

C 68379J
R 1399438
04/06/01
R\$ 8,65

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1399438,	
04 / 06 / 2001	

OK

MULHER HIPERTENSA: PROPOSTA DE ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO

ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS

Orientadora: PROF^a. Dr^a. RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA

Fortaleza-Ceará
2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TESE
616.132
523977
2001

Tese apresentada ao programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte integrante dos requisitos para a obtenção do título de doutora em enfermagem.

Linha de Pesquisa – assistência participativa de enfermagem em situação de saúde-doença.

Projeto de Pesquisa – saúde da mulher:auto-ajuda para a qualidade de vida, do departamento de enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

S237s SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo
Mulher hipertensa: proposta de enfermagem para o autocuidado / Zélia Maria de Sousa Araújo Santos. - Fortaleza, 2001. 174 p.

Orientadora: Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva.

Tese (Doutorado). - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia, e Enfermagem.

1. Mulher - Hipertensão Arterial.
T. Título.

CDU 616.12 - 008.331.1 - 055.2

Tese aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de **Doutor em Enfermagem**.

Data da Aprovação: 19/02/2001

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva
Presidente

Prof.^a Dr.^a Maria Graciela Teixeira Barrosó
Membro Efetivo

Prof.^a Dr.^a Eugênia Velludo Vieira
Membro Efetivo

Prof.^a Dr.^a Esther Weyne Chedzoy
Membro Efetivo

Prof.^a Dr.^a Lorita Marlena Freitag Pagliuca
Membro Efetivo

AGRADECIMENTOS

A Deus, de modo especial, por me ter dado sabedoria, fortaleza e perseverança.

À Profa. Dr^a. Raimunda Magalhães da Silva, pela orientação deste trabalho e, sobretudo, pelos conhecimentos, respeito, compreensão, amizade e apoio recebidos, e por tudo o que ela representa para mim; a ela a manifestação de respeito amizade e admiração.

A Banca examinadora: Eugênia Velludo Veiga; Maria Esther Weyne Chedzoy; Maria Grasiela Teixeira Barroso; e Lorita Marlena Freitag Pagliuca

Às colegas enfermeiras – Renata Pinheiro Moreira e Maria Neule Cruz Azevedo, e ao médico Frederico Augusto de Lima e Silva, por ter possibilitado a realização deste estudo, através da minha liberação das atividades laborativas no Hospital de Messejana – SUS.

Às mulheres que constituíram a população desta pesquisa, pela disponibilidade, respeito e lições de vida recebidas.

À Coordenação da Pós-Graduação em Enfermagem, aos docentes, discentes e funcionários, pela convivência fraternal e pela troca de experiências de vida.

Às bolsistas de Iniciação a Pesquisa – Anna Esther Pereira Rocha, Diana Arruda Monteiro, Karen Sabóia Aragão e Samélia Lea Menezes Becker, pelo convívio diário com a pesquisa, e, sobretudo, pela digitação deste estudo.

À Profa. Dr^a. Miriam Calíope D. Pinheiro – Coordenadora do Curso de Enfermagem da UNIFOR, pelo apoio e compreensão.

À Dr^a. Fátima Fernandes Veras – Diretora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, pelo reconhecimento do meu desempenho de docente.

Aos alunos, que têm possibilitado o meu aprender – ensinar – aprender, nas salas de aula e campos de estágio.

À Profa. Dr^a. Vera Lúgia Montenegro Albuquerque, pelo empenho em compreender a relevância social dos meus projetos de pesquisa.

À Bibliotecária Leonilha Maria B. Lessa, pela atenção e disponibilidade de empréstimo da literatura pertinente a este estudo.

À Universidade de Fortaleza – UNIFOR , pela colaboração no decurso do desenvolvimento do meu programa de doutorado.

À minha família, com quem divido a alegria de mais um projeto de vida acadêmica concluído.

Às funcionárias: Antônia Vilar de Melo e Raimunda L. Mota da Costa, pela colaboração, durante a coleta de dados.

Às amigas-irmãs: Francisca Praciano R. Sampaio e Clara de Assis R. Araújo, pela cumplicidade cotidiana, e estímulo no percorrer da trajetória de minha vida.

Um agradecimento especial a todos os que aqui não foram relacionados, pelas contribuições direta e indireta, na realização deste trabalho

DEDICATÓRIA

À minha Mãe, pela força, fé, esperança e amor, que me tem dispensado nesta caminhada.

Aos meus filhos, pelo amor, carinho e dedicação, que tanto me fizeram crescer no desempenho dos meus papéis.

Ao meu filho João José e à minha irmã Maria Neide, de modo especial, que lá do Paraíso Celestial, com certeza, não deixaram de amar-me e me admirar.

À Profa. Dr^a. Maria Grasiela Teixeira Barroso, que, desde a graduação, tem iluminado meu caminho profissional, com sua sabedoria, compreensão, respeito, amizade e incentivo.

À Profa. Jeanette Klein Antunes, que, desde a minha inserção no corpo de docentes do Curso de Enfermagem da UNIFOR tem estimulado a minha atuação profissional, com sua credibilidade em meu potencial.

A meu marido, José Emílio dos Santos, pelo esforço na tentativa de entender meu lado profissional e aceitar minhas ausências.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS	08
ÍNDICE DE QUADROS	11
RESUMO	12
ABSTRACT	13
RESUMÉ	14
RESUMEN	15
1 INTRODUÇÃO	
1.1 Experiências vivenciadas com o objeto de estudo	16
1.2 Fundamentação do problema	17
1.3 Relevância do estudo	24
1.4 Objetivos.....	25
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2.1 Assistência de enfermagem e a mulher hipertensa	26
2.2 Educação em saúde para promoção do autocuidado em mulheres hipertensas	40
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO - TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM	45
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	54

5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60
6	REELABORANDO O SABER DE ENFERMAGEM SOBRE A ASSISTÊNCIA A MULHER HIPERTENSA	121
7	CONCLUSÕES	125
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
9	APÊNDICES	
9.1	Levantamentos de dados	138
9.2	Plano de intervenção	141
9.3	Acompanhamento de Enfermagem	143
9.4	Resultados de exames laboratoriais	144
9.5	Guia Instrucional da Padronização dos Diagnósticos de Enfermagem (ou Demandas de Autocuidado), segundo Orem	145
9.6	Quadro para computação dos diagnósticos de enfermagem	149
9.7	Perfil de Engajamento no Autocuidado – PEAc	151
9.8	Guia Instrucional para a Identificação do Perfil de Engajamento no Autocuidado	155
9.9	Instrumento para avaliação da proposta de intervenção	163
9.10	Planejamento da assistência de enfermagem à mulher hipertensa.....	165
9.11	Termo de Consentimento	172
10	ANEXO – Índice de Massa Corporal – IMC	173

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA Nº:

1	Distribuição de óbitos por doenças do aparelho circulatório no Estado do Ceará em 1999, segundo o sexo. Fortaleza – CE, 2000.....	20
2	Distribuição dos óbitos por doenças do aparelho circulatório em Fortaleza no ano 1999,segundo a idade. Fortaleza – CE, 2000.....	24
3	Distribuição das mulheres segundo a idade, a procedência e o estado civil. Fortaleza-CE, 2000.....	60
4	Distribuição das mulheres segundo a renda familiar, a escolaridade e idade. Fortaleza-CE, 2000.....	62
5	Distribuição das mulheres segundo a idade, e os diagnósticos de oxigenação inadequada e desequilíbrio entre atividade e descanso. Fortaleza-CE, 2000.....	65
6	Distribuição das mulheres segundo a idade, e os diagnósticos de insuficiência de líquidos e eliminações inadequadas. Fortaleza-CE, 2000.....	69

7	Distribuição das mulheres segundo a idade, e os diagnósticos de ingestão inadequada de alimentos e de eliminações inadequadas. Fortaleza-CE, 2000.....	71
8	Distribuição das mulheres segundo a idade, o estado civil e o diagnóstico de desequilíbrio entre solidão e interação social. Fortaleza - CE, 2000.....	73
9	Distribuição das mulheres segundo a idade, o estado civil e o diagnóstico de risco à vida e ao bem estar. Fortaleza-CE, 2000.....	75
10	Distribuição das mulheres segundo a idade, a escolaridade e o diagnóstico de inadequada promoção da saúde. Fortaleza-CE, 2000.....	78
11	Distribuição das mulheres segundo a renda familiar, a escolaridade e o diagnóstico de inadequada promoção da saúde. Fortaleza-CE, 2000.....	81
12	Distribuição das mulheres segundo a idade, o estado civil e o diagnóstico de adaptação inadequada às mudanças do ciclo vital. Fortaleza-CE, 2000.....	83

13	Distribuição das mulheres segundo a renda familiar, a procedência e o diagnóstico de inadequada adaptação social. Fortaleza-CE, 2000.....	85
14	Distribuição das mulheres segundo a escolaridade e o diagnóstico de desconhecimento sobre a doença e o tratamento. Fortaleza-CE, 2000.....	87
15	Distribuição das mulheres segundo o diagnóstico de desconhecimento da doença e do tratamento, falta de aceitação da doença, e adaptação inadequada ao problema de saúde. Fortaleza-CE, 2000.....	89
16	Distribuição das mulheres segundo a renda familiar e a frequência de execução das condutas orientadas. Fortaleza-CE, 2000.....	89
17	Distribuição da média dos escores atingidos pelas mulheres por cada requisito de autocuidado em cada consulta de enfermagem. Fortaleza-CE, 2000.....	102

ÍNDICE DOS QUADROS

QUADRO Nº:

1	Distribuição das mulheres segundo os diagnósticos de enfermagem identificados em cada consulta de enfermagem. Fortaleza-CE, 2000.....	64
2	Distribuição das mulheres segundo as prescrições e as intervenções por diagnóstico de enfermagem em cada consulta. Fortaleza-CE, 2000.....	92
3	Distribuição do Perfil de Engajamento no Autocuidado atingido pelas mulheres em cada requisito de autocuidado. Fortaleza-CE, 2000.....	99
4	Distribuição dos Perfis de Engajamento no Autocuidado mínimo, médio e máximo atingidos pelas mulheres no período de acompanhamento. Fortaleza-CE, 2000.....	101
5	Distribuição das mulheres segundo as sugestões apresentadas para a melhoria do serviço. Fortaleza-CE, 2000.....	114
6	Distribuição das mulheres segundo a característica do Perfil de Engajamento no Autocuidado atingido em cada consulta de enfermagem. Fortaleza-CE. 2000.....	120

RESUMO

O estudo abordou a avaliação de uma proposta de intervenção de enfermagem com mulher hipertensa, embasada nos requisitos de autocuidado, no sistema apoio educativo de Orem e no método de ajuda – ensinando para o autocuidado. Tratou-se de uma pesquisa de campo do tipo quase experimental. Foi realizado em um ambulatório de hipertensão de uma instituição pública de saúde, situada no Município de Fortaleza–Ceará-Brasil. A amostra constou de 50 mulheres hipertensas com idade a partir de 20 anos. Os dados foram coletados através da consulta mensal de enfermagem, totalizando seis consultas para cada mulher. A consulta foi composta pelos instrumentos necessários à aplicação do processo de enfermagem. Os dados foram analisados, conforme a técnica de análise categorial de Bardin. Os resultados foram distribuídos em quatro categorias: caracterização sócio-demográfica das mulheres; identificação dos diagnósticos de enfermagem; identificação das habilidades para o autocuidado; e mudanças comportamentais das mulheres. Na amostra pesquisada, predominou a faixa etária de 50 a 67 anos; 35 (70%) mulheres são casadas; 47 (94%) têm renda familiar variando de 1 a 3 salários mínimos. As mulheres apresentaram os quatorze diagnósticos de enfermagem relacionados aos requisitos de autocuidado na primeira consulta, mantendo quatro no final do acompanhamento, porém, esta clientela necessitou cada vez menos de intervenção de enfermagem. As mulheres demonstraram o perfil de engajamento no autocuidado (PEAc) mínimo de 28,5 e máximo de 77,5 na primeira consulta, porém, no final do acompanhamento, apresentaram, respectivamente, 91,5 e 100,0. O PEAc foi mau em 03 (06%), regular em 29 (58%); e bom em 18 (36%) na primeira consulta, e, no final do acompanhamento, as mulheres atingiram PEAc excelente, caracterizando a mulher agente de autocuidado. Em face destes resultados, certifica-se que as orientações de enfermagem, através de uma intervenção sistematizada, possibilitaram às mulheres o engajamento para o autocuidado. Portanto, sugere-se a implantação do modelo assistencial na Instituição que constituiu o *locus* deste estudo, e nas demais instituições que prestam atendimento à clientela hipertensa.

ABSTRACT

This study approached the evaluation of proposal of intervention of nursing with hypertensive woman based in self-care requisites, in Orem's supportive-educative system, and in method of helping, - teaching to self-care. This work is a field's study of the almost experimental type. It was realized at a ambulatory of hypertension, of a Public Health Agency; located in the township of Fortaleza, Ceará. A sample consisted of 50 hypertensive women within the age bracket starting at 20 years old the data were collected through nursing appointments in the months of september of 1999 to june of 2000, adding up six appointments. The appointments was composed by instruments indispensable to application of the nursing process. The data were analyzed with base In the Bardin's categorial analysis technique. The results were distributed in four categories: social-demographical characterization of the women; identification of the nursing diagnosis; identification of the capacities to self care; and behaviour changes of the women. In sample surveyed, predominated the age group ranging from 50 to 67 years old; 47 (94%) have a family income ranging from 1 to 3 minimum wages. The women presented the fourteen nursing diagnosis related within the selfcare requisites in first appointments, were maintained four diagnosis in last appointment, but, the women needed each less of nursing intervention. The women presented the minimum PESc of 28,5 and the maximum of 77,5 in first appointment, but, in conclusion of the accompaniment, presented, respectability, 91,5 and 100,0. The profile of engagement of self care (PESc) in the first appointment, was bad in 03 (06%), regular in 29 (58%), and good in 18 (36%). In finished of the accompaniment, the women reached the excellent PESc. Then the women became self care agent. Against these results, confirm that the nursing orientations, through of a systemized intervention enabled the women the engagement to the selfcare. Thus, suggest-se the implantation of assistance model in Agency, that consisted the space of that study, and in other agency, that attend the hypertensive clientele.

RESUMÉ

L'étude a abordé l'évolution d'une proposition d'intervention de l'infirmière avec la femme hypertendue basée sur les qualités requises de la soins personnels, sur le système d'appui-éducatif d'Orem et dans la méthode d'aide – en enseignant pour le soins personnels. Le travail a été une étude de terrain du type expérimental, et a été réalisé, dans l'ambulatorio d'hypertension, d'une Institution Publique de Santé, situé dans la ville de Fortaleza – Ceará - Brésil. L'échantillon a consisté de 50 femmes hypertendues avec l'âge au-dessus de 20 ans. Les résultats ont été collectés à travers de la consultation de l'infirmière et distribués en quatre catégories: caractérisation socio-démographique des femmes; identification des diagnostics de l'infirmière; identification des capacités de soins personnels; et changement de comportement des femmes. Dans l'échantillon recherché, ont prédominé les âges de 50 à 67 ans; 35 (70%) femmes étaient mariées; 47 (94%) avaient un revenu familial qui variaient de 1 à 3 salaires minimums. Les femmes ont présenté tous les diagnostics rapportés aux qualités requises de soins personnels pendant la première consultation de l'infirmière, mais, cette clientèle a nécessité à chaque fois moins d'intervention de l'infirmière. Les femmes ont obtenu le PESp minimum de 28,5 et le maximum de 77,5 pendant la première consultation, mais, à la fin de l'accompagnement, ont présenté respectivement, 91,5 et 100,0. Le profil d'engagement en soins personnels (PESp) a été mauvais en 03 (06%), régulier en 29 (58%); et bon en 18 (36%) dans la première consultation, et à la fin de l'accompagnement, les femmes ont obtenu le PESp excellent, en les caractérisant comme des agents de soins personnels. Selon ces résultats, on peut constater que les orientations de l'infirmière, à travers d'une intervention systématisée a permis de rendre les femmes à l'engagement pour le soins personnels. Alors, on suggère l'implantation du modèle de l'assistance dans l'institution, qui a constitué l'ambiance de cette étude, et dans les autres institutions qui donnent assistance à la clientèle hypertendue.

RESUMEN

El estudio abordó la evaluación de una propuesta de intervención de enfermería con mujer hipertensa basada en los requisitos de autocuidado, en el sistema de apoyo educativo de Orem y en el método de ayudo-enseñando para el autocuidado. Se trató de una experiencia de campo de tipo cuasi experimental. Fue realizada en un ambulatorio de hipertensión, de una Institución Pública de Salud, situada en el municipio de Fortaleza, capital del estado de Ceará, Brasil. La muestra consistió de 50 mujeres hipertensas con edad a partir de 20 años. Los datos fueron recolectados a través de la consulta mensual de enfermería, totalizando seis consultas para cada mujer. La consulta estuvo compuesta de los instrumentos necesarios para la aplicación del proceso de enfermería. Los datos fueron analizados conforme a la técnica de análisis categorial de Bardin. Los resultados fueron distribuidos en cuatro categorías: caracterización sociodemográfica de las mujeres; identificación de los diagnósticos de enfermería; identificación de las habilidades para el autocuidado; y cambios de comportamiento de las mujeres. En la muestra investigada, predominó la franja de edades de 57 a 67 años; 35 mujeres (70%) son casadas; 47 (94%) tienen ingreso familiar variando de 1 a 3 salarios mínimos. Las mujeres presentaron los catorce diagnósticos de enfermería relacionados a los requisitos de autocuidado en la primera consulta, manteniendo cuatro en el final del acompañamiento, sin embargo, esta clientela necesitó cada vez menos de la intervención de enfermería. Las mujeres demostraron un Perfil de Inserción de Autocuidado (PIAc) mínimo de 28,5 y máximo de 77,5 en la primera consulta, sin embargo, al final del acompañamiento, presentaron, respectivamente, 91,5 y 100,0. El PIAc fue malo en 3(6%), regular en 29(58%); y bueno en 18(36%) en la primera consulta, y en el final del acompañamiento, las mujeres alcanzaron un PIAc excelente, caracterizando a la mujer agente de autocuidado. En vista de estos resultados, se certifica que las orientaciones de enfermería, a través de una intervención sistematizada posibilitaron a las mujeres la inserción para el autocuidado. Por lo tanto, se sugiere la implantación del modelo asistencial en la Institución, que constituye el lugar de este estudio, y en las demás instituciones, que prestan atención a la clientela hipertensa.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Experiências vivenciadas com o objeto de estudo

O despertar para o tema desta pesquisa decorreu de inquietações inerentes às experiências vivenciadas como enfermeira, no atendimento à clientela com hipertensão arterial, em unidade de terapia intensiva, no ambulatório de hipertensão e emergência hospitalar.

Observou-se que, em maioria, os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, e atendidos em Unidades de Emergência, desconheciam o fato de ser portadores de hipertensão arterial; quando sabiam do diagnóstico, não se tratavam; e, aqueles que se encontravam em tratamento, o faziam de forma inadequada. Quanto aos clientes atendidos no ambulatório, detectou-se que muitos eram desinformados sobre a doença e inseguros em relação às condutas terapêuticas, principalmente às preventivas.

Percebia-se, claramente, nesta clientela a prática ineficaz das atividades do autocuidado, relativamente à hipertensão, quanto à saúde de modo geral.

Ao ingressar no ensino de graduação em enfermagem, teve-se a preocupação de correlacionar teorias de enfermagem com a prática, e ultimamente, tem-se utilizado a Teoria de Orem, permeando as etapas do processo de enfermagem com os alunos em aulas teórico-práticas, na assistência ao paciente, e como guia para as pesquisas desenvolvidas por bolsistas de iniciação científica, envolvendo as temáticas de saúde da mulher e hipertensão arterial.

Outra experiência relevante, e comprovada no estudo de mestrado realizado por Santos (1998), o qual investigou os fatores de riscos socioeconômicos e culturais, relacionados com a síndrome multifatorial da hipertensão arterial e sua repercussão no autocuidado da mulher hipertensa, em acompanhamento ambulatorial, foi que a maioria apresentava déficits de autocuidado, em relação à saúde, de modo geral, e, conseqüentemente, impedia o alcance de uma qualidade de vida razoável, com um bom nível de saúde e bem-estar geral.

Esse estudo trouxe à tona várias questões que carecem de maiores reflexões por parte da equipe de saúde que atende à mulher hipertensa, tais como: o fato de a

hipertensão estar se instalando antes da menopausa, quando a prevalência desse distúrbio aumenta após esta fase; o diagnóstico da doença é feito na vigência de manifestações clínicas do climatério, pois a hipertensão é assintomática na maioria dos hipertensos, sendo diagnosticada casualmente mediante queixas ou agravos mais sérios à saúde; o atual papel social da mulher tem alterado seus hábitos de vida, tornando-a vítima da hipertensão arterial e de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; e a política de saúde não tem atendido de forma eficaz e eficientemente às necessidades sanitárias da população.

Mediante estas reflexões, percebeu-se a importância do papel do enfermeiro no acompanhamento a esta clientela, bem como o engajamento desta à prática do autocuidado, promovendo a sua saúde e seu bem-estar, com repercussões favoráveis na família e na comunidade.

O enfermeiro, no seu papel profissional, será o predominante cuidador, ao regular o exercício e o desenvolvimento de atividades de autocuidado pelo cliente. E a consulta de enfermagem deve constituir um espaço favorável à exposição de queixas do cliente sob abordagem holística. Portanto, durante as consultas, o enfermeiro identifica as demandas ou necessidades de autocuidado quanto ao aspecto biopsico-socio-espiritual e às capacidades do cliente para o exercício das atividades de autocuidado.

Sampaio e Pagliuca (2000) enfatizam o cunho educativo da consulta de enfermagem, a fim de preparar tanto o indivíduo como a família para o autocuidado, em termos de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Para Hubak e Gallo (1997) o processo de enfermagem ajuda o enfermeiro a responder à pergunta “o que o paciente ou a família deseja aprender é o que desejo ensinar?”

1.2 Fundamentação do problema

A hipertensão arterial é uma doença de caráter multígeno e multifatorial que pode ser catalogada entre as doenças crônico-degenerativas e, quando não tratada adequadamente, acarreta danos ao organismo, principalmente a nível do coração, rins e sistema nervoso (Amodeo, 1995). Portanto, é considerada uma situação

clínica multifatorial de alta prevalência com repercussões importantes de morbimortalidade cardiovascular caracterizada por elevação crônica das pressões sistólica e diastólica (Luna, 1989; Mancini, 1992; Nobre, 1994; Oliveira, 1994; Leite, 1995; Ribeiro, 1996).

Segundo o III CBHA (Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial), o hipertenso é todo indivíduo adulto, maior de 18 anos, com valores de pressão arterial sistólica igual ou maior do que 140mmHg ou com pressão arterial diastólica igual ou superior a 90mmHg, em pelo menos duas medidas realizadas em ocasiões diferentes. São normotensos aqueles com pressão arterial sistólica inferior a 130mmHg e pressão arterial diastólica inferior a 85mmHg. Os valores intermediários são considerados limítrofes.

A hipertensão arterial é um sério problema de saúde pública, pois estima-se que de 15 a 20% da população com idade superior a 20 anos, tenha níveis de pressão arterial elevados (Brasil, 1995; Ribeiro, 1996).

De acordo com Pozzan (1996), a hipertensão arterial é uma doença de elevada prevalência nas sociedades ocidentais, e, segundo Feitosa (1996), é a segunda maior causa circulatória de hospitalização no Brasil.

As doenças cardiovasculares parecem ser, em conjunto, o grupo de patologias que mais afetam a saúde da população mundial. O infarto agudo do miocárdio foi considerado por muito tempo como a "epidemia progressiva" do século XX. Por outro lado, a hipertensão arterial é, isoladamente, o mais importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (Tavares, 1999).

A população idosa brasileira aumenta vertiginosamente, de modo que, nas próximas duas décadas, teremos um crescimento superior a 200% do número de indivíduos acima de 65 anos. Como a prevalência da hipertensão e de outros fatores de risco para esta doença, como sedentarismo, obesidade e diabetes, aumentam com a idade, então, ela também aumentará na população em geral nas próximas décadas (Tavares, 1999).

No Brasil, as doenças cardiovasculares aparecem como a primeira causa de mortalidade durante as últimas quatro décadas. A partir dos 40 anos de idade, a mortalidade por doenças cardiovasculares cresce continuamente, sendo aos 80 responsáveis pela metade da mortalidade. Observa-se, ainda, que há predomínio em faixas etárias da população economicamente ativa, isto é, entre os 30 e 60 anos. Porém, muitas mortes seriam evitadas com o tratamento adequado da hipertensão arterial e de outros fatores de risco cardiovasculares, como tabagismo, deslipidemia, obesidade e outros (Tavares, 1999).

De acordo com Barbosa (2000), a importância da hipertensão arterial, como doença humana, decorre das complicações clínicas da morbidade, da mortalidade, e da incidência, bem como, dos pesados impostos ao paciente, à família e aos cofres públicos. As complicações graves da hipertensão arterial incluem: o acidente vascular cerebral; insuficiências- coronariana, cardíaca, renal e vascular periférica. Estima-se que 50% dos óbitos ocorridos em pacientes com idade superior a 50 anos sejam consequência de doenças cardiovasculares, sendo 80% delas a hipertensão arterial. Nos outros 50% dos óbitos, após os 50 anos, 30% ocorrem em portadores de hipertensão arterial, porcentagem que cresce significativamente com a idade, em especial acima dos 70 anos.

De acordo com as informações do DEPSESA-CE (Departamento de Epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará), a mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Município de Fortaleza e no Estado do Ceará, no ano de 1999, apresentou a seguinte situação:

- Estado do Ceará. Ocorreram 7.921 óbitos relacionados com 116 doenças do aparelho circulatório, sendo 4.110 (52%) em pessoas do sexo masculino e 3.793 (48%) do outro sexo. Porém, 6.682 (84,3%) óbitos relacionam-se com hipertensão arterial e complicações relacionadas com esta doença, conforme mostra a tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição de óbitos por doenças do aparelho circulatório no Estado do Ceará em 1999, segundo o sexo. Fortaleza-CE, 2000.

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Doenças do Aparelho Circulatório						
- Hipertensão arterial	282	46,5	322	53,1	604	9,0
- Doença cardiovascular associada a hipertensão	138	53,3	112	43,2	250	3,9
- Doença cardiovascular e cerebrovascular.	2.024	51,1	1936	49,0	3960	59,1
- Infarto agudo no miocárdio	754	53,5	655	46,5	1409	21,0
- Doença isquêmica do coração	154	55,3	124	44,6	278	4,1
- Seqüela de doença cerebrovascular	92	51,7	89	50,0	181	2,7
Total	3444	51,5	3238	48,5	6682	84,3

FONTE – DEPSESA – CE

Na tabela 1, observa-se que a mortalidade por hipertensão arterial é maior no sexo feminino, e por doença cardiovascular associada a esta doença é mais elevada no sexo masculino, porém, a diferença entre os sexos não é significativa.

As doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, doenças isquêmicas do coração e seqüelas de doenças cerebrovasculares, têm como fator de risco predominante a hipertensão arterial, como está comprovado em estudos recentes. Embora o número de óbitos seja maior nos homens, o sexo feminino mostra estatísticas elevadas.

Enfim, dos 6.682 (84,3%) óbitos, 3.444 (51,5%) são de pessoas do sexo masculino e 3.238 (48,5%) sexo feminino. De acordo com as estatísticas, entre os anos de 1990 a 1999, a mortalidade por infarto agudo do miocárdio esteve entre 85,6% e 85,2% respectivamente, porém, no ano de 1992, foi de 66,3%. Entretanto, observa-se que a partir de 50 anos de idade esta taxa elevou-se acentuadamente durante este período. Já os óbitos por doenças isquêmicas do coração oscilaram entre 22,7% e 21,4%, porém, variaram de 24,3% a 24,9% entre 1991 e 1998. Todavia, elevaram-se acentuadamente, desde os 40 anos, neste período. Quanto à mortalidade por doenças cerebrovasculares, esta elevou-se acentuadamente a partir dos 60 anos de idade. Entretanto, oscilou entre 37,9% e 36,5% a partir dos 40 anos, porém, variou de 40,0% a 41,3%, entre os anos de 1991 a 1996, no geral. No Município de Fortaleza, foram notificados 2.636 óbitos, sendo que, destes, 116

ocorreram por doenças do aparelho circulatório, sendo 2.048 (77,7%) causados por hipertensão arterial e por suas complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, segundo a tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos por doenças do aparelho circulatório em Fortaleza no ano de 1999 segundo a idade. Fortaleza-CE, 2000.

Óbitos Idade (anos)	HÁ		DCV associada a HA		DCV e DCbV		IAM		DIC		Seqüela de DCbV		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
20-29	-	-	-	-	17	1,3	02	0,4	-	-	01	2,2	20	1,0
30-39	-	-	01	1,8	51	4,0	12	2,7	-	-	01	2,2	65	3,2
40-49	01	1,8	02	3,6	95	7,5	44	9,8	04	2,5	-	-	146	7,1
50-59	07	13,0	10	17,8	147	11,6	61	13,6	18	11,2	05	11,1	248	12,1
60-69	12	22,0	09	16,0	241	19,0	97	21,7	30	18,8	05	11,1	394	19,2
70-79	19	35,1	16	28,5	266	21,0	131	29,2	58	36,2	18	40,0	508	25,0
80 ou +	15	27,8	18	32,1	450	35,5	101	22,5	50	31,2	33	73,3	667	33,0
Total	54	2,6	56	2,7	1267	61,9	448	21,9	160	7,8	63	2,2	2048	77,7

Fonte: DEPSESA-CE

H.A. – Hipertensão arterial; DCV – Doença cardiovascular; IAM – Infarto agudo do miocárdio; DCbV – Doença cerebrovascular; DIC – Doença isquêmica do coração.

De acordo com a tabela 2, a mortalidade por hipertensão arterial e por doenças cardiovasculares associadas a esta doença aumentou acentuadamente a partir dos 50 anos de idade, compatibilizando-se com a prevalência da hipertensão arterial. Os óbitos por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares acentuaram-se a partir dos 60 anos de idade.

A comparação internacional dos dados de mortalidade nas cidades brasileiras, na segunda metade da década de 1980, com os dos países desenvolvidos demonstrou que tanto a doença cerebrovascular como a doença coronária e as doenças do coração apresentam taxas maiores entre as mulheres brasileiras do que entre as mulheres desses outros países, na faixa dos 45 aos 64 anos de idade (Lotufo, 2000).

A prevalência da hipertensão arterial aumenta com a idade. Com relação ao sexo, até os 55 anos, a prevalência é mais elevada no homem, e, após esta idade,

ela é igual para os dois sexos. Mas na mulher a prevalência aumenta com a instalação da menopausa (Ribeiro, 1996).

A elevação na prevalência da hipertensão arterial da mulher ocorre com a instalação da menopausa, quando ocorre a privação do estrogênio, em decorrência do término da função ovariana, que acarreta à mulher várias alterações no estado de saúde, entre elas, hipertensão arterial, diabetes, osteoporose etc.

A doença cardiovascular aterosclerótica é a principal causa de morte entre as mulheres argentinas. Ocorrem neste grupo, uma década mais tarde do que nos homens, freqüentemente logo após a menopausa. Em razão deste fato, conclui-se que a menopausa é um fator de risco cardiovascular nas mulheres (Rosa, 2000).

Segundo as estatísticas internacionais e nacionais, a mulher está sendo vítima da incidência elevada na morbimortalidade por doenças cardiovasculares associadas a hipertensão arterial, não só entre os 45 e 55 anos (época do climatério), mas em idades inferiores (Brasil, 1996).

A hipertensão arterial constitui um agravo à saúde, e o seu aparecimento está relacionado aos inadequados hábitos e estilos de vida, sem, contudo, desconsiderar os fatores constitucionais como sexo, idade, raça, obesidade e história familiar. O estilo de vida da população tem contribuído substancialmente para a elevação da incidência da hipertensão arterial, sendo o fator estresse uma constante no cotidiano.

Santos (1998), em seu estudo de mestrado, constatou que, em 43 (22%) mulheres, a hipertensão arterial foi diagnosticada em torno dos trinta anos de idade. Porém, a freqüência foi elevada no período da menopausa. Portanto, comprova-se que, mesmo com a proteção estrogênica, a mulher está exposta aos problemas circulatórios. Então, após a menopausa, possivelmente, ela terá um prognóstico bastante insatisfatório. Provavelmente, o comportamento epidemiológico desta clientela seja influenciado pela ampliação do seu atual papel social, que tem multiplicado suas atividades e responsabilidades, no âmbito socioeconômico e cultural, onde se encontra.

Ainda de acordo com os resultados do estudo de Santos (1998), foram identificados déficits de autocuidado, independentemente da faixa etária, embora, influenciados, em sua maioria, por fatores tais como: desconhecimento das condutas terapêuticas e preventivas; baixo poder aquisitivo; filhos envolvidos com alcoolismo e

drogadição; e relacionamento conflitante com o cônjuge. Este fato é preocupante, pois, as conseqüências dos déficits de autocuidado, provavelmente, seriam agravantes do quadro clínico e instalação de complicações agudas e/ou crônicas da hipertensão arterial. Entretanto, associando essas conseqüências aos outros problemas de saúde, peculiares ao período do climatério, ter-se-ia um prognóstico insatisfatório a médio e a longo prazo, ou seja, englobando a 2^a e 3^a idades desta clientela.

Estes problemas de saúde relacionados com a clientela hipertensa e que atualmente está envolvendo pessoas com idades inferiores àquelas consideradas de maior prevalência, e a estimativa do aumento significativo de pessoas idosas na população brasileira em 2020, exigem uma atuação eficaz do enfermeiro, quanto à condução do cliente ao seguimento adequado do tratamento da hipertensão arterial. Vale salientar que a atuação do enfermeiro, priorizando as atividades inerentes ao seu papel de educador, é de relevante importância junto à clientela hipertensa, no seu engajamento nas atividades de autocuidado, principalmente, quando esta não adere como deveria às práticas de autocuidado.

Neste estudo, optou-se por abordar a mulher hipertensa, em virtude do déficit de autocuidado constatado nos achados de Santos (1998) quando de sua dissertação de mestrado, com o objetivo de avaliar uma proposta de intervenção, embasada no sistema de apoio-educativo de Orem, direcionada à redução ou eliminação do déficit de autocuidado; conseqüentemente, tornando a cliente agente de autocuidado e multiplicadora das ações de autocuidado pertinentes na família e na comunidade, com o objetivo de possibilitar um prognóstico satisfatório, provendo benefícios de uma qualidade de vida atual e futura.

Para tanto questionam-se alguns aspectos, dentre eles: qual(is) a(s) demandas de autocuidado da mulher hipertensa? Qual (is) a(s) habilidade(s) desta clientela para o autocuidado? Qual será a reação destas mulheres mediante o desvio da saúde? Qual seria o comportamento dessas mulheres após a orientação para o autocuidado? Haverá mudanças na qualidade do serviço mediante a implementação desta proposta de intervenção sistemática de enfermagem?

Diante destes questionamentos neste estudo, tem-se como hipótese: “a orientação de enfermagem através de uma intervenção sistematizada facilita a mulher buscar o engajamento para o autocuidado”.

1.3 Relevância do Estudo

Ao longo da trajetória profissional da pesquisadora tem-se observado, na clientela hipertensa, situações e atitudes relacionadas com o seu problema de saúde tais como ignorar ser portadora da doença, não fazendo o acompanhamento e, quando o faz, procede de modo inadequado. Estes fatos têm inquietado a autora como enfermeira e cidadã, e só corroboram a atual problemática da saúde pública, na qual a hipertensão arterial tem sido a principal causa de morbimortalidade por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, o que tem sido comprovado em estudos recentes.

Estas situações e atitudes observadas assemelham-se ao estudo de Barbosa (2000) sobre a magnitude do problema de hipertensão arterial em nosso País. Com base em projeção do censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 1990, somos hoje 90 milhões de brasileiros com idade superior a 20 anos. Caso entender-se que 20% destes sejam hipertensos, conclui-se que, no mínimo, 18 milhões de brasileiros tenham hipertensão arterial, dos quais 50% ignoram ser portadores da doença. Somente 2,0 milhões são tratados adequadamente e outros 2,0 milhões são portadores de hipertensão arterial secundária. O autor enfatiza que mais da metade da vida perdida pela morte prematura, e 80% dos anos perdidos por incapacidade laborativa devem-se a enfermidades cardiovasculares, câncer e causas externas. Porém, dentre as primeiras, a hipertensão arterial é a mais freqüente. O Ministério da Saúde tem divulgado as dificuldades relativas ao controle eficiente da hipertensão arterial, em virtude da falta de sua sintomatologia na clientela, desconhecimento da doença naqueles que são portadores em sua maioria. Na vigência de sintomas, geralmente há lesão em órgãos-alvo, ocasionando aumento dos custos sociais com licença para tratamento, internações e aposentadorias precoces.

A problemática social da hipertensão torna-se ainda mais preocupante para 2020, quando se estima que a população idosa predominará no Brasil, pois o número de hipertensos aumentará, uma vez que a prevalência da hipertensão arterial ascende com a idade. De acordo com as estatísticas, o problema da hipertensão atinge os dois sexos. O fato de a mulher estar sendo vítima dessa

doença e de suas complicações, provavelmente, está relacionado com a ampliação atual do seu papel social, que muito difere de há alguns anos. Hoje, a mulher tem multiplicado suas funções, inerentes à administração do lar, educação dos filhos, à profissão e manutenção financeira da família, de forma parcial e, muitas vezes, total.

Toda esta realidade exige dos profissionais de saúde uma reflexão crítica sobre as estratégias utilizadas para a prevenção, controle e detecção precoce da hipertensão arterial, bem como das complicações que comumente acometem os sistemas cardiovasculares e cerebrovasculares, principalmente nas mulheres.

Então, considerando que as orientações sistemáticas de enfermagem, facilita à mulher a engajar-se no autocuidado, propõe-se os objetivos que seguem.

1.4 Objetivos

Geral

- ◆ Avaliar uma proposta de intervenção de enfermagem com mulher hipertensa, embasada nos requisitos de autocuidado e no sistema apoio-educativo de Orem.

Específicos

- ◆ Aplicar uma proposta de intervenção em enfermagem com mulheres hipertensas atendidas em um serviço público de saúde, fundamentada no autocuidado de Orem;

- ◆ Investigar junto à mulher hipertensa a(s) demanda(s) de autocuidado e (a)s habilidade(s) relacionada(s) com o desvio de saúde;

- ◆ Analisar a(s) mudança(s) comportamental(s) ocorrida(s) nas mulheres durante o acompanhamento nas consultas de enfermagem;

- ◆ Averiguar o engajamento no autocuidado nas mulheres hipertensas atendidas durante seis consultas de enfermagem.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Assistência de enfermagem e a mulher hipertensa

A saúde, como campo de práticas profissionais, é configurada por dois tipos originais de saber-fazer terapêuticos: a Enfermagem e a Medicina. Desde essas

duas, inúmeras outras profissões se desdobraram e novos ramos de outros grupos profissionais foram sendo convocados, compondo os diversos enfoques que designaram a prevenção, tratamento e reabilitação na saúde individual e coletiva. Das duas, uma adquiriu o estatuto de ciência e arte do tratamento: a Medicina. Outra adquiriu o estatuto de disciplina prática: a Enfermagem, donde decorre o desejo de revisá-la como uma ciência e arte do saber-fazer em saúde (Ceccim, 1998).

Entretanto, concorda-se com Horta (1979), ao afirmar que a enfermagem é arte e ciência. Desde os primórdios, ela vem acumulando um corpo de conhecimentos e técnicas empíricas e hoje desenvolve teorias relacionadas entre si que procuram explicar estes fatos à luz do universo natural.

A Enfermagem tem por essência o cuidado humano, que deve ser prestado ao cliente, à família e à comunidade, sob uma abordagem holística, ou seja, envolvendo as necessidades biopsico-socio-espirituais.

Portanto, a assistência de enfermagem deve ser integralizada. Também, a de ser interativa, pois, de acordo com Waldow (1999), o cuidado requer conhecimento do outro ser, e o(a) cuidador (a) deve ser capaz de entender as necessidades do outro e a elas responder de forma adequada.

A assistência de enfermagem é o modo pelo qual se presta o cuidado ao cliente, à família e à comunidade, objetivando a promoção, manutenção e recuperação da saúde, através da utilização de todos os recursos disponíveis – técnicos, científicos, habilidades instrumentais e expressivas, voltadas para o autocuidado.

Já o planejamento da assistência de enfermagem requer do enfermeiro o conhecimento da história natural da doença, a fim de nortear as dimensões preventivas e curativas do cuidado de enfermagem ao cliente, bem como as estratégias educativas que o capacitam para executar as atividades de autocuidado.

Leavel e Clark, *apud* Goldbaum e Rouquayrol (1999), definem a história natural da doença como “conjunto de processos interativos compreendendo as interrelações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte”.

A história natural da doença, compreende dois períodos:

- epidemiológico ou período de pré-patogênese, envolvendo as relações suscetível-ambiente, que são controladas pelas medidas de promoção da saúde e proteção específica (prevenção primária);

- patológico ou período da patogênese, englobando as modificações que se passam no organismo vivo, envolvendo as condutas no plano de prevenção secundária - diagnóstico precoce e tratamento imediato, e limitações de incapacidade, e no plano de prevenção terciária – reabilitação.

Para melhor fundamentar a assistência de enfermagem à mulher hipertensa, faz-se necessário relatar a história natural da hipertensão arterial, a partir do postulado de Leavel e Clark (1976):

- *Período epidemiológico ou de pré-patogênese.* Este período caracteriza-se pela promoção da saúde, e prevenção e/ou controle dos fatores de risco da hipertensão arterial.

A) Fatores Constitucionais

- Idade

A prevalência da hipertensão arterial aumenta com a idade, atingindo seu pico entre 60 e 70 anos com o maior contingente, sendo um problema de saúde no idoso, afetando 65% das pessoas (considerando-se como hipertensão arterial valores acima de 135 x 85 mmHg), sendo a mortalidade cardiovascular maior nesta faixa etária, comparando com idosos normotensos (Luna, 1989; Póvoa, 1992; Zanella, 1992; Almeida, 1993; Brasil, 1993; Oigman, 1994; Brasil, 1995; Frolich, 1996; Carvalho, 1996).

- Sexo

Até os 55 anos, a hipertensão arterial é mais freqüente no homem, e, após esta idade, a prevalência na mulher aumenta. Entre jovens do sexo masculino, a prevalência da hipertensão limítrofe é de 10%, apresentando-se menor nas jovens. Estas têm um melhor prognóstico do que o sexo masculino, porque nesse grupo a ocorrência da hipertensão é mais precoce, conseqüentemente, o risco de lesão nos órgãos-alvos está presente mais cedo (Luna, 1989; Johannsen, 1993; Brasil, 1995; Ribeiro, 1996).

A hipertensão arterial na mulher é mais freqüente após a instalação do climatério, que a predispõe ao risco da morbimortalidade por doença cardiovascular.

Como sabemos, a hipertensão é importante fator predisponente para este grupo de doenças (Aldrighi, 1995; Correia, 1995; Furtado, 1995; Aldrighi, 1996).

A mortalidade cardiovascular aumenta oito vezes na mulher hipertensa (PA > 160 x 95 mmHg) e duas vezes no homem com idade entre 65 e 74 anos, comparados com idosos normotensos (Batista, 1995).

Menor incidência de doença arterial coronariana é observada em mulheres até a faixa de 50 anos, atribuindo-se essa proteção cardiovascular à presença de estrogênio. Após esta idade, a frequência de eventos cardiovasculares é praticamente equivalente à dos homens. Após a menopausa, ocorre uma modificação no perfil lipídico das mulheres, caracterizada por aumento de colesterol total LDL e VLDL colesterol, e redução de HDL colesterol (Martinez, 1996).

A hipertensão arterial, associada a hiperlipidemia, obesidade, tabagismo e *diabetes mellitus*, representa um fator de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. De todos estes determinantes, a hipertensão arterial tem sido considerada o maior fator de risco para as doenças cardiovasculares e mortalidade para o idoso (Batista, 1995; Otero, 1996).

- Obesidade

O peso corporal tem relação direta com o nível de pressão arterial. Indivíduos obesos apresentam maior prevalência de hipertensão do que os não obesos e a redução do peso corporal reduz os níveis de pressão arterial (Brasil, 1995). Wing, apud Barros (1996), estudou e correlacionou a presença de hipertensão arterial com o ganho ponderal. Outro autor correlacionou a hipertensão com obesidade e hiperinsulinemia. Ambos os estudos foram realizados com mulheres no período da pré para a pós-menopausa.

A obesidade do tipo abdominal, principalmente quando associada ao acúmulo de gordura visceral, é acompanhada freqüentemente de hipertensão arterial e de alterações no metabolismo da glicose e das lipoproteínas, expressas por intolerância à glicose, hiperinsulinemia e aumento da concentração de triglicerídeos. O ganho excessivo de peso, elevando o IMC (Índice de Massa Corporal) além de 30 kg/m², está também relacionado com o aumento da pressão arterial (Almeida, 1993; Brasil, 1993; Oigman, 1994; Santos, 1994; Bugliosi, 1995; Falludi, 1996; Novazzi, 1996).

- Diabetes

A hipertensão arterial é muito freqüente (cerca de 2 a 3 vezes) em portadores

de *diabetes mellitus* do que na população em geral. É possível que a hipertensão arterial primária seja um estado de insulinoresistência como a obesidade (Brasil, 1993; Batista, 1995; Chagra, 1996; Saadjian, 1996).

- Raça/Cor

Nos índios Yanomani, a pressão arterial não se eleva com a idade, talvez em virtude da baixa ingestão de sódio e baixos índices de massa corporal (Bloch, 1993).

A raça negra apresenta maior prevalência de hipertensão arterial e maior ocorrência de complicações, em decorrência da elevação da pressão arterial, em relação à branca. A mulher negra, particularmente, representa um componente maior sobre os outros grupos. Para a mulher negra, a prevalência é de cerca de 83%, no homem negro, perto de 67%, na mulher branca, 66%, e no homem branco, 59%. Os estudos raciais sobre hipertensão arterial indicam maior suscetibilidade da raça negra para o desenvolvimento e instalação desta doença. Além disto, a evolução da hipertensão é mais grave em negros. No que concerne às diferenças raciais de comportamento da pressão arterial com a idade, negros e outras raças têm os mesmos níveis de pressão arterial até a segunda ou terceira década, quando os primeiros começam a apresentar níveis tensionais mais elevados, tendência que permanece a partir de então (Brasil, 1993; Batista, 1995; Lopes, 1996; Ribeiro, 1996; Jardim, 1996).

- História Familiar

A maior prevalência de hipertensão arterial em gêmeos idênticos, quando um é hipertenso, é bastante conhecida, bem como maior probabilidade de desenvolvimento de suas complicações hipertensivas (Batista, 1995).

B) Fatores Ambientais ou de Estilo de Vida

- Ingestão excessiva de sal

Na população de hipertensos primários, é possível que existam indivíduos "sensíveis" ao excesso de sal e desenvolvam hipertensão arterial quando expostos e, por outro lado, indivíduos "não sensíveis", cuja pressão arterial parece não estar tão dependente. Há evidência, tanto epidemiológica quanto experimental, de que a ingestão de sal está ligada à hipertensão arterial: o excesso do condimento favorece a doença, enquanto a redução pode reduzir os níveis pressóricos dos hipertensos ou mesmo prevenir o aparecimento da hipertensão arterial. O uso abusivo de sal pode

ser o responsável pela hipertensão arterial em 30% da população hipertensa em geral (Luna, 1989; Brasil, 1993; Oigman, 1994; Batista, 1995; Basil, 1996).

- Alcoolismo

A prevalência de hipertensão entre os que bebem de seis ou mais doses/dia é significativamente maior do que entre os não bebedores. Portanto, a ingestão exagerada de bebida alcoólica pode elevar a pressão arterial (Brasil, 1993; Oigman, 1994; Batista, 1995; Batistella, 1996; Brasil, 1996).

- Ingestão de gorduras e deslipidemia

A gordura animal (saturada) parece elevar a pressão arterial. O aumento do consumo de gordura mono-insaturada parece relacionar-se inversamente com a pressão arterial, embora uma relação causal ainda precise ser demonstrada, porém, é comprovada a sua relação com a deslipidemia, pois a hipertensão arterial e a deslipidemia são, comprovadamente, os maiores fatores de risco para a doença arterial coronariana. Nos últimos anos, tem sido reconhecido que o colesterol possui um papel causal na aterosclerose (Mancini, 1992; Brasil, 1993; Serrano, 1995; Cendoroglo, 1996; Diament et al., 1996).

- Ingestão excessiva de café e de outras bebidas que contenham cafeína

O consumo excessivo de café tem efeito hipertensor, possivelmente, por ativação de aminas simpaticomiméticas; ou seja, é capaz de aumentar agudamente a pressão arterial. Porém, não há evidências de que o uso crônico tenha efeito hipertensor (Brasil, 1993; Batista, 1995). Sanjuliani (1994) afirma que não há certeza de uma relação direta entre risco coronariano e ingestão de cafeína.

- Tabagismo

É possível que o fumo tenha uma relação direta, embora branda, com a pressão arterial, mas o efeito mais evidente do fumo é o dramático aumento de risco cardiovascular do cliente hipertenso fumante. Este tem um risco coronário três vezes maior do que os hipertensos não fumantes. Há também evidências de que o fumo pode precipitar a malignização da hipertensão arterial em mulheres jovens que usam pílulas anticoncepcionais. O hábito de fumar tende a aumentar agudamente a pressão arterial, porém, o uso prolongado de nicotina parece não induzir alterações hemodinâmicas significativas. Os pobres e aqueles com menor nível de educação fumam mais do que os de classes socioeconômicas e de nível educacional mais alta (Brasil, 1993; Batista et al., 1995; Leite, 1995; Brandão et al., 1996).

- Estresse (ou tensão emocional)

A tensão emocional é outro fator muito debatido na gênese da hipertensão arterial primária. Tem sido detectada, em certos estudos, maior prevalência da hipertensão em certas profissões, nas quais existe maior tensão emocional. Há dados epidemiológicos que mostram a prevalência da hipertensão mais alta na zona urbana do que na zona rural. Esta diferença tem sido atribuída à tensão da cidade grande (Luna, 1989; Batista et al., 1995).

- Drogas

Entre os medicamentos que aumentam a pressão arterial, encontram-se: anticoncepcionais, corticóides em geral, carbenoxolona, alcaçuz, hormônios tireoidianos, inibidores da monoamino-oxidase, derivados de ergotamina, descongestionantes nasais, anti-asmáticos com base em simpático-miméticos, anfetaminas e midriáticos baseados em fenilefrina.

O uso de anticoncepcionais contendo estrogênio pode ser a causa mais comum de hipertensão arterial, pois, em torno de 5% das usuárias deste medicamento desenvolverão hipertensão arterial em cinco anos (Brasil, 1993; Batista et al., 1995; Ribeiro et al., 1995; Ribeiro, 1996).

- Fatores ambientais ligados ao trabalho

Os estudos sobre a relação de fatores ligados ao trabalho e elevação crônica da pressão arterial não são suficientemente conclusivos. Porém, os fatores que têm sido associados ao desenvolvimento de hipertensão arterial são: fatores psicológicos (estresse); agentes físicos (ruído, vibração, calor excessivo); agentes químicos (nitratos, explosivos, benzina) e metais pesados (chumbo, cádmio).

Em algumas ocupações, há maior prevalência de hipertensão arterial do que em outras. É possível que esta diferença decorra das características físicas do trabalho, como exposição contínua ao barulho, à vibração, a temperaturas extremas, a substâncias químicas e toxinas. Outras variáveis relacionadas ao trabalho parecem estar associadas com a hipertensão arterial: trabalho sob pressão de tempo, falta de liberdade, trabalho sob supervisão severa e próxima, natureza repetitiva do trabalho, falta de controle sobre o ambiente de trabalho (linhas de montagem) e instabilidade de emprego (Brasil, 1993; Ribeiro, 1996).

- Classe Social

Os estudos que buscam relacionar classe social com hipertensão arterial

utilizam variáveis para definir classe social de maneira indireta, isto é, através de renda individual ou familiar, ocupação e escolaridade. Estudos relacionando hipertensão arterial com organização social ou a maneira como o indivíduo se insere na sociedade são escassos (Brasil, 1993; Ribeiro, 1996):

- classe social baixa é um fator de risco independente para cardiopatia isquêmica e mais importante que o colesterol sérico, o tabagismo ou a hipertensão arterial;

- a pobreza está associada com maior prevalência de todas as doenças, bem como, com a maior mortalidade por todas as causas e em faixas etárias mais jovens; nível de escolaridade está inversamente relacionado com hipertensão arterial. Os indivíduos que completam o terceiro grau têm um índice de prevalência de hipertensão arterial 40% menor do que aqueles que têm menos de 10 anos de escolaridade;

- observa-se também que os próprios fatores de risco cardiovascular ocorrem com maior frequência nas classes com nível inferior de escolaridade.

- Sedentarismo

O estilo de vida sedentário constitui fator de risco importante para o desenvolvimento de doença arterial coronária (Batista et al., 1995; Cortez, 1995; Falludi et al., 1996).

Os estudos populacionais de hipertensão realizados em área urbana são quase unânimes em apontar aumento dos níveis tensionais médios e maior prevalência de hipertensão com o avanço da idade. Entretanto, em populações primitivas, ou ainda não plenamente civilizadas, este fato não é observado, havendo relatos de queda da pressão arterial com o aumento da idade. Este achado pode ser explicado pela baixa ingestão de sódio e gorduras saturadas, alta ingestão de fibras, ausência de obesidade e atividade física regular, além de baixo índice de estresse psicossocial (Batista et al., 1995).

Para as doenças cardiovasculares, o tabagismo, hiperglicemia em jejum ou teste anormal de tolerância à glicose, dislipidemia caracterizada por hipercolesterolemia e/ou hipertrigliceridemia aumentam as chances de um hipertenso desenvolver complicações cardiovasculares nos próximos 8 anos (Oigman, 1994).

Este período é caracterizado pela prevenção primária, através das condutas: higiene pessoal e ambiental, hidratação e nutrição adequadas; práticas de lazer; prevenção e controle dos fatores de risco da hipertensão arterial; saúde ocupacional; imunização, proteção contra doenças inerentes à fase do ciclo vital e agravos à saúde de modo geral.

- *Período patológico ou período da pré-patogênese.* Este período caracteriza-se pela instalação da hipertensão arterial, complicações agudas e crônicas, incapacidades ou invalidez, e morte.

A. Quadro clínico e Diagnóstico

O quadro clínico é muito pobre. Em geral, o paciente com hipertensão arterial é assintomático ou oligossintomático, ou seja, o quadro clínico da hipertensão arterial até certo ponto da gravidade e do tipo evolutivo da doença, estende-se desde casos assintomáticos até situações com sintomatologia pronunciada. As principais manifestações clínicas são a cefaléia occipital – geralmente de madrugada ou pela manhã, zumbidos no ouvido, fadiga, escotomas e outros distúrbios visuais, palpitações, tonturas e sensação de peso ou pressão na cabeça, e sintomas advindos das complicações nos principais órgãos-alvo, como dispnéia de esforço e manifestações de insuficiência cardíaca, uremia, tonturas, confusão mental, alterações visuais e paresias localizadas e transitórias, e situações de hemorragia cerebral pela ruptura vascular (Luna, 1989; Póvoa, 1992; Batista et al., 1995).

Freqüentemente, as mulheres associam as manifestações clínicas do climatério com a hipertensão arterial, pois a maior prevalência de hipertensão na mulher é após a menopausa.

O diagnóstico da hipertensão arterial envolve duas fases distintas: diagnóstico do estado hipertensivo e diagnóstico etiológico (Tavares et al., 1995).

Não se deve diagnosticar hipertensão arterial com base apenas em uma medida isolada da pressão arterial, devendo ser confirmada com leituras posteriores, pois a mesma pode ser afetada por diversos fatores, tais como, exercício, tabagismo, emoções (Ferreira, 1992).

Vários estudiosos têm-se preocupado com os fatores de erros que envolvem a medida da pressão arterial, relacionados ao equipamento, ambiente, profissional e paciente.

Veiga (1995), em seu estudo de doutorado, comprovou que o uso de tamanhos diferentes de manguitos na medida da pressão arterial em crianças teve notável importância na obtenção dos valores de pressão arterial precisos.

Araújo (1994) concluiu, a partir dos resultados de sua tese de doutorado, que o conhecimento adquirido nos cursos de graduação é limitado, voltado para o aspecto operacional automatizado, desprovido de utilização do método científico. Não há continuidade de formação durante o curso de graduação, nem programas educacionais nas instituições.

Para Pierin et al. (2000), os membros da equipe de saúde responsáveis pela medida de pressão arterial devem prover condições para afastar todas as possibilidades de erro que possam comprometer não só o diagnóstico de hipertensão arterial, bem como, a condução do tratamento anti-hipertensivo.

O cliente é considerado hipertenso quando confirmado, em pelo menos três determinações consecutivas em um período de duas a três semanas, os níveis tensionais elevados. Porém, estas três determinações são dispensáveis quando os níveis pressóricos estão muito elevados ou há fortes evidências de lesões nos órgãos-alvo. Nestas condições, o diagnóstico e o conseqüente tratamento já se impõem na primeira consulta (Ribeiro, 1996).

O III CBHA – 1998 (Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial), recomenda que as medidas sejam repetidas em pelo menos duas ou mais visitas. As medições na primeira avaliação devem ser obtidas em ambos os membros superiores. As posições recomendadas na rotina para a medida de pressão arterial são sentada e/ou deitada.

História familiar positiva constitui um dado de significativa importância para o diagnóstico de hipertensão arterial essencial (Oigman, 1994).

A hipertensão arterial classifica-se:

a) De acordo com a etiologia em (Luna, 1989; Ferreira, 1992; Brasil, 1995; Amodeo, 1995; Frolich, 1996; Ribeiro, 1996), em:

- primária, compreendendo 95% dos casos de hipertensão e sem causa conhecida. Não apresenta causa tratável aparente e está mais relacionada a fatores genéticos, tais como, história familiar de hipertensão arterial, isto é, neste caso o indivíduo já nasce com predisposição à doença. É o resultado da interação do fator genético com o(s) fator(es) ambiental(ais);

- secundária, correspondendo ao restante dos casos de hipertensão, ou seja, 5% têm causa conhecida: doenças renais – glomeronefrites, pielonefrite crônica, tumores renais, rim policístico, nefropatia de refluxo; doenças endócrinas: – hipotireoidismo, doença de Cushing, hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma, *diabetes mellitus*, hiperparatireoidismo; doenças metabólicas – nefropatia por gota; doenças neurológicas- tumores intracranianos; doenças infecciosas – tuberculose renal; doenças vasculares – coarctação da aorta, estenose de artéria renal por arteriosclerose e displasia fibromuscular, toxemia da gravidez; iatrogênicas – hormônio estrogênico, agentes anti-inflamatórios hormonais e não hormonais. A hipertensão arterial secundária deve ser aventada, quando os clientes são jovens e, especialmente, quando os níveis de pressão arterial respondem mal ao tratamento medicamentoso. Observa-se que as doenças renais representam a causa de cerca de 90% das hipertensões secundárias.

b) De acordo com a severidade (Luna, 1989; Kohlmann et al.,1992; Brasil, 1994):

- hipertensão leve – presente em 70 a 75% da população hipertensa, os níveis de pressão arterial são de 90 a 99 mmHg para a diastólica e de 140 a 159 mmHg para a sistólica;

- hipertensão moderada – de 100 a 109 mmHg para a diastólica e de 160 a 179 mmHg para a sistólica. Corresponde a 20 a 25% da população hipertensa;

- hipertensão grave – igual ou acima de 110 mmHg para a diastólica e igual ou acima de 180 mmHg para a sistólica. Corresponde de 0 a 5% da população hipertensa.

c) De acordo com a gravidade da lesão nos órgãos – alvo (Ribeiro, 1996):

- estágio I – sem manifestação de lesões orgânicas;

- estágio II – com pelo menos uma das manifestações de lesões de órgãos-alvo, tais como: hipertrofia cardíaca; estreitamento focal ou generalizado das artérias retinianas; microalbuminúria; proteinúria; evidência de placas ateroscleróticas (artérias: carótidas, aorta, íliaca ou femoral);

- estágio III – sintomas e sinais já desenvolvidos como resultados da lesão dos órgãos-alvo.

B. Complicações

As complicações da hipertensão arterial podem ser agudas e crônicas e dependem do órgão-alvo afetado (Luna, 1989; Gagliardi, 1994; Brasil, 1995; Leite, 1995; Ribeiro, 1996):

◆ coração: *angina péctoris*, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, miocardiopatia dilatada;

◆ cérebro: acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório; encefalopatia hipertensiva, demência vascular;

◆ olhos: hemorragias e exsudatos com ou sem papiledema, retinopatia hipertensiva;

◆ rim: insuficiência renal e nefroesclerose;

◆ artérias: aneurisma dissecante, arterosclerose aórtica, cardiopatia, atero-esclerótica e infarto cerebral atero-trombótico.

O risco de desenvolver complicações associadas à hipertensão arterial é maior nos homens do que nas mulheres: acidente vascular cerebral, doença coronariana, insuficiência coronariana crônica e morte súbita, pois o sexo masculino desenvolve hipertensão arterial mais precocemente (Brasil, 1993).

As complicações aumentam com a idade, tanto para homens como para mulheres e em todas as raças, embora a hipertensão e suas principais complicações cardiovasculares sejam mais prevalentes em negros de qualquer idade (Frohlich, 1996).

Estudos epidemiológicos demonstram haver correlação direta entre os níveis de pressão arterial e a incidência de infarto do miocárdio e de acidente vascular cerebral (Blumenfeld, 1994).

É conhecida a importância da participação do coração, nas doenças cerebrovasculares, como fonte trombo-embólica para grande parte das lesões isquêmicas do cérebro (Otero et al., 1996).

A hipertensão arterial raramente é mencionada como causa básica de morte nos atestados de óbito, o que acarreta, em geral, as baixas taxas de investigações. A principal causa de morte conseqüente à evolução da hipertensão arterial são acidentes cerebrovasculares, doenças isquêmicas, insuficiência renal crônica e cardiopatia hipertensiva (Batista et al., 1995).

No período patológico ou da pré-patogênese as condutas preventivas relacionam-se com a prevenção secundária e terciária.

A prevenção secundária inclui diagnóstico precoce da hipertensão arterial, através da medida de pressão arterial nas pessoas com idade a partir de 18 anos, na vigência ou não dos fatores de risco da hipertensão arterial, objetivando a detecção precoce de hipertensão arterial na família e na comunidade; tratamento imediato nas modalidades- básico (medidas higieno-dietéticas) e/ou medicamentoso, objetivando a limitação da incapacidade através da prevenção de complicações agudas e crônicas da doença, e de suas seqüelas.

A prevenção terciária engloba as condutas que objetivam a reabilitação da cliente, impedindo a incapacidade total, nos casos de seqüelas de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico) em parceria com a fisioterapia, e reintegração social mediada pela terapia ocupacional.

Relativamente ao tratamento da hipertensão arterial, este consiste em duas modalidades:

A) Tratamento não-farmacológico ou medidas higieno-dietéticas

Está indicado para todos as pessoas com hipertensão arterial e exclusivamente para àqueles com pressão no limite superior da normalidade – isto é, pressão diastólica de 85 a 89 mmHg ou elevação limítrofe da sistólica de 130 a 139 mmHg. E naqueles com hipertensão leve não necessariamente sendo tratados com droga (Frohlich, 1996).

- **hábitos alimentares adequados:** dieta adequada ou mudança de hábitos alimentares; redução do peso corporal para os clientes obesos e manutenção do peso nos demais casos (dieta hipocalórica); redução da ingestão de gorduras; aumento do teor de fibras na alimentação; e redução da ingestão de café e de outras bebidas que contenham cafeína. Ingestão oral de cálcio e potássio na dieta de hipertensos pode resultar em redução da pressão arterial (Brasil, 1993; Brandão et al., 1996; Carvalho,1996) .

- **combate ao sedentarismo:** um programa regular de exercícios isotônicos ou dinâmicos, que estimulem o indivíduo a andar de bicicleta, caminhar ou nadar, certamente ajudará de várias maneiras o hipertenso. A freqüência dos exercícios

deve ser diária, com duração de 40 a 60 minutos e de leve intensidade. Os exercícios deverão ser obrigatoriamente indicados ou contra-indicados pelo médico (Luna,1989; Brum,1994; Nobre, 1994; Storino , 1994; Santello, 1994; Sanjuliani, 1994; Brasil, 1995).

O estudo de Framingham demonstrou que pessoas mais ativas fisicamente viveram mais e tiveram menor morbimortalidade de origem cardiovascular (Falludi , 1996).

- **combate ao estresse:** deve-se orientar o hipertenso sobre as técnicas de relaxamento e as atividades de lazer.

- **abolição do tabagismo:** a responsabilidade nesta etapa é fundamental, devendo-se implementar ações que levam o cliente fumante a deixar de fumar. Outro objetivo é conseguir que todos possam trabalhar e viver em ambientes livres da poluição pelo fumo.

- **abolição ou redução do consumo de bebidas alcoólicas:** a associação com a hipertensão é mais evidente nos indivíduos que bebem mais de duas doses de uma bebida alcoólica por dia (Luna, 1989; Nobre, 1994; Brum ,1994; Storino, 1994; Brasil, 1995).

- **suspensão de drogas hipertensivas:** é evidente que a suspensão de drogas constitui atividade exclusiva do médico. Porém, a atuação do enfermeiro, nesta etapa, volta-se para o incentivo às mulheres para usarem os meios contraceptivos naturais, em vez de usar o anticoncepcional, cujo efeito hipertensor é elevado.

Em resumo, o tratamento não farmacológico ou medidas higieno-dietéticas consiste na modificação dos hábitos e do estilo de vida do cliente. Geralmente, quando é indicada apenas esta modalidade de tratamento, o cliente tem a sensação de que não está se submetendo a nenhum tratamento. Este fato é devido em parte ao hábito de tomar medicamentos que predomina na sociedade brasileira (Luna, 1989; Falludi , 1996).

B) Tratamento Farmacológico

Esta modalidade de tratamento é associada ao tratamento não farmacológico ou medidas higieno-dietéticas, quando este não consegue manter a pressão arterial controlada, e é de responsabilidade médica, porém, a atuação do enfermeiro é fundamental nos seguintes aspectos: orientações sobre indicações; contra-

indicações; efeitos colaterais; regularidade na tomada, conservação dos medicamentos; indagações sobre queixas; e esclarecimento de dúvidas nas orientações dadas.

Os objetivos do tratamento da hipertensão arterial são: reduzir a pressão arterial a níveis inferiores a 130mmHg da pressão sistólica, e inferiores a 85mmHg da pressão diastólica; reduzir a mortalidade ou probabilidade de óbito por doença cardiovascular associado à elevação da pressão arterial; minimizar e controlar as conseqüências das lesões ao nível dos órgãos-alvo (cérebro, coração e rins), produzidas pela hipertensão arterial; melhorar a qualidade de vida; aumentar a aderência do cliente ao tratamento; adoção de bons hábitos higieno-dietéticos e de estilo adequado de vida; e a integração e/ou reintegração social (Ferreira, 1992; Sanjuliani, 1994; Jardim, 1995; Brasil, 1995).

Na última década, houve uma redução de 50% nas mortes por acidente vascular cerebral. A morbidade e a mortalidade gerais para todas as doenças cardiovasculares (especialmente acidentes vasculares cerebrais e coronariopatias) continuam a diminuir de forma constante, de modo que elas atualmente são responsáveis por apenas 50% das mortes. Portanto, a melhoria da terapêutica anti-hipertensiva é um dos fatores responsáveis por esta ocorrência (Frohlich, 1996).

A assistência de enfermagem à mulher hipertensa tem como meta torná-la agente de autocuidado, a partir do desenvolvimento da sua capacidade para atender a demanda terapêutica do autocuidado, embasado pelo sistema apoio-educativo de Orem, e tem como objetivos:

- Geral

Promover a qualidade de vida da cliente hipertensa, estendendo as ações preventivas à família e à comunidade.

- Específicos

- Promover a educação em saúde com vistas à conscientização da doença, tratamento e complicações da hipertensão arterial, bem como, as ações preventivas de modo geral.

- Acentuar a importância das medidas higieno-dietéticas no controle da hipertensão arterial.

- Sistematizar o uso regular de drogas anti-hipertensivas.

- Reduzir a morbimortalidade através do controle eficaz da hipertensão arterial;

- Minimizar a demanda de hipertensos à unidade de emergência e/ ou hospitalização.

- Envolver a família e a comunidade nas ações de prevenção da hipertensão.

- Incentivar o engajamento contínuo da cliente no autocuidado.

- Integrar e/ ou reintegrar o hipertenso à sociedade.

O planejamento da assistência de enfermagem (Apêndice 10) é mediado pelas atividades de autocuidado de acordo com os níveis de aplicação de condutas preventivas nos planos primário, secundário e terciário.

- Prevenção Primária – neste plano incorpora as atividades de autocuidado relacionadas aos requisitos de autocuidado universal e “desenvolvimental”.

- Prevenção Secundária e Terciária – estes níveis estão agrupados as atividades de autocuidado relacionadas aos requisitos de autocuidado por desvio de saúde.

2.2 Educação em saúde para a promoção do autocuidado em mulheres hipertensas

A natureza do homem, na sua dupla estrutura corpórea e espiritual, cria condições especiais para a manutenção da sua forma particular e exige organizações físicas e espirituais, ao conjunto das quais damos o nome de educação. Na educação, como o homem a pratica, atua a mesma força vital, criadora e plástica, que espontaneamente impele todas as espécies vivas à conservação e à propagação de seu tipo. É nela, porém, que essa força atinge o seu mais alto grau de intensidade, através do esforço consciente do conhecimento e da vontade, dirigida para a consecução de um fim. O homem que transforma, com o trabalho e a consciência, parte da natureza em invenções de sua cultura aprendeu com o tempo a transformar partes das trocas feitas no interior desta cultura em situações sociais de aprender-ensinar-e-aprender: em educação. Na espécie humana, a educação não continua apenas o trabalho da natureza de fazê-lo evoluir, de torná-lo mais humano (Brandão, 1990).

O pensamento de Brandão (1990) vai ao de encontro de Salviani (1994), quando afirma que a educação é um fenômeno próprio dos seres humanos, e

portanto, a compreensão da natureza da educação passa pela compreensão da natureza humana.

Para Brandão (1990), não há única forma nem único modelo de educação; a escola não é o único lugar onde ela acontece e talvez nem seja o melhor; o ensino escolar não é a única prática e o professor profissional não é o seu único praticante. Portanto, ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos, todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação ou com várias educações.

De acordo com Brandão (1990), a educação existe no imaginário das pessoas e na ideologia dos grupos sociais e ali, sempre se espera, de dentro, ou sempre se diz para fora, que a sua missão é transformar sujeitos humanos em alguma coisa melhor, de acordo com as imagens que se tem de uns e outros.

A palavra educação vem do latim *'educere'*, que significa extrair, tirar, desenvolver. Consiste, essencialmente, na formação do homem de caráter. A educação é um processo vital, para o qual concorrem forças naturais e espirituais, conjugadas pela ação consciente do educador e pela vontade livre do educando (Brandão, 1990).

Educar é alcançar a pessoa naquilo que lhe é mais específico, no seu ser humano, isto é, na sua intelectualidade, na sua afetividade, nos seus hábitos, para levá-la à realização de um ideal. Educar é um processo contínuo porque é uma tarefa nunca plenamente realizada. Sendo a educação uma realidade dinâmica em dependência do outro, eu e do mundo, o eu se constrói constantemente. É nesse processo que o eu se torna capaz de agir, de participar na edificação do ideal comum (Giles, 1998).

Refletindo sobre o pensamento de Giles (1998), reporta-se à Filosofia, como a ciência que busca a compreensão e o conhecimento do próprio eu, do outro eu e do mundo. Diante desta apreciação, é importante fazer breve preleção sobre a interrelação das Ciências da educação com a Filosofia da educação.

Segundo Giles (1998), as Ciências da educação e a Filosofia da educação dizem respeito ao educando. As primeiras consideram o educando e, correlativamente, o educador em termos das condições de aprendizagem, do

desenvolvimento do processo educativo, de suas condições psicológicas, dos meios ou instrumentos do seu desempenho e das técnicas da sua transmissão. A Filosofia da educação reflete sobre os fundamentos das opções envolvidas em todo esse processo e analisa-os. Ela é uma maneira de ser, tanto quanto é uma maneira de refletir sobre o ser.

Portanto, Giles (1998) enfatiza que o processo educativo deve levar o educando daquilo que Heidegger chama de “existência inautêntica” à “existência autêntica”, a reconhecer que o próprio saber é resultado de condições, da facticidade histórico-social do seu ser-no-mundo, da existência concreta, pois toda a codificação do saber é portadora de determinada visão do mundo.

Ortega e Gasset, *apud* Brandão (1990), ensina que a educação é a ciência de transformar a sociedade, portanto, um fator de mudanças. Esta afirmação suscita o pensamento de Demo (1993), ao revelar que as mudanças estruturais têm como móveis mais decisivos, a educação, ciência e tecnologia.

Demo (1993) enfatiza que o centro da educação é aprender a aprender, saber pensar, elaborar com mão própria.

A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria-prática, sem a qual a teoria pode ir virando “blá-blá-blá” e a prática tornando-se ativismo (Freire, 1998). Este fato que deve estar presente na prática do educador, pois o importante é atentar para a discussão dos saberes fundamentais à prática educativa. Freire (1998) leciona que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua construção. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.

Mediante as considerações anteriores sobre a educação e implicações, direciona-se à educação voltada para a saúde, pois o profissional de saúde deve ser um educador; um educador transformador, emancipador e libertador, que objetiva a mudança de comportamento da clientela, a fim de que ela atinja melhor nível de saúde: o educador em saúde, conhecedor da história natural da doença, que segundo Rouquayrol (1998), compreende dois períodos: o pré-patogênico e o patogênico. No período de pré-patogênese, ocorre a própria evolução das interações dinâmicas que envolvem, de um lado, os condicionantes sociais e ambientais, e, de outro, os fatores próprios do suscetível, até que se chegue a uma configuração favorável à instalação da doença. No período de patogênese, há o

início das primeiras ações que os agentes patogênicos exercem sobre o ser afetado.

A evolução clínica da doença pode progredir até a cronicidade ou conduzir o doente a um dado nível de incapacidade física por tempo variável. Também, ela pode evoluir para a cura, para a invalidez permanente ou para a morte (Rouquayrol, 1999).

A educação em saúde desenvolve-se basicamente a partir da promoção. Esta estratégia de atuação evoca a definição de saúde pública de Winslow, que é a “ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde”.

Golbaum e Rouquayrol (1999)d citam três níveis de aplicação das medidas preventivas; a seguir:

- Prevenção primária. É feita com a intercepção dos fatores pré-patogênicos, incluindo a promoção da saúde e a proteção específica.

A promoção da saúde é feita através de medidas de ordem geral: moradia adequada, escolas, áreas de lazer, alimentação adequada e educação em todos os níveis.

A proteção específica incluem: imunização, saúde ocupacional, higiene pessoal e do lar, proteção contra acidentes, aconselhamento genético e controle dos vetores.

- Prevenção secundária. É realizada no indivíduo, já sob a ação do agente patogênico, ao nível do estado de doença, incluindo diagnóstico, tratamento precoce, e limitação da invalidez. O diagnóstico precoce, envolve: inquéritos para descoberta de casos na comunidade, exames periódicos – individuais, para detecção precoce de casos, isolamento para evitar a propagação de doenças, e tratamento para evitar a progressão da doença. A limitação da incapacidade inclui: evitar complicações e evitar seqüelas.

- Prevenção terciária. Consiste na prevenção da incapacidade através de medidas destinadas à reabilitação. Assim, o processo de reeducação e readaptação de pessoas com defeitos após acidentes ou devido a seqüelas de doenças é

exemplo de prevenção em nível terciário. Este nível envolve: reabilitação (impedir a incapacidade total); fisioterapia; terapia ocupacional; e emprego para o reabilitado.

Educação em saúde é um componente essencial do cuidado de enfermagem, e é direcionada para a promoção, manutenção e restauração da saúde, prevenção da doença, e assistência às pessoas para lidar com os efeitos residuais. A sua meta é ensinar às pessoas a viverem a vida da forma mais saudável – isto é, lutar para adquirir, o potencial de saúde máximo possível (Smeltzer e Bare, 1998).

Este estudo, cujo objetivo é avaliar uma proposta de intervenção de enfermagem com mulher hipertensa, embasada no sistema apoio-educativo de Orem, envolveu os níveis de prevenção primária, secundária, e terciária, pois a hipertensão arterial, além de ser uma doença crônica, multifatorial, e um grave problema para a saúde pública, está envolvendo a mulher, inclusive entre os 30 e 40 anos de idade.

A prática do autocuidado exige a necessidade de saberes fundantes como o conhecimento dos problemas de saúde, formas de tratamento, as medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A educação é sempre uma estratégia primordial para engajar o cliente nas ações de autocuidado. O enfermeiro, através de uma reflexão crítica, relacionando a teoria ao contexto da prática, ou seja, ao contexto sociopolítico e econômico da clientela, cria as possibilidades para a produção ou para a construção do conhecimento necessário a ela, objetivando atender suas demandas de autocuidado, desenvolvendo capacidades e eliminando seus déficits de autocuidado.

Ressalta-se o respeito ao saber socialmente construído pela clientela em seu ambiente, é que deve ser valorizado pelo enfermeiro. Ensinar deve ser uma prática crítica, reflexiva e associada às experiências do aprendiz e ao conhecimento do educador, objetivando uma aprendizagem transformadora e conseqüentemente, mudança de comportamento, tornando-o agente de autocuidado.

A aprendizagem é influenciada pela prontidão do aprendiz para aprender – incluindo o estado emocional e físico e as suas experiências (Smeltzer, 1998):

- Prontidão física – é de vital importância porque, até a pessoa estar fisicamente capaz de aprender, as tentativas do ensino e da aprendizagem podem ser ambas fúteis e frustrantes.

- Prontidão emocional – envolve a motivação para aprender.

- Prontidão experimental – refere-se a experiências que tomam a pessoa capaz de aprender o que está sendo ensinado (Smeltzer e Bare, 1998).

Portanto, estas dimensões da aprendizagem devem ser levadas em consideração os ensinamentos para o autocuidado da mulher hipertensa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO – TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM

Os primeiros ensaios sobre teorias de enfermagem surgiram nos Estados Unidos da América do Norte, na década de 1950, em detrimento da necessidade de descrever, explicar, prever e controlar os fenômenos a partir de um referencial próprio da enfermagem (Kimura, 1989).

Kamaiyama apud Kimura (1989) assinala que “desde então, vários outros modelos teóricos e conceituais têm sido elaborados com a finalidade de sistematizar os conhecimentos e formular conceitos e terminologia, a partir da observação, isolamento e relacionamento de fatos”.

Entretanto, a grande maioria dos modelos teóricos, da enfermagem é de origem norte-americana. Mas, de acordo com Angerami e Bemer apud Kimura (1989), esses modelos representam a concepção da profissão que ultrapassa limites geográficos, não tendo, portanto, a nacionalidade de seus autores.

Compactua-se com o pensamento das autoras, de que a origem das teorias não impede a sua adequação à prática de enfermagem atual no Brasil.

Dorothea E. Orem, - como consultora do *Office of Education, Department of Health, Education and Welfare*, - entre os anos de 1958 a 1959, participou de um projeto para a melhoria do treinamento prático (vocacional) de enfermagem. Este trabalho estimulou-a a considerar a questão: “Que condições existem na pessoa quando essa pessoa ou outros determinam que ela deve estar sob cuidados de enfermagem?” Sua resposta englobava a idéia de que o enfermeiro é o “outro eu”. Esta idéia evoluiu para o seu conceito de enfermagem de “autocuidado”, publicado no seu livro - *Nursing concepts of practice*, em 1991 (Foster e Bennett, 1999).

Orem prosseguiu no desenvolvimento de seus conceitos de enfermagem de autocuidado e apresentou a Teoria Geral de Enfermagem, constituída por três bases teóricas relacionadas: autocuidado, déficit de autocuidado e sistemas de enfermagem.

A Teoria Geral de Enfermagem, de Orem (1995), expressa que a condição que ressalta a existência de uma necessidade de enfermagem em um adulto é a ausência da habilidade para manter continuamente a quantidade e a qualidade do autocuidado, que são terapêuticas, na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento dos seus efeitos. Entretanto, com relação às crianças, a condição é a incapacidade dos pais ou responsáveis em manter continuamente a quantidade e a qualidade do cuidado terapêutico.

A teoria de enfermagem do déficit de autocuidado (ou a teoria geral de enfermagem, de Orem) é composta de três teorias interrelacionadas: as teorias do autocuidado, a do déficit de autocuidado, e dos sistemas de enfermagem.

O modelo de Orem envolve cinco conceitos, dos quais três são centrais, um periférico, e um adicional, incorporados a estas três teorias. Os conceitos centrais: autocuidado, atividade de autocuidado e demanda terapêutica de autocuidado, o conceito periférico de fatores condicionantes básicos, e o conceito adicional que engloba os requisitos de autocuidado (Allgood, 1997; Nordmeyer, 1994).

3.1 Teoria do Autocuidado

A Teoria do Autocuidado engloba os conceitos de autocuidado, a atividade de autocuidado e a demanda terapêutica do autocuidado, além dos fatores condicionantes básicos e requisitos para o autocuidado.

Autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício próprio para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, de forma satisfatória, a fim de contribuir para a integridade da estrutura humana, para o funcionamento da pessoa e para o seu desenvolvimento. Então, é o autocuidado pessoal que indivíduos requerem cada dia para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento.

Atividade de autocuidado é a capacidade humana ou o poder de engajar-se

no autocuidado, e é afetada por fatores condicionantes básicos.

Exigência terapêutica de autocuidado constitui a totalidade das ações de autocuidado a serem executadas durante algum tempo para satisfação de requisitos de autocuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e ações, que se agrupam em três categorias de requisitos.

Fatores condicionantes básicos são a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural, os fatores do sistema familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e a adequação e a disponibilidade de recursos.

Requisitos de autocuidado. Orem apresenta três categorias de requisitos de autocuidado, que são ações voltadas para a provisão de autocuidado e necessárias à manutenção do funcionamento e desenvolvimento humanos tais como: universal, “desenvolvimental” e de desvio de saúde.

- Requisitos universais de autocuidado. São comuns a todos os seres humanos, durante as fases do ciclo vital e devem ser vistos como fatores interligados. Estão associados a processos de vida e à manutenção da estrutura e funcionamento humanos, que são: manutenção de ingestão suficiente de ar, água, alimento, de um equilíbrio entre atividade e descanso, de um equilíbrio entre solidão e interação social; provisão de cuidados, associada a processos de eliminação e excreção; à prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento e bem-estar humanos; e promoção do funcionamento e desenvolvimentos humanos, em grupos sociais, de acordo com o potencial humano, limitações humanas e o desejo humano de ser normal.

- Requisitos “desenvolvimentais” de autocuidado. Estão relacionados a processos de desenvolvimento humano com as condições e eventos ocorridos durante as fases do ciclo vital, e eventos que podem influenciar no desenvolvimento, tais como: nascimento, prematuridade, infância, adolescência, gravidez, adaptação a um novo trabalho e adaptações a mudanças físicas (características do envelhecimento).

- Requisitos de autocuidado por desvio de saúde. Estão associados com defeito genético e constitucional, desvio estrutural e funcional humanos e com seus efeitos e com diagnósticos médicos, e condutas de tratamento.

Segundo Orem, estes requisitos, são: busca e garantia de assistência médica adequada; conscientização e atenção dos efeitos e resultados de condições e estados patológicos; execução efetiva de medidas médicas; conscientização e atenção, ou regulagem de efeitos desagradáveis ou maléficos de medidas; modificação do autoconceito, na aceitação de si como estando no estado especial de saúde e necessitando de formas específicas de cuidados de saúde; e aprendizado da vida associado aos efeitos de condições e estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo.

3.2 Teoria de Déficit de Autocuidado

A Teoria de Déficit de Autocuidado constitui a essência da teoria geral, definindo o momento em que há necessidade de enfermagem. É amplamente utilizada por enfermeiros na assistência e na pesquisa. A enfermagem passa a ser uma exigência, quando um adulto (ou, no caso de um dependente, o familiar ou aquele que tem a guarda), acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz. Ela define quando há necessidade de enfermagem, isto é, quando as exigências de autocuidado são maiores do que as capacidades para o autocuidado.

Orem identifica os seguintes métodos de ajuda: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro (física ou psicologicamente); proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e ensinar o outro.

O enfermeiro pode ajudar o cliente, utilizando-se de qualquer um ou de todos os métodos, de modo a oferecer assistência com autocuidado.

Orem identifica cinco áreas de atividade para a prática da enfermagem: iniciação e manutenção das relações enfermeiro-cliente com pessoas, famílias ou grupos, até que os clientes possam, realmente, ser dispensados da enfermagem; determinação da possibilidade de os clientes serem ajudados pela enfermagem e a

maneira como isso pode se dar; resposta às solicitações, desejos e necessidades, dos clientes, de contato e ajuda de profissionais de enfermagem; prescrição, oferecimento e regularidade de ajuda direta a clientes e seus outros importantes (família, amigos, entre outros), sob a forma de serviços de enfermagem; e coordenação e integração dos serviços de enfermagem com a vida diária do cliente, com outros cuidados de saúde e com outros serviços de caráter social ou educativo.

A seguir os métodos de ajuda de Orem, enfatizando os papéis do enfermeiro e do cliente/paciente.

Métodos de ajuda

Métodos de ajuda	Papel do enfermeiro	Papel do Paciente
1. Fazendo ou agindo por outro	Uma pessoa que age em lugar de e pelo paciente	Recebedor do cuidado para encontrar a demanda terapêutica do autocuidado e para compensar pela limitação do autocuidado. Recebedor de serviços relevantes para controle ambiental e recursos
2. Guiando e dirigindo outro	Prover de informação relevante efetiva ou tecnológica para a regulação de agência de autocuidado ou de encontro de requisito de autocuidado	Receber, processar e usar de informação como agente de autocuidado ou como regulador de agência de autocuidado
3. Promovendo suporte físico	Um associado, cooperando na execução de ação de autocuidado, para regular o exercício de ou valor de agencia de autocuidado pelo paciente	Executor de ações para encontrar requisitos de autocuidado, ou regulador do exercício de ou o valor de agência de autocuidado em cooperação com um enfermeiro

4. Promovendo suporte psicológico	Uma presença entendida, um ouvinte, uma pessoa que possa instituir o uso de outros métodos de ajuda, se necessário	Uma pessoa confrontando, resolvendo e solucionando problemas difíceis ou vivendo através de situações difíceis
5. Promovendo um ambiente que suporte desenvolvimento	Supridor e regulador de condição ambiental essencial e um outro significativo no ambiente do paciente	Uma pessoa que é confrontada com vivência e cuidado consigo num caminho e num ambiente que suporte e prometa desenvolvimento pessoal
6. Ensinando	<p>Professor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrevendo e explicando os requisitos de autocuidado e demanda terapêutica de autocuidado. - Métodos e cursos de ação para encontrar requisitos de autocuidado. - Métodos de calcular a demanda terapêutica de autocuidado. - Métodos de superação ou compensação para limitação de ações de autocuidado. - Métodos de gerenciamento de autocuidado 	Aprendiz engajado no desenvolvimento de conhecimento e habilitar requisitos para o autocuidado efetivo e contínuo.

3.3 Teoria de Sistemas de Enfermagem (Orem, 1995)

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem envolve a teoria de déficit do autocuidado e com ela a teoria do autocuidado.

O sistema de enfermagem baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas

capacidades do cliente para a execução de atividades de autocuidado.

Orem (1995) identificou três sistemas de enfermagem para satisfazer os requisitos de autocuidado do cliente: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação.

Sistema de Enfermagem totalmente compensatório. Está representado por uma situação em que o cliente é incapaz de se empenhar naquelas ações de autocuidado que exigem locomoção autodirigida e controlada e movimento manipulativo, ou com prescrição médica de evitar tal atividade.

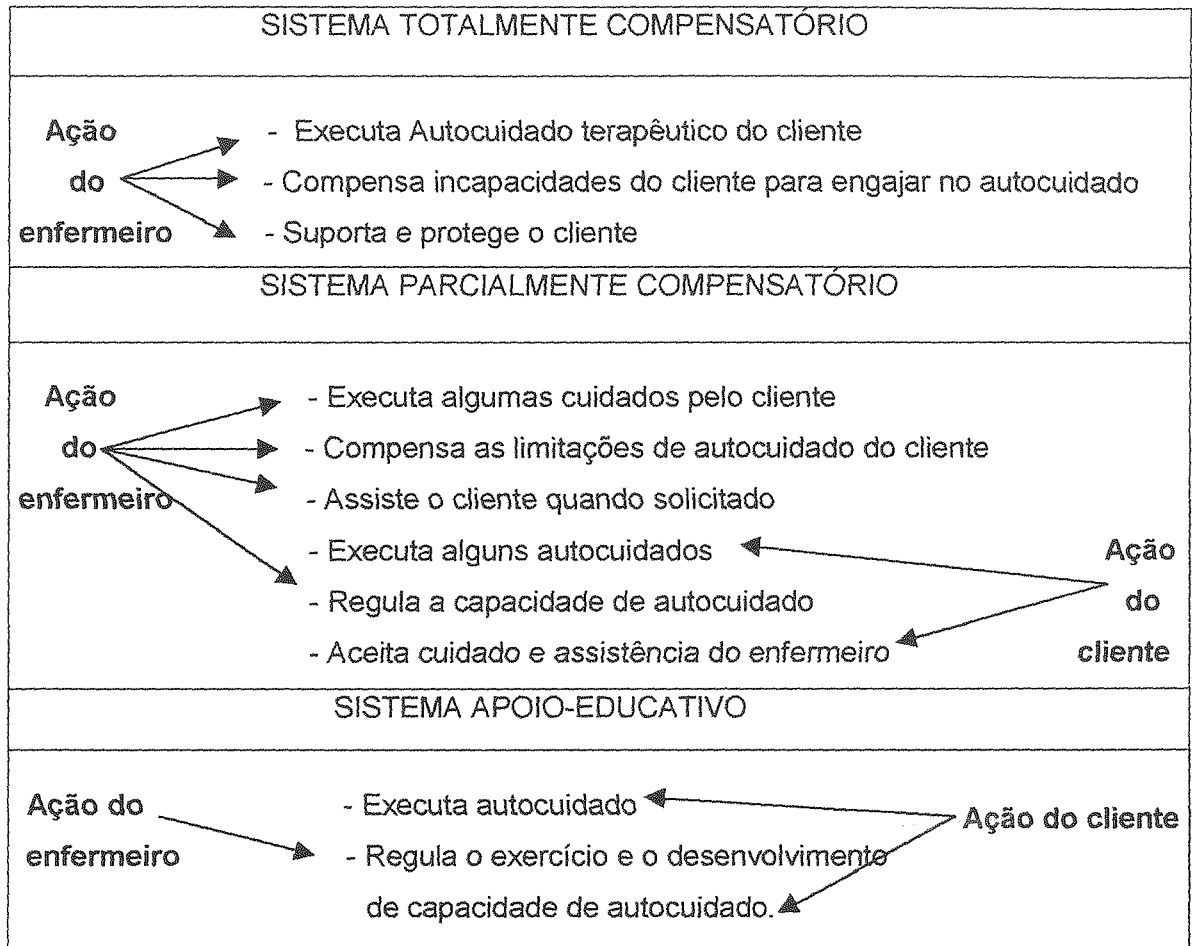
Sistema de Enfermagem parcialmente compensatório. Está representado por uma situação em que tanto o cliente quanto o enfermeiro podem exercer o papel principal na execução de medidas de cuidados.

Sistemas de Apoio-educação. Neste sistema, o cliente consegue executar ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, de ordem interna ou externa, embora não consiga fazer isso sem auxílio. O enfermeiro é um agente de saúde, educador, facilitador e promotor do desenvolvimento das capacidades de autocuidado do cliente. Também, é um facilitador no processo de decisão do paciente.

Para Castellanos (1989), educar, na teoria de Orem, significa mobilizar cada cliente para a utilização de suas possibilidades de se cuidar de forma satisfatória. Implica ajudar o cliente com práticas de autocuidado relacionadas à saúde, às necessidades humanas básicas e às atividades da vida diária, bem como a se cuidar pela alteração necessária de suas práticas de autocuidado, em razão de situações de doença ou de acidente e ensiná-lo a executar procedimentos relacionados com seu tratamento.

O diagrama abaixo demonstra as atividades do enfermeiro e do cliente, de acordo com cada sistema de enfermagem, de Orem (1995):

SISTEMA BÁSICO DE ENFERMAGEM



Orem (1995), definiu em sua teoria os conceitos da prática de enfermagem:

- Seres humanos diferem de outras coisas vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmo e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam e de usar criações simbólicas (idéias e palavras) no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefícios a si mesmo ou aos outros.

- Saúde é o estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença. Esta definição pertence à OMS, porém foi amplamente apoiada por Orem.

- Enfermagem é um tipo específico de serviço humano.

Então, o autocuidado foi definido na primeira teoria; a necessidade de serviços de enfermagem na segunda; e a maneira como as necessidades de

autocuidado do cliente serão satisfeitas pelo enfermeiro, pelo próprio cliente ou ambos, na terceira. Estas três teorias se interrelacionam e compõem a Teoria Geral de Enfermagem.

De acordo com Foster e Benett (1999), a teoria de Orem oferece uma maneira singular de ver o fenômeno de enfermagem, e o seu trabalho contribui significativamente para o desenvolvimento das teorias de enfermagem, e com Walker e Avant (1988), a teoria de Orem enquadra-se no segundo nível, por consistir de um modelo conceitual geral, definindo perspectivas para a prática e meios de explicação de fenômeno de enfermagem baseados nestas perspectivas.

A elaboração da proposta de intervenção com a mulher hipertensa, norteou-se no processo de enfermagem de Orem, embasada no sistema apoio-educativo.

O processo de enfermagem de Orem apresenta um método de determinação das deficiências de autocuidado e a definição dos papéis do enfermeiro para satisfazer às demandas de autocuidado do cliente. É constituído por três fases: diagnóstico e prescrição; elaboração de um sistema de enfermagem e plano para execução do atendimento; e produção e gerenciamento de sistemas de enfermagem (Orem, 1995).

Para facilitar a operacionalização da proposta de intervenção, adaptou-se o processo de enfermagem de Orem em quatro etapas:

- 1 Levantamento de dados. Nesta etapa, foram coletados os dados gerais e aqueles relacionados às demandas ou exigências de autocuidado e capacidades para o autocuidado, de acordo com os requisitos (universal, “desenvolvimental” e desvio de saúde).

- 2 Diagnóstico. Os déficits de autocuidado, são determinados a partir da relação entre a existência de demandas de autocuidado e a capacidade da cliente para engajar-se em ações de autocuidado. O diagnóstico é um processo de exame e análise cuidadosa dos dados coletados e julgamento da capacidade da cliente quanto ao engajamento no autocuidado.

- 3 Prescrição dos cuidados. Com os diagnósticos identificados, foram elaboradas as intervenções, embasadas no sistema apoio-educativo. Neste será utilizado como método de ajuda, sugerido por Orem, o ensinar o outro.

- 4 Evolução. Nesta etapa, foram apreciadas as respostas da cliente mediante as intervenções implementadas, a partir da redução e/ou eliminação dos déficits de

autocuidado. Também foi avaliado o alcance das metas pré-estabelecidas, que é tornar a cliente agente de autocuidado, ou engajá-la nas ações de autocuidado.

Requisitos de Autocuidado	Sistema de Enfermagem	Método de ajuda
Universal "Desenvolvimental" Desvio de Saúde	Apoio - Educativo	Ensinando para o autocuidado

A teoria de Orem embasou este estudo, com a utilização dos requisitos de autocuidado na identificação dos diagnósticos de enfermagem, e as prescrições dos cuidados norteadas pelo sistema apoio-educativo, utilizando como método de ajuda – ensinando para o autocuidado.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo e ambiente de estudo

Para atender os objetivos propostos, este estudo constou de uma pesquisa de campo do tipo quase-experimental, que, segundo Polit e Hungler (1995) e Bruyne et al. (s/d), é um modo de investigação que não necessita de um grupo de controle, e o ambiente torna-se natural em vez de simulado, ocorrendo uma transformação dos papéis do pesquisador e dos sujeitos que participam da experiência e das relações recíprocas. Neste estudo, teve-se a preocupação de deixar a mulher livre para compartilhar suas dúvidas e inquietações e ao mesmo tempo participar dos cuidados necessários para seu bem-estar. As mulheres foram atendidas individualmente em um consultório de enfermagem, e, durante a consulta, foram orientadas para o exercício das atividades do autocuidado. A aceitação das atividades foi unânime pelas mulheres, e todas passaram por um processo de orientação, objetivando a transformação em relação à melhoria da sua saúde. A consulta de enfermagem foi organizada e fundamentada na Teoria de Autocuidado de Orem (1995), especificamente nos requisitos de autocuidado universal, "desenvolvimental" e desvio da saúde, e no sistema de enfermagem apoio-educativo. Esta

fundamentação teórica nos assegurou o envolvimento da mulher nos cuidados durante as seis consultas e no período de aproximadamente de oito meses.

O estudo foi realizado em um ambulatório de hipertensão arterial, de uma instituição pública de saúde, de referência para as regiões Norte e Nordeste, no atendimento a clientes com doenças do coração e do pulmão, nos níveis primário, secundário e terciário.

Ressalta-se que a pesquisadora é funcionária da mencionada instituição, o que facilitou sobremaneira o desenvolvimento da pesquisa e a implantação da consulta de enfermagem para as mulheres no controle da hipertensão e mudanças distintas no serviço.

4.2 População e amostra

A população constou de mulheres hipertensas inscritas na instituição supracitada. A amostra foi sistemática, pois, conforme sugere Vieira (1987), a seleção dos elementos que constituíram a amostra foi feita por um sistema escolhido pelo pesquisador. Portanto, a amostra foi constituída de mulheres hipertensas maiores de 20 anos, independentemente de estado civil, escolaridade, procedência e renda familiar, com as condições físicas e emocionais que possibilitassem a participação na pesquisa e apreensão das atividades do autocuidado.

O convite para incluí-las na pesquisa foi aceito por todas, sem nenhuma restrição, e as elas sabiam da possibilidade de se ausentar no momento que lhes fosse oportuno. Mesmo assim, todas compareceram a todas as consultas apazadas. A amostra constituiu-se de 50 mulheres e foi calculada de acordo com a fórmula estatística a seguir consoante a prevalência nacional, também abaixo indicada:

$$n = \frac{t^2 \cdot P \cdot Q}{d^2}$$

Onde: $t_{5\%} = 1,96$
 $P =$ Prevalência da hipertensão arterial = 15%
 (prevalência nacional)
 $Q = 100 - P = 85\%$
 $d =$ erro nas estimativas amostrais=10%

Desse modo: $N = \frac{1,96^2 \cdot 15 \cdot 85}{10^2} \cong 50$ mulheres

Os dados foram coletados durante os meses de setembro de 1999 a maio de 2000, através da consulta mensal de enfermagem, realizada pela autora totalizando seis consultas para cada mulher e com intervalo de 30 dias. A primeira consulta teve a duração média de 50 a 60 minutos, e as subseqüentes em torno de 30 a 40 minutos. O instrumento para consulta de enfermagem foi elaborado com base na experiência profissional da autora nos dados encontrados no estudo de mestrado e adaptados aos pressupostos do autocuidado de Orem (1995). A consulta foi composta pelos instrumentos que seguem:

1 Levantamento de dados. Utilizado na primeira consulta, correspondendo à primeira etapa do processo de enfermagem, constando dados de identificação; dados relacionados aos requisitos de autocuidados-universal, “desenvolvimental” e por desvio de saúde; dados relacionados ao exame físico; e avaliação das demandas e habilidades para o autocuidado (apêndice 1).

2 Plano de intervenção. Utilizado durante as consultas, e contém os diagnósticos identificados por consulta, prescrição dos cuidados, utilizando o método de ajuda ensinando para o autocuidado, e evolução das mudanças ocorridas com a implementação das prescrições (demanda do autocuidado terapêutico), conforme (apêndice 2).

Para facilitar a coleta de dados, foram elaborados outros sete instrumentos:

3 Acompanhamento de Enfermagem. Utilizado durante as consultas de enfermagem para os registros de pressão arterial, índice de massa corporal (IMC); pulso, frequência cardíaca, condutas terapêuticas e perfil de engajamento no autocuidado - PEAc (apêndice 3).

4 Resultado de exames laboratoriais. Contém os resultados dos exames realizados, objetivando o controle dos resultados alterados nos casos de dislipidemias, alterações de função renal, controle glicêmico etc (apêndice 4).

5 Guia instrucional da padronização dos diagnósticos de enfermagem. Indicado para facilitar a identificação dos diagnósticos de enfermagem relacionados aos requisitos de autocuidado (apêndice 5).

6 Quadro para computação dos diagnósticos de enfermagem. Destinado a registrar os diagnósticos de enfermagem identificados em cada consulta, durante o período de acompanhamento (apêndice 6).

7 Perfil de engajamento do autocuidado (PEAc). Impresso utilizado para estabelecer o perfil de cada cliente, em cada consulta de enfermagem a partir do somatório dos escores estipulados: 5,0 para os requisitos de autocuidado universal, e 10,0 para os requisitos de autocuidado “desenvolvimental” e por desvio de saúde (apêndice 7).

8 Guia instrucional para identificação do perfil de engajamento no autocuidado. Instrumento utilizado para facilitar a identificação do PEAc, segundo os indicadores de cada requisito de autocuidado (apêndice 8).

9 Instrumento para avaliação da proposta. Foi aplicado na sexta consulta através de uma entrevista contendo perguntas abertas e fechadas, para averiguar percepção das mulheres sobre a proposta de intervenção. Nesta entrevista, as mulheres expuseram suas experiências vivenciadas durante o período de acompanhamento, sendo registradas as mudanças comportamentais ocorridas (apêndice 9).

Enfatiza-se que os diagnósticos de enfermagem foram elaborados de acordo as demandas de autocuidado, relacionadas aos requisitos universal, “desenvolvimental” e desvio de saúde.

Para o cálculo do peso, utilizou-se o IMC - Índice de Massa Corporal ou Índice de Quetelet (anexo 1).

Ressalta-se que os instrumentos utilizados na investigação foram validados previamente, e que o instrumento para avaliação da proposta de intervenção foi aplicado por duas acadêmicas de enfermagem, que são bolsistas de iniciação científica, após serem treinadas. Optou-se pelas bolsistas, para evitar a possível influência causada pela presença da pesquisadora nas respostas das mulheres.

4.4 Organização da Análise

Os dados foram analisados, conforme a técnica de análise categorial, que segundo Bardin (1997), consiste das fases:

A) Organização da análise, que compreende:

- Pré-análise – Nesta fase, foi realizada leitura exaustiva dos dados coletados e que atendessem aos objetivos propostos.

- Exploração do material – Os dados foram organizados, em recorte, ou seja, agregação de dados semelhantes para compor unidades de análise. Deste modo, foram constituídas 4 (quatro) unidades abrangentes, contendo dados socio-demográficos, dados sobre os requisitos de autocuidado universal, “desenvolvimental”, e por desvio de saúde.

Para a enumeração, ou seja, a regra de contagem, usou-se os dados quantitativos, os quais foram agrupados e cruzados com auxílio do programa SPSS, e representados sobre a forma de frequência absoluta e relativa. Nesta fase, foram selecionados trechos com falas emergentes e significativas, que complementaram a análise. Esta organização de dados possibilitou a criação das categorias:

I Caracterização sociodemográfica das mulheres.

II Identificação dos diagnósticos de enfermagem.

1 Diagnósticos de enfermagem relacionados ao autocuidado universal.

2 Diagnósticos de enfermagem relacionados ao autocuidado “desenvolvimental”.

3 Diagnósticos de enfermagem relacionados ao autocuidado por desvio de saúde.

III Identificação das habilidades (ou capacidades) para o autocuidado.

IV Mudanças comportamentais das mulheres.

1 Experiências vivenciadas pelas mulheres no engajamento do autocuidado.

2 Perfil de Engajamento no Autocuidado.

B) Tratamento e interpretação

Os dados foram organizados em tabelas e quadros, distribuição de frequências e médias aritméticas e ponderado, e analisado descritivamente.

As falas selecionadas nas entrevistas reintegraram os dados quantitativos, evidenciando ainda a relevância atribuída pelas mulheres às experiências vivenciadas no transcorrer do acompanhamento, identificando as mudanças ocorridas.

A interpretação dos dados fundamentou-se nas experiências das mulheres com as mudanças ocorridas, na literatura vigente, na teoria de Orem, com ênfase no sistema apoio-educativo e no método de ajuda-ensinado para o autocuidado.

4.5 Aspectos éticos-legais da pesquisa

A realização deste estudo adotou os princípios éticos da pesquisa (Polit e Hungler, 1995): beneficência, respeito à dignidade humana, e justiça.

O princípio da beneficência refere-se a isenção de danos aos sujeitos do estudo, quer seja físico ou emocional.

O princípio do respeito à dignidade humana inclui o direito à autodeterminação e à revelação completa. As mulheres aceitaram participar do estudo, após serem informadas de sua natureza.

O princípio da justiça inclui o direito que têm os sujeitos de tratamento justo, além do direito à privacidade. As mulheres foram tratadas com abordagem holística que permeia o relacionamento terapêutico, na consulta de enfermagem, e sendo assegurado o anonimato das depoentes.

Os aspectos éticos desta pesquisa obedeceram a resolução da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa de 1996), sendo a coleta de dados autorizada oficialmente pela instituição, e o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 11) foi assinado pelas entrevistadas, de acordo com a resolução do CNS (Conselho Nacional de Saúde) número 196 de 10 de outubro de 1996.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram distribuídos em quatro categorias, apresentados e analisados descritivamente na forma estatística e acrescidos de depoimentos relacionados às experiências vivenciadas pelas mulheres durante o período de

acompanhamento de enfermagem, que totalizou seis consultas, com intervalo de trinta dias entre elas.

I Caracterização sociodemográfica das mulheres

Esta categoria contempla o cruzamento de informações, retratando os elementos: idade, estado civil, procedência, renda familiar, escolaridade, ocupação e cor.

TABELA 3 – Distribuição das mulheres segundo a idade, a procedência e ao estado civil. Fortaleza-CE, 2000.

Idade (anos)	Estado Civil *	Procedência				Outros municípios				Total	
		Capital								f	%
32 – 40		S	C	V	O	S	C	V	O	06	12
41 – 49		-	08	-	-	-	02	-	-	10	20
50 – 58		-	05	02	02	-	04	-	-	13	26
59 – 67		-	05	04	-	01	03	-	-	13	26
68 – 77		01	-	01	-	01	03	02	-	08	16
Total		02	20	07	03	02	14	02	-	50	100

* S – Solteira; C – Casada; V – Viúva; O – Outros (separada, divorciada e desquitada).

De acordo com a tabela 3, o predomínio entre as idades é de 50 a 67 anos, representando 26 (52%) mulheres, seguindo de 10 (20%) na faixa etária de 41 a 49 anos, denotando que a hipertensão arterial está afetando a mulher antes da instalação da menopausa, portanto, na vigência da proteção do sistema cardiovascular pelo hormônio estrogênio.

Luna (1989); Johannsen (1993); Brasil (1995); Ribeiro (1996), afirmam que até os cinquenta e cinco anos a hipertensão arterial é freqüente no homem, e após esta idade, a prevalência na mulher aumenta.

A hipertensão arterial na mulher é mais freqüente após a instalação do climatério, que a predispõe ao risco da morbimortalidade por doença cardiovascular.

Como sabemos, a hipertensão é um importante fator predisponente para este tipo de doenças (Aldrigh, 1995; Correia, ., 1995; Furtado, 1995; Aldrigh ., 1996).

Segundo Beevers e Macgregor (2000), após a idade de 50 anos, as pressões arteriais aumentam nas mulheres a ponto de se assemelharem àquelas dos homens. Ao mesmo tempo, sobem os índices de ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais. A ausência relativa de hipertensão e doença cardiovascular nas mulheres antes da menopausa suscitou a possibilidade de que estrogênios endógenos são ao mesmo tempo protetores. Contudo, doses altas na pílula anticoncepcional certamente não conferem benefício algum e ocasionalmente causam, por si mesmas, a hipertensão. Nas mulheres pós-menopausadas, que têm níveis endógenos de estrogênios naturais em baixas doses, a pílula não parece causar aumento na pressão arterial e pode servir como uma proteção contra cardiopatia coronária. O gradiente de pressão arterial e eventos cardiovasculares nas mulheres pós-menopáusicas é similar ao dos homens, mas diz-se que é retardado em cerca de 10 anos. Assim, a mulher com 60 anos tem aproximadamente o mesmo risco que um homem com 50.

A tabela 3, mostra que 34 (68%) mulheres são casadas, e 32 (64%) são procedentes da Capital do Ceará.

Beevers e Macgregor (2000) enfatizam que a elevação da pressão arterial observada com o avançar da idade nas sociedades urbanas obrigatoriamente tende ser devida primariamente a alguns fatores ambientais muito poderosos. Os fatores prováveis são diferenças na dieta e outros fatores socioeconômicos, inclusive o estresse ambiental. Contudo, essas influências podem ter efeitos mais acentuados nas pessoas, logo de início, com certa predisposição genética ao desenvolvimento da hipertensão.

Então, o pensamento de Beevers e Macgregor(2000) se compatibiliza com os achados da tabela, ao demonstrar que 16 (32%) mulheres tornaram-se hipertensas antes da menopausa.

Possivelmente, este fato esteja relacionado à influência dos fatores ambientais típicos das sociedades ocidentais, pois estes estudiosos afirmam que, nas populações não-ocidentalizadas, a elevação da pressão arterial com o avançar da idade é ínfima em relação às ocidentalizadas.

TABELA 4 - Distribuição das Mulheres Segundo a Renda Familiar, Escolaridade e Idade. Fortaleza – CE, 2000.

Idade (anos)	Renda familiar**			2			3			4			Total	
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	f	%
32 – 40	-	-	01	-	03	-	-	01	01	-	-	-	06	12
41 – 49	01	-	-	-	04	-	-	05	-	-	-	-	10	20
50 – 58	-	02	01	01	05	-	-	02	01	-	01	-	13	24
59 – 67	03	03	-	01	01	-	01	01	01	-	02	-	13	28
68 – 77	03	01	-	02	02	-	-	-	-	-	-	-	08	16
Total	07	06	02	04	15	-	01	09	03	-	03	-	50	100

* 1 – analfabeta/alfabetizada; 2 - 1º grau Incompleto/completo; 3 – 2º grau completo/incompleto; ** Em salários mínimos.

A tabela 4 mostra que a renda mensal das mulheres, não ultrapassa a quatro salários mínimos, sendo que 47 (94%) mulheres têm de 1 a 3 salários mínimos, porém, predominando em dois salários em 19 (38%) mulheres. Cerca de 34 (68%), mulheres têm o 1º grau, porém, a maioria o tem incompleto. E 12 (24%) mulheres estão distribuídas entre analfabetas e alfabetizadas.

Relativamente à ocupação, 40 (80%) mulheres desenvolvem prendas do lar. Entre estas, estão 09 (18%) viúvas que recebem a pensão do cônjuge. As demais (20%) são domésticas, faxineiras e secretária escolar. Então, observa-se que a renda familiar está compatível com a ocupação e o nível de escolaridade das mulheres.

Ribeiro (1996) anota que a pobreza está associada com maior prevalência de todas as doenças, bem como, com a maior mortalidade por todas as causas e em faixas etárias mais jovens; que o nível de escolaridade está intensamente relacionado com a hipertensão arterial. Os indivíduos que completam o terceiro grau têm um índice de prevalência de hipertensão arterial 40% menor do que aqueles que têm menos de 10 anos de escolaridade, e os próprios fatores de risco cardiovascular ocorrem com maior frequência nas classes com nível inferior de escolaridade.

De acordo com Beevers e Macgregor (2000) nos países ocidentais, os índices de pressões arteriais bem como os de cardiopatia coronária e acidente vascular cerebral tendem a ser mais baixos nas pessoas de classes sociais mais altas.

A cor não-branca predomina em 41 (82%) mulheres. Provavelmente este percentual foi influenciado pela miscigenação da população brasileira, pelo caráter aleatório da amostra e pela alta prevalência da hipertensão arterial nas pessoas de pele escura, conforme afirma Piccinni (1995).

II Identificação dos diagnósticos de enfermagem

Esta categoria compreende a interrelação e o cruzamento de informações, contemplando os diagnósticos de enfermagem relacionados aos requisitos de autocuidado: universal, “desenvolvimental” e desvio de saúde, identificados nas mulheres durante a primeira consulta de enfermagem e que constituíram três subcategorias.

No quadro 1, observa-se que as mulheres apresentaram diagnósticos de enfermagem relacionados aos requisitos de autocuidado universal, “desenvolvimental” e por desvio de saúde, variando em frequência e em indicadores constituintes de cada diagnóstico.

Com relação ao autocuidado universal, as mulheres apresentaram diagnósticos relacionados aos requisitos, em uma variação percentual de 30 a 98%. Entre estes, os mais frequentes foram: insuficiência de líquidos (80%); inadequada promoção da saúde (96%); riscos à vida e ao bem-estar (98%).

Na categoria do autocuidado “desenvolvimental”, 28 (56%) mulheres apresentavam adaptação inadequada às modificações do ciclo vital, e 12 (24%) inadequada adaptação social.

Na categoria de autocuidado por desvio de saúde, todas as mulheres apresentaram os mesmos diagnósticos, sem distinção de frequência entre eles: desconhecimento da doença e do tratamento; falta da aceitação da doença; adaptação inadequada ao problema de saúde; e falta de execução efetiva das condutas orientadas.

1 Diagnósticos de enfermagem relacionados com autocuidado universal.

Esta subcategoria retrata os diagnósticos de enfermagem relacionados aos requisitos de autocuidado: oxigenação adequada; ingestão suficiente de líquidos; ingestão inadequada de alimentos; eliminações adequadas; equilíbrio entre atividade e descanso; equilíbrio entre solidão e interação social; prevenção de riscos à vida e ao bem-estar; e adequada promoção da saúde.

QUADRO 1 – Distribuição das mulheres segundo os Diagnósticos de Enfermagem identificados em cada consulta de Enfermagem. Fortaleza- CE, 2000.

COD. D.E	Diagnósticos de Enfermagem	Consultas de enfermagem											
		1°		2°		3°		4°		5°		6°	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
01U	Oxigenação inadequada	15	30	07	14	03	06	02	04	02	04	02	04
02U	Insuficiência de líquidos	40	80	03	06	01	02	-	-	-	-	-	-
03U	Ingesta inadequada de alimentos	27	54	02	04	02	04	03	06	-	-	-	-
04U	Eliminações inadequadas	32	64	13	26	04	08	02	04	01	02	-	-
05U	Desequilíbrio entre atividade e descanso	14	28	08	16	05	10	02	04	02	04	-	-
06U	Desequilíbrio entre solidão e interação social	32	64	14	28	04	08	-	-	-	-	-	-
07U	Riscos à vida e ao bem-estar	49	98	45	90	44	88	39	78	37	74	36	72
08U	Inadequada promoção da saúde	48	96	47	84	42	84	38	76	35	70	26	52
09D	Adaptação inadequada às modificações do ciclo vital	28	56	05	10	03	06	-	-	-	-	-	-
10D	Inadequada adaptação social	12	24	03	06	-	-	-	-	-	-	-	-
11DS	Desconhecimento da doença e do tratamento	50	100	11	22	01	02	-	-	-	-	-	-
12DS	Falta de aceitação da doença	50	100	13	26	04	08	02	04	-	-	-	-
13DS	Adaptação inadequada ao problema da saúde	50	100	13	26	05	10	02	04	01	02	-	-
14DS	Falta de execução efetiva de condutas orientadas	50	100	48	96	34	68	20	40	14	28	07	14

TABELA 5 –

Distribuição das mulheres segundo a idade, diagnósticos de oxigenação inadequada e desequilíbrio entre atividade e descanso. Fortaleza-CE, 2000.

Oxigenação inadequada Desequilíbrio entre atividade e descanso	Sim		Não		Total	
	Sim	Não	Sim	Não	f	%
Idade (anos)						
32 – 40	-	01	01	04	06	12
41 – 49	01	02	02	05	10	20
50 – 58	03	01	02	07	13	26
59 – 67	01	04	01	07	13	26
68 – 77	-	02	03	03	08	16
Total	05	10	09	26	50	100

Observa-se na tabela 5, que 15 (30%) mulheres apresentaram diagnóstico de oxigenação inadequada. Destas, 5 (10%) revelaram desequilíbrio entre atividade e repouso, estando na faixa etária de 41 a 67 anos.

A oxigenação inadequada foi identificada nas mulheres de acordo com os indicadores qualitativos e quantitativos. Em relação aos indicadores qualitativos, 5 (10%) mulheres tiveram o diagnóstico de oxigenação inadequada pela inalação, em seu domicílio, de fumaça originada do tabagismo praticado pelos familiares, fungos e poeiras, o que foi revelado clinicamente pela dispnéia, tosse e espirros, de acordo com seus depoimentos:

... Sinto cansaço (dispnéia), tusso demais, com aquele cheiro de cigarro do meu marido.

... Acho que não me dou bem com a poeira do gesso e da minha casa.

... A minha casa é cheia de mofo, vive brejada pelos esgotos, que passa na frente, também é escura.

Mota (1999) enfatiza que qualquer mudança em um ambiente, resultante da introdução de poluentes neste, na forma de matéria ou energia, pode ser entendida como poluição. Geralmente, associa-se à poluição dos malefícios que possam ser

causados ao homem. No entanto, ela pode resultar em danos à fauna e à flora, e até mesmo ao meio material.

Ainda segundo Mota (1999), a legislação brasileira (lei nº 6938, de 31 de agosto de 1981) define poluição como a “degradação da qualidade ambiental resultante de atividades que direta ou indiretamente prejudiquem a saúde, a segurança, e o bem estar da população; criem condições adversas às atividades sociais e econômicas; afetem as condições estéticas ou sanitárias do meio ambiente; lancem matérias ou energia em desacordo com os padrões ambientais estabelecidos”. Portanto, o lançamento de gases e pequenas partículas na atmosfera podem alterar sensivelmente a qualidade do ar, provocando a sua poluição.

A fumaça do cigarro é uma mistura de mais de 4 (quatro) mil componentes. Entre eles, muitos são farmacologicamente ativos e que são tóxicos, mutagênicos e carcinogênicos. Em razão de sua diversidade, não é fácil identificar qual deles é o maior responsável pelo desenvolvimento das diferentes neoplasias relacionadas ao cigarro (Gigliotti et al, 1999).

A oxigenação inadequada, mediada exclusivamente pelos indicadores quantitativos foi diagnosticada em 8 (16%) mulheres, em razão da asma crônica, insuficiência cardíaca congestiva e doença coronária crônica. Foi manifestada clinicamente por dispnéia e precordialgia associada aos leves e/ou moderados esforços físicos e fortes emoções. Este quadro clínico era freqüentemente exacerbado nas mulheres pela adoção de hábitos inadequados às suas condições de saúde, como está evidenciado em suas falas:

... Quando lavo roupa pesada, fico para me acabar de cansaço

... Não tenho instrução, os trabalhos que arranjo eu não posso fazer, pois, só falta eu morrer de falta de ar e dor no peito.

... Nem posso varrer a casa, que a asma me ataca. Se chove, eu canso; qualquer fumaça me mata.

Mas, em 2 (04%) mulheres, este diagnóstico envolveu tantos os indicadores qualitativos quanto quantitativos, que foram mediados pela fumaça oriunda do tabagismo dos familiares, poeira doméstica e ocupacional (gesso); e pela prática de atividades físicas incompatíveis com suas limitações físicas decorrentes de seus problemas de saúde, pois uma é portadora de insuficiência cardíaca congestiva e asma a outra de doença coronariana.

De acordo com Beevers e Macgregor (2000), a insuficiência cardíaca é quatro vezes mais comum nas mulheres e sete vezes mais comuns nos homens hipertensos, em comparação a pessoas normotensas de idade e sexo semelhantes, aumentando o risco aumenta com a idade. Na população em processo de envelhecimento, freqüentemente com hipertensão mal controlada, esta doença está se tornando mais comum.

Para Bourge (2000), a insuficiência cardíaca algumas vezes é chamada "câncer do coração" em razão do ônus terrível que faz pesar sobre o paciente individual e sobre a nossa sociedade. A sobrevida em cinco anos é de cerca de 50%. Ele diz que, a partir do início da insuficiência cardíaca, esta tende a ser mais alta nas mulheres que nos homens.

Jarvis (2000) enfatiza que, para um grupo relativamente pequeno de doentes, a asma é o único fator que comanda as suas vidas e a sua capacidade de trabalho, ou mesmo de viver uma vida normal em cerca de 20% dos doentes com asma, é grave ou muito grave. Para uma porcentagem muito superior de doentes, a asma significa que podem esperar algum absenteísmo ao trabalho e que sofrerão, pelo mesmo, algumas perturbações do sono, redução da tolerância ao exercício ou exacerbações ocasionais associadas a infecções do trato respiratório.

O mais importante não é combater os sintomas da asma, mas é dar maior ênfase na sua prevenção.

De acordo com Jackson (2000), as manifestações clínicas da doença coronária ocorrem 10 (dez) anos mais tarde nas mulheres, relativamente aos homens. Até aos 60 (sessenta) anos de idade, um em cinco homens e uma em cada 17 mulheres sofreram um evento coronariano, no entanto, após os 60 anos de idade, a incidência é igual em ambos os sexos. Desse modo, a incidência da coronariopatia nas mulheres aumenta com a idade, principalmente após a menopausa, sendo a única

diferença no aparecimento da doença nos homens e nas mulheres, o momento em que aquele se dá.

O desequilíbrio entre atividade e repouso foi diagnosticado em 14 (28%) mulheres, destas 09 (18%) tinham oxigenação adequada, predominando na faixa etária de 68 a 77 anos.

Neste diagnóstico, as mulheres apresentaram tanto os indicadores qualitativos e quantitativos, relacionando atividades físicas rotineiras e ao descanso.

Quanto às atividades físicas rotineiras, 2 (04%) mulheres as desenvolviam de forma inadequada, nos aspectos qualitativos e quantitativos, sendo as mesmas que apresentam oxigenação inadequada nestes dois aspectos, mediada pelas mesmas causas citadas anteriormente.

O descanso estava prejudicado em 9 (18%) mulheres, em decorrência de sono interrompido e inquieto, e pelo fato de despertar indispostas e insatisfeitas, significando horas insuficientes e alterações fisiológicas relacionadas com a fase ciclo vital. Também, entre estas, foram identificadas atividades físicas rotineiras e descanso inadequados, porém estão incluídas as 2 (04%) que apresentaram a oxigenação inadequada nos aspectos qualitativos e quantitativos. Nas demais, este diagnóstico foi mediado pela sobrecarga de trabalho e pela indisponibilidade de horas destinadas ao descanso.

As falas ilustram este diagnóstico:

... No dia que lavo roupa ou que espano a casa, não consigo dormir de tanta falta de ar e dor no peito.

... Cochilo durante o dia e passo a noite quase em claro, acordo cansada.

... Me levanto de madrugada (04 hs) e trabalho direto até 10 horas, aí espero o meu marido chegar a meia noite para botar o jantar dele. Quando tô num sono bom, já é hora de levantar para fazer as minhas obrigações.

Segundo Timerman e Pereira et al., (2000), a atividade física, incluindo a laborativa, deve ser individualizada, de acordo com o grau de insuficiência cardíaca congestiva e a idade do paciente, em nível que não produza sintomas. Em casos graves, a laborativa deve ser amenizada ou até suspensa.

Javaheri *apud* Bourge (2000) informa que cerca de 50% dos pacientes com insuficiência cardíaca têm apnéia do sono, e tratar este problema em pacientes com insuficiência cardíaca pode reduzir a mortalidade associada à afecção.

A insuficiência cardíaca constitui, também, uma das principais causas de incapacidade e má qualidade de vida na população idosa, com gastos elevados para o tratamento ambulatorial, tanto em países de economia estável como no Brasil, onde a doença foi responsável por 35% das internações em 1997 e por 36,95% entre as doenças do aparelho circulatório, com mortalidade hospitalar de 6,3% (Santos, 2000).

TABELA 6 – Distribuição das mulheres segundo a idade e os diagnósticos de insuficiência de líquidos e eliminações inadequadas. Fortaleza-CE, 2000.

Insuficiência de líquidos Eliminações inadequadas Idade (anos)	Sim		Não		Total	
	Sim	Não	Sim	Não	f	%
32 – 40	03	-	-	03	06	12
41 – 49	06	02	01	01	10	20
50 – 58	06	04	01	02	13	26
59 – 67	08	03	01	01	13	26
68 – 77	06	02	-	-	08	16
Total	29	11	03	07	50	100

A tabela 6, mostra que 40 (80%) mulheres ingeriram líquidos inadequadamente nos aspectos qualitativos e quantitativos, e independentemente da idade.

As mulheres ingeriam quantidades diárias de líquidos inferiores a 2000ml. Destas, 29 (58%) tomavam até 500ml. Este fato era propiciado pelo desconhecimento acerca da necessidade hídrica adequada à manutenção da saúde e/ou ausência de vontade em decorrência da dieta hipossódica e isenta de açúcar e receio de descontrolar o peso com o uso de sucos.

As falas justificam este comportamento.

... Não sinto vontade de tomar água, pois a comida é docinha (pouco sal) e nem doce posso comer, para não engordar

... Só tomar água é ruim, eu tenho medo de tomar suco, se não eu vou ficar mais gorda...Eu não sabia que água é tão importante para a saúde da gente.

Aproximadamente 60% do peso de um adulto típico é composto de líquidos (água e eletrólitos). Os fatores que influenciam a quantidade de líquidos no corpo são idade, sexo e conteúdo de gordura. Como regra geral, as pessoas mais jovens têm uma percentagem maior de líquido corporal do que os idosos e os homens têm, proporcionalmente, mais líquido do que as mulheres. As pessoas obesas têm menos líquidos do que as magras porque as células gordurosas contêm pouca água (Smeltzer e Bare, 1998).

Segundo Potter e Perry (1996), a sede é o principal mecanismo de que se dispõe para regular a ingestão de líquidos. O consumo diário do adulto deve ser de 1500 a 2000ml de líquidos.

Ressalto que 3 (06%) mulheres além de ingerir quantidade inadequada de líquidos, utilizavam água proveniente de fontes duvidosas e/ou desprovidas dos padrões de potabilidade ideais para o consumo humano, motivadas pela falta de educação sanitária, acesso difícil às fontes de água, indisponibilidade de recursos financeiros para a aquisição de reservatórios próprios, tais como poços profundos, cacimbas e cisternas.

As falas revelam as razões apresentadas pelas mulheres.

... Nós tomamos água do rio perto de nossa casa. Eu guardo só num pote bem coberto.

... A água que bebo, eu compro de um senhor que traz de longe, pois é difícil aqui por perto.

... Se a gente pudesse mandar cavar um poço no nosso terreno...

... Na minha casa não tem filtro, mas o agente de saúde mandou a gente ferver a água. É muito trabalho e a água fica ruim.

Segundo Mota (1999), os recursos hídricos, superficiais e subterrâneos, estão sujeitos à poluição por diversas formas: lançamento de esgotos domésticos ou industriais em coleções superficiais de água, infiltração de esgoto no solo até alcançar a água subterrânea, a partir de sistemas de fossa-sumidouro, de depósitos de lixo ou do lançamento de resíduos líquidos no solo; carreamento de produtos

químicos (pesticidas, fertilizantes etc), de resíduos sólidos, ou de outros detritos lançados no solo; precipitação de poluentes atmosféricos; lançamento e infiltração de águas pluviais, as quais, muitas vezes, carregam esgoto ou lixo. Os poluentes, quando presentes na água, podem resultar em danos ao homem, às outras formas de vida e ao próprio ambiente aquático.

O diagnóstico de eliminações inadequadas foi identificado em 32 (64%) mulheres, sendo que 6 (12%) relacionavam-se exclusivamente à intestinal; 11 (22%) à urinária e 15 (30%) a ambas. Não referiam alterações das outras eliminações – gástricas, respiratórias e cutâneas.

As alterações inerentes às eliminações intestinais incluíam fezes secas em pequena quantidade e freqüência irregular nas evacuações, responsáveis pela maioria das constipações referidas. Uma minoria apresentava diarreia.

Em relação às eliminações urinárias, foram relatados volume e freqüência reduzidos, cor amarelo-escura, odor acentuado (concentrada).

Segundo Potter e Perry (1996), a água é eliminada por quatro estruturas orgânicas: rins, pele, pulmões e trato gastrointestinal. O adulto urina de 4 a 6 vezes ao dia, com volume variando de 1500 a 1600ml (50 a 60ml horários).

De acordo com esta tabela, observa-se que há uma correlação entre os diagnósticos de insuficiência de líquidos e eliminação inadequada nas mulheres, pois das 40 (80%) mulheres que tinham insuficiência de líquidos, 29 (58%) relataram eliminações inadequadas.

Para Potter e Perry (1996), a ingesta insuficiente de líquidos diminui a velocidade do trânsito dos alimentos ao longo do trato intestinal. A absorção de líquidos aumenta e as fezes tornam-se endurecidas, resultando em constipação

TABELA 7 Distribuição das mulheres segundo a idade e os diagnósticos de ingesta inadequada de alimentos e de eliminações inadequadas. Fortaleza-CE, 2000.

Ingesta inadequada de alimentos Eliminações inadequadas Idade (anos)	Sim		Não		Total	
	Sim	Não	Sim	Não	f	%
32 – 40	02	-	02	02	06	12
41 – 49	05	01	03	01	10	20
50 – 58	04	05	03	01	13	26
59 – 67	04	03	03	03	13	26
68 – 77	02	01	04	01	08	16
Total	17	10	15	08	50	100

De acordo com a tabela 7, 27 (54%) mulheres tinham ingesta inadequada de alimentos, tanto qualitativa como quantitativamente, predominando na faixa etária de 41 a 67 anos. Destas, 10 (20%) não tinham eliminações inadequadas, possivelmente, influenciadas pela ingesta hídrica adequada, mas faziam o uso de gordura animal e excesso de sal.

Ressalta-se que a qualidade inadequada da alimentação era causada pelo uso excessivo de sal e de gordura animal em 14 (28%) mulheres; falta de preferência de vegetais em 11 (22%) e uso esporádico de carnes brancas em 4 (08%).

A gordura animal (saturada) parece elevar a pressão arterial. O aumento no consumo de gordura mono-insaturada parece relacionar-se inversamente com a pressão arterial, embora uma relação causal ainda precise ser demonstrada, porém, é comprovada a sua relação com a dislipidemia (Mancini, 1992; Brasil, 1993; Serrano, 1995; Cendoroglo, 1996; Diament, 1996).

Na população de hipertensos primários, é possível que existam indivíduos "sensíveis" ao excesso de sal e desenvolvam hipertensão arterial quando expostos e, por outro lado, indivíduos "não sensíveis", cuja pressão arterial parece não estar tão dependente. Há evidência, tanto epidemiológica quando experimental, de que está ligada à hipertensão: o excesso favorece a mesma, enquanto que a redução pode reduzir os níveis pressóricos dos hipertensos ou mesmo prevenir o aparecimento da hipertensão arterial. O uso abusivo de sal pode ser o responsável pela hipertensão arterial em 30% da população hipertensa em geral (Luna, 1989; Brasil, 1993; Digman, 1994; Batista et al., 1995; Brasil, 1996; Brandão et al., 1996).

Martinez e Costa (1997) recomendaram o consumo de carnes brancas sem pele (frango e peixe), em pelo menos três vezes por semana.

As fibras alimentares são o conjunto de polissacarídeos (celulose, pectina, gomas, mucilagem e lignina) não digeridos pelas enzimas do trato gastrointestinal humano (Magnoni et al., 1997).

Para Potter e Perry (1996), os alimentos ricos em fibras vegetais aumentam o volume do bolo fecal, promovendo a distensão da parede intestinal, favorecendo o peristaltismo e desenvolvendo o reflexo da evacuação.

Em relação à quantidade, 5 (10%) informaram irregularidade na freqüência das refeições – abaixo de 4 e acima de 5 refeições diárias, com volume aumentado. Labrunie (1997) recomenda 5 a 6 refeições diárias, com intervalos de 2 a 4 horas.

Observa-se que 23 (46%) mulheres relataram ingesta adequada de alimentos, dos quais 15 (30%) tinham eliminações inadequadas. Provavelmente, estas mulheres estejam entre aquelas nos quais foi detectada a insuficiência de líquidos, conforme observado na tabela anterior.

Detecta-se que há uma correlação entre as mulheres que apresentaram os diagnósticos de ingesta inadequada de alimentos e eliminações inadequadas, não só em freqüência, como na faixa etária predominante.

TABELA 8 - Distribuição das mulheres segundo idade, o estado civil e o diagnóstico de desequilíbrio entre solidão e interação social. Fortaleza-CE, 2000.

Desequilíbrio entre solidão e interação social	Sim				Não				Total	
	S	C	V	O	S	C	V	O	f	%
Estado civil *										
Idade (anos)										
32 – 40	01	02	-	01	-	02	-	-	06	12
41 – 49	01	06	-	-	-	03	-	-	10	20
50 – 58	-	04	01	02	-	05	01	-	13	26
59 – 67	-	05	02	-	-	04	02	-	13	26
68 – 77	01	03	03	-	01	-	-	-	08	16
Total	03	20	06	03	01	14	03	-	50	100

* S – Solteira; C – Casada; V – Viúva; O – Outros (separada, divorciada e separada legalmente).

Segundo a tabela 8, 32 (64%) mulheres tinham desequilíbrio entre solidão e interação social, independentemente do estado civil, predominando com a freqüência de 90 a 100% nas faixas etárias – 32 a 49 anos e de 68 a 77 anos, portanto, nos extremos de idade da clientela investigada.

Entre os indicadores identificados para este diagnóstico, por ordem de freqüência, incluíram 34 (68%) mulheres que não participavam de nenhuma atividade social, mantendo-se recolhidas em suas casa; 24 (48%) referiram solidão, acompanhada de angústia, depressão e labilidade emocional; 16 (32%) revelaram relacionamento familiar parcialmente satisfatório em decorrência do alcoolismo do marido e/ou do(s) filho(s), desprezo dos filhos; conflitos entre filha e genro e concubinato do marido.

As falas ilustram o comportamento e os sentimentos das mulheres em relação a este diagnóstico:

... Vivo dentro da minha casa fazendo minhas coisas. Só vou à Igreja aos domingos.

... Sinto-me só, angustiada, deprimida e muitas vezes me dá vontade de chorar muito, mas de noite sempre choro.

... A vida lá em casa é difícil. Meu marido bebe muito, meus filhos me desprezam. Só peço que Deus me ajude.

... Eu vivia até bem, mas quando descobri que meu marido tem outra, tudo ficou ruim, até o dinheiro foi dividido. Meu filho bebe demais.

A medida que as pessoas vivem suas próprias vidas, geralmente acontece a busca também quanto ao encontro e compreensão do eu enquanto diferenciado ainda que relacionado com outros. Também, descrita como crise da vida média, a individualização é comum nas pessoas de meia idade. Ela pode ser precedida por uma sensação de vazio na vida e pela falta de habilidade para se motivar e é caracterizada pela confusão, pelo conflito, pelo desespero e pela sensação de vazio. A espiritualidade da pessoa precisa ser sustentada, uma vez que a individualização parece fazer a pessoa combater o positivo, os aspectos assertivos da personalidade. As práticas religiosas costumeiras, se interrompidas ou alteradas, podem afetar a estrutura ou apoio que a religião oferece para a sensação de bem-estar da pessoa (Potter e Perry, 1999).

É uma conduta salutar incentivar as mulheres a participar de grupos sociais, inclusive os grupos de apoio. Estes grupos fornecem serviços de auto-ajuda e mútua ajuda, que motivam seus integrantes a discutir seus problemas e a aprender que outras pessoas partilham esses problemas, aprender a solucionar os conflitos e oferecer uns aos outros o apoio emocional necessário para lidar com a crise.

Os quadros depressivos são transtornos muito freqüentes na população geral, sendo responsáveis por grande número de pedidos de licenças médicas e internações (Silveira, 1999).

Ressalta-se que as mulheres informaram relacionamento satisfatório com outras pessoas, inerentes ao convívio social – vizinhança, grupo religioso e de trabalho etc. Confirma-se que as dificuldades de relacionamento predominam na unidade familiar.

A tabela mostra que 18 (36%) mulheres não apresentaram o diagnóstico de desequilíbrio entre solidão e interação social, predominando nas mulheres casadas, e entre as idades de 32 a 67 anos.

Fine, *apud* Potter e Perry (1999), ressalta que há algumas décadas, os sociólogos previram que a família estava em um estado de declínio com menor influência sobre seus membros individuais. A rápida mudança social e a crescente mobilidade da população causariam distanciamento psicológico e físico dos membros da família, porém, permaneceriam comprometidos entre si e os laços familiares próximos continuariam. Grandes alterações têm acontecido desde que estas previsões foram feitas, mas ainda é evidente que a família permanece como a instituição central na sociedade. No presente, a presunção geral é de que, embora a família esteja em transição e possa parecer muito diversificada daquelas dos anos 50, ela ainda se mantém. É verdade que as famílias contemporâneas enfrentam muitos desafios; todavia, elas são caracterizadas por três importantes atributos: durabilidade, resistência e diversidade.

Para Varela (1998), é a família a primeira escola de amor à vida. É na família que a criança vai aprender a expressar o amor pela natureza, a compreendê-la como seu habitat natural e que maltratá-la é introduzir desequilíbrio prejudicial a si própria. E todo desequilíbrio deve ser considerado momento crítico, sinal de alarme.

TABELA 9 -

Distribuição das mulheres segundo idade, estado civil e o diagnóstico de riscos à vida e ao bem-estar. Fortaleza-CE, 2000.

Risco à vida e ao bem-estar Estado civil Idade (anos)	Sim				Não				Total	
	S	C	V	O	S	C	V	O	f	%
32 – 40	01	04	-	01	-	-	-	-	06	12
41 – 49	01	08	-	-	-	01	-	-	10	20
50 – 58	-	09	02	02	-	-	-	-	13	26
59 – 67	-	09	04	-	-	-	-	-	13	26
68 – 77	02	03	03	-	-	-	-	-	08	16
Total	04	33	09	03	-	01	-	-	50	100

S – Solteira; C – Casada; V – Viúva; O – Outros (separada, divorciada e separada legalmente).

De acordo com a tabela 9, 49 (98%) mulheres têm de diagnóstico de riscos à vida e ao bem-estar, predominando entre as idade de 41 a 67 anos, destas, 33 (66%) são casadas.

Este diagnóstico é constituído por indicadores que envolvem os fatores de risco de morbimortalidade por doenças cardiovascular e cerebrovascular, associados à hipertensão arterial.

Portanto, os indicadores ou riscos apresentados pelas mulheres, por ordem de freqüência, incluíram: sedentarismo (76%); valores de pressão arterial alterados (66%); dislipidemia (50%); estresse (48%); sobrepeso (36%); obesidade (26%), ingestiva excessiva de café e alcoolismo (10%), e tabagismo (08%).

O estilo de vida sedentário constitui fator de risco importante para o desenvolvimento de doença arterial coronária (Batista, 1995; Cortez, 1995; Falludi, 1996).

Barros, *apud* Santos (1998), entende que o exercício físico regular controla a pressão arterial, faz diminuir o risco de doença coronariana, reduz e controla o peso, inclusive melhora no perfil lipídico e provoca diminuição da resposta adrenérgica ao estresse.

A hipertensão está freqüentemente associada com dislipidemia (Zanchetti, 1997). E Morigichi (2000) enfatiza que este problema de saúde está classificado entre os fatores de risco maiores para doenças cardiovasculares.

É inegável a importância do estresse na gênese da hipertensão arterial. Os estudos sobre a fisiopatologia da hipertensão arterial evidenciam que o estresse possui, através da sua ação simpatomedular e pituitária – adrenocortical, o poder de aumentar a pressão arterial em resposta a estímulos psicológicos (Oliveira Jr., 2000).

Segundo Correia (1995), a gênese do estresse está relacionado com a ativação do sistema nervoso simpático, enquanto que o exercício físico faz diminuir a atividade simpática (vasodilatação persistente pós-exercício).

A associação entre obesidade e hipertensão não é meramente casual: 60% dos hipertensos têm peso corpóreo acima do ideal; por outro lado, nos indivíduos que

apresentam 20% do peso acima do ideal, a prevalência de hipertensão é duas vezes maior (Kinchokv, 1997).

O consumo excessivo de café ou de bebidas que contenham cafeína é capaz de imprimir aumento agudo da pressão arterial. No entanto, a ingestão crônica não tem associação consistente com a hipertensão arterial (Sanjuliani, 1994; Batista, 1995).

De acordo com Beevers e Macgregor (2000), indícios epidemiológicos sugerem fortemente que a ingestão excessiva de álcool está associada a uma elevação da pressão arterial e a um aumento de quatro vezes no risco de acidente vascular cerebral. Contudo, existem alguns indícios de que uma ingestão moderada de álcool, particularmente na forma de vinho tinto, pode exercer um efeito protetor modesto contra a doença arterial coronária.

É possível que o fumo tenha uma relação direta, embora branda com a pressão arterial, mas o efeito mais evidente do fumo é o dramático aumento de risco cardiovascular do cliente hipertenso fumante (Brasil, 1993; Batista, 1995; Brandão, 1996).

Segundo Aldrighi (1995), mulheres fumantes apresentam menos concentração de estrogênios, o que é explicado pela ação inibitória da nicotina sobre a atividade da enzima aromatase, que atua na conversão de androgênios em estrogênios. Com a menopausa, estará mais exposta ao risco de desenvolver doença cardiovascular, e este risco aumenta com associação do tabagismo.

Os maiores determinantes desse tipo de câncer são os fatores sexuais, principalmente as doenças sexualmente transmissíveis. Entretanto, o tabagismo pode ser responsabilizado por cerca de 30% dos casos de câncer do colo uterino. Sua incidência é duas vezes maior nas mulheres fumantes do que nas não fumantes (Maranhão, 1999).

TABELA 10 -

Distribuição das mulheres segundo a idade, escolaridade e diagnóstico de inadequada promoção da saúde. Fortaleza – CE, 2000.

Inadequada Promoção da saúde * Escolaridade	Sim			Não			Total	
	1	2	3	1	2	3	f	%
Idade (anos)								
32 – 40	-	04	01	-	-	01	06	12
41 – 49	01	08	-	-	01	-	10	20
50 – 58	01	10	02	-	-	-	13	24
59 – 67	05	06	02	-	-	-	13	28
68 – 77	05	03	-	-	-	-	08	16
Total	12	31	05	-	01	01	50	100

* 1 – analfabeta/ alfabetizada; 2 - 1º grau Incompleto/completo; 3 – 2º grau completo/incompleto

Observa-se, na tabela 10, que 48 (96%) mulheres tinham inadequada promoção da saúde, predominando entre as idades de 41 a 67 anos; destas, 31 (62%) têm o 1º grau incompleto ou completo. Porém, 12 (24%) são analfabetas ou alfabetizadas.

Para Mcauliffe e Correia (1999), conforme Censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 1994, o analfabetismo ainda é um dos mais sérios problemas sociais que afetam a população brasileira. Entre as mulheres com idade superior a 10 anos, de cerca de 18% são analfabetas, com menos de um ano de estudo formal, com o quadro mais grave na Região Nordeste, onde este percentual chega a alcançar alarmantes 31% .

Este diagnóstico é composto por indicadores associados à falta de medidas de promoção da saúde, que estiveram presentes nas mulheres, por ordem de frequência:

- quarenta e duas (84%) mulheres não faziam avaliação odontológica, atribuindo, como motivos: uso de próteses dentárias, descaso em relação aos benefícios de uma boa dentição, conforme estão demonstrados nas falas:

... Desde que botei dentadura nunca mais fui ao dentista.

... Não tenho nenhum dente, aprendi a mastigar com a gengiva. Sou velha, não tenho vergonha de ter a boca funda.

... Nunca fui ao dentista nem sei aonde tem. Tenho muitos dentes cariados, mas até agora não senti nenhuma dor. Por isso, ainda não mandei arrancar estes também.

A fumaça do cigarro é a maior causa de neoplasia da língua, das glândulas salivares da boca e da faringe. Aproximadamente 92% dos tumores da cavidade oral nos homens e 61% nas mulheres estão diretamente relacionados ao tabagismo (Zamboni, 1999).

- cerca de 37 (74%) mulheres necessitavam de avaliação oftalmológica. E alegaram como impedimentos para esta conduta: desinformação quanto ao intervalo adequado entre as avaliações e a finalidade preventiva; falta de recursos financeiros para a possível troca de lentes, e ausência de queixas. Tudo isso está ilustrado em seus depoimentos:

...Não sabia que precisava ir ao oculista, mesmo sem sentir nada.

... Comprei estes óculos há mais ou menos 03 anos, já não está servindo. Mas, não tenho condições para comprar outro.

- trinta e quatro (68%) mulheres estavam em atraso na prevenção do câncer de mama, de colo uterino e abstenção desta medida, justificando seu comportamento ao acesso difícil à rede básica de saúde, ausência de queixas, suspensão e ausência de atividade sexual.

As falas ilustram suas justificativas:

... É difícil marcar consulta com a doutora que faz este exame. Tentei uma vez e desisti.

... Não faço, porque não sinto nada; acho que não é necessário.

...Eu nunca tive homem, por isto, não faço este exame ruim. Também, nunca senti nada. Sou limpinha.

... Fiquei viúva há muitos anos. Para que vou fazer este exame. Não tenho mais homem.

Dentre as enfermidades não infecciosas ligadas à condição feminina, de grande importância em saúde pública, se destacam o câncer de colo uterino e o câncer de mama, tanto por sua gravidade, como pela frequência com que ocorrem. O câncer do colo uterino é uma forma grave de morbidade que atinge a mulher, sendo, na América Latina, o tipo mais frequente de neoplasia maligna entre a

população feminina. Estima-se que, nessa região, uma de cada 1000 mulheres na faixa etária de 30 a 54 anos desenvolva este tipo de câncer (OPAS, 1985). No Brasil, a ocorrência do câncer de colo de útero apresenta importantes diferenças regionais, variando de uma incidência de 35/100 mil mulheres em Porto Alegre a 90/100 mil em Belém, para o ano de 1987. O câncer de mama constitui-se no Brasil, na neoplasia maligna de maior incidência entre a população feminina, sendo responsável por 16% dos óbitos por câncer em mulheres com idade superior a 15 anos (Brasil, 1993).

- vinte e sete (54%) mulheres estavam com o esquema vacinal incompleto, em decorrência da desinformação, conforme se evidencia nos relatos:

... Tomei a última vacina quando tive o último filho. Achei que não precisava mais.

... Não tomei a vacina dos idosos, porque me disseram que morreu gente por causa desta vacina.

... Não sei se algum dia tomei vacina. Antes de ficar hipertensa, eu era muito sadia.

Para Robinson (2000), a vacinação evita infecção grupal em todos os adultos estudados, desde que haja coincidência entre estirpe circulante prevalente e a estirpe incluída na vacina. A eficácia varia com a idade e é geralmente mais elevada em adultos jovens e adolescentes, declinando nos grupos etários mais velhos, embora haja certos indícios de menor eficácia nas crianças em idade pré-escolar. Esta vacina na terceira idade reduz o risco de doenças respiratórias, pneumonias, internamento hospitalar e morte para cerca de metade.

Ressalta-se que as mulheres apresentaram os quatro indicadores selecionados para este diagnóstico: esquema de vacinação desatualizado, ausência e atraso nas avaliações odontológicas, oftalmológicas e ginecológicas.

A atuação do enfermeiro na promoção da saúde é norteadada por três princípios básicos: a saúde é um direito humano e deve ser promovida para garantir a sua sobrevivência; a incapacidade e a invalidez atingem os clientes, a família e a sociedade; o cuidado com a saúde inclui não só o diagnóstico e tratamento da doença, mas o retorno de um cliente, família ou comunidade incapacitados, aguda ou cronicamente, a um ótimo nível de saúde.

A promoção da saúde envolve comportamentos que conduzam o cliente a ver a saúde como uma meta em si mesma, realizando atividades para atingir ou manter um bom nível de saúde, tais como: visita semestral ao odontólogo, consulta anual ao oftalmologista e ao ginecologista; manutenção do calendário de vacinação atualizado. Portanto, são condutas de natureza preventiva.

TABELA 11 - Distribuição das mulheres segundo a renda familiar, escolaridade e o diagnóstico de inadequada promoção da saúde. Fortaleza – CE, 2000.

Inadequada promoção da saúde *Escolaridade	Sim			Não			Total	
	1	2	3	1	2	3	f	%
Renda Familiar								
1	07	06	02	-	-	-	15	30
2	04	14	-	-	01	-	19	38
3	01	09	02	-	-	01	13	26
4	-	02	01	-	-	-	03	06
Total	12	31	05	-	01	01	50	100

* 1 – analfabeta/ alfabetizada; 2- 1º grau Incompleto/completo; 3 – 2º grau completo.

Evidencia-se, na tabela 11, que a renda familiar das 48 (96%) mulheres que apresentaram o diagnóstico de inadequada promoção da saúde, se localiza entre 1 a 3 salários mínimos. Observa-se que a renda familiar é compatível com a escolaridade, analisado na tabela 2, e com a ocupação (80% desenvolve atividades no lar).

Para Castro (1999), a eliminação do analfabetismo é, obviamente, o primeiro degrau a ser alcançado para a edificação de um sistema educacional integrador e indutor do desenvolvimento social e econômico. O que manteve o Brasil distante desta meta neste final do século XX foi uma elevada taxa de analfabetismo de 14% entre a população com 15 anos ou mais, o que representa, em termos absolutos, um negativamente expressivo contingente de 15,5 milhões de pessoas. A dispersão da população rural, onde o analfabetismo atinge 55,7% das pessoas que compõem o grupo com 50 anos ou mais de idade, representa um desafio à adoção de políticas públicas mais efetivas para atender a este grupo etário.

A autora recomenda a concentração de esforços na erradicação do analfabetismo nos grupos mais jovens, priorizando a população na faixa etária de 15 a 29 anos.

Observa-se ainda, nesta tabela, que 44 (88%) têm no máximo o primeiro grau, porém, apenas 2 (04%) completaram este nível de escolaridade e que a faixa etária predominante é de 50 a 77 anos.

Possivelmente, estas mulheres são da época em que os pais as educaram para as ocupações em seus lares e posteriormente para administração domiciliar e educação dos filhos, ignorando a profissionalização. Porém, atualmente, nas classes médias de grandes centros urbanos, a nossa cultura ocidental vai paulatinamente cedendo às pressões e permitindo, aqui e ali, maior igualdade de direitos, principalmente no que se refere à inserção profissional, ainda que seja onerosa a dupla jornada de trabalho imposta às mulheres, dificultando o alcance ao grau de profissionalização almejado.

Então, a inadequada promoção da saúde das mulheres é influenciada pela sua escolaridade e pela baixa renda familiar, que impossibilita a aquisição de aparelhos para compensar déficits de funcionamento, como, por exemplo, déficit visual, falta parcial ou total de dentes.

2. Diagnósticos de enfermagem relacionado com o autocuidado “desenvolvimental”

Esta subcategoria contempla diagnósticos de enfermagem relacionados aos requisitos de autocuidado “desenvolvimental”: adaptação adequada às modificações do ciclo vital e adequada adaptação social.

O quadro 1(página 65), mostra que as mulheres tiveram os diagnósticos relacionados aos requisitos de autocuidado “desenvolvimental”.

TABELA 12 - Distribuição das mulheres segundo a idade, o estado civil e diagnóstico de adaptação inadequada às modificações do ciclo vital. Fortaleza-CE, 2000.

Adaptação Inadequada ao ciclo vital estado civil *	Sim				Não				Total	
	S	C	V	O	S	C	V	O	f	%
Idade (anos)										
32 – 40	01	02	-	01	-	02	-	-	06	12
41 – 49	01	05	-	-	-	04	-	-	10	20
50 – 58	-	05	02	-	-	04	-	02	13	26
59 – 67	-	03	02	-	-	06	02	-	13	26
68 – 77	01	03	02	-	01	-	01	-	08	16
Total	03	18	06	01	01	16	03	02	50	100

*S – Solteira; C – Casada; V – Viúva; O – Outros (separada, divorciada e separada legalmente).

De acordo com a tabela 12, 28 (56%) mulheres tinham adaptação inadequada às modificações do ciclo vital, independentemente do estado civil. Porém, houve o predomínio entre as solteiras, casadas e viúvas, e na faixa etária de 68 a 77 anos.

Enfatiza-se que as mulheres tinham uma adaptação parcialmente satisfatória evidenciada pelo distúrbio da auto-imagem corporal, surgimento de problemas de saúde, aumento ponderal de peso, menopausa e redução da capacidade física para atividades laborativas e sociais.

As falas revelam estes significados:

... Meu corpo perdeu a forma de antes, minha pele está enrugada e manchada.

... A gente chega nesta idade, vem as doenças e com elas a pouca disposição para o trabalho. Sinto falta dos meus vinte anos...

... Era magra, bem feita, hoje estou gorda, mal feita, nem vontade de usar uma roupa nova eu tenho.

... A gente fica velha, vai acabando a disposição para fazer o que a gente fazia antes. Nem sair de casa a gente tem coragem, por causa de queda ou de outros acidentes.

...Esta menopausa incomoda demais. Este calor, frio, agitação, nervosismo... Quando tudo isso vai passar?

Entre as mulheres pesquisadas, 36 (72%) são menopausadas, sendo que em 30 (60%) essa fase ocorreu de forma natural, encontrando-se elas na faixa etária de 41 a 77 anos, e 06 (12%) passaram por intervenção cirúrgica, com a mesma faixa etária.

Não há dúvida de que a incidência de coronariopatia se eleva significativamente após a menopausa, quer natural, quer induzida cirurgicamente. As mulheres submetidas a uma menopausa cirúrgica precoce têm um risco 2,2 vezes superior de doença coronária, em comparação com as mulheres pré-menopáusicas de idade semelhante. Esta mudança ocorre abruptamente com a cirurgia, embora as mudanças após a menopausa natural sejam graduais, refletindo lentamente as alterações hormonais (Jackson, 2000).

Ressalta-se que 14 (28%) mulheres mantinham o ciclo menstrual, sendo que, dessas, 8 (16%) se encontravam na fase climatérica, manifestada pelo relato de queixas típicas, tais como, fogacho, nervosismo, palpitação, metrorragia, cefaléia e ciclo menstrual irregular.

O climatério feminino, como etapa da vida, é considerado um período de transição da vida reprodutora para a não-reprodutora, quando podem sobreviver alterações fisiológicas e psicológicas. Etimologicamente, o termo climatério vem do radical grego da palavra *Klimakter*, que quer dizer – ponto crítico da vida humana (Ferreira, 1986).

Selye, *apud* Potter e Perry (1999), enfatiza que a percepção ou a experiência de uma grande mudança inicia a resposta ao estresse. Os estímulos precedentes ou precipitantes da mudança são denominados estressores. Os estressores representam uma necessidade não atendida e podem ser fisiológicos, psicológicos, sociais, de desenvolvimento, espirituais ou culturais. Os estressores podem geralmente ser classificados como internos ou externos. Os estressores internos originam-se dentro da pessoa (febre, gestação, menopausa, emoção). Os estressores externos originam-se fora da pessoa (mudança na temperatura ambiental, na família ou no papel social etc).

Então, nas falas, vislumbram-se os estressores internos e externos, responsáveis pela inadequada adaptação da mulher às modificações do ciclo vital: distúrbio da auto-imagem corporal, limitação física da capacidade laborativa, menopausa e agravos à saúde.

Para Potter e Perry (1999), a adaptação é o processo pelo qual as dimensões fisiológicas ou psicológicas se alteram em resposta ao estresse. A adaptação fisiológica torna possível a homeostase fisiológica. Na adaptação psicológica estão envolvidos os mecanismos de enfrentamento que podem ser orientados para a tarefa, compreendendo o uso direto de técnicas de resolução de problema para lidar com a ameaça, ou podem ser mecanismos de defesa do ego, cujo propósito é regular a angústia emocional e, assim, dar à pessoa proteção contra a ansiedade e o estresse. Os mecanismos de defesa do ego são métodos indiretos de enfrentamento do estresse.

Observa-se ainda que 22 (44%) mulheres mostraram-se adaptadas satisfatoriamente às modificações ocorridas na fase do ciclo vital, na qual se encontram. Destas, 16 (32%) são casadas, com domínio entre as idades de 41 a 67 anos.

Possivelmente, estas mulheres adaptaram-se às mudanças ocorridas, mantendo o equilíbrio ou a homeostase. Potter e Perry (1999) reiteram a idéia de que a resposta adaptativa a qualquer estressor depende do funcionamento fisiológico, da personalidade e das características comportamentais, assim como da natureza do estressor. A natureza do estressor envolve a intensidade, o âmbito, a duração e o número de outros estressores.

TABELA 13 - Distribuição das mulheres segundo a renda familiar, a procedência e o diagnóstico de inadequada adaptação social. Fortaleza – CE, 2000.

Inadequada adaptação social Procedência	Sim		Não		Total	
	C	OM	C	OM	f	%
Renda familiar*						
1	02	01	05	07	15	30
2	02	03	11	03	19	38
3	02	01	07	03	13	26
4	01	-	02	-	03	06
Total	07	05	25	13	50	100

* Em salários mínimos.

C – Capital;

OM – Outros Municípios

A tabela 13 mostra que 12 (24%) mulheres apresentam inadequada adaptação social, freqüentemente entre aquelas que procedem da Capital, com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. Os indicadores evidenciados em seus depoimentos foram: desemprego do cônjuge, mudança de papel, incapacidade física, doenças na família, casamento indesejável do(a) filho(a) e aposentadoria.

Estes indicadores constituem os estressores externos, mediante os quais as mulheres reagiram com angústia, ansiedade, sofrimento, preocupação, depressão e desesperança.

... Minha vida, lá em casa, está insuportável desde que meu marido perdeu o emprego.

... Meu marido é inválido há muitos anos e eu mantinha a nossa família com meu emprego. Agora está tudo difícil, não tenho mais condições de trabalhar por causa do inchaço e da dor nas munhecas.

... Estou sofrendo muito com o casamento da minha filha com aquele homem esquisito e cachaceiro).

...A doença do meu filho me angustia. Hoje ele está com 30 anos e desde os 18 vive do hospital para casa. Nunca casou, nunca trabalhou. É um coitado.

... Quando eu trabalhava na escola eu ganhava meu salário e algumas gratificações. Hoje, só recebo a aposentadoria limpa e seca. Não dá nem para comer direito, muito menos comprar remédio para a minha pressão.

Percebem-se nas falas as influências dos problemas sociais na inadequada adaptação social das mulheres - alcoolismo, desemprego, baixo poder aquisitivo e doença.

Segundo esta tabela, 38 (76%) mulheres são adaptadas socialmente de forma satisfatória, ou seja, superando as dificuldades originadas de situações sociais indesejáveis.

Haber, *apud* Potter e Perry (1999), indica que, assim como o indivíduo, também a família ou o grupo podem precisar se adaptar a um estressor. A

adaptação familiar é o processo pelo qual a família mantém o equilíbrio de modo que ela possa atender aos seus propósitos e tarefas, lidar com o estresse e promover o crescimento de seus membros individuais. Para uma família se adaptar de modo bem-sucedido, devem existir boas habilidades de comunicação, respeito mútuo entre todos os membros da família e recursos adequados para a adaptação e experiência prévia com estressores.

Reporta-se que a adaptação social em favor da participação das mulheres, está praticamente associada à família, e uma parcela menor às atividades sociais, como foi observado na tabela 8.

3 Diagnósticos de enfermagem relacionados com o autocuidado por desvio de saúde:

Esta subcategoria envolve os diagnósticos de enfermagem relacionados aos requisitos de autocuidado por desvio de saúde: conhecimento da doença e do tratamento, aceitação da doença, adaptação ao problema de saúde, e execução efetiva de condutas orientadas.

No quadro 1 (página 65), observa-se que as mulheres tiveram os diagnósticos relacionados a autocuidado por desvio de saúde: desconhecimento da doença e do tratamento, adaptação inadequada ao problema de saúde, e falta de execução efetiva de condutas orientadas.

TABELA 14 - Distribuição das mulheres segundo a escolaridade e o diagnóstico de desconhecimento sobre a doença e tratamento. Fortaleza-CE, 2000.

Desconhecimento	Escolaridade *			Total	
	1	2	3	f	%
DOENÇA:					
- Parcialmente satisfatório	12	32	05	49	98
- Insatisfatório		01	-	01	02
TRATAMENTO:					
- Parcialmente satisfatório	06	21	05	32	64
- Insatisfatório	06	12	-	18	36

* 1 – analfabeta/ alfabetizada; 2- 1º grau Incompleto/completo; 3 – 2º grau incompleto completo/.

De acordo com a tabela 14, 49 (98%) mulheres desconheciam parcialmente a doença, sendo que, dessas, 32 (64%) têm o primeiro grau incompleto ou completo. Em relação ao desconhecimento do tratamento, 32 (64%) referiram apenas parcialmente e, dentre essas, 21

(42%) tinham o primeiro grau completo ou incompleto. Mamede, *apud* Lescura (1990), pensa ser provável que a crença na incurabilidade da doença seja uma barreira para sua detecção precoce o que leva a sugerir que deve haver maior divulgação dos casos curados, principalmente quando detectados precocemente.

Nakajima, *apud* Dilly e Jesus (1995), compreende que os limites que os conhecimentos de saúde, por si só podem alcançar, são definidos por fatores como pobreza e desemprego, analfabetismo, submoradia, falta de serviços básicos - como saneamento e água limpa -, e fatores sociais.

TABELA 15 - Distribuição das mulheres segundo os diagnósticos de desconhecimento da doença e do tratamento, falta de aceitação da doença e adaptação inadequada ao problema de saúde. Fortaleza – CE, 2000.

Diagnósticos	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Total	
			f	%
11 DS. Desconhecimento da(o):				
- doença	49	01	50	100
- tratamento	32	18	50	100
12 DS. Aceitação da doença	46	04	50	100
13 DS. Adaptação ao problema de saúde.	47	03	50	100

Observa-se que, na tabela 15, 49 (98%) mulheres desconheciam parcialmente a doença, e 32 (64%) relataram que o desconhecimento em relação ao tratamento é parcial. Relativamente à aceitação inadequada da doença, 46 (92%) afirmaram que é parcialmente, como também se registra junto a 47 (94%) mulheres a adaptação inadequada ao problema de saúde.

Brandão, *apud* Kruppa (1993), sinaliza que ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos, todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação.

Para Freire (1987), quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias.

TABELA 16 -

Distribuição das mulheres segundo a renda familiar e a freqüência de execução das condutas orientadas. Fortaleza-CE, 2000.

Renda ***	Condutas*			A			B			C			D		
	**Freqüência			S	AV	N	S	AV	N	S	AV	N	S	AV	N
1	11	04	-	10	05	-	01	03	11	-	14	01			
2	15	03	01	14	04	01	01	05	13	-	18	01			
3	12	01	-	13	-	-	-	05	08	01	12	-			
4	03	-	-	03	-	-	-	01	02	-	03	-			
	03	-	-	03	-	-	-	01	02	-	03	-			
Total	41	08	01	40	09	01	02	14	34	01	47	02			

* A – Uso regular da medicação B - Comparecimento às consultas C - Participação nas atividades educativas D - Seguimento às condutas orientadas.

** S – Sim AV - As vezes N – Não. *** Em salários mínimos.

Na tabela 16, analisa-se a freqüência dos indicadores do diagnóstico de falta de execução efetiva de condutas orientadas.

Portanto, de acordo com esta tabela, 41 (82%) mulheres usam regularmente a medicação prescrita; 40 (80%) comparecem sistematicamente às consultas aprazadas; 2 (04%) participam ativamente das atividades educativas implementadas pelo serviço e 1 (02%) segue rigorosamente as condutas orientadas, relacionadas aos tratamentos básico e medicamentoso da hipertensão e de outros problemas de saúde.

A execução esporádica das condutas orientadas ocorreu em 8 (16%) mulheres no uso de medicação; 9 (18%) quanto ao comparecimento às consultas aprazadas; 14 (28%) na participação de atividades educativas e 47 (94%) em relação às condutas orientadas.

A total falta de execução das condutas ocorreu em 1 (02%) mulher quanto ao uso de medicação e comparecimento às consultas aprazadas, em 34 (68%) relacionada com a participação nas atividades educativas e em 2 (04%), com o seguimento às consultas orientadas.

Então, percebe-se que a maioria das mulheres esporadicamente participava das atividades educativas e segue as condutas orientadas.

Possivelmente este comportamento seja mediado pela baixa escolaridade, pelos reduzidos recursos financeiros e desconhecimento da doença e do tratamento.

No tocante às atividades educativas em grupo, destacam-se as palestras ministradas em salas de espera enquanto aguardavam o momento da consulta médica e/ ou de enfermagem; e as sessões educativas bimensais, destinadas às clientes recém-admitidas no programa de hipertensão.

Estas palestras abordavam temas relacionados com a saúde cardiovascular, associada à hipertensão arterial, direitos e deveres da cliente. As sessões educativas objetivavam conscientizar as mulheres sobre a hipertensão e o tratamento com enfoque preventivo.

Estas sessões educativas constituíam um momento de reflexão e de descoberta, com estímulo à participação, onde as mulheres expressavam suas dúvidas, experiências e sentimentos. Era solicitada a presença de familiares, líderes comunitários, amigos etc.

A família tem sido considerada como grupo natural da sociedade, constituindo o primeiro e fundamental núcleo de educação que todas as pessoas têm. A família é o ambiente mais adequado para permitir o demorado processo de crescimento do educando, onde a influência dos pais e do ambiente familiar é responsável por marcas que acompanharão o indivíduo pela vida a fora. A educação permanente é o movimento que procura enfatizar a necessidade de oportunidades educacionais para todos durante toda a vida (Garcia, 1981). Para Demo (1993), educação é, na essência, emancipação. Então, cabe fazer acontecer, não apenas acontecer.

A população tem direito à saúde, e necessidade de utilização dos serviços não é o suficiente para motivá-la a mudar seus comportamentos, visto que existem

questões de ordens socioeconômica e política que funcionam como grande empecilho para o comportamento de saúde dessa população (Lescura, 1990).

III Identificação das habilidades ou capacidades para o autocuidado

Esta categoria contempla as habilidades desenvolvidas pelas mulheres durante o período de acompanhamento de enfermagem, através da evolução nos diagnósticos, a partir da implementação da prescrição de enfermagem, com vistas à apreciação do alcance progressivo do perfil de engajamento no autocuidado (PEAc).

QUADRO .2 – Distribuição das mulheres segundo as prescrições e as intervenções por diagnósticos de enfermagem em cada consulta. Fortaleza-CE, 2000.

COD. D.E	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	Consulta de Enfermagem					
			1°	2°	3°	4°	5°	6°
			f %	f %	f %	f %	f %	f %
01U	Oxigenação inadequada	1.1 Observar e investigar alterações no padrão respiratório	15 30	07 14	03 06	02 04	02 04	02 04
		1.2 Orientar sobre as medidas preventivas do problema	15 30	03 06	03 06	01 02	01 02	01 02
		1.3 Explicar as condutas para aliviar ou reduzir problemas respiratórios	15 30	07 14	03 06	02 04	02 04	- -
02U	Insuficiência de líquidos	2.1 Esclarecer sobre a importância da ingestão adequada de líquidos	40 80	02 04	01 02	- -	- -	- -
		2.2 Discutir sobre as condutas para uma ingestão adequada de líquidos	40 80	03 06	01 02	- -	- -	- -
03U	Ingestão inadequada de alimentos	3.1 Investigar sobre o padrão alimentar rotineiro	27 54	02 04	02 04	03 06	- -	- -
		3.2 Orientar sobre os aspectos qualitativos e quantitativos da dieta adequada	27 54	02 04	- -	01 02	- -	- -
		3.3 Conscientizar sobre a importância de um adequado programa alimentar	27 54	02 04	02 04	03 06	- -	- -
		3.4 Encaminhar ao nutricionista	27 54	01 02	- -	- -	- -	- -
04U	Eliminações inadequadas	4.1 Investigar sobre os hábitos de eliminação	32 64	03 06	04 08	02 04	01 02	- -
		4.2 Discutir as condutas de prevenção e combate às alterações relacionadas com os hábitos de eliminação	32 64	13 26	02 04	- -	- -	- -
05U	Desequilíbrio entre atividade e descanso	5.1 Averiguar sobre o equilíbrio entre as atividades e o descanso	14 28	08 16	05 10	02 04	02 04	- -
		5.2 Esclarecer sobre o exercício de atividades físicas e laborativas compatíveis com a idade e o estado de saúde	14 28	03 06	01 02	01 02	01 02	- -
		5.3 Abordar sobre as condutas que previnem e eliminem alterações no padrão de sono e repouso	13 26	08 16	05 10	02 04	02 04	- -
06U	Desequilíbrio entre solidão e interação social	6.1 Investigar sobre as causas da solidão	32 64	14 28	04 08	- -	- -	- -
		6.2 Oferecer opções de lazer	32 64	06 12	- -	- -	- -	- -
		6.3 Incentivar a participação em atividades sociais	32 64	14 28	04 08	- -	- -	- -

QUADRO 2 – Distribuição das mulheres segundo as prescrições e as intervenções por diagnósticos de enfermagem em cada consulta. Fortaleza-CE, 2000 (continuação).

COD. D.E.	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	Consulta de Enfermagem											
			1º		2º		3º		4º		5º		6º	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
07U	Riscos à vida e ao bem estar	7.1 Esclarecer sobre as condutas que previna , amenize ou elimine os fatores de risco da DCV e DCbV	49	98	45	90	44	88	39	78	37	74	36	72
		7.2 Conscientizar sobre o controle rigoroso de doenças crônicas	24	48	04	08	01	02	02	04	02	04	-	-
		7.3 Encaminhar: Nutricionista, Médico, Psicólogo	48	96	12	24	06	12	04	08	03	06	02	04
08U	Inadequada promoção da saúde	8.1 Explicar sobre a importância das condutas para promoção da saúde	48	96	09	18	04	08	02	04	-	-	-	-
		8.2 Encaminhar: Ginecologista, Odontólogo, Oftalmologista e imunização	48	96	47	94	42	84	38	76	35	70	26	52
09D	Adaptação inadequada às modificações do ciclo vital	9.1 Avaliar o processo de adaptação às mudanças no ciclo vital	28	56	05	10	03	06	-	-	-	-	-	-
		9.2 Esclarecer sobre alterações ocorridas em cada fase do ciclo vital	28	56	02	04	-	-	-	-	-	-	-	-
		9.3 Encorajar a adaptação à fase do ciclo vital, adotando condutas para prevenir, atenuar ou eliminar distúrbios	28	56	05	10	03	06	-	-	-	-	-	-
10D	Inadequada adaptação social	10.1 Investigar sobre os motivos que afetam a adaptação social	12	24	03	06	-	-	-	-	-	-	-	-
		10.2 Discutir sobre as condutas que alivie ou elimine as condições que afetam a adaptação social	12	24	03	06	-	-	-	-	-	-	-	-
11DS	Desconhecimento da doença e do tratamento	11.1 Avaliar o nível de conhecimento acerca da doença e das condutas terapêuticas	50	100	11	22	01	02	-	-	-	-	-	-
		11.2 Conscientizar sobre a doença e as condutas orientadas	50	100	11	22	01	02	-	-	-	-	-	-
12DS	Falta de aceitação da doença	12.1 Esclarecer sobre a doença e seus efeitos sobre a saúde	50	100	13	26	04	08	-	-	-	-	-	-
		12.2 Estimular sobre a aceitação do problema de saúde	50	100	13	26	04	08	02	04	-	-	-	-
13DS	Adaptação inadequada ao problema da saúde	13.1 Averiguar dificuldades de adaptação ao problema de saúde	50	100	04	08	03	06	02	04	-	-	-	-
		13.2 Conduzir a adaptação a doença, promovendo qualidade de vida	50	100	13	26	05	10	02	04	01	02	-	-
14DS	Falta de execução efetiva de condutas orientadas.	14.1 Investigar dificuldades na execução das condutas orientadas	50	100	02	04	-	-	-	-	-	-	-	-
		14.2 Orientar sobre as condutas orientadas	50	100	04	08	-	-	-	-	-	-	-	-
		14.3 Estimular, persistentemente, a adesão ao tratamento	50	100	46	92	34	68	20	40	14	28	07	14
		14.4 Apreciar o engajamento no autocuidado	50	100	48	96	34	68	20	40	14	28	07	14

Observa-se, no quadro 2, que as mulheres gradativamente reduziram os seus diagnósticos identificados durante o período de acompanhamento e que esta redução acentuou-se a partir da terceira consulta. Este fato também é observado com relação às intervenções, pois embora se mantivesse o diagnóstico, a maioria necessitava cada vez menos de intervenções.

Entre os quatorze diagnósticos, todos foram identificados na clientela, porém, quatro permaneceram até a última consulta, variando em frequência, mas com necessidade mínima de intervenções, que envolveram a observação da evolução clínica, estímulo persistente a autocuidado, apreciação deste comportamento, através da educação continuada. Portanto, estes diagnósticos incluíram:

- oxigenação inadequada. Inicialmente esteve presente em 15 (30%) mulheres, e na última consulta em duas mulheres, em decorrência de outras doenças crônicas associadas à hipertensão arterial – uma é portadora de insuficiência cardíaca congestiva e asma, e a outra porta insuficiência coronariana. Porém, apresentaram evolução satisfatória com a reeducação do estilo de vida e uso regular da medicação.

As falas revelam estas mudanças:

... Antes do acompanhamento eu sentia cansaço, e agora só canso se eu não tomar cuidado.

...Aprendi a planejar minhas atividades de acordo com a minha capacidade física.

...Faço o trabalho que posso, sem me cansar muito.

...Vim melhorar agora com este acompanhamento, sentia muita “falta de fôlego”, agonia, gastura. Mas, melhorou muito.

...Sentia um aperto no peito, falta de ar, mas melhorou agora. Mas, continuo não podendo sentir fortes emoções.

A dispnéia constitui a manifestação clínica clássica da insuficiência cardíaca. Então, são necessárias a modificação do estilo de vida, relacionada com dieta hipossódica, e atividade física compatível com o estágio da doença; a atividade

sexual deve ser praticada na fase assintomática e as atividades laborativas de acordo com a tolerância. Em casos graves deve ser suspensa (Pereira, 2000).

Então, na vigência desta complicação, crônica as mulheres mudaram seus hábitos de vida, em razão do processo educativo a que foram submetidas.

Todo comportamento humano é aprendido. Aprende-se a dar respostas às situações que se configuram como problemas que precisam ser solucionados para que o homem possa sobreviver ou desenvolver-se como pessoa. Aprende-se a conviver com o agradável e o desagradável através do amadurecimento (Dilly e Jesus, 2000).

Com base no pensamento das autoras, conclui-se que a aprendizagem é a mudança de comportamento, fato observado nestas mulheres, que as conduziu a uma qualidade de vida razoável, em decorrência do reconhecimento de suas potencialidades, necessárias ao desenvolvimento de suas habilidades para o autocuidado.

O diagnóstico de riscos à vida e ao bem-estar foi identificado em 49 (98%), na primeira consulta, e permaneceu em 36 (72%) na última. Este diagnóstico compõem-se de nove indicadores inerentes aos fatores de risco para as doença cardiovascular e cerebrovascular, cujo controle se relaciona com a modificação do estilo de vida da cliente. Mas, a sua manutenção junto a estas clientes, estava na dependência dos indicadores por frequência-dislipidemia, obesidade, sobrepeso e pressão arterial descontrolada. Todavia, ao longo do acompanhamento, os valores destes indicadores decresceram. Ressalta-se que o controle dos indicadores é dificultado pelas alterações fisiológicas pertinentes à terceira idade: metabolismo lento e alterações vasculares, que são responsáveis pelo aumento da prevalência destes.

As falas a seguir revelam o envolvimento das mulheres no controle dos indicadores deste diagnóstico, que foi propiciado pelas estratégias educativas utilizadas durante o tratamento:

... Sinto-me bem melhor e feliz. Mudei meus hábitos alimentares, e diminui meu colesterol alto e meu peso.

...A minha pressão está mais controlada e estou seguindo o tratamento.

... Estou controlando meu peso, e tomo a medicação da pressão bem direitinho .

...Antes eu comia muito salgado, não me cuidava, era muito gorda, não caminhava. Agora eu me cuido, caminho, me alimento bem.

As mulheres desenvolveram a totalidade de ações de autocuidado que tornaram o seu estilo de vida mais saudável. Estas ações envolveram: redução da ingestão de sal e de gordura animal; controle de colesterol, peso e pressão arterial; uso regular do medicamento; combate ao sedentarismo; ingestão predominante de vegetais e carnes “brancas”. Estas ações realizadas são correspondentes à demanda de autocuidado terapêutico, de acordo com Orem, porém, ressalta-se que a prevenção permeou estas ações, e, como resultado, houve a mudança no estilo de vida das mulheres, conseqüentemente conduzindo ao bom nível de saúde, através da aprendizagem. Portanto, concorda-se com Freire (1998), quando ele assegura que ensinar exige a convicção de que a mudança é possível.

A inadequada promoção da saúde manteve-se em 26 mulheres, para as quais, embora conscientizadas, este cuidado não foi contemplado em razão desses motivos: acesso difícil à rede básica de saúde, causado pela escassez dos serviços, bem como pela falta de operacionalização; baixo poder aquisitivo em custear o deslocamento e atender às condutas terapêuticas indicadas - aquisição de óculos, próteses dentárias e medicamentos não dispensados pela instituição pública. Estes motivos estão ilustrados nas falas das mulheres.

...Em todos os momentos estou lembrando sobre o que devo fazer ou não, mas nem sempre tenho condições de cuidar mais da minha saúde.

...Sinto capaz de cuidar da minha saúde, a não ser quando falta a condição financeira. Ainda não comprei óculos nem mandei fazer a dentadura por falta de dinheiro.

...No lugar onde eu moro não tem prevenção de câncer e não tenho condições de pagar consulta.

...Faz dois meses que tento marcar consulta com a Doutora (médica) da prevenção, mas não consigo porque tem muita gente na fila.

Para as mulheres, a modificação do seu estilo de vida, a fim de se tornarem agentes de autocuidado, constituiu um grande desafio, mediado pelo diálogo e parceria na responsabilidade pelo sucesso alcançado. Nesta parceria, a enfermeira revelou-se uma educadora, que incorporou as idéias de Freire (1998), ao afirmar que ensinar exige disponibilidade para o diálogo, e de Demo (1993), ao expor que o “aprender a aprender” supõe também aprender, mas seu centro está em saber pensar, fundamento do sujeito social consciente e competente. Enquanto não se perceber que a didática deve ser estratégia emancipadora, a pedagogia representará o passado.

A falta de execução efetiva de condutas orientadas esteve presente em sete mulheres, na última consulta, apresentando a necessidade de estimular a adesão persistente da cliente ao tratamento para o engajamento no autocuidado. A presença deste diagnóstico é influenciada pela inadequada promoção da saúde e riscos à vida e ao bem-estar. Ressalta-se que, no cômputo geral, ele está relacionado com os quatorze diagnósticos identificados.

As falas demonstram a persistência deste diagnóstico, justificando seus motivos.

...O que a doutora (enfermeira) ensinou estou fazendo e me dando bem.

...Estou muito bem dos meus problemas de saúde. Faz tempo que não faço uso do medicamento para estômago e nervos.

...Minha saúde melhorou, mas faço uma dieta muito grande devido ao tratamento e às vezes sinto fraqueza, acho que é da dieta.

...Emagreci e mudei de dieta, sinto vontade de voltar a comer o que gostava.

...A minha filha briga comigo por causa da dieta. Eu gosto de açúcar e ela briga para eu não usar.

...A minha irmã fica mandando eu tomando o remédio e fazer a dieta.

...Meu marido fica fazendo medo para eu não me tratar.

A persistência deste diagnóstico é um alerta para o enfermeiro, no sentido de que a aprendizagem deve ser continuada, portanto, é necessário persistir na manutenção do engajamento das mulheres no autocuidado, pois Freire (1998) postula que ensinar exige consciência do inacabamento.

Entretanto, vários estudos mostram que, quando o cliente tem uma relação profissionalmente adequada, ele é mais engajado no autocuidado.

Então, diante desta apreciação, comprova-se que as dificuldades para o engajamento do autocuidado, ou seja, para atingir o perfil excelente, não são inerentes às mulheres, mas, ao atual contexto socioeconômico e político, que tem repercutido desfavoravelmente na saúde da mulher.

Afirma-se que inicialmente a maioria necessitava de conhecimentos de saúde para o engajamento no autocuidado, porém, com o transcorrer do acompanhamento, o comportamento mudava favoravelmente de forma gradativa, no exercício das ações de autocuidado. Entretanto, as dificuldades supracitadas foram imperativas quanto a um alcance de resolução.

As falas comprovam esta apreciação:

...Aqui sou ouvida com atenção e valor. Eu me sinto gente e recebo todas as orientações.

...Continuo a manter as orientações recebidas anteriormente, e as outras que desconhecia. Só não faço tudo porque não tenho recursos.

...Na minha família continua o mesmo sofrimento, meu marido bebe muito e não gosta que eu venha a consulta.

...Melhorei a convivência com meu marido, diminuíu as angústias e sofrimentos.

...Estou aprendendo a viver melhor com meu marido, pois não tenho outro jeito, eu dependo dele.

As mulheres relataram a influência desfavorável dos fatores externos sobre as suas ações de autocuidado: baixo poder aquisitivo, dependência econômica do marido e ineficaz participação da família na promoção de sua saúde.

A fim de favorecer a participação dos membros familiares, estes foram convidados a participar das seções educativas bimensais, que resultaram em alguns benefícios para as mulheres.

QUADRO 3 - Distribuição do Perfil de Engajamento no Autocuidado atingido pelas mulheres em cada requisito de autocuidado. Fortaleza – CE, 2000.

Requisitos de autocuidado	Perfil de engajamento no autocuidado				
	Mínimo	Máximo	Médio	Desvio Padrão	Coeficiente de variação
UNIVERSAL					
- Oxigenação adequada	2,0	5,0	4,7	0,6	13
- Ingesta suficiente de líquidos	3,7	5,0	4,6	0,3	06
- Ingesta adequada de alimentos	3,3	5,0	4,8	0,3	06
- Eliminações adequadas	1,8	5,0	4,5	0,6	14
- Equilíbrio entre atividade e descanso	2,5	5,0	4,7	0,5	11
- Equilíbrio entre solidão e interação social	3,5	5,0	4,6	0,4	09
- Prevenção de riscos à vida e ao bem-estar	2,5	5,0	3,9	0,6	16
- Adequada promoção da saúde	0,3	5,0	2,9	1,2	41
“DESENVOLVIMENTAL”					
- Adaptação adequada às mudanças do ciclo vital	1,1	10,0	8,9	1,4	16
- Adequada adaptação social	7,7	10,0	9,6	0,6	07
DESVIO DE SAÚDE					
- Conhecimento da doença e tratamento	6,7	9,0	8,6	0,6	07
- Aceitação da doença	4,8	8,8	8,3	0,9	11
- Adaptação adequada ao problema de saúde	3,1	8,8	8,2	1,1	14
- Execução efetiva de condutas orientadas	5,5	9,7	8,5	1,0	12
PERFIL	70,2	94,2	87,3	5,7	07

A fim de favorecer a participação dos membros familiares, estes foram convidados a participar das seções educativas bimensais, que resultaram em alguns benefícios para as mulheres.

QUADRO 3 - Distribuição do Perfil de Engajamento no Autocuidado atingido pelas mulheres em cada requisito de autocuidado. Fortaleza – CE, 2000.

Requisitos de autocuidado	Perfil de engajamento no autocuidado				
	Mínimo	Máximo	Médio	Desvio Padrão	Coeficiente de variação
UNIVERSAL					
- Oxigenação adequada	2,0	5,0	4,7	0,6	13
- Ingesta suficiente de líquidos	3,7	5,0	4,6	0,3	06
- Ingesta adequada de alimentos	3,3	5,0	4,8	0,3	06
- Eliminações adequadas	1,8	5,0	4,5	0,6	14
- Equilíbrio entre atividade e descanso	2,5	5,0	4,7	0,5	11
- Equilíbrio entre solidão e interação social	3,5	5,0	4,6	0,4	09
- Prevenção de riscos à vida e ao bem-estar	2,5	5,0	3,9	0,6	16
- Adequada promoção da saúde	0,3	5,0	2,9	1,2	41
“DESENVOLVIMENTAL”					
- Adaptação adequada às mudanças do ciclo vital	1,1	10,0	8,9	1,4	16
- Adequada adaptação social	7,7	10,0	9,6	0,6	07
DESVIO DE SAÚDE					
- Conhecimento da doença e tratamento	6,7	9,0	8,6	0,6	07
- Aceitação da doença	4,8	8,8	8,3	0,9	11
- Adaptação adequada ao problema de saúde	3,1	8,8	8,2	1,1	14
- Execução efetiva de condutas orientadas	5,5	9,7	8,5	1,0	12
PERFIL	70,2	94,2	87,3	5,7	07

No Perfil de Engajamento no Autocuidado (PEAc), os escores foram restabelecidos segundo os requisitos de cada categoria de autocuidado: 5,0 para os requisitos universais; 10,0 para os requisitos “desenvolvimentais” e por desvio de saúde.

Então, observa-se no quadro 3, uma variação neste perfil entre mínimo, médio e máximo para cada requisito de autocuidado, no período de acompanhamento.

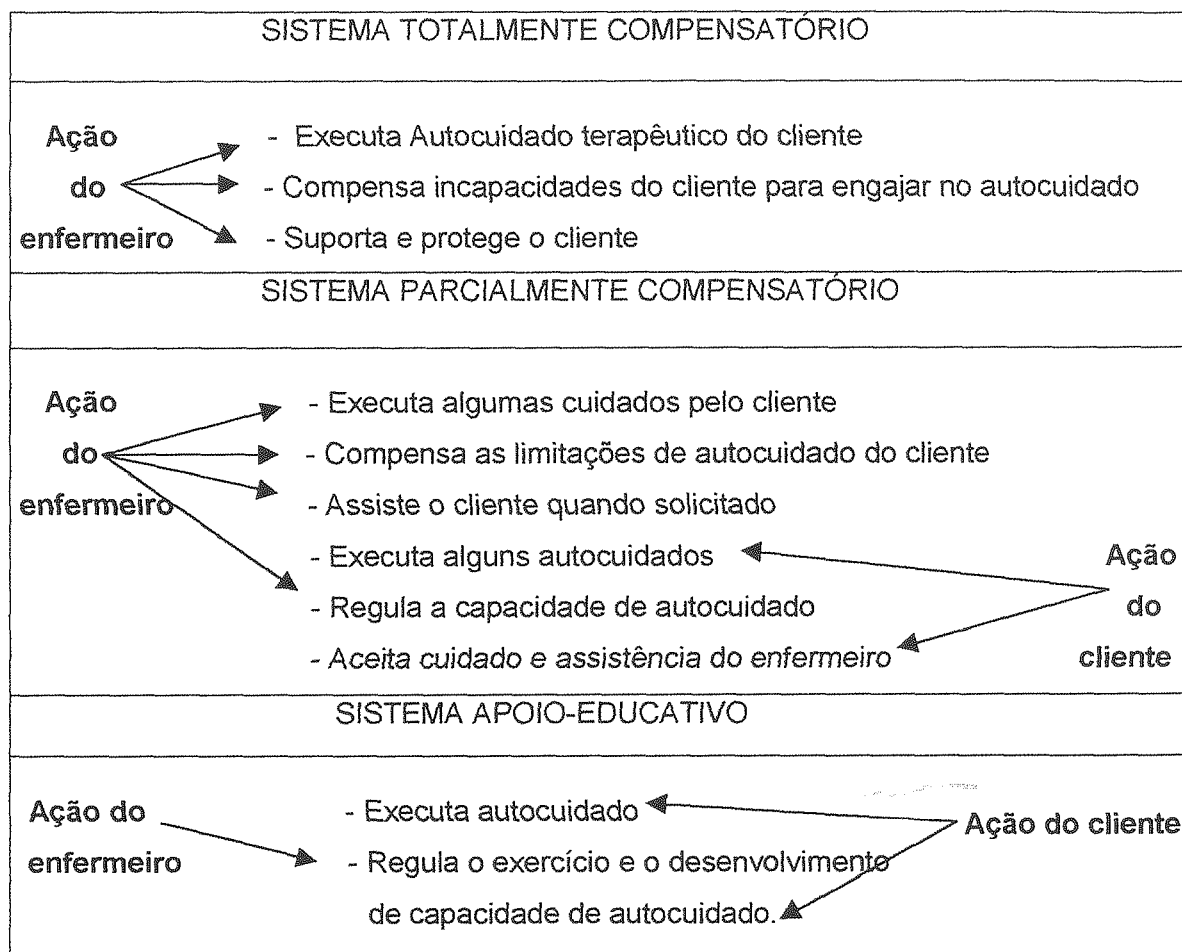
Entre os requisitos de autocuidado universal, as mulheres atingiram o PEAc mínimo, variando de 0,3 a 3,7, sendo que, nos requisitos - adequada promoção da saúde, eliminações adequadas, oxigenação adequada – houve uma variação de 0,3 a 2,0, respectivamente. O PEAc máximo atingido foi de 5,0, que coincidiu com o escore máximo estabelecido para cada diagnóstico desta categoria. Portanto, o PEAc médio¹ oscilou entre 2,9 a 4,8.¹

O PEAc mínimo atingido pelas mulheres nos requisitos “desenvolvimentais” foi de 1,1 para adaptação às modificações do ciclo vital e de 7,7 para adequada adaptação social, e o PEAc máximo foi de 10,0, coincidindo com o escore máximo pré- estabelecido. Então, o PEAc médio foi de 8,9 para o primeiro requisito e de 9,6 para o segundo.

Quanto aos requisitos por desvio e saúde, as mulheres apresentaram PEAc mínimo variando de 3,1 a 6,7 e o PEAc máximo oscilando entre 8,8 a 9,7, significando que as mulheres não desenvolveram habilidades suficientes para atingir o escore máximo. Porém, o PEAc médio variou de 8,2 a 8,6.

¹ PEA médio = (PEA máx + PEAmín)/2

SISTEMA BÁSICO DE ENFERMAGEM



Orem (1995), definiu em sua teoria os conceitos da prática de enfermagem:

- Seres humanos diferem de outras coisas vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmo e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam e de usar criações simbólicas (idéias e palavras) no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefícios a si mesmo ou aos outros.

- Saúde é o estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença. Esta definição pertence à OMS, porém foi amplamente apoiada por Orem.

- Enfermagem é um tipo específico de serviço humano.

Então, o autocuidado foi definido na primeira teoria; a necessidade de serviços de enfermagem na segunda; e a maneira como as necessidades de

fundamentação teórica nos assegurou o envolvimento da mulher nos cuidados durante as seis consultas e no período de aproximadamente de oito meses.

O estudo foi realizado em um ambulatório de hipertensão arterial, de uma instituição pública de saúde, de referência para as regiões Norte e Nordeste, no atendimento a clientes com doenças do coração e do pulmão, nos níveis primário, secundário e terciário.

Ressalta-se que a pesquisadora é funcionária da mencionada instituição, o que facilitou sobremaneira o desenvolvimento da pesquisa e a implantação da consulta de enfermagem para as mulheres no controle da hipertensão e mudanças distintas no serviço.

4.2 População e amostra

A população constou de mulheres hipertensas inscritas na instituição supracitada. A amostra foi sistemática, pois, conforme sugere Vieira (1987), a seleção dos elementos que constituíram a amostra foi feita por um sistema escolhido pelo pesquisador. Portanto, a amostra foi constituída de mulheres hipertensas maiores de 20 anos, independentemente de estado civil, escolaridade, procedência e renda familiar, com as condições físicas e emocionais que possibilitassem a participação na pesquisa e apreensão das atividades do autocuidado.

O convite para incluí-las na pesquisa foi aceito por todas, sem nenhuma restrição, e as elas sabiam da possibilidade de se ausentar no momento que lhes fosse oportuno. Mesmo assim, todas compareceram a todas as consultas aprezadas. A amostra constituiu-se de 50 mulheres e foi calculada de acordo com a fórmula estatística a seguir consoante a prevalência nacional, também abaixo indicada:

$$n = \frac{t^2 \cdot P \cdot Q}{d^2}$$

Onde: $t_{5\%} = 1,96$
 $P = \text{Prevalência da hipertensão arterial} = 15\%$
 (prevalência nacional)
 $Q = 100 - P = 85\%$
 $d = \text{erro nas estimativas amostrais} = 10\%$

Desse modo: $N = \frac{1,96^2 \cdot 15 \cdot 85}{10^2} \cong 50$ mulheres

QUADRO 4 - Distribuição dos Perfis de Engajamentos no Autocuidado - mínimo, médio e máximo, atingidos pelas mulheres no período de acompanhamento. Fortaleza – CE, 2000.

Consultas	Perfil de Engajamento no Autocuidado			
	Mínimo	Médio	Máximo	Desvio de Padrão
1ª	28,5	56,2	77,5	9,7
2ª	54,5	85,1	99,0	13,7
3ª	66,0	92,7	100,0	7,7
4ª	75,5	95,8	100,0	4,4
5ª	85,5	96,9	100,0	2,9
6ª	91,5	98,0	100,0	2,0

O quadro 4, mostra a ocorrência do aumento progressivo nos perfis de engajamento no autocuidado – mínimo, médio e máximo - no período de acompanhamento das mulheres, totalizando seis consultas de enfermagem.

O PEAc mínimo foi de 28,5 na primeira consulta, e de 91,5 na última; o médio iniciou-se com 56,2, atingindo 98,0 no final do acompanhamento de enfermagem, e o máximo registrou-se em 77,5 na consulta inicial, atingindo 100,0 na final.

TABELA 17 - Distribuição da média dos escores atingidos pelas mulheres por unidade de requisito de autocuidado em cada consulta de enfermagem – Fortaleza-CE, 2000.

CONSULTAS DE ENFERMAGEM		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Total
COD.	Requisitos de Autocuidado							
01U	Oxigenação adequada	4,1	4,7	4,9	4,9	4,9	4,9	28,4
02U	Ingesta suficiente de líquidos	2,7	4,7	5,0	5,0	5,0	5,0	27,4
03U	Ingesta adequada de alimentos	4,1	4,6	5,0	5,0	5,0	5,0	28,7
04U	Eliminações adequadas	3,3	4,4	4,8	4,9	5,0	5,0	27,4
05U	Equilíbrio entre atividade e descanso	2,3	4,7	4,8	4,9	4,9	5,0	26,6
06U	Equilíbrio entre solidão e interação social	3,7	4,5	4,8	5,0	5,0	5,0	28,0
07U	Prevenção de riscos à vida e ao bem-estar	2,8	3,2	4,0	4,6	4,2	4,4	23,2
08U	Adequada promoção da saúde	1,5	2,2	2,9	3,3	3,4	4,1	17,4
09D	Adaptação adequada às modificações do ciclo vital	5,8	9,3	9,6	10,0	10,0	10,0	54,7
10D	Adequada adaptação social	8,3	9,7	9,7	10,0	10,0	10,0	57,7
11DS	Conhecimento da doença e do tratamento	3,2	8,7	9,8	10,0	10,0	10,0	51,7
12DS	Aceitação da doença	2,8	8,3	9,4	9,7	10,0	10,0	50,2
13DS	Adaptação inadequada ao problema da saúde	2,8	8,1	9,3	9,8	9,9	10,0	49,9
14DS	Execução efetiva de condutas orientadas.	6,0	7,8	9,6	9,1	9,6	9,7	51,8
Total		53,4	84,9	93,6	96,2	96,9	98,1	523,1

A média de escores (Me) por unidade de requisito de autocuidado foi calculada segundo a fórmula:

$$Me = (f \cdot emáx) + (f \cdot e^*), \text{ onde, } \begin{array}{l} Me = \text{média dos escores} \\ f = \text{freqüência das mulheres} \\ emáx = \text{escore máximo} \\ e^* = \text{escores parciais} \\ n = \text{tamanho da amostra} \end{array}$$

por exemplo:

$$Me (01) = \frac{(35 \times 5) + (13 \times 2,5) + (02 \times 0)}{50} = 4,1 \text{ (média do requisito - oxigenação adequada)}$$

Observa-se na tabela 17 que a média dos escores por unidade de requisito de autocuidado atingida pelas mulheres aumentava à medida que elas compareciam à consulta de enfermagem, e a média máxima foi atingida a partir da terceira consulta nos requisitos de autocuidado – oxigenação adequada, ingesta suficiente de líquidos e ingesta adequada de alimentos - e da quarta consulta, nos requisitos de adaptação adequada às modificações do ciclo vital, adequada adaptação social e conhecimento da doença e do tratamento; na quinta consulta, no requisito de aceitação da doença e na sexta, nos requisitos de adaptação adequada ao problema de saúde e execução efetiva das medidas orientadas.

Detecta-se ainda que, a partir da segunda consulta, houve aumento da média de escores, mas, bastante expressivo em 9 (64,3%) requisitos, envolvendo as três categorias de autocuidado: ingesta suficiente de líquidos, eliminações adequadas, equilíbrio entre atividade e descanso, adaptação adequada às modificações do ciclo vital, adequada adaptação social, conhecimento da doença e do tratamento e execução efetiva de medidas orientadas.

IV Mudanças comportamentais das mulheres

Esta categoria constitui-se de duas subcategorias, nas quais são avaliadas as mudanças comportamentais ocorridas nas mulheres, mediante a aplicação da proposta de intervenção.

1 Experiências vivenciadas pelas mulheres no engajamento do autocuidado

Esta subcategoria compreende os elementos: satisfação com o atendimento; mudança na vida; alterações na saúde; capacidade para o autocuidado; melhoria no autocuidado com o conhecimento dos problemas de saúde; agentes multiplicadores das ações de autocuidado na família e na comunidade. Estes elementos estão ilustrados nas falas das mulheres e fundamentados na literatura vigente.

- A satisfação com o atendimento foi revelada por todas as mulheres, como se comprovou-se nas falas:

...Estou muito feliz, estou me dando bem. Se eu falto à consulta, eu sou atendida depois, sem dificuldade. Estou sabendo de tudo. A doutora me escuta, a gente sente facilidade em dialogar.

...As enfermeiras que me atenderam foram ótimas. Mas, a doutora (enfermeira) tem aquele poder, ou seja, não tem aquela diferença que separa o cliente do profissional.

...Sou bem atendida e me pergunta tudo da minha vida. Eu gosto mais da sua consulta que a do médico. Estou com receio da senhora ir embora.

...Estou bastante satisfeita, pois peço a Deus para chegar logo o dia da minha consulta. É um atendimento humanizado, disponível e seguro. Sou ouvida e valorizada.

...A consulta me deixa relaxada e tranqüila. Eu sou ouvida e atendida. Eu encontrei uma qualidade de vida melhor.

...A doutora (enfermeira) atende bem, não tem nojo da pobreza. Atende bem a qualquer um. Adquiri confiança em mim e sinto-me saudável e mais útil para o trabalho.

A consulta de enfermagem para mulheres foi um momento de desafio, de

valorização, de busca de “auto-estima e de autoconfiança. A auto-estima é a aquisição mais notória e revelada em suas falas. Concorda-se com Brander (1995), quando ele determina que “ a auto-estima é uma necessidade humana. Seu impacto não necessita nem de nosso entendimento, nem de nosso consentimento”.

A enfermeira tem que ouvir com atenção o que a cliente está a dizer. Escutar os pensamentos e idéias e não apenas os fatos isolados. Os fatos podem não ser tão importantes como as idéias que os ligam (Doenges e Moorhouse, 1994).

A consulta de enfermagem constitui-se de dois momentos fundamentais para o planejamento do cuidado ao cliente. O primeiro é a entrevista clínica, a qual possibilita o estabelecimento do relacionamento terapêutico, que irá permear toda a assistência prestada ao cliente. Na entrevista, o cliente expõe suas queixas, problemas, sentimentos. Portanto, é o momento em que são coletados os dados subjetivos. O segundo é o exame físico, que oportuniza o levantamento sistemático dos dados objetivos (sinais) e a comprovação de dados subjetivos coletados na entrevista.

Ressalta-se que os resultados de exames complementares auxiliaram na identificação dos diagnósticos de enfermagem.

A consulta de enfermagem é uma atividade na qual o enfermeiro, utilizando de sua autonomia profissional, determina os cuidados de enfermagem a serem dispensados ao cliente após o levantamento de problemas de enfermagem e quais as intervenções de enfermagem a serem implementadas de modo sistematizado e individualizado (Campedelli, 1991).

- A mudança de vida causada pelo acompanhamento atingiu as esferas pessoal, familiar, social e ocupacional.

A mudança de vida pessoal foi referida por 98% das mulheres. As falas denotam esta mudança:

...Me achava nervosa, violenta. Estou mais calma, não choro tanto quanto antes, estou tranqüila, sinto melhor a dor. Só ficava em casa me preocupando, mas agora, tudo está mudando.

...Mudou para melhor, porque aqui eu sou orientada. Na consulta médica a gente não recebe orientação.

...Sinto-me segura para conduzir para conduzir minha vida. Aceito os problemas de saúde e me adaptei. Estou ciente de tudo.

...Consegui aceitar e solucionar melhor os meus problemas, sem nervosismo e agressividade.

...Em quase tudo na minha vida mudou para melhor. Libertei de tudo que me prendia. Estou livre. Estou calma.

...Estou mais tranqüila e independente, cuidando mais de mim. Mais orientada sobre a vida.

Nas falas das mulheres, emergiram os significados decorrentes das mudanças positivas ocorridas na dimensão pessoal – felicidade, tranqüilidade, alegria, segurança, independência, serenidade, melhora do nível de saúde, controle emocional, convivência equilibrada com os problemas, adoção de opções de lazer, conscientização dos problemas de saúde e de suas condutas terapêuticas, amar a si própria e disposição laborativa.

Estes significados traduzem as mudanças positivas ocorridas no autoconceito destas mulheres, quando elas comparam a autopercepção inicial com a final, ou seja, aquela adquirida com o acompanhamento de enfermagem.

Para Brander (1995), e Smeltzer e Bare (1998), o autoconceito refere-se a impressão que a pessoa tem de si mesma, a uma imagem, que se desenvolveu por muito anos. É quem e o que, em nível consciente ou subconsciente, nós pensamos ser – nossos traços físicos e psicológicos, nossas qualidades e imperfeições, nossas possibilidades e limitações, nossas forças e nossas fraquezas.

Segundo Potter e Perry (1999), o autoconceito compõe-se de quatro componentes: identidade, imagem corporal, autoestima e os papéis sociais.

Na vida familiar, as mudanças ocorreram de aspecto favorável em 94% das mulheres, como está ilustrado em suas falas:

...Eu aprendi a conviver com meus problemas familiares. A minha família está participando do meu tratamento. Está muito bom.

...Estou mais serena e vivendo melhor ainda com meus familiares.

...Conduzo melhor os meus filhos, com mais paciência e tolerância.

...Agora tenho menos problemas com meu marido e minha filha. Estou mais forte. Peço a Deus para continuar tendo paciência.

...Com a segurança e a tranquilidade que conquistei, lido melhor com meus filhos.

...Minha família achava que eu era doente (doída), agora ela acha que estou melhor.

Nos depoimentos das mulheres relacionados com a mudança nesta dimensão, emergiam os significados: atenção e cuidado familiar, felicidade, serenidade, segurança, tranquilidade, paciência, convivência harmoniosa, participação no tratamento e relacionamento equilibrado.

Para Potter e Perry (1999), a família é vista como um sistema social aberto que existe dentro de grandes sistemas (supra-sistemas) da comunidade (por exemplo, político, religioso, escolar e sistemas de cuidados de saúde) e com eles interage. O sistema familiar consiste em partes interrelacionadas (membros da família) que constituem uma variedade de padrões de interações (subsistemas). Assim, possui metas implícitas e explícitas que podem fazer variar, conforme o estágio no ciclo de vida familiar, os valores familiares e os aspectos individuais dos membros da família.

A forma familiar em questão é a nuclear, que consiste em marido, mulher e filhos.

O enfermeiro deve estar atento sobre às formas de família, a fim de que os recursos potenciais e as preocupações não sejam sobrepajados. Embora as famílias, de modo geral, tenham algo em comum, cada forma familiar tem problemas e potencialidades particulares.

Refletindo sobre estes significados, percebe-se que a família é um componente primordial no processo de recuperação, e que as experiências vivenciadas durante as consultas de enfermagem possibilitaram a integração e a

harmonia familiar. Então, acompanha-se a compreensão Silva (1998), quando ela indica que a relação afetiva na família facilita a execução de atividades, desenvolvimento de valores e a percepção de novas formas de exteriorizar os sentimentos e pensamentos da pessoa e dos demais membros da família, e que as dificuldades de relacionamento com a família apresentam inúmeros transtornos, podendo ampliar os estímulos negativos.

Segundo os depoimentos das mulheres, houve mudanças favoráveis nas atividades ocupacionais, em torno de 86%, nos quais foram percebidos os significados: aptidão, tranquilidade, disposição, ocupações adequadas, atividades planejadas, satisfação e alegria. Conforme está ilustrado nas falas:

...Estava parada, sem vontade para trabalhar, agora, estou de novo trabalhando, costurando, vendendo AVON.

...Tenho mais disposição para o trabalho. Desenvolvi meu potencial. Tornei-me útil.

...Agora estou planejando meu trabalho de acordo com minha capacidade, intercalando o lazer.

...Sinto prazer e alegria no trabalho, e consigo fazer as atividades no tempo certo sem me desgastar.

Os significados revelados comprovam as mudanças dos comportamentos originados do processo educativo que permeou o acompanhamento de enfermagem às mulheres. Estas mudanças viabilizadas pela conscientização de suas potencialidades tornaram-nas capazes de transformar a realidade em que se encontravam.

Para Freire (1989), a educação, como prática da liberdade, é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade. Esta afirmação se compatibiliza com o entendimento de Gomes (1989), ao declarar que a educação libertadora leva à conscientização. O educando, através do diálogo, torna-se capaz de ver sua situação e como transformá-la.

Quanto mais conscientização, mais se “desvela” a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto frente ao qual nos encontramos para analisá-lo (Freire, 1989).

- O acompanhamento trouxe mudança na vida social de 88% das mulheres. Em seus depoimentos, notam-se os significados: participação nas atividades religiosas e comunitárias; sociabilização desenvolvida; tolerância com o próximo; freqüência em eventos sociais do bairro; visita aos amigos e participação em grupos de auto-ajuda e mútua ajuda.

Estes significados estão implícitos nas falas:

...Sinto-me mais disposta para ir a alguns lugares como a igreja.

...Agora faço parte de um coral, vou todo domingo à missa.

...Aceito melhor as pessoas. Participo dos eventos que acontecem na igreja e no meu bairro.

...Sinto prazer em viver, em visitar as pessoas. Descobri como é bom viver em sociedade.

...Converso, dou força a quem está doente. Não fico mais triste.

Diante dos significados percebidos, pode-se assegurar que as mulheres socializaram-se, perpassando pela humanização, solidariedade, prazer em viver e reconhecimento de suas potencialidades. Este fato clarifica a ampla dimensão do cuidado de enfermagem, que extrapola as fronteiras do aspecto técnico.

Conforme Waldow (1999), a educação em enfermagem tem, senão o mais importante, um dos papéis essenciais para uma socialização do cuidado humano. Não existem, no entanto, receitas, planos de ensino ou manuais para ensiná-lo. O cuidado técnico pode ser ensinado, porém, o cuidar em sentido mais amplo, entendido como um processo interativo, precisa ser vivido.

Duarte Jr, *apud* Waldow (1998), relata que o ato de conhecer, de dar significado às coisas e aos fatos, brota de uma atitude valorativa do ser humano.

Este procura interpretar o mundo a partir do significado que ele adquire para a sua sobrevivência.

- A mudança na saúde foi referida pelas mulheres, através dos significados: melhor nível de saúde, suspensão dos medicamentos, conforto, segurança, redução de atendimentos emergenciais e internação, e combate à insônia.

As falas ilustram estes significados:

...Sentia cefaléia, dormência nas mãos, mas depois do acompanhamento melhorou bastante.

...Sinto-me muito bem, pois a pontada no peito esquerdo passou com este acompanhamento.

...Melhorei meu estado de saúde devido a este acompanhamento que tive até agora.

...Estou me sentindo melhor, mais confortável. Vivendo melhor.

...Estou muito melhor. Sinto-me segura e tranqüila.

...Eu vivia nos hospitais, com crise e hoje é muito difícil eu ir.

...Não dormia muito, agora durmo melhor, sem medo.

Repensando os significados que emergiram destas falas, visualizam-se as repercussões positivas na saúde das mulheres, mediante o seu engajamento no autocuidado, que segundo, Orem (1995), é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham em próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar.

A trajetória percorrida por estas mulheres para o alcance deste engajamento foi mediada através das estratégias educativas numa perspectiva emancipatória e transformadora.

Brandão, *apud* Gadotti (1995), evoca a idéia de que educação é um processo de humanização que se dá ao longo de toda a vida, ocorrendo em casa, na rua, no trabalho, na igreja, na escola e de muitos modos diferentes.

Ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo (Freire, 1998).

- O desenvolvimento da capacidade para o autocuidado foi relatado por todas as mulheres, revelado nas falas, nas quais emergiram os significados: orientação recebida, conscientização da doença, relação terapêutica eficaz
- Estes significados comprovam a aprendizagem desenvolvida com a mudança de comportamento, como evidenciam as falas:

...Sinto-me capaz de cuidar-me, por causa da orientação dos profissionais e, principalmente, porque quero viver mais uns anos.

...Eu me acho boa, não me preocupo mais. Minha alimentação está boa, nada me faz mal. Antes eu passava o dia sem comer. Eu pensava que não ficava boa, que ia morrer.

...Com certeza agora estou orientada sobre o tratamento e o meio de evitar ficar doente.

...A doutora (enfermeira) orientou-me e eu continuo seguindo suas instruções.

...A enfermeira me orientou e me ajudou. Eu quero viver muito.

...Estou esclarecida sobre as condutas. Agora só depende de mim continuar com a pressão controlada.

...A enfermeira me acompanhou durante todo este tempo. Tornei-me capaz de cuidar da minha saúde, controlando minha pressão e a não ficar doente.

As mulheres revelaram que, conhecendo os seus problemas de saúde, restou viabilizado o autocuidado, conforme ilustrado nas falas:

...Sabendo o que tenho eu posso me cuidar melhor e a doutora (enfermeira) me disse tudo que tenho que fazer. Estou melhor, mas quero melhorar.

...Como eu poderia me ajudar se eu não sabia como? Estou tão tranqüila sobre a minha vida. Trabalho com satisfação.

...Posso me cuidar melhor sem tornar-me doente. A doutora enfermeira me deu vida nova.

...Só ficarei doente, se não cumprir o tratamento que a doutora (enfermeira) orientou. A gente sabendo tudo da doença é mais fácil se cuidar.

Mediante os significados emergidos nestas falas, evidenciam-se as capacidades que as mulheres desenvolveram durante o período de acompanhamento, para o engajamento no autocuidado, ou seja, tornando-se agentes de autocuidado.

Retoma-se a categoria II, na qual foram identificados os diagnósticos de enfermagem relacionados a autocuidado, na primeira consulta de enfermagem, e, na categoria seguinte, foram identificadas as capacidades desenvolvidas, através da demanda de autocuidado terapêutico, com a aplicação da proposta de intervenção a partir da primeira consulta. Neste caminhar, através dos passos educativos, as mulheres depuseram sobre a essência de ser agente de autocuidado.

É salutar reporta-se ao postulado de Freire (1998), segundo o qual ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção.

Vislumbra-se que a meta do acompanhamento a estas mulheres foi atingida, que era torná-las agente de autocuidado. Como conseqüência deste novo papel, os objetivos de um programa de hipertensão serão atingidos a curto, médio e longo prazo, que são: redução da morbimortalidade por doença cardiovascular associada a hipertensão arterial; redução dos custos sociais com aposentadorias precoces, invalidez e licenças médicas; minimização do absenteísmo ao trabalho. Todavia, o macro-objetivo é a melhoria da qualidade de vida do hipertenso.

Cianciarullo, *apud* Gualda e Lima (2000), leciona que a elaboração da qualidade de vida deve ser realizada por quem a vivencia, para que nós, na condição de profissionais da área da saúde, possamos fazer uso dele. A qualidade

de vida é um indicador competente do resultado dos serviços de saúde prestados ao cliente, por ser determinado pelo processo da doença ou agravo em si, bem como pelos procedimentos utilizados para seu tratamento, cuidado e cura.

A saúde não pode ser reduzida a um conjunto de intervenções de natureza médica que vise à prevenção, cura ou reabilitação dadas pelo serviço de saúde. É mais do que isso, o termo **saúde** expressa a qualidade de vida de uma população, num dado espaço e num dado momento (Mendes, 1986).

- As mulheres revelaram que atuam como agente multiplicador das ações de autocuidado, junto à família e à comunidade, conforme está evidenciado nas suas falas:

...Oriento minha família e até trouxe hoje a minha filha para se consultar. Vou levando estes papéis que recebi no curso, para todo mundo ler.

...Oriento sempre meu marido e outras pessoas quando tenho oportunidade. Porque é ruim a gente não saber das coisas que é necessário para a gente viver bem.

...A doutora (enfermeira) me deu vida nova. Então, estou sempre orientando a família e outras pessoas para evitar doenças, tratar bem as que já tem e ter vida nova como eu.

...Oriento muito o povo, é difícil de entender, mas vou continuar orientando, pois agora estou tendo mais saúde.

As mulheres, ao tornarem-se agentes de autocuidado, assumiram, perante aos familiares e as outras pessoas, o papel de agente multiplicador das ações de autocuidado, em decorrência das experiências vivenciadas durante o acompanhamento. Estas experiências são reveladas nas falas, através dos significados: manutenção da saúde, prevenção de doenças, busca do bem-estar através do conhecimento, recuperação da saúde, crença na mudança através da orientação recebida.

Com efeito, para ensinar, é preciso aprender, e o comportamento humano é aprendido através das experiências vivenciadas no seu cotidiano. Portanto, acompanha-se o pensamento de Dilly e Jesus (2000), quando externam a idéia de que a aprendizagem se faz no dia-a-dia, e cada momento vivido pode ser

considerado como uma situação de ensino. A aprendizagem se faz informalmente, através das atividades habituais da vida, ou formalmente, via experiências destinadas a atingir objetivos específicos de aprendizagem.

- As sugestões para melhorar o atendimento no serviço:

QUADRO 5 – Distribuição das mulheres segundo as sugestões apresentadas para a melhoria do serviço. Fortaleza – CE, 2000:

SUGESTÕES	<i>n</i>	%
Manutenção deste tipo de atendimento por todos profissionais do serviço	45	90
Desejo da clientela em continuar com a enfermeira que a acompanhou	35	70
O interior do Estado precisa de enfermeira como esta	32	64
Conforto adequado na sala de espera da consulta	28	56
O cliente tenha maior número de consultas de enfermagem do que médicas	24	48
O atendimento seja humanizado nos guichês	15	30
Não falte o medicamento	14	28
As reuniões administrativas não atrapalhem as consultas	09	18
Redução dos intervalos nas consultas médicas	09	18
Facilitação no primeiro atendimento	08	16
Distribuição do vale-transporte	08	16

As mulheres forneceram sugestões para a qualidade do atendimento profissional, conforto na sala de espera para as consultas, número de consultas por profissional, planejamento adequado das atividades na Instituição, facilitação para a admissão da cliente ao serviço, disponibilidade de medicamento, contribuição financeira para o deslocamento na Instituição.

A manutenção deste acompanhamento por todos os profissionais foi sugerida por 90% das mulheres, como está evidenciado nas falas:

...Que todos os profissionais tenham a mesma conduta que a doutora (enfermeira) teve com a gente até hoje.

...Na parte da doutora (enfermeira) está ótimo. Porém, os outros têm que melhorar muito e devia ser como é ela, se preocupar com a gente, tratar bem, orientar muito.

Cerca de 70% das mulheres manifestaram o desejo de continuar com a enfermeira que a acompanharam. As falas revelam este posicionamento:

...Não tenho nada a sugerir, pois o atendimento da doutora (enfermeira) é o melhor. Não existe outro. É impossível ser melhor, já está bom demais. Quero continuar sempre com ela.

...O seu atendimento é o melhor que tive nestes 12 anos que me trato aqui. Que a doutora (enfermeira) não saia daqui e não deixe de me atender. Eu me sinto gente.

...Que a doutora (enfermeira) não nos abandone, pois todos nós estamos vivendo melhor agora. Na consulta eu ganho tranquilidade e saúde.

Percebe-se nas falas o estabelecimento do relacionamento terapêutico entre a enfermeira e a cliente, que possibilitou o seu engajamento no autocuidado, em uma abordagem holística. Esta abordagem permite ao enfermeiro compreender a diversidade interrelacionada das necessidades do ser, nas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, que nortearão a integralidade do autocuidado.

Waldow (1998) enfatiza o argumento de que a relação de ajuda, para os cuidadores e seres cuidados, se expressa no envolvimento. Este envolvimento se dá pela interação, que se reveste de variados matizes, diversificando desde uma interação superficial até aquela mais profunda. O que parece distinguir os dois extremos de interação é a criação de vínculos, uma ligação de intimidade, com reciprocidade tal que pode extrapolar o contexto e a situação do outro ser.

Refletindo sobre o pensamento da autora, a idéia da pesquisadora é de que nas experiências mutuamente vivenciadas pela cuidadora e cliente cuidada, está visualiza na cuidadora uma boa enfermeira, e aquela, por sua vez, admite que a cliente cuidada se tornou uma agente de autocuidado.

Também vivenciou-se, no transcórre do acompanhamento às mulheres, um dos postulados de Freire (1998), para quem ensinar exige saber escutar. Portanto, ao escutar a cliente, restaram compreendidos os seus problemas, os seus

sentimentos, que viabilizaram a identificação dos diagnósticos e o planejamento do seu cuidado.

As mulheres procedentes dos vários municípios do Estado (exceto a Capital) em número de 15 (30%), sentiram a necessidade deste tipo de acompanhamento em sua localidade, justificando a sua procura e permanência neste serviço.

As falas revelam a intenção destas mulheres:

...Se na minha terra tivesse uma doutora (enfermeira) como esta eu não estava fazendo tão sacrifício para vir à consulta.

...O atendimento é maravilhoso, acho que deve continuar assim. Só tem um problema, é a distância e gasto que faço para a consulta. Mas, se o interior tivesse uma doutora (enfermeira) desta, estava tudo um paraíso para mim e para muita gente.

Interpretam-se nestas falas o vínculo estabelecido pelo relacionamento terapêutico e a aprendizagem fluída, nas consultas de enfermagem. Portanto, concorda-se com Gagné, *apud* Dilly e Jesus (1995), ao sustentar o argumento de que a aprendizagem se realiza quando a situação estimuladora afeta de tal maneira o aprendiz que a performance por ele apresentada antes de entrar em contato com essa situação se modifica depois de ser nela situado. A modificação da performance é que nos leva à conclusão de que a aprendizagem se realizou.

Por outro lado, percebem-se as distorções na prestação de serviços de saúde à população, presentes em nosso País e em outros, comentadas por Silva (1999) à luz do pensamento de Del Nero: os serviços não correspondem às necessidades da população; e a distribuição geográfica dos recursos é extremamente desigual.

Provavelmente, estas distorções sejam amenizadas ou resolvidas através do Programa de Saúde da Família – PSF, que envolve uma política de descentralização e atenção primária.

Em março de 1997, o Governo Federal lançou um documento anunciando: “1997 - ano da saúde no Brasil”, que sublinhava a prevenção, com ênfase no atendimento básico, e mencionando, os Programas de Saúde da Família e de agentes comunitários de saúde (PACS/ PSF) como uma estratégia de mudança do modelo assistencial.

As mulheres sugeriram um aprimoramento no serviço, que envolve a dimensão administrativa, conforme está apresentado pelas suas falas:

- A sala de espera seja confortável (28%):

...O ambiente da sala de espera deve ser confortável, com bebedouro para os pacientes. Pois nem sempre a gente pode comprar água.

...A sala de espera é muito quente, com cadeiras duras. É muito ruim, porque a gente tem que esperar muito para ser atendida pelos outros doutores. Então, quando a gente entra no consultório a pressão tá alta. Acho que é por causa desta sala e da espera.

As mulheres revelam a aprendizagem quanto ao controle ou eliminação de estresse (ou tensão emocional) com o fator desencadeante da elevação da pressão arterial, citado por Luna (1989) e Batista, (1995).

O calor ambiental, associado à longa espera pela consulta, causam a tensão emocional, conseqüentemente, elevam a pressão arterial.

- O predomínio de consultas de enfermagem sobre a consulta médica (56%):

...Que a gente tenha mais consulta com a enfermeira de que com o médico. Porque o médico só passa o remédio.

...A consulta da doutora enfermeira me dá tranqüilidade. Se eu pudesse, viria todo dia para conversar. Minha vida melhorou. É melhor ter mais consulta com a enfermeira do que com o médico.

Na Instituição, as clientes têm em média três consultas médicas ao ano, intercaladas por seis consultas de enfermagem.

- Distribuição do vale-transporte (16%):

...Que facilite o transporte, pois moro no Interior e fica difícil e caro para vir aqui.

...Agente receba vale transporte para as consultas. Além de pagar o transporte, às vezes a gente tem de comprar o remédio.

- Distribuição adequada dos medicamentos (58%):

...Que não faltasse remédio, porque sempre falta e eu não posso comprar na farmácia.

...A única sugestão é para melhorar o medicamento que falta muito.

O custeio com transporte e aquisição de medicamentos é dificultado pelo baixo poder aquisitivo das mulheres, conforme evidenciado na tabela 2.

Mediante os depoimentos, reporta-se às proposições da Reforma Sanitária, sistematizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, citadas por Paim (1999): Conceito ampliado de Saúde; Reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; Sistema Único de Saúde (SUS); Participação popular; Constituição e ampliação do orçamento social.

- Atendimento humanizado, respeitando os horários preestabelecidos por todos os servidores (48%):

...O atendimento deve priorizar as pessoas idosas, crianças, gestantes e pessoas mais doentes.

...Que o atendimento seja humanizado, os funcionários estejam disponíveis para atender os horários pré-estabelecidos.

...O recebimento dos remédios é horrível e desgastante. Os colchões da sala de relaxamento são sujos.

- Redução dos intervalos entre as consultas médicas (18%):

...Diminuir o intervalo das consultas médicas.

É muito espaçosa e alinhavada.

...O intervalo entre as consultas médicas deve ser menor, porque o remédio sempre acaba antes.

- Planejamento das atividades do serviço, priorizando o momento das consultas (18%):

...Que as reuniões do hospital não atrapalhem o atendimento.

...Quando faltar médico o diretor mande outro atender a gente. A gente espera de 3 a 4 meses pela consulta, o remédio já tem acabado há muito tempo e quando chega o dia o doutor falta e a gente volta sem consulta e sem remédio. Isso está errado!

- Facilitação, no primeiro atendimento, no que diz respeito aos passos burocráticos (16%):

...O que dificulta aqui são as primeiras vezes, porque tem que pegar o cartão e é difícil. Tem que ter a guia do médico de outro lugar. Quero até trazer minhas irmãs aqui, o difícil é arranjar a guia.

...Eu passei três meses tentando me consultar aqui. É muita gente e tem que ter guia do médico.

As falas revelam a apreciação das mulheres, acerca da administração do serviço, e a relevância da participação social como prática transformadora, constituindo o fio condutor do processo participativo, que viabiliza mudanças na comunidade, através dos programas de saúde.

2 Perfil de engajamento no autocuidado (PEAc)

Esta subcategoria integra a característica do PEAc, de acordo com o parâmetro de escores pré-determinado MAU (PEAc<39); regular ($40 \leq \text{PEAc} \leq 59$). Bom ($60 \leq \text{PEAc} \leq 79$), Excelente ($80 \leq \text{PEAc} \leq 100$).

QUADRO 6 - Distribuição das mulheres segundo a característica do PEAc atingido em cada consulta de enfermagem. Fortaleza- CE, 2000.

PEAc*	Mau < 39		Regular 40 – 59		Bom 60 – 70		Excelente 80 – 100	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Frequência consultas de enfermagem								
1°	3	6	29	58	18	36	-	-
2°	-	-	04	08	09	18	37	74
3°	-	-	-	-	04	08	46	92
4°	-	-	-	-	01	02	49	98
5°	-	-	-	-	-	-	50	100
6°	-	-	-	-	-	-	50	100

* Perfil de Engajamento no Autocuidado

No quadro 6, observa-se o engajamento progressivo das mulheres no autocuidado, durante o período de acompanhamento e este comportamento é evidenciado com grande destaque logo a partir da segunda consulta, quando se observa que nenhuma mulher tem o PEAc < 39, que é considerado mau, e este varia de regular em 4 (08%) mulheres, de bom em 9 (18%), e as demais (74%) de excelente. Na terceira e quarta consultas, a clientela tinha o perfil de bom (minoría) a excelente (maioría). Entre a quinta e sexta consultas, as mulheres alcançaram o PEAc excelente, variando de 80 a 100 escores.

No entanto, este comportamento das mulheres, no engajamento do autocuidado, foi observado na análise dos quadros 2; 3 e 4, e na tabela 15, nos quais, com diferentes variáveis, chega-se sempre ao mesmo resultado, ou seja, comprova-se de maneiras diferentes, o engajamento satisfatório das mulheres no autocuidado, no alcance na última consulta de um perfil excelente, variando de 80 a 100 escores.

Araújo (1999), em dissertação de mestrado, concluiu que 182 (73%) clientes hipertensos eram mau-aderentes e 63 (25%) regular-aderentes, ao tratamento da hipertensão arterial. Ressalta-se que a amostra constou de 250 sujeitos, e 73% eram do sexo feminino.

Entretanto, de acordo com os quadros 6 e 3 (06%) mulheres têm mau PEAc e 29 (58%) têm o PEAc regular. Então, o fato condiz com a literatura, de que as

mulheres têm maior conhecimento sobre os cuidados com a saúde, pois tanto se cuidam como cuidam dos membros da família.

É importante assinalar que o PERFIL DE ADERÊNCIA estabelecido por Araújo em seu estudo é análogo ao PERFIL DE ENGAJAMENTO NO AUTOCUIDADO.

De acordo com Waldow (1999), as mulheres parecem ter adquirido um comportamento diferenciado dos homens mais assemelhado entre elas, nas diferentes épocas, em razão da maternidade. Quase de forma universal, entre os diversos clãs, tribos e civilizações, ao longo da história, os cuidados com o parto ficavam a cargo das mulheres. À semelhança dos animais, a mulher lambia sua cria, nutria e protegia. Entre as práticas de higienizar e de alimentar, foram introduzidos comportamentos de tocar, cheirar e gestos rudimentares de afago. Pode-se concluir que o segundo modo de expressar o cuidado, ou seja, a demonstração de interesse e de afeto, é mais evidente entre as mulheres.

6 REELABORANDO O SABER DE ENFERMAGEM SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER HIPERTENSA

A história do desenvolvimento da teoria e do pensamento, na enfermagem, iniciou com os escritos de Florence Nightingale e continua até os anos 90 (Hickman, 2000).

A “Revolução Nightingale” instituiu a “Enfermagem profissional”, trazendo uma nova ordem: as enfermeiras, para cuidar dos doentes, precisavam de aprendizado técnico-científico e de estágio prático. Também propõe as mudanças: direção das escolas de Enfermagem por enfermeira (o costume na época era direção de médicos); ensino regular e metódico contendo estágio prático, seleção rigorosa de candidatos onde se devia observar os aspectos físico, moral e intelectual, a origem socioeconômica e a aptidão profissional (Daher, 2000).

Florence Nightingale é tida como mito da enfermagem mundial – a dama da lâmpada: Ana Néri é considerada o mito brasileiro - a mãe dos brasileiros. Coincidentemente, ambas, são heroínas de guerra.

Nos anos 50, foi reconhecida a necessidade de preparar os enfermeiros em estudos de graduação para as posições administrativas e educacionais. O *Teachers College*, da Universidade de Columbia, desenvolveu programas educacionais de graduação para o preenchimento dessas necessidades funcionais. As principais conceituações teóricas da Ciência da Enfermagem vieram de formandos desses programas, entre eles, Peplau, Henderson, Hall e Abdeblah (Hickman, 2000).

A enfermagem é uma profissão que se tem desenvolvido muito nos últimos anos, principalmente depois da década de 50, com o advento das teorias de enfermagem, ao se procurar estabelecer as bases para uma Ciência de Enfermagem. No Brasil, Horta introduziu uma visão de enfermagem, com seu trabalho "contribuição para uma teoria de enfermagem" (Campedelli, 1989).

A procura de autonomia e de especificidade da enfermagem faz surgir um enfoque no seu saber, que ocorre no final dos anos 60 e durante toda a década de 70, chegando à atualidade, e que é sua expressão mais recente e dominante na enfermagem ocidental. É o enfoque da construção do corpo de conhecimentos específicos da enfermagem, a formalização dos conceitos e teorias, construção de marcos teóricos de referências, de modelos etc (Almeida, 1986).

Horta (1979) definiu enfermagem como a arte e a ciência de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade), no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, através da educação, de recuperar, manter e promover a sua saúde pela colaboração com outros profissionais.

A definição de Horta, compatibiliza-se com o postulado de Orem (1995), em afirmar que a enfermagem é um serviço humano, cuja principal preocupação é a necessidades de ações de autocuidado do indivíduo e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença e familiarizar-se com seus efeitos.

A enfermagem é, simultaneamente, uma ciência e uma arte, e, como tal, relaciona-se com as preocupações físicas, psicológicas, sociológicas, culturais e espirituais do indivíduo. A Ciência de Enfermagem baseia-se em amplo quadro teórico, enquanto a arte depende das capacidades e perícias de cada enfermeiro (Doenges e Moorhouse, 1994).

De acordo com Paul e Reeves (2000), dois pressupostos – que a enfermagem é de natureza interpessoal, e que o enfermeiro vê o ser humano holisticamente – proporcionam orientação e direção ao uso do processo de enfermagem.

Lydia Hall foi a primeira teórica a usar a expressão “processo de enfermagem” no ano de 1950, e publicou naquele ano um modelo processual em três fases (Fuller e Shaller-Ayers, 1994).

O processo de enfermagem é a essência da enfermagem e fornece a base do seu pensamento crítico (Alvaro–LeFevre, 1996). Ele é um sistema deliberado para identificação e resolução dos problemas de saúde da pessoa e das necessidades de enfermagem (Brunner e Suddarth, 1998).

Paul e Reeves (2000) sugerem cinco fases ou componentes do processo de enfermagem: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.

Santos, Araújo e Oliveira (1998), na realização de um estudo, observaram e constataram a importância do processo de enfermagem como uma metodologia de assistência, embasado por uma teoria de enfermagem, o que lhe confere uma característica específica e profissional. Entretanto, Allgood (1997) reforça o argumento de que a aplicação de uma teoria de enfermagem, na prática, depende de um conhecimento profundo do enfermeiro.

Ao buscar na revisão de literatura, observou-se que existem poucas informações relacionadas à assistência de enfermagem à clientela hipertensa, e é mais escassa quando se refere à mulher, muito embora, nestes últimos cinco anos, os enfermeiros tenham se empenhado em investigações de temáticas relacionadas à hipertensão arterial.

Takakura et al. (1993) ressaltaram a importância do conhecimento, dos fatores de riscos das doenças crônico-degenerativas, para a elaboração de estratégias de prevenção e promoção da saúde, no sentido de conduzir o homem brasileiro à melhoria da qualidade de vida.

Pierin et al. (1995), ao concluírem seu estudo sobre as preferências dos hipertensos quanto ao tratamento, reforçam a participação ativa destes clientes no tratamento, ensejando a exposição de suas preferências e necessidades em relação ao mesmo. O envolvimento do hipertenso em seu autocuidado, por meio de uma participação efetiva deve-se fazer presente em todas as fases da doença. E

sugerem que se devem considerar o conhecimento e as preferências dos hipertensos sobre a doença e o tratamento, adequando-os às especificidades regionais do País, mediante a deflagração de campanhas de conscientização sobre hipertensão arterial.

Cruz et al. (1995) resgatam a importância do gerenciamento do processo de enfermagem para clientes com hipertensão arterial, no desenvolvimento do autocuidado e promoção da saúde.

Santos et al. (1998) relatam a importância do papel dos enfermeiros envolvidos em programas de atendimento ao cliente hipertenso, na inclusão da família na atenção a este cliente, a fim de que suas intervenções alcancem os resultados esperados.

Veiga e Basso (1998) enfatizam a importância da consulta de enfermagem na assistência ao cliente, em especial aqueles portadores de doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial.

Santos (1998), em estudo de mestrado, concluiu que a mulher hipertenso apresentava déficit de autocuidado em relação à sua doença, bem como na sua saúde em geral.

Araújo (1999), em seu estudo, comprovou como a influência de valores e práticas culturais dificultam as modificações do estilo e hábitos de vida pelo cliente hipertenso; e que este carece de informações mais claras sobre esta patologia, e de apoio financeiro, familiar e social para melhor aderência ao tratamento da hipertensão arterial.

Observa-se, nestas investigações, a preocupação dos enfermeiros relacionada com o engajamento da clientela hipertenso a autocuidado, objetivando o alcance da melhoria da qualidade de vida.

POLANCZYK (1999) afirma que qualidade de vida é um termo genérico que envolve aspectos relacionados às capacidades físicas e mentais de um indivíduo, abrangendo também componentes emocionais, sociais, econômicos e circunstanciais. Romano (1993) ressalta que é a habilidade ou capacidade de um indivíduo para desempenhar tarefas ou atividades da vida diária, obtendo, assim, satisfação.

Repensando sobre as definições dos autores, pode-se concluir, que a qualidade de vida é secundária a autocuidado, ou seja, à satisfação resultante do exercício das atividades de autocuidado.

A educação do cliente tem como objetivo maior o seu engajamento para o autocuidado, aderindo ao esquema terapêutico e preventivo, a fim de que ele atinja o melhor nível de saúde, conseqüentemente a melhor qualidade de vida possível. Sendo a hipertensão arterial uma doença crônico-degenerativa e, atualmente, constituindo um grave problema para a saúde pública, a educação é o pilar do seu tratamento.

Através das estratégias educativas, o enfermeiro busca a adaptação do cliente à doença, à prevenção de complicações, à aderência ao tratamento, enfim, torná-lo agente do autocuidado e multiplicador das suas ações junto à família e à comunidade.

Para atender a necessidade da proposta de intervenção, adotou-se o Processo de Enfermagem, nas fases:

- Levantamento de dados. Constitui a primeira fase e destina-se a coleta de dados subjetivos e objetivos da cliente, através da entrevista e exame físico, respectivamente, objetivando a identificação dos diagnósticos e das habilidades para o autocuidado.

- Plano de Intervenção. Constitui dos diagnósticos de enfermagem identificados com base nas demandas de autocuidado, investigadas na fase inicial; prescrição norteada pelos diagnósticos identificados, visando prevenir, minimizar ou corrigir as alterações na saúde e no bem estar, evolução do cliente mediante as mudanças ocorridas com as orientações de enfermagem, identificando o perfil de engajamento no autocuidado.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo permite ressaltar as vantagens da proposta de intervenção para o cliente, a profissão e o serviço.

Ao cliente (por ocasião da consulta de enfermagem) que recebe as orientações educativas de enfermagem, para o autocuidado, é possibilitado o

engajamento no autocuidado, tornando agente de autocuidado e multiplicador das ações de autocuidado na família e na comunidade.

Profissionalmente, esta proposta demonstra, clara e objetivamente, o objeto de trabalho da enfermagem - o cuidado; define o seu papel ao cliente e a outros profissionais da equipe de saúde e propicia a satisfação e o aperfeiçoamento profissional.

O serviço se beneficiará, com vistas a um alto nível de atendimento de enfermagem; subsídios para o aperfeiçoamento das atividades; redução dos custos, mediante o nível razoável de saúde da clientela engajada no autocuidado; minimização de internações e de procedimentos terapêuticos de reabilitação e incremento da oferta à demanda reprimida.

Ao finalizar este estudo, a de se fazer referência a inúmeras considerações de relevante significação tanto para a autora como para a clientela pesquisada, a saber:

- A faixa etária predominou entre 50 e 67 anos; 70% são casadas, 94% têm renda familiar variando de 1 a 3 salários mínimos; escolaridade até o 1º grau, porém, a maioria não o concluiu; 80% são não-brancas.

- As mulheres apresentaram os quatorze diagnósticos de enfermagem, relacionados aos requisitos de autocuidado, na primeira consulta. Porém, na última consulta, permaneceram quatro destes diagnósticos. Todavia, a partir da terceira consulta, houve regressão acentuada.

- Entre os diagnósticos relacionados autocuidado universal, três mantiveram – se até a última consulta - oxigenação inadequada, riscos à vida e ao bem-estar, e inadequada promoção da saúde. Contudo, as mulheres necessitavam, cada vez menos de intervenções.

- Na quarta consulta em diante, a clientela não apresentou diagnósticos relacionados ao autocuidado “desenvolvimental”.

- Dentre os diagnósticos relacionados ao desvio de saúde, todos estiveram presentes nas mulheres na primeira consulta e somente um na última consulta – falta de execução efetiva das condutas orientadas –, porém, a clientela necessitou de 50% das intervenções de enfermagem.

- A presença dos diagnósticos nas mulheres foi propiciada pelo desconhecimento em relação à doença e à terapêutica, bem como condutas preventivas, corroborando agravos à saúde e ao bem-estar.

- As mulheres demonstraram o PEAc mínimo de 28,5 e o máximo de 77,5 na primeira consulta, porém, no final do acompanhamento, apresentaram, respectivamente, 91,5 e 100,0.

- Após o acompanhamento de enfermagem, as mulheres apresentavam mudanças comportamentais, reveladas pelos depoimentos e comprovadas pelo PEAc atingido.

- Os depoimentos revelaram: satisfação com o atendimento (100%); alterações positivas aconteceram nas dimensões – pessoal, familiar, social e ocupacional (98%); modificações na saúde em geral; desenvolvimento de capacidade para o autocuidado (100%); desempenho do papel de multiplicador das ações de autocuidado na família e na comunidade; e desenvolvimento da consciência crítica que as capacitou a apresentar sugestões para a melhoria do atendimento no serviço, de modo geral, envolvendo as questões assistenciais e administrativas.

- O PEAc foi mau em 3 mulheres, regular em 29 e bom em 18, na primeira consulta de enfermagem. Porém, na segunda consulta variou de regular a excelente; na terceira e quarta, variou de bom a excelente; e nas duas últimas consultas, as mulheres atingiram o PEAc excelente. Portanto, o acompanhamento de enfermagem facilitou a mulher ser agente de autocuidado.

Em face das considerações, certifica-se de que as orientações de enfermagem, através de uma intervenção sistematizada, possibilitaram às mulheres o engajamento para o autocuidado. Então, sugere-se a implementação do modelo assistencial na Instituição, que constituiu o *locus* deste estudo e nas demais Instituições que prestam atendimento à clientela hipertensa.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDRIGHI, J. M. Cardioproteção e Reposição Hormonal no Climatério. **Ars Cvrandi Cardiol**; São Paulo: p. 71 – 75, jan/fev., 1995.

ALDRIGHI, J. M. . Doença Cardiovascular e Terapia Hormonal. **Arq. Bras. Cardiol**; São Paulo: v. 65, n.3, p. 249 – 254, set.,1995.

ALDRIGHI, J. M. . Estrogênios, aterogênese e endotélio. **Rev. SOCESP**, São Paulo: v.6, n.2, p. 234 – 240, mar/abr., 1996.

ALFARO – LEFEVRE, R. **Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

ALLIGOOD, M.R. *Models and Theories: critical thinking structures*. IN: ALLIGOOD, M.R. and TOMEY, A.M. **Nursing Teory – Utilization and application**. Missouri, Mosby, 1997. p. 31-45.

ALMEIDA, F. A. Hipertensão Arterial. Tratamento em Grupos Especiais. **Ars Cvrandi**, São Paulo: p. 73 – 82; ago., 1993.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. O saber atual de enfermagem. IN: ____ **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986. p. 878-127.

AMODEO, C. Hipertensão Arterial – Como diagnosticar e tratar. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo: v. 52, p. 193 – 200 dez., 1995.

ARAÚJO, C.A.R. **Aderência do cliente hipertenso ao tratamento: estudo em uma instituição de saúde de referência estadual**, 1999. Dissertação de mestrado.

ARAÚJO, T. L. **Medida Indireta da Pressão Arterial: Caracterização do conhecimento do Enfermeiro**. 1994. 205f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.

BARBOSA, E.T. Expectativas para a abordagem no Brasil, com a mudança do século. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.7,p.7 – 10, jan/mar.2000.

BARDIN, L. **L' analyse de contenu**. 9.ed. Paris: Press Universitaires de France, 1998.

BARROS, M. V. . Dislipidemia na mulher. In: MARTINEZ, T. L. R. **Avaliação e conduta nos riscos trombo-aterogênico**. São Paulo: Asta, 1996. P. 133 – 138.

BATISTA, R. S. . Hipertensão Arterial. Epidemiologia, Fisiopatologia e complicações. **Ars Cvrandi Cardiol.**, São Paulo: p. 47 – 70, set., 1995.

BATTISTELLA, L. et al. Álcool e Coração. **Rev. da SOCESP**, São Paulo: v. 6, n. 4, p. 452 – 454, jul/ago., 1996.

BEEVERS, D.G. e MACGREGOR, G.A. **Hipertensão na Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

BENKO M. A.. **Processo de Enfermagem na Prática**. São Paulo: Ática, 1989, p.31-42.

BLOCH, K.V. . Blood Pressure, Capilar Glucose and Anthropometric Measures in a Yanomani Population. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 9, n.4, p. 428 – 438, oct/dec., 1993.

BLUMENFELD, J. D. Complicações Cardíacas e Renais da Hipertensão. **Clinical Symposia**. Ciba-Geigy, São Paulo: v. 46, n. 4, p. 4 – 34, 1994.

BOURGE, R.C. Estratificação de risco e intervenção precoce em insuficiência cardíaca congestiva. **Cardio News**. São Paulo; n. 19, 2000

BRANDÃO, A. P. . Curso de Reciclagem em Cardiologia. Tratamento da Hipertensão Arterial. **FUNCOR.**, São Paulo: Fas. II, p. 1 – 10, 1996.

BRANDÃO, C. R. **O Que é Educação**. 6ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1990.

BRANDER, N. **Auto-estima e os seus pilares**. São Paulo: Saraiva, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Análise dos Procedimentos em Medicina Preventiva na Tabela de Informações Ambulatoriais – SUS**. Brasília, CDCV, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Controle da Hipertensão Arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro, CDCV/NUTES, 1995, 233p..

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças Cardiovasculares no Brasil – SUS: Dados Epidemiológicos e Assistência Médica**. Brasília, PNDV, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial (PNECHA)**. Brasília, centro de Documentação do MS, 1993, 78p..

BRUM, P. C. . Exercício Físico e Hipertensão. **Hiper Ativo**, São Paulo: n. 1, p. 18 – 21, jan/fev/mar., 1994.

BRUNNER, L.S. e SUDDARTH, D.S. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

BRUYNE, A. . **Metodologia da Pesquisa**. São Paulo: LTR, sd.

BUGLIOSI, R. . Hyperlipidemia, hypertension and atherosclerosis in women. La clinica terapêutica. **British Medical Journal**, Roma: v. 146, n. 890, p. 503 – 518, dez., 1995.

CAMPEDELLI, M. C. . **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.

CARVALHO, E. T. . Fatores de Aterosclerose na mulher após a menopausa. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo: v. 66, n. 1, p. 37 – 45, jan., 1996.

CARVALHO, J. G. R. Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo: v. 51, n. 8, p. 1023 – 1034, ago., 1994.

CASTELLAMOS, B.E.P. Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. IN: CASTILHO . **Processo de Enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.p. 43 – 55.

CASTRO. M. H. G. Avaliação do sistema educacional brasileiro. **ENSAIO** – avaliação e políticas públicas em educação. Rio de Janeiro, v.6, jul/set, 1998.

CECCIM, R.B.A. A ciência e a arte de um saber-fazer em saúde. In: MEYER D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p.87-102.

CENDOROGLO, M. S. . Dislipidemia e Hipertensão Arterial. In: MARTINEZ, T. L. R. **Avaliação e Conduta nos riscos trombo-aterogênico**. São Paulo: Asta, 1996. Cap 10, p. 123 – 132.

CHAGRA, A. R. . Diabete e Coração. **Rev. SOCESP**, São Paulo: v. 6, n. 4, p. 427-430, jul/ago. , 1996.

CONSELHO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL – III CBH. São Paulo, 1998.

CORRÊA, A. D. . Hipertensão Arterial. Emergências Hipertensivas e Hipertensão em Grupos Especiais. **Ars CVrandi Cardiol.**, São Paulo: p. 71-100; set., 1995.

CORTEZ, J. A. A. Prescrição de Treinamento para Coronarianos. **FITCOR**, São Paulo: n. 2, p. 16-21, ago/set., 1995.

CRUZ, I.C.F. O cliente / família com hipertensão arterial essencial. Considerações sobre o diagnóstico e tratamento de enfermagem na consulta. **Rev. Enfermagem**. UERJ. Rio de Janeiro, n. 1. 1995. p.712-74.

DAHER, D.V. **Por detrás da chama da lâmpada – identidade social do enfermeiro**. Rio de Janeiro: EDUFF, 2000.

DEMO, P. **Desafios Modernos da Educação**. Petrópolis: vozes,1995.

DIAMENT, J. . A importância do elo dislipidemia – hipertensão arterial na aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo: v. 62, n.2, p. 220-238, ago., 1996.

DILLY, C.M.L. e JESUS, M.C.P. **Processo educativo em enfermagem – das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Robe, 1995.

DOENGES, M. E. e MOORHOUSE, M. F. **Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem**. Lisboa: Lusodidacta, 1996.

FALUDI, A. A. . Atuação do exercício físico sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Rev. SOCESP**, São Paulo, v. 6, n.1, p. 20-25, jan/fev. 1996.

FERREIRA, A.B. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1986. p. 418.

FERREIRA, C. Hipertensão arterial sistêmica. **Compacta Cardiol.**, São Paulo, n. 5, p. 5-10, 1992.

FEITOSA, G. S. Tratamento da hipertensão arterial no negro. **Hiper Ativo**, São Paulo, n. 3, v. 3, p. 180-185, jul/set 1996.

FREIRE, P. **Conscientização**. São Paulo: Moraes, 1989.

_____. **Pedagogia da Autonomia – Saberes necessários à Prática educativa**. 8ª ed. São Paulo: Paz e terra, 1998.

_____. **Educação e Mudança**. 13ª ed. São Paulo: Paz e terra, 1987.

FOSTER, P. C. e BENNET, A. M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: 1993, cap. 7, p. 90-107.

FROLICH, E. D. **Hipertensão, programa de auto-avaliação**. New Orleans: ACCSAP, 1996. 22p..

FULLER, J. e SCHALLERS-AYERS, J. **Health Assessment**. 2ª ed. Filadelfia: Lippencolt, 1994.

FURTADO, M. R. Hipertensão arterial na mulher: um caso especial? **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 64, p. 164, out. 1995.

GADOTTI, M. **Pensamento Pedagógico Brasileiro**. 6ª ed. São Paulo: Ática, 1995.

GAGLIARDI, R. J. Hipertensão e cérebro: risco e benefício. **Hiper Ativo**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 18-22, fev. 1994.

GARCIA, W.E. **Educação – visão teórica e prática pedagógica**. São Paulo: MCgraw-Hill, 1981.

GIGLIOTTI, A. At al. Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro: p. 48 – 78, ago, 1999.

GILES, T.R. **Filosofia da educação**. São Paulo: Vozes, 1998.

GOLDBAUM, M e ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. IN: ROUQUAYROL, M.Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5.ed. Rio de janeiro: Medsi, 1999. p. 27-28.

GOMES, C.A. **A educação em perspectiva sociológica**. 2 ed. São Paulo: EPU, 1989.

GUALDA, D.M.R. e LIMA, A.F.C. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise. **Nursing**, n.30, ano-3, nov, 2000.

HICKMAN, J.S. Introdução à teoria de enfermagem. IN: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem – os fundamentos á prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p.11-20.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HUDAK, C.; GALLO, B.M. **Cuidados Intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**, 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap.6.

HUNGLER, B.P., POLIT, D.F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

JACKSON, G. Coronariopatia em mulheres: redução dos riscos. **UPDATE**, São Paulo, mai, 2000.

JARDIM, P. C. V. . Hipertensão na terceira idade. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 51, p. 221-236, jan. 1995.

JARDIM, P. C. V. Patologia da hipertensão arterial em negros. **Hiper Ativo**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 173-179, jul/set. 1996.

JARVIS, S. Antagonistas dos receptores dos leucotrienos. **UPDATE**, São Paulo, mai. 2000.

JOHANNSEN, J. M. Update – Guidelines For. **Am. J. Nurs.**, USA: mar. 1993.

KIMURA, M. Teorias de Enfermagem – suas aplicações na prática. IN: **Processos de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.

KINCHOKU . Museio nutricional na hipertensão arterial. **Rev. da SOCESP**, São Paulo, v.7, n.4,jul/ago,1997.

KOHLMANN, O. . Hipertensão arterial essencial: conceito e etiopatogenia. **Rev. SOCESP**, São Paulo, v. 4, p. 18-22, jan/fev, 1992.

KRUPPA, S.M.P. **Sociologia da educação**. São Paulo: Cortez, 1993.

LABRUNIE, M. C. L. Dietoterapia em cardiologia. **Rev. SOCESP**, São Paulo. V.7, n.4, jul/ago, 1997. p. 465-474.

LEITE, P. F. **Hipertensão arterial: atualização e reciclagem**. Belo Horizonte, Health, 1995, 189p..

LESCURA, Y. E MAMEDE, M. V. **Educação em Saúde – abordagem para o enfermeiro**. São Paulo: Sarvier, 1990.

LOPES, A. A. Raça e hipertensão arterial. **Hiper Ativo**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 153-167, jul/set. 1996.

LOTUFO, P. A. Doenças cardiovasculares no Brasil: por que altas taxas de mortalidade entre mulheres?. **Rev. SOCESP**, São Paulo, mar.2000. A situação brasileira. Disponível em: <http://www.socesp.org.br/revista/v6n6/536htm>.

LUNA, R. L. **Hipertensão arterial**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1989, 301p..

MANCINI, M. Comprehensive assessment of coronary in preventive cardiology. **J. Int. Soc. Fed. Cardiol.**, p. 1-3, 1992.

McAULIFFE, J.F. e CORREIA, L.L. Saúde materno-infantil. IN: ROUQUAYROL, M.Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 375 – 404.

MARANHÃO, M.F.C. . Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Medicina – SMB**, São Paulo, v. 77, n.2, ago, 1999.

MARTINEZ, T. L. R. . Dislipidemia na mulher In: LOURENCO, M. D. **Avaliação e conduta nos riscos trombo-aterogênico**. São Paulo: Asta, cap. 11, p. 133-138, 1996.

MARTINEZ, T. L. R. e COSTA, R.P. Dietoterapia em cardiologia, **Rev. SOCESP**, São Paulo, V.7,n.4,jul/ago,1997.p.475 - 484.

MORIGUCHI, E.H. Importância da dislipidemia na identificação precoce do risco de doenças crônicas. **Rev. Internation Lipid and Related Disorders Information Bureau**, São Paulo, a.2, n.2, ago, 2000.

MOTA, S. Saneamento. In: ROUQUAROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

NOBRE, F. . II Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 1-17, mar. 1994.

NOVAZZI, J. P. Obesidade e coração. **Rev. SOCESP**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 447-451, jul/ago. 1996.

NORDMEYER, B.S. . Dorothea E. Orem. IN: TOMEY, A.M. **Nursing Theorists and their work**. Missouri: Mosby, 1994. p.181 – 198.

OIGMAN, W. Avaliação clínica-laboratorial do paciente hipertenso. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 51, n. 8, p. 1001-1009, ago. 1994.

OLIVEIRA, L. C. Hipertensão arterial como fator de risco: um problema sócio-econômico. **Ars Cvrandi Cardiol.**, São Paulo, p. 5, mar/abr. 1994.

- OLIVEIRA JR, W. Estresse mental como fator de risco para hipertensão arterial. **Rev. SBH**, São Paulo, v.3, n.3, 2000.
- OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5 ed, Georgia: Mosby, 478p, 1995.
- OTERO, N. R. . Eventos agudos cerebrais: manifestações cardiovasculares. **Rev. SOCESP**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 31-38, jul/ago. 1996.
- PAUL, C., REEVES, J. S. Florence Nightingale. IN: GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem - os fundamentos à prática profissional**. 4.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000. p.33 - 44.
- PEREIRA, M.P., TIMERMAN, A. Tratamento atual da insuficiência cardíaca congestiva. **Rev. SOCESP**. São Paulo, v.10,n.1,jan/fev. 2000.
- PIERIN, A. .Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não-farmacológico. **J. Bras. Nefrol**, São Paulo, 1995.
- _____. Medida Indireta da Pressão Arterial: como evitar erros. **Rev. Bras. de Hipertensão**, São Paulo, v.7; jan/mar. 2000.
- PICCININI, A. B. . Hipertensão Arterial. **Ars Cvrandi**, São Paulo: p. 103 – 124, set 1995.
- POLANCZYK, C. A. **Estudos de custo – efetividade na área médica**. IN: Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão 2000, Salvador, 2000. p.1- 17.
- POTTER, A. P. e PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e hospitalar**. São Paulo: Santos, 1996.
- _____. **Fundamentos de enfermagem – conceitos, processo e prática**. 4 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1999, v.1 e 2.
- PÓVOA, R. Hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Esc. Paul. Med.**, São Paulo, n. 5, p. 5-10, 1992.
- POZZAN, R, . Hiperinsulinemia e hipertensão arterial sistêmica. **Hiper Ativo**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 122-126, abr/jun. 1996.
- ROBINSON, E. Atualização em infectologia – gripe. **UPDATE**, São Paulo, ano 10, n. 131; abr. 2000
- ROMANO, B.W. Qualidade de vida: teoria e prática. **Rev. da SOCESP**. São Paulo, v.3, n.6, nov/dez. 1993
- ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e saúde**. 5 ed.Rio de Janeiro: MEDSI,1994.
- RIBEIRO, A. B. . Hipertensão arterial: como diagnosticar e tratar. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 51, p. 239-250, jan. 1995.

_____. **Atualização em hipertensão arterial**. São Paulo: Atheneu, 230p., 1996.

ROSA, J.F. et al. Estado pós menopáusico. **Revista de la Federación Argentina de Cardiología**. Argentina, mar. 2000. guidelines on cardiovascular prevention. Disponível em: <http://pcvc.sminter.com.ar.taces/pública/revista/99v28n4/cuerpo/sumario.htm>.

SAADJIAN, A. **Fatores de risco cardiovasculares na hipertensão: perguntas e respostas**. São Paulo: Sarvier, p. 4-12, 1996.

SALVIANI, D. **Pedagogia Teórico-Crítica – Primeiras aproximações**. 3 ed. São Paulo: Cortez 1991.

SAMPAIO, F.P.R, PAGLIUCA, L.M.F. **O transplantado renal em acompanhamento ambulatorial: autocuidado**. Fortaleza: FCPC, 2000.

SANJULIANI, A. F. Tratamento farmacológico da hipertensão arterial primária. **Rev. Bras. Med.**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 8, p. 1010-1018, ago. 1994.

SANTELLO, J. L. . Papel da dieta com restrição salina no tratamento da hipertensão arterial, **Hiper Ativo**, n.1, p. 5-9, jan/mar. 1994.

SANTOS, S.C.M. Insuficiência cardíaca no idoso. **Rev. da SOCESP**, São Paulo, v.10,n.1, jan/ fev. 2000.

SANTOS, J. E. Obesidade e hipertensão. **Hiper Ativo**, São Paulo, n.1, p. 23-27, jan/mar. 1994.

SANTOS, Z.M.S.A. **Estilo de vida da mulher hipertensa e a relação com o autocuidado**. Dissertação de Mestrado. Fortaleza: DENF/UFC, 1998.

SANTOS, Z.M.S.A. et al. Reflexo da Hipertensão Arterial no Sistema Familiar. **Rev. da SOCESP**, São Paulo: v.8,n.2,p.1-6,mar/abr.,1998.

SANTOS, Z.M.S.A.; ARAÚJO, T.L.; OLIVEIRA, V.L.M. A enfermagem e a interação interpessoal: base para a intervenção no diagnóstico de ansiedade. **Rev. da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática**, Rio de Janeiro, v.3, p.45 – 51, jul/ ago/set. 1999.

SERRANO, C. V. . Dislipidemia e coagulação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 65, n. 3, p. 30-45, set. 1995.

SILVA, R.M. Mulher mastectomizada e o relacionamento familiar. IN: VARELA, Z.M.V., SILVA, R.M., BARROSO, M.G.T. **Dimensões do cotidiano - violência doméstica, saúde da mulher e desempenho no trabalho**. Fortaleza: 1998.

SILVEIRA, P.R. Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Medicina**. São Paulo, v.77, n.2, ago, 1999.

SMELTZER, S.C. e BARE, B.G.. IN: _____. Educação para saúde e promoção da saúde. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 34-43.

STORINO, R. A. . Exercício sistemático: adaptação cardiovascular. **Ars Cvrandi**, São Paulo, p. 40-48, abr. 1994.

TAKAKURA, M.S. . Estudo dos fatores de risco para hipertensão arterial: conhecimento e exposição. **Rev. da SOCESP**, São Paulo, v.3,n.6, nov/dez.

TAVARES, A. Hipertensão arterial. **Rev. Brás. Méd.**, São Paulo, v.51, p.239 – 250, jan. 1995.

TAVARES, A. Impacto da hipertensão arterial no Brasil: aspectos epidemiológicos e dados sobre o tratamento. IN: Ribeiro, A. B. **Avaliação da hipertensão arterial no adulto**. São Paulo: UNIFESP – Escola Paulista de Medicina/ Hospital do rim e hipertensão, p.13 - 23, 1998.

TIMERMAN, A., PEREIRA, M.P. Tratado atual de insuficiência cardíaca. **Rev. da SOCESP**, São Paulo, v.10, n.1, p.65 – 75, jan/fev. 2000.

VARELA, Z.M.V. A saúde física, mental e social na família. IN: SILVA, R.M., BARROSO, M.G.T. e VARELA, Z.M.V. **Dimensões do cotidiano - violência doméstica, saúde da mulher e desempenho no trabalho**. Fortaleza: 1998. p.11 - 20.

VEIGA, E. V. **Medida Indireta da Pressão Arterial em função da largura do manguito, em escolares de 6 a 10 anos de idade**. 162p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: 1995.

VEIGA, E. V. . Estudo dos Fatores de Risco da Hipertensão Arterial: Conhecimento e Exposição. **Rev. da SOCESP**, São Paulo, v. 3, n. 6, 1993.

VEIGA, E. V., BASSO, E. Consulta de enfermagem: evolução histórica, definição e uma proposta de modelo para a sua realização em programa de hipertensão arterial. **Rev. da SOCESP**, São Paulo, v.8, n.2, mar/abr. 1998.

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. 2 ed., São Paulo: Campos, 291p., 1987.

WALDOW, V. R. . **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

_____. **Cuidado humano – o resgate necessário.** Porto Alegre: Luzzatto, 1999.

ZAMBONI, M. . Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Medicina.** São Paulo, v.77, n.2.

ZANCHETTI, A. The hypertensive patient with multiple risk factors. **American Journal of hypertension,** Lausanne, Switzerland, 02 october, 1997, n.10, v.10. part.2.

ZANELLA, M. T. . Hipertensão arterial essencial: conceito e etiopatogenia. **Rev. SOCESP,** São Paulo, v. 2, n. 4, p. 18-22, jul/ago. 1992.

APÊNDICE 1

LEVANTAMENTO DE DADOS

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Pront.: _____
 Endereço: _____
 Idade: _____ Religião: _____ Estado Civil: _____
 Nº de filhos: _____ Naturalidade: _____
 Procedência: _____ Profissão/ocupação: _____
 Renda familiar (salários mínimos): _____ Nível de instrução: _____
 Raça/cor: _____ Condições de moradia: _____
 Com quem mora: _____

II – AUTOCUIDADO UNIVERSAL

1. Oxigenação: _____
 2. Hidratação: _____
 3. Alimentação (habitual, preferências, tabus, intolerância, restrição, alterações): _____ --

4. Eliminações:
 Intestinal: _____
 Urinária: _____
 Outras: _____

5. Atividade e Descanso:
 - Média de horas/ dia: Trabalho _____ Sono _____
 - Tipo de sono: _____ Sono satisfeito _____
 - Necessidade de ajuda para conciliar o sono: _____

6. Solidão e Interação Social:
 - Sentimento de solidão: _____
 - Participação em atividades sociais: _____
 - Relacionamento com: Família: _____
 Outras pessoas: _____

7. Prevenção do risco para doença cardiovascular e cerebrovascular:
 - Tabagismo: _____
 - Alcoolismo: _____
 - Uso de café: _____

- Prática de exercícios físicos: _____
- Uso de medicamentos hipertensivos: _____
- Tipo de temperamento: _____
- História familiar de doença cardiovascular: _____
- Dislipidemia: _____
- Sobrepeso/ obesidade: _____

8. Promoção da Saúde:

- Prevenção do câncer de mamas e de colo de útero: _____
- Imunização básica: _____
- Odontologia preventiva: _____
- Oftalmologia: _____

III – AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAL

1. Mudança (s) do ciclo vital: _____

2. Significado das mudanças: _____

3. Adaptação à(s) mudança(s): _____

4. Funções reprodutiva e sexual:
 - Menarca: _____ ciclo menstrual: _____
 - Menopausa (idade e tipo): _____
 - Manifestações clínicas do climatério: _____

 - Controle de natalidade: _____
 - Número de gestações, partos e abortos: _____
 - Atividade sexual: _____

IV – AUTOCUIDADO POR DESVIO DE SAÚDE

1. Descoberta da doença: _____
2. Tempo de diagnóstico e de tratamento: _____
3. Tipo(s) de tratamento: _____
4. Conhecimento da doença e do tratamento: _____
5. Execução efetiva das condutas orientadas: _____
6. Existência de outros problemas de saúde: _____

EXAME FÍSICO

PA: _____ Membro/Cir: _____ Posição: _____
 Pulso: _____ FC: _____ FR: _____
 Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____
 Cabeça: _____
 Pescoço: _____

Tronco anterior:

Tórax: _____
 Pulmões: _____
 Coração: _____
 Mamas: _____
 Axilas: _____
 Abdome: _____
 Genitais: _____

Tronco posterior:

Dorso e coluna vertebral: _____
 Glúteos: _____
 Ânus e reto: _____

Membros:

Superiores: _____

 Inferiores: _____

Condições de higiene, aparência pessoal e vestuário: _____

Observações: _____

AVALIAÇÕES DO AUTOCUIDADO

Demanda(s) do AC relacionada com: _____
 Capacidade para o AC: _____
 Sistemas de enfermagem: _____
 Método(s) de ajuda para o autocuidado: _____

APÊNDICE 2

PLANO DE INTERVENÇÃO

NOME: _____ PRONT: _____ DATA: ____/____/____

COD. D.E	X	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	X	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO
01U		Oxigenação inadequada		Observar e investigar alterações no padrão respiratório Orientar sobre as medidas preventivas de problema Explicar as condutas para aliviar ou reduzir problemas respiratórios	
02U		Insuficiência de líquidos		Esclarecer sobre a importância da ingestão adequada de líquidos Discutir sobre as condutas para uma ingestão adequada de líquidos	
03U		Ingestão inadequada de alimentos		Investigar sobre o padrão alimentar rotineiro Orientar sobre os aspectos qualitativos e quantitativos da dieta adequada Conscientizar sobre a importância de um adequado programa alimentar Encaminhar à nutricionista	
04U		Eliminações inadequadas		Investigar sobre os hábitos de eliminação Discutir as condutas de prevenção e combate às alterações relacionadas com os hábitos de eliminação	
05U		Desequilíbrio entre atividade e descanso		Averiguar sobre o equilíbrio entre as atividades e o descanso Esclarecer sobre o exercício de atividades físicas e laborativas compatíveis com a idade e o estado de saúde Abordar sobre as condutas que previnem e eliminem alterações no padrão de sono e repouso	
06U		Desequilíbrio entre solidão e interação social		Investigar sobre as causas da solidão Oferecer opções de lazer Incentivar a participação em atividades sociais	

PLANO DE INTERVENÇÃO (cont.)

COD. D.E.	X	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	X	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO
07U		Riscos à vida e ao bem-estar		Esclarecer sobre as condutas que previnem, amenizam ou eliminem os fatores de risco das doenças cardiovascular e cerebrovascular Conscientizar sobre o controle rigoroso de doenças crônicas Encaminhar: nutricionista, médico, psicólogo	
08U		Inadequada promoção da saúde		Explicar sobre a importância das condutas p/ promoção da saúde Encaminhar: ginecologista, odontólogo, oftalmologista e imunização	
09D		Adaptação inadequada às modificações do ciclo vital		Avaliar o processo de adaptação às mudanças no ciclo vital Esclarecer sobre alterações ocorridas em cada fase do ciclo vital Encorajar a adaptação à fase do ciclo vital, adotando condutas para prevenir, atenuar ou eliminar distúrbios	
10D		Inadequada adaptação social		Investigar sobre os motivos que afetam a adaptação social Discutir sobre as condutas que aliviem ou eliminem as condições que afetam a adaptação social	
11DS		Desconhecimento da doença e do tratamento		Avaliar o nível de conhecimento acerca da doença e das condutas terapêuticas Conscientizar sobre a doença e as medidas terapêuticas	
12DS		Falta de aceitação da doença		Esclarecer sobre a doença e seus efeitos sobre a saúde Estimular sobre a aceitação do problema de saúde	
13DS		Adaptação inadequada ao problema da saúde		Averiguar dificuldades de adaptação ao problema de saúde Conduzir a adaptação à doença, promovendo qualidade de vida	
14DS		Falta de execução efetiva de condutas orientadas		Investigar dificuldades na execução das medidas terapêuticas Orientar sobre as medidas terapêuticas Estimular a adesão persistente ao tratamento Apreciar o engajamento no autocuidado	

X = presença; U = Universal; D = Desenvolvidor; DS = Desvio de Saúde

APÊNDICE 5

Guia Institucional da Padronização dos Diagnósticos de Enfermagem, segundo Orem

Autocuidado Universal		
Código	Diagnósticos	Indicadores
01U	Oxigenação inadequada	- Quantidade e qualidade inadequadas de ar, líquido e alimento para funcionamento normal.
02U	Insuficiência de líquidos	
03U	Ingesta inadequada de alimentos	- Falta de preservação da integridade de estruturas anatômicas associadas. - Incapacidade total ou parcial para desfrutar as experiências prazerosas de respiração, hidratação e alimentação sem abuso.
04U	Eliminações inadequadas	- Falta de busca e de manutenção de condições internas e externas necessárias para regulação do processo de eliminação. - Administração incorreta dos processos de eliminação e controle de excrementos. - Ausência de condições sanitárias no ambiente.
05U	Desequilíbrio entre atividade e descanso	- Falta de atividade que estimule, engaje e conserve em equilíbrio movimento físico, respostas afetivas, esforço intelectual e interação social. - Falta de reconhecimento e atendimento às necessidades de repouso e atividade. - Falta de uso pessoal de capacidades, interesses e valores, como base para desenvolvimento de um padrão de atividade e repouso.

06U	Desequilíbrio entre solidão e interação social	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de manutenção da qualidade e equilíbrio necessários para o desenvolvimento da economia pessoal, e relações duradouras que favoreçam o funcionamento efetivo de indivíduos. - Dificuldade em providenciar condições de prazer social e qualidade sólida para ajustamento e desenvolvimento continuados. - Falta de promoção da autonomia individual e grupal.
07U	Riscos à vida e ao bem-estar	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de atenção aos riscos que são possíveis de acontecer. Ex.: fatores de riscos para as doenças cardiovascular e cerebrovascular. - Ausência de condutas que induzam o desenvolvimento de riscos. Ex.: controle dos fatores de riscos das doenças cardiovascular e cerebrovascular. - Falta de remoção ou proteção de si próprio das situações de riscos, quando um risco não pode ser eliminado. Ex.: controle de diabetes, controle da pressão arterial. - Falta de controle de riscos para eliminar perigo para a vida ou bem-estar. Ex.: controle dos fatores de risco das doenças cardiovascular e cerebrovascular.
08U	Inadequada promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de ação para manter e promover a integridade da estrutura e funcionamento humanos. Ex.: prevenção do câncer de colo e de mama, odontologia profilática, esquema vacinal completo. - Ausência de identificação e atendimento para desvios de padrão estrutural e funcional. Ex.: visita rotineira ao oftalmologista mediante uso de lentes corretivas, ou outras próteses, e qualquer outro problema ou queixa relacionada à saúde.

Autocuidado Desenvolvidamental

Código	Diagnósticos	Indicadores
09D	Adaptação inadequada às mudanças do ciclo vital	<p>- Ausência de busca e de manutenção de condições que suportam processo de vida e promovam os processos de desenvolvimento: vida intra-uterina, nascimento, recém-nascido, infância, adolescência, adulto, idoso, gravidez (adolescência e adulto).</p> <p>- Ausência de cuidados mediante efeitos de condições que podem afetar o desenvolvimento: falta de saúde individual, saúde precária ou incapacidade, doença terminal, morte eminente.</p>
10D	Inadequada adaptação social	<p>- Ausência de cuidados associados com efeitos de condições que podem adversamente afetar o desenvolvimento humano: privação educacional, perda de posse de segurança ocupacional, mudança abrupta de residência para um ambiente não familiar; problema associado a <i>status</i>, condições de vida opressiva.</p>

Autocuidado por Desvio de Saúde		
Código	Diagnósticos de Enfermagem	Indicadores
11DS	Desconhecimento da doença e do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de conscientização e de atenção para os efeitos e resultados de estado e condições patológicas. - Ausência de conscientização e de atenção para regulagem de desconfortos ou efeitos deletérios de medidas prescritas de cuidados médicos.
12DS	Falta de aceitação da doença	- Falta de modificação de autoconceito (e de auto-imagem) na aceitação de si como estando num estado especial de saúde e necessitando de formas específicas de cuidados de saúde.
13DS	Adaptação inadequada ao problema de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de busca e de garantia de assistência médica adequada. - Insuficiente ou ausente aprendizado da vida associado aos efeitos de condições patológicas, os estados e os efeitos de medidas de diagnóstico e de tratamento, num estilo de vida que promova desenvolvimento contínuo do indivíduo.
14DS	Falta de execução efetiva das condutas orientadas	- Ausência total ou parcial de condutas orientadas para prevenir doenças, regularizar o funcionamento integrado humano; corrigir deformidades ou anormalidades, ou compensar incapacidades.

FONTE: Adaptação de Orem (incluindo diagrama feito pela autora desta tese)

APÊNDICE 6

QUADRO PARA COMPUTAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

COD. D.E	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	1°	2°	3°	4°	5°	6°
01U	Oxigenação inadequada						
02U	Insuficiência de líquidos						
03U	Ingesta inadequada de alimentos						
04U	Eliminações inadequadas						
05U	Desequilíbrio entre atividade e descanso						
06U	Desequilíbrio entre solidão e interação social						
07U	Riscos à vida e ao bem-estar						
08U	Inadequada promoção da saúde						
09D	Adaptação inadequada às modificações do ciclo vital						
10D	Inadequada adaptação social						
11DS	Desconhecimento da doença e do tratamento						
12DS	Falta de aceitação da doença						
13DS	Adaptação inadequada ao problema da saúde						
14DS	Falta de execução efetiva de condutas orientadas						

APÊNDICE 7

PERFIL DE ENGAJAMENTO NO AUTOCUIDADO - PEAc

I) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. IDADE: _____
 2. ESCOLARIDADE: _____
 3. ESTADO CIVIL: _____
 4. NATURALIDADE: _____

5. PROCEDÊNCIA: _____
 6. RENDA FAMILIAR: _____
 7. RAÇA: _____
 8. OCUPAÇÃO: _____

II) DADOS SOBRE AUTOCUIDADO

Nº	Autocuidado universal	Esc.	1ª C	2ª C	3ª C	4ª C	5ª C	6ª C	TOTAL
1	Oxigenação adequada	05							
2	Ingesta suficiente de líquidos	05							
3	Ingesta adequada de alimento	05							
4	Eliminações adequadas	05							
5	Equilíbrio entre atividade e descanso	05							
6	Equilíbrio entre solidão e interação social	05							
7	Prevenção de risco à vida e ao bem-estar	05							
8	Adequada promoção da saúde	05							
Nº	Autocuidado desenvolvimental								
9	Adaptação adequada às modificações do ciclo vital	10							
10	Adaptação social	10							
Nº	Autocuidado por desvio de saúde	10							
11	Conhecimento da doença e do tratamento	10							
12	Aceitação da doença	10							
13	Adaptação adequada ao problema de saúde	10							
14	Execução efetiva de condutas orientadas	10							
	Perfil de engajamento no autocuidado	100							

Perfil de engajamento no autocuidado (PEAc)	Escore
Excelente	80-100
Bom	60-79
Regular	40-59
Mau	< 39

PERFIL DE ENGAJAMENTO NO AUTOCUIDADO

I) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. IDADE _____
2. ESCOLARIDADE: 1 Analfabeta 2 1º grau 3 2º grau 4 3º grau
3. ESTADO CIVIL: 1 Solteira 2 Casada 3 Viúva 4 Outros
4. NATURALIDADE: 1 Capital 2 Outros municípios
5. PROCEDÊNCIA: 1 Capital 2 Interior
6. RENDA FAMILIAR (Salários mínimos) _____
7. RAÇA: 1 Branca 2 Não Branca
8. OCUPAÇÃO: _____

II) DADOS SOBRE AUTOCUIDADO

Nº	Autocuidado Universal	Escore					
		1ª C	2ª C	3ª C	4ª C	5ª C	6ª C
9	Oxigenação:						
	1 Qualidade: 2,5 () adequada 0 () inadequada						
10	2 Quantidade: 2,5 () adequada 0 () inadequada						
	Ingesta de água:						
11	1 Qualidade: 2 () adequada 0 () inadequada						
	2 Quantidade: 0 () 0-0,5 l 2 () 1,5-2,0 l 1 () 0,5-1,5 l 3 () 2,0 ou + l						
12	Ingesta de Alimento:						
	1 Qualidade: 1 () pouco ou sem sal 1 () gordura vegetal 1 () predomínio de vegetais 1 () predomínio de carne branca						
12	2 Quantidade: 1 () adequada 0 () inadequada						
	Eliminações:						
12	1 Intestinal:						
	1.1 Qualidade: 1 () adequada 0 () inadequada						
12	1.2 Quantidade 0,5 () freqüência adequada 0 () freqüência inadequada						

	<p>0,5 () volume adequado () volume inadequado</p> <p>2. Urinária:</p> <p>2.1 Qualidade: 1 () adequada 0 () inadequada</p> <p>2.2 Quantidade: 0,5 () frequência adequada 0 () frequência inadequada</p> <p>0,5 () volume adequado 0 () volume inadequado</p> <p>3. Cutânea:</p> <p>3.1 Quantidade: 0,5 () adequada 0 () inadequado</p> <p>3.2 Qualidade: 1 () adequada 0 () inadequada</p>							
13	<p>Atividade e repouso:</p> <p>1 Trabalho:</p> <p>1.1 Qualidade: 1 () adequada 0 () inadequada</p> <p>1.2 Quantidade: 1 () adequada 0 () inadequada</p> <p>2 Sono e repouso:</p> <p>2.1 Qualidade: 1,5 () adequada 0 () inadequada</p> <p>2.2 Quantidade: 1,5 () adequada 0 () inadequada</p>							
14	<p>Solidão e interação social:</p> <p>1 Sentimento de solidão: 0 () sim 1 () não</p> <p>2 Participação em atividades sociais: 1 () sim 0 () não</p> <p>3 Relacionamento com:</p> <p>Família 2 () satisfatório 0 () insatisfatório parcial</p> <p>Outras pessoas 1 () satisfatório 0 () insatisfatório</p>							
15	<p>Riscos à vida e ao bem-estar:</p> <p>1 Tabagismo: 0 () sim 0,5 () não</p> <p>2 Alcoolismo: 0 () sim 0,5 () não</p> <p>3 Uso de café: 0,5 () adequado 0 () inadequado</p> <p>4 Sedentarismo: 0 () sim 0,5 () não</p> <p>5 Estresse: 0 () sim 0,5 () não</p> <p>6 Deslipidemia: 0 () sim 0,5 () não</p> <p>7 Uso de medicamentos hipertensores: 0 () sim 0,5 () não</p> <p>8 Peso: 0,5 () normal 0 () sobrepeso 0 () obeso</p> <p>9 PA controlada: 0,5 () sim 0 () não</p>							
16	<p>Promoção da saúde:</p> <p>1 Prevenção do câncer de mama e de colo: 2 () sim 0 () não</p>							

	2 Imunização básica: 1 () sim 0 () não 3 Odontologia preventiva: 1 () sim 0 () não 4 Oftalmologia preventiva: 1 () sim 0 () não							
Nº	Autocuidado Desenvolvimental	1ª C	2ª C	3ª C	4ª C	5ª C	6ª C	
17	Adaptações as mudanças do ciclo vital: 3 () parcialmente satisfatória 7 () satisfatória 0 () insatisfatória							
18	Adaptação à mudança social: 3 () parcialmente satisfatória 7 () satisfatória 0 () insatisfatória							
Nº	Autocuidado por Desvio de Saúde	1ª C	2ª C	3ª C	4ª C	5ª C	6ª C	
19	Conhecimento do (a): 1 Diagnóstico: 3 () sim 0 () não 2 () parcial 2 Terapêutica: 3 () sim 0 () não 2 () parcial							
20	Aceitação do Diagnóstico: 7 () sim 0 () não 3 () parcial							
21	Adaptação ao problema de saúde: 3 () Parcialmente satisfatória 7 () satisfatória 0 () insatisfatória							
22	Execução de condutas orientadas: 1 Uso regular da medicação: 1,5 () sim 0 () não 1 () parcial 2 Comparecimento às consultas: 1,5 () sim 0 () não 1 () parcial 3 Seguimento às consultas: 1,5 () sim 0 () não 1 () parcial 4 Participação nas atividades educativas: 1,5 () sim 0 () não 1 () parcial							
TOTAL DE ESCORE								

PERFIL DO ENGAJAMENTO	ESCORE
Excelente	80 – 100
Bom	60 – 79
Regular	40 – 59
Mau	< 39

APÊNDICE 8

GUIA INSTRUCIONAL PARA A IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DE ENGAJAMENTO NO AUTOCUIDADO

AUTOCUIDADO UNIVERSAL

1. Oxigenação:

1.1. Qualidade:

- Adequada: a composição do ar atmosférico está de acordo com os requisitos fisiológicos, ou seja, ar isento de gases irritantes que inibem a respiração, fumaça (tabagismo, combustão de derivados de petróleo), fungos (ácaro), poeiras, poluentes ocupacionais.
- Inadequada: a composição do ar inalado não está de acordo com os requisitos fisiológicos.

1.2. Quantidade:

- Adequada: a inalação de ar suficiente para atende às necessidades de oxigenação.
- Inadequada: a inalação de ar é prejudicada parcialmente, em consequência de obstrução da passagem de ar por corpos estranhos, sangue, vômitos, alimentos, anormalidades anatômicas, nódulos, tumorações, abscessos, paralisias nas estruturas das vias aéreas, laringoespasma, edema de glote, doenças pulmonares (atelectasias, bronquiectasias etc.), doenças cardíacas.

2. Ingesta de água:

2.1. Qualidade:

- Adequada: água potável, ideal para o consumo humano, proveniente de fontes tratadas.
- Inadequada: uso de água de fontes duvidosas, não tratada.

2.2. Quantidade: o consumo diário do adulto deve ser de 1500 a 2000 ml (6 a 8 copos ao dia).

3. Ingesta de alimento:

3.1. Qualidade:

- a ingestão de sal deve ser igual ou inferior a 2g/dia. O ideal para o cliente hipertenso seria a abstenção do sal na preparação de alimentos. A gordura vegetal é indicada porque é polissaturada. A dieta deve ser à base de vegetais, pois controla o peso corporal e combate o colesterol e à base de "carne branca", por ser pobre em colesterol.

3.2. Quantidade:

- Adequada: cerca de cinco refeições ao dia (desjejum, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia). O volume por refeições deve atender as necessidades nutricionais, mantendo o peso corporal equilibrado.

- Inadequada: ingestão de alimento superior ou inferior às necessidades corporais. Ingestão de alimento alterada por anorexia, transtornos gastrointestinais (vômitos, náuseas, regurgitação), bulimia, anormalidade nas estruturas da cavidade oral (doenças, deformidades) cirurgias orais, dificuldade de mastigar e deglutir (paralisias, ausência de dentes).

4. Eliminações:

4.1 – Intestinal:

4.1.1 – Qualidade:

- Adequada: as fezes características: consistência pastosa; odor típico; ausência de parasitas, sangue, muco e secreções purulentas; cor amarronzada.
- Inadequada: as fezes apresentam cor, consistência, odor e presença de elementos anormais.

4.1.2 – Quantidade:

- Freqüência:
 - Adequada: diária de 1 a 2 vezes.
 - Inadequada: evacuação diária superior a 2 vezes (diarréia). Irregular (constipação), incontinência.
- Volume:
 - Adequado: superior a 60 gramas por evacuação
 - Inadequado: inferior a 60 gramas por evacuação.

4.2 – Urinária:

4.2.1 – Qualidade:

- Adequada: a diurese apresenta as características normais: cor (amarelo clara a âmbar) odor (*sui generis*), limpidez (transparente), ausência de sangue e pus.

4.2.2 – Quantidade: a quantidade está diretamente relacionada com freqüência e o volume urinário.

- Freqüência:
 - Adequada: o adulto urina de 4 a 6 vezes ao dia, com volume variando de 1500 a 1600ml de urina (50 a 60ml horários).
 - Inadequada: freqüência inferior a 4 vezes e superior a 8 vezes ao dia. Volume inferior a 1500ml e superior a 1600ml. Alterações no padrão urinário: poliúria, nictúria (micção excessiva à noite), polaciúria, oligúria, incontinência, retenção, urgência.
- Volume:
 - Adequado: volume urinário do adulto nas 24 horas varia de 1500 a 1600ml de urina. Cerca de 50 a 60ml horário.
 - Inadequado: volume urinário inferior a 50ml por hora ou superior a 70ml.

4.3 – Cutânea:

4.3.1 – Qualidade:

- Adequada: é influenciada por odor característico de normalidade e temperatura corporal.
- Inadequada: odor fétido e sudorese fria.

4.3.2 – Quantidade:

- Adequada: é influenciada pela temperatura ambiental.
- Inadequada: independente da temperatura ambiental. Ausência de sudorese ou sudorese profusa.

5. Atividade e repouso:

5.1 – Trabalho:

5.1.1 – Qualidade:

- Adequada: existência de boas condições de trabalho: conforto, ambiente limpo e ventilado, silencioso, tranqüilo, seguro.
- Inadequado: ausência ou déficit de condições favoráveis de trabalho, relacionadas à pessoa e ao ambiente.

5.1.2 – Quantidade: a jornada de trabalho é influenciada pela idade e/ou condições físicas favoráveis.

- Adequada: a jornada de trabalho está adequada à idade e às condições físicas, portanto, não traz nenhum prejuízo à saúde.
- Inadequada: as atividades laborativas estão aquém ou além da idade e capacidade física; do cliente desencadeiam desconforto ou prejuízos à saúde.

5.2 – Sono e descanso:

5.2.1 – Qualidade: é influenciada pelo tipo de sono e condições do despertar. Varia entre as pessoas de todas as faixas etárias.

- Adequada: sono tranqüilo e ininterrupto. Despertar tranqüilo, disposta e satisfeita.
- Inadequada: sono intranqüilo e interrompido. Desperta indisposta e insatisfeita. Insônia (freqüente na meia idade).

5.2.2 – Quantidade: está relacionada com quantidade de horas de sono e idade do cliente.

- Adequada: varia de 6 a 8 horas no adulto jovem e diminui com o aumento da idade.
- Inadequada: inferior a 6 horas no adulto jovem.

6.- Solidão e interação social:

6.1 – Sentimento de solidão:

- Presente: ocasionado por morar só, isolamento social imposto por si.
- Ausente.

6.2 – Participação em atividades sociais:

- Presente: participação em grupos religiosos, atividades comunitárias, grupos da terceira idade, dança, outro grupos sociais.
- Ausente: envolvimento com atividade restritas ao lar. Limitação física.

6.3 – Relacionamento:

6.3.1 – Familiar:

- Satisfatório: relações familiares favoráveis, harmonia no ambiente. Envolve relacionamento conjugal, pais – filhos, fraternal.
- Insatisfatório: ambiente familiar em desarmonia, atritos freqüentes.

6.3.2 – Outras pessoas:

- Satisfatório: relações favoráveis com vizinhos e amigos.
- Insatisfatório: dificuldade nas relações com pessoas. Atritos, dificuldade de comunicação.

7 – Prevenção de riscos à vida e ao bem-estar:

Riscos associados a hipertensão arterial, que poderão causar doenças cardiovascular e cerebrovascular, e outros riscos que levarão à doença respiratória; câncer; obesidade, diabetes etc.

7.1 – Tabagismo

- Presente.
- Ausente.

7.2 – Alcoolismo

- Presente.
- Ausente.

7.3 – Uso do café

- Adequado – Até 3 xícaras (50ml) ao dia.
- Inadequado – superior a 3 xícaras ao dia.

7.4 – Sedentarismo

- Sim – Freqüência de exercício físico inferior a 3 vezes por semana. Não pratica.
- Não – Prática de exercício físico regular e cerca de 3 a 7 vezes por semana.

7.5 – Estresse

- Sim – Freqüentemente presente. Falta de gerenciamento do estresse.
- Não - Reação adaptada a situações de estresses. Gerenciamento presente.

7.6 – História familiar de doenças cardiovascular e cerebrovascular

- Sim - História de acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistólica (até 2º grau de parentesco).
- Não: ausência.

7.7 – Deslipidemia

- Sim – Colesterol total ≥ 200 ,
LDL \geq HDL < 55
Triglicerídeo ≥ 150
- Não - Colesterol total < 200 ,
LDL < 30 HDL > 55
Triglicerídeo < 150

7.8 – Uso de medicamentos hipertensos:

- Sim – Fez uso prolongado ou usa atualmente: corticóides, anticoncepcional, antiasmáticos.
- Não – Nunca fez uso ou fez esporadicamente e por curto período.

7.9 – Peso (de acordo com o Índice de Massa Corporal – IMC):

- Baixo peso: < 20
- Normal : 20 a 25
- Sobrepeso : 26 a 29
- Obeso > 30

7.10 – Pressão arterial controlada:

- Sim – PAS \leq 130 mmHg e PAD < 85 mmHg
- Não – PAS \geq 135 mmHg e PAD \geq 85mmHg

8. Promoção da Saúde:

8.1. – Prevenção do câncer de mama e de colo:

- Sim – Realizada anualmente
- Não – Nunca fez, faz esporadicamente, ou fez há mais de um ano.

8.2 – Imunização básica:

- Sim – Esquema completo (segundo recomendações do Ministério da Saúde)
- Não – Esquema incompleto ou ausência total de imunização.

8.3 – Odontologia Preventiva:

- Sim – visita regular ao dentista semestral
- Não – nunca fez, ou faltou esporadicamente

8.4 – Oftalmologia preventiva:

- Sim – Consulta anual nos casos: uso de lentes conectivas e/ou clientes com idade a partir de 40 anos de idade.
- Não – Nunca fez ou faz esporadicamente.

AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAL

9 – Adaptação às modificações do ciclo vital:

- Satisfatória: Provisão de cuidados para prevenir, reduzir ou eliminar efeitos decorrentes de alterações no ciclo vital que possam afetar o desenvolvimento humano, desenvolvendo as potencialidades pertinentes a cada fase do ciclo vital, buscando equilíbrio biopsicossocial-espiritual.
- Parcialmente satisfatório – Provisão parcial de cuidados para prevenir, reduzir ou eliminar efeitos de alterações do ciclo vital, em busca do bem-estar.
- Insatisfatória – Ausência de cuidados para prevenir, reduzir ou eliminar efeitos de alterações do ciclo vital.

10 – Adaptação à mudança social:

- Satisfatória: provisão de cuidados para prevenir, aliviar ou superar efeitos indesejáveis de situações sociais que possa afetar o desenvolvimento humano. Situações tais como: desemprego, mudanças de papéis, desemprego, mudança de resistência e de estado civil, incapacidade física, doença terminal e morte iminente.
- Parcialmente satisfatória: Provisão de cuidados para prevenir, reduzir ou superar efeitos indesejáveis de situações sociais, que possam afetar o desenvolvimento humano.
- Insatisfatória: ausência de cuidados necessários para prevenir, reduzir ou superar efeitos indesejáveis provenientes de situações sociais.

AUTOCUIDADO POR DESVIO DE SAÚDE**11 – Conhecimento do (a):****11.1 – Doença**

- Sim – Conscientização plena do(s) diagnóstico(s) médicos, suas complicações e prognóstico(s).
- Parcial – Conhecimento fragmentado a cerca do(s) diagnóstico(s) médico(s), seus efeitos e resultados.
- Não – Desconhecimento total a cerca dos diagnóstico(s) médico(s).

11.2 – Tratamento:

- Sim – Conhecimento e atenção para execução das medidas terapêuticas e seus efeitos
- Parcial – Algum conhecimento das medidas terapêuticas e de seus efeitos adversos.
- Não – Falta de conhecimento das medidas terapêuticas e de seus efeitos.

12 – Aceitação do(s) diagnóstico(s):

- Sim – Aceitação de si como portadora de um problema de saúde e necessitando de cuidados de saúde.
- Parcial – Aceitação parcial de si como portadora de problema de saúde e necessitando de formas especiais de cuidados.
- Não – Rejeição de si como portadoras de problema de saúde, que necessita de cuidados.

13 – Adaptação ao problema da saúde

- Sim – Adaptação a um estilo de vida adequado ao problema de saúde, a fim de que promova o desenvolvimento contínuo.
- Parcial – Adaptação parcial a um estilo de vida adequando-o a problema de saúde.

- Não – Falta de adaptação a um estilo de vida, adequado ao problema de saúde.

14 – Execução de condutas orientadas:

14.1- Uso regular da medicação:

- Sim – Faz uso regular da medicação prescrita.
- Parcial – As vezes toma regularmente a medicação.
- Não - Faz uso esporádico da medicação prescrita.

14.2 – Comparecimento às consultas:

- Sim – Comparece sistematicamente às consultas aprazadas pela equipe de saúde.
- Parcial – As vezes comparece sistematicamente às consultas.
- Não – Esporadicamente comparece as consultas aprazadas.

14.3 – Seguimento às condutas:

- Sim – Segue rigorosamente às condutas básicas do tratamento
- Parcial – Segue as vezes de forma sistemática às condutas.
- Não segue esporadicamente as condutas orientadas.

14.4 – Participação nas atividades educativas:

- Sim – participa efetiva das atividades educativas
- Parcial – Participa de algumas atividades educativas
- Não – não participa das atividades educativas.

APÊNDICE 9

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

1. A senhora está satisfeita com este atendimento?

Sim () Não ()

Justifique _____

2. Com este acompanhamento, ouve mudança na sua vida:

.Pessoal: Sim () Não ()

Justifique _____

.Familiar: Sim () Não ()

Justifique _____

.Trabalho: Sim () Não ()

Justifique _____

.Social: Sim () Não ()

Justifique _____

3. Ouve mudança em sua saúde, relacionada a hipertensão?

Sim () Não ()

Justifique _____

4. Como está o seu relacionamento com a(s):

Família _____ Outras
pessoas _____

5. A senhora sente-se capaz de cuidar de sua saúde a fim de manter sua pressão arterial controlada?

6. A senhora orienta seus familiares e/o outras pessoas sobre os cuidados com a hipertensão e com a saúde de modo geral?

7. Conhecendo os seus problemas de saúde, ajudou a senhora a se cuidar melhor?

8. A senhora poderia dar alguma sugestão para melhorar o serviço de hipertensão?

9. A senhora gostaria de acrescentar mais alguma contribuição? Fique à vontade para falar.

APÊNDICE 10

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER HIPERTENSA

Níveis de Aplicação de Condutas Preventivas	Requisitos de Autocuidado	Atividades de Autocuidado	Objetivos Esperados
Prevenção Primária	UNIVERSAL	1. Oxigenação - Adotar ambiente arejado e isento de gases irritantes, fumaça, poeiras, fungos e poluentes ocupacionais; - Usar medidas de bio-segurança em ambientes com oxigenação inadequada.	- Prevenir, aliviar ou abolir problemas respiratórios.
		2. Hidratação - Ingerir de 1,5 a 2l de líquidos ao dia. - Usar água potável	- Manter ingesta hídrica adequada tanto qualitativa como quantitativamente.
		3. Nutrição - Ingerir alimentos hipossódicos (cerca de 2g de sal/dia). - Adotar uso de gordura vegetal. - Dar preferência ao consumo de "carnes brancas" e vegetais. - Encorajar uso de adoçantes dietéticos.	- Adotar hábitos dietéticos saudáveis. - Manter peso e pressão arterial controlados. - Prevenir problemas de saúde

Níveis de Aplicação de Condutas Preventivas	Requisitos de Autocuidado	Atividades de Autocuidado	Objetivos Esperados	
Prevenção Primária	UNIVERSAL	4. Eliminações	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer de 5 a 6 refeições diárias. - Escolher e manter um horário para a eliminação intestinal (de preferência após o almoço). - Ingerir a quantidade diária adequada de líquidos. - Observar a freqüência das micções diárias (ideal de 4 a 6 vezes ao dia com volume de 1500ml a 1600ml). - Observar as características das eliminações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir alterações ou doenças relacionadas com hábitos inadequados no padrão de eliminações
		5. Equilíbrio entre atividade e descanso	<ul style="list-style-type: none"> - Dispor de horas para atividades laborativas, de acordo com a idade e estado de saúde. - Adotar de 6 a 8 horas de repouso ao dia. - Evitar uso de bebidas estimulantes à noite (caféina). - Adotar horários regulares destinados ao repouso (noturno e diurno). 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir e combater alterações relacionadas com o desequilíbrio entre atividade e descanso.

Níveis de Aplicação de Condutas Preventivas	Requisitos de Autocuidado	Atividades de Autocuidado	Objetivos Esperados
	6. Equilíbrio entre solidão e interação social	<ul style="list-style-type: none"> - Participar de grupos sociais da comunidade e grupos de auto-ajuda. - Adotar práticas de lazer - Buscar e implementar estratégias para manter relacionamento saudável com familiares e outras pessoas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a saúde mental e evitar alterações no estado de saúde.
Prevenção Primária	UNIVERSAL 7. Prevenção de riscos à vida e ao bem-estar	<ul style="list-style-type: none"> - Praticar exercícios aeróbicos no mínimo três vezes por semana, observando os efeitos desta prática. - abolir o tabagismo. - abolir ou reduzir o consumo de bebidas alcoólicas - Prevenir ou reduzir situações estressantes - Gerenciar o estresse, participando de grupo de relaxamento - Evitar e combater a dislipidemia - Reduzir o uso de bebidas que contêm cafeína (cerca de 150ml de café ao dia) - Adotar métodos contraceptivos naturais. - Manter pressão arterial controlada. - Controlar a glicemia (em caso de intolerância a glicose e de <i>diabetes mellitus</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir e/ou controlar os fatores de risco da doença cardiovascular e cérebro-vascular.

Níveis de Aplicação de Condutas Preventivas	Requisitos de Autocuidado		Atividades de Autocuidado	Objetivos Esperados	
Prevenção Primária	UNIVERSAL	8. Promoção da saúde	<p>- Comparecer à consulta com o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ginecologista para exame de prevenção do câncer de útero e de mama, anualmente; • Odontólogo, semestralmente; • Oftalmologista, anualmente (pessoas com <i>diabetes mellitus</i> e hipertensão arterial e maiores de 40 anos de idade) <p>- Manter esquema de vacinação atualizado</p>	- Prevenir problemas de saúde relacionados com condutas inadequadas de promoção da saúde.	
		DESENVOLVIMENTAL	1. Adaptação às mudanças do ciclo vital	<p>- Conhecer as alterações pertinentes a cada fase do ciclo vital;</p> <p>- Prevenir os problemas de saúde freqüentes da fase do ciclo vital;</p> <p>- Participar de programa de assistência a mulher climatérica;</p> <p>- Executar atividades de acordo com a idade e a condição de saúde.</p>	- Promover a adaptação satisfatória a mudanças do ciclo vital
			2. Adaptação social	<p>- Estar preparada para os prováveis eventos sociais da vida;</p> <p>- Promover cuidados para prevenir, aliviar ou superar efeitos indesejáveis de situações sociais;</p> <p>- Tentar adaptar-se as condições sociais impostas</p>	- Proporcionar adaptação satisfatória às condições sociais impostas.

Níveis de Aplicação de Condutas Preventivas	Requisitos de Autocuidado	Atividades de Autocuidado	Objetivos Esperados
Prevenção Secundária	DESVIO DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os fatores de risco da hipertensão arterial, doenças cardiovascular e cerebrovascular; - Combater os fatores de risco ambiental da doença cardiovascular e cerebrovascular. - Conhecer as complicações agudas e crônicas da hipertensão arterial. - Estar ciente das condutas terapêuticas e de seus efeitos. 	- Favorecer a aceitação da hipertensão arterial
Prevenção Terciária		<ul style="list-style-type: none"> - Aceitar os efeitos e restrições impostas pela hipertensão arterial. - Admitir que a hipertensão arterial é uma doença de curso crônico, porém, controlável. 	- Promover a adaptação ao problema de saúde
		<ul style="list-style-type: none"> - Adotar hábitos de vida compatíveis com as peculiaridades impostas pela hipertensão arterial e pelo tratamento. - Desenvolver as atividades laborativas e sociais de acordo com sua capacidade. 	- Facilitar a integração ou reintegração social

APÊNDICE 11

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
aceito participar da pesquisa titulada de **“Mulher Hipertensa: uma proposta de enfermagem para o autocuidado”**, de autoria de ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS. Ressalto que fui devidamente esclarecida sobre a natureza, objetivos e importância do estudo.

TABELA DE ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA - IMC (KG/M²)

PESO

ALTURA

	45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	83	85	88	90	93	95	98	100	103	105	108	110	113	115	118	120	
1,48	21	22	23	24	25	26	27	29	30	31	32	33	34	36	37	38	39	40	41	42	43	45	46	47	48	49	50	52	53	54	55	
1,50	20	21	22	24	24	26	27	28	29	30	31	32	33	35	36	37	38	39	40	41	42	44	44	46	47	48	49	50	51	52	53	
1,52	19	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	32	32	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	45	45	47	48	49	50	51	52	
1,54	19	20	21	22	23	24	25	27	27	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	46	46	48	48	50	51	
1,56	18	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
1,58	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	
1,60	18	19	20	21	21	23	23	25	25	27	27	29	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	
1,62	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	30	32	32	34	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	
1,64	17	18	19	20	20	22	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	33	35	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	
1,66	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	34	36	36	37	38	39	40	41	42	43	44	
1,68	16	17	18	19	19	21	21	22	23	24	25	26	27	28	28	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40	41	42	43	
1,70	16	17	17	18	19	20	21	22	22	24	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	35	36	36	37	38	39	40	41	42	
1,72	15	16	17	18	19	20	20	21	22	23	24	25	25	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	35	35	37	37	38	39	40	41	
1,74	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	25	26	26	27	28	29	30	31	31	32	33	34	35	36	36	37	38	39	40	
1,76	15	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	31	32	32	33	34	35	36	36	36	37	38	39
1,78	14	15	16	17	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	
1,80	14	15	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	
1,82	14	14	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	
1,84	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	32	33	34	35	35	
1,86	13	14	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	
1,88	13	14	14	15	16	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	33	34	
1,90	12	13	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	29	29	30	30	31	32	33	33	
1,92	12	13	14	14	15	16	16	17	18	18	19	20	20	21	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	28	29	30	31	31	32	33	
1,94	12	13	13	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	31	32	32	

Para usar a tabela apenas encontre a intersecção da linha da sua altura com a coluna do seu peso. Nesta tabela o IMC está arredondado para o número inteiro mais próximo.

Abaixo do peso

Peso saudável

Sobrepeso

Obeso

Adaptado de: Egger G & Swinburn B. The Fat Loss Handbook. A guide for professionals. Allen & Unwin 1996.