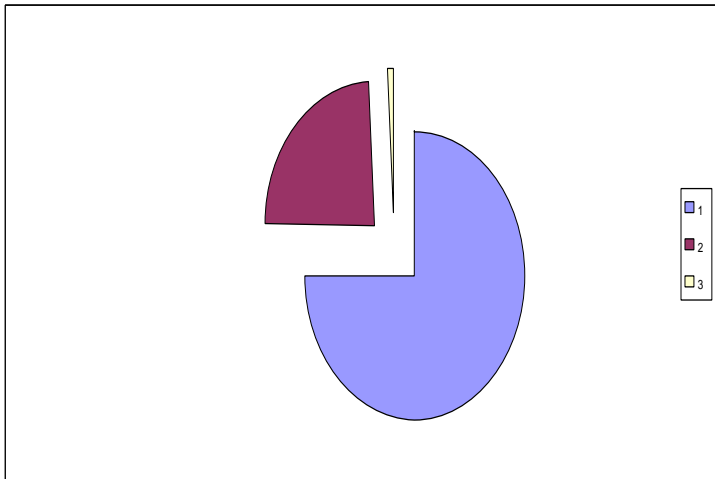
- Não estou ansioso nem deprimido -----
- Estou moderadamente ansioso e deprimido -----
- Estou muito ansioso y deprimido -----

F-Comparado com meu estado geral de saúde durante os últimos doze meses, meu estado de saúde hoje é:

- Melhor -----
- Igual -----
- Pior -----

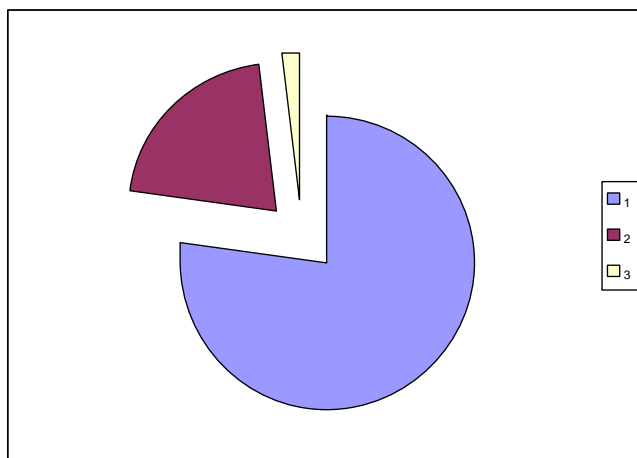
Anexo 11: Resultados da Euroqol

Pergunta # 1 Mobilidade nos pacientes hipertensos.



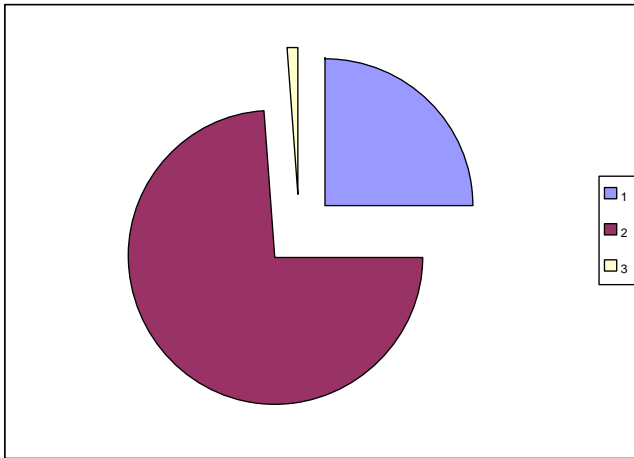
- 1- Não tenho problemas para caminhar: 80 pacientes.
- 2- Tenho problemas para caminhar: 17 pacientes.
- 3- Tenho que estar na cama: 3 pacientes

Pergunta # 2 Cuidado pessoal.



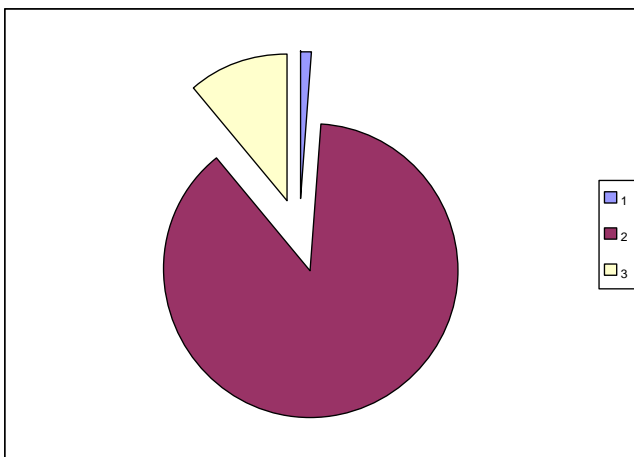
- 1- Não tenho problemas para o cuidado pessoal: 78 pacientes.
- 2- Tenho alguns problemas para lavar-me ou vestir-me: 17 pacientes.
- 3- Sou incapaz de lavar-me o vestir-me: 5 pacientes.

Pergunta # 3 Atividades cotidianas.



- 1- Não tenho problemas para realizar minhas atividades cotidianas: 17 pacientes.
- 2- Tenho problemas para realizar minhas atividades cotidianas: 80 pacientes.
- 3- Sou incapaz de realizar minhas atividades cotidianas: 3 pacientes.

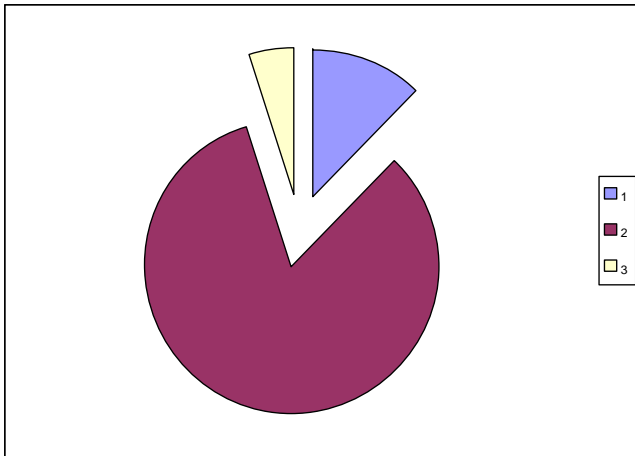
Pergunta # 4 Dor e mal-estar.



- 1- Não tenho dor nem mal-estar: 14 pts.

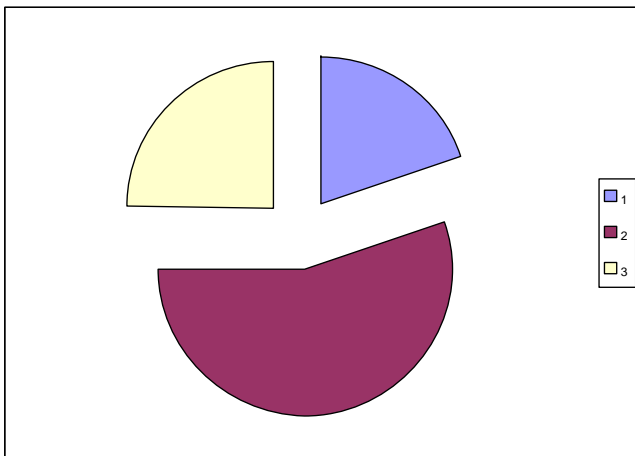
- 2- Tenho moderado dor o mal-estar: 74 ptes.
- 3- Tenho muita dor e mal-estar: 12 ptes.

Pergunta # 5 Ansiedade y depressão.



- 1- Não estou ansioso nem deprimido: 50 pacientes.
- 2- Estou moderadamente ansioso e deprimido: 30 pacientes.
- 3- Estou muito ansioso e deprimido: 20 pacientes.

Pergunta # 6 Valoração sobre o estado de saúde atual com respeito aos últimos doze meses.



- 1- Melhor: 15 pacientes.

- 2- Igual: 70 pacientes.
- 3- Pior: 15 pacientes.

Anexo 12: Pesquisa de estúdio dos pacientes HSA.

Pesquisa de HSA.

Nome:	Data:
PA:	Peso:
1-Leva tratamento para HSA	Sim ---- Não----
Farmacológico	Não-farmacológico
-diurético	-dieta
-beta bloqueadores	-exercícios físicos
Bloqueadores de canais de cálcio	-outros
-IECA	
-Outros	

2- Aderência ao tratamento:

- a- Leva tratamento estável ---- o quando tem a PA elevada----
- b-Toma diariamente os medicamentos Si---- No----
- c- Sempre a mesma quantidade Si---- No----
- d- Umes dias mais e outros menos de acordo com o que se sente si---- no----
- e- Está convencido de que deve tomar os medicamentos diários si---- no----
- f- Realiza a dieta diariamente si---- no----
- g- Realiza exercícios físicos diariamente si---- no----
- h- Seu médico lhe explicou qual tratamento que deve levar si---- no----

4- Sobre a dieta:

- a- Sabe que deve realizar dieta si---- no----
- b- O médico lhe explicou si---- no----
- c- Come sem sal----

Come com sal----

Come um pouco de sal----

d- Sabe qual são os alimentos que contém K y Ca si---- no----

5- Realiza exercícios físicos si---- no----

Caminhadas---- prática deportes----

Outros----

6- Habito de fumar:

Você fuma si---- no----

+ De 10 cigarros diários ----

+ De 20 cigarros diários ----

De uma a duas caixas diárias ----

7- Ingestão de bebidas alcoólicas:

Ingere bebidas alcoólicas diariamente si---- no----

1 vez por semana ----

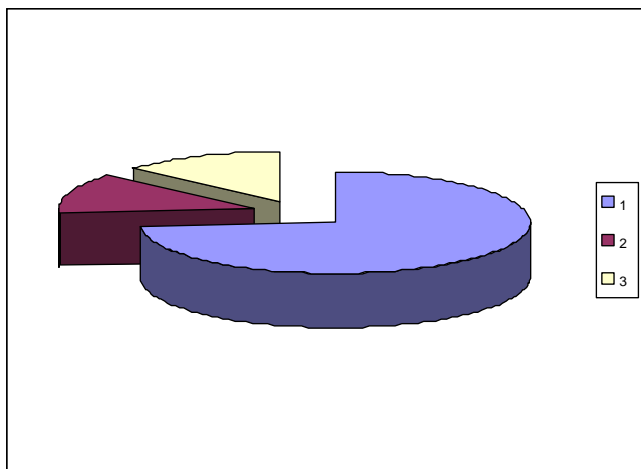
2-3 vezes por semana----

1-2 doses----

+ De 5 doses----

Se considera alcoólico si---- no----

Anexo 13: Controle da enfermidade nos pacientes da amostra.



1- Não controlados: 65.

2- Controlados por etapas: 20.

3- Controlados: 15.

Fonte: Dados recolhidos pelo autor (Historia Clínica Individual)

Anexo 14: Estratégia de Intervenção.

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos do município de Euclides da Cunha, se desenvolve estratégia participativa centrada nos resultados do estudo realizado no presente trabalho, a estratégia durará desde novembro de 2013 até outubro de 2014.

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 comitês de Saúde. Se colocará em lugares públicos e de interesse social.
2	1- Palestra sobre a dieta e os alimentos de maior interesse	Dezembro	Médico	

	<p>nutricional.</p> <p>2- Conformação de grupos de prática de exercício físicos com pacientes hipertensos.</p>	<p>Novembro</p> <p>Em cada sessão</p>	<p>Colaboradores desportivos.</p> <p>Médico</p>	<p>Em colaboração com a comunidade.</p>
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</p>	<p>Janeiro</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>

	usados sentido.	neste			
--	--------------------	-------	--	--	--

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. Terris, M. Healthy Lifestyle. The perspective of Epidemiology. Conferencia Internacional sobre Estilos de Vida. Leningrado. 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 modeling aids. GFR/1.73 M² 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-S246.
27. The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure. *Arch Intern Med.* 1997;157:657-667.
28. He J, Whelton PK, Appel LJ, Charleston J, Klag MJ. Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. *Hypertension.* 2000;35:544-549.
29. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al, for the DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med.* 2001;344:3-10.
30. Vollmer WM, Sacks FM, Ard J, et al. Effects of diet and sodium intake on blood pressure. *Ann Intern Med.* 2001;135:1019-1028.