

TESE: 68-057

R 13829972/04

R\$ 11,00

**MARIA LÚCIA HOLANDA LOPES**

**CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR  
DE HIPERTENSÃO:**

Trabalhando o autocuidado

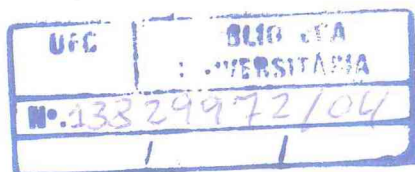


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Mestrado Interinstitucional da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Thelma Leite de Araújo

TESE  
616.132  
13829972/04  
2003  
ci-2

**FORTALEZA - CEARÁ  
2003**



Lopes, Maria Lúcia Holanda

Consulta de enfermagem ao portador de hipertensão: trabalhando o autocuidado / Maria Lúcia Holanda Lopes. - Fortaleza, 2003.

xx f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem Clínico-Cirúrgica) – Mestrado Interinstitucional, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Maranhão, 2003.

1. Hipertensão arterial – cuidado de enfermagem . I. Título.

CDU 616.12-008.331.1:616-083

**MARIA LÚCIA HOLANDA LOPES**

**CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO:**

Trabalhando o autocuidado

Aprovada em / /

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Thelma Leite de Araújo  
Presidente

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Elba Gomide Mochel  
Examinadora

---

Prof. Dr<sup>o</sup> Natalino Salgado Filho  
Examinador

---

Prof. Dr<sup>o</sup> Marcos Vinícius de Oliveira Lopes  
Suplente

Dissertação vinculada à linha de Pesquisa  
"Assistência Participativa de Enfermagem  
Clínico-Cirúrgica em Situação de Saúde Doença  
do Departamento de Enfermagem da  
Universidade Federal do Ceará. Contou com  
auxílio da CAPES, sob forma de bolsa.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à:

Maria Josefina da Silva, Lorita Marlena Freitag Pagliuca e Maria de Nazaré de Oliveira Fraga, professoras do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que participaram da banca examinadora para aprovação do Anteprojeto, pelas contribuições significativas.

Professora Thelma Leite de Araújo em especial, pelo compromisso e empenho que teve durante a elaboração desse trabalho, transparência em suas colocações em relação a responsabilidade do pesquisador em desenvolver uma pesquisa com seriedade, buscando resultados significativos e a sensibilidade com que conduz suas atividades docentes.

Aos Doutores que compõem a nossa Banca Examinadora que compartilharam conosco na avaliação final deste estudo pelas significante contribuições transmitidas, muitas das quais passaram despercebidas durante a construção da pesquisa.

Aos pacientes, Dina, Conci, Fafá, Sr. Silva e Maria, sujeitos dessa pesquisa, com os quais troquei experiências durante os seis meses de convívio.

Aos professores do Programa de Pós-graduação da UFC, pela troca de conhecimentos.

Aos docentes do Departamento de Enfermagem que lutaram para o MINTER acontecer, em especial as professoras: Santana, Liberata, Luzinéia e Elba.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	8
2	OBJETIVOS .....	17
2.1	Objetivo geral .....	17
2.2	Objetivos específicos .....	17
3	REVISÃO DA LITERATURA .....	18
3.1	Generalidades sobre hipertensão arterial .....	18
3.2	A consulta de enfermagem ao portador de hipertensão .....	30
4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO .....	39
4.1	Apresentando a opção teórica.....	39
4.2	Tipo e natureza do estudo .....	50
4.3	Local do estudo .....	51
4.4	Sujeitos do estudo (amostra).....	52
4.5	Organização e análise dos dados.....	54
4.6	Aspectos éticos-legais do estudo.....	54
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
5.1	Consulta de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial.....	55
5.2	Apreciando as intervenções de enfermagem.....	90
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS.....	99
	ANEXO... ..	106
	APÊNDICE.....	110

## RESUMO

Objetivou-se sistematizar em um Programa de Tratamento de Hipertensão Arterial na cidade de São Luís-MA, a Consulta de Enfermagem a pacientes portadores de hipertensão, tendo como referencial teórico a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem. O estudo foi desenvolvido no período de julho a janeiro de 2003. Implementou-se a Consulta de Enfermagem a cinco pacientes, que foram acompanhados durante seis meses, utilizando como técnica de pesquisa descritiva o estudo de caso. Os pacientes eram de ambos os sexos, com idade entre 40 a 80 anos, nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto, condições econômicas desfavoráveis. O diagnóstico de enfermagem mais presente nos casos estudados foi o Controle ineficaz do regime terapêutico, tendo como características definidoras a dificuldade na regulação/integração do regime terapêutico medicamentoso e não-medicamentoso da hipertensão arterial e a prevenção de seqüelas, e como fatores relacionados déficits de conhecimento e conflitos decisórios em relação à ingestão adequada de alimentos, necessidade de lazer, controle da tensão emocional, prática regular de exercícios físicos, controle do peso, abandono do hábito de fumar que constituem atividades do tratamento não-medicamentoso, e comparecimento aos serviços de saúde e a regularidade da tomada diária da medicação que compreendem medidas eficazes ao tratamento medicamentoso. Os planos assistenciais foram implementados utilizando-se o sistema de apoio-educativo, objetivando o desenvolvimento do autocuidado em relação aos déficits identificados. As mudanças de comportamento que não foram alcançadas em dois dos casos estudados foram o abandono do hábito de fumar e a redução significativa do peso. A adesão ao tratamento medicamentoso aconteceu em todos os casos e ao tratamento não-medicamentoso de forma irregular, em alguns casos em função da dificuldade dos pacientes para reduzir os índices de massa corporal e abandono do hábito de fumar. A Sistematização da Consulta de Enfermagem proposta demonstrou ser efetiva para o cuidado ao portador de hipertensão arterial.

## ABSTRACT

It was aimed to organize an Arterial Hypertension Treatment Program here in São Luís-MA. The nursing attendance to hypertension patients used the Theory of Orem as referential. This study was developed from July 2002 to January 2003. Five patients were attended by a nurse during six months using in this case a descriptive research technique. The patients were male and female, aging 40 to 80 years old, incomplete junior high school and the financial condition is not good. Among these patients the most common diagnosis was the control of therapeutic regimen doesn't work out and its features are the difficulty in regulating/integration of the therapeutic regimen using medicine and not using it in the treatment of arterial hypertension and in the prevention of sequels. The related factors are the following: lack of knowledge and having doubts about what kind of food to eat, necessity of leisure, the control of emotional tension, work out regularly, weight loss and quit smoking are the activities of the treatment not using medicine. Go regularly to a hospital and take medicine regularly are the most efficient attitudes in the treatment with medicine. The health insurance improved a lot using the educative help in order to develop the self care related to the deficits mentioned above. The changes in behavior which were not reached in the cases studied here were quit smoking and weight loss. The treatment using medicine was applied to all patients, but the one not using medicine was not regularly used because some patients had difficulty in weight loss and quit smoking. The regular use of nursing attendance had good results in treating with arterial hypertension.



## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é definida como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofia cardíaca e vascular) (CONSENSO, 1998). Devido ao caráter crônico e por ser um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, o seu diagnóstico e tratamento têm constituído preocupação para os pesquisadores da área, que buscam controlar a doença e prevenir ou, pelo menos, retardar as complicações associadas. A hipertensão arterial está relacionada ao agravamento ou aparecimento das doenças cardiovasculares, que trazem como consequência o encurtamento da expectativa de vida da população, bem como a qualidade da mesma (OLIVEIRA; ERNESTO; CANCINO, 1988; ALMEIDA, 1996; LESSA, 1998).

Apesar da hipertensão ser considerada uma doença de fácil diagnóstico, existe certa dificuldade em estabelecer uma linha divisória entre hipertensão e normotensão. Segundo Ribeiro (1996), esta linha só pode ser definida de forma operacional, sendo instituído o tratamento medicamentoso a partir de uma pressão arterial igual ou superior a 160 X 95 mmHg.

Segundo o Comitê de Especialistas Americanos (Joint National Committe), os valores pressóricos considerados normais encontram-se abaixo de 130 x 85 mmHg em indivíduos maiores de 18 anos. A Organização Mundial de Saúde e a Sociedade Internacional de Hipertensão consideram a possibilidade de diagnosticar hipertensão arterial apenas em situações de pressões com valores acima de 140 x 90 mmHg, mantendo também o conceito de hipertensão *borderline*

ou limítrofe, que corresponde à pressão sistólica entre 140 e 160 mmHg e a diastólica entre 90 e 95 mmHg (ALMEIDA, 1996).

No Brasil, os programas de atendimento ao portador de hipertensão arterial levam em conta as diretrizes elaboradas, em consenso, por diferentes especialistas na área, representantes das Associações Brasileiras de Hipertensão, Cardiologia e Nefrologia. As recomendações servem de guia para a detecção, tratamento e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial no Brasil. Os critérios para classificação da pressão arterial segundo as Diretrizes (2002) estão descritos no quadro a seguir:

**Quadro 1**

Classificação da pressão arterial (> 18 anos)		
Classificação	Pressão sistólica mmHg	Pressão diastólica mmHg
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140 - 159	90 - 99
Estágio 2 (moderada)	160 - 179	100 - 109
Estágio 3 (grave)	≥ 180	≥ 110
Sistólica isolada	≥ 140	< 90
O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.		

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002)

Independente da dificuldade de conceituação e classificação, a elevação da pressão arterial deve ser analisada de forma criteriosa dado ao caráter já

comentado, de constituir um dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, despertando preocupação nos pesquisadores em relação à melhor abordagem quanto ao seu diagnóstico e tratamento.

O estudo de Framingham, nos últimos 50 anos, produziu vários artigos científicos, dentre estes, alguns relacionados à hipertensão como fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Neste estudo, destacam-se algumas conclusões sobre a hipertensão: não houve diminuição na sua prevalência nas últimas quatro décadas, apesar do avanço no diagnóstico e tratamento; a queda da pressão arterial ocorre principalmente na presença do tratamento medicamentoso; observa-se predomínio da hipertensão sistólica; a elevação da pressão arterial tem ocorrido em ambos os sexos e a obesidade é o fator de risco mais presente no aparecimento desta doença, estimando-se que cerca de 70% dos novos casos de hipertensão podem ser atribuídos ao excesso de massa corporal. Conclui-se, também, que a diminuição da hipertensão arterial favorece o declínio de 60% da mortalidade em homens com idade entre 50 a 59 anos e esse quadro visível da magnitude da hipertensão sugere medidas de prevenção primária e controle da doença (DÓREA; LOTUFO, 2001).

Considerando que a elevação dos níveis de pressão arterial pode levar a alterações no cérebro, coração e rins, é de suma importância que a pessoa, tão logo tenha a doença diagnosticada, seja acompanhada por uma equipe de saúde e siga corretamente o tratamento instituído, garantindo um certo controle dos níveis tensionais e redução ou isenção de complicações resultantes da doença não tratada (RIBEIRO, 1996).

O acompanhamento ambulatorial do portador de hipertensão deve considerar a necessidade de adesão do mesmo ao tratamento, tendo como ponto

fundamental o conhecimento da doença e das condutas terapêuticas que o cercam. Car, Pierin e Aquino (1991) referem que o esclarecimento de todos os fatores intervenientes no controle da hipertensão possibilitará o envolvimento do paciente na manutenção dos níveis pressóricos dentro de limites satisfatórios. Este esclarecimento dá-se mediante um processo educativo que deve ser contínuo, com métodos de trabalhos eficazes, e desenvolvido por uma equipe multiprofissional.

Os objetivos variados do processo educativo exigem diferentes abordagens e a formação de uma equipe multiprofissional, com ações que girem em torno de um objetivo comum, que é o paciente participante, sendo ponto relevante para um trabalho consciente e competente junto à clientela portadora de hipertensão. A equipe multiprofissional deverá ser composta por médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde (DIRETRIZES, 2002). A equipe deve permanecer coesa em torno de um objetivo único que é a saúde do paciente, devendo cada profissional desenvolver método de trabalho de acordo com sua competência e atribuições. O trabalho em equipe multiprofissional objetiva ver o paciente como um complexo sistema psíquico e somático, não sendo possível que um único profissional possa atender a todas as suas necessidades.

As atribuições da enfermeira no atendimento multiprofissional ao portador de hipertensão, podem assim ser sintetizadas: Consulta de Enfermagem; acompanhamento do tratamento dos pacientes com a pressão arterial sob controle; encaminhamento dos pacientes ao médico, pelo menos uma vez por ano, ou com maior frequência, nos casos de pressão arterial não controlada e na presença de outras intercorrências; atividades de controle de retornos, busca de faltosos e de

consultas agendadas; capacitação dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde; supervisionar de forma permanente as atividades estabelecidas e elaborar estratégias junto a equipe que possam favorecer a adesão do paciente ao tratamento. Essas atividades são desenvolvidas com a participação dos elementos que compõem a equipe de enfermagem: técnico/auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2001; DIRETRIZES, 2002).

A Consulta de Enfermagem, atividade privativa da enfermeira, deve ter base científica, objetivos específicos e constituir uma parte importante da sua atuação com a clientela portadora de hipertensão arterial. Constituem passos importantes na Consulta de Enfermagem ao portador de hipertensão, a medida da pressão arterial; a investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida; a estratificação do risco individual; as orientações sobre a doença, o uso de medicamentos e seus efeitos adversos; a avaliação de sintomas e orientações sobre hábitos de vida pessoal e familiar e o exame físico. Constitui ainda atividade pertinente à consulta, o encaminhamento a outros profissionais da equipe (JARDIM; SOUSA; MONEGO, 1996; BRASIL, 2001; DIRETRIZES, 2002).

No desenvolvimento da consulta, a enfermeira deve levar em consideração que o tratamento da hipertensão arterial envolve medicamentos e mudanças no estilo de vida e que é necessária a sua adoção para que possa se alcançar o objetivo esperado de controle da doença. Acredita-se que as respostas efetivas dependem mais do comportamento do paciente com relação ao seu cuidado, do que da prescrição propriamente dita. Esse comportamento de adesão ao tratamento, caracterizado como o grau de cumprimento do regime terapêutico, representaria o grau de autocuidado do indivíduo, isto é, sua capacidade de ser

responsável pelo desenvolvimento de seu próprio cuidado. Dentro desta linha de raciocínio, na Consulta de Enfermagem, os pressupostos teóricos que subsidiam a forma de abordar o paciente e de orientá-lo, constituem um mecanismo que facilita a organização das ações educativas. Diversas teorias de enfermagem podem ser adequadas para esta abordagem e muitas têm sido empregadas. Destaca-se como bastante conveniente a adoção da teoria do déficit de autocuidado de Dorotéia Orem, considerando que várias autoras, em nosso meio, buscaram nos conceitos dessa teoria a orientação para a abordagem do paciente e o seu cuidado. Dentre elas destacamos as propostas de Maciel (2000); Freire (2000); Monteiro (2000) e Santos (2001). As autoras são unânimes quanto ao resultado positivo da assistência sistematizada a partir destes constructos teóricos.

Tendo conhecimento de que o controle de uma doença crônica passa a acontecer a partir da percepção que o sujeito tem desta sobre a mesma (diagnóstico, tratamento, complicações, acompanhamento necessário pela equipe de saúde) e das condutas a serem tomadas para efetivar o seu controle, evidencia-se a necessidade de atitudes de autocuidado. Conforme Fialho e Pagliuca (2000), o cuidado implica necessariamente em estímulo para o autocuidado, objetivando uma melhor adaptação à situação de doença e participação do indivíduo no seu tratamento.

Entende-se que cuidar do portador de hipertensão é percebê-lo em uma tarefa difícil, já que essa vem associada a sentimentos de tristeza, raiva, agressividade e hostilidade, por se tratar de uma doença crônico-degenerativa, e que, seu tratamento e controle ocorrem pela mudança de comportamentos, que se faz através da conscientização para o autocuidado, estando presente o relacionamento de ajuda com os profissionais de saúde. A enfermeira deve atuar

como agente central que direciona o processo de educação para a saúde dos portadores de hipertensão, com condutas específicas que levam ao autocuidado.

Dell'Acqua et al. (1997) fazem uma crítica às medidas de orientação para o autocuidado afirmando que para os sujeitos mudarem seu comportamento são necessários métodos que contemplem as necessidades de conhecer, levando a incorporarem, em suas vidas, atitudes que contribuam para o controle da doença. Os pacientes devem ser vistos como únicos, com seus problemas, sua história de vida, para que as causas de não-adesão ao tratamento sejam superadas.

Várias propostas de abordagem foram elaboradas por enfermeiras, na perspectiva de estabelecer um processo de trabalho visando uma orientação e a um acompanhamento que atendam às reais necessidades do portador de hipertensão. Dentre essas propostas podemos citar alguns trabalhos: Consulta de Enfermagem ao cliente hipertenso: análise de um instrumento utilizado e proposta de um novo modelo (PAVANI et al., 1988); Instrumento de Consulta de Enfermagem a pessoas com hipertensão arterial em tratamento ambulatorial (PIERIN; CAR, 1992); O cliente/família com hipertensão arterial essencial: considerações sobre o diagnóstico e tratamento de enfermagem na consulta (CRUZ et al., 1995); Consulta de Enfermagem: evolução histórica, definição e uma proposta de modelo para sua realização em Programa de hipertensão arterial (BASSO; VEIGA, 1998); A teoria do Déficit de Autocuidado de Orem aplicada em hipertensas (SANTOS, 2001). Todas essas propostas preconizam a necessidade de uma metodologia própria, desenvolvida pela enfermeira no atendimento holístico ao portador de hipertensão.

Uma parte significativa no desenvolvimento de minhas atividades profissionais, foi como enfermeira de um programa que atende a uma clientela constituída por portadores de hipertensão arterial em um ambulatório de um Centro

de Saúde e no domicílio. Acompanhando um programa, em que a assistência de enfermagem não acontece de forma sistematizada, tenho observado uma baixa resolutividade dos problemas enfrentados pelo portador de hipertensão: não adesão ao tratamento, controle insatisfatório da elevação da pressão arterial e internações por crises hipertensivas. Ao mesmo tempo, venho me preocupando em incorporar à prática, fundamentos teóricos que constituem o meu saber em enfermagem, na perspectiva de uma mudança da realidade, através da implementação da Consulta de Enfermagem, como modelo de trabalho a ser desenvolvido pelas enfermeiras.

Na perspectiva de realizar um trabalho pautado no conhecimento específico da enfermagem, tornei-me consciente da necessidade de investir meus estudos, em relação não só à doença em si, mas, principalmente, em uma teoria que possibilitasse a execução do processo de enfermagem no ambulatório. Tenho como objetivo dispor de uma metodologia de trabalho a ser implementada na realidade em que desenvolvo minha assistência, procurando responder a seguinte indagação: seria conveniente a utilização da teoria do autocuidado, já empregada em outros estudos?

É importante ressaltar que a relevância do estudo proposto está na contribuição para a melhoria da assistência ao cliente com hipertensão arterial mediante a implantação de um modelo de consulta, que, quando utilizado possibilite a autonomia do profissional na prestação de cuidados, de forma competente e com a capacidade de avaliar o processo utilizado. Acredita-se, também, que venha a ganhar a profissão, por encontrar-se em uma trajetória que busca fundamentar o cuidado como sua essência, considerando a avaliação dos seus referenciais teóricos como uma forma de estruturação para novos paradigmas, que aproxime cada vez mais o profissional e o paciente buscando alcançar objetivos comuns.



Espera-se, também, com este trabalho contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde, alunos e docentes, que pretendam enveredar por um caminho que leve a ver o cuidado de forma integral, baseado em um sistema no qual se possa conhecer, implementar e avaliar as ações da enfermeira em benefício da saúde do homem, família e comunidade.

Considero, também, a importância de desenvolver uma tecnologia de enfermagem que possa contribuir de forma mais efetiva no controle da hipertensão arterial tendo em vista o seu aumento na população brasileira. Visualizando a projeção da Organização Mundial de Saúde de um crescimento acentuado na população idosa de 16 vezes contra 5 vezes da população total, entre 1950 a 2025 e, sendo a hipertensão uma doença que incide principalmente sobre a terceira idade, há necessidade de medidas eficazes para o seu controle.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Sistematizar a Consulta de Enfermagem ao paciente portador de hipertensão tendo como referencial teórico a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem.

### **2.2 Objetivos específicos**

Identificar os requisitos de autocuidado no portador de hipertensão arterial.

Levantar os déficits de autocuidado, identificando os diagnósticos de enfermagem utilizando a Taxonomia II da NANDA.

Relacionar as ações de enfermagem necessárias para o atendimento das necessidades de autocuidado.

Avaliar a assistência de enfermagem implementada na promoção do autocuidado.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Generalidades sobre hipertensão arterial

No Brasil, estudos realizados com critérios diversificados, amostras não representativas e base amostral não explicada, mostram uma prevalência muito ampla de casos de hipertensão arterial, variando entre 7,2 e 40,3% no Nordeste; 5,04 a 37,9% no Sudeste; 1,28 a 27,1% no Sul e 6,3 a 16,75 no Centro-Oeste (LESSA, 1998). Essa autora refere dificuldades metodológicas para a comparação das amplas variações nas prevalências observadas intra e entre regiões, que interferem no estabelecimento de dados fidedignos sobre a prevalência da hipertensão no Brasil. Mesmo assim, existe um indicativo da magnitude desta doença em várias cidades brasileiras, especialmente, entre as populações mais pobres, onde encontram-se as piores condições de vida, desemprego, trabalho, e maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Lessa (1998) considera ser a hipertensão arterial a doença mais freqüente no adulto em todo o mundo industrializado e na maioria dos países em desenvolvimento, sobretudo, nos grandes centros urbanos. Sua gravidade varia, a depender dos atributos biológicos e demográficos das populações, do estilo de vida, do ambiente físico, psicossocial e das características da organização dos serviços de saúde e respectivas interações entre estes vários elementos.

A hipertensão arterial primária ou essencial, que tem causas etiológicas desconhecidas, compreende de 90 a 95% dos casos de hipertensão. Sua origem está associada aos determinantes ou fatores de risco (ALMEIDA, 1996; LUNA, 1989;

RIBEIRO, 1996). Lessa (1998), relaciona os determinantes ou fatores de risco, em quatro grupos:

- características constitucionais: sexo, idade, raça e genéticos (correspondem ao elemento “biologia humana”)
- aspectos do estilo de vida: fumo, dieta, atividade física, ingestão de álcool e sódio e uso de medicações que podem elevar a pressão arterial (podem ser controlados pelo próprio indivíduo e são passíveis de modificação);
- patologias ou distúrbios metabólicos, hipertensão arterial, obesidade, hiperlipidemia, diabetes mellitus;
- características socioeconômico-culturais (renda, ocupação, escolaridade, classe social, imigração e outras).

A importância desses fatores de risco encontra respaldo em diversos estudos. Almeida (1996) e Ribeiro (1996), relatam que ocorre variação da pressão arterial com a idade, mostrando que tanto a pressão sistólica e a diastólica se elevam, não implicando dizer que todo idoso tenha, necessariamente, hipertensão arterial.

Fatores raciais e genéticos relacionados ao risco de hipertensão arterial são evidenciados por Luna (1989), Almeida (1996) e Lessa (1998). Esses autores fazem referência aos determinantes genéticos e à raça, como elementos da biologia humana que influenciam a gênese da hipertensão. O conhecimento desses fatores teve a influência de métodos estatísticos e o avanço da biologia molecular. Hoje, sabe-se que inúmeros marcadores genéticos, principalmente os de membrana do eritrócito, vêm sendo identificados, caracterizando assim, a hipertensão como doença poligênica. A determinação genética multifatorial causada pelas interações

de genes mutantes e fatores ambientais no desenvolvimento da elevação da pressão arterial é aceita universalmente por clínicos, epidemiologistas e geneticistas. Pereira e Krieger (2001) evidenciam a hipertensão como uma doença complexa, por estar associada na sua gênese a uma série de fatores genéticos e ambientais. Assim, diferentemente das doenças monogênicas, as doenças complexas são causadas por um número de alelos gênicos e por diferentes interações desses alelos com influências ambientais. Para estes autores, a definição dos determinantes genéticos do fenótipo para hipertensão é facilitada quando se estuda o sistema nervoso autônomo, hormônios vasopressores/vasodilatadores, estrutura e função cardíaca e dos vasos, função renal e homeostase de líquidos.

Alguns marcadores genéticos já foram determinados. Francischetti e Fagundes (1996) referem-se à identificação de genes relacionados à hipertensão e à sensibilidade ao sódio, marcador genético específico para os casos de hipertensão familiar por excesso de mineralocorticóide. Estas descobertas, entre outras, constituem-se em um avanço para se compreender a etiologia da hipertensão e identificar indivíduos com elevado risco genético da doença.

Pesquisas relacionadas à etiologia da hipertensão dão pistas da influência racial. Nos Estados Unidos e no Reino Unido, estudos mostraram uma elevação da pressão arterial em negros em relação às pessoas brancas. Populações africanas, que habitam regiões urbanas, apresentam um alto índice de hipertensão, enquanto negros que moram em áreas rurais da África têm pressões arteriais baixas e não apresentam elevação. Em relação a outros grupos étnicos minoritários nos países ocidentais, existem poucos estudos confiáveis a respeito da hipertensão. Além da raça e do sexo, outro fator que contribui para elevação da pressão arterial é a idade,

sendo mais evidente dentre as populações urbanas do que nas rurais (BEEVERS; MACGREGOR, 1999).

Hábitos de vida como tabagismo, dieta, ingestão de álcool, obesidade, ausência de atividade física, estresse e uso de anticoncepcionais, estão também relacionados à gênese da hipertensão. Em relação ao fumo, um levantamento utilizando a monitorização da pressão arterial, por dias consecutivos, concluiu que fumantes têm pressão mais elevada do que não-fumantes no período que fumam, sendo comprovado que, após 20 a 30 minutos do uso do tabaco, observa-se a elevação da frequência cardíaca, vasoconstrição e elevação da pressão arterial (ALMEIDA, 1996).

O tabagismo não tem, provavelmente, uma influência direta sobre a hipertensão, mas efeito deletério no sistema cardiovascular e nas doenças crônicas do pulmão, devendo ser incentivado que o indivíduo com hipertensão abandone o hábito de fumar (RIBEIRO, 1996).

Em relação à dieta, o consumo abusivo de cloreto de sódio na alimentação é, provavelmente, um dos desencadeantes ambientais mais importantes para a hipertensão arterial. Se os alimentos não fossem conservados em sais de sódio e se não se adicionasse cloreto de sódio no preparo dos alimentos, a pressão arterial provavelmente não se elevaria durante a vida, como demonstrado em inúmeras populações não-aculturadas (FUCHS, 2001). Este autor reconhece a importância de dietas hipocalóricas e hipossódicas na eficácia anti-hipertensiva e preventiva de hipertensão arterial, mas adverte quanto à dificuldade de seguimento da restrição do sal na dieta, já que a maior parte desse ingrediente contido nos alimentos é adicionado na fase industrial.

Estudos realizados com povos primitivos demonstraram que a ingestão de sódio em pequena quantidade aproximadamente de 6,7 g/dia não se acompanha de hipertensão (LUNA, 1989; RIBEIRO, 1996). Mesmo assim, alguns estudiosos consideram ser conflitante a associação entre ingestão de sal e a ocorrência de hipertensão. Dórea e Lotufo (2001) citam o clássico estudo de Framingham, no qual não foi encontrada correlação individual entre ingestão/excreção de sal e ocorrência de hipertensão, demonstrando, porém, que alguns pacientes portadores de hipertensão severa, na ausência do sal na dieta, tiveram redução da pressão, possibilitando assim, o uso de menores quantidades de drogas anti-hipertensivas. Para Heimann (2000), o efeito hipotensor da restrição de sal na dieta é um acontecimento cuja existência praticamente não deixa dúvidas, uma vez que inúmeros estudos verificaram a ocorrência de redução da pressão arterial sempre que o consumo de sal é diminuído durante períodos longos. Desta forma, a restrição do sal na dieta é uma medida a ser tomada pelo portador de hipertensão. A quantidade recomendada não deve ultrapassar 5 g por dia (2 g de sódio). Como 2 a 3 g de sódio fazem parte da composição natural dos alimentos, temos, assim, uma quantidade total de sódio entre 4 a 5 g, pelo acréscimo do sal na dieta. No Brasil, a média do consumo de sal em alguns estudos varia de 12 a 25 g por dia (ALMEIDA, 1996).

Olmos e Benseñor (2001) fazem referências a estudos que mostram a possibilidade de dietas vegetarianas reduzirem a pressão arterial em normotensos e em hipertensos, sugerindo que a elevada quantidade de fibras e minerais como o potássio e o magnésio, e a diminuição de gorduras na alimentação sejam os responsáveis por tais reduções de pressão. Os autores se referem ao estudo de DASH quando se testaram os efeitos de padrões alimentares ao invés de nutrientes

específicos sobre a pressão arterial, demonstrando haver certos padrões dietéticos (especificamente uma dieta a base de frutas, verduras e grãos, incluindo derivados desnatados do leite, peixe, legumes, aves e carnes magras, com conteúdo reduzido de doces e bebidas ricas em açúcar) que podem reduzir a pressão arterial em adultos com pressão arterial sistólica (PAS) média menor ou igual a 160 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) média entre 80 a 95 mmHg.

O consumo de álcool é causa ou fator de risco para várias doenças, entre elas a hipertensão arterial, chamando a atenção o fato de a causa mais comum de morte entre os alcoolistas ser a de origem cardiovascular. A associação entre consumo de álcool e hipertensão foi confirmada em diferentes regiões do mundo e, no Brasil, em estudos de prevalência realizados na região metropolitana de Porto Alegre, por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esses estudos levaram à conclusão de que a prevalência da hipertensão dobrou entre aqueles que consomem 30 gramas de álcool por dia (o equivalente a uma garrafa de cerveja de 600 mililitros) (ROSITO, 1999). Destaca-se que o consumo de bebidas alcoólicas não deve ultrapassar 30 g de etanol por dia, o que é contido em 60 ml de bebidas destiladas (como uísque), ou em aproximadamente 240 ml de vinho ou 720 ml de cerveja (ALMEIDA, 1996; DIRETRIZES, 2002). A redução do consumo de bebidas alcoólicas para menos de 30 gramas de álcool por dia ou a abstenção devem fazer parte do tratamento não farmacológico da hipertensão arterial

A prevenção do excesso de peso, com ingestão de dietas saudáveis e da prática de atividades físicas regulares é recomendada por se considerar que a obesidade é caracterizada como uma síndrome plurimetabólica, caracterizada por resistência à insulina e hiperinsulinemia (FERREIRA; ZANELLA, 2000; DIRETRIZES, 2002). Os estudos sugerem que o excesso de insulina ou a



resistência à ação periférica desse hormônio têm um papel principal na gênese e/ou manutenção da elevação da pressão. Pessoas com massa corporal superior a 25 kg/m<sup>2</sup> nas mulheres ou 27 kg/m<sup>2</sup> nos homens estão mais suscetíveis à elevação da pressão arterial. A relação entre obesidade e hipertensão arterial se evidencia, especificamente quando se reduz o peso e observa-se considerável diminuição da pressão arterial, e, mesmo, da incidência dessa doença. Dórea e Lotufo (2001) ao descreverem as contribuições do estudo, já referido, de Framingham para a hipertensão arterial, lembram que o indivíduo hipertenso não-obeso apresenta menor risco cardiovascular absoluto e que, estimativas sugerem que 70% dos novos casos de hipertensão podem ser atribuídos à obesidade ou ao ganho de peso excessivo. Este fato é realidade tanto em adultos quanto em crianças. O ganho de peso parece estar vinculado a hábitos culturais e dietéticos aos quais estão expostas pessoas de uma mesma família, podendo dar-lhe um caráter de transmissão familiar, caracterizando assim a influência ambiental em seu desenvolvimento (NEGRÃO et al., 2000; OIGMAN, 2000; ZANELLA, 2000). Na concepção destes autores, entre os fatores que podem influenciar o excesso de peso da população estão a redução da ingestão de alimentos preparados em casa, substituídos por alimentos industrializados; o aumento do consumo de refrigerantes e de bebidas alcóolicas; a redução de atividade física, incluindo o gasto de energia no trabalho e o uso crescente do automóvel.

A redução do peso é vista, conseqüentemente, como um elemento importante para o controle da pressão arterial, e considerado por muitos como um dos mais difíceis. O seu início deve ser gradual e acompanhado por orientações sobre a redução da ingestão de alimentos com alto teor calórico como os glicídios e lipídios, presentes nos alimentos com quantidade exagerada de açúcar, frituras,

massas e refrigerantes. A ingestão de alimentos obedecerá a dois fatores principais: a quantidade e a qualidade. Em relação à quantidade, a mesma não deve ultrapassar ao seu gasto metabólico habitual e, quanto à qualidade, deve ser de baixo valor calórico, isso no caso de obesidade (FERREIRA; ZANELLA, 2000; NEGRÃO; RONDON, 2001).

O sedentarismo decorrente, entre outras causas, das facilidades da vida moderna é mais outro elemento importante na gênese da obesidade. No entanto, Ferreira e Zanella (2000) e Negrão e Rondon (2001), verificaram que, apesar da maioria dos estudos mostrarem associação entre a incidência de obesidade e o sedentarismo, a sua contribuição para a etiologia da obesidade é bastante difícil de ser caracterizada. Primeiro porque é difícil definir claramente o que se entende por estilo de vida sedentário; segundo porque mesmo pessoas fisicamente ativas, podem ser obesas; terceiro, nem todos os estudos mostram correlação entre o nível de atividade física e a obesidade. Concluem, porém, que a prática regular de exercício físico, apesar de não provocar uma perda de peso corporal tão eficaz quanto a dieta hipocalórica, tem suas vantagens, já que preserva a massa magra e evita a volta ao excesso de peso. Considera-se que a prática regular de atividades físicas é um benefício independente nas várias co-morbidades da obesidade, notadamente na hipertensão arterial, hiperglicemia e resistência à insulina. Em se tratando da hipertensão, apesar dessa relação ainda não ser totalmente explicada, sabe-se que o exercício físico regular reduz as pressões sistólicas e diastólicas, estando presente uma maior queda em indivíduos portadores de hipertensão do que naqueles com pressão em níveis normais e, ainda, é fator contribuinte para a redução da tensão emocional e controle do peso. Convém destacar que a prática do exercício físico não é recomendada indiscriminadamente, nos casos em que o

hipertenso tenha, também, insuficiência cardíaca ou renal e acidente vascular cerebral em fase aguda, tornando necessário o seu acompanhamento por profissionais (LUNA, 1989).

O estresse, também, é responsável por alterações hemodinâmicas que alteram o sistema cardiovascular, levando ao aumento da frequência cardíaca, de débito cardíaco e da pressão arterial. As pessoas enfrentam o estresse psicossocial com resposta neuroendócrina que intervém na regulação de pressão arterial (FRANCISCHETTI; FAGUNDES, 1996; DRESSLER; SANTOS, 2001).

Fardy, Yanowitz e Wilson (1998); Dressler e Santos (2001) explicam que qualquer estímulo estressante é capaz de causar no organismo humano uma resposta generalizada, que inclui aumento nos níveis circulantes de hormônios, tanto os esteróides como as catecolaminas, que, por sua vez, levam, entre outros fatores, a aumentos na frequência cardíaca e na pressão arterial. Esse efeito desaparecerá à medida que o organismo der uma resposta positiva ao estímulo causal, de adaptação ou de enfrentamento. Se o estímulo persistir, no entanto, o resultado pode levar a dano prolongado, incluindo alterações nas estruturas físicas (como espessamento e endurecimento de paredes arteriais).

Diversos são os agentes de estresse que estão presentes nas sociedades humanas, destacando-se competitividade, consumo de bens materiais, ascensão profissional e modificações socioculturais e econômicas. Estes fatores, que podem levar ao estado de estresse crônico, serão amenizados através de apoio social, que pode ser definido como a crença que se tem na rede familiar e de amigos, em que se pode confiar para auxílio e suporte. Além do apoio social, deve ser estabelecido o terapêutico, que consiste em trabalhar a saúde física e mental, nos programas

humanizados de reabilitação, levando ao desenvolvimento de independência e auto-estima (DRESSLER; SANTOS, 2001).

O uso de anticoncepcional oral como fator de risco para hipertensão arterial foi abordado por Ribeiro (1996) e Lopes e Andrade (2001), que apontam uma incidência de hipertensão em 5% nas mulheres que usam anticoncepcionais orais combinados. O etinilestradiol é o estrogênio que apresenta melhor capacidade de abolir as ovulações, porém, sua ação hepática pode ativar o mecanismo renina-angiotensina, e, também, tem impacto sobre a coagulabilidade sangüínea, constituindo um fator de risco para o desenvolvimento de processos tromboembólicos. Ressalta-se que, embora o estrogênio potente possa estar relacionado a episódios de hipertensão e tromboembolismo, isso não ocorre na generalidade das mulheres e, na maioria das pacientes que desenvolvem a doença hipertensiva, a evolução é boa, com forma leve e aumento predominante da pressão arterial sistólica. Para as pacientes que já são portadoras hipertensão arterial, o uso do anticoncepcional deve ser adotado considerando com muito critério o risco benefício. A prescrição de anticoncepcional deve ser indicada, apenas, para as que estiverem com a pressão bem controlada e forem aderentes ao tratamento. As Diretrizes (2002) considera que o uso de anticoncepcionais orais seja suspenso em pacientes que apresentarem elevação da pressão arterial durante o uso da medicação, lembrando que a hipertensão arterial sistêmica é duas vezes mais comum em mulheres idosas e obesas e o anticoncepcional está contra-indicado em mulheres com mais de 35 anos e fumantes.

Diante da realidade de uma doença crônica em que o estilo de vida evidencia fator preponderante para sua gênese, o tratamento da hipertensão se dá de forma farmacológica e não-farmacológica. O tratamento obedece a dois pontos

que o definem. Primeiro, tratar pacientes considerados com cifras tensionais limítrofes e, segundo, ao critério que regula o uso dos medicamentos, tendo em vista suas ações deletérias, metabólicas e outras. Estes dois pontos evidenciam uma decisão entre tratamento medicamentoso e não-medicamentoso (DIRETRIZES, 2002).

O tratamento não-medicamentoso é instituído por medidas de estilo de vida saudável, que consistem em mudanças de comportamento em relação a controlar/manter o peso corporal em níveis adequados, padrão alimentar saudável, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, uso terapêutico e preventivo de dieta com conteúdo reduzido de sal, suplementação de eletrólitos (potássio, cálcio e magnésio) e exercício físico regular (DIRETRIZES, 2002).

O tratamento medicamentoso, assim como o não-medicamentoso, tem como objetivo manter a pressão arterial em limites mais fisiológicos possíveis, possibilitando a redução dos riscos de complicações cardíacas e cerebrovasculares. A terapêutica farmacológica, de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), deve ser instituída levando-se em consideração as cifras pressóricas, a presença ou não de lesões em órgãos-alvos e doenças cardiovasculares, que são agrupadas em: doenças cardíacas (hipertrofia do ventrículo esquerdo, angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio, revascularização miocárdica prévia e insuficiência cardíaca); episódio isquêmico ou acidente vascular cerebral; nefropatia; doença vascular arterial de extremidades; retinopatia hipertensiva e, também, os fatores de risco cardiovasculares associados. Tais fatores compreendem: tabagismo, dislipidemias, diabetes melito, idade acima de 60 anos, história familiar de doença cardiovascular em mulheres com menos de 65 anos e homens com menos de 55

anos. Esses fatores servem de base para a classificação do risco individual, que é definido em risco A, B ou C, e com base nestes dados recomenda a decisão terapêutica de acordo com os quadros a seguir:

Quadro 2

Classificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo	
Risco A	Sem fatores de risco e sem lesão em órgãos-alvo
Risco B	Presença de fatores de risco (não incluindo diabetes melito) e sem lesão em órgãos-alvo.
Risco C	Presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes melito.

\*Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002)

Quadro 3

Decisão terapêutica, segundo risco e pressão arterial			
	Risco A	Risco B	Risco C
Normal/limítrofe (130-139/85-89)	MEV	MEV	MEV*
Estágio I (140-159/90-99)	MEV (até 12 meses)	MEV** (até 6 meses)	TM
Estágios 2 e 3 ( $\geq 160/ \geq 100$ )	TM	TM	TM

MEV= Mudança de estilo de vida; TM= tratamento medicamentoso.  
 \* TM se insuficiência cardíaca, renal crônica ou diabetes.  
 \*\* TM se múltiplos fatores de risco.

\* Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002)

### 3.2 A Consulta de Enfermagem ao Portador de Hipertensão Arterial

Dentre os profissionais da saúde, a enfermeira desenvolve um papel importante no controle da hipertensão arterial, ao participar de atividades de investigação que possibilitam o seu diagnóstico, tratamento e controle. Estas atividades objetivam ajudar o indivíduo e sua família a desenvolverem conhecimentos e atitudes que levem a uma eficaz auto-assistência de saúde.

Araújo et al. (1998), enfatizam que as enfermeiras que prestam assistência ao paciente portador de hipertensão participam com ações assistenciais e educativas, em parceria com outros profissionais da área de saúde, implementam programas, consultas e, também, têm aprofundado seu corpo de conhecimento próprio sobre a tecnologia de cuidado necessária para o atendimento de enfermagem.

A influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial foi evidenciado em um trabalho realizado por Car, Pierin e Aquino (1991). Ao enfatizarem que uma das medidas a serem tomadas frente à problemática enfrentada pelo portador de hipertensão é o desenvolvimento do autocuidado, indicam as enfermeiras atuando como catalizadoras das ações educativas. Estas ações devem ser sistematizadas, abordando aspectos relacionados ao tratamento farmacológico (dose, horário, indicação e efeitos); à alimentação (composição, quantidade, calorias e sal); à hábitos de vida (fumo, bebida alcoólica, atividade física e estresse) e à doença propriamente dita (cronicidade e complicações).

A enfermagem contemporânea vem se preocupando em implementar em sua prática profissional novos processos de trabalho que atendam às reais necessidades do indivíduo, da família, da comunidade e da própria profissão como a

competência, autonomia, reconhecimento e satisfação profissional. Considerando estes aspectos, as enfermeiras propõem a sistematização da assistência, com a utilização de um método (processo de enfermagem) que veja o homem de forma integral. A importância de um trabalho dirigido por conhecimentos gerais e específicos, tendo como base um referencial que o sustente, nasceu com Florence Nightingale, quando apresentou suas reflexões sobre a natureza da enfermagem, a assistência à saúde, os conhecimentos necessários para os profissionais, o relacionamento terapêutico com a pessoa que demanda cuidados e, finalizando, sobre o que é próprio da profissão (LEOPARDI; WOSNY; MARTINS, 1999).

As atividades desenvolvidas pelas enfermeiras são divididas em dois grandes grupos: as atividades-meio, representadas pela formação de recursos humanos de enfermagem e as atividades-fim, cuja ação torna liberal o exercício da profissão, sendo representadas pela Consulta de Enfermagem, visita domiciliar, trabalho com grupos específicos e outros procedimentos (VANZIN; NERY, 2001).

A Consulta de Enfermagem como uma atividade-fim, privativa do enfermeiro pela lei 7.498, de 25 de julho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1986), é preconizada como uma relação de ajuda em uma situação de aprendizagem entre o paciente e a enfermeira, em busca da resolutividade de problemas identificados levando ao bem-estar.

Vanzin e Nery (2001), enfatizam que essa relação de ajuda acontece através de ações educativas nos centros de saúde e no domicílio, objetivando desenvolver no ser humano a capacidade de se autocuidar, e conceituam a Consulta de Enfermagem como “atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pela(o) profissional



enfermeira(o) com a finalidade de promover a saúde mediante o diagnóstico e tratamento precoces” (VANZIN; NERY, 2001, p. 51).

Em um estudo exploratório sobre Consulta de Enfermagem, a mesma foi caracterizada como uma atividade apropriada a qualquer paciente não hospitalizado, sendo mérito da enfermeira de saúde pública tê-la desenvolvido e incorporado definitivamente à prática profissional. Hoje, a Consulta de Enfermagem é atividade institucionalizada tanto na área de ensino quanto na assistencial, na esfera federal, estadual e municipal em unidades de atenção básica e em unidades de saúde especializadas, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde. É imperativo o desenvolvimento de uma metodologia na efetivação da consulta, como prerrogativa da enfermeira, colocando-a em posição apropriada para o desempenho de seu papel na equipe de saúde junto ao paciente não hospitalizado (CASTRO, 1975; VANZIN; NERY, 2001).

A metodologia da Consulta de Enfermagem segue o modelo do processo de enfermagem e desde 1979 é descrita como tendo as seguintes etapas:

- levantamento de problemas, através de registro pré-existente e informações colhidas junto ao paciente, através de observação sistematizada – realização de exame físico geral e/ou especializado;
- diagnóstico da situação – identificação dos problemas e avaliação das necessidades de saúde possíveis de serem atendidas pela(o) enfermeira(o);
- prescrição – estabelecimento de ações e medidas de enfermagem a serem implementadas diretamente ou que devam ser seguidas pelo próprio paciente ou responsável no seu domicílio e o registro que consiste em anotações objetivas que expressam a situação

identificada e seus condicionantes, acompanhando-se da prescrição, orientação e medidas implementadas. Estes registros proporcionarão a visualização da evolução do paciente em consultas subseqüentes (CASTRO, 1975).

A enfermeira diferencia a sua consulta da realizada pelo médico, ao utilizar uma metodologia própria, fundamentada em um marco teórico específico, mostrando atividades que são de sua competência. Esta fundamentação traz em seus pressupostos o atendimento ao ser humano em seus aspectos biopsicossocial e espiritual e não só ao patológico.

A Consulta de Enfermagem deve se adequar ao âmbito de atuação da enfermeira, em ambulatório e/ou domicílio onde se desenvolvem os Programas de Saúde Pública, Saúde da Mulher, Planejamento Familiar, Crescimento e Desenvolvimento Infantil, Tuberculose, Asma Brônquica, Hanseníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, dentre outros. Todos evidenciando a promoção, proteção e recuperação da saúde (MACIEL, 2000). A Consulta de Enfermagem também tem sido utilizada como um caminho para a assistência à pessoa portadora de hipertensão arterial, objetivando a promoção de condições favoráveis para o tratamento e o direcionamento para o autocuidado (PIERIN; CAR, 1992). Outros autores como: Pavani et al. (1988); Cruz et al. (1995); Basso e Veiga (1998); Maciel (2000); Santos (2001), enfatizam que a Consulta de Enfermagem, como atividade que permite atender o paciente com hipertensão, vem sendo colocada em destaque como uma estratégia de assistência privativa da enfermeira, determinando ações de sua competência, independente de outros profissionais da área de saúde. Na execução da consulta, a enfermeira deve estar consciente do processo que será aplicado, com habilidade e competência, para se

colocar junto ao paciente como agente de mudanças e de ajuda, com atitude e segurança profissional.

Pavani et al. (1988) descrevem a importância de mudanças na direção das ações da enfermeira, a fim de que o trabalho com o paciente portador de hipertensão reflita sobre a prática profissional. Essas autoras deram suas contribuições quando definiram que a enfermeira é quem deve ter a competência de estabelecer quais as ações de enfermagem mais apropriadas para o paciente, independentemente de outros profissionais. É prioritário que a enfermeira, ao realizar a Consulta de Enfermagem esteja consciente do processo aplicado, e alcance a competência através da habilidade e segurança para se impor ao paciente como agente de educação. Chegaram à conclusão, após análise de um instrumento e proposta de um modelo de Consulta de Enfermagem, que o preparo e a habilidade da enfermeira e seu contínuo aperfeiçoamento visando a uma assistência de qualidade, faz-se com a implementação desta tecnologia. Consideram que o instrumento utilizado para a consulta deveria ser avaliado, possibilitando adequação a novas situações, sugerindo que o modelo utilizado leve ao desenvolvimento do autocuidado do paciente portador de hipertensão arterial através do seguimento e ensino continuado, objetivando assisti-lo pela orientação para o autocuidado; controle dos fatores de risco; detecção de problemas associados e manutenção da aderência ao tratamento. Finalizam, afirmando que o principal aspecto da Consulta de Enfermagem ao portador de hipertensão, é a possibilidade de uma análise integral da situação do doente de forma individual, a partir da obtenção de dados, permitindo maior conhecimento da sua realidade, considerando os fatores ambientais associados às condições físicas e psicológicas, além de uma busca contínua de conhecimentos e crescimento profissional.

Pierin e Car (1992) elaboraram um instrumento de Consulta de Enfermagem para pessoas com hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. Estas autoras reafirmam que a Consulta de Enfermagem tem sido utilizada como um instrumento que considera a promoção de condições favoráveis para o tratamento e o direcionamento para o autocuidado. Justifica-se a sua implementação pela necessidade de se conhecer alguns fatores intervenientes do tratamento da doença hipertensiva, dentre eles a situação sócioeconômica, grau de instrução, idade, atividade que executa, sentimentos e conhecimento da doença, crenças de saúde, estilo de vida, experiência anterior com a doença no meio em que vive, percepção da seriedade do problema, complexidade do tratamento, atitudes decorrentes do sistema de saúde vigente, efeitos colaterais dos medicamentos, percepção social do problema e relacionamento inadequado com membros da equipe de saúde. Após análise desses fatores, a enfermeira deverá traçar um plano de cuidados objetivando a aderência do paciente ao tratamento, considerando a educação para a saúde como ponto relevante para o controle da pressão arterial elevada, reforçando, também, a necessidade do direcionamento para o autocuidado.

Um trabalho envolvendo não só o paciente com hipertensão arterial essencial mas também sua família foi proposto por Cruz et al. (1995). As autoras tecem considerações sobre o diagnóstico e tratamento de enfermagem na consulta, afirmando que a consulta de enfermagem envolvendo a família e o portador de hipertensão favorece a organização da assistência para o grupo familiar e, desenvolve nele o autocuidado, prevenindo complicações, promovendo a saúde e reduzindo os custos do tratamento. Consideram que a consulta obedece a quatro passos: o histórico, o diagnóstico, a prescrição e a avaliação do resultado. Estas atividades são compreendidas por metodologia assistencial, já que representam

comportamentos, ações ou habilidades da enfermeira que são realizados segundo um referencial teórico que pode estar descrito ou não. Tiveram, também, preocupação em mostrar que quando o processo de enfermagem é implementado para diferentes grupos de pacientes poderá baixar os custos, garantindo qualidade na assistência. O gerenciamento do processo de enfermagem para o paciente/família com hipertensão arterial pode promover a assistência, desenvolvendo o autocuidado, prevenindo ou retardando complicações, promovendo a saúde e reduzindo os custos do tratamento. Tendo em vista ser uma doença crônica com complicações renais, cardíacas, cerebrais e oculares que demanda gastos para o serviço de saúde, cabe aos profissionais investirem em tecnologias assistenciais que promovam aderência ao tratamento, buscando qualidade de vida e retardo de complicações.

Numa experiência realizada em Ribeirão Preto por Basso e Veiga (1998), concluiu-se que a inadequação de recursos humanos e planta física estão presentes no âmbito institucional e da equipe multiprofissional, na credibilidade e reconhecimento da importância da Consulta de Enfermagem. Há necessidade de elaboração de um instrumento padronizado para direcionar as consultas, servindo de suporte técnico às enfermeiras e, finalizando, a necessidade de estabelecer critérios, objetivando atender às necessidades da clientela e da instituição na realização da Consulta de Enfermagem, facilitando sua execução eficaz. Diante dessas reflexões, as autoras descrevem uma proposta de modelo de Consulta de Enfermagem em programa de hipertensão arterial, fazendo uma retrospectiva da evolução histórica da consulta, suas definições e importância. Consideram, de modo geral, que a Consulta de Enfermagem é um método de trabalho em que a enfermeira aplica conhecimentos técnico-científicos, como os métodos propedêuticos

(observação, palpação, ausculta e percussão), para analisar e interpretar as informações sobre as condições de saúde da clientela, possibilitando a identificação do diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação de cuidados, ou encaminhamentos a outros profissionais de saúde quando a competência da resolução do problema fugir ao seu âmbito de ação. A metodologia da consulta constaria, inicialmente, da coleta de dados, com a identificação do paciente, o registro dos dados obtidos por meio do exame físico e o registro das condutas e de retornos. Na coleta de dados, objetiva-se realizar um levantamento a partir de seu relato e das observações da situação de saúde do paciente nos seus aspectos biopsicossociais. Após a coleta de dados, elaboram-se os diagnósticos e realizam-se as prescrições de enfermagem. As autoras implementaram o modelo proposto para a Consulta de Enfermagem, concluindo que a mesma é de suma importância na assistência ao paciente, já que esta prática possibilita identificar os problemas que podem ser resolvidos pela enfermeira. Essa modalidade de assistência mostrou-se facilitadora na permanência do tratamento do paciente, principalmente por se tratar de uma doença crônico-degenerativa.

Maciel (2000) em seu trabalho de mestrado, avaliou os fatores intervenientes na Consulta de Enfermagem a portadores de hipertensão arterial desenvolvida em alguns programas de Fortaleza. Buscou investigar as atividades realizadas pelas enfermeiras nos programas estudados e relacionou os fatores que ajudavam e dificultavam-na. Entre as dificuldades, identificou a utilização do modelo tradicional curativo na Consulta de Enfermagem, a inexistência de um roteiro padronizado que permitisse visualizar o paciente de forma holística, a falta de sistematização e continuidade da consulta de enfermagem, a deficiência de recursos humanos e a ausência de educação continuada para as enfermeiras. Uma das

vantagens da Consulta de Enfermagem enfocada é a possibilidade da interação paciente enfermeira. Através dessa interação, ocorre a visualização, por parte do profissional, das reais dificuldades enfrentadas para seguir as recomendações em relação ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e no enfrentamento dos problemas psicológicos e sociais advindos da doença. Essa conduta permite ver o paciente de forma individual e oferece uma assistência integral. Partindo da realidade descrita, enfatiza que a abordagem do tratamento farmacológico e das mudanças de comportamentos em relação aos hábitos de vida, é imprescindível durante a consulta, pois desperta no paciente, a consciência da necessidade do autocuidado para o controle da pressão arterial elevada. Nesse estudo, a autora faz uma proposta de modelo de consulta tendo como suporte a Teoria do Autocuidado de Orem.

Concordando com as autoras que descreveram suas experiências de implementação da Consulta de Enfermagem ao portador de hipertensão arterial tendo uma abordagem holística, busquei, neste trabalho, utilizar um referencial teórico-metodológico, que me permitisse propor uma Consulta de Enfermagem adequada ao atendimento dessa clientela.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 4.1 Apresentando a opção teórica

O novo conhecimento desenvolvido pela enfermagem aponta como principal preocupação não só a doença, mas o ser humano, doente ou não, experienciando o processo saúde-doença com enfoque na promoção do bem-estar e da saúde (LEOPARDI, 1999).

Como qualquer outra ação, a assistência de enfermagem para ser eficaz deverá estar embasada em uma metodologia, ou seja, delineada em uma sequência lógica. O embasamento teórico objetivando chegar à Consulta de Enfermagem acompanha a própria evolução da profissão, em que a mesma busca desenvolver o cuidado à saúde e não à doença, através do conhecimento específico da enfermagem. Segundo Horta (1979), o fortalecimento da ciência da enfermagem iniciou-se por volta dos anos 50, através do ensino e da pesquisa, tendo o seu impulso máximo após os anos 60, com a elaboração de um referencial teórico que teve como objetivo fundamentar sua prática. Foram, então, construídas várias teorias de enfermagem e organizados modelos teóricos e conceituais para dar suporte à sua práxis. Alfaro-Lefevre (2000) destaca o processo de enfermagem como um método sistemático de prestação de cuidados, levando a resultados desejados. É sistemático, porque consiste em investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. É eficaz, porque à medida que planejamos e proporcionamos cuidados, devemos considerar os interesses, os ideais de saúde da pessoa, da família e da comunidade.



No Brasil, a utilização do método científico é relativamente recente e, apesar de existirem várias teorias de enfermagem desenvolvidas em outros países que tiveram influência na enfermagem brasileira, foi Wanda Horta a primeira teórica brasileira que propôs um método para a prática de enfermagem, divulgado em seu livro "Processo de Enfermagem", publicado em 1979. Horta (1975) enfatiza que a enfermeira ao atender o indivíduo não hospitalizado, aparentemente sadio ou ao doente em tratamento ambulatorial, poderá aplicar o processo de enfermagem, e quando o faz está realizando uma Consulta de Enfermagem.

Horta destacou-se como defensora da autonomia profissional da enfermeira através da utilização do conhecimento no exercício, independente de sua ação na área da saúde, quando a mesma inclui em sua tese, "a observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos". A recomendação orienta, até o momento, a maior parte dos processos de trabalho assistencial de enfermagem em várias instituições brasileiras (SANTOS et al., 2001).

As influências das teorias e dos modelos de assistência de enfermagem estão presentes no contexto da enfermagem brasileira, pois os mesmos estão cada vez mais difundidos, tanto na prática quanto na formação dos enfermeiros (CARRARO, 2001). A teoria é defendida como uma articulação organizada, coerente, sistemática e comunicada em um todo significativo da realidade descoberta ou inventada, de maneira a descrever, explicar e prever situações ou relações. É considerada a conceitualização de alguns aspectos da profissão, com a finalidade de descrever, explicar, prever ou descrever o cuidado (MELEIS, 1997).

As teorias de enfermagem como propostas de abordagem assistencial dirigidas a um objeto, levam o profissional a pensar esse objeto de um modo mais

responsável, compreendendo as inter-relações conceituais que o constituem. Usar uma proposta teórica é permitir conhecê-la, testá-la, desenvolvê-la e, se necessário, contradizê-la com argumentos sustentados pela prática (LEOPARDI, 1999).

A necessidade de fundamentar a consulta em uma teoria de enfermagem se faz necessário porque a mesma possibilita a utilização do processo de enfermagem, sendo o processo a operacionalização da teoria. No processo de enfermagem, orientado pela teoria do autocuidado, a consulta tem como objetivo trabalhar a capacidade do ser humano de alcançar o autocuidado, tendo em consideração os “cinco papeis”, ou atribuições: manutenção da saúde; prevenção da doença; autodiagnóstico; automedicação; autotratamento e participação nos serviços de assistência à saúde (CASTELLANOS, 1989).

O referencial teórico que orientará este trabalho será a Teoria do Autocuidado desenvolvida por Dorothea Elizabeth Orem. A escolha deste referencial se faz por estarmos diante de uma clientela em que o processo de se autocuidar é fundamental para o equilíbrio do ser nesta situação específica.

Orem (1995) relaciona diversos conceitos, afirmando que o autocuidado é a capacidade que tem o indivíduo de se autocuidar em seu próprio benefício, objetivando a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, e que a Enfermagem tem como ação assistencial satisfazer as necessidades afetadas do indivíduo, quando o mesmo for incapaz de atendê-las por si só. Sua proposta enfatiza a possibilidade da enfermeira atuar de forma sistematizada, com conhecimentos próprios, dando oportunidade para o indivíduo, a família e a comunidade atingirem o seu bem-estar, pelo entendimento do autocuidado. As ações de enfermagem provedoras do autocuidado são de fundamental importância para a forma de

trabalho que se propõem estabelecer para pacientes portadores de hipertensão arterial

Os conceitos presentes na Teoria de Orem (1995) são relativos ao *ser humano, saúde, sociedade, ambiente e enfermagem*. Define *ser humano* como o ser que se diferencia das outras coisas vivas por sua capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, por simbolizar o que eles experienciam e usar as criações simbólicas em seu benefício e em benefício dos outros. Quando se utiliza o conceito de ser humano definido por Orem para planejar a assistência ao portador de hipertensão, aposta-se na capacidade de reflexão desse ser sobre si mesmo e sua doença, analisando suas possibilidades de desenvolver atividades de autocuidado. *Saúde* tem como base a definição da Organização Mundial de Saúde, e é o estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. A saúde requer cuidados preventivos (promoção e manutenção da saúde); tratamento da doença ou lesão e prevenção de complicações. Usando esse conceito, busca-se estabelecer uma assistência ao portador de hipertensão que lhe possibilite conseguir um estado de bem-estar físico, mental e social, pelo desenvolvimento do autocuidado em relação à sua doença, retardando ou prevenindo complicações, principalmente as cardiovasculares. *Sociedade/ambiente* são definidos como locais que influenciam o homem por produzir relações culturais e sociais, distinguindo o homem como ser individual dentro de uma sociedade. As condições e recursos que promovem o desenvolvimento natural dos indivíduos variam dentro das famílias, comunidades e sociedades, experimentando cada ser, condições externas e internas que podem, adversamente, afetar o seu desenvolvimento. Estes conceitos estão visíveis quando se analisam as evidências

de que a pressão arterial se modifica de acordo com variáveis socioculturais e ambientais.

Encontra-se bem evidente a utilização dos conceitos de ser humano, sociedade/ambiente, quando Orem estabelece os requisitos de autocuidado como *universais*, de *desenvolvimento* e nos *desvios de saúde*, influenciados pelo ambiente físico, social e cultural. Cada ser humano tem uma capacidade própria de desenvolver esses requisitos de autocuidado, embora vivendo em uma mesma sociedade.

No seu conceito de *enfermagem Orem*, afirma:

é uma arte através da qual a enfermeira fornece assistência especializada às pessoas com inabilidade, de igual modo que uma assistência ordinária é necessária para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, para que a pessoa participe inteligentemente dos cuidados prestados. A arte da enfermagem é praticada: 'fazendo por' a pessoa com a inabilidade, 'ajudando-a a fazer por si própria' e ou 'ajudando-a aprender como fazer por si própria'. A enfermagem também é praticada ajudando a pessoa da família do paciente ou o amigo do paciente a aprender co 'fazer' pelo paciente. Deste modo, cuidar do paciente é uma arte prática e didática (OREM, 1995, p.7).

Como já foi afirmado anteriormente, a enfermeira faz parte da equipe multiprofissional que presta cuidados ao portador de hipertensão. Utiliza tecnologia como a Consulta de Enfermagem, objetivando atender aos déficits de autocuidado da clientela em relação à sua doença.

O conceito de enfermagem de Orem se evidencia, quando estabelece a teoria dos déficits do autocuidado, afirmando ser a enfermeira necessária à assistência do indivíduo, família e comunidade, estabelecendo ações ou métodos de ajuda como: agir ou fazer para o outro; guiar e direcionar; favorecer apoio físico ou psicológico; promover e manter um ambiente que favoreça o desenvolvimento pessoal. O caminho para a ação de ajuda é preconizado na teoria de sistemas de

enfermagem que direciona o planejamento da assistência através do processo de enfermagem.

O Modelo Conceitual da Teoria do Déficit de Autocuidado, proposto por Orem (1995), é composto de três constructos ou teorias articuladas, assim, constituídas: Teoria do autocuidado; Teoria dos Déficits de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A **Teoria do autocuidado**, representada pela prática de cuidados executados pelo indivíduo portador de uma necessidade, para manter-se com vida, saúde e bem-estar. Estabelece e relaciona os conceitos de *autocuidado*, *ação de autocuidado*, *demanda terapêutica de autocuidado* e *fatores condicionantes básicos*. *Autocuidado* é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. *Ação de autocuidado* é a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado. A *demanda terapêutica de autocuidado* é a totalidade de “ações de autocuidado a serem desempenhadas”.

Ação de autocuidado, ou seja, a capacidade de engajar-se no autocuidado é influenciada pelos fatores condicionantes básicos como: idade, sexo, o estado de saúde, a orientação sócio-cultural, os sistemas de atendimento à saúde, os fatores do sistema familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais, a adequação e a disponibilidade de recursos. Na Teoria do autocuidado, estão incorporados os requisitos, que constituem as ações necessárias para o autocuidado. Orem descreve os três requisitos como: *requisitos de autocuidado universal*, básicos para a espécie humana, seja por sua condição biológica, seja por sua condição sócio-psicológica. Não necessariamente significa que sejam iguais para todos os seres humanos em qualidade e em quantidade, são eles: manutenção de suficiente aporte de ar, água e alimentos; provisão de cuidados associados aos processos de

eliminação e excreção; manutenção do balanço entre o estar só e a interação social; prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e bem-estar como ser humano e a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e desejo de ser normal. Dentre as atividades de autocuidado estabelecidas prioritariamente ao portador de hipertensão desses requisitos, está a nutrição adequada, que busca estabelecer hábitos dietéticos saudáveis, com restrição de sal, gorduras saturadas, e suplementação de potássio, cálcio e magnésio, aumento da ingestão de fibras, favorecendo a manutenção da massa corporal e controle adequado da pressão arterial. Outro requisito de autocuidado universal a ser investigado no portador de hipertensão é a prevenção de riscos à vida e ao bem-estar. As atividades pertinentes a esse requisito devem ser seguidas por todos os seres humanos independente da presença ou não de doença. Vários autores, já citados anteriormente, são unânimes quanto as atividades de autocuidado praticadas pelo portador de hipertensão que promovem a redução dos riscos à saúde, dentre eles podemos relacionar: prática regular de exercícios físicos; abandono do tabagismo; redução de peso; redução da ingestão de cafeína e álcool; combate ao estresse, adoção de métodos contraceptivos naturais, controle da glicemia e da pressão arterial (RIERA, 2000; DIRETRIZES 2002).

*Requisitos de autocuidado desenvolvimentais* são as demandas ou necessidades que ocorrem durante as adaptações necessárias às situações normais ou crises durante o ciclo vital como: infância, adolescência, adultícia e envelhecimento; gravidez e parto; situações de casamento, divórcio ou afastamento; situações de mudança no curso da vida, etc. Estes requisitos são trabalhados junto ao portador de hipertensão, por se tratar de uma doença que incide em um período

do ciclo vital, caracterizado pelo envelhecimento, e, no caso das mulheres, pela menopausa, podendo estar presente a não adaptação necessária ao período de desenvolvimento do ser e da própria doença. *Requisitos de autocuidado nos desvios de saúde*, são identificados quando as pessoas não reagem frente a um evento de perda de capacidade, ou não controlam suas funções e potenciais de autocuidado, caracterizando assim, os desvios de saúde, que exigem ações específicas de acordo com a situação em que se encontram. Os requisitos especiais de autocuidado, objetivam:

- assegurar cuidados apropriados, no caso de exposição a agentes físicos ou biológicos específicos, ou às condições ambientais associadas a eventos patológicos humanos;
- ter consciência e observar os efeitos e resultados dos estados e condições patológicas;
- compreender o diagnóstico médico, executar a terapêutica e as medidas de reabilitação, prevenção ou tratamento de tipos específicos de patologias, para a resolução de funções humanas integradas, para a correção de deformidades e subnormalidades, ou para compensar incapacidades;
- ser consciente e observar incômodos ou efeitos nocivos das medidas de cuidado desempenhadas ou prescritas pelo médico;
- modificar o autoconceito (a auto-imagem) para a aceitação de si mesmo como estando em um estado particular de saúde e necessitando de formas específicas de cuidado à saúde;
- aprender a viver com os efeitos de estados e condições patológicas e os efeitos do diagnóstico e medidas de tratamento, no estilo de

vida que promove desenvolvimento pessoal contínuo (LEOPARDI; WOSNY; MARTINS, 1999).

Os requisitos de desvio à saúde estabelecidos por Orem e descritos pelas autoras referidas anteriormente, devem ser contemplados no caso do portador de hipertensão, já que a adesão ao tratamento por esta clientela está na compreensão e desenvolvimento do autocuidado em relação a conhecimento da doença e tratamento, aceitação da doença, adaptação ao problema de saúde e execução efetiva de condutas terapêuticas.

Após o levantamento dos requisitos de autocuidado, identificam-se os diagnósticos, que constituem os *déficits de autocuidado*. Orem estabelece, nesse momento, a necessidade da presença da enfermeira, pela inabilidade do ser humano de executar seu autocuidado.

A **Teoria dos Déficits de Autocuidado** representa o núcleo da Teoria Geral de Enfermagem de Orem. O déficit de autocuidado faz com que haja a presença de outro ser que desenvolva a atividade de autocuidado. Orem identifica cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal. Para a utilização dos métodos de ajuda, a enfermeira poderá utilizar cinco áreas de atividades para sua prática: iniciar e manter um relacionamento enfermeira-paciente, família ou comunidade, até que a pessoa possa ser legitimamente liberada do cuidado da enfermagem; definir como as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem; responder às solicitações, desejos e necessidades da pessoa em relação ao contato e à assistência da enfermeira; prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta às pessoas de forma significativa; coordenar e integrar a enfermagem na vida diária do pessoa (OREM, 1995).



**A Teoria dos Sistemas de Enfermagem** baseia-se nas necessidades e capacidades dos pacientes para a execução de autocuidado, o que determinará, ou não a intervenção de profissionais de enfermagem. Avalia como as necessidades de autocuidado são preenchidas pela enfermeira, pelo paciente ou por ambos. As ações de enfermagem estão assim relacionadas: *Sistema de Enfermagem Totalmente compensatório* – caracterizado como a situação em que a enfermeira proporciona as ações de autocuidado pela incapacidade total do indivíduo de mantê-las ou executá-las; *Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório* – quando paciente e enfermeira se engajam para realizarem as necessidades de autocuidado; *Sistema de Apoio e Educação* – neste sistema, o paciente “é capaz” de desempenhar, ou pode e deve aprender a desempenhar as ações exigidas pelo autocuidado com a assistência (orientações dadas pela enfermeira) (OREM, 1995). Neste trabalho, utilizaremos o Sistema de Apoio e Educação, já que a clientela portadora de hipertensão a ser trabalhada pode e deve aprender a desempenhar as atividades de autocuidado. Além da característica da clientela, a tecnologia a ser utilizada no estudo será a Consulta de Enfermagem, que tem como princípio básico a educação em saúde.

A Teoria do Autocuidado de Orem oferece o suporte para a execução do processo de enfermagem, termo utilizado pelas enfermeiras ao referirem-se às operações profissionais-tecnológicas de prática da enfermagem e ao planejamento e às operações avaliatórias. Para Orem (1995) o Processo de Enfermagem é um sistema utilizado para determinar por que a pessoa precisa de cuidados (diagnóstico), elaborar o plano de cuidados (fornecimento de atendimento) e implementar os cuidados (planejamento e controle). O método para conduzir este processo contém os seguintes procedimentos: determinação dos requisitos de

autocuidado; determinação da competência para o autocuidado (cliente); determinação da demanda terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro e planejamento da assistência nos Sistemas de Enfermagem.

Neste estudo a aplicação da Teoria de Orem ao processo de enfermagem, utiliza a adaptação experienciada por Freire (2000) e Monteiro (2001) demonstrada no quadro seguinte:

Quadro 4

PROCESSO DE ENFERMAGEM DE OREM	PROCESSO DE ENFERMAGEM DE AUTOCUIDADO
Passo 1 - Diagnóstico e prescrição	Passo 1 - Levantamento de dados Passo 2 - Diagnóstico de Enfermagem
Passo 2 - Sistema de Enfermagem e Plano para o fornecimento de atendimento.	Passo 3 - Planejamento da assistência de enfermagem <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta</li> <li>• Objetivo</li> <li>• Sistema de Enfermagem</li> <li>• Método de Ajuda</li> </ul>
Passo 3 - Produção e controle dos sistemas de Enfermagem	Passo 4 Implementação da Assistência Passo 5 - Avaliação

\* Fonte: FREIRE(2000) e MONTEIRO (2001)

Em nosso estudo, na etapa de Planejamento da Assistência de Enfermagem (passo-3), será adotada apenas a elaboração de metas entendendo-se que as prescrições da consulta devem possibilitar o seu alcance. Esta alteração se deve a uma dificuldade observada na definição conceitual de metas e objetivos.

Buscando conceituar meta e objetivo, encontrou-se que: meta é "... marco ... ou qualquer outro sinal que indica ou demarca a parte final das corridas, alvo, mira objetivo..." (FERREIRA, 1975, p. 917). Já objetivo seria "alvo ou fim que se pretende atingir " (FERREIRA, 1975, p. 986). Aparentemente, meta e objetivos são sinônimos e representam, ambos o que se espera alcançar com a implementação da consulta de enfermagem. Desta forma, nesse estudo, as duas etapas estão representadas apenas por meta, que são os objetivos a serem alcançados.

#### **4.2 Tipo e natureza do estudo**

Para a construção metodológica, utilizou-se o método de pesquisa descritiva que, segundo Gauthier et al. (1998), é considerado um delineamento da realidade que busca descrever, registrar, analisar e interpretar os processos dos fenômenos. Ao construir a nossa pesquisa de forma descritiva, delineamos a realidade dos portadores de hipertensão, descrevendo, registrando, analisando e interpretando as reações dos mesmos na busca da resolução dos seus problemas e no alcance positivo do controle de sua doença.

Utilizou-se como técnica de estudo, dentro do método de pesquisa descritiva o estudo de caso. Segundo Leopardi (2002, p. 125), o estudo de caso "é uma investigação sobre um único evento ou situação (caso), em que se busca um aprofundamento dos dados, sem preocupação sobre a frequência de sua ocorrência". Foi adotada, neste trabalho, a técnica estudo de caso por permitir a visualização de casos de pessoas com hipertensão, estudando seus comportamentos frente às intervenções efetivadas durante a Consulta de Enfermagem.

Ludke e André (1995) apontam algumas características dos estudos de casos: objetivam a descoberta; interpretam o contexto; buscam retratar a realidade de forma completa e profunda; utilizam uma variedade de fontes de informação; revelam experiência e permitem generalizações naturalísticas; procuram representar os diferentes, e às vezes conflitantes, pontos de vista presentes numa situação social; utilizam linguagem e forma mais acessível.

### **4.3 Local do estudo**

O local utilizado para desenvolvimento do estudo foi o ambulatório de um Centro de Saúde, localizado na zona rural de São Luís-MA, onde funciona o Programa Saúde da Família, no qual está inserido o Programa de Hipertensão. Este programa faz parte de uma rede de atendimento ao portador de hipertensão, e é desenvolvido pelas Unidades de Saúde, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de São Luís.

Referido programa tem como objetivo assistir ao portador de hipertensão arterial, contando com uma equipe multiprofissional, constituída por um médico generalista, uma assistente social e uma enfermeira. Participam, também, como elementos de apoio uma auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde. As atividades assistenciais desenvolvidas pela equipe contemplam: atendimento em grupo, consulta médica, consulta de enfermagem e visita domiciliar.

A escolha do Centro de Saúde Maracanã como local do estudo ocorreu pela minha afinidade com a equipe, com a qual, desenvolvi atividades como enfermeira do Programa Saúde da Família. O meu desligamento do referido programa aconteceu pela falta de disponibilidade de tempo. O conhecimento anterior

sobre a área atendida pelo programa e o bom relacionamento com a equipe facilitou a minha inserção como pesquisadora. As Consultas de Enfermagem aos portadores de hipertensão arterial aconteciam quinzenalmente, sempre nas segundas-feiras durante seis meses. A visita domiciliar realizada a cada paciente foi feita pela pesquisadora acompanhada pelo agente comunitário de saúde. Todos os pacientes receberam uma visita domiciliar tendo como objetivo uma interação maior entre a pesquisadora e o paciente.

#### **4.4 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos do estudo são portadores de hipertensão arterial, residentes na Vila Nova República, que faz parte do bairro Maracanã, localizado na zona rural de São Luís. Os pacientes estão inscritos no Programa de Hipertensão do Centro de Saúde e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para participarem do estudo (Apêndice A). Nossa clientela foi selecionada aleatoriamente, a partir dos nove primeiros pacientes portadores de hipertensão arterial que compareceram à Consulta de Enfermagem de retorno no mês de julho de 2002. Desses nove pacientes, selecionamos cinco que apresentaram déficits de autocuidado significativos em relação ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso da hipertensão arterial, e que foram acompanhados de julho a dezembro de 2002.

Na seleção dos participantes, foi aplicado o instrumento de coleta de dados experienciado por Santos (2001) (Anexo A), com o objetivo de identificar os pacientes com déficits de autocuidado. Os cinco pacientes selecionados foram acompanhados e atendidos em Consultas de Enfermagem durante seis meses. Durante as consultas foram identificados os diagnósticos de enfermagem, sendo

realizado o planejamento da assistência e a avaliação dos resultados. O modelo que direcionou as consultas permitiu o levantamento de dados sobre os requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os dados levantados foram analisados e interpretados levando em conta a relação entre o agente de autocuidado (paciente) e suas demandas terapêuticas para identificar os diagnósticos. Para a denominação dos diagnósticos, foi utilizada a proposta da Associação Norte-americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA, 2002). Após o levantamento dos diagnósticos, realizou-se o planejamento da assistência de enfermagem, objetivando superar os déficits de autocuidado. Nesta etapa, foram elaboradas as metas e intervenções, selecionando o sistema de enfermagem adequado. Considerando que a Consulta de Enfermagem tem forte componente educativo, a adoção do Sistema de apoio e educação e método de ajuda foi utilizado em todo o planejamento da assistência.

Chaves (1990) destaca a educação em saúde como importante estratégia para promoção do autocuidado da pessoa com hipertensão arterial, na medida que introduz ou reforça conceitos e hábitos de proteção à saúde e permite o controle de agravos crônicos. O processo educativo sistematizado e contínuo assume um papel importante na valorização do indivíduo, estimulando-o a introduzir e manter práticas positivas que visam a manutenção da saúde. A educação dos portadores de hipertensão arterial para o autocuidado é vista como o melhor caminho para o alcance desses objetivos, e para que o processo de apoio e educação não seja apenas uma transmissão de conteúdos referentes à doença e ao tratamento, mas sim, a promoção da adaptação do sujeito a um novo estilo de vida. Para se chegar a essa adaptação, é preciso que o paciente esteja motivado para tais mudanças de comportamento (FREIRE, 2000).

#### **4.5 Organização e análise dos dados**

Os dados são apresentados segundo a evolução dos sujeitos do estudo em relação ao desenvolvimento do autocuidado. A avaliação dos resultados foi feita observando-se a evolução de cada paciente frente a demanda terapêutica, que constitui a totalidade das ações de autocuidado que devem ser realizadas por cada portador de hipertensão arterial, objetivando superar os diagnósticos identificados. Na análise consideraram-se os fatores condicionantes básicos que Orem descreve como importantes para o desenvolvimento das ações de autocuidado. Considerou-se também o cumprimento das metas estabelecidas no planejamento da assistência para cada paciente.

#### **4.6 Aspectos ético-legais do estudo**

O estudo adotou os princípios éticos da pesquisa: beneficência, respeito à dignidade humana e justiça (POLIT; HUNGLER, 1995). O princípio da beneficência refere-se à isenção de danos aos sujeitos do estudo, de ordem físico ou emocional. O princípio do respeito à dignidade humana inclui o direito à determinação e à revelação completa. O princípio da justiça se refere ao direito que têm os sujeitos de tratamento justo, além do direito à privacidade. Os aspectos éticos obedeceram aos preceitos de benemerência da resolução 196/96 (BRASIL, 1996). A coleta de dados foi autorizada previamente pela instituição e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) foi assinado por todos os participantes do estudo. Para a

preservação da identidade dos sujeitos, foram adotados nomes fictícios escolhidos em parceria com os próprios pacientes.

## **5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Os dados foram analisados segundo a evolução dos sujeitos do estudo em relação ao desenvolvimento do autocuidado. No momento da análise, utilizou-se o conceito de demanda terapêutica e atividade de autocuidado que são influenciadas por fatores condicionantes básicos. Tendo como base os conceitos elaborados por Orem, analisou-se a capacidade e o desenvolvimento das ações de autocuidado em relação às demandas terapêuticas, que constituem a totalidade das ações a serem desenvolvidas por cada portador de hipertensão arterial frente aos diagnósticos identificados, objetivando superá-los e conseguindo assim o controle da pressão arterial.

### **5.1 Consulta de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial**

Estudo de caso I

#### **1 Identificação**

A senhora Dina tem 52 anos. Coursou até a 4ª série do ensino fundamental. É evangélica, casada, do lar e tem renda familiar de dois e meio salários mínimos. Mora em casa própria de alvenaria, com água encanada, luz elétrica e fossa sanitária. Reside com marido e filho.



## 2 Identificando os Requisitos de Autocuidado Universal

Sua casa possui ventilação, sem fontes poluentes próximas. Em relação à hidratação, costuma ingerir suco, leite e chás considerando o volume de líquido nas 24 horas em torno de 1500 ml. O adulto necessita de uma ingestão diária de 1400 a 2000 ml (aproximadamente de 6 a 8 copos de líquido) (ANDRADE et al., 2002). Para Atkinson e Murray (1989), a ingestão diária de líquidos de um adulto deve ser de aproximadamente 1300 ml, tendo em vista que a água contida nos alimentos sólidos proporciona outros 1000 ml. Dina faz três refeições diárias. No desjejum ingere café com leite integral, biscoito ou pão, não usando manteiga. No almoço, como fonte de proteína, costuma preparar peixe ou frango retirando toda a pele. A carne vermelha é restrita em sua dieta. Faz parte da sua alimentação, nesse período, arroz, feijão e verduras. Adota restrição de sal e gordura no preparo da alimentação. À noite, não costuma jantar, fazendo apenas um lanche à base de papa de maisena ou biscoito com leite ou chá. Dina considera suas eliminações intestinais e urinária normais, já que evacua uma vez ao dia, fezes com consistência mole. Refere urinar de três a quatro vezes ao dia. Andrade et al. (2002), consideram a eliminação urinária normal em um volume de 1000 a 1500 ml nas 24 horas, sendo que o adulto experimenta o desejo de urinar quando o volume chega a 250 a 400 ml. Du Gas (1988) relata que a frequência da evacuação varia de indivíduo para indivíduo, havendo uma grande variação na frequência normal. O autor afirma que a pessoa que tenha quatro evacuações por dia pode não estar com diarreia, nem a pessoa que tem uma evacuação em três dias está sofrendo de constipação. O sono de Dina é perturbado quando seu marido viaja a trabalho. Costuma acordar durante

a noite e demora a conciliar o sono. Apesar de não praticar atividades físicas, como caminhada, andar de bicicleta ou hidroginástica, a paciente realiza todas as atividades domésticas que são: limpeza da casa e quintal, preparo das refeições, lavagem e passagem da roupa. Dina considera o relacionamento familiar satisfatório, mas demonstra certa ansiedade quando se refere aos cuidados que tem que dispensar ao seu filho e afirma ter medo de que tenha algum acidente ou que o mesmo venha a adoecer, principalmente quando seu marido está viajando. Sua atividade de lazer restringe-se à ida até a igreja. Nunca fumou e não ingere bebida alcoólica. Em relação à promoção da saúde, informou fazer anualmente exames de prevenção do câncer de mama e mantém atualizada a vacinação básica para a idade: anti-tetânica, contra febre amarela (que é obrigatória em nossa região) e contra influenza. Tem hábito de avaliação odontológica periódica.

### 3 Abordando os Requisitos de Autocuidado Desenvolvimental

Dina encontra-se satisfeita com o período do ciclo vital que está vivendo no momento. Teve sua menarca aos 14 anos, é histerectomizada há seis anos, mas já que não sente nada, afirma considerar ser normal não ter mais o útero. Teve uma única gravidez com parto normal.

### 4 Identificando os Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde

Sua hipertensão foi diagnosticada há vinte anos, fazendo tratamento de forma irregular. No momento só segue corretamente o tratamento não-medicamentoso, relacionado especificamente com a dieta. Os medicamentos são

tomados apenas quando sente que sua pressão aumentou e apresenta agitação, "cabeça pesada" e "aperto no coração", procurando o "senhor da farmácia" que verifica sua pressão e lhe receita a medicação. Sabe que as complicações da hipertensão arterial são "derrame e ataque no coração", por isso quando tem alguma alteração, procura logo tomar medicamentos. Dina justifica que abandonou o tratamento quando não teve mais condições financeiras para manter seu convênio de saúde, e experimentou dificuldades em conseguir marcar consulta no serviço oferecido pelo Sistema Único de Saúde. Este período foi marcado, também, por problemas de saúde do seu filho o que a fez desviar sua atenção, esquecendo-se da hipertensão. Dina encontra-se inscrita no programa de hipertensão, mas não comparece regularmente às consultas de retorno, justificando, não ter tempo disponível para longas horas de espera pelo atendimento, porque seu marido viaja muito e teme deixar seu filho sozinho.

## 5 Exame físico

Seu peso, no início do estudo, estava em 62 quilogramas, com 170 m de altura, levando a um Índice de Massa Corporal (IMC) igual a 21 kg/m<sup>2</sup>, que corresponde ao peso saudável. Sua pressão arterial inicial foi de 170 x 110 mmHg (hipertensão moderada). Frequência cardíaca de 82 bpm, a respiratória de 16 mpm. Estrabismo à D, usa óculos há vários anos, não sabendo informar quando começou a usá-los. Ausência de alguns dentes na arcada superior e inferior, usa prótese dentária. As veias jugulares com enchimento/esvaziamento normais e as carótidas com pulsação normal. Apresenta leve escoliose na coluna torácica com desvio para D, mas não refere dores na coluna. O tronco anterior não apresenta alterações na

simetria músculo-esquelética. Ausculta cardíaca presente até o 5º espaço intercostal E na linha hemiclavicular. Na palpação abdominal ausência de massas, pulsações anormais e circulação colateral. Em relação aos pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos, pulsações presentes tanto no hemicorpo direito como no esquerdo, movimentos preservados, musculatura eutrófica para a idade. Pele íntegra em boas condições de higiene. O ECG realizado pela paciente quatro meses antes da consulta, apresentou laudo normal. Lipidograma com os seguintes resultados: colesterol total 170 mg/dl; HDL 66 mg/dl; Triglicérides 181 mg/dl e LDL 68 mg/dl.

## 6 Identificando os Diagnósticos de Enfermagem e Elaborando o Plano Assistencial

Identifiquei em Dina, alguns diagnósticos que serviram de base para o planejamento assistencial com o objetivo de promoção do seu autocuidado.

O diagnóstico de Controle ineficaz do regime terapêutico, definido por NANDA (2002, p. 77) como "padrão de regulação e integração à vida diária de um programa de tratamento de doenças e de suas seqüelas que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde". As características definidoras do diagnóstico de Controle ineficaz do regime terapêutico, foram a realização de três refeições diárias, ingestão de leite integral e ausência de frutas na dieta; irregularidade no uso de medicação anti-hipertensiva; poucas atividades de lazer; tensão aumentada em relação ao futuro do seu filho e dificuldades de acesso ao serviço de saúde. Este diagnóstico foi bastante evidenciado durante a entrevista com Dina, quando foram identificados os fatores relacionados de déficits de conhecimento e conflitos decisórios em relação à ingestão adequada de alimentos; tratamento

medicamentoso regular; necessidade de lazer; influência da tensão emocional como fator de risco para hipertensão e o acesso ao serviço de saúde. Para Dina superar os déficits de autocuidado, foram estabelecidas metas que demonstrassem comportamentos e mudanças no estilo de vida necessários à manutenção do regime terapêutico como: adotar hábitos dietéticos saudáveis; adesão ao tratamento medicamentoso; reconhecer a importância da atividade de lazer; enfrentar a tensão emocional e ter acesso ao serviço de saúde.

Na primeira consulta, buscamos informar Dina sobre a importância de restringir a ingestão de alimentos gordurosos, como leite integral; realização de lanches nos períodos adequados, com frutas, aumentando assim, a frequência das refeições; ingerir mais verduras e beber água à vontade nos intervalos das refeições, e mantendo dieta hipossódica. No caso particular de Dina, o acréscimo de frutas, a ingestão de leite desnatado e o fracionamento dos horários da alimentação não têm como objetivo a redução do peso mas sim a adoção de uma dieta saudável que permita um controle da pressão arterial. Dentro das seis classes de nutrientes (carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, minerais e água), distribuídos em quatro grupos básicos (carne, pão/cereais, frutas, leite/laticínios), Dina ingere pouca quantidade de frutas. Para Du Gas (1988), as vitaminas contidas nas frutas e vegetais são essenciais à absorção, digestão e utilização celular de carboidratos, proteínas e gorduras. As Diretrizes para o tratamento da pressão arterial (2002) referem-se ao estudo DASH ("Dietary Approachsto Stop Hypertension") que mostrou a diminuição da pressão arterial em indivíduos que ingeriram dieta com frutas, verduras, derivados de leite desnatado, quantidade reduzidas de gorduras saturadas e colesterol. Este estudo, segundo Olmos e Bensenõr (2001), não avaliou perda de peso, redução da ingesta alcoólica, do sódio e atividade física conjuntamente,

apenas relacionou a dieta com a redução da pressão arterial. No padrão alimentar diário recomendado para o portador de hipertensão arterial, devem ser incluídos cinco porções de frutas/verduras (DIRETRIZES, 2002).

As prescrições e implementações objetivando a redução da tensão emocional consistiram em orientar Dina sobre a importância da análise e discussão sobre as situações que lhe causam medo, buscando formas efetivas de controle e de ações positivas que lhe auxiliem a lidar com as situações de medo e ansiedade; informar-lhe o quanto é significativo o controle do medo para a estabilidade de sua pressão arterial; sensibilizá-la da importância de seu equilíbrio para orientar e acompanhar seu filho. Algumas medidas foram sugeridas para redução da tensão emocional, uma delas foi a participação em atividades de lazer.

Para Maciel (1998), o medo e a raiva são emoções transitórias no homem e no animal. São associadas a mudanças fisiológicas necessárias que preparam o corpo para o esforço concentrado, envolvido na luta ou fuga. O aumento na pressão arterial é um dos componentes dessa preparação fisiológica. Com a cessação da situação, há um retorno ao padrão normal. Quando a tensão emocional é um fator permanente há dificuldade no controle da pressão arterial.

As prescrições/implementações em relação ao déficit de conhecimento do tratamento medicamentoso, consistiram em informar Dina sobre a importância da medicação anti-hipertensiva no controle da pressão arterial e os benefícios que esse controle traz, principalmente para a prevenção de doenças cardiovasculares, melhorando sua expectativa de vida. Dina foi orientada sobre os benefícios da manutenção de níveis mais controlados da pressão arterial, como redução dos episódios de crise hipertensiva, que podem ser conseguidos com a tomada regular da medicação. Foi também explicado à paciente que existe o Programa de

distribuição gratuita de medicação e a garantia de atendimento ao portador de hipertensão pelo Sistema Único de Saúde. Dina retornou à sua residência com a prescrição do anti-hipertensivo Captopril (inibidor da enzima conversora da angiotensina ) de 25 mg, um comprimido de 12/12 horas.

Após a primeira consulta, agendei o retorno de Dina em um prazo de trinta dias. A paciente não compareceu, e resolvi fazer-lhe uma visita domiciliar, levando a medicação Captopril em dosagens para trinta dias. Durante a visita observei como era preocupante para Dina deixar seu filho sozinho ou com pessoas da vizinhança para comparecer à unidade de saúde. Foram reforçadas as orientações sobre a importância do seguimento do regime terapêutico e da necessidade da paciente controlar seu medo em relação ao que pudesse ocorrer com seu filho na sua ausência. Garanti, também, o acesso de Dina à unidade de saúde de forma que não tivesse que enfrentar filas. Após o nosso encontro em sua residência, Dina tem comparecido regularmente às consultas na unidade de saúde.

O segundo diagnóstico identificado foi o de Processos familiares interrompidos, que segundo NANDA (2002, p. 189), é definido como " mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família". As características definidoras estão na incapacidade de Dina em adaptar-se à mudança e em atender às necessidades de sono e repouso quando seu marido está ausente. Demonstra também ansiedade por ter que assumir ao mesmo tempo o papel de pai e mãe. Os fatores relacionados são a transição situacional e/ou crises na mudança nos papéis vivenciados por Dina, que com a saída de seu esposo do lar para trabalhar, assume o papel de chefe da família, arcando sozinha com as responsabilidades da casa e com os cuidados dispensados ao filho.

Estabeleci, como meta, o reconhecimento da necessidade da ausência de seu marido; realização de atividades de sua escolha para preenchimento do seu tempo e de relaxamento para conciliar melhor o sono. As prescrições e intervenções a serem implementadas sintetizaram-se em orientar Dina sobre a importância de manter de 6 a 8 horas de sono, conscientizando-a de que o sono é importante para o equilíbrio e reposição das energias e funcionamento normal do organismo e buscando fazer com que reconheça a necessidade da ausência do marido. O sono e o repouso constituem uma das necessidades humanas básicas. O corpo e a mente precisam repousar, para restaurarem as forças e ficarem livres dos estresse físico e/ou mental. O acordar deve ser um momento em que o ser humano experimenta um estado de bem-estar, isento de sentimentos de ansiedade ou de medo (ATKINSON; MURRAY, 1989; DU GAS, 1988). Para estes autores, o tempo de sono varia de pessoa a pessoa. Para algumas pessoas cinco horas de sono são suficientes para se sentirem restauradas, enquanto outras que dormem 10 a 12 horas, acordam sentindo-se cansadas. A média de sono no adulto corresponde a um período de oito horas.

## 7 Avaliando a Assistência de Enfermagem na promoção do Autocuidado

A partir das orientações, Dina passou a ter um compromisso maior com o seu tratamento tanto medicamentoso como o não-medicamentoso. Durante os seis encontros que tivemos, a mesma demonstrou comportamentos efetivos de envolvimento, contribuindo para a superação dos diagnósticos apresentados no primeiro encontro.



Na avaliação do diagnóstico de Controle ineficaz do regime terapêutico, podemos inferir que o mesmo foi superado. A partir da terceira consulta, Dina passou a reconhecer a importância da dieta saudável, aumentando a quantidade de frutas na sua alimentação, adotando a ingestão de leite desnatado rico em cálcio e a realização de quatro refeições diárias. A adesão ao tratamento medicamentoso foi o ponto mais significativo de todas as mudanças de comportamento em relação ao autocuidado para superação desse diagnóstico. Após o segundo encontro, que aconteceu em sua residência, Dina tem comparecido regularmente às consultas na unidade, recebendo o quantitativo da medicação para trinta dias. Sua pressão arterial tem se mantido em torno dos valores de 140 x 90 mmHg, que correspondem a uma hipertensão leve. Preconiza-se que o tratamento medicamentoso tem como objetivo a redução dos níveis pressóricos para valores inferiores a, pelo menos, 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica, respeitando-se as características individuais (DIRETRIZES, 2002). Durante as evoluções realizadas nas consultas, a paciente relata que não apresentou mais os sintomas (cefaléia, tontura, "cabeça pesada", "aperto no coração") que a faziam procurar a farmácia. Em nosso último encontro, que aconteceu em sua residência, Dina mostrou-se consciente da necessidade de continuar desempenhando suas atividades de autocuidado, já que se sente bem, não pretendendo abandonar seu tratamento. Algumas atividades estão sendo realizadas com o objetivo de reduzir a tensão emocional e desviar sua atenção e o seu medo em relação ao futuro do seu filho, entre elas a leitura, a ida frequente à igreja e conversas com amigas, evitando ficar sozinha com seus pensamentos por muito tempo.

A superação do diagnóstico de Processos familiares interrompidos teve como fator importante a transferência do seu marido para a sua cidade, já que sua

ausência era a causa maior da não satisfação da necessidade de sono e repouso e a incapacidade de viver sozinha. Hoje adota o hábito de não dormir no horário vespertino, buscando conciliar o sono apenas no período noturno.

## **Estudo de caso II**

### **1 Identificação**

A senhora Maria tem 51 anos, cursou até a segunda série do ensino fundamental. É casada, comerciante, sem renda fixa. Mora em casa própria de alvenaria, provida de água encanada da rede pública, luz elétrica e fossa sanitária. Reside com marido e três filhos.

### **2 Identificando os Requisitos de Autocuidado Universal**

Sua casa possui ventilação adequada, sem fontes poluentes próximas. Ingere cerca de 1000 ml de líquidos por dia. Faz três refeições diárias. No café da manhã costuma ingerir pão e café em uma quantidade de 100 ml. No almoço, come feijão, arroz, galinha frita, carne cozida com verduras e ovos cozidos. No jantar, alimenta-se com o mesmo cardápio do almoço. Não gosta de doces, mas não retirou e nem diminuiu o sal da alimentação, mesmo sabendo da necessidade de fazer restrição salina. Em relação às necessidades de eliminações intestinal e urinária, Maria diz satisfazê-las, já que evacua uma vez ao dia, não se sentindo constipada. Urina mais de quatro vezes ao dia. Costuma dormir de 6 a 8 horas por noite, não repousa durante o dia. Afirma ter vida familiar satisfatória, porém

preocupa-se quando os filhos adolescentes saem à noite. Sua atividade de lazer restringe-se a assistir programas na televisão. Tabagista há 30 anos, fuma cerca de 10 cigarros por dia, refere vontade de abandonar o vício. Não faz exercícios físicos de rotina. Já realizou caminhada, mas lhe falaram que só podia fazer usando tênis e no momento não possui esse tipo de calçado.

### 3 Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento

Menarca aos 13 anos, pariu três vezes, não teve abortos. Encontra-se na menopausa com ausência da menstruação há três anos, diz sentir redução da libido, tornando desconfortável a relação sexual, não faz reposição hormonal.

### 4 Abordando os Requisitos de Autocuidado nas Alterações de Saúde

Sua hipertensão foi diagnosticada há dois anos. Faz tratamento medicamentoso no Centro de Saúde Maracanã com propanolol ( $\beta$  bloqueador, dois comprimidos por dia, em duas tomadas) e hidroclorotiazida (diurético tiazídico, meio comprimido pela manhã). Não comparece regularmente às consultas na unidade de saúde e não toma sua medicação diariamente. Justifica o comportamento pela falta de tempo e distância entre sua casa e a unidade de saúde. Sabe que as complicações da hipertensão, podem ser "derrame" e "ataque cardíaco". Reconhece que sua pressão arterial encontra-se elevada quando sente "palpitação" e mal-estar.

## 5 Exame físico

Seu peso, no início do estudo estava em 64,500 quilogramas, com 1,55 m de altura. Apresentando um IMC de 27 kg/m<sup>2</sup>, que corresponde à obesidade. Sua pressão arterial inicial foi de 162 x 110 mmHg (hipertensão moderada). Frequência cardíaca de 68 bpm, a respiratória de 15 mpm. Dificuldade visual para longe e perto, usando óculos há seis anos. Ausência completa de dentes na arcada superior e inferior, usa prótese dentária. As veias jugulares com enchimento/esvaziamento normais e as carótidas com pulsação normal. Refere dores nas colunas cervical e lombar, após esforço físico. O tronco anterior não apresenta alterações na simetria músculo-esquelética. Ausculta cardíaca em dois tempos, presente nos focos aórticos, pulmonares e no PIM. Na palpação abdominal, ausência de massas circulações colaterais. Em relação aos membros superiores e inferiores, ausência de edemas, com pulsações radiais, femorais, pediosos e tibiais posteriores sem alterações. Pele íntegra em boas condições de higiene. Exames realizados: colesterol total 239 mg/dl, triglicérides 163 mg/dl e glicemia 77 mg/dl.

## 6 Identificando os Diagnósticos de Enfermagem e Elaborando o Plano Assistencial

Identifiquei em Maria o diagnóstico de Controle ineficaz do regime terapêutico (NANDA, 2002), caracterizado pela insuficiência de atividades que levem a adesão ao regime terapêutico como: não realização de atividades físicas regulares; dieta inadequada; tabagismo; excesso de peso e uso irregular da medicação. O plano terapêutico para superar esse diagnóstico, teve como metas estabelecidas levar Maria à ingestão de uma dieta adequada; reduzir e manter o

peso dentro de uma faixa normal (inferior a 25 kg/m<sup>2</sup>); diminuir o número de cigarros fumados, chegando a abandonar o hábito de fumar e realização de atividades físicas regulares. Na primeira consulta na unidade, orientei Maria sobre a necessidade da realização de três refeições diárias e sobre os benefícios de preparar os alimentos cozidos ou grelhados, evitando as frituras. Negocieei com a paciente a redução da carne vermelha e do sal na dieta. Durante minha consulta e orientação procurei deixar claro que as mudanças de hábitos dependem da tomada de consciência de cada um. Orientei sobre a influência positiva do tratamento medicamentoso no controle da pressão arterial e na prevenção de doenças cardiovasculares. Estimulei-a a comparecer às consultas na unidade, já que é nesse momento que ocorre sua avaliação e sua medicação é fornecida. As orientações sobre tabagismo e exercícios físicos ocorreram no nosso segundo encontro que aconteceu na residência de Maria. As prescrições/implementações consistiram em orientá-la sobre os malefícios do hábito de fumar e na identificação de sintomas que podem estar associados ao tabagismo, dentre eles: insônia, irritabilidade, ansiedade, dificuldade para concentrar-se, inquietação, aumento do apetite e ganho de peso e em traçar estratégias que visem ao abandono do hábito de fumar. Nesse encontro, senti o quanto seria difícil para a paciente aderir às atividades que lhe ajudariam parar de fumar. Suas justificativas tinham um traço forte de valores e hábitos, entre eles o de que seu pai foi quem a ensinou a fumar e que não fuma muitos cigarros, dando a entender que a quantidade fumada não prejudica sua saúde. Outro fator negativo é que a paciente vende tabaco em sua mercearia. Com relação a não realização habitual de exercícios físicos, orientei sobre a importância do exercício físico para a redução do peso corporal e, conseqüentemente, da pressão arterial, estimulando-a a praticar atividades físicas regulares.

Fardy, Yanowitz e Wilson (1988) sugerem que as orientações visando à redução do peso devem conter informações sobre dieta saudável, pobre em gorduras, calorias e carne bovina. Para os autores, os benefícios da redução do peso estão na diminuição de triglicérides, colesterol e glicemia; aumento da eficiência cardíaca; diminuição do trabalho cardíaco, do volume sanguíneo, da pressão arterial e melhora da auto-imagem.

## 7 Avaliando a Assistência de Enfermagem na Promoção do Autocuidado

Avaliando o resultado das intervenções propostas para o diagnóstico Controle ineficaz do regime terapêutico, constatou-se que Maria conseguiu atingir as metas propostas em relação à ingestão adequada de alimentos, adotando uma dieta mais balanceada e com redução de sal. Apesar de vender em sua mercearia, muitos produtos, que têm sal em sua composição, a paciente tem evitado comê-los. Passou a preparar alimentos cozidos, evitando assim as frituras. Diz ter economizado o óleo de cozinha pois tem reduzido o seu acréscimo ao preparar os alimentos.

Após os nossos quatro encontros na unidade e duas visitas domiciliares, Maria tem demonstrado uma maior compreensão de como lidar com a doença hipertensiva, mostrando um interesse maior em seguir as orientações recebidas. Em relação à necessidade de praticar atividades físicas regulares, está realizando alongamentos e dançando durante 30 minutos, três vezes por semana. Ela afirmou dançar até ficar suada, dizendo sentir-se melhor ao fazer essa atividade do que realizando caminhadas. Diz não ter dores musculares e ser capaz de realizar todos os movimentos com o corpo. Maria sorri das orientações sobre exercício físico,

dizendo que depois de velha é que passou a se preocupar com isso. Esse depoimento reforça a mudança de comportamento. A paciente teve uma evolução positiva em relação ao tratamento medicamentoso, já que está tomando sua medicação diariamente em horários regulares, comparecendo às consultas na unidade e recebendo os medicamentos necessários.

Maria tem distribuição proporcional da massa corporal, não caracterizando depósitos de gordura na parede abdominal. Observei que valoriza esse detalhe, afirmando que não se acha gorda, mas apenas "forte". Diante dessas observações, enfatizei os perigos do aumento de peso para a mulher na menopausa e do risco de adquirir outras doenças cardiovasculares decorrentes do excesso de peso. Aparentemente, entendeu e procurou esforçar-se para seguir as orientações, pois na última avaliação verifiquei que seu peso reduzira em dois quilos. Relatou-me que está otimista, referindo que vai continuar seguindo as condutas, pois pretende chegar ao peso saudável. Dos indicadores que levaram ao diagnóstico de Controle Ineficaz do Regime Terapêutico, não foi atingida a meta estabelecida de abandonar o hábito de fumar. Como constatei que as orientações dadas não eram executadas, busquei outros recursos, marcando duas consultas com os terapeutas que trabalham com técnicas e medicações naturais contra o tabagismo, na própria unidade onde faz seu tratamento para hipertensão, mas a mesma não compareceu. Maria relata que esse vício é muito forte e que não consegue vencê-lo, justificando que seu pai foi quem a ensinou a fumar desde criança como tratamento para odontalgia, e que não fuma muito, apenas dez cigarros por dia. Apesar de contar com o apoio de seu esposo, não fumante, Maria não conseguiu marcar um dia para iniciar o tratamento, apenas diz que aos poucos irá reduzir o número de cigarros. Mesmo assim senti que não estava motivada para mudar de comportamento em relação ao hábito de fumar.

Na última consulta entreguei-lhe algumas orientações escritas sobre condutas importantes para ajudá-la a refletir sobre o assunto.

Para Palhano (2000), a motivação é um fator imprescindível para quem quer deixar de fumar. Apenas 5 a 8 % dos que tentam, conseguem atingir seu objetivo. A dificuldade enfrentada pelo tabagista é a dependência à nicotina. Essa substância altera os circuitos cerebrais que regulam certas sensações, entre elas a do prazer. O autor supra citado enfatiza que uma pessoa dependente de nicotina, quando tenta deixar de fumar passa mal, principalmente nos primeiros dias de abstinência e isto às vezes é tão significativo que a faz voltar ao vício.

De acordo com as Diretrizes (2002), a recomendação da interrupção do tabagismo pelo portador de hipertensão está diretamente relacionada à prevenção de doenças coronarianas, cerebrovasculares e vasculares de extremidades e à redução da mortalidade por estas causas. A abstinência do uso do tabaco pode ser acompanhada de aumento de peso e, conseqüentemente, elevação da pressão arterial. Diante desse fator recomenda-se que o abandono do hábito de fumar seja em conjunto com restrição calórica e aumento da atividade física, prevenindo a elevação do peso corporal. Apesar das dificuldades de redução do peso e abandono do tabagismo, Maria tem conseguido manter a pressão arterial dentro de padrões aceitáveis (24/10/02, PA= 142 x 90 mmHg; 28/11/02, PA =130 x 82 mmHg; 26/12/02, PA= 132 x 80 mmHg), evoluindo para hipertensão leve.



## Estudo de caso III

### 1 Identificação

O senhor Silva tem 74 anos, é analfabeto, viúvo, aposentado e tem renda de um salário. Mora em casa própria de alvenaria, com água encanada, luz elétrica e fossa sanitária. Reside com uma neta, seu marido e três filhos do casal.

### 2 Identificando os Requisitos de Autocuidado Universal

Sua casa possui ventilação e não tem proximidade com fontes poluentes. Em relação à hidratação, costuma ingerir suco de frutas com acréscimo de açúcar e água em torno de seis copos ou mais. Faz quatro refeições diárias. No desjejum ingere café preparado com açúcar, uma porção de cuscuz de arroz ou de milho, pão ou tapioca com acréscimo de manteiga. No almoço, como fonte de proteína, costuma alimentar-se com peixe, frango ou carne. A neta, que prepara os alimentos, não costuma retirar a pele nem as gorduras das carnes brancas e vermelhas. Prefere os alimentos cozidos ou grelhados evitando as frituras. Acrescenta porções de arroz, feijão e farinha. Em relação às verduras e legumes prefere os da região, cultivados muitas vezes no quintal como: maxixe, vinagreira, João-gomes, quiabo, abóbora e pepino. No lanche da tarde, toma suco de frutas com biscoitos salgados. À noite, costuma jantar o mesmo cardápio do almoço. Em relação à alimentação, o Sr. Silva comenta que após sua doença tem evitado comer pimenta, comida salgada, sardinha e ovo frito. Gosta de carne de porco, mas, geralmente, não a consome, porque sua neta não permite. Silva considera suas eliminações intestinal e

urinária normais, já que evacua, uma vez ao dia, fezes com consistência amolecida, sem desconforto durante a evacuação. Refere urinar várias vezes ao dia, urina de cor clara. Diz dormir de seis a oito horas por noite, sono tranquilo, sem interrupção. Costuma repousar após o almoço. Silva considera o relacionamento familiar satisfatório. Viaja muito para o interior do estado para visitar suas filhas mais velhas. Gosta de assistir programas na televisão, conversar com amigos e cuidar do sítio da família. Há mais ou menos dois anos deixou de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas.

### 3 Abordando os Requisitos de Autocuidado Desenvolvimental

Silva encontra-se satisfeito com o período do ciclo vital que está vivendo no momento. Apesar de estar aposentado sente-se útil ao cuidar do sítio. Tem a companhia de sua neta e seus bisnetos e sempre viaja para rever seus familiares.

### 4 Identificando os Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde

Sua hipertensão foi diagnosticada há quatro anos, quando apresentou cefaléia intensa e dormência no lado direito do corpo. Após o diagnóstico, passou a fazer tratamento medicamentoso de forma irregular, pois quando viaja passa mais de dois meses sem tomar a medicação, porque não sabia que podia receber a medicação na unidade para períodos superiores a um mês. Quando retorna do interior, procura novamente a unidade de saúde para receber seus medicamentos. Sabe que a hipertensão é uma doença que não tem cura, e que pode levar à morte por complicações no coração e na cabeça. O tratamento medicamentoso é

parcialmente seguido pelo Sr. Silva, quando refere que abandonou o tabagismo e a ingestão de bebidas alcólicas após recomendação da equipe que o assiste. Não faz exercícios físicos regulares.

## 5 Exame físico

Seu peso, no início do estudo estava em 66 quilogramas, com 1,50 m de altura, levando a um IMC igual a 29 kg/m<sup>2</sup>, que corresponde à obesidade. Sua pressão arterial inicial foi de 220 x 100 mmHg (hipertensão severa). Frequência cardíaca de 80 bpm, a respiratória de 15 rpm. Dificuldade visual para perto, não usa óculos. Ausência de alguns dentes na arcada superior e inferior, não usa prótese dentária. As veias jugulares estavam com enchimento/esvaziamento normais e as carótidas com pulsação normal. Apresenta leve cifoescoliose, refere dores na coluna quando faz muito esforço físico, melhorando com o repouso. Apresenta acúmulo de gordura na região abdominal, sem pulsações anormais e circulações colaterais nesta região. Ausculta cardíaca em dois tempos, presente até o 5º espaço intercostal E na linha hemiclavicular. Pulsações presentes nos pulsos braquiais, femorais, radiais, tibiais posteriores e pediosos. Apresenta manchas hipocrômicas em várias partes do corpo, sem perda de sensibilidade. Na perna E, apresenta uma mancha em descamação com prurido, fazendo uso de um creme recomendado pelo dermatologista.

## 6 Identificando os Diagnósticos de Enfermagem e Elaborando o Plano Assistencial

O diagnóstico de Controle ineficaz do regime terapêutico (NANDA, 2002), foi evidenciado durante a anamnese realizada com o Sr. Silva, tendo como características definidoras, o uso irregular da medicação quando viaja, ingesta de gordura e açúcar em excesso, já que não retira as gorduras no preparo do peixe, frango e carne vermelha, referência à ausência de frutas na dieta, não realização de atividades físicas regulares, obesidade e hipertensão arterial severa. Foram identificados os fatores relacionados de déficits de conhecimento e conflitos decisórios em relação ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso.

Para o Sr. Silva superar os déficits de autocuidado foram estabelecidas como metas o reconhecimento da importância de manter o regime terapêutico medicamentoso e não-medicamentoso através de mudanças no estilo de vida em relação à adoção de hábitos dietéticos saudáveis, realização de atividades físicas regulares, redução do peso e controle da pressão arterial.

Na primeira consulta, buscamos informá-lo sobre a importância da restrição de ingestão de alimentos gordurosos, e conversamos sobre a necessidade de retirar a pele das aves e peixe e o excesso de gordura da carne vermelha. Identifiquei as frutas que o paciente mais gostava (melancia, mamão, banana e laranja) e, negociamos que, no lanche da tarde, ao invés do biscoito com suco preparado com açúcar, ele ingerisse frutas. Em relação ao jantar, que procurasse não ingerir a mesma quantidade de alimento do almoço. O Sr. Silva foi informado que todas as vezes que fosse viajar, a unidade de saúde forneceria sua medicação para o período necessário, e que normalmente nesses casos são abertas exceções em relação ao comparecimento mensal à consulta na unidade, uma vez que o

paciente não deve deixar de tomar sua medicação diária. No nosso segundo encontro em sua residência, conversei com a neta de Sr. Silva, com o objetivo de checar o preparo dos alimentos. Ela tem seguido as orientações passadas ao paciente, e comenta que já evitava a carne de porco e passou a retirar a pele principalmente das aves. Negociamos a redução do acréscimo de óleo no preparo dos alimentos e o uso do açúcar nos sucos e café. A neta de Sr. Silva não questionou a necessidade da mudança no estilo alimentar já que, também, está buscando reduzir o seu peso corporal. Durante a visita conversamos sobre a necessidade da realização de atividades físicas regulares e o Sr. Silva fez opção pela caminhada, já que mora em área é rural e, de certa forma costuma andar pelo sítio. Sugeri-lhe que sistematizasse a caminhada regularmente três vezes por semana e, orientando-o para que fosse aumentando gradativamente o tempo, até chegar ao limite de 45 minutos por dia.

## 7 Avaliando a Assistência de Enfermagem na promoção do Autocuidado

A partir das orientações, o Sr. Silva passou a ter um compromisso maior com o seu tratamento, tanto medicamentoso como não-medicamentoso. Seguindo a prescrição de captopril (inibidor da enzima conversora da angiotensina) de 25 mg, um comprimido de 12/12 horas e hidroclorotiazida (diurético tiazídico) de 25 mg, um comprimido às 15 horas. Durante os seis encontros que tivemos, o paciente demonstrou interesse em relação às orientações. No caso particular do Sr. Silva houve um envolvimento maior com sua família, pela sua idade e condição de viúvo. Foi observado, também, o carinho com que o mesmo é tratado pelos seus familiares. Após a terceira consulta de enfermagem, a pressão arterial do Sr. Silva

tem se mantido em valores decrescentes (08/11/02 -162 x 80 mmHg; 06/12/02 - 140 x 80 mmHg e 09/01/03 142 x 80 mmHg), que evidenciam uma mudança na classificação de hipertensão arterial severa para hipertensão leve. A redução do peso, após seis meses de acompanhamento, não foi significativa. O Sr. Silva conseguiu perder apenas dois quilos e meio, apesar do esforço que tem feito em relação à dieta e à prática de atividades físicas regulares. Na nossa última consulta, o paciente informou que iria viajar e ficaria ausente por dois meses, seu retorno ficou previsto para depois do carnaval. Providenciamos, então, sua medicação para uso neste período.

## **Estudo de caso IV**

### **1 Identificação**

A senhora Conci tem 43 anos. Coursou a 4ª série do ensino fundamental, sua religião é católica. É casada, do lar, tem renda familiar de um salário mínimo, morando em casa própria de alvenaria, com água encanada, luz elétrica e fossa sanitária. Reside com marido e seis filhos.

### **2 Identificando os Requisitos de Autocuidado Universal**

Em relação aos requisitos de autocuidado universais, Conci ingere aproximadamente 1000 ml de água filtrada nas 24 horas. Faz quatro refeições diárias, café da manhã, almoço, lanche e jantar. Alimentação à base de feijão, carne, peixe, arroz, frutas e verduras. Ao preparar os alimentos evita acrescentar óleo,

retirando o excesso de gorduras das carnes e evitando ou diminuindo as frituras. Adota restrição de sal no preparo da alimentação. Refere padrões de eliminações intestinal e urinária normais, já que elimina todos os dias fezes com consistência mole; urina mais de quatro vezes ao dia. Dorme de seis a oito horas no período noturno. Não realiza atividades físicas regulares. Vida familiar insatisfatória, decorrente do relacionamento difícil que tem com seu pai, idoso, hipertenso não aderente ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. Outro fator de insatisfação é a falta de ajuda por parte de seu marido nas orientações e acompanhamentos dos filhos adolescentes, atividades que ficam a cargo de Conci. Relata que quando tem que tomar certas decisões em relação aos filhos, fica tensa e sente que sua pressão arterial se altera. Geralmente nestas ocasiões apresenta cefaléia intensa e mal estar.

### 3 Requisitos de Autocuidado Desenvolvimental

Conci teve sua menarca aos 14 anos. Pariu seis vezes, não teve abortos. Faz anualmente a avaliação ginecológica como prevenção do câncer uterino e de mama. Ciclo menstrual normal. Esquema vacinal atualizado (anti-tetânica e contra febre amarela).

### 4 Identificando os Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde

Sua hipertensão foi diagnosticada há três anos, quando apresentou dormência em todo hemitorço direito e cefaléia intensa, procurando atendimento em pronto socorro, quando foi diagnosticada a elevação da pressão arterial. Iniciou

imediatamente tratamento medicamentoso regular, comparecendo às consultas mensalmente, e adotando o tratamento não-medicamentoso de forma não contínua, pois não pratica atividades físicas regulares. Além disso, é tabagista há 15 anos, fumando quatro cigarros ao dia, referindo vontade de abandonar o vício.

## 5 Exame físico

Seu peso, no início do estudo estava em 48 quilogramas, com 1,46 m de altura, IMC: 22 kg/m<sup>2</sup>, que corresponde ao peso saudável. Expressa desejo de emagrecer, já que sente que está engordando nos últimos meses com acúmulo de gordura na região abdominal. Sua pressão inicial foi de 130 x 80 mmHg (valores considerados normais). Frequência cardíaca de 68 bpm, a respiratória de 14 mpm. Dificuldade visual para longe e perto, usa óculos não sabendo informar há quanto tempo. Ausência de alguns dentes e outros estão cariados, sendo encaminhada ao acompanhamento odontológico. Enchimento/esvaziamento das veias jugulares normais e pulsações das carótidas sem alterações, tireóide com contornos normais. Refere dores na coluna lombar. Ausculta cardíaca em dois tempos, presente até o 5º espaço intercostal E na linha hemiclavicular. Ausência de massas e pulsações na região abdominal. Em relação aos membros inferiores e superiores, tem movimentos preservados e musculatura eutrófica. Pele íntegra sem manchas, em boas condições de higiene. Lipidograma com os seguintes resultados: colesterol total: 239 mg/dl; triglicérides: 163 mg/dl; lipídios e glicemia de 66 mg/dl.



## 6 Identificando os Diagnósticos de Enfermagem e elaborando o Plano Assistencial.

Identifiquei em Conci, o diagnóstico de Controle ineficaz do regime terapêutico (NANDA, 2002), que tem como características definidoras a verbalização da alteração da pressão arterial decorrente da preocupação com seus filhos adolescentes e seu pai e a não realização de atividades físicas regulares e o hábito de fumar. Os fatores relacionados deste diagnóstico são os conflitos familiares e déficits de conhecimento em relação ao tratamento não-medicamentoso. O diagnóstico de Controle Ineficaz do Regime Terapêutico de acordo com NANDA (2002, p. 77) tem como uma das características definidoras "verbaliza que não agiu para incluir os regimes de tratamento nas rotinas diárias".

As Diretrizes (2002) para tratamento da hipertensão arterial reforçam que o abandono do tabagismo associado à prática regular de exercício físico e redução do estresse, além de reduzir a pressão arterial traz benefícios adicionais à prevenção de outros agravos à saúde, entre eles a diabete e as doenças cardiovasculares.

Conci é consciente em relação ao seu tratamento medicamentoso e de modo geral do não-medicamentoso, quando mantém seu peso dentro de uma faixa normal. Adota hábitos dietéticos saudáveis e consegue manter a pressão arterial controlada, no entanto precisa desenvolver a capacidade de combater a tensão emocional, realizar atividades físicas e abandonar o hábito de fumar.

Para superar os déficits de autocuidado foram estabelecidas como metas que a paciente demonstrasse comportamentos e mudanças no estilo de vida necessários à manutenção da pressão arterial dentro de parâmetros normais e que adotasse medidas de prevenção de doenças cardiovasculares como: prática

regulares de atividades físicas; enfrentamento de tensão emocional e abandono do tabagismo.

Na primeira consulta, buscamos informar Conci sobre as intervenções/prescrições relacionadas ao abandono do hábito de fumar. Conversamos sobre os riscos do tabagismo no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, definindo algumas estratégias a serem seguidas. Orientamos, ainda, sobre a importância da atividade física na prevenção de doenças cardiovasculares, manutenção do peso corporal e controle da pressão arterial.

## 7 Avaliando a Assistência de Enfermagem na Promoção do Autocuidado

Na segunda consulta constatamos que Conci já estava realizando caminhadas três vezes por semana no horário da tarde durante trinta minutos. Na primeira semana que estava realizando caminhada apresentou um certo desconforto no MID, que havia sofrido uma torção meses atrás. Após a continuação moderada da atividade, não tem reclamado desse desconforto. Apesar de não ter apresentado excesso de peso, com a prática regular da atividade física, reduziu dois quilos. Em relação à tensão emocional, durante as últimas consultas tivemos uma evolução positiva. Convencemos o pai da paciente a procurar a unidade de saúde e aderir ao tratamento. Analisamos com ela as limitações impostas ao seu pai decorrentes da idade, já que o mesmo depende de outras pessoas para ir à unidade de saúde e à agência bancária para receber sua aposentadoria. A própria senilidade do pai dificulta o entendimento em relação ao seu tratamento. Na medida em que a paciente aceitou as informações sobre o comportamento paterno passou a entender melhor a sua evolução, deixando de sentir-se culpada quando este não aceita tomar

sua medicação em um dos horários estabelecidos ou deseja ingerir algum alimento não permitido. Com relação aos seus filhos, conversei com Conci, sobre os eventos próprios da adolescência, que é voltada para as descobertas e caracterizada por mudanças comportamentais, de papel, e de funções sociais. O adolescente nesta fase passa da dependência infantil para a auto-suficiência adulta. Conci tem procurado, na medida do possível compreender e aceitar o comportamento dos filhos, reduzindo, assim, sua tensão emocional. Apesar das intervenções implementadas em relação ao abandono no hábito de fumar, não conseguiu atingir a meta. Em todas as consultas o problema do tabagismo foi abordado, chegamos a marcar por duas vezes consultas com a equipe que trabalha com terapias naturais, que iriam ajudar no tratamento, mas Conci não compareceu a nenhuma delas. Segundo Palhano (2000), a dificuldade enfrentada pelo fumante ao tentar abandonar o hábito de fumar é a dependência da nicotina, que quando comparada à heroína é cinco vezes maior. Este autor, quando se refere às estatísticas sobre o abandono do tabagismo, diz que apenas 5 a 8% dos fumantes que tentam parar de fumar o conseguem. Consideramos um percentual muito baixo, observando que, em relação a paciente não conseguimos desenvolver mecanismos eficazes para que deixasse de fumar, ou para que procurasse ajuda de outros profissionais.

## Estudo de caso V

### 1 Identificação

A senhora Fafá, tem 42 anos e curso médio completo. Segue a religião Testemunha de Jeová. Casada, do lar, com renda familiar de dois salários mínimos. Mora em casa própria de alvenaria, com água encanada, luz elétrica e fossa sanitária. Reside com seu marido e quatro filhos.

### 2 Identificando os Requisitos de Autocuidado Universal

Sua residência fica em uma área sem poluentes, sua casa é iluminada, clara e ventilada. Ingestão hídrica diária de 6 a 8 copos (2000 ml), de água filtrada. Alimenta-se três vezes ao dia. Costuma ingerir, pela manhã, café com bolacha tipo água e sal, com acréscimo de manteiga. No almoço, ingere porção de arroz, carne ou peixe cozidos (evitando fritar seus alimentos protéicos), verdura e feijão. À noite costuma fazer um lanche com biscoito e leite com café. Em relação à eliminação intestinal, diz evacuar de forma irregular. Em alguns períodos defeca uma vez ao dia e em outros passa mais de três dias sem evacuar, porém não se sente constipada. A eliminação urinária ocorre várias vezes ao dia. Afirma ter sono tranquilo e costuma despertar com disposição. Vida familiar considerada satisfatória, mas costuma ficar "agitada" com suas crianças, que as vezes lhe dão trabalho. As atividades sociais restringem-se a freqüentar a igreja. Faz uso da medicação anti-hipertensiva de forma regular, metildopa (bloqueador adrenérgico central) um comprimido de 500 mg de

12/12 horas). Não ingere bebidas alcoólicas, não é fumante. Não pratica exercícios físicos.

### 3 Identificando os Requisitos de Autocuidado Desenvolvimental

Fafá encontra-se satisfeita com o período do ciclo vital que está vivendo no momento. Teve sua menarca aos 12 anos, pariu quatro vezes, tendo um aborto espontâneo. Ciclo menstrual normal. Vacinação básica para a idade atualizada (toxóide tetânico e contra a febre amarela). Comparece ao ginecologista anualmente para controle do câncer de colo uterino e de mama.

### 4 Identificando os Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde

É portadora de hipertensão arterial há 10 anos. A descoberta se deu no período da sua quarta gravidez, ao apresentar crises de cefaléia intensa e edema de membros inferiores. Iniciou tratamento medicamentoso há cinco anos, quando voltou a apresentar crises de cefaléia. Sabe que a doença apresenta complicações como "derrame" e infarto. Encontra-se obesa, diz que quando segue uma dieta, perde peso mas logo volta a engordar. Manifestou na primeira consulta, vontade de reduzir o peso.

### 5 Exame físico

No início do estudo seu peso corporal estava em 93 quilogramas, com 1,55 m de altura. O IMC era de 38 kg/m<sup>2</sup>. Considerando o nível de normalidade como

inferior a 25 kg/m<sup>2</sup>, Riera (2000) distingue três graus de excesso ponderal de severidade crescente: grau I ou excesso de peso: índice de massa corporal entre 25 kg/m<sup>2</sup> e 30 kg/m<sup>2</sup> ; grau II ou obesidade: entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 40 kg/m<sup>2</sup> e grau III ou obesidade mórbida: acima de 40 kg/m<sup>2</sup>. De acordo com essa classificação, Fafá que se encontra com massa corporal entre 38 e 39 kg/m<sup>2</sup>, corresponde ao grau II. Sua pressão arterial inicial foi de 170 x 110 mmHg (hipertensão moderada). Frequência cardíaca de 88 bpm, a respiratória de 14 mpm. Apresentava dificuldade para enxergar de perto e de longe, usando óculos para superar essa dificuldade. Ausência de alguns dentes na arcada superior e inferior, usando prótese parcial. As veias jugulares com enchimento/esvaziamento normais e artérias carótidas com pulsações normais. O tronco anterior não apresentava alterações na simetria músculo esquelética. Ausculta cardíaca em dois tempos, presente até o 5º espaço intercostal E na linha hemiclavicular. Ausência de massas, pulsações anormais e circulação colateral na região abdominal. Em relação aos membros inferiores e superiores, presença de pulsações a D e E, movimentos preservados. Refere ter recebido o diagnóstico de artrose no seu joelho D há alguns anos. Fez tratamento medicamentoso e recebeu recomendações para reduzir o peso. Apesar do problema no joelho, não refere dificuldades para realizar atividades físicas. Pele íntegra, em boas condições de higiene. Exames realizados no primeiro semestre de 2002, tiveram os seguintes resultados: ECG com laudo normal. Glicemia: 67 mg/dl. Colesterol total: 137 mg/dl; triglicerídeos: 225 mg/dl; LDL: 62 mg/dl e HDL: 66 mg/dl. A avaliação clínico-laboratorial tem como objetivos: confirmar a elevação da pressão arterial; avaliar lesões de órgãos-alvo; identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e diagnosticar a etiologia da hipertensão arterial. Para que esses

objetivos sejam atingidos, são imprescindíveis a realização da anamnese, avaliação laboratorial e exame físico (DIRETRIZES, 2002).

O exame físico no portador de hipertensão arterial é direcionado para algumas regiões, buscando-se, alterações decorrentes da doença ou que podem evidenciar o seu aparecimento. O exame físico do pescoço pode detectar eventual estase jugular, decorrente de insuficiência cardíaca congestiva, sopros nas carótidas e alterações na glândula tireóide. No tórax, a atenção está direcionada ao aumento da área cardíaca (hipertrofia ventricular E), sugestivo por uma ausculta do ápice do coração além do 5º espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular. Disfunção sistólica e diastólica, com ausculta de terceira bulha pré-sistólica com eventual cadência de galope e da quarta bulha. Presença de sopro diastólico pela insuficiência aórtica. A palpação abdominal busca identificar a presença de massas, evidenciando tumores, hidronefrose, rim policístico e aneurismas. No caso de hipertensão renovascular pode-se auscultar sopros paraumbilical. A palpação dos pulsos periféricos tem sua importância no caso de hipertensão arterial secundária. Além dessas regiões, consta do exame físico a avaliação do fundo de olho, já que a circulação ocular é afetada pela hipertensão e avaliação neurológica, procurando-se seqüelas de acidente vascular cerebral (RIERA, 2000).

Dentre os exames laboratoriais básicos, o lipidograma e a glicemia têm sua importância. Em relação ao primeiro irá diagnosticar a dislipidemia que constitui um dos fatores de risco maiores para doenças cardiovasculares (DIRETRIZES, 2002). Para Riera (2000), o colesterol total ou colesterolemia tem como valor de referência 200 mg/dl ou menor, para prevenção secundária (conhecidos coronariopatas) ou pacientes primários com dois ou mais fatores de riscos associados. De 200 a 239 mg/dl, para prevenção primária e sem fatores associados

e de 240 mg/dl ou maior para ser considerado hipercolesterolemia. De acordo com a classificação desse autor, Fafá não apresenta hipercolesterolemia.

## 6 Identificando os Diagnósticos de Enfermagem e Elaborando o Plano Assistencial

Após a anamnese e exame físico identifiquei em Fafá o diagnóstico de Controle ineficaz do regime terapêutico, definido por NANDA (2002, p. 77) como o "padrão de regulação e integração na vida diária de um programa de tratamento de doenças e de seqüelas de doenças que é insatisfatório para o atingir os objetivos específicos de saúde". O diagnóstico tem como características definidoras a não realização de três refeições diárias, uso da manteiga nos alimentos, ausência de frutas na alimentação, agitação com os filhos e a não realização de exercícios físicos. Os fatores relacionados deste diagnósticos são os déficits de conhecimento da paciente em relação à ingesta adequada de alimentos; à influência da tensão emocional, à obesidade e à ausência de atividades físicas, como fatores de risco para a hipertensão arterial.

As metas estabelecidas para que pudesse superar os déficits de autocuidado consistiram em demonstrar comportamentos de mudanças no estilo de vida necessários à manutenção do regime terapêutico, representados por: adoção de hábitos dietéticos saudáveis, enfrentamento da tensão emocional em relação aos cuidados com seus filhos e a realização de atividades físicas regulares.

O tratamento medicamentoso já é realizado adequadamente por Fafá e as intervenções de enfermagem objetivam promover a adesão da paciente em relação ao tratamento não-medicamentoso.



Na primeira consulta, buscamos informá-la sobre a necessidade da restrição de ingestão de alimentos gordurosos, como manteiga; realização de lanches com frutas nos períodos adequados, aumentando assim a frequência das refeições; ingestão de mais alimentos naturais e hipocalóricos como frutas e verduras; ingestão de água nos intervalos das refeições, respeitando um espaço de, no mínimo, trinta minutos. A restrição salina já é adotada por Fafá, mas, buscamos informá-la sobre os alimentos em cuja fabricação é acrescentado o cloreto de sódio. Trabalhamos, também, na primeira consulta a necessidade da paciente desenvolver auto controle emocional ao lidar com os problemas de seus filhos adolescentes. A necessidade de realização de atividades físicas regulares foi orientada, ficando a critério de Fafá escolher a modalidade de exercício a ser adotado.

De acordo com as Diretrizes (2002), a conduta alimentar básica para pacientes com hipertensão arterial, preconiza entre outras atividades, a utilização de alimentos com reduzido teor de gordura e, preferencialmente, do tipo mono ou poliinsaturada, encontradas nas fontes de origem vegetal, exceto nos óleos de dendê e de coco, uso de produtos lácteos, de preferência desnatados e incluir pelo menos, cinco porções de frutas/verduras no plano alimentar diário, com ênfase nos vegetais verdes ou amarelos e nas frutas cítricas. A orientação sobre dieta saudável objetivou, principalmente, a redução do peso, já que para a paciente o peso corporal na faixa da normalidade pode constituir um grande avanço no controle da sua pressão arterial. Além da dieta adequada, o exercício físico será o grande aliado para o alcance da redução do seu peso. Segundo as Diretrizes (2002), o exercício físico regular reduz a pressão arterial, além de conferir outros benefícios como a diminuição do peso corporal e a redução do estresse.

O segundo encontro com Fafá ocorreu em sua residência onde negociamos a atividade física adequada e de sua preferência. Ficou determinado que iria realizar caminhadas três vezes por semana, durante trinta minutos. A partir da terceira consulta já realizava regularmente as caminhadas, mas, não conseguiu aumentar o tempo de exercício, mesmo mostrando a necessidade de aumentá-lo, pelo menos, para quarenta e cinco minutos. Não insisti no aspecto da questão do tempo para não desestimular a paciente. Apesar da evolução negativa em relação à redução do peso, já que nesse período de acompanhamento houve uma perda de apenas dois quilogramas, observei nas consultas subseqüentes, mudanças positivas nos valores da pressão arterial, mantendo-se em valores de 142 x 84 mmHg nas últimas aferições.

## 7 Avaliando a Assistência de Enfermagem na Promoção do Autocuidado

Fafá em nenhum momento encontra-se pessimista em relação ao controle de sua pressão arterial, principalmente em relação à redução do peso. Tem consciência, hoje, de que não é fácil emagrecer, mas garante que está se esforçando. Apesar de não conseguir fracionar o número de refeições, reconhece que reduziu a quantidade de alimentos ingeridos e melhorou sua qualidade. Diz que não gosta de vários tipos de frutas, mas tem ingerido porções significativas de verduras e legumes cozidos ou crus. Diante da redução não significativa do peso, reconhecemos a necessidade de contarmos com ajuda da nutricionista, sendo marcada consulta para acompanhamento no Hospital Universitário.

## 5. 2 Apreciando as intervenções de enfermagem

O diagnóstico mais presente nos casos estudados foi o de Controle ineficaz do regime terapêutico, tendo como fatores relacionados déficits de conhecimento e conflitos decisórios em relação à ingestão adequada de alimentos, tratamento medicamentoso irregular, necessidade de atividades de lazer, influência da tensão emocional como fator de risco para hipertensão, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, tabagismo, a não realização de atividades físicas regulares e excesso de peso. Diante desses fatores, estabeleci para Dina, Maria, Sr. Silva Conci e Fafá, prescrições/intervenções comuns. Os pacientes, ao longo do acompanhamento, evoluíram de forma peculiar e alcançaram resultados significativos. Apesar das prescrições serem semelhantes, a abordagem se deu obedecendo às características peculiares de cada pessoa. Em relação ao tabagismo, as orientações foram as seguintes: a necessidade de definir como seria a interrupção do hábito de fumar, se de forma abrupta ou gradual; marcar uma data para o início do abandono dentro de duas semanas; retirar os cigarros de casa; avisar amigos e familiares sobre a decisão e pedir apoio, principalmente dos fumantes, que evitem fumar na sua presença. Orientar técnicas que devem ser praticadas todos os dias após o início da abstinência com o objetivo de combater o desejo intenso de fumar, como por exemplo: beber vários copos de água; ter sempre consigo algo para mastigar (balas ou chicletes dietéticos) ou qualquer alimento com poucas calorias de sua escolha; praticar atividades físicas; realizar respiração profunda para relaxar.

O processo de parar de fumar pode causar estresse, pelo esforço de concentração necessário para se lembrar de não fumar e resistir às múltiplas

tentações de voltar a usar cigarro (BRASIL, 2001). Diante da necessidade de um apoio para a decisão de abandonar o hábito de fumar, as pacientes Conci e Maria, com esse hábito, foram encaminhadas à equipe de profissionais que utilizam terapia natural complementar para o combate ao tabagismo.

Em relação à ausência da prática regular de exercícios físicos, foram informados aos pacientes os benefícios da atividade física moderada praticada regularmente: diminuição do peso corporal por aumentar a queima calórica; redução da pressão arterial; queda em 66% do risco de morte por doenças cardiovasculares; prevenção do diabetes, por diminuir a resistência à insulina e aumento da captação periférica da glicose; melhora do perfil lipídico e redução da ansiedade (RIERA, 2000). A prática da atividade física deve ser regular, pois seus benefícios possuem ação máxima de apenas 24 a 48 horas. Em relação a modalidade a ser seguida, consideram-se benéficos os exercícios aeróbicos (caminhada, natação, andar de bicicleta, etc). Os exercícios isométricos não são recomendados. A duração média da atividade deve ser de 45 a 60 minutos. As pacientes foram orientadas quanto ao uso de roupas e calçados adequados durante a atividade física. Em relação à redução do peso, as pacientes foram informadas de que isso implica em mudanças dos hábitos alimentares para o resto da vida. A mudança na dieta não pode ser exagerada, nem repentina, pois assim sendo, corre-se o risco de não cumpri-la, e levar a ciclos de engorda-emagrece.

Segundo Riera (2000), deve-se realizar, no mínimo, quatro refeições diárias, café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, não se cometendo o erro de pular refeições com o objetivo de redução do peso. Na omissão de uma das refeições, observa-se muita fome na próxima, ocasionando o risco da pessoa, comer excessivamente.

Estabeleci algumas orientações para atingir a meta de redução e manutenção do peso corporal: alimentar-se somente em horários fixos; ingerir o mínimo de líquidos durante as refeições; mastigar bem os alimentos e comer sem pressa; adotar mudanças de cardápio; evitar repousar logo após as principais refeições; escolher alimentos naturais; dar preferência a grelhados, cozidos ou assados ao forno; evitar frituras; ingerir carnes brancas em vez das vermelhas, gordurosas e dos miúdos; retirar a pele das aves e as partes amarelas das carnes; evitar açúcar e massas; dispensar as sobremesas, quando possível substituí-las por frutas; consumir leite e seus derivados sempre desnatados e nunca integrais; evitar salgadinhos e doces industrializados; dar preferência a saladas de folhas; restringir o consumo de arroz; evitar o uso de óleos e azeites no preparo dos alimentos; comer sempre alimentos ricos em fibras: grãos, frutas, cereais integrais, hortaliças e legumes preferencialmente crus. Estas orientações foram discutidas, estabelecendo aos pacientes o compromisso de a uma dieta aderir de forma gradativa dentro de suas possibilidades e preferências alimentares. Com o objetivo da redução da pressão arterial, foi abordada a importância da restrição salina. Dentre as orientações dadas foi sugerido que evitassem alimentos que contêm alto teor de sal. Dentre eles listamos: caldo de carne em cubo, azeitona em conserva, queijo parmesão, defumados, frios, patê, carne seca ou charque, enlatados, sardinha, caldos concentrados, embutidos (salsicha, lingüiça, presunto, salame, paio, sopas empacotadas que contenham aditivos, temperos comerciais, petiscos de lata, manteiga ou margarina com sal, pipoca, batata frita e pão comum de padarias). Os pacientes receberam essa lista de recomendações para que tivessem uma visão geral dos alimentos que podiam ser substituídos em sua alimentação de forma racional e gradativa. A restrição do sal é recomendada tendo em vista não só os

benefícios no controle da pressão arterial, mas visando, outrossim, à redução da dose do anti-hipertensivo, regressão da hipertrofia ventricular esquerda, proteção contra osteoporose e cálculos renais e, finalmente, a redução da perda de cálcio e potássio (RIERA, 2000).

O sistema apoio-educativo proposto por Orem foi utilizado no momento das intervenções de enfermagem. As orientações foram dadas de forma gradativa atendendo ao nível de escolaridade com linguagem simples, em forma de negociação e de ajuda. Procuramos despertar nos pacientes a responsabilidade pessoal com o tratamento, sem usar atitudes que demonstrassem imposição de algo impossível de ser atingido. O processo educativo utilizado obedeceu ao critério de motivação, fomentando a capacidade dos pacientes para mudanças e adotou-se o elogio sempre que as metas propostas eram atingidas. O sistema apoio educativo é eficaz na consulta de enfermagem porque permite uma aproximação maior do paciente com a enfermeira e um envolvimento com as propostas de mudanças. Os portadores de hipertensão arterial, acompanhados pela Consulta de Enfermagem, após a segundo encontro apresentaram um interesse maior em desenvolver as mudanças propostas. Em nossa avaliação, esse comportamento ocorreu pela ausência de críticas sobre o comportamento que vinham desenvolvendo anteriormente em relação aos seus tratamentos, sendo efetivadas atitudes pela enfermeira de apoio e afirmação de que eles poderiam superar os obstáculos objetivando o controle da pressão arterial. Reafirmo os pontos de vista de Chaves (1990) quando descreve que o processo de educação em saúde deve partir da valorização do indivíduo e na sua participação como agente de promoção, proteção e recuperação de sua saúde. Para esta autora, essa educação não pode ser feita somente com o conhecimento que o enfermeiro possui e sim a valorização das

experiências já vivenciadas pelos pacientes. Nessa perspectiva, procurou-se durante as consultas de enfermagem, reforçar conceitos e hábitos positivos e introduzir novas informações em relação ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso da hipertensão arterial dando oportunidade de reflexão e decisão de tomada de atitudes por parte dos pacientes.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse trabalho mostrou a necessidade da pesquisadora estar preparada para a construção e reconstrução do conhecimento. Durante essa caminhada ocorreram momentos de incerteza em estar trilhando o caminho ideal para a obtenção dos objetivos propostos. À medida que avancei, observei que a Consulta de Enfermagem ao portador de hipertensão, permite a enfermeira utilizar o processo de enfermagem, buscando desenvolver no paciente a capacidade de se autocuidar, promovendo assim, o controle da pressão arterial.

O caminho percorrido pelos pacientes, nas mudanças de comportamento, incentivava, na pesquisadora, a necessidade de uma nova atitude profissional. Essa mudança pautava-se por novas possibilidades de interação interpessoal com competência e atitude terapêutica consistente. Segundo Ide e Domenico (2001), a nova coordenação do processo de cuidar vem pautada por novos sistemas de pensamento, de julgamento clínico e de ação profissional, que abrangem a capacidade de observar e de ouvir, reelaborando novas formas de cuidar. A utilização da Consulta de Enfermagem, embasada em um referencial teórico, constituiu-se, também, em um desafio a cada dia, que foi vencido à medida que os objetivos eram alcançados.

Para a execução da Consulta de Enfermagem neste estudo, optei pela pesquisa descritiva, que me possibilitou demonstrá-la, utilizando como técnica o estudo de caso. A opção por esta técnica ocorreu pela leitura prévia de vários autores que já a experienciaram de forma positiva. Reconheço que enfrentei várias dificuldades, entre elas a necessidade de aprofundamento em cada situação, evitando ser negligente em relação a evidências equivocadas ou visões



tendenciosas para não influenciar o significado das descobertas e das conclusões. Nas leituras sobre estudo de caso, preocupou-me a questão do preconceito sobre essa técnica em relação à generalização científica, pois como enfatiza Yin (2001, p. 29) "como você pode generalizar a partir de um único experimento?". Este mesmo autor explica que "estudo de caso, da mesma forma que os experimentos, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos". Como a nossa proposta foi a de estudar casos de pacientes portadores de hipertensão, acompanhados em Consultas de Enfermagem, tendo como referencial teórico a Teoria do Autocuidado de Orem, foi possível caminhar utilizando esta técnica e chegar a alguns resultados positivos.

Analisando a evolução de Dina, Silva, Maria, Conci e Fafá à luz da teoria do autocuidado, observou-se que os pacientes executaram, de forma consciente, as atividades de autocuidado, em seus benefícios para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. As atividades de autocuidado que consistem na habilidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado foram realizadas pelos pacientes na medida em que seguiram as orientações quase que em sua totalidade. A atividade de autocuidado é influenciada por fatores condicionantes básicos como idade, 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.

Os pacientes do estudo encontram-se na faixa etária de 43 a 74 anos. Mesmo estando nesta idade, não apresentaram nenhuma resistência a mudanças, suas condições de saúde não interferiram, de certa forma, na execução das condutas orientadas. Sabemos que homens e mulheres têm diferenças culturais em procurarem e aderirem ao tratamento, mas esse fator não foi observado nos nossos

pacientes que, após as primeiras Consultas de Enfermagem, não faltaram mais à Unidade de saúde, e durante as visitas domiciliares sempre se mostraram interessados em executarem as condutas orientadas, e, em nenhum momento, demonstraram aborrecimento ou falta de tempo para os nossos encontros.

A orientação sociocultural teve e tem uma força muito grande na mudança de comportamento. Analisando as alterações em relação ao preparo dos alimentos como acréscimo de sal, gordura, uso de frituras, condimentos, o hábito de ingerir carne, hidratos de carbono, refrigerantes entre outros alimentos não naturais têm um forte componente cultural difícil de romper, mas os pacientes, de certa forma, já aderiram a algumas mudanças. O tabagismo, no caso de Conci e Maria, foi um dos hábitos difíceis de serem modificados. Os padrões de vida dos nossos pacientes, sem atividade própria remunerada ou renda não superior a um salário mínimo, nível de escolaridade baixa, de certa forma não interferiram na vontade de mudanças de comportamento e entendimento das orientações, objetivando o controle da pressão arterial. A família, principalmente os companheiros, demonstraram apoio aos portadores de hipertensão. O marido de Dina, quando soube que sua ausência a deixava estressada, sem conciliar o sono, prejudicando assim o controle de sua pressão arterial, resolveu transferir seu trabalho definitivamente para São Luís. Essa atitude trouxe um incentivo importante para Dina continuar com o tratamento.

Um dos fatores condicionantes básicos que ajudou a adesão ao tratamento medicamentoso foi a disponibilidade de recursos, principalmente a liberação de medicação pela equipe de saúde que gerencia o programa de hipertensão no qual os pacientes estão inscritos. Durante os meses de acompanhamento não houve falta da medicação, nem dificuldade de acesso à consulta médica e de enfermagem.

O emprego da Consulta de Enfermagem, tendo como suporte teórico a teoria do Déficit de autocuidado, constituiu instrumento fundamental para o envolvimento da enfermeira no processo de cuidar do portador de hipertensão. Destaco como requisito importante para o sucesso do *conhecer para cuidar*, a ida da enfermeira à residência do paciente. Nesse momento, ocorre uma interação maior entre paciente e profissional.

Durante os seis meses de acompanhamento dos cinco pacientes, foi possível utilizar os passos propostos pela Teoria de Orem, já que identifiquei os déficits de autocuidado e elaborei o planejamento da assistência. Destaco a importância da escolha do sistema apoio-educativo, que em todo o estudo direcionou as intervenções de enfermagem, levando os pacientes a superarem os déficits de autocuidado.

O desenvolvimento deste estudo me proporcionou uma experiência riquíssima, com aumento de conhecimentos científicos e uma vivência com a Consulta de Enfermagem sistematizada. Oportunizou-me conviver mais de perto com a dura realidade dos pacientes que enfrentam o cotidiano de uma doença crônica. Considero-me realizada com o estudo e com a oportunidade de trocar experiências com pessoas que tentam vencer as questões culturais que os levaram a desenvolverem comportamentos de riscos para o desenvolvimento de doenças como a hipertensão arterial.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fernando Antônio de. Hipertensão arterial essencial. In: RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996. p. 503-522.

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ANDRADE, Terezinha de et al. Atendendo as necessidades de eliminação intestinal e vesical. In: PRADO, Marta Lenise do; GELBCKE, Francine Lima. **Fundamentos de Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002, p. 333-357.

ARAÚJO, Thelma Leite de et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **R. da Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 8, n. 2, p. 1-6, mar./abr. 1998. Suplemento A.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

BASSO, Eliana; VEIGA, Eugênia Velludo. Consulta de enfermagem: evolução histórica, definição e uma proposta de modelo para sua realização em programa de hipertensão arterial. **R. Soc. Cardiol, Estado de São Paulo**, v. 8, n. 2, p. 7-14, mar./abr. 1998. Suplemento A.

BEEVERS, D. G.; MACGREGOR, G.: **Hipertensão na prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

BRASIL. Lei nº 7.498, 25 de junho de 1986; dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa CONEP. Resolução nº 196/96 sobre a pesquisa em seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM)**: protocolo. Brasília, DF, 2001.

CARRARO, Telma Elisa. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In: WESTPHALEN, Mary E. A., CARRARO, Telma Elisa (Org.). **Metodologia para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001, p. 91-99.

CAR, Márcia Regina; PIERIN, Ângela Maria Geraldo; AQUINO, Vera Lúcia. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **R. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 259-269, dez. 1991.

CASTRO, I. B. Estudo exploratório sobre consulta de enfermagem. **R. Bras. Enf.**, Rio de Janeiro, v. 28 n. 4, p. 76-94, out./dez. 1975.

CASTELLANOS, Brigitta E. Pfeiffer. Marco conceitual da assistência de enfermagem: considerações gerais. In: Campedelli, Maria Coeli (Org.). **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.

CHAVES, Eliane Corrêa. A palestra educativa na orientação sobre autocuidado do hipertenso. **R. Enf. USP**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 397-402, dez. 1990.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3. CBH. São Paulo, 1998.

CRUZ, Isabel Cristina F. da et al. O cliente/família com hipertensão arterial essencial: considerações sobre o diagnóstico e tratamento de enfermagem na consulta. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 71-76, maio. 1995.

DELL'ACQUA, M. C. Q. et al. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão. **R. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 43-48, jul. 1997.

NANDA. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2001-2002. Porto Alegre: Artemede, 2002.

**DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL - 4. DBHA.** São Paulo, 2002.

DÓREA, Egídio lima; LOTUFO, Paulo Andrade. Framingham Heart Study e a teoria do contínuo de Pickering: duas contribuições da epidemiologia para a associação entre pressão arterial e doença cardiovascular. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 195-200, abr./jun. 2001.

DRESSLER, Willian W.; SANTOS, José Ernesto dos. Correlações socioculturais da pressão arterial: os estudos de Dressler e Dos-Santos. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 225-229, abr./jun. 2001.

DUGAS, B. W. **Enfermagem prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

IDE, Cilene Aparecida Costardi; DOMENICO, Edvane Birelo Lopes de. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001.

FARDY, P. S.; YANOWITZ, F. G.; WILSON, F. K. **Reabilitação Cardiovascular: aptidão física do adulto e teste de esforço**. Rio de Janeiro: REVINTER, 1998.

FERREIRA, Sandra Roberta Gouveia; ZANELLA, Maria Teresa. Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 128-132, abr./jun. 2000.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 917 e 986.

FIALHO, Ana Virgínia de Melo; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Mulher portadora de câncer: diagnóstico de enfermagem à luz da teoria do autocuidado de Orem. **R. da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 46-50, jan./jun. 2000.

FRANCISCHETTI, Emílio Antonio; FAGUNDES, Virgínia Genelhu de Abreu. A história natural da hipertensão essencial começa na infância e na adolescência. **R. HiperAtivo**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 77-85, abr./jun. 1996.

FREIRE, Maria Roberlandia Soares de Melo. **O idoso hipertenso e o autocuidado**. 2000. 102f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2000.

FUCHS, Flávio Danni. TOHP, TONE e outros estudos envolvendo restrição salina, tratamento da obesidade e exercício físico na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 216-220, abr./jun. 2001.

GHAUTIER, Jacques Henri Maurice et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

HEIMANN, Joel C. Sal e hipertensão aspectos históricos e práticos. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 11-13, jan./mar. 2000.

HORTA, Wanda Aguiar. Consulta de enfermagem. **R. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 53-57, dez. 1975.

HORTA, Wanda Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JARDIM, César B. Veiga; SOUSA, Ana Luiza Lima; MONEGO, Estelamarins Tronco. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 232-238, abr./set. 1996.

LEOPARDI, Maria Teresa; WOSNY, Antonio de Miranda; MARTINS, Margarth Linhares. Algumas teorias de enfermagem: Dorothea Orem – teoria do autocuidado. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999. p. 74-80.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC-Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LESSA, Inês. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

LOPES, Ceci Mendes Carvalho, ANDRADE, Januário de. Anticoncepcionais orais e hipertensão: associação proibida ou contribuição tolerável ? **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 238-240, abr./jun. 2001.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1995.

LUNA, Rafael Leite. **Hipertensão arterial**. Rio de Janeiro: Medsi, 1989.

MACIEL, Isabel Cristina Figueira. **Fatores intervenientes na consulta de enfermagem a portadores de hipertensão arterial**: contribuições para as intervenções de enfermagem. 2000. 124 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

MACIEL, Carmen Lúcia Campos. Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial. In: ROMANO, Bellkiss Wilma (Org.). **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1998.

MELEIS, Ai. **Theoretical nursing**: development & progress. 3. ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. **Autocuidado e o adulto portador de asma**: sistematização da assistência de enfermagem. 2000. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2000.

NEGRÃO, Carlos Eduardo et al. O papel do sedentarismo na obesidade. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 149-153, abr./jun. 2000.

NEGRÃO, Carlos Eduardo; RONDON, Maria Urbana P. Brandão: Exercício físico, hipertensão e controle barorreflexo de pressão arterial. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 89-95, jan./mar. 2001.

OIGMAN, Wille. O papel do sistema renina-angiotensina-aldosterona no desenvolvimento da hipertensão arterial associada à obesidade. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 142-146, abr./jun. 2000.



OLIVEIRA, M. E. D. de; ERNESTO, D. Z.; CANCINO, C. A. Consulta de enfermagem e hipertensa. **R. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 199-214, ago. 1998.

OLMOS, Rodrigo Díaz; BENSENOR, Isabela M. Dietas e hipertensão arterial: intersalt e estudo DASH. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 221-224, abr./jun. 2001.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed, Georgia: Mosby, 1995.

PALHANO, Ruy. **Drogas: saiba mais a seu respeito**. São Luís: LITHOGRAF, 2000.

PAVANI, Leda Maria Docccosse et al. Consulta de enfermagem instrumento utilizado e proposta de um novo modelo. **R. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-102, abr. 1988.

PEREIRA, Alexaandre C.; KRIEGER, José Eduardo. Biologia e genética molecular aplicadas ao diagnóstico e tratamento da hipertensão novos paradigmas, antigos problemas. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 105-113, jan./mar. 2001.

PIERIN, Ângela Maria Geraldo; CAR, Maria Regina. Instrumento de consulta de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **R. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 17 –32, mar. 1992.

POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIBEIRO, Artur Beltrame. **Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1996.

RIERA, Andrés R. Pérez. **Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

ROSITO, Guido Aranha. Efeito do álcool sobre a pressão arterial: mecanismos e benefícios da suspensão. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 420-422, out./ dez. 1999.

OLIVEIRA, M. E. D. de; ERNESTO, D. Z.; CANCINO, C. A. Consulta de enfermagem e hipertensa. **R. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 199-214, ago. 1998.

OLMOS, Rodrigo Díaz; BENSENOR, Isabela M. Dietas e hipertensão arterial: intersalt e estudo DASH. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 221-224, abr./jun. 2001.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed, Georgia: Mosby, 1995.

PALHANO, Ruy. **Drogas: saiba mais a seu respeito**. São Luís: LITHOGRAF, 2000.

PAVANI, Leda Maria Doccosse et al. Consulta de enfermagem instrumento utilizado e proposta de um novo modelo. **R. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-102, abr. 1988.

PEREIRA, Alexaandre C.; KRIEGER, José Eduardo. Biologia e genética molecular aplicadas ao diagnóstico e tratamento da hipertensão novos paradigmas, antigos problemas. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 105-113, jan./mar. 2001.

PIERIN, Ângela Maria Geraldo; CAR, Maria Regina. Instrumento de consulta de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **R. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 17 –32, mar. 1992.

POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIBEIRO, Artur Beltrame. **Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1996.

RIERA, Andrés R. Pérez. **Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

ROSITO, Guido Aranha. Efeito do álcool sobre a pressão arterial: mecanismos e benefícios da suspensão. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 420-422, out./ dez. 1999.

PRADO, Maria Lenise de; GELBCHE, Francine Lima (Org.). **Fundamentos de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

SANTOS, Iraci dos et al. **Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo. **Mulher hipertensa: proposta de enfermagem para o autocuidado**. 2001. 172 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa; SILVA, Raimunda Magalhães da. **Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado**. Fortaleza: UNIFOR, 2002.

VANZIN, Arlete Spencer, NERY, Maria Elena da Silva. **Consulta de enfermagem: uma necessidade?**. Porto Alegre: RM & L Gráfica, 2001.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZANELLA, Maria Teresa. Obesidade como fator de risco cardiovascular. **R. Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. abr./jun. 2000.

## ANEXO A

## 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: \_\_\_\_\_ Condição de moradia: \_\_\_\_\_

Com quem mora: \_\_\_\_\_

## II - AUTOCUIDADO UNIVERSAL

1. Oxigenação (ambiental e orgânica): \_\_\_\_\_

2. Hidratação (tipos, vias, qualidade e quantidade de áreas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_3. Alimentação (habitual, preferências, tabus, intolerância, restrição, alterações):  
\_\_\_\_\_4. Eliminações (intestinal, urinária, respiratória, gástricas, outras): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Atividade e repouso (horas de atividade e de sono diário; tipo, satisfação e necessidade de ajuda para conciliar o sono): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Solidão e Interação Social (presença ou ausência de solidão, participação em atividade social, relacionamentos familiar e social): \_\_\_\_\_

7. Prevenção do risco para doença cardiovascular e cerebrovascular (tabagismo, alcoolismo, uso excessivo de café, uso de medicamentos hipertensores, estresse, história familiar, dislipidemia, sobrepeso e obesidade): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Promoção da Saúde (prevenção do câncer de mamas e de colo de útero e de próstata, imunização básica, avaliação odontológica semestral e oftalmológica anual): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III - AUTOCUIDADO "DESENVOLVIMENTAL"

1. Mudança (s) do ciclo vital: \_\_\_\_\_

2. Significado das mudanças: \_\_\_\_\_

3. Adaptação à (s) mudança (s) (física, psicológica e social): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Funções reprodutivas e sexual (idade da menarca, idade e tipo de menopausa, ciclo menstrual, manifestações clínicas do climatério, controle de natalidade e número de gestações, partos e abortos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

## V 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: \_\_\_\_\_

## Apêndice A

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar do estudo titulado de consulta de enfermagem ao portador de hipertensão: trabalhando o autocuidado, de autoria de Maria Lúcia Holanda Lopes. Ressalto que fui devidamente esclarecido(a) sobre a natureza, objetivos e importância do estudo.

Atenciosamente,

---

Maria Lúcia Holanda Lopes

(aluna do mestrado em Enfermagem- UFC/UFMA)