

Red. Auto: 73453
R138409 05 106
091011 05. BCC

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

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM ADULTOS
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL:
estudo em um grupo específico**

FRANCISCA DE FÁTIMA VASCONCELOS

-T E 15.132
V45d

**FORTALEZA – CE
2005**



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

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM ADULTOS
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL:
estudo em um grupo específico**

Francisca de Fátima Vasconcelos

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

LINHA DE PESQUISA: Assistência Participativa de Enfermagem Clínico-Cirúrgica em situações de Saúde-Doença.

PROJETO INTEGRADO DE PESQUISA: Ações Integradas em Saúde Cardiovascular – CNPq. Nº 500639/2003-5.

**ORIENTADORA:
Dra. Thelma Leite de Araujo**

**FORTALEZA – CE
2005**

V45d Vasconcelos, Francisca de Fátima
Diagnósticos de enfermagem em adultos portadores de hipertensão arterial: estudo em um grupo específico / Francisca de Fátima Vasconcelos. - Fortaleza, 2005.

141 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

1. Hipertensão. 2. Enfermagem. 3. Processos de enfermagem. 4. Diagnósticos de enfermagem. I. Título
CDD 616.132

FRANCISCA DE FÁTIMA VASCONCELOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM ADULTOS PORTADORES
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL:
estudo em um grupo específico**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Data da Defesa: 1/3/2005

BANCA EXAMINADORA

Dra. Thelma Leite de Araujo
Universidade Federal do Ceará
Presidente

Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará
1ª Examinador

Dr. Marcos Venícios de O. Lopes
Universidade Federal do Ceará
2ª Examinador

Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará
Membro Suplente



“ Cuidar é mais do que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. ”

Leonardo Boff



DEDICATÓRIA

*A Deus, por sua presença constante em minha vida
A minha família, em especial a minha mãe, Franciné.*

AGRADECIMENTOS

À profa. Dra. Thelma Leite de Araujo, pelo ganho de conhecimento que tive nesses anos de convívio e de orientação. A ela todo o meu carinho e respeito.

Aos membros da banca, pela imensa colaboração, em especial a Thereza pela ajuda incondicional em todos os momentos que precisei.

Aos professores do Mestrado, pelo aprendizado proporcionado.

Ao colegas de mestrado (Suêuda, Sônia, Eliane, Mirian, Emília, Leticia, Ingrid, Neudson) pelo aprendizado compartilhado, que muito me trouxe crescimento pessoal.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa “Ações Integradas em Saúde Cardiovascular”, pelo conhecimento adquirido, em especial a colega Ranna.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem, especialmente aos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Aos colegas de trabalho, por todos os momentos, alegres e tristes, que passamos juntos e pelo aprendizado no cotidiano de nossa labuta, em especial as amigas Érika, pelas palavras de estímulo e de carinho e Izabel pela ajuda em alguns momentos dessa pesquisa.

A todos os pacientes que colaboraram neste estudo, pelas lições de vida que aprendi em cada momento de interação. A eles o meu muito obrigada.

As enfermeiras e amigas, Professoras Dra. Maria Fátima Maciel Araújo e Maria do Carmo Moreira (Zú), pelo conhecimento adquirido e pelos momentos difíceis que passei e sempre me incentivaram nessa caminhada.

A enfermeira e Coordenadora da Unidade Básica de Saúde da Família César Cals – SER III, Tânia Rebouças, pela compreensão nas minhas ausências na unidade de saúde para a realização dessa pesquisa.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse estudo.

Este estudo contou com o auxílio financeiro, no período de abril de 2004 a fevereiro de 2005, em forma de bolsa, da Fundação Cearense de apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por meio da Coordenação do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Contou, ainda, com subsídio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) via Projeto Integrado de Pesquisa "Ações Integradas em Saúde Cardiovascular".



RESUMO

VASCONCELOS, F de F. **Diagnósticos de enfermagem em adultos portadores de hipertensão arterial:** estudo em um grupo específico. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Dissertação (Mestrado), 2005, 141 fs.

O desenvolvimento sistematizado da consulta de enfermagem e a identificação dos diagnósticos de enfermagem têm facilitado a aproximação da enfermeira do contexto do paciente, gerando maior eficácia nas suas intervenções por focalizar a assistência no paciente, nas suas necessidades e dificuldades, na sua compreensão da doença, no seu contexto familiar e comunitário, e não somente na doença. Este estudo tem como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes com hipertensão arterial atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família localizada na cidade de Fortaleza. O estudo é de natureza quantitativa, transversal, do tipo descritivo. A população do estudo foi constituída por portadores de hipertensão arterial em acompanhamento em uma área específica na unidade de saúde, que estavam cadastrados no Programa HIPERDIA até fevereiro de 2004, que tinham pelo menos um ano de diagnóstico médico e de tratamento da doença e sem outras doenças associadas. Foram avaliados um total de 67 pacientes. Os resultados mostraram que predominou o sexo feminino (73,1%), casadas (70,8%), com renda familiar de até dois salários mínimos (70,4%) e escolaridade fundamental incompleta (57,6%). Tinham como ocupação do lar (65,5%), com até cinco anos de diagnóstico da doença (44,8%) e índice de massa corporal apresentando sobrepeso (43,5%) e obeso (37,1%). Todos os pacientes faziam uso de medicação anti-hipertensiva; sendo que 43,3% tomavam apenas um medicamento, 53,7% tomavam dois medicamentos e 30,0% tomavam três medicamentos. Foram identificados 54 diagnósticos de enfermagem, 15 dos quais acima do percentil 75, com presença de 11 dos 12 domínios investigados. Encontramos associação estatística entre os diagnósticos de enfermagem Disfunção sexual e Controle ineficaz do regime terapêutico; Risco para quedas e Mobilidade física prejudicada; Mobilidade física prejudicada e Andar prejudicado e Risco para quedas e Andar prejudicado. Chamou a atenção a presença de diagnósticos de enfermagem que apresentaram maior frequência, tais como Conhecimento deficiente, Controle ineficaz do regime terapêutico, Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, Dor crônica, entre outros. Os resultados revelam a necessidade de maior atuação da enfermeira junto a estes pacientes, em especial nas orientações oferecidas, sobre tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, respeitando suas particularidades, deficiências, crenças, condições sociais e familiares. Percebemos que o estudo nos permitiu maior compreensão da realidade dos pacientes, como também maior aproximação do indivíduo e de sua família. Fica evidente a importância da consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão e da utilização dos diagnósticos de enfermagem, para que, a partir daí possamos implementar os cuidados necessários a esta clientela. Tratar hipertensão não se resume em medicá-la, mas também em associar a esta o tratamento não-farmacológico. É nesse momento que percebemos o quanto a atuação da enfermagem faz-se necessária, pois não é somente de responsabilidade médica o atendimento destes pacientes. Espera-se que os resultados obtidos tenham aplicação prática para a enfermagem, pois o estudo está inserido em um projeto de pesquisa e extensão que desenvolve ações integradas em saúde cardiovascular e os dados encontrados confirmam a necessidade de uma enfermagem mais ativa no cuidado de pacientes portadores de hipertensão arterial.

UNITERMOS: Hipertensão, Enfermagem, Processos de enfermagem, Diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

VASCONCELOS, F de F. **Nursing diagnosis in adults who have arterial hypertension: a study in a specific group.** Fortaleza: Ceará Federal University. Master degree dissertation, 2005, 141 fs.

The nursing systematic consultation development and the identification of diagnosis have facilitated the nurse approach with the patient's context, what produces a higher efficiency on the interventions. It was focused in the patient's assistance, in the patient's necessities and difficulties, with the disease's comprehension, with the family and the community's context, and not only with the disease. This study has as purpose to identify the nursing diagnosis that are being used with the arterial Hypertension patients who are being attended at a "Family's Basic Health Unity" in Fortaleza. The study has a quantity nature, it's transversal and describable. This population studied was composed by the arterial hypertension patients: that are being followed the specific area into a health unity, that were registered in the "HIPERDIA" program until February 2004, that had at least one year of a doctor's diagnosis and also a disease's treatment and no other associated disease. A total of 67 patients were evaluated. The results showed that predominated women that were married, with an average salary below 2 minimum salaries and that had unfinished High School. Housewives with the disease diagnosed for the maximum of 5 years and a high body mass indication being overweight and obese. All the patients were taking a antihypertensive medication, 43,3% were taking just one medication, 53,7% were taking two medications and 30,0 % were taking three medications. 54 diagnoses were identified, 15 of those were above the percentage 75, and 11 out of 13 investigated dominoes were present. Statistic Association between sexual dysfunction and inefficient control of therapeutic diets, were found among the diagnosis. A Risk for fall and damage impaired physical mobility, an impaired physical mobility and a deficit walk. Many nursing diagnosis called our attention because they showed a high intensity of knowledge deficit, an inefficient control of therapeutic diets, unbalance nutrition: more than the body's necessities, chronic pain, among all. It made us realize the necessity of the nursing work with those patients, especially on the offered orientations, such as the chemist-treatment and a non chemist-treatment, respecting their individualities, deficiencies, beliefs, families and social conditions. This study allowed us to understand the patient's reality, as a higher approach to the patient and to the patient's family. It's clear the importance of the nursing council to the hypertension patient and the nursing diagnosis, from where we'll be able to implement necessary care for the patients. Treating hypertension is not only to give medication, but also to associate this to a non chemist treatment, at this moment we realize how much the nursing actuation is made necessary, once the patient care isn't only a doctor responsibility. We hope that these results can be applied to the nursing, this study is in a research project that develops complete actions in cardiovascular health and datum confirms the necessity of an active nursing in the treatment of an arterial hypertension patient.

KEYWORDS: Hypertension, Nursing, Nursing process, Nursing diagnose.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Mapa de Fortaleza por Secretarias Executivas Regionais.	41
---	----

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Distribuição dos participantes quanto a sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, religião, ocupação, renda familiar, tempo de tratamento da doença e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.	51
Tabela 2: Medicamentos usados pelos pacientes do estudo. Fortaleza, 2004.	52
Tabela 3: Número de diagnósticos de enfermagem e de respostas positivas, de acordo com domínios e classes. Fortaleza, 2004.	53
Tabela 4: Distribuição dos diagnósticos de enfermagem e seus respectivos domínios e classes. Fortaleza, 2004.	55
Tabela 5: Diagnósticos de Enfermagem que apresentaram percentil > 75. Fortaleza, 2004.	56
Tabela 6: Controle ineficaz do regime terapêutico de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.	58
Tabela 7: Controle eficaz do regime terapêutico de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.	61
Tabela 8: Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.	63
Tabela 9: Constipação de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.	65
Tabela 10: Intolerância à atividade de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.	67
Tabela 11: Padrão de sono perturbado de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.	69
Tabela 12: Andar prejudicado de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.	71
Tabela 13: Mobilidade física prejudicada de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.	73
Tabela 14: Conhecimento deficiente de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.	75

Tabela 15: Processos familiares disfuncionais de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.	77
Tabela 16: Disfunção sexual de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.	79
Tabela 17: Disposição para bem-estar espiritual aumentado de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.	81
Tabela 18: Risco para quedas de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.	83
Tabela 19: Dentição prejudicada de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.	85
Tabela 20: Dor crônica de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.	87
Quadro 1: Domínios e Classes da Taxonomia Diagnóstica II da NANDA.	33
Quadro 2: Total de famílias por equipe da UBASF, Fortaleza, 2004.	42
Quadro 3: Total de pacientes hipertensos e diabéticos, por equipe da UBASF, Fortaleza, 2004.	43
Quadro 4: Relação entre obesidade e risco de co-morbidade. Organização Mundial da saúde, 1998.	95



SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
3.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	26
3.2 Consulta de enfermagem ao portador de hipertensão arterial.....	35
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
4.1 Tipo e natureza do estudo.....	40
4.2 Caracterização e natureza do estudo.....	40
4.3 População e amostra.....	43
4.4 Instrumento e coleta de dados.....	45
4.5 Organização e apresentação dos dados.....	46
4.6 Aspectos éticos.....	48
4.7 Financiamento da pesquisa.....	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	50
5.1 Resultados.....	51
5.2 Discussões.....	90
6 CONCLUSÕES.....	103
7 REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICES.....	119
ANEXOS.....	130

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) é composto por equipes formadas por enfermeira, médico, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e odontólogo, ficando ao interesse do município a inclusão de outras categorias. Estes profissionais têm funções específicas na área de abrangência nos aspectos assistenciais e em atividades educativas. As equipes do PSF trabalham com uma população definida (em média 1.000 famílias, com recomendações de 4.500 pessoas por equipe), em uma área delimitada (BRASIL, 2000).

Cada equipe, segundo orientações do Ministério da Saúde, deverá estar capacitada para reconhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população esteja exposta; elaborar, em parceria com a comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes da saúde/doença; prestar assistência integral; e desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados (BRASIL, 2001-a).

Essa equipe tem como proposta de trabalho a prevenção das doenças e a promoção da saúde. Uma das atividades da enfermeira é desenvolver a consulta de enfermagem nos diversos programas, de acordo com protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Dentre os programas atendidos, temos o de hipertensão e diabetes, constituindo-se este, portanto, um dos primeiros contatos mais fortes nossos com a temática.

Em 1995, participamos da implantação e trabalhamos como enfermeira no Programa Saúde da Família (PSF) do Ceará, na cidade de Jaguaribe, situada no sertão central.

Quando trabalhávamos em Jaguaribe, tivemos a oportunidade de participar de um projeto intitulado “Cultura Popular para a Vida”, ministrado pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, que nos capacitou a trabalhar em conjunto os problemas da comunidade, de forma lúdica. Essa nova estratégia nos ensinou a perceber e reconhecer com maior sensibilidade os problemas da população, envolvendo nesse contexto a comunidade, valorizando suas potencialidades e reconhecendo a importância da parceria indivíduo/comunidade no tratamento e prevenção das doenças.

Vimos de um modelo biomédico, em que os direcionamentos das ações profissionais são voltados para a doença e os atores principais destas ações são os profissionais. Entendemos que, para se obter saúde, não se faz necessária apenas a presença do profissional de saúde, e sim de uma parceria ampliada de muitos: profissional de saúde,

indivíduo, família, grupos sociais e instituições de saúde, como também de outros órgãos e setores da sociedade, envolvendo um amplo conjunto de conhecimentos interdisciplinares, além de atividades e habilidades altamente especializadas (MENDES, 2002).

Em 1998, com a implantação do Programa Saúde da Família em Fortaleza, passamos a trabalhar no PSF da capital. Aqui, iniciamos nossas atividades no Bairro Nossa Senhora das Graças, denominado *Pirambu*. Percebemos que esta área apresentava realidade bem diferente da vivenciada no interior do Estado, com problemas diversificados, característicos da vida urbana na capital. Aproveitando a experiência anterior e os conhecimentos adquiridos até então, estruturamos o atendimento da unidade de saúde. Na atenção aos portadores de hipertensão e diabetes, como preconizado pelo Ministério da Saúde, estabelecemos a consulta de enfermagem subsequente, ficando a primeira consulta reservada ao médico (diagnosticando a doença e encaminhando à enfermagem).

Iniciamos, então, os trabalhos na unidade, sempre atentos ao atendimento do paciente com hipertensão arterial. Muitos foram os problemas detectados e as intervenções realizadas no cotidiano de atendimento a esses pacientes. Começamos a atuar mais significativamente na prevenção de complicações da hipertensão arterial e na promoção da saúde como um todo. Ressalte-se que, até aquele momento, embora atendêssemos esses pacientes, a consulta de enfermagem não seguia todas as etapas preconizadas, nem todos os princípios que envolvem a aplicação do processo de enfermagem.

Organizamos um grupo de auto-ajuda com pacientes portadores de hipertensão e diabetes que, pela necessidade da comunidade, estendeu-se ao atendimento de indivíduos da terceira idade, visto que estas doenças têm alta incidência nesta população, não perdendo de vista o enfoque de prevenção das complicações das doenças crônicas, em especial nos portadores das duas doenças citadas.

Mendes (2002, p.20) enfatiza a importância dos serviços de saúde estarem voltados para a atenção às condições crônicas e que estas

envolvem um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos que se manifestam no decorrer do ciclo de vida de uma condição ou doença, provendo intervenções de promoção de saúde, de prevenção das doenças ou danos, de contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o autocuidado, através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que prestam uma atenção contínua.

De acordo com as diretrizes brasileiras de atendimento ao paciente com hipertensão arterial, a multifatorialidade da doença envolve orientações voltadas a vários objetivos, requerendo tratamento com abordagem multiprofissional. A participação da enfermeira neste programa se dá em termos de desenvolvimento de consulta de enfermagem, acompanhamento do tratamento dos pacientes com a pressão arterial controlada, encaminhando-os ao médico pelo menos anualmente e, sempre que necessário, com a administração do serviço e delegação das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem (DIRETRIZES, 2002). Alie-se a essa abordagem, o enfoque educativo ao paciente e família, peculiares ao trabalho da enfermeira.

A atuação da enfermeira como educadora em saúde tem sido enfatizada, em especial na atenção primária, nas unidades básicas de saúde. Victor (2002) comenta que a enfermeira atrai para si a responsabilidade de planejamento e implementação das atividades educativas. Isso se justifica porque, durante a formação acadêmica, a enfermeira tem um maior direcionamento para esta prática.

Em relação à hipertensão arterial, Car, Pierin e Aquino (1991) referem que a enfermeira atua como um elemento catalisador das ações educativas a esta clientela. Durante o processo educativo, pode-se promover condições favoráveis ao esclarecimento de dúvidas, fortalecimento de mudanças de hábitos, contribuindo para o autocuidado e melhorando a adesão da pessoa hipertensa ao tratamento.

Moreira (2003) comenta que a enfermeira se destaca como propagadora de informações e esclarecimentos acerca da importância dos hábitos saudáveis para o controle da pressão arterial e contribui na implementação de intervenções favoráveis à saúde, ajudando o paciente e sua família no desenvolvimento de conhecimentos e atitudes que levem a uma eficaz assistência neste problema crônico de saúde. Ela integra grupos multiprofissionais com ações assistenciais e educativas conjuntas e implanta programas e consultas, aprofundando seu corpo de conhecimento.

Maciel e Araújo (2003) confirmam esta prática ao analisarem consultas de enfermagem realizadas atualmente em programas de hipertensão arterial em unidades de saúde de Fortaleza. Comentam que a atividade educativa foi evidenciada na enfermagem como algo bastante presente e até mesmo reconhecido por outros profissionais, sendo a enfermeira uma profissional capacitada, dentre as que trabalham na área da saúde, para

desenvolver atividades de promoção e prevenção de doenças, podendo contribuir, significativamente, com sua prática para a transformação do modelo assistencial.

Com a participação desde fevereiro de 2001 no Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão “Ações Integradas em Saúde Cardiovascular”, financiado pelo CNPq e desenvolvido no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), percebemos que a consulta de enfermagem deveria ter enfoques mais específicos, tendo como foco da intervenção os diagnósticos de enfermagem apresentados pela clientela. Buscamos, portanto, na investigação junto ao portador de hipertensão arterial, a caracterização das situações que representam diagnósticos de enfermagem, a partir do que acreditamos ser possível oferecer um melhor direcionamento para as nossas condutas, adotando um referencial teórico específico de enfermagem. Acreditamos que com essa adoção poderíamos ter intervenções mais efetivas e adequadas, conseqüentes à obtenção, análise e interpretação mais precisa das informações, com melhor direcionamento de nossa prática, tanto numa abordagem individual como coletiva.

Em setembro de 2002, passamos a desenvolver nossas atividades de enfermagem em uma outra unidade da Secretaria Executiva Regional III. Apesar de também se tratar de uma unidade de saúde da família do mesmo município e com a mesma filosofia, as rotinas de serviço eram um pouco diferenciadas da anterior. As enfermeiras realizavam consulta de enfermagem em diversos programas de atenção à saúde, exceto no programa de hipertensão e diabetes. Tal fato nos foi justificado pelos profissionais ali já atuantes como sendo devido aos portadores dessas doenças apresentarem freqüentemente complicações diversas, associadas ou não a doenças de base, sendo necessário uso de medicamentos controlados, fugindo do âmbito de uma consulta de enfermagem. Mas eles observaram que os pacientes portadores destas doenças não se sentiam suficientemente estimulados para a mudança do estilo de vida, mesmo quando instruídos sobre o tratamento não medicamentoso, tais como prática diária de atividade física, abandono do fumo e de bebida alcoólica, redução de sal, entre outros.

Após discussões sobre tal prática, a equipe de saúde, composta por médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde decidiu, em comum acordo e anteriormente à nossa chegada à unidade, que a enfermagem ficaria com a parte educativa, mais especificamente o tratamento não-farmacológico, enquanto o médico ficaria com o tratamento farmacológico e outros problemas específicos decorrentes dessas doenças. Após esse acordo, a enfermagem passou a desenvolver ações educativas em grupo com a clientela do programa de hipertensão arterial e diabetes melito. O atendimento de enfermagem começou a ser

desenvolvido em atividades grupais, com enfoque preventivo e de promoção da saúde. Formou-se, então, um grupo com pessoas portadoras de hipertensão e diabetes melito com a finalidade de desenvolver atividades físicas, como alongamentos e caminhada; atividades recreativas e de lazer e, também, atividades educativas.

Com a nossa chegada à unidade, houve um movimento no sentido de modificar tal acordo. Mas, até o momento, mesmo considerando importante, continuamos não realizando atendimento individual de enfermagem aos pacientes portadores de hipertensão, embora já realizemos parte dele, pois consideramos a coleta de dados, entrevista e exame físico realizados no domicílio do paciente como a primeira parte do processo de enfermagem. A continuidade desse atendimento, ou seja, o desenvolvimento das demais etapas se fará após a conclusão dessa pesquisa, pois temos o interesse de, a partir da obtenção dos dados, implementar uma assistência de enfermagem voltada para as reais necessidades da clientela, de acordo com os diagnósticos de enfermagem encontrados.

É válido mencionar que no contato cotidiano com esses pacientes observamos que, provavelmente pela ausência de uma consulta de enfermagem específica e sistematizada, eles não tinham uma visão clara das semelhanças e diferenças existentes entre o papel profissional do médico e da enfermeira, confundindo os profissionais e suas áreas de competências. No entanto, acreditamos que o acompanhamento de enfermagem a esses pacientes é um requisito fundamental para uma boa assistência, pois a literatura confirma que a hipertensão é uma doença que requer estudo, por ser uma síndrome de caráter crônico, caracterizada pela presença de níveis elevados de pressão arterial (PA), associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos (CONSENSO, 1998). A hipertensão tem sido alvo de constantes estudos pela sua elevada incidência na população nacional (20 milhões de pessoas) e mundial (cerca de 20%) (BRASIL, 2001-a), e pela dificuldade de adesão ao seu tratamento (GUERRA, 1998; LESSA, 1998; MOREIRA, 1999; MOREIRA, 2003).

O aspecto epidemiológico é outro fator que justifica a necessidade do acompanhamento de enfermagem a esses pacientes, pois em 1930, as doenças cardíacas foram responsáveis por 11,8% do total de óbitos ocorridos nas capitais brasileiras. Esse percentual aumentou para 30% em 1980 e para 34% de todos os óbitos registrados, excetuando-se as causas mal definidas, em 1988. Detectou-se que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis em 1988 por 40% dos óbitos de indivíduos com idade a partir de 45 anos e por 15% das mortes na faixa etária de 15-44 anos, atingindo precocemente pessoas jovens e em plena fase produtiva (BRASIL, 2001-a). Portanto, vê-se um aumento crescente dos casos de

doenças cardíacas no Brasil, o que pode estar relacionado à hipertensão, uma vez que esta é considerada um dos fatores de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares, sendo responsável por 40% dos óbitos por acidente vascular encefálico e 25% por doença arterial coronariana (DIRETRIZES, 2002).

No Brasil, há uma prevalência significativa de casos de hipertensão arterial, com variações entre as regiões brasileiras. O Nordeste apresenta uma variação de 7,2 a 40,3%; seguido do Sudeste com 5,04 a 37,9%; do Sul com 1,28 a 27,1% e do Centro-Oeste, com 6,3 a 16,75% (LESSA, 1998). Essa elevada prevalência no Nordeste confirma a necessidade de estudos ligados à temática.

A doença tem sua classificação etiológica dividida em dois grupos: hipertensão primária, sem uma causa identificável, representando cerca de 95% dos casos. E hipertensão secundária, na qual a elevação da pressão arterial se dá a partir de uma causa identificada, presente nos 5% restantes dos casos (RIBEIRO, 1996; ARAUJO, 1999).

Dessa forma, o acompanhamento de enfermagem a portadores de hipertensão primária é uma necessidade do atual sistema de saúde. Registre-se, ainda, a necessidade de detecção precoce dos casos, devendo a enfermeira atuar na prevenção de complicações e seqüelas decorrentes da doença. Para tanto, é importante conhecer bem a clientela em acompanhamento, assim como os fatores de risco aos quais está exposta. Conforme Bloch (1998), o quadro clínico da hipertensão arterial primária é resultado da interação entre fatores de risco, que são organizados em quatro grupos:

- 1) Características constitucionais: sexo, idade, raça e genética. São características inerentes ao indivíduo e, portanto, não passíveis de modificações;
- 2) Características comportamentais: fumo, dieta, atividade física, ingestão de álcool e uso de anticoncepcionais. São formas de comportamento humano determinado pelo ambiente psicossocioeconômico do indivíduo. Podem ser controlados pelo próprio indivíduo e são passíveis de modificações;
- 3) Patologias ou distúrbios metabólicos: obesidade, hiperlipidemia e diabetes melito;
- 4) Características sócioeconômico-culturais. Geralmente representadas pelas variáveis renda, ocupação, escolaridade, classe social, migração e outras. São importantes para a formulação de tipos específicos de intervenções. Suas modificações dependem de transformações profundas na sociedade.

Dessa forma, o conhecimento da clientela e de seus fatores de risco permitirão o melhor direcionamento das ações de enfermagem a serem implementadas, permitindo o controle dessa doença, que é tão relevante em nosso País. Moreira (1999), com base nos diversos estudos sobre a doença, afirma que os fatores que fazem da hipertensão arterial sistêmica uma magnitude problemática são: o fato de atingir uma grande parcela (20%) da população adulta mundial; ser a primeira causa de morbi-mortalidade mundial; boa parte do contingente de seus portadores não terem o conhecimento de que o são e, portanto, a doença avança silenciosamente; o fato de a hipertensão ser uma doença que requer tratamento nos níveis primário, secundário e terciário; de muitas serem as conseqüências originadas da referida doença, sendo as principais ocasionadas por lesões em órgãos vitais como rins, olhos, cérebro e coração, além dos elevados índices de não-adesão ao tratamento.

No entanto, a hipertensão arterial é uma doença de fácil detecção, uma vez que se baseia em valores obtidos na verificação da pressão arterial e que o método mais comumente usado e de fácil acesso é o indireto com técnica auscultatória, procedimento relativamente simples, confiável e eficaz, que persiste desde o século passado. É, também, de relativamente fácil controle, sendo necessário seguir o tratamento não-farmacológico e/ou o farmacológico (HOLANDA, MION JUNIOR e PIERIN, 1997). No entanto, o seguimento desses tratamentos pelos pacientes tem se mostrado um desafio para os profissionais de saúde, o que tem comprometido de forma significativa o controle da doença.

Diante disso e de todo o exposto, foi reforçada a nossa vontade de realizar um estudo que possibilitasse definir quais das necessidades apresentadas pelos pacientes estariam na competência e responsabilidade de atendimento da enfermeira, buscando responder à questão: como desenvolver um trabalho de enfermagem mais independente da conduta e do diagnóstico médico no acompanhamento a pessoas com hipertensão?

Após tomar conhecimento de trabalhos que partiram de preocupações similares (AZEVEDO, 2001), resolvemos realizar um estudo que tivesse como finalidade principal **identificar os diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes com hipertensão arterial** atendidos em nossa unidade.

Justificamos a importância de nosso trabalho com as seguintes observações:

- Acreditamos, pela observação de diversos estudos, que com a identificação dos diagnósticos de enfermagem, a consulta da enfermeira teria um enfoque específico de enfermagem;

- A consulta de enfermagem, mais do que uma determinação legal expressa na Lei do Exercício Profissional (Lei 7.498, de 25 de Junho de 1986), que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem (COFEN, 2003) é uma atividade que aproxima a enfermeira da clientela, aumenta seu nível de satisfação profissional e dá visibilidade ao seu trabalho;
- As ações de enfermagem que têm por foco diagnósticos de enfermagem seriam mais eficazes por direcionar a assistência ao paciente, em suas necessidades e dificuldades, na sua compreensão da doença, em seu contexto familiar e comunitário, e não somente na doença. Isso confirma a opinião de Sousa (2001-a), que refere que a ênfase sobre a importância familiar e comunitária na reorganização da política de saúde significa construir uma nova maneira de prestar assistência, de acordo com o princípio de que a resposta está mais perto possível do nível em que surge a necessidade, construindo alianças com redes sociais primárias, formando sujeitos ativos, com tarefas e co-responsabilidades no cuidado.

Assim, temos elaborado o seguinte questionamento: Quais os diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes com hipertensão arterial na unidade básica de saúde da família em que trabalhamos?

Obter resposta para esta questão poderá facilitar a abordagem ao paciente com hipertensão arterial, melhorando a eficácia das ações de enfermagem desenvolvidas coletiva e individualmente, permitindo a elaboração do perfil de diagnósticos de enfermagem presentes na clientela.

2 OBJETIVOS

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Investigar os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes com hipertensão arterial atendidos em uma unidade básica de saúde da família em Fortaleza - Ceará.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Descrever os diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75, de acordo com os domínios;
- 2) Relacionar os diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75 com as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, religião, ocupação, renda familiar, tempo de diagnóstico de doença e Índice de Massa Corporal (IMC).
- 3) Verificar a existência de associação entre si dos tipos de diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75.

3 REFERENCIAL TEÓRICO



3.1 Sistematização da assistência de enfermagem

A enfermagem vem ao longo dos anos aperfeiçoando o seu campo profissional na tentativa de mudar a concepção empírica de sua prática buscando conhecimentos técnico-científicos para a qualificação da sua assistência. Neste contexto, temos o método científico. Este é o modo sistemático baseado em fatos e leis das ciências usados na solução de problemas.

Dentro desta perspectiva, a enfermagem tem procurado desenvolver um método que satisfaça as necessidades básicas do paciente, bem como a do profissional no que se refere à melhoria na qualidade da assistência, com maior viabilização do seu tempo, tendo como consequência o aumento no rendimento das atividades.

A sistematização da assistência de enfermagem possibilita uma melhoria na prestação do cuidado para o paciente, família e comunidade, podendo ser aplicada em qualquer campo profissional que a enfermeira atue. Por meio dela, a enfermeira se aproxima mais do paciente, demonstrando de modo concreto a extensão e a qualidade dos seus cuidados. A implementação desta metodologia centra a assistência não mais nos procedimentos e técnicas padronizadas, mas nas necessidades globais do paciente. Sendo assim, a sistematização da assistência de enfermagem auxilia os profissionais a tomarem decisões, preverem e avaliarem consequências para suas ações (POTTER e PERRY, 1996).

Seu desenvolvimento ajuda o profissional a coordenar suas observações, identificar os problemas e orientar o cuidado de enfermagem. Sua aplicação contribui para o crescimento da enfermagem como ciência, justificando assim, suas ações.

A sistematização da assistência de enfermagem vem sendo desenvolvida e discutida por muitas autoras e há unanimidade entre elas no que se refere à importância de planejar a assistência para uma melhor prestação de cuidados. Silva *et al.* (1990) citam que embora numa visão teórica e idealista seja atribuída à enfermeira, como função primordial à de coordenar a assistência de enfermagem, na prática tal premissa não se consolida. Na última década, o desvio das enfermeiras das atividades assistenciais para as denominadas administrativas, mais distantes do cuidado, tem sido apontado por vários autores.

Para Iyer, Taptich e Bernochi-Losey (1993), a sistematização da assistência de enfermagem demonstra de modo concreto o alcance da atividade de enfermagem. No campo profissional, no entanto, ainda há descaso, sendo este conhecimento diluído em meio às atividades burocráticas, ou quando empregado torna-se um ritual sem significado tanto para

quem executa, como para quem o recebe. A sua não aplicabilidade reforça a idéia de que a enfermeira não está conscientizada da importância do mesmo no seu cotidiano de trabalho.

Rossi e Casagrande (2001) comentam que a enfermagem tem esbarrado em muitas dificuldades, prevalecendo na prática clínica a organização do cuidado centrado em tarefas, sendo que o que importa é a realização da ação. E, se de um lado há o interesse da valorização na interação com o paciente, referindo-se, desse modo, às relações que se estabelecem na vida diária, de outro lado este interesse se esbarra nas consequências de uma prática automática, resultante da burocratização.

Na prática profissional, a enfermeira requer habilidades de observação, reflexão, comunicação, tomada de decisão e conhecimentos tanto biológicos quanto comportamentais, sendo muitas vezes essas habilidades aplicadas somente de forma teórica. A sistematização da assistência de enfermagem viabiliza as ações da enfermeira, tornando a assistência de enfermagem mais qualificada. A sistematização da assistência facilita e organiza o raciocínio lógico do profissional, além de contribuir para ampliação do conhecimento científico da classe profissional, pois o registro de suas atividades é bastante rico em informações. A utilização desta metodologia demonstra a forma como a enfermeira age ou pensa durante as etapas do processo, além de proporcionar uma continuidade do tratamento, porque todos os membros da equipe podem ter acesso aos registros e contribuir para as etapas do processo de enfermagem.

A sistematização da assistência de enfermagem se dá em fases que variam de três a seis, em dependência da teoria que a fundamenta. Paul e Reeves (2000) mencionam cinco fases ou componentes distribuídos na seguinte forma:

1.º - **Investigação** que consiste da coleta e da análise sistemática e ordenada de dados sobre o estado de saúde do paciente com a finalidade de fazer o diagnóstico de enfermagem.

2.º - **Diagnóstico de enfermagem** que constitui a base para a seleção de intervenções de enfermagem, para que se chegue aos resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

3.º - **Planejamento** pode ser descrito como a determinação do que pode ser feito para ajudar o paciente. Envolve o estabelecimento mútuo de metas e objetivos, o julgamento de prioridades e o desenvolvimento de métodos para a solução de problemas reais ou potenciais.

4.º - **Implementação** refere-se às ações iniciadas para a obtenção das metas e objetivos definidos. É considerada como a real prestação de cuidados de enfermagem, é a colocação do plano em ação.

5.º - **Avaliação** que pode ser definida como a estimativa das modificações comportamentais do paciente resultantes da ação da enfermeira.

Segundo Iyer, Taptich e Bernochi-Losey (1993), a enfermeira acumula ainda conhecimentos adicionais pela interação com colegas, pacientes e outros provedores de cuidados de saúde. Atkinson e Murray (1989) completam afirmando que a satisfação profissional de cada enfermeira aumenta, porque dessa maneira não exerce uma enfermagem não-coordenada do tipo erro e acerto. À medida que esse aprendizado se expande pelo contato com diversos pacientes, a enfermeira ganha em conhecimento e em experiência.

Azevedo (2001) comenta que as enfermeiras estão cada vez mais preocupadas em garantir uma assistência de qualidade aos pacientes, buscando na sistematização das atividades de enfermagem o respaldo para a implementação e avaliação dessa qualidade; devendo ser compatível com as necessidades do cliente, família e comunidade. Pode fundamentar um processo formal de avaliação, exercer um maior controle sobre o resultado das ações de enfermagem e assegurar a manutenção e implementação de uma assistência de qualidade.

O processo de enfermagem pode ser definido em termos de propósito, organização e propriedades. Seu propósito principal é o de oferecer uma estrutura na qual as necessidades individualizadas do paciente, família ou comunidade possam ser satisfeitas. Segundo Horta (1979), o processo de enfermagem apresenta seis propriedades:

- 1) é intencional, pois está voltado a metas;
- 2) é sistemático, pois envolve utilização de abordagem organizada para alcançar um dado propósito;
- 3) é dinâmico por envolver mudanças contínuas;
- 4) é interativo, pois se baseia em relações recíprocas entre enfermeira e paciente;
- 5) é flexível, porque pode ser adaptado à realidade de enfermagem em qualquer local e porque suas fases podem ocorrer de forma seqüencial ou concomitante e, finalmente,
- 6) é baseado em teorias, pois é elaborado a partir de uma ampla base de conhecimentos, podendo ser aplicado a todos os modelos teóricos de enfermagem.

Nessa primeira fase, que corresponde ao levantamento das necessidades de enfermagem junto ao paciente, utiliza roteiro sistematizado, coletando-se dados significativos

para a enfermeira e que tornem possível a identificação de problemas do indivíduo. Utiliza-se preferencialmente a entrevista como técnica de coleta, promovendo interação entre a enfermeira e o paciente. Outras técnicas úteis são utilizadas durante a entrevista, como a observação, sendo também realizado o exame físico. Assim, entrevista e exame físico são muito importantes na coleta de dados, embora, de acordo com Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), alguns fatores possam interferir na sua realização. São eles:

- Relacionados ao paciente: idade, sexo, cultura, escolaridade, tempo de permanência no hospital e padrões de comunicação;
- Relativos ao profissional: preparo e treino, autoconhecimento e tempo disponível;
- Relacionados à instituição: filosofia da instituição e do serviço de enfermagem, quantidade e qualidade do pessoal.

O levantamento de dados é o primeiro passo do processo de enfermagem, utilizando metodologia científica. É uma fase importante por permitir a interação enfermeira-paciente, possibilitar um cuidado profissional, levar à pesquisa, conduzir a diagnósticos de enfermagem, determinar prioridades, orientações e observações posteriores (BARROS *et al.*, 2002).

A coleta de dados leva à identificação dos problemas de enfermagem (fenômenos), que são toda situação e/ou condição apresentada pelo indivíduo, família e comunidade, que exija assistência profissional de enfermagem.

O exame físico tem por finalidade a identificação de tais problemas, levando a julgamentos e formulação de diagnósticos de enfermagem. A partir destes, serão traçadas as intervenções de enfermagem a serem implementadas e que deverão ser avaliadas posteriormente. Durante a entrevista e o exame físico são levantados dados pertinentes ao estado de saúde-doença do indivíduo, permitindo a identificação de fenômenos de enfermagem, constituindo-se, assim, em um instrumento que norteia a assistência de enfermagem.

A coleta é uma etapa primordial para a assistência de enfermagem, pois, caso haja falhas nessa ou na interpretação dos dados coletados, todo o processo de enfermagem será comprometido, pois este obedece ao método científico e, uma falha em uma de suas fases, pode repercutir nas demais. Além de levantar a história de saúde, crenças, valores e achados físicos, deve-se, também, buscar resultados de exames complementares (laboratoriais,

radiológicos, entre outros), sendo tudo com base na experiência da enfermeira, em seu conhecimento científico e na atualização da literatura sobre o assunto.

Para uma adequada formulação de diagnósticos de enfermagem, é fundamental uma ampla coleta de dados. Quanto mais rica for a entrevista e completo o exame físico, mais indicadores teremos para elaborar um diagnóstico adequado, pois os dados coletados deverão conter indicadores ou coleções de indicadores suficientes que nos permitam fazer inferências sobre as respostas do paciente frente aos problemas de saúde (IYER, TAPTICH E BERNOCCHI-LOSEY, 1993; CARPENITO, 2002).

Portanto, a principal finalidade da interação entre enfermeira e paciente é detectar as suas necessidades centrais, ajudando-o a encontrar soluções. Neste aspecto, é importante que a enfermeira fique atenta às preocupações do paciente e que direcione a entrevista e o exame de modo que se desenhe um quadro claro de sua condição, fato que requer paciência e dedicação à totalidade e ao detalhe durante o levantamento de dados.

Ao adotar-se o processo de enfermagem para o desenvolvimento da assistência, assume-se a premissa básica de que esta assistência delinea-se numa dimensão holística de atendimento ao ser humano, que se dá a partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem é uma das etapas do processo de enfermagem, geralmente a segunda, servindo de elo entre o levantamento de dados e a determinação das intervenções de enfermagem. Diversas teóricas o destacam quando propõem um processo de trabalho. Um exemplo bem conhecido em nosso meio é o processo de enfermagem proposto por Wanda Horta, que o define como a identificação das necessidades básicas do ser humano que necessitam de atendimento e a determinação, pela (o) enfermeira (o), do grau de dependência desse atendimento em natureza e extensão. Nesse sentido comporta duas dimensões: identificar as necessidades e determinar o grau de dependência (HORTA, 1979).

O diagnóstico de enfermagem utilizado como conceito é novo, mas enquanto atividade teve seus primeiros passos iniciados no surgimento da enfermagem “moderna”, na época de Florence Nightingale que, junto com outras mulheres na Guerra da Criméia, ao diagnosticar e tratar os problemas de saúde fez diminuir a taxa de mortalidade dos soldados nos hospitais. Florence não utiliza o termo diagnóstico de enfermagem propriamente dito, mas ao realizar a assistência de enfermagem, avaliava quem necessitava ou não de ações de enfermagem, para posteriormente realizar essas ações. Essas etapas têm fortes semelhanças com a atividade diagnóstica. Poderíamos então considerá-lo como uma atividade tradicional

na enfermagem, ainda não descrito e realizado de uma forma sistematizada (GERMANO, 1983; CRUZ, 1994).

Os diagnósticos de enfermagem podem ser definidos como simplesmente uma ponte de apoio para a determinação de resultados e das intervenções de enfermagem para atingi-los (definição contextual). Também é considerado como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família e comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, fornecendo a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável (definição conceitual). Tem três componentes essenciais – a resposta do indivíduo, situação na qual se pretende intervir; o fator relacionado, condições que favorecem a ocorrência daquela determinada resposta; e as características definidoras, indicadores que caracterizam determinada resposta – (definição estrutural) (CARPENITO, 2002).

O termo diagnóstico de enfermagem teve sua utilização na década de 50. Já em 1960, Faye Abdellah apresentou um sistema de classificação com 21 problemas clínicos, sendo utilizado nas escolas de enfermagem para ajudar a identificar problemas de saúde que necessitavam de intervenções de enfermagem.

Nos anos 70 surgiu a necessidade de se utilizar uma mesma terminologia para descrever os problemas de saúde. Em 1973 foi realizada a Primeira Conferência Nacional sobre Classificação de Diagnóstico de Enfermagem (IYER, TAPTICH E BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Jesus (1995) menciona que nessa época, com os trabalhos de Gordon, Gebbie e Lavin, o diagnóstico de enfermagem passou a ser visto como uma etapa dinâmica, sistemática, organizada e complexa do processo de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem teve sua evolução histórica marcada por mudanças, influenciando no pensar e no agir da enfermeira. Um aspecto que tem influenciado na sua aplicação é o fato de ter sido originada no meio da prática da enfermagem e na necessidade de se organizar a assistência prestada, seja ao paciente, família ou comunidade. Com a utilização de um método sistemático e planejado, a assistência de enfermagem deixa de ser puramente intuitiva para uma assistência científica (JESUS, 1995).

Os diagnósticos de enfermagem, segundo a Taxonomia de NANDA, são compostos por:

1) *Título, onde estabelece um nome. Pode ser um termo ou uma frase que representa um padrão de sugestões relacionadas;*

- 2) *Definição, a qual estabelece uma descrição clara e precisa, delimita seu significado e ajuda a diferenciar os diagnósticos;*
- 3) *Características definidoras, que são sugestões inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar;*
- 4) *Fatores de risco que podem ser ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou comunidade a um evento danoso.*
- 5) *Fatores relacionados que aparecem para mostrar algum tipo de relação com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como antecedentes a, associados com, relacionados a, contribuintes para, ou estimuladores (NANDA, 2002).*

Taxonomia é uma classificação, o estudo teórico de classificações sistemáticas, incluindo suas bases, princípios, procedimentos e regras (CARPENITO, 2002). Os diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Taxonomia I da NANDA estão agrupados em nove padrões, a saber: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir.

Em 1998, a Taxonomia I sofreu alterações, sendo criada a Taxonomia II, que está organizada de forma multiaxial, para que novos acréscimos e/ou modificações possam ser feitos e com mais flexibilidade em relação às nomenclaturas, estando organizada em sete eixos que seriam uma dimensão da resposta humana que é considerada no processo diagnóstico (NANDA, 2002, p.239), sendo eles:

- Eixo 1: O conceito diagnóstico;
- Eixo 2: Tempo (de agudo a crônico, curta duração, longa duração);
- Eixo 3: Unidade de cuidado (indivíduo, família, comunidade, grupo-alvo);
- Eixo 4: Idade (de feto a idoso);
- Eixo 5: Potencialidade (real, risco para, oportunidade ou potencial para crescimento/aumento);
- Eixo 6: Descritor (limita ou especifica o significado do conceito diagnóstico)
- Eixo 7: Topologia (partes/regiões do corpo).

A Taxonomia II está organizada não mais em padrões de respostas humanas, e sim em domínios, sendo em número de treze domínios, com suas respectivas classes (106) e diagnósticos (155), a saber:

QUADRO 1: Domínios e Classes da Taxonomia Diagnóstica II da NANDA.

DOMÍNIOS		CLASSES
Domínio 1	Promoção da saúde	Classe 1: consciência da saúde Classe 2: controle da saúde
Domínio 2	Nutrição	Classe 1: ingestão Classe 2: digestão Classe 3: absorção Classe 4: metabolismo Classe 5: hidratação
Domínio 3	Eliminação	Classe 1: sistemas urinários Classe 2: gastrintestinal Classe 3: tegumentar Classe 4: pulmonar
Domínio 4	Atividade/Repouso	Classe 1: sono/repouso Classe 2: atividade/exercício Classe 3: equilíbrio de energia Classe 4: respostas cardiovasculares/pulmonares
Domínio 5	Percepção/Cognição	Classe 1: atenção. Classe 2: orientação. Classe 3: sensação/percepção. Classe 4: cognição. Classe 5: comunicação
Domínio 6	Autopercepção	Classe 1: autoconceito. Classe 2: auto-estima. Classe 3: imagem corporal
Domínio 7	Relacionamento de Papel	Classe 1: papéis do cuidador. Classe 2: relações familiares. Classe 3: desempenho de papel
Domínio 8	Sexualidade	Classe 1: identidade sexual. Classe 2: função sexual Classe 3: reprodução
Domínio 9	Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse	Classe 1: respostas pós-traumas. Classe 2: respostas de enfrentamento. Classe 3: estresse neurocomportamental
Domínio 10	Princípios de Vida	Classe 1: valores. Classe 2: crenças. Classe 3: congruência entre valores/crenças/ações
Domínio 11	Segurança/Proteção	Classe 1: risco para infecção. Classe 2: lesão física, violência. Classe 3: riscos ambientais, Classe 4: processos defensivos. Classe 5: termorregulação
Domínio 12	Conforto	Classe 1: conforto físico. Classe 2: conforto ambiental. Classe 3: conforto social
Domínio 13	Crescimento/ desenvolvimento	Classe 1: crescimento Classe 2: desenvolvimento

Fonte: NANDA, 2002.

Apesar da organização dos diagnósticos de enfermagem, ainda ocorrem erros no processo diagnóstico. Os mais comuns, conforme Carpenito (2002), são:

- 1) *Barreiras linguísticas (enfermeira e paciente não conseguem estabelecer uma comunicação verbal adequada pelo uso de idiomas diferentes):*
- 2) *Uso de gírias ou jargões (utilização de linguagem peculiar a um grupo social e que não é compreendida por outros que não fazem parte daquele grupo).*
- 3) *Retenção de informações (os pacientes evitam compartilhar informações importantes. Isto pode ocorrer por ansiedade, embaraço e ou desconfiança):*
- 4) *Distrações (podem ocorrer por interrupções constantes, ambiente barulhento, pouca privacidade ou pensamentos que estejam preocupando a enfermeira ou o paciente).*
- 5) *Interpretação prematura dos dados (é a elaboração de um juízo, antes que seja coletada ou analisada toda a informação tida como importante):*
- 6) *Preconceitos pessoais (é comum quando não levamos em conta atitudes pessoais do paciente ou de seus acompanhantes):*
- 7) *Não coleção de dados importantes (a enfermeira não levanta dados que tenham grande influência no problema do paciente):*
- 8) *Agrupamento incorreto dos dados (após coletar corretamente os dados, a enfermeira passa a relacioná-los entre si de forma incorreta): e*
- 9) *Interpretação inexata dos dados (após coletar e agrupar corretamente os dados, a enfermeira faz uma interpretação que não condiz com a real situação do paciente).*

Para as enfermeiras, a linguagem dos diagnósticos de enfermagem é uma forma de escrever a experiência do paciente e um poderoso veículo que requer um pensamento crítico, analítico, criativo e acurado para comunicar adequadamente a todos os fenômenos com que se preocupa a disciplina.

Nesse aspecto, a utilização de uma taxonomia única para os diagnósticos de enfermagem, no caso, a da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2002), facilitará a homogeneidade da linguagem de enfermagem, possibilitando seu crescimento nas áreas de assistência, docência e pesquisa, por tornar comum entre as enfermeiras a linguagem utilizada por elas. Ou seja, a partir da adoção de uma taxonomia única para os diagnósticos de enfermagem, enfermeiras do mundo todo passarão a falar a mesma linguagem e a trabalhar tendo como base os mesmos diagnósticos, o que representa um avanço sem precedentes no atual conhecimento da enfermagem. Essa já é uma realidade vivenciada por muitas enfermeiras, mas ainda não por todas, pois muitas ainda se sentem inibidas diante de tal conhecimento.

O desenvolvimento sistematizado da consulta de enfermagem e a identificação dos diagnósticos de enfermagem têm facilitado a aproximação da enfermeira do contexto do paciente, gerando maior eficácia nas suas intervenções por focalizar a assistência no paciente, nas suas necessidades e dificuldades, na sua compreensão da doença, no seu contexto familiar e comunitário, e não somente na doença.

É importante que a enfermeira, ao trabalhar com o paciente com hipertensão, esteja embasada pelo processo de enfermagem, utilizando levantamento de dados e fazendo o diagnóstico de enfermagem, para que possa, a partir desse, implementar uma assistência eficaz.

3.2 Consulta de enfermagem ao portador de hipertensão arterial

A consulta de enfermagem ocorre quando a enfermeira, ao atender o indivíduo não-hospitalizado, aparentemente sadio ou o doente, em tratamento ambulatorial, sistematiza a assistência de enfermagem (VANZIN, 1996).

Tem sido desenvolvida em várias instituições de saúde, em níveis de complexidade variados, desde a atenção primária nas unidades de saúde, como em níveis terciários nos ambulatórios gerais e especializados em instituições hospitalares. É uma das estratégias utilizadas pela enfermeira para o desenvolvimento da prática assistencial. Tem como finalidade a avaliação do estado de saúde do indivíduo, de acordo com a etapa de ciclo vital em que se encontra, como também visa à prevenção de doenças e o controle de enfermidades, sejam elas de natureza transmissível e/ou crônico-degenerativas.

Na consulta de enfermagem, a coleta de dados leva à identificação dos problemas (fenômenos), que são toda situação e/ou condição apresentada pelo indivíduo, família e comunidade, que exija assistência profissional de enfermagem (CARPENITO, 2002).

Durante a consulta é realizada a entrevista para coleta de dados. Nesta, devemos observar não apenas o que a pessoa diz, mas também o que não é dito – lacunas no decorrer da história, tensão corporal, excitabilidade, enrubescimento e tristeza, dentre outros, também devem ser registrados. O centro da atenção durante a entrevista deve ser o paciente, suas convicções e sentimentos. Nesse momento, uma habilidade fundamental ao entrevistador é saber ouvir. Na entrevista, são utilizadas a comunicação, a percepção e a observação. A entrevista antecede à realização do exame físico (VANZIN, 1996).

Durante a consulta, o exame físico tem por finalidade a identificação de problemas, levando a julgamentos e formulação de diagnósticos de enfermagem. A partir destes, serão traçadas as intervenções de enfermagem a serem implementadas e que deverão ser avaliadas posteriormente. Permite a observação dos sinais ditos objetivos, que serão colhidos por meio dos quatro métodos propedêuticos: inspeção (é o olhar de forma sistematizada, buscando avaliar, comparar e atribuir significado), palpação (é o uso da sensibilidade táctil para a avaliação das estruturas, determinando as suas características), percussão (é a avaliação dos sons provocados por movimentação de estruturas) e ausculta (é a observação dos sons produzidos pelo organismo), além de outros complementares, como o olfato e a movimentação. O exame físico deve, então, ser realizado utilizando-se primordialmente os cinco sentidos, valendo-se, de preferência, de instrumentos que os potencializem (VANZIN, 1996).

O exame físico completo é realizado para a investigação de rotina e para promover os componentes de bem-estar e medidas preventivas de cuidado de saúde, no momento da admissão no hospital ou na instituição de cuidado prolongado.

A comunicação é um instrumento básico durante a consulta de enfermagem. Parece ser o grande trunfo para o relacionamento enfermeiro-paciente no método clínico, pois, na área da saúde, é essencial saber lidar com gente, já que a todo momento surgem nos ambulatorios e em outros locais de assistência à saúde, conflitos originados de uma atitude não-compreendida ou mesmo de reação inesperada. Assim, não se pode pensar em desempenho das ações profissionais sem considerar a importância do processo comunicativo nele inserido. Para ser efetiva, a comunicação tem que acontecer numa atmosfera de respeito mútuo e tem-se que desejar ser entendida. Dessa maneira, o espaço comunicacional compreende, além da fala, também os gestos, o lugar onde se dá a interrelação, o olhar e o escutar.

No acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, a comunicação se faz um elemento importante, assim como o desenvolvimento adequado da entrevista e exame físico.

Na comunicação com portadores de hipertensão arterial, observamos que o contato contínuo entre o profissional de saúde e o paciente requer a eficácia de tal ato, pois normalmente a pessoa permanece vários anos em acompanhamento com esse profissional. Além disso, induzir tais pacientes a seguirem o tratamento, especialmente o não-farmacológico, requer da enfermeira habilidades na comunicação.

A consulta de enfermagem ao paciente portador de hipertensão arterial ou mesmo com outra doença, seja ela crônico-degenerativa ou não, pode estar implícita ou explicitamente baseada em uma teoria. No processo de cuidar, os modelos teóricos têm sua contribuição, pois são usados como referencial para a sistematização da assistência.

Souza (2001-b) comenta que as teorias de enfermagem têm se transformado, dando margem a várias abordagens e definições quanto ao seu uso e à sua utilidade. Ela comenta, ainda, que muitos modelos teóricos existentes não foram explorados, testados o bastante para podermos confirmá-los ou refutá-los como guias eficientes para a prática da enfermagem.

Devemos ter em mente que o mais importante é o ser cuidado e a forma de como iremos aplicar a assistência ao mesmo, podendo este cuidado estar ou não baseado em teorias. A seguir buscamos comentar experiências de cuidado com diferentes abordagens.

Moreira (2003), em seu estudo com pacientes hipertensos, implementou a consulta de enfermagem de acordo com a teoria de Imogene King, tendo como pré-requisito a presença do diagnóstico de enfermagem Controle ineficaz do regime terapêutico, com os demais diagnósticos sendo identificados durante a fase de perscrutação. Após ter identificado os focos do cuidado de enfermagem, passou à apresentação dos sistemas pessoal, interpessoal e social dos pacientes, descrevendo interação, diagnósticos, metas traçadas, exploração e viabilização de meios para seu alcance, além da evolução.

A avaliação deste cuidado pelos pacientes mostrou-se positiva. Seu enfoque interativo propiciou facilidades para o alcance de metas pelos participantes. O alcance de metas foi demonstrado não somente na subjetividade percebida por cada paciente, mas também na avaliação individual de cada caso, sendo que para o tratamento da hipertensão arterial foram considerados valores e crenças pessoais, ajuda familiar, fatores relacionados ao serviço de saúde, relação paciente/profissional e meios disponíveis na comunidade.

A autora comenta, ainda, que a atuação da enfermeira e demais profissionais de saúde é capaz de levar o indivíduo a melhorar sua adesão ao tratamento, contanto que sejam avaliados os fatores que contribuem para a não-adesão em cada paciente, de forma individual, personalizada, enfatizando a contribuição familiar no tratamento e desenvolvendo uma consulta pautada, sobretudo, na interação.

Lopes (2003) ao desenvolver a consulta de enfermagem com portadores de hipertensão arterial tendo como referencial teórico a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, detectou que o diagnóstico de enfermagem Controle Ineficaz do Regime Terapêutico foi o que mais se apresentou nessa clientela. Tinha 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 déficit 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 e abandono do hábito de fumar. Os planos assistenciais foram implementados utilizando-se o sistema de apoio-educativo. 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 autora conclui que a utilização dessa teoria demonstrou ser efetiva para o cuidado ao portador de hipertensão arterial.

Santos e Silva (2002) ao discutirem a consulta de enfermagem ao portador de hipertensão arterial num modelo de educação em saúde para o autocuidado, elaborado com base na teoria do autocuidado de Orem, comentam que o modelo assistencial proposto traz benefícios: para a clientela, pelo seu engajamento no autocuidado, atingindo o melhor nível de saúde; para a enfermeira, na definição do seu papel junto ao cliente e à equipe de saúde; e para a instituição pelo alto nível de atendimento de enfermagem e aumento da rentabilidade de seus serviços. As autoras afirmam, ainda, que as orientações de enfermagem, por meio de uma intervenção sistematizada, possibilita a transformação da clientela em agente de autocuidado e multiplicadora das ações de autocuidado na família e na comunidade.

Para se obter eficácia no cuidado, é importante que a enfermeira utilize uma tecnologia em sua assistência, não se restringindo apenas a ser repassadora de informações ou a realizar procedimentos. Moreira (2003) comenta que esta tecnologia deveria seguir as fases do processo de enfermagem.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo e natureza do estudo

O estudo é de natureza quantitativa, transversal, do tipo descritivo e foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde em Fortaleza. Segundo Polit, Hungler (1995), este tipo de estudo envolve a descrição de fenômenos relativos à profissão. Neste tipo de observação, é necessário observar, descrever e classificar. Tais estudos podem ter grande valor para a enfermagem.

Ao observar e registrar a incidência, a pesquisa descritiva investiga as dimensões dos fenômenos apresentados, como também sua manifestação e outros fatores que possam estar relacionados. Além de ser um estudo descritivo, é também de natureza exploratória, pois apresentamos os diagnósticos de enfermagem nos pacientes que fizeram parte do estudo.

4.2 Caracterização do Local do Estudo

O Programa Saúde da Família está funcionando em 5.561 municípios brasileiros, com cerca de 12.771 equipes de saúde da família em todas as regiões: no Norte, com cerca de 985 equipes, representando 25,66% de cobertura. No Nordeste com 5.322 equipes, com 37,99% de cobertura. Na região Centro-Oeste com 1.140 equipes, o equivalente a 33,09% de cobertura. No Sudeste com 3.522 equipes, com 16,54% de cobertura e no Sul com 1.802 equipes, com 24,42% da população (BRASIL, 2001).

O Ceará tem registrado considerável avanço na implantação do Saúde da Família, sendo o pioneiro na incorporação desta estratégia de atenção à saúde. Nos dias atuais, possui o maior número de equipes do Nordeste, com 1.082 já cadastradas, atuando em vários municípios, fazendo uma cobertura de 49,46% da população do Estado (BRASIL, 2001; VICTOR, 2002).

O estudo foi realizado no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. A cidade está localizada na região Nordeste, sendo a quinta capital do Brasil em número de habitantes. Conta com uma população de 2.141.402 habitantes, sendo 1.139.166 do sexo feminino e 1.002.236 do sexo masculino (IBGE, 2001).

Fortaleza sofreu reforma administrativa e geográfica estabelecida pela Lei Municipal nº 8.000/97, ficando dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), como mostra a figura a seguir:

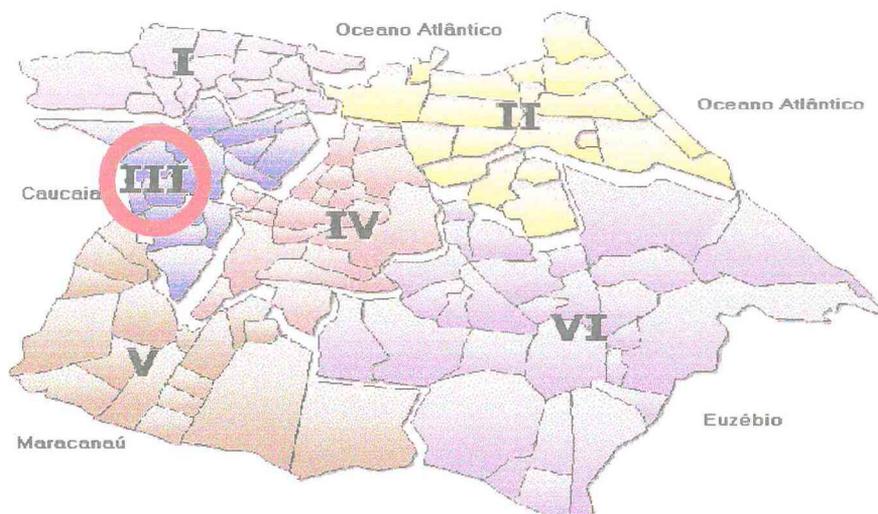


Figura 1 – Mapa de Fortaleza por Secretarias Executivas Regionais (<http://www.pmf.ce.gov.br>, em 18/11/04)

Fortaleza é o município com maior número de equipes do Estado, com 109 equipes em 25 unidades de saúde da família, distribuídas nas seis secretarias executivas regionais, com um percentual de cobertura, em cada regional, em média de 24% (FORTALEZA, 2000; VICTOR, 2002).

A SER III abrange os bairros da Região Oeste de Fortaleza, com população estimada em 378.360 habitantes, sendo 70.660 homens e 193.999 mulheres, distribuídos em dezesseis bairros, sendo eles: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bela Vista, Bom Sucesso, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Padre Andrade, Parque Araxá, Parquelândia, Planalto Pici, Presidente Kennedy, Quintino Cunha e Rodolfo Teófilo, dos quais 87% apresentam condições socioeconômicas precárias. Possui 24 equipes de Saúde da Família, que correspondem a um total de 22,3% das equipes de Fortaleza, desenvolvendo atividades em seis UBASF, atendendo a uma população de aproximadamente 105.000 pessoas (FORTALEZA, 2000; VICTOR, 2002).

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) onde o estudo foi desenvolvido é uma unidade de saúde de atenção primária e encontra-se localizada na Secretaria Executiva Regional III – SER III, mais especificamente no bairro Planalto Pici. Esta unidade está inserida em um Centro de Cidadania que dispõe de recursos sociais e educativos como creche, escola, cursos profissionalizantes, além de aulas de ginástica, hidroginástica, natação, capoeira, ballet, violão e programa de erradicação do trabalho infantil. O Centro de Cidadania dispõe de quadra de esporte, campo de futebol, salas, auditório e piscina olímpica. A vantagem da UBASF estar inserida neste complexo é nos permitir usufruir desta estrutura, o que facilita o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde.

Nesta unidade funciona o Programa Saúde da Família (PSF), que conta com cinco equipes. Cada equipe é composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Há também, na unidade, dois odontólogos, que prestam serviços para a população atendida nas cinco equipes de saúde da família. Três destas equipes acompanham uma parcela da população residente no bairro Planalto Pici e as outras duas, uma parte da população do bairro Dom Lustosa, perfazendo um total de 6.280 famílias cadastradas, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 2: Total de famílias por equipe da UBASF, Fortaleza, 2004.

EQUIPE	Nº FAMÍLIAS
EQUIPE 1	1.374
EQUIPE 2	1.212
EQUIPE 3	1.170
EQUIPE 4	1.241
EQUIPE 5	1.283
TOTAL	6.280

Fonte: SLAB Relatório SSA4+ Setembro, 2004

As equipes de saúde desenvolvem atendimentos em âmbito ambulatorial, na unidade de saúde e domiciliar, nas visitas domiciliares. Por ser uma unidade de atenção primária, são desenvolvidas ações preventivas e curativas, com finalidades de promoção da saúde da população assistida.

O atendimento médico e de enfermagem é feito ao indivíduo que se encontra em vários ciclos de vida, desde a criança ao idoso, de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde. O atendimento médico é feito em consultas agendadas previamente e marcadas no próprio dia. As consultas agendadas contemplam os pacientes portadores de doenças que necessitam de acompanhamento sistemático, inseridos em vários programas, tais como de hipertensão arterial e diabetes melito, tuberculose, hanseníase como também nos programas de atenção à mulher (pré-natal, planejamento familiar, prevenção de câncer de colo uterino), entre outros.

O atendimento de enfermagem é desenvolvido tanto em âmbito individual, através de consulta de enfermagem, como atividades em grupo. As consultas de enfermagem têm o foco direcionado para a prevenção de doenças e promoção da saúde, em diversos programas,

tais como no atendimento à criança de zero a cinco anos de idade; na mulher, no planejamento familiar, pré-natal, prevenção de câncer de colo de útero e no adulto, no programa de hanseníase e tuberculose.

4.3 População e amostra

A população foi constituída pelos pacientes portadores apenas de hipertensão arterial em acompanhamento da área cinco na unidade de saúde, locus do estudo. A unidade de saúde estudada foi a mesma na qual a pesquisadora já desenvolve suas atividades como enfermeira, pelo acesso fácil à clientela e para que os resultados ali obtidos pudessem ser aplicados na própria população em estudo.

Os pacientes que fizeram parte da pesquisa são os que foram cadastrados no Programa HIPERDIA (Anexo A). Este programa foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde com finalidades de propiciar um perfil dos pacientes que apresentam hipertensão arterial e/ou diabetes, como também conhecer as medicações utilizadas pelos mesmos. A seguir, temos o total de pacientes cadastrados na unidade de saúde onde foi realizada a pesquisa, de acordo com cada área de atendimento do Programa Saúde da Família e por patologia.

Quadro 3: Total de pacientes hipertensos e diabéticos, por equipe da UBASF, Fortaleza, 2004

	Hipertensão	Diabetes	Hipertensão e diabetes	Total
Área 1	27	03	12	43
Área 2	40	07	12	98
Área 3	103	18	34	159
Área 4	137	09	40	193
Área 5	67	09	30	106
Total	374	46	128	599

Fonte: HIPERDIA - UBASF César Cals, Fevereiro, 2004

Como tínhamos que definir nossa amostra no estudo, decidimos trabalhar com os pacientes que estavam cadastrados na área cinco e que eram apenas portadores de hipertensão arterial, até o período de fevereiro de 2004, quando realizamos o exame de qualificação do estudo. Isto se justifica por vários motivos:

- A pesquisadora desenvolve suas atividades de enfermagem nesta área, tendo total acesso a estes pacientes, aumentando a fidedignidade das informações colhidas;

- Pela facilidade na abordagem a esta população, como também maior conhecimento da realidade dos mesmos;
- Facilidade na coleta dos dados, permitindo àquele que aceite participar da pesquisa, a colaboração de forma mais efetiva no fornecimento das informações;

Os pacientes da área cinco têm características semelhantes aos das outras áreas, destacando-se apenas no quesito relacionado à localização geográfica da área.

Espera-se que essa pesquisa, desenvolvida na área cinco, possa ser ampliada para as outras equipes existentes nesta unidade em um segundo momento. A pesquisadora pretende, após conclusão do estudo, iniciar o atendimento de enfermagem a esta clientela, seguindo os demais passos da sistematização de enfermagem, direcionando suas ações a partir dos diagnósticos de enfermagem detectados.

Os critérios para inclusão dos pacientes na pesquisa foram:

- Estarem cadastrados no Programa HIPERDIA até fevereiro de 2004;
- Ser portador de hipertensão arterial sistêmica associada ou não a alguma alteração cardiovascular;
- Estar em condições físicas e mentais para responder aos itens de uma entrevista;
- Comparecer na unidade no período designado para coleta de dados;
- Ter pelo menos um ano de diagnóstico médico e de tratamento da doença;
- Participar voluntariamente no estudo.

O critério "comparecer na unidade no período designado para coleta de dados" a princípio foi estabelecido, mas não pôde ser cumprido, necessitando de alterações, pois pretendia-se que os pacientes fossem entrevistados no momento em que viessem para a consulta médica agendada. Observou-se, no entanto, que o tempo de consulta médica era menor em relação à consulta de enfermagem e que não se podia atender a todos consultados pelo médico. Após a consulta médica, os pacientes ficavam ansiosos para ir embora, pois já haviam esperado pela consulta médica, dificultando a obtenção de informações mais detalhadas, que seriam importantes para a elaboração dos diagnósticos.

Outro fator importante observado foi o tempo da entrevista, pois o instrumento de coleta de dados (Apêndice A), por avaliar o paciente como um todo, era um pouco extenso, levando um tempo maior para a entrevista e exame físico. Outro fator importante foi que uma

grande parcela da população (73,1%) era do sexo feminino e 65,5% delas tinham como ocupação atividades do lar. Desta forma, optou-se por coletar os dados nos domicílios dos pacientes.

Foram utilizados como critérios de exclusão:

- Ser portador de hipertensão arterial sistêmica e ter associadas outras doenças crônicas degenerativas, tais como diabetes melito, reumatismo, câncer.
- Apresentar alterações mentais e físicas que dificultassem ou impedissem uma entrevista;
- Pacientes com diagnóstico médico e com início de tratamento há menos de um ano.

4.4 Instrumento e Coleta de Dados

Conforme já mencionado, a coleta de dados iniciou-se na unidade de saúde com os pacientes que atendiam aos critérios de inclusão, passando em um segundo momento a ser realizada no domicílio do paciente, previamente agendada. O período da coleta de dados foi de março a julho de 2004.

Observamos que a mudança de local de coleta apresentou ganhos na obtenção das informações, pois estávamos no próprio ambiente domiciliar do paciente, percebendo seu meio, relações familiares, condições de vida, hábitos e costumes.

Nitschke apud Stamm (2000) comenta que é nesse espaço físico do domicílio que ocorre uma relação mais próxima, menos formal. Quando a família abre a porta de sua casa, está abrindo também a porta de seu mundo, e este mundo é melhor compreendido porque se está em contato com toda a sua dinamicidade.

Ao informar ao paciente sobre o conteúdo e finalidade da entrevista, solicitávamos que a mesma fosse realizada em ambiente mais privativo, tendo em vista conter perguntas de cunho mais íntimo, cujas respostas poderiam ser prejudicadas pela presença de outra pessoa. Desta forma, a maioria das entrevistas foi realizada no ambiente mais interno da casa, mais especificamente na cozinha ou sala de jantar.

O fato de trabalharmos com a clientela desde 2002 facilitou a aceitação de nossa presença no domicílio. E, por sua vez, a coleta no ambiente doméstico possibilitou a obtenção de informações mais fidedignas, uma vez que podíamos perceber e esclarecer contradições

entre as informações prestadas e o estilo de vida adotado. Como exemplos, citamos: uso de condimentos na alimentação; uso de saleiro na mesa no momento da refeição; ambiente com risco para quedas, pouca iluminação, uso de medicações e local de armazenamento; presença e uso de adoçante.

A elaboração do instrumento passou por reformulações até chegarmos à sua versão final. Tivemos como modelo o roteiro de Azevedo (2001), que foi elaborado de acordo com a Taxonomia I da NANDA e que trabalha com os nove Padrões de Respostas Humanas, com a finalidade de identificar diagnósticos específicos da clientela diabética.

A partir deste modelo, elaboramos um novo roteiro baseado na Taxonomia II. Este foi submetido a teste com um paciente que atendia aos critérios de inclusão estabelecidos. O teste-piloto serviu para avaliarmos a sua aplicabilidade, o tempo despendido e também para que pudéssemos detectar falhas. Como isso ocorreu, fizemos novos ajustes no instrumento que foi novamente testado para se avaliar as correções realizadas. O atual instrumento final, adotado para a coleta de dados (Apêndice A) está dividido em três partes:

- Parte I: Dados referentes às características sócioeconômicas, como nome, idade, sexo, religião, estado civil, escolaridade, profissão, ocupação, endereço, tempo de diagnóstico da doença e de seguimento terapêutico.
- Parte II: Formulário com perguntas relacionadas aos domínios que compõem a Taxonomia II.
- Parte III: Dados referentes ao exame físico, como também impressão do entrevistador e visão do paciente diante daquele atendimento no domicílio.

No instrumento foram incluídos 12 dos 13 domínios descritos na Taxonomia II, sendo excluído o domínio de número 13, relacionado ao Crescimento/desenvolvimento. A exclusão deste se deu pelo fato de nosso estudo ter como participantes pessoas adultas portadoras de hipertensão arterial, tornando, ao nosso ver, inadequada a avaliação do domínio relatado anteriormente.

4.5 Organização e Apresentação dos Dados

Os dados sócioeconômicos estão descritos e agrupados em tabelas.

Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem seguimos os passos preconizados por Lopez (2001), que são:

- 1) A obtenção de um conjunto de dados relevantes, confiáveis e suficientes sobre o paciente;
- 2) Processar os dados, isto é, interpretá-los e combiná-los em concordância com as relações reais que existem entre eles;
- 3) Recorrer aos conhecimentos que possui sobre as teorias “médicas” e científicas, à sua experiência, ao seu julgamento e ao seu raciocínio clínico;
- 4) Integrar dados e teorias juntamente com a experiência, julgamento e raciocínio.

Todos esses passos tiveram como atividade-fim o alcance do diagnóstico, permitindo melhor conduta em relação ao paciente em estudo.

Vale mencionar que o autor citado anteriormente refere-se ao processo diagnóstico médico. Isso não impede de nos apoderarmos deste conhecimento, pois o processo de formulação do diagnóstico de enfermagem não difere do médico, embora se diferencie em relação ao que diagnosticar. O médico diagnostica doença. A enfermagem os fenômenos/situações de enfermagem.

A princípio, para aumentar o critério de validação dos diagnósticos planejamos trabalhar com juízes-especialistas, além da pesquisadora e da orientadora do estudo, que elaborariam os diagnósticos a partir dos dados coletados para que se pudesse validar os diagnósticos de consenso e os divergentes.

No entanto, em razão de atrasos no início da fase de coleta de dados, pois imaginávamos que iríamos fazer a coleta na unidade de saúde, como mencionamos anteriormente, optamos por mudar a estratégia.

Em comum acordo com a nossa orientadora, decidimos que a elaboração dos diagnósticos seria feita inicialmente e isoladamente por nós e logo em seguida, confirmada com a orientadora, em discussão com questionamentos, buscando o consenso no julgamento clínico.

Acreditamos que a mudança de estratégia não trouxe prejuízo para o estudo. Como pesquisadora, tínhamos um bom conhecimento da clientela em estudo, o que foi complementado pela experiência da orientadora, que apresenta um vasto conhecimento, tanto em relação a diagnósticos de enfermagem como em relação à hipertensão arterial, o que

possibilitou o esclarecimento de dúvidas e a escolha do diagnóstico que parecia ser o melhor para a situação.

Vale mencionar que para facilitar a discussão dos dados coletados, foi desenvolvido um formulário (Apêndice B) que era preenchido pela pesquisadora com os dados de cada paciente antes do seu processamento e da integração dos dados.

Os diagnósticos encontrados foram descritos segundo a taxonomia multiaxial II da NANDA (2002). Decidimos que iríamos trabalhar apenas com os diagnósticos que se encontravam acima do percentil 75 por serem mais representativos. Estes estão apresentados em tabelas e descritos segundo sua frequência. A discussão e a associação dos diagnósticos foi guiada pela literatura da área da enfermagem e de hipertensão arterial, em especial e também pela experiência das pesquisadoras. Para a consolidação dos diagnósticos de enfermagem utilizamos o Programa Epiinfo 2002 e para a análise de associação entre variáveis categóricas aplicamos os testes não-paramétricos *Qui-Quadrado de Pearson, Fisher e Teste da Razão de Verossimilhança*. (LEVIN, 1978).

Para uma melhor apresentação e discussão dos dados sócioeconômicos, decidimos considerar como solteiros todos que referiram serem solteiros, divorciados e viúvos. E consideramos como casados os que mencionaram ser casados e viver em união consensual. Da mesma forma organizamos os dados referentes à religião, em que consideramos católicos quem referia esta religião e não católico todas as outras denominações religiosas.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado à Comissão de Ética da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, procurando-se atender aos aspectos contidos na resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

Procuramos esclarecer os participantes acerca do estudo, de seu objetivo, tornando-os cientes do sigilo conferido às suas identidades, apresentando as informações de forma a manter o anonimato. A sua anuência foi documentada pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C), sendo que sua participação no estudo se deu de forma voluntária.

Os aspectos administrativos foram levados em consideração com a autorização da coordenadora da unidade de saúde para que o estudo fosse realizado nas suas dependências e para que a pesquisadora pudesse ter acesso aos formulários e aos prontuários eletrônicos e mesmo a outros profissionais para complementação ou esclarecimento sobre as informações coletadas com os participantes do estudo.

4.7 Financiamento da Pesquisa

Os recursos disponíveis à pesquisa provieram do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), órgão financiador do projeto de pesquisa ao qual o estudo está inserido. Contou também com o apoio da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por meio de bolsa, no período de abril de 2004 a fevereiro de 2005.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

2000/06

5.1 RESULTADOS

Foram avaliados um total de 67 pessoas que atenderam aos critérios estabelecidos. Objetivando caracterizá-los, apresentamos a seguir as distribuições segundo algumas características sócioeconômicas, anos de diagnóstico e índice de massa corporal.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes quanto a sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, religião, ocupação, renda familiar, tempo de tratamento da doença e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.

Variáveis		Nº paciente	%
Sexo	Feminino	49	73,1
	Masculino	18	26,9
	Total	67	100,0
Faixa etária	39 - 50	12	17,90
	51 - 60	23	34,30
	61 - 70	18	26,90
	71 - 89	14	20,90
	Total	67	100,00
Estado Civil	Solteiro	18	27,7
	Casado	47	72,3
	Total	65	100,0
Escolaridade	Analfabeto	19	28,8
	Fundamental incompleto	38	57,6
	Fund. ou Médio completo ⁽¹⁾	9	13,6
	Total	66	100,0
Religião	Católica	55	82,1
	Evangélico/Outras ⁽²⁾	12	17,9
	Total	67	100,0
Ocupação	Do lar	36	65,5
	Aposentado	11	20,0
	Outros ⁽³⁾	8	14,5
	Total	55	100,0
Renda Familiar (SM)	0 --- 1	18	28,1
	1 --- 2	20	31,3
	2 --- 3	21	32,8
	3 --- 4	4	6,3
	4 --- 5	1	1,6
	Total	64	100,0
Tempo de diagnóstico	1 --- 5	30	44,8
	6 --- 10	17	25,4
	11 ou mais ⁽⁴⁾	20	29,9
	Total	67	100,0
IMC	Normal	10	16,1
	Sobrepeso	27	43,5
	Obeso I	23	37,1
	Obeso II	1	1,6
	Obeso III	1	1,6
	Total	62	100,0

(1) ensino Médio completo = 1 paciente

(2) nº de pac. religião outras = 1 paciente

(3) ocupação outras = aluguel, vendedor, comercio, diarista, professora, serv. gerais (4) mais de 11 anos = 7 pacientes

Os pacientes eram, em sua maioria, do sexo feminino (73,1%) e estavam na faixa etária de 50 a 69 anos (67,2%), sendo 70,8% de casados. Em relação à escolaridade, 28,8% eram analfabetos e 57,6% tinham o ensino fundamental incompleto. 82,1% eram católicos. Com relação à ocupação, 65,5% eram do lar e 20,0% eram aposentados. Tinham nível salarial familiar na faixa de um a quatro salários mínimos (70,4%) e 44,8% tinham tempo de diagnóstico da doença de um a cinco anos.

Ao avaliarmos o Índice de Massa Corporal (IMC), detectamos que 43,5% encontravam-se com sobrepeso e 37,1% eram obesos tipo I.

Tabela 2: Medicamentos usados pelos pacientes do estudo, Fortaleza, 2004

Medicamento	Nº	%	IC 95%
Hidroclotiazida	43	64,2	52,4 a 76,0
Captopril®	41	61,2	49,2 a 73,2
Propranolol®	10	14,9	6,2 a 23,7
Metildopa	8	11,9	4,0 a 19,9
Furosemida	2	3,0	0,0 a 7,2
Atenolol	1	1,5	0,0 a 4,5
Nifedipina	1	1,5	0,0 a 4,5

Com relação à medicação anti-hipertensiva usada por esta clientela, verificamos que a mesma usava: hidroclorotiazida (64,2%); captopril® (61,2%); propranolol® (14,9%); metildopa (11,9%); furosemida (3%); nifedipina (1,5%) e atenolol (1,5%). Todos os pacientes estudados faziam uso de medicação anti-hipertensiva. 43,3% (29/67) tomavam apenas um medicamento, 53,7% (36/67) dos pacientes tomavam dois medicamentos e 3,0% (2/67) tomavam três medicamentos. O maior percentual de pacientes na amostra, 32,5% (25/67), usa simultaneamente os medicamentos Hidroclotiazida e Captopril® enquanto que, o segundo maior percentual, 14,3% (11/67), usa apenas Captopril®.

Os medicamentos usados pelos pacientes que faziam uso de três drogas eram: um deles Hidroclotiazida, Captopril® e Metildopa; e o outro Furosemida, Captopril® e Metildopa. Pela tabela (em anexo) nota-se que, em média esses pacientes tomam 1,6 medicamentos com um desvio padrão igual a 0,55 medicamentos. O número mínimo de medicamentos tomados pelos pacientes foi um e o máximo três. O maior percentual de pacientes, 53,7% (36/67), tomava dois medicamentos, 64,2% dos pacientes usavam Hidroclotiazida e o segundo maior percentual, (61,2%), usava Captopril®.

Quanto ao número de doses tomadas por eles, 19% usavam uma vez ao dia; 50% duas vezes e 31% três vezes diárias.

Os dados obtidos neste estudo nos permitiram formular os diagnósticos de enfermagem dos pacientes portadores de hipertensão arterial, de acordo com os domínios. Com a análise dos dados coletados, identificamos a frequência das alterações em domínios e classes, com o total de 54 diagnósticos de enfermagem encontrados.

Tabela 3 – Número de diagnósticos de enfermagem e de respostas positivas, de acordo com domínios e classes, Fortaleza, 2004.

Domínio	Classe	Nº diagnóstico	Nº respostas	Nº respostas positivas	%
1- Promoção da Saúde	1- Controle da Saúde	5	335	78	23,3
2- Nutrição	1 - Ingestão	3	201	31	15,4
3- Eliminação	1 - Sistema Urinário	1	67	2	3,0
	2 - Sistema Gastro-Intestinal	2	134	20	14,9
	Total	3	201	22	10,9
4 – Atividade / Repouso	1 - Sono Repouso	1	67	20	29,9
	2 - Atividade/Exercícios	3	201	31	15,4
	3 - Autocuidado	4	268	7	2,6
	4 -Respostas Cardiovasculares / Pulmonares	2	134	16	11,9
	Total	10	670	74	11,0
5 – Percepção/ Cognição	1 - Sensação/Percepção	1	67	7	10,4
	2 - Cognição	1	67	14	20,9
	Total	2	134	21	15,7
6 - Autopercepção	1 - Autoconceito	3	201	8	4,0
	2 - Auto-estima	2	134	7	5,2
	3 - Imagem Corporal	1	67	1	1,5
	Total	6	402	16	4,0
7 - Relacionamento de Papel	1 - Papéis do Cuidador	1	67	3	4,5
	2 - Relações Familiares	2	134	17	12,7
	3 - Desempenho de Papel	2	134	8	6,0
	Total	5	335	28	8,4
8 - Sexualidade	1 - Função Sexual	2	134	31	23,1
9 – Enfrentamento / Tolerância ao Estresse	1 - Resposta de Enfrentamento	8	536	26	4,9
10 - Princípios de Vida	1 - Crenças	1	67	34	50,7
	2 - Congruência entre Valores/Crenças/Ações	1	67	2	3,0%
	Total	2	134	36	26,9
11 – Segurança / Proteção	1 - Lesão Física	6	402	109	27,1
	1 - Conforto Físico	1	67	19	28,4
12 - Conforto	2 - Conforto Social	1	67	1	1,5
	Total	2	134	20	14,9
Total		54	3618	709	19,6

Os domínios que mais apresentam diagnósticos, em ordem crescente, foram:

- O domínio 4 – Atividade / Repouso com um total de 10 diagnósticos avaliados.

- O domínio 9 - Enfrentamento/Tolerância ao Estresse com um total de oito diagnósticos avaliados.
- Os domínios 6 (Autopercepção) e 11 (Segurança/Proteção), ambos com um total de seis diagnósticos avaliados.
- O domínio 1 – Promoção da Saúde com um total de cinco diagnósticos avaliados.

As quatro classes que, proporcionalmente ao total de respostas por classe apresentam maior positividade foram:

- Classe 1 – Crenças, inserida no domínio 10 – Princípios de Vida com 50,7% (34/67) de respostas positivas.
- Classe 1 – Sono Repouso, inserida no domínio 4 – Atividade/Repouso com 29,9% (20/67) de respostas positivas.
- Classe 1 – Conforto Físico, inserida no domínio 12 – Conforto com 28,4% (19/67) de respostas positivas.
- Classe 1 – Lesão Física no domínio 11 – Segurança/Proteção com 27,1% (109/402) de respostas positivas.

É interessante observar que das 22 classes existentes, a classe 1 – controle da Saúde inserida no domínio 1 e também a classe 1 – Lesão Física inserida no domínio 11 – Segurança/Proteção 100,0% dos pacientes confirmaram pelo menos um dos seus diagnósticos.

A tabela a seguir apresenta a distribuição dos diagnósticos de enfermagem dos 67 pacientes do estudo, formulados a partir da análise dos instrumentos, de acordo com os domínios e suas respectivas classes

Tabela 4 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem e seus respectivos domínios e classes, Fortaleza, 2004.

Domínio	Classe	Diagnóstico	n	%
1- Promoção da Saúde	1- Controle da Saúde	Controle eficaz do regime terapêutico	10	14,9
		Controle ineficaz do regime terapêutico	57	85,1
		Controle familiar ineficaz do regime terapêutico	6	9,0
		Comportamento de busca de saúde	2	3,0
		Manutenção do lar prejudicado	3	4,5
2-Nutrição	1 - Ingestão	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	29	43,3
		Deglutição prejudicada	1	1,5
		Risco para nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	1	1,5
3-Eliminação	1 - Sistema Urinário	Incontinência urinária por pressão	2	3,0
	2 - Sistema Gastro-Intestinal	Constipação	19	28,4
		Risco para constipação	1	1,5
4 - Atividade / Repouso	1 - Sono Repouso	Padrão de sono perturbado	20	29,9
		Andar prejudicado	12	17,9
	2 - Atividade/ Exercícios	Mobilidade física prejudicada	10	14,9
		Atividade de recreação deficiente	9	13,4
		Déficit no autocuidado para alimentação	1	1,5
		Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	3	4,5
		Déficit no autocuidado para banho/higiene	2	3,0
		Déficit no autocuidado para higiene íntima	1	1,5
	4 -Respostas Cardiovasculares / Pulmonares	Intolerância a atividade	15	22,4
		Perfusão tissular ineficaz	1	1,5
5 - Percepção / Cognição	1 - Sensação/Percepção	Percepção sensorial perturbada	7	10,4
	2 - Cognição	Conhecimento deficiente	14	20,9
6 - Auto-percepção	1 - Autoconceito	Desesperança	4	6,0
		Impotência	3	4,5
		Risco para solidão	1	1,5
	2 - Auto-estima	Baixa auto-estima situacional	4	6,0
		Baixa auto-estima crônica	3	4,5
	3 - Imagem Corporal	Imagem corporal perturbada	1	1,5
7 - Relacionamento de Papel	1 - Papéis do Cuidador	Tensão devido ao papel de cuidador	3	4,5
		2 - Relações Familiares	Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	10
	Processos familiares interrompidos		7	10,4
	3 - Desempenho de Papel		Interação social prejudicada	7
		Desempenho de papel ineficaz	1	1,5
8 - Sexualidade	1 - Função Sexual	Disfunção sexual	24	35,8
		Padrão de sexualidade ineficaz	7	10,4
9 - Enfrentamento / Tolerância ao Estress	1 - Resposta de Enfrentamento	Sentimento de pesar disfuncional	6	9,0
		Ansiedade	5	7,5
		Enfrentamento familiar comprometido	4	6,0
		Adaptação prejudicada	4	6,0
		Tristeza crônica	2	3,0
		Enfrentamento ineficaz	2	3,0
		Enfrentamento familiar incapacitado	2	3,0
		Sentimento de pesar antecipado	1	1,5
10 - Princípios de Vida	1 - Crenças	Disposição para bem-estar espiritual aumentado	34	50,7
	2 - Congruência entre Valores/Crenças/Ações	Desobediência	2	3,0
11 - Segurança / Proteção	1 - Lesão Física	Dentição prejudicada	66	98,5
		Risco para quedas	39	58,2
		Risco para trauma	1	1,5
		Risco para aspração	1	1,5
		Risco para sufocação	1	1,5
		Integridade da pele prejudicada	1	1,5
12 - Conforto	1 - Conforto Físico	Dor crônica	19	28,4
	2 - Conforto Social	Isolamento social	1	1,5

Em relação aos diagnósticos, encontramos um total de 54 diagnósticos, com uma média de sete diagnósticos por paciente. A maioria dos pacientes apresentou diagnóstico em mais de um domínio e 100,0% dos pacientes confirmaram pelo menos um dos diagnósticos sendo, em ordem decrescente, os quatro mais frequentes:

- O diagnóstico Dentição Prejudicada inserida no domínio 11 – Segurança/Proteção e Classe 1 - Lesão Física com 98,5% (66/67) de ocorrência.
- O diagnóstico Controle ineficaz do regime terapêutico inserido no Domínio 1 – Promoção da Saúde e Classe 1 – Controle da Saúde com 85,1% (57/67) de ocorrência.
- O diagnóstico Risco para quedas inserida no Domínio 11 – Segurança/Proteção e Classe 1 – Controle da Saúde com 58,2% (39/67) de ocorrência.
- O diagnóstico Disposição para bem-estar espiritual aumentado inserida no Domínio 10 – Princípios de Vida e Classe 1 – Crenças com 50,7% (34/67) de ocorrência.

Conforme descrito no percurso metodológico, para esse estudo foram explorados os diagnósticos cuja frequência encontrava-se acima do percentil 75. Esse percentil incorporou 15 diagnósticos, representando 26,78% do total de diagnósticos encontrados.

Os diagnósticos que se apresentaram acima do percentil 75 estão na tabela a seguir.

Tabela 5: Diagnósticos de Enfermagem que apresentaram percentil > 75, Fortaleza, 2004.

Domínio	Classe	Diagnóstico	n	%
1 Promoção da saúde	1- Controle da Saúde	Controle eficaz do regime terapêutico	10	14,9
		Controle ineficaz do regime terapêutico	57	85,1
2 Nutrição	1 - Ingestão	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	29	43,3
3 Eliminação	2-Sistema Gastro-Intestinal	Constipação	19	28,4
4 Atividade/ Repouso	1 - Sono Repouso	Padrão de sono perturbado	20	29,9
	2 – Atividade / Exercícios	Andar prejudicado	12	17,9
		Mobilidade física prejudicada	10	14,9
	4-Respostas Cardiovasculares / Pulmonares	Intolerância a atividade	15	22,4
5 Percepção/ Cognição	2 - Cognição	Conhecimento deficiente	14	20,9
7 Relacionamento de Papel	2 - Relações Familiares	Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	10	14,9
8 Sexualidade	1 - Função Sexual	Disfunção sexual	24	35,8
10 Princípios de Vida	1 - Crenças	Disposição para bem-estar espiritual aumentado	34	50,7
11 Segurança/ Proteção	1 - Lesão Física	Dentição prejudicada	66	98,5
		Risco para quedas	39	58,2
12 Conforto	1 - Conforto Físico	Dor crônica	19	28,4

De acordo com os diagnósticos situados acima do percentil 75, percebemos a presença de diagnósticos pertencentes a 10 dos 12 domínios investigados. Os domínios que não apresentaram diagnósticos acima do percentil 75 foram o 6 (Autopercepção) e 9 (Enfrentamento/Tolerância ao Estresse).

O domínio com maior número de diagnósticos foi o 4 (Atividade/repouso), com a presença de quatro diagnósticos, seguido dos domínios 1 (Promoção da saúde) e 11 (Segurança/Proteção), com a presença de dois diagnósticos cada. Todos os demais domínios apresentaram apenas um diagnóstico.

Tabela 6: Controle ineficaz do regime terapêutico de acordo com variáveis sócioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.

	Controle ineficaz do regime terapêutico			p	OR	IC 95%
	Não	Sim	Total			
Sexo						
Feminino	8	41	49	0,717 ⁽¹⁾		
Masculino	2	16	18			
Total	10	57	67			
Faixa etária						
39 a 50	4	8	12	0,306 ⁽²⁾		
51 a 60	3	20	23			
61 a 70	2	16	18			
71 a 89	1	13	14			
Total	10	57	67			
Estado civil						
Solteiro	3	15	18	1,000 ⁽¹⁾		
Casado	7	40	47			
Total	10	55	65			
Escolaridade						
Analfabeto	2	17	19	0,714 ⁽²⁾		
Fundamental incompleto	6	32	38			
Fundamental ou Médio completo	2	7	9			
Total	10	56	66			
Religião						
Católica	10	45	55	0,188 ⁽¹⁾		
Outras		12	12			
Total	10	57	67			
Ocupação						
Aposentado	2	9	11	0,584 ⁽²⁾		
Do Lar	4	32	36			
Outros	2	6	8			
Total	8	47	55			
Renda Familiar (SM)						
≤ 1 sm	1	17	18	0,094 ⁽²⁾	7,279	0,782 a 67,791
1 --- 2 sm	6	14	20		1,000	
> 2	3	23	26		3,286	0,707 a 15,279
Total	10	54	64			
Tempo de diagnóstico (anos)						
1 a 5	6	24	30	0,569 ⁽²⁾		
6 a 10	2	15	17			
≥ 11	2	18	20			
Total	10	57	67			
IMC						
Normal	2	8	10	0,003 ⁽²⁾	0,594	0,103 a 3,437
Sobrepeso	8	19	27		1,000	
Obeso	0	25	25		Não possível de ser calculado	
Total	10	52	62			

(1)= Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

NANDA (2002) define o diagnóstico de enfermagem Controle ineficaz do regime terapêutico como “padrão de regulação e integração na vida diária de um programa de tratamento de doenças e de seqüelas de doenças que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde” (p. 77).

Esse diagnóstico foi encontrado em 57 pacientes, que equivale a 85% dos entrevistados, sendo presente em 71,9% do sexo feminino e 28,1% do sexo masculino.

A faixa etária mais acometida foi de 51 a 70 anos (63,3%). Em relação à escolaridade, 30,4% eram analfabetos e 57,1% tinham apenas o fundamental incompleto. De acordo com o estado civil, 72,7% eram casados.

Com relação ao tempo de diagnóstico da doença, encontrou-se o Controle ineficaz do regime terapêutico mais presente entre pessoas com um a cinco anos de diagnóstico (42,1%), seguido de seis a dez anos (26,3%) e 31,6% nos que apresentavam mais de 11 anos de diagnóstico da doença. Vale mencionar que, o tempo de diagnóstico da doença também coincide com o tempo de tratamento da mesma, pois observamos que o tratamento da hipertensão arterial, nesses pacientes, começou logo após o diagnóstico médico da doença.

Em relação à religião, 78,9% dos pacientes que apresentaram esse diagnóstico eram católicos e 21,1% eram evangélicos (ou não católicos).

De acordo com a renda familiar, 31,5% tinham renda de até um salário mínimo, 25,9% de um a dois salários e 42,5% com mais de dois salários mínimos.

Em relação à ocupação, 68% dos que apresentaram o diagnóstico de Controle ineficaz do regime terapêutico, eram do lar. Lembramos que foi grande o número de mulheres, donas de casa, que apresentaram o diagnóstico. Em relação ao Índice de Massa Corporal, 48% eram obesos e 36,5% tinham sobrepeso.

Quando se analise a associação entre Controle ineficaz do regime terapêutico e as variáveis consideradas, notamos associação com o IMC, com $p = 0,003$, e indicativos de associação com a renda ($p = 0,094$).

No grupo de pacientes com IMC normal, 80,0% (8/10) afirmam ter Controle ineficaz do regime terapêutico enquanto que, no grupo com sobrepeso esse percentual é de 70,4% (19/27) e no grupo obeso 100,0% (25/25). Ainda, pela tabela anterior, quando comparamos o grupo de IMC normal 80,0% (8/10) com o grupo de sobrepeso, 70,4% (19/27) notamos que, a chance de um paciente com IMC normal apresentar Controle ineficaz

do regime terapêutico é igual a 0,594 vezes a chance dos que possuem IMC com sobrepeso. Embora observando o IC com 95% de confiança, para $p = 5\%$, segundo os dados obtidos, nada nos leva a crer que a chance de um paciente com IMC normal ter Controle ineficaz do regime terapêutico difere da chance dos que possuem IMC com sobrepeso.

abela 7: Controle eficaz do regime terapêutico de acordo com variáveis sócioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.

	Controle eficaz do regime terapêutico			p	OR	IC 95%	
	Não	Sim	Total				
Sexo							
Feminino	41	8	49	0,717 ⁽¹⁾			
Masculino	16	2	18				
Total	57	10	67				
Idade							
39 a 50	8	4	12	0,306 ⁽²⁾			
51 a 60	20	3	23				
61 a 70	16	2	18				
71 a 89	13	1	14				
Total	57	10	67				
Estado civil							
Solteiro	15	3	18	1,000 ⁽¹⁾			
Casado	40	7	47				
Total	55	10	65				
Escolaridade							
Analfabeto	17	2	19	0,714 ⁽²⁾			
Fundamental incompleto	32	6	38				
Fundamental ou Médio completo	7	2	9				
Total	56	10	66				
Religião							
Católica	45	10	55	0,188 ⁽¹⁾			
Outras	12		12				
Total	57	10	67				
Ocupação							
Aposentado	9	2	11	0,584 ⁽²⁾			
Do Lar	32	4	36				
Outros	6	2	8				
Total	47	8	55				
Renda							
≤ 1 sm	17	1	18	0,094 ⁽²⁾	1,000	0,782 a 67,791	
1 --- 2 sm	14	6	20		7,279		
> 2 sm	23	3	26		2,216		0,212 a 23,178
Total	54	10	64				
Tempo de diagnóstico (anos)							
1 a 5	24	6	30	0,569 ⁽²⁾			
6 a 10	15	2	17				
≥ 11	18	2	20				
Total	57	10	67				
IMC							
Normal	8	2	10	0,003 ⁽²⁾	0,594	0,103 a 3,427	
Sobrepeso	19	8	27		1,000		
Obeso	25		25		Não possível de ser calculado		
Total	52	10	62				

)= Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

O Controle eficaz do regime terapêutico é definido como o “padrão de regulação e integração à vida diária de um programa de tratamento de doenças e de suas seqüelas que é satisfatório para atingir objetivos específicos de saúde” (NANDA, 2002, p.75).

Pela tabela anterior no diagnóstico Controle eficaz do regime terapêutico, observamos um total de dez pacientes cujas características são: 80,0% (8/10) do sexo feminino, a faixa etária mais freqüente variou de 39 a 50 anos (40%), enquanto a escolaridade mais prevalente é o ensino fundamental incompleto com 60,0% (6/10); o estado civil casado com 70,0% (7/10) dos pacientes, 100,0% dos pacientes são da religião católica, 50,0% possuem ocupação do lar, 60% possuem uma renda superior a um salário mínimo e no máximo dois salários mínimos, 60,0% dos pacientes possuem de um a cinco anos de diagnóstico.

Com relação ao IMC, mesmo com Controle eficaz do regime terapêutico, nenhum dos pacientes era obeso, mas 80,0% possuíam sobrepeso. Mesmo assim, resolvemos classificá-los como pacientes que apresentavam bom controle do regime terapêutico usando alguns parâmetros, tais como: apresentarem valores da pressão arterial dentro do limite de normalidade; referirem ter consciência das complicações que a elevação de peso poderia causar para sua saúde e estarem em controle alimentar. Apresentaram, também, como características definidoras a escolha apropriada de atividades diárias para atingir objetivos de um programa de tratamento e o desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de seqüelas.

Quando analisamos a associação entre Controle eficaz do regime terapêutico e os fatores sócioeconômicos considerados, encontramos associação com o IMC, $p = 0,003$, e indicativos de associação com a renda, $p = 0,094$.

No grupo de pacientes com IMC normal, 20,0% (2/10) apresentaram Controle eficaz do regime terapêutico enquanto que, no grupo com sobrepeso esse percentual é de 29,6% (8/27) e no grupo obeso 0,0% (0/25). Ainda, a chance de um paciente com IMC normal ter o diagnóstico de Controle eficaz do regime terapêutico é igual a 0,594 vezes a chance dos que possuem IMC com sobrepeso (diminui em 0,406 vezes). No entanto, observando o IC com 95% de confiança, para $p = 5\%$, não podemos afirmar que a chance de um paciente com IMC normal ter Controle eficaz do regime terapêutico difere da chance dos que possuem IMC com sobrepeso:

Tabela 8: Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais de acordo com variáveis sócioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.

	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais			p	OR	IC 95%
	Não	Sim	Total			
Sexo						
Feminino	30	19	49	0,271 ⁽¹⁾		
Masculino	8	10	18			
Total	38	29	67			
Idade						
39 a 50	8	4	12	0,846 ⁽³⁾		
51 a 60	13	10	23			
61 a 70	9	9	18			
71 a 89	8	6	14			
Total	38	29	67			
Estado civil						
Solteiro	9	9	18	0,579 ⁽¹⁾		
Casado	28	19	47			
Total	37	28	65			
Escolaridade						
Analfabeto	8	11	19	0,330 ⁽²⁾		
Fundamental incompleto	23	15	38			
Fundamental ou Médio completo	6	3	9			
Total	37	29	66			
Religião						
Católica	31	24	55	1,000 ⁽¹⁾		
Outras	7	5	12			
Total	38	29	67			
Ocupação						
Aposentado	5	6	11	0,746 ⁽²⁾		
Do Lar	20	16	36			
Outros	5	3	8			
Total	30	25	55			
Renda						
≤ 1 sm	9	9	18	0,444 ⁽³⁾		
1 --- 2 sm	14	6	20			
> 2	15	11	26			
Total	38	26	64			
Tempo de diagnóstico (anos)						
1 a 5	17	13	30	0,911 ⁽³⁾		
6 a 10	9	8	17			
≥ 11	12	8	20			
Total	38	29	67			
IMC						
Normal	10	0	10	<0,001 ⁽²⁾	Não possível de ser calculado 1,000	259,997 a 3528,756
Sobrepeso	25	2	27			
Obeso	1	24	25			
Total	36	26	62			

1) = Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

Este diagnóstico é aceito desde 1975, sendo anteriormente identificado como Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais. Tem como definição a ingestão de nutrientes que excede às necessidades metabólicas (NANDA, 2002, p.161) e foi encontrado em 29 pacientes.

Destes, 65,5% eram do sexo feminino. Os pacientes casados (67,9%) foram os que mais apresentaram o diagnóstico Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, com faixa etária (65,5%) de 51 a 70 anos.

A escolaridade mais predominante foi a fundamental incompleta (51,7%), seguida de analfabetos (37,9%) e em relação à religião, houve predominância do catolicismo (82,8%).

Em relação à ocupação, 64% eram do lar, seguida de aposentados (24%), com renda familiar mensal de até dois salários mínimos (57,7%).

Em relação à variável tempo de diagnóstico da doença, percebemos que 44,8% dos pacientes com o diagnóstico Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, sabiam ter hipertensão arterial há cinco anos. De acordo com o índice de massa corporal, 92,3% eram obesos.

Quando analisamos a associação entre Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais e os fatores sócioeconômicos, notamos associação com o IMC, $p < 0,001$, isto é, a chance de um paciente obeso apresentar Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais é 299,997 vezes quando comparado aos pacientes do grupo com sobrepeso.

Tabela 9: Constipação de acordo com variáveis sócioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.

	Constipação			p
	Não	Sim	Total	
Sexo				
Feminino	33	16	49	0,237 ⁽¹⁾
Masculino	15	3	18	
Total	48	19	67	
Idade				
39 a 50	8	4	12	0,149 ⁽²⁾
51 a 60	20	3	23	
61 a 70	10	8	18	
71 a 89	10	4	14	
Total	48	19	67	
Estado civil				
Solteiro	12	6	18	0,548 ⁽¹⁾
Casado	35	12	47	
Total	47	18	65	
Escolaridade				
Analfabeto	14	5	19	0,413 ⁽²⁾
Fundamental incompleto	26	12	38	
Fundamental ou Médio completo	8	1	9	
Total	48	18	66	
Religião				
Católica	40	15	55	0,729 ⁽¹⁾
Outras	8	4	12	
Total	48	19	67	
Ocupação				
Aposentado	8	3	11	0,454 ⁽²⁾
Do Lar	24	12	36	
Outros	7	1	8	
Total	39	16	55	
Renda				
≤ 1 sm	14	4	18	0,622 ⁽³⁾
1 --- 2 sm	15	5	20	
> 2	17	9	26	
Total	46	18	64	
Tempo de diagnóstico (anos)				
1 a 5	24	6	30	0,149 ⁽²⁾
6 a 10	13	4	17	
≥ 11	11	9	20	
Total	48	19	67	
IMC				
Normal	6	4	10	0,708 ⁽²⁾
Sobrepeso	20	7	27	
Obeso	18	7	25	
Total	44	18	62	

(1)= Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

Este diagnóstico é definido, segundo a NANDA (2002, p. 69), como a diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes e/ou passagem de fezes excessivamente duras e secas.

Detectamos o diagnóstico Constipação em 19 pacientes, com as seguintes características: sexo feminino (84,2%); faixa de idade acima de 60 anos (63,3%); casados (66,7%) e católicos (78,9%).

Apresentavam nível de escolaridade fundamental incompleto (66,7%). Quanto ao tempo de diagnóstico, 52,7% tinham até dez anos de diagnóstico e índice de massa corporal correspondente a sobrepeso (38,9%) e obeso (38,9%).

Tinham como principal ocupação atividades do lar (75%) e apresentavam renda familiar de até dois salários mínimos (50%).

Pela tabela 9, segundo os dados observados, o diagnóstico de Constipação não se associa significativamente, $p > 0,05$, aos fatores sócioeconômicos observados.

Tabela 10: Intolerância à atividade de acordo com variáveis sócioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.

	Intolerância a atividade			p	OR	IC 95%
	Não	Sim	Total			
Sexo						
Feminino	38	11	49	1,000 ⁽¹⁾		
Masculino	14	4	18			
Total	52	15	67			
Idade						
39 a 50	12		12	0,054 ⁽²⁾	Não possível de ser calculado	
51 a 60	18	5	23		1,000	
61 a 70	13	5	18		1,385	0,331 a 5,787
71 a 89	9	5	14		2,000	0,457 a 8,746
Total	52	15	67			
Estado civil						
Solteiro	12	6	18	0,185 ⁽¹⁾		
Casado	39	8	47			
Total	51	14	65			
Escolaridade						
Analfabeto	10	9	19	0,002 ⁽²⁾	5,940	1,615 a 5,94
Fundamental incompleto	33	5	38		1,000	
Fundamental ou Médio completo	9		9		Não possível de ser calculado	
Total	52	14	66			
Religião						
Católica	43	12	55	1,000 ⁽¹⁾		
Outras	9	3	12			
Total	52	15	67			
Ocupação						
Aposentado	8	3	11	0,150 ⁽²⁾		
Do Lar	29	7	36			
Outros	8		8			
Total	45	10	55			
Renda						
≤ 1 sm	12	6	18	0,374 ⁽²⁾		
1 --- 2 sm	15	5	20			
> 2	22	4	26			
Total	49	15	64			
Tempo de diagnóstico (anos)						
1 a 5	24	6	30	0,035 ⁽²⁾	3,998	0,439 a 36,404
6 a 10	16	1	17		1,000	
≥ 11	12	8	20		10,660	1,171 a 97,078
Total	52	15	67			
IMC						
Normal	10		10	0,074 ⁽²⁾	Não possível de ser calculado	
Sobrepeso	20	7	27		1,108	0,315 a 3,901
Obeso	19	6	25		1,000	
Total	49	13	62			

1)= Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

Este diagnóstico é definido como a energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas (NANDA, 2002, p. 140).

Do total de pacientes hipertensos que fizeram parte do estudo, 15 apresentaram esse diagnóstico, sendo 73,3% do sexo feminino e todos se encontrando na faixa etária acima dos 50 anos, sendo 57% casados e 80% católicos.

Em relação à escolaridade, 64,3% eram analfabetos. O tempo de diagnóstico que mais predominou foi acima de 11 anos (53,3%), com sobrepeso (53,8%) e obeso (46%).

De acordo com a ocupação, 70% eram do lar e a renda familiar de 40% era de até um salário mínimo.

Em relação à idade, encontramos indícios de associação, $p=0,054$, com 100% dos pacientes que tinham idade entre 39 a 50 anos de idade e que não apresentaram o diagnóstico Intolerância à atividade. Não foram encontradas associações com as demais faixas e usando como proteção a faixa etária de 51 a 60 anos. Os pacientes com idade entre 61 a 70 anos apresentaram 1,385 vezes mais chances de apresentar Intolerância à atividade e os que estavam na faixa etária de 71 a 85 apresentavam duas vezes mais chances, quando comparados com os que se encontravam na faixa etária de 51 a 60 anos. No entanto, observando o IC de 95% de confiança ($p=5\%$), não podemos afirmar que a chance de um paciente que estava na faixa etária de 61 a 70 e de 71 a 89 ter Intolerância à atividade difere da faixa etária de 51 a 60 anos.

Existe associação entre Intolerância à atividade e anos de diagnóstico de hipertensão arterial ($p=0,035$), sendo que os pacientes com mais de 11 anos de diagnóstico de doença apresentam 10,66 vezes mais chances do que os que se encontram na faixa de 6 a 10 anos. E com relação à escolaridade ($p=0,002$), os analfabetos apresentaram 5,940 vezes mais chances de apresentarem Intolerância à atividade do que os de fundamental incompleto.

Tabela 11: Padrão de sono perturbado de acordo com variáveis sócioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.

	Padrão de sono perturbado			p	OR	IC 95%
	Não	Sim	Total			
Sexo						
Feminino	33	16	49	0,551 ⁽¹⁾		
Masculino	14	4	18			
Total	47	20	67			
Idade						
39 a 50	9	3	12	0,940 ⁽²⁾		
51 a 60	16	7	23			
61 a 70	13	5	18			
71 a 89	9	5	14			
Total	47	20	67			
Estado civil						
Solteiro	7	11	18	0,002 ⁽¹⁾	6,635 1,000	2,010 a 21,899
Casado	38	9	47			
Total	45	20	65			
Escolaridade						
Analfabeto	13	6	19	0,338 ⁽²⁾		
Fundamental incompleto	25	13	38			
Fundamental ou Médio completo	8	1	9			
Total	46	20	66			
Religião						
Católica	40	15	55	0,323 ⁽¹⁾		
Outras	7	5	12			
Total	47	20	67			
Ocupação						
Aposentado	7	4	11	0,458 ⁽²⁾		
Do Lar	25	11	36			
Outros	7	1	8			
Total	39	16	55			
Renda						
≤ 1 sm	10	8	18	0,187 ⁽³⁾		
1 --- 2 sm	16	4	20			
> 2	20	6	26			
Total	46	18	64			
Tempo de diagnóstico (anos)						
1 a 5	22	8	30	0,819 ⁽³⁾		
6 a 10	12	5	17			
≥ 11	13	7	20			
Total	47	20	67			
IMC						
Normal	8	2	10	0,714 ⁽²⁾		
Sobrepeso	18	9	27			
Obeso	18	7	25			
Total	44	18	62			

1) = Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

NANDA (2002) define Padrão de sono perturbado como um distúrbio com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono – suspensão natural, periódica da consciência (p.164).

Encontramos esse diagnóstico em 20 pacientes, dos quais 80% eram do sexo feminino.

Em relação ao estado civil, 55% eram solteiros, 50% encontravam-se na faixa etária acima de 60 anos, 75% eram católicos, 65% tinham escolaridade fundamental incompleta.

Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, encontramos 65% na faixa de um a dez anos de diagnóstico e tinham como ocupação atividades do lar (68,8%), com renda familiar de até um salário mínimo (44,4%).

Em relação ao Índice de Massa Corporal, encontramos sobrepeso em 50%.

Pela tabela anterior observamos associação entre a variável estado civil e o diagnóstico Padrão de sono perturbado, $p=0,002$, isto é, os pacientes solteiros, 61,1% (11/18) têm padrão de sono perturbado enquanto que nos casados esse percentual é de 19,1% (9/47). Ainda, a chance de um paciente solteiro ter o diagnóstico Padrão de sono perturbado é 6,635 vezes mais que o paciente do grupo de casados, isto é, aumenta em 5,635 vezes.

Tabela 12 : Andar prejudicado de acordo com variáveis sócioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.

	Andar prejudicado			p	OR	IC 95%
	Não	Sim	Total			
Sexo						
Feminino	42	7	49	0,281 ⁽¹⁾		
Masculino	13	5	18			
Total	55	12	67			
Idade						
39 a 50	11	1	12	0,481 ⁽²⁾		
51 a 60	20	3	23			
61 a 70	13	5	18			
71 a 89	11	3	14			
Total	55	12	67			
Estado civil						
Solteiro	14	4	18	0,724 ⁽¹⁾		
Casado	39	8	47			
Total	53	12	65			
Escolaridade						
Analfabeto	14	5	19	0,112 ⁽²⁾		
Fundamental incompleto	31	7	38			
Fundamental ou Médio completo	9		9			
Total	54	12	66			
Religião						
Católica	44	11	55	0,678 ⁽¹⁾		
Outras	11	1	12			
Total	55	12	67			
Ocupação						
Aposentado	7	4	11	0,260 ⁽²⁾		
Do Lar	31	5	36			
Outros	7	1	8			
Total	45	10	55			
Renda						
≤ 1 sm	14	4	18	0,846 ⁽²⁾		
1 --- 2 sm	17	3	20			
> 2	21	5	26			
Total	52	12	64			
Tempo de diagnóstico (anos)						
1 a 5	24	6	30	0,901 ⁽²⁾		
6 a 10	14	3	17			
≥ 11	17	3	20			
Total	55	12	67			
IMC						
Normal	10		10	0,043 ⁽²⁾	Não possível de ser calculado	
Sobrepeso	24	3	27		1,000	0,705 a 13,724
Obeso	18	7	25		3,111	
Total	52	10	62			

(1)= Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

O diagnóstico Andar prejudicado existe desde 1998, tendo como definição a limitação ao movimento independente, a pé, pelo ambiente (NANDA, 2002, p. 33).

Foi encontrado em 12 pacientes, sendo a maior parte mulheres (58,3%). A faixa etária acometida encontrava-se acima de 50 anos (91,7%) e com escolaridade fundamental incompleta (58,3%).

Em relação ao estado civil, houve predominância de casadas (66,7%) e do grupo religioso dos católicos (91,7%).

Quanto à ocupação, 50% eram do lar e 40% aposentados e 58,3 % recebiam até dois salários mínimos.

Quanto ao tempo de diagnóstico, o maior número de pessoas encontrava-se na faixa de até dez anos de diagnóstico (75%). 70% dos pacientes que apresentavam o diagnóstico Andar prejudicado tinham IMC na classificação obeso.

Foram feitos testes de associação entre Andar prejudicado e as variáveis, encontrando-se associações apenas com o índice de massa corporal ($p=0,043$). Destacamos que 100% dos pacientes com IMC normal não apresentarem Andar prejudicado. Quando comparamos a razão de chance com intervalo de confiança a 95% (0,315 a 3,901) encontramos que a chance de um paciente obeso ter Andar prejudicado é a mesma que os dos pacientes com sobrepeso.

Tabela 13: Mobilidade física prejudicada de acordo com variáveis sócioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.

	Mobilidade física prejudicada			p
	Não	Sim	Total	
Sexo				
Feminino	44	5	49	0,117 ⁽¹⁾
Masculino	13	5	18	
Total	57	10	67	
Idade				
39 a 50	11	1	12	0,747 ⁽²⁾
51 a 60	19	4	23	
61 a 70	16	2	18	
71 a 89	11	3	14	
Total	57	10	67	
Estado civil				
Solteiro	16	2	18	0,713 ⁽¹⁾
Casado	39	8	47	
Total	55	10	65	
Escolaridade				
Analfabeto	17	2	19	0,680 ⁽²⁾
Fundamental incompleto	31	7	38	
Fundamental ou Médio completo	8	1	9	
Total	56	10	66	
Religião				
Católica	46	9	55	0,676 ⁽¹⁾
Outras	11	1	12	
Total	57	10	67	
Ocupação				
Aposentado	8	3	11	0,452 ⁽²⁾
Do Lar	32	4	36	
Outros	7	1	8	
Total	47	8	55	
Renda				
≤ 1 sm	15	3	18	0,672 ⁽²⁾
1 --- 2 sm	18	2	20	
> 2	21	5	26	
Total	54	10	64	
Tempo de diagnóstico (anos)				
1 a 5	25	5	30	0,229 ⁽²⁾
6 a 10	13	4	17	
≥ 11	19	1	20	
Total	57	10	67	
IMC				
Normal	10		10	0,148 ⁽²⁾
Sobrepeso	24	3	27	
Obeso	20	5	25	
Total	54	8	62	

(1)= Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança, (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

Este diagnóstico encontra-se no domínio 4 (Atividade/Repouso) e se define como a limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades, existindo desde 1973 (NANDA, 2002, p. 155). Foi formulado para dez dos pacientes que participaram do estudo.

Quanto à variável sexo, a mobilidade física prejudicada teve a mesma frequência nos dois sexos (50%), com idades acima de 50 anos (90%) e escolaridade fundamental incompleta (70%), 80% dos pacientes eram casados e 90% tinham como religião o catolicismo.

Em relação ao tempo de diagnóstico da doença, 50% tinham até cinco anos e 40% de seis a dez anos.

A ocupação predominante foi a do lar (50%), seguida de aposentado (37,5%). A renda familiar mais relatada foi acima de dois salários mínimos (50%) e em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), 62,5% eram obesos.

Não observamos nenhuma associação entre este diagnóstico e as variáveis estudadas.

Tabela 14: Conhecimento deficiente de acordo com variáveis sócioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.

	Conhecimento deficiente			p	OR	IC 95%	
	Não	Sim	Total				
Sexo							
Feminino	41	8	49	0,176 ⁽¹⁾			
Masculino	12	6	18				
Total	53	14	67				
Idade							
39 a 50	12		12	0,015 ⁽²⁾	Não possível de ser calculado	1,000	0,522 a 12,606
51 a 60	20	3	23				
61 a 70	13	5	18				
71 a 89	8	6	14				
Total	53	14	67				
Estado civil							
Solteiro	12	6	18	0,185 ⁽¹⁾			
Casado	39	8	47				
Total	51	14	65				
Escolaridade							
Analfabeto	12	7	19	0,130 ⁽²⁾			
Fundamental incompleto	33	5	38				
Fundamental ou Médio completo	7	2	9				
Total	52	14	66				
Religião							
Católica	46	9	55	0,109 ⁽¹⁾			
Outras	7	5	12				
Total	53	14	67				
Ocupação							
Aposentado	8	3	11	0,580 ⁽²⁾			
Do Lar	31	5	36				
Outros	7	1	8				
Total	46	9	55				
Renda							
≤ 1 sm	12	6	18	0,199 ⁽²⁾			
1 --- 2 sm	18	2	20				
> 2	21	5	26				
Total	51	13	64				
Tempo de diagnóstico (anos)							
1 a 5	24	6	30	0,076 ⁽²⁾	3,998	0,439	36,404
6 a 10	16	1	17				
≥ 11	13	7	20				
Total	53	14	67				
IMC							
Normal	8	2	10	0,701 ⁽²⁾			
Sobrepeso	23	4	27				
Obeso	19	6	25				
Total	50	12	62				

(1)= Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

O conhecimento deficiente é um diagnóstico que apareceu em 14 pacientes. Este diagnóstico está no domínio 5 (Percepção/cognição) e tem relação com a cognição, referindo-se ao uso da memória, aprendizagem, pensamento, resolução de problemas, abstração, julgamento, discernimento, capacidade intelectual, cálculo e linguagem.

Tem, como conceito a ausência ou dificuldade de informação cognitiva relacionada a um tópico específico (NANDA,2002). Envolve a compreensão adequada de uma informação e compreende as variáveis de conhecimento, aprendizagem e o processo de pensamento (CUNHA, 1999).

Tivemos uma presença maior desse diagnóstico na população feminina (57,1%) em relação à masculina (42,9%).

A faixa etária foi de pessoas acima de 60 anos (78,6%). Esse fato se justifica porque o avançar da idade tem como consequência algumas perdas ou diminuições na função cognitiva, como esquecimento, e prejuízo na memória entre outros, contribuindo para a presença desse diagnóstico. Estas perdas confirmam-se nos fatores relacionados mais presentes, que foram a interpretação errônea de informação, a limitação cognitiva e a falta de interesse em aprender.

Em relação à escolaridade, 50% eram analfabetos e 35,7% frequentaram o ensino fundamental incompleto.

Em relação ao estado civil, 57,1% eram casados e com tempo de diagnóstico com mais de 11 anos de diagnóstico (50%), seguida daquelas de até cinco anos (42,9%). Em relação à religião, 64,3% eram católicos, destacando-se que foi a mais presente em todo o estudo.

Os entrevistados que tinham renda de até um salário mínimo foram os mais prevalentes, com um total de 46,2%. Aqueles com ocupação do lar (55,6%) foram os que mais apresentaram este diagnóstico.

Quanto ao IMC, 50% eram obesos e 33,3% tinham sobrepeso.

Observamos associação do diagnóstico Conhecimento deficiente com a variável idade, com $p=0,015$. Os pacientes que se encontravam na faixa etária de 61 a 70 anos tinham 2,564 vezes mais chances de desenvolverem o conhecimento deficiente em relação aos da faixa etária de 51 a 60 anos. Já os que estavam na faixa etária de 71 a 89 anos apresentavam

cinco vezes mais chances de desenvolverem este diagnóstico quando comparados com a faixa etária de 51 a 60 anos.

Tabela 15: Processos familiares disfuncionais: alcoolismo de acordo com variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.

	Processos familiares disfuncionais: alcoolismo			p	OR	IC 95%
	Não	Sim	Total			
Sexo						
Feminino	40	9	49	0,267 ⁽¹⁾		
Masculino	17	1	18			
Total	57	10	67			
Idade						
39 a 50	7	5	12	0,078 ⁽²⁾	9,284	0,899 a 95,926
51 a 60	21	2	23		1,238	0,102 a 15,051
61 a 70	16	2	18		1,625	0,132 a 19,981
71 a 89	13	1	14		1,000	
Total	57	10	67			
Estado civil						
Solteiro	14	4	18	0,248 ⁽¹⁾		
Casado	42	5	47			
Total	56	9	65			
Escolaridade						
Analfabeto	17	2	19	0,316 ⁽²⁾		
Fundamental incompleto	33	5	38			
Fundamental ou Médio completo	6	3	9			
Total	56	10	66			
Religião						
Católica	45	10	55	0,188 ⁽¹⁾		
Outras	12		12			
Total	57	10	67			
Ocupação						
Aposentado	10	1	11	0,662 ⁽²⁾		
Do Lar	29	7	36			
Outros	7	1	8			
Total	46	9	55			
Renda						
≤ 1 sm	14	4	18	0,519 ⁽²⁾		
1 --- 2 sm	18	2	20			
> 2	23	3	26			
Total	55	9	64			
Tempo de diagnóstico (anos)						
1 a 5	23	7	30	0,196 ⁽²⁾		
6 a 10	16	1	17			
≥ 11	18	2	20			
Total	57	10	67			
IMC						
Normal	9	1	10	0,314 ⁽²⁾		
Sobrepeso	21	6	27			
Obeso	23	2	25			
Total	53	9	62			

(1)= Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

Este diagnóstico existe desde 1994 e é definido como sendo a desorganização crônica das funções psicossociais, espirituais e fisiológicas da unidade familiar, levando ao conflito, à negação de problemas, à resistência a mudanças, à resolução ineficaz de problemas e a uma série de crises autoperpetuadas (NANDA, 2002).

O causador do transtorno familiar (alcooolismo) podia ser o paciente portador de hipertensão ou um membro da família. No estudo realizado, apenas um paciente era o próprio usuário de álcool. Todos os demais eram um dos membros da família, normalmente filho ou esposo da pessoa entrevistada. Este diagnóstico foi presente em dez dos pacientes pesquisados.

- Em relação ao sexo, 90% das pessoas com o diagnóstico Processos familiares disfuncionais: alcooolismo eram mulheres. A faixa etária mais presente foi a de até 50 anos (50%). A escolaridade que mais predominou foi a fundamental incompleta, com 50%.

Em relação ao estado civil, houve uma predominância de 55,6% da população casada e 70% tinham até cinco anos de diagnóstico de hipertensão e 100% eram católicos. De acordo com a renda familiar, 66,6 % recebiam até dois salários mínimos

A ocupação que mais predominou foi a do lar, com 77,8% e o IMC mostrou que 66,7% tinham sobrepeso.

Ao associarmos o diagnóstico Processos familiares disfuncionais: alcooolismo com as variáveis socioeconômicas não encontramos fortes associações.

Tabela 16: Disfunção sexual de acordo com variáveis sócioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa, Fortaleza, 2004.

	Disfunção sexual			p	OR	IC 95%	
	Não	Sim	Total				
Sexo							
Feminino	36	13	49	0,020 ⁽¹⁾	1,000 4,352	1,391 a	13,610
Masculino	7	11	18				
Total	43	24	67				
Idade							
39 a 50	5	7	12	0,212 ⁽²⁾			
51 a 60	14	9	23				
61 a 70	14	4	18				
71 a 89	10	4	14				
Total	43	24	67				
Estado civil							
Solteiro	14	4	18	0,159 ⁽¹⁾			
Casado	27	20	47				
Total	41	24	65				
Escolaridade							
Analfabeto	16	3	19	0,026 ⁽²⁾	1,000 3,110 10,664	0,768 a	12,589 68,161
Fundamental incompleto	24	14	38				
Fundamental ou Médio completo	3	6	9				
Total	43	23	66				
Religião							
Católica	32	23	55	0,054 ⁽¹⁾	7,906 1,000	0,953 a	65,604
Outras	11	1	12				
Total	43	24	67				
Ocupação							
Aposentado	5	6	11	0,185 ⁽²⁾			
Do Lar	27	9	36				
Outros	6	2	8				
Total	38	17	55				
Renda							
≤ 1 sm	12	6	18	0,486 ⁽²⁾			
1 --- 2 sm	14	6	20				
> 2	14	12	26				
Total	40	24	64				
Tempo de diagnóstico (anos)							
1 a 5	16	14	30	0,121 ⁽²⁾			
6 a 10	14	3	17				
≥ 11	13	7	20				
Total	43	24	67				
IMC							
Normal	7	3	10	0,284 ⁽²⁾			
Sobrepeso	14	13	27				
Obeso	18	7	25				
Total	39	23	62				

1) = Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

NANDA (2002) define disfunção sexual como a mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada.

Este diagnóstico apareceu em 24 pacientes, dos quais 54,2% eram do sexo feminino.

Em relação à faixa etária, 37,5% encontravam-se entre 51 a 60 anos e 29% na faixa etária entre 35 a 50 anos. Contrariamente, no estudo feito por Cunha (1999), o diagnóstico foi prevalente na faixa etária de 50 a 59 anos. A autora comenta que não existe indicação precisa de que essa disfunção possa ocorrer sempre após esta idade, pois existem relatos de vida sexual ativa em idades mais elevadas.

Em relação à escolaridade, 60,9% tinham instrução fundamental incompleta. Em relação ao estado civil, 83,3% eram casados; 95,8% eram católicos e 50% tinham renda familiar de até dois salários mínimos. Em relação ao tempo de diagnóstico da doença, 58,3% tinham até cinco anos. Apresentavam 56,5% de sobrepesos e 30,4% de obesos. A ocupação que mais prevaleceu foi do lar com 52,9%, seguida de aposentado, com 35%.

Em relação ao diagnóstico disfunção sexual e as variáveis, encontramos associação com sexo ($p=0,02$) e com a escolaridade ($p=0,026$). Com relação à escolaridade, os pacientes com fundamental ou médio completo apresentavam 10,664 vezes mais chances de desenvolverem disfunção sexual do que os analfabetos. E com a variável sexo, os pacientes do sexo masculino apresentavam 4,352 vezes mais chances de desenvolverem disfunção sexual quando comparados com as do sexo feminino.

Tabela 17: Disposição para bem-estar espiritual aumentado de acordo com variáveis sócio-econômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal. Fortaleza, 2004.

	Disposição para bem-estar espiritual aumentado			p
	Não	Sim	Total	
Sexo				
Feminino	25	24	49	0,784 ⁽¹⁾
Masculino	8	10	18	
Total	33	34	67	
Idade				
39 a 50	8	4	12	0,099 ⁽³⁾
51 a 60	13	10	23	
61 a 70	9	9	18	
71 a 89	3	11	14	
Total	33	34	67	
Estado civil				
Solteiro	7	11	18	0,277 ⁽¹⁾
Casado	26	21	47	
Total	33	32	65	
Escolaridade				
Analfabeto	9	10	19	0,921 ⁽²⁾
Fundamental incompleto	19	19	38	
Fundamental ou Médio completo	5	4	9	
Total	33	33	66	
Religião				
Católica	30	25	55	0,109 ⁽¹⁾
Outras	3	9	12	
Total	33	34	67	
Ocupação				
Aposentado	5	6	11	0,645 ⁽²⁾
Do Lar	16	20	36	
Outros	5	3	8	
Total	26	29	55	
Renda				
≤ 1 sm	9	9	18	0,308 ⁽³⁾
1 --- 2 sm	7	13	20	
> 2	15	11	26	
Total	31	33	64	
Tempo de diagnóstico (anos)				
1 a 5	14	16	30	0,654 ⁽³⁾
6 a 10	10	7	17	
≥ 11	9	11	20	
Total	33	34	67	
IMC				
Normal	5	5	10	0,846 ⁽²⁾
Sobrepeso	14	13	27	
Obeso	11	14	25	
Total	30	32	62	

(1)= Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

NANDA (2002) define este diagnóstico como “o processo de desenvolvimento/revelação do mistério por um indivíduo por meio de interconexão harmoniosa que brota de forças interiores” (p.53). Esse diagnóstico foi aceito desde 1994. Sparks, Taylor e Dyer (2000) mencionam que é o processo de desenvolvimento do Eu interno pela interconexão das energias física, psicológica e espiritual.

Observamos esse diagnóstico em 34 pacientes, os quais 70,6% eram do sexo feminino; 41% encontravam-se na faixa de idade de até 60 anos; 65,6% eram casados; 57,6% tinham escolaridade fundamental incompleta e 30,3% analfabetos.

Quanto à religião, 73,5% eram católicos. Tinham tempo de diagnóstico da doença de até 10 anos (67,7%) e apresentavam índice de massa corporal com 40,6% de sobrepeso e 43,8% de obeso.

Quanto à ocupação, 69% eram do lar e tinham renda familiar de até dois salários mínimos (66,7%).

Não encontramos nenhuma associação com este diagnóstico e as variáveis socioeconômicas.

Tabela 18: Risco para quedas de acordo com variáveis sócioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.

	Risco para quedas			p	OR	IC 95%			
	Não	Sim	Total						
Sexo									
Feminino	21	28	49	1,000 ⁽¹⁾					
Masculino	7	11	18						
Total	28	39	67						
Idade									
39 a 50	9	3	12	0,001 ⁽³⁾	1,000	0,492	10,818		
51 a 60	13	10	23		2,308				
61 a 70	5	13	18		7,800			1,476	41,214
71 a 89	1	13	14		38,994			3,476	437,367
Total	28	39	67						
Estado civil									
Solteiro	3	15	18	0,013 ⁽¹⁾	5,217	1,332	20,429		
Casado	24	23	47		1,000				
Total	27	38	65						
Escolaridade									
Analfabeto	5	14	19	0,209 ⁽²⁾					
Fundamental incompleto	18	20	38						
Fundamental ou Médio completo	5	4	9						
Total	28	38	66						
Religião									
Católica	25	30	55	0,333 ⁽¹⁾					
Outras	3	9	12						
Total	28	39	67						
Ocupação									
Aposentado	4	7	11	0,516 ⁽²⁾					
Do Lar	16	20	36						
Outros	5	3	8						
Total	25	30	55						
Renda									
≤ 1 sm	8	10	18	0,922 ⁽³⁾					
1 --- 2 sm	8	12	20						
> 2	10	16	26						
Total	26	38	64						
Tempo de diagnóstico (anos)									
1 a 5	17	13	30	0,012 ⁽³⁾	1,000	0,445 a	4,861		
6 a 10	8	9	17		1,471				
≥ 11	3	17	20		7,407			1,783 a	30,765
Total	28	39	67						
IMC									
Normal	6	4	10	0,430 ⁽²⁾					
Sobrepeso	12	15	27						
Obeso	9	16	25						
Total	27	35	62						

(1)= Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

Este diagnóstico foi aceito em 2000, tendo como definição a suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico (NANDA, 2002, p. 191).

O diagnóstico Risco para quedas esteve presente em 39 pacientes, dos quais 28 (71,8%) eram no sexo feminino.

A faixa etária mais acometida estava acima de 60 anos (66,6%). Isso se justifica até pelo fato de que com o avançar da idade as pessoas ficam mais expostas ao risco de quedas e por serem os pacientes, na grande maioria do sexo feminino, que apresentam com frequência problemas osteomusculares, seguidos de perda de massa óssea.

Com relação à escolaridade, 52,6% tinham formação fundamental incompleta e 36,8% eram analfabetos. Quanto ao estado civil, 60,5% eram casados. Em relação ao tempo de diagnóstico da doença, 56,4% tinham até 10 anos de diagnóstico e eram católicos (76,9%).

De acordo com a renda familiar, 57,8% encontravam-se na faixa de até dois salários mínimos. A ocupação com maior risco de apresentar o diagnóstico Risco para quedas foi a do lar, com 66,7%.

Em relação ao IMC, 42,9% tinham sobrepeso e 45,7% tinham obesidade.

Ao associarmos o diagnóstico Risco para quedas com as variáveis, encontramos associação com idade, estado civil e anos de diagnóstico da doença.

Com relação à idade ($p=0,001$), os pacientes que se encontravam na faixa etária de 51 a 60 anos apresentavam 2,308 vezes mais chances de desenvolverem Risco para quedas. Já os com idade entre 61 a 70 anos apresentavam 7,80 vezes mais chances e os de 71 a 89 anos tinham 38,994 vezes mais chances, quando comparados com a faixa etária de 39 a 50 anos. Observamos que o avançar da idade contribui para que o paciente tenha mais chances de desenvolver o diagnóstico Risco para quedas.

Com relação ao estado civil ($p=0,013$), os solteiros apresentaram 5,217 vezes mais chances de desenvolverem o diagnóstico mencionado anteriormente do que os casados.

Em relação ao tempo de diagnóstico da doença ($p=0,012$), percebemos que quanto mais tempo de diagnóstico da doença tem o paciente maiores são as chances de desenvolver Risco para quedas, isto é, os pacientes com 6 a 10 anos de diagnóstico têm 1,471 vezes mais chances e os acima de 11 anos têm 7,407 vezes mais chances, quando comparados com os de um a cinco anos de diagnóstico, o que vai coincidir com o aumento de idade ou de complicações da doença.

Tabela 19: Dentição prejudicada de acordo com variáveis sócioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.

	Dentição prejudicada		
	Não	Sim	Total
Sexo			
Feminino	1	48	49
Masculino		18	18
Total	1	66	67
Idade			
39 a 50		12	12
51 a 60	1	22	23
61 a 70		18	18
71 a 89		14	14
Total	1	66	67
Estado civil			
Solteiro		18	18
Casado	1	46	47
Total	1	64	65
Escolaridade			
Analfabeto		19	19
Fundamental incompleto		38	38
Fundamental ou Médio completo	1	8	9
Total	1	65	66
Religião			
Católica	1	54	55
Outras		12	12
Total	1	66	67
Ocupação			
Aposentado		11	11
Do Lar	1	35	36
Outros		8	8
Total	1	54	55
Renda			
≤ 1 sm		18	18
1 --- 2 sm		20	20
> 2	1	25	26
Total	1	63	64
Tempo de diagnóstico (anos)			
1 a 5		30	30
6 a 10	1	16	17
≥ 11		20	20
Total	1	66	67
IMC			
Normal		10	10
Sobrepeso	1	26	27
Obeso		25	25
Total	1	61	62

Este diagnóstico existe desde 1998 e NANDA (2002) o define “como distúrbio nos padrões de desenvolvimento/erupção de um dente ou da integridade estrutural dos dentes de um indivíduo” (p. 84).

Ele esteve presente em 66 pacientes, com maior predominância no sexo feminino (72,7%), na faixa etária acima de 50 anos (81,8%), sendo 71,9% casados, com 81,8% católicos e escolaridade prevalecendo a formação fundamental incompleto (58,5%).

Os pacientes apresentavam tempo de diagnóstico de um a cinco anos (69,7%) e índice de massa corporal de sobrepeso (42,6%) e obesidade (41%).

Quanto à ocupação, a maioria (64,8%) era do lar e tinha renda familiar de até dois salários mínimos (60,3%).

Não detectamos nenhuma associação significativa em relação a este diagnóstico e as variáveis acima estudadas.

Tabela 20: Dor crônica de acordo com variáveis sócioeconômicas, tempo de diagnóstico e índice de massa corporal, Fortaleza, 2004.

	Dor crônica			p	OR	IC 95%
	Não	Sim	Total			
Sexo						
Feminino	32	17	49	0,071 ⁽¹⁾	4,250 1,000	0,873 a 20,702
Masculino	16	2	18			
Total	48	19	67			
Idade						
39 a 50	10	2	12	0,440 ⁽²⁾		
51 a 60	18	5	23			
61 a 70	11	7	18			
71 a 89	9	5	14			
Total	48	19	67			
Estado civil						
Solteiro	9	9	18	0,027 ⁽¹⁾	4,222 1,000	1,303 a 13,677
Casado	38	9	47			
Total	47	18	65			
Escolaridade						
Analfabeto	11	8	19	0,243 ⁽²⁾		
Fundamental incompleto	30	8	38			
Fundamental ou Médio completo	7	2	9			
Total	48	18	66			
Religião						
Católica	40	15	55	0,729 ⁽¹⁾		
Outras	8	4	12			
Total	48	19	67			
Ocupação						
Aposentado	8	3	11	0,042 ⁽²⁾	1,000 1,507 Não possível de ser calculado	0,339 a 6,695
Do Lar	23	13	36			
Outros	8		8			
Total	39	16	55			
Renda						
≤ 1 sm	11	7	18	0,166 ⁽³⁾		
1 --- 2 sm	13	7	20			
> 2	22	4	26			
Total	46	18	64			
Tempo de diagnóstico (anos)						
1 a 5	21	9	30	0,470 ⁽²⁾		
6 a 10	14	3	17			
≥ 11	13	7	20			
Total	48	19	67			
IMC						
Normal	9	1	10	0,337 ⁽²⁾		
Sobrepeso	19	8	27			
Obeso	17	8	25			
Total	45	17	62			

1)= Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de Verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson

O diagnóstico Dor crônica faz parte do Domínio 12 (Conforto) e é definido como experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses (NANDA, 2002, p.100).

O diagnóstico foi encontrado em 19 pacientes, sendo 89,5% do sexo feminino, com idade acima de 60 anos (63,1%). Em relação ao estado civil, 50% eram casados; 44,4% eram analfabetos e 44,4% tinham ensino fundamental incompleto, sendo 78,9% católicos.

Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, 63,2% tinham até 10 anos de diagnóstico. Os entrevistados com Dor crônica tinham renda familiar de até dois salários mínimos (77,8%), sendo a ocupação do lar a que predominou (81,3%). Quanto ao índice de massa corporal, 47% tinham sobrepeso e 47% eram obesos.

Encontramos associação deste diagnóstico com a variável estado civil ($p=0,027$) e indícios de associação com ocupação ($p=0,042$). Os paciente solteiros apresentaram 4,222 vezes mais chances de apresentarem Dor crônica do que os casados.

Algumas outras associações foram feitas para percebermos se havia relação de dependência entre os diagnósticos. Pelos testes de probabilidade, verificamos não haver relação de dependência entre os diagnósticos: Controle eficaz do regime terapêutico e Disposição para bem-estar espiritual aumentado ($p=0,34$); Dor crônica e Padrão de sono perturbado ($p=0,075$); Dor crônica e Mobilidade física prejudicada ($p=0,712$) e Dor crônica e Andar prejudicado ($p=0,712$). Entre Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais e Constipação ($p=0,78$) e do Padrão de sono perturbado e a utilização das medicações hidroclorotiazida ($p=0,587$) e furosemida ($p=0,511$) (tabelas em anexo).

O teste de Fisher possibilitou verificarmos relação de dependência entre os diagnósticos que se seguem: Mobilidade física prejudicada com Andar prejudicado ($p<0,05$); Risco para quedas com mobilidade física prejudicada ($p=0,004$) e Risco para quedas com Andar prejudicado ($p=0,001$) (tabelas em anexo).

Em relação aos diagnósticos de enfermagem Disfunção sexual e Controle ineficaz do regime terapêutico, 21 dos pacientes que tinham Controle ineficaz do regime terapêutico apresentaram Disfunção sexual. Ao aplicarmos o teste de associação, verificamos que não houve relação de dependência entre os diagnósticos Disfunção sexual com Controle ineficaz do regime terapêutico ($p=0,149$). Os pacientes que apresentaram Controle ineficaz do regime

terapêutico e são do sexo feminino, 26,8% (11/41), apresentam Disfunção sexual, enquanto que no grupo de pacientes com o mesmo diagnóstico e que são do sexo masculino, esse percentual foi de 62,5% (10/16). Essa diferença é estatisticamente significativa, $p=0,017$, e a chance de um paciente do sexo masculino com Controle ineficaz do regime terapêutico de apresentar Disfunção sexual é 2,33 vezes a chance de um paciente do sexo feminino com Controle ineficaz do regime terapêutico.

5.2 DISCUSSÃO

Verificamos que há um grande número de mulheres que apresentam hipertensão arterial e que são atendidas nos programas de tratamento. Este dado é comum na maioria dos estudos nesta área (MION JUNIOR *et al.*, 1995; PESSUTO e CARVALHO, 1998; CUNHA, 1999; MONTESINOS *et al.*, 2000; BUSNELLO *et al.*, 2001; RICCIO e SILVA, 2001; OLIVEIRA e ARAUJO, 2002; SALGADO FILHO, 2002; MOREIRA *et al.*, 2003; MOREIRA, 2003).

A literatura sobre os aspectos epidemiológicos de hipertensão arterial mostra que há uma maior frequência de hipertensão em homens com idade média de 45 anos. E que, após esta idade, o quadro se reverte, isto é, há maior predominância em mulheres. Algumas explicações apresentadas pelos autores seriam o fato de os homens estarem mais susceptíveis às enfermidades cardiovasculares, levando-os ao óbito antes dos 45 anos. Em relação ao sexo feminino, após os 45 anos a mulher utiliza com maior frequência medicações hormonais (pós-menopausa) que podem favorecer o aumento de níveis pressóricos, como também o ganho de peso (DIRETRIZES, 2002; RIBEIRO, 1996; LUNA, 1989).

Pela literatura, a presença de hipertensão nos pacientes do estudo acima de 50 anos e em relação ao sexo deveria ser mais equilibrada, no entanto isto não ocorreu em nosso estudo. Justificamos este fato por haver maior procura da mulher pelos serviços de saúde, pois, durante o processo de saúde no Brasil e em especial na saúde pública houve maior investimento, nos serviços de saúde, na saúde da mulher. Outro fator contribuinte é a mulher trazer para si a responsabilidade direta do cuidado (da casa, dos filhos) e conseqüentemente ter uma maior aproximação com a unidade de saúde e por ter como ocupação principal as atividades do lar, disponibilizando, assim, de uma maior liberdade de tempo para cuidar de sua saúde.

Os nossos achados se aproximam do estudo feito por Montesinos *et al.* (2000) aos níveis de conhecimento sobre a enfermidade, realizado com 60 pacientes matriculados em um programa de hipertensão arterial, encontrando 66,6% (40) do sexo feminino, com média de idade de 65 anos, sendo 60% casados, 6,7% solteiros e 33,4% viúvos.

Outros dados que corroboram os resultados de prevalência no sexo feminino são citados por Salgado Filho *et al.* (2002) que estudaram as características associadas ao não controle da pressão arterial de pacientes hipertensos em tratamento medicamentoso, avaliando 96 pacientes, dos quais 60 (62,5%) eram do sexo feminino.

A idade apresentou um grande significado em relação ao diagnóstico Risco para quedas, sendo os pacientes que se encontravam na faixa etária acima de 70 anos apresentarem 38,994 vezes mais chances de desenvolverem este diagnóstico, quando comparados com os que se encontravam em faixa etária menor. Ao associarmos o diagnóstico Risco para quedas com outros diagnósticos, encontramos uma forte associação com os diagnósticos Mobilidade física prejudicada e Andar prejudicado. Sabemos que com o avançar da idade, o paciente fica mais susceptível a apresentar riscos para quedas devido a vários fatores, como a diminuição das percepções visual e auditiva, diminuição na mobilidade física, descalcificação, diminuição da musculatura músculo-esquelética, entre outros. É importante estarmos atentos para este fato, pois cada vez mais a expectativa de vida de nossa população aumenta e os estudos mostram que a hipertensão arterial vem se desenvolvendo, a cada ano, em populações de faixa etária menor e iniciando mais precocemente o uso de medicação anti-hipertensiva.

Alguns estudos mostram que o nível de escolaridade influencia na pressão arterial, com tendência para queda da média da pressão arterial sistólica e da proporção da hipertensão arterial quando o grau de educação aumenta (PIERIN, 1986). Pessuto e Carvalho (1998) comentam que isso talvez ocorra devido à influência de outros fatores, como a ocupação e fatores de ordem social. Os mesmos autores consideram haver uma menor prevalência da doença com o aumento do nível de escolaridade e que este é um dado relevante, uma vez que irá interferir diretamente na assimilação das orientações necessárias ao tratamento.

Os entrevistados tinham escolaridade reduzida (30% com ensino fundamental incompleto), com poucos anos de estudo (no máximo três anos), em que aprenderam o suficiente para assinarem o nome.

Busnello *et al.* (2001) comentam que pacientes que apresentam escolaridade menor que cinco anos de estudos tendem a apresentar maior risco de abandono do acompanhamento. Os autores comprovaram este dado em um estudo com 945 pacientes associando abandono do acompanhamento e escolaridade, e concluíram que os pacientes com menos de cinco anos de estudo apresentavam maior índice de abandono que os pacientes com mais de cinco anos (57,2% vs. 52,2%, $P=0,025$).

A escolaridade, no nosso estudo, apresentou significância em relação ao diagnóstico Intolerância a atividade ($p=0,002$), uma vez que os pacientes que eram analfabetos apresentavam 5,940 vezes mais chances de apresentarem este diagnóstico quando comparados com os de escolaridade fundamental incompleto. Em relação ao diagnóstico Disfunção sexual, com $p=0,026$, os pacientes com escolaridade de ensino fundamental ou

médio completo apresentaram 10,664 vezes mais chances de apresentarem o diagnóstico em relação aos pacientes analfabetos. Poderíamos sugerir como justificativa que o paciente, com um grau de escolaridade maior, ter uma maior facilidade e percepção de sua doença e das alterações corporais ocorridas durante o tratamento de sua doença.

Este dado torna-se relevante e interfere na escolha das estratégias para orientações necessárias ao paciente, exigindo preparo adequado do profissional de saúde, em especial da enfermeira, pela sua grande parcela de responsabilidade na atividade educativa e no fornecimento de orientações. Será fundamental uma melhor adequação da forma de repassar estas informações e de individualizar muitas vezes esse atendimento.

É importante que o profissional de saúde se aproxime do paciente, isto é, que busque adequar sua linguagem à dele, para que haja melhor comunicação entre ambos, promovendo, assim, melhor compreensão e permitindo que essa possa ser geradora de mudança de comportamento. Alguns outros fatores são necessários para a comunicação, como a empatia e o comprometimento/responsabilidade de ambos diante da doença e de seu tratamento.

A relação profissional de saúde/paciente não deve ser pautada numa linha verticalizada, dominadora e centralizadora. Dominadora no sentido de ser o profissional de saúde o detentor do conhecimento e centralizadora por direcionar o cuidado não para o paciente, mas sim para a doença.

Na unidade de saúde onde desenvolvemos o estudo, observamos que o relacionamento entre os profissionais de saúde e os pacientes flui de forma muito positiva. Isso se justifica pelo fato de ser uma Unidade Básica de Saúde da Família e os profissionais terem uma relação mais próxima do paciente e de sua família. Outro fator contribuinte é que os profissionais (médicos e enfermeiras) que atendem os pacientes do estudo, trabalham nessa unidade há mais de dois anos, com experiências profissionais consistentes na área da saúde pública, em especial no Programa Saúde da Família.

Confirmamos este bom relacionamento nas falas dos pacientes quando relatam serem assíduos ao comparecimento às consultas e participarem de forma prazerosa das atividades oferecidas na unidade de saúde. Alguns comentam que, se não têm queixas em relação ao atendimento dos profissionais de saúde, o mesmo não ocorre com outros quesitos, como no intervalo entre as consultas, número de fichas para outros tipos de atendimentos, demora em relação à marcação de exames, entre outros.

Em relação à profissão/ocupação dos entrevistados, alguns estudos relacionam a profissão/ocupação com a elevação da pressão arterial. Pessuto e Carvalho (1998) comentam que os índices mais baixos de pressão arterial ocorrem no grupo socialmente mais privilegiado e os que nunca trabalharam ocupam posição intermediária em relação à prevalência de hipertensão.

No nosso estudo, das pessoas entrevistadas, 53,7% tinham como ocupação do lar e 16,4% eram aposentados. Consideramos esse achado um dado positivo, pois ao desenvolvermos atividades com esses pacientes, necessitamos que os mesmos disponibilizem de um tempo maior para o seu autocuidado. Isso não significa que uma dona de casa (do lar) tenha tempo suficiente, pois o que percebemos em suas falas é que assumem tantas atividades e responsabilidades perante a família, que muitas se queixam de “falta de tempo para se cuidar”, mas que apresentam mais facilidade para se adequarem aos horários de atividades e estão mais presentes na unidade. Sabemos que dependendo da ocupação exercida pelo paciente e da carga horária de trabalho, isso viabiliza ou dificulta o autocuidado, como a prática de exercícios físicos, tomada de medicação nos horários estabelecidos, comparecimento às consultas e às atividades de grupo, entre outros.

No entanto, a disponibilidade de tempo não é o suficiente para garantir uma prática diária de autocuidado. Nahas (2001) comenta que é necessário tomar a iniciativa, envolver-se e trabalhar pela saúde positiva, o melhor seguro para viver com qualidade.

Ao associarmos a variável ocupação com os diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75, encontramos uma possível associação com o diagnóstico Dor crônica, com $p=0,042$, isto é, as pessoas com ocupação do lar apresentavam 1,507 vezes mais chances de desenvolverem este diagnóstico. As mulheres apresentaram, com maior frequência, este diagnóstico, sendo as mesmas as responsáveis pelos trabalhos domésticos e desenvolverem, muitas vezes, atividades que implicam em posturas corporais inadequadas.

Um dado que nos chamou a atenção foi que todos os paciente faziam uso de, pelo menos, uma medicação anti-hipertensiva. Isso pode ser justificado pelo fato de que um dos critérios de inclusão para a participação no estudo era ter, no mínimo, um ano de diagnóstico e tratamento (medicamentosos ou não) da doença. Avaliamos que, normalmente os pacientes acompanhados em ambulatório chegam ao serviço de saúde com a doença já instalada e, em alguns casos, com associação de outras doenças, como a diabetes ou mesmo com comprometimento em órgãos-alvo. Esse fato chama a atenção para nossas práticas de saúde,

que ainda estão mais direcionadas para a ação curativa, ou seja, quando a doença já se instalou, do que mesmo para a prática preventiva.

Trabalhamos em uma unidade onde funciona um Programa de Saúde da Família, que tem nos seus princípios o direcionamento da prática voltada para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Acreditamos que, com a implantação do programa, estamos conseguindo controlar ou retardar possíveis complicações, mas a nossa atuação ainda deixa a desejar quanto ao aspecto de detecção precoce desta doença, para que a pessoa portadora de hipertensão arterial possa até mesmo controlar a sua pressão arterial sem utilizar tratamento medicamentoso.

Segundo as orientações da IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2002), a decisão terapêutica vai variar de acordo com o risco e os valores da pressão arterial. Quanto menor for o risco e a pressão arterial, o tratamento poderá ser direcionado apenas para a mudança do estilo de vida (MEV), podendo ser retardado o início do tratamento medicamentoso.

Faz-se necessária uma revisão das práticas de saúde dos profissionais, tanto no desenvolvimento de estratégias em relação à captação do paciente o mais precoce possível, como, também, na busca ativa de pacientes do sexo masculino em relação ao feminino que procura com maior facilidade os serviços de saúde.

Ao avaliarmos o índice de massa corporal, observamos que quase a metade dos pacientes estudados eram obesos e mais de um quarto era obeso classe I.

Issa e Francisco (1996) destacam como principais causas de mortalidade entre os indivíduos com maior índice de massa corpórea as doenças cardiovasculares, o diabetes melito, a colelitíase e, entre os indivíduos excessivamente magros ($IMC < 20 \text{ kg/m}^2$) as doenças neoplásicas e digestivas.

A associação entre obesidade e doença cardiovascular foi observada pela primeira vez no século 5 a.C. por Hipócrates, que evidenciou maior ocorrência de morte súbita nos obesos (ISSA e FRANCISCO, 1996). A American Heart Association correlaciona o aumento do risco cardiovascular ao aumento do índice de massa corpórea, sendo o risco se acentuado efetivamente quando o índice de massa corpórea é superior a 30 kg/m^2 , como apresentado a seguir. A diminuição de um quilograma já é suficiente para causar efeitos positivos na pressão arterial, reduzindo-a em até 2 ou 3 mmHg (BRAY, 1989 apud ISSA e FRANCISCO, 1996).

Quadro 4 - Relação entre obesidade e risco de co-morbidade. Organização Mundial da Saúde, 1998.

CLASSIFICAÇÃO	IMC	RISCO DE CO-MORBIDADE
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco Aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	≥ 40,0	Muito Grave

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2001-b

Quando investigados acerca das atividades físicas adotadas e em especial se faziam caminhadas, uma boa parte dos entrevistados referiram já trabalharem muito em casa e que “andavam muito” ao executarem as atividades do lar, considerando os afazeres domésticos como prática diária e suficiente de atividades. Outros mencionavam já se sentirem tão cansados que não encontravam tempo, nem disposição para “ainda fazerem caminhadas”. Existe uma tendência à valorização da atividade laboral como atividade física por ser realidade no cotidiano desses sujeitos o desgaste de energia, tanto no trabalho doméstico como no profissional.

A atividade física regular diminui a pressão arterial, reduz o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral. As IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2002) orientam que os pacientes portadores de hipertensão devem ser estimulados a iniciarem um programa de exercícios físicos regulares, passando, primeiro, por uma avaliação clínica.

O exercício favorece na redução da mortalidade e na prevenção de doenças coronárias. Auxilia, também, na preservação da independência de pessoas idosas, melhorando o funcionamento orgânico, reforçando o coração, músculos, pulmões, ossos e articulações.

Pessuto e Carvalho (1998) relatam que a atividade física realizada regularmente melhora a condição física e a saúde do coração, devendo o exercício ser realizado, no mínimo, três vezes por semana, com duração de pelo menos vinte minutos e ser uma atividade regular, pois quando é interrompida a condição física deteriora-se rapidamente. No entanto, em nossas entrevistas observamos nas falas e expressões dos participantes, a falta de estímulo e de incentivo para a prática de atividade física.

Isso já nos levou a implementar com os participantes do estudo algumas intervenções de enfermagem em relação ao sedentarismo, estimulando-os à prática diária de exercícios, em especial a caminhada. Convidamos os entrevistados a participarem do grupo da terceira idade, que se reúne na unidade de saúde, com a finalidade de praticar atividades físicas e de lazer, melhorando assim a auto-estima e a socialização, como também

favorecendo a troca de conhecimentos na busca de soluções para o enfrentamento de seus problemas e no comportamento de busca da saúde.

Esse convite foi feito não apenas somente para as pessoas que apresentavam o diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes, mas também para outros que referiram solidão, tristeza, perda de ente querido, problemas familiares, entre outros.

Há estudos que relacionam o tempo de doença com o abandono do tratamento. Busnello *et al.* (2001) em um estudo com 945 pacientes sobre abandono do acompanhamento de hipertensos atendidos em um ambulatório de referência, detectaram que pacientes hipertensos há menos de cinco anos abandonaram o acompanhamento com maior frequência do que aqueles com maior tempo de doença (60,25 vs. 48,6%, $P=0,0001$).

Em nosso estudo, a variável anos de diagnóstico da doença que mais predominou foi o de até cinco anos (44,8%). Ao associarmos a variável anos de diagnóstico da doença com os diagnósticos de enfermagem estudados, percebemos associação com os diagnósticos Intolerância à atividade e Risco para quedas. A associação entre Intolerância à atividade e anos de diagnóstico ($p=0,035$) foi significativo apenas para os pacientes com mais de 11 anos de diagnóstico com 10,66 vezes mais chances, quando comparados ao grupo de seis a dez anos de diagnóstico.

A associação com o diagnóstico Risco para quedas ($p=0,012$) foi significativa também para os pacientes com mais de 11 anos de diagnóstico, que apresentavam 7,407 vezes mais chances de apresentarem o diagnóstico quando comparados com aqueles pacientes que tinham de zero a cinco anos de diagnóstico.

O grupo estudado apresentou, na sua maioria, renda familiar em torno de dois salários mínimos. Inicialmente acreditávamos que este dado poderia influenciar na manifestação de alguns diagnósticos e interferir em alguns fatores, tais como a alimentação e até mesmo na aquisição de medicação, sendo necessário que o paciente disponibilizasse de dinheiro para a compra adequada de alimentos e/ou de medicação.

Com relação aos medicamentos, a unidade de saúde onde o estudo foi desenvolvido vem disponibilizando remédios com frequência. Isto foi observado no momento da entrevista, quando investigamos se a doença havia trazido problemas para o relacionamento familiar, lazer e finanças. A maioria dos entrevistados respondeu que a aquisição de medicamentos não representava problemas, pois eram fornecidos pela unidade, no ato da consulta médica. Este fato pode ser observado nas falas a seguir:

“ agora não, pois recebo os remédios no posto...” (P40)

“na parte financeira não, pois os remédios têm no posto...” (P43)

“já comprei muito remédio. Hoje eu recebo no posto.” (P59)

“ em relação aos remédios da pressão não, só os dos ossos...” (P62)

“Os remédios eu recebo no posto, mas tenho que gastar com a alimentação...” (P63)

“ mexeu na minha parte financeira, pois tive que deixar de trabalhar e a mulher também para cuidar de mim.” (P64)

Para o atendimento do item alimentação, observamos que se faz necessário que o paciente conte com recursos financeiros, até porque a maior parte deles reside com outras pessoas da família, sendo o alimento compartilhado por todos do domicílio.

Ao associarmos esta variável (renda familiar) com todos os diagnósticos estudados, não encontramos nenhuma associação que nos permita afirmar que a renda familiar interfira na presença ou não dos diagnósticos.

O objetivo principal do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade, por problemas cardiovasculares, aumentados por conseqüências dos níveis elevados da pressão arterial e outros fatores agravantes. O tratamento da hipertensão arterial é sempre baseado em mudança de estilo de vida e poderá ser ou não farmacológico. Os fármacos anti-hipertensivos têm a finalidade de reduzir não só os níveis tensionais como também o controle de eventos cardiovasculares no paciente.

Como já discutido, dependendo do estágio da doença em que o paciente se encontra, a prescrição poderá ser feita apenas em relação à mudança de estilo de vida (MEV), isto é, terapêutica não-medicamentosa, ou com a associação de fármacos, dando preferência, se possível, a monoterapia. Outras drogas deverão ser associadas, caso a resposta do paciente não seja satisfatória. As medidas não-farmacológicas devem sempre ser indicadas, independentes do estágio de doença do paciente (DIRETRIZES, 2002).

Alguns estudos mostram que para uma boa adesão ao tratamento, em especial o farmacológico, a quantidade de medicações usadas pelo paciente e o número de tomadas têm influência direta. No nosso estudo com a associação do diagnóstico Controle ineficaz do regime terapêutico com a quantidade de drogas usada pelos pacientes para controle da hipertensão. Apesar de todos utilizarem medicação antihipertensiva, 36,8% das pessoas com o diagnóstico tomavam até uma droga, enquanto que 63,2% tomavam duas ou mais drogas diferentes. Ao associarmos o diagnóstico Controle eficaz do regime terapêutico com o número

de medicamentos utilizados pelos pacientes, percebemos que os que faziam uso de apenas uma medicação tinham 5,241 vezes mais chances de terem Controle eficaz do regime terapêutico, quando comparados com os que tomavam duas ou mais medicações ($p=0,016$). Este dado nos chama a atenção para que possamos aumentar a detecção precoce da doença no paciente, pois quanto mais cedo este paciente for avaliado, diagnosticado e tratado, menos chances ele terá de iniciar cedo o uso de mais de uma medicação, sendo mais um fator contribuinte para que ele possa alcançar um bom controle do regime terapêutico.

Salgado Filho e Cols. (2002) ao estudarem as características associadas ao não controle da pressão arterial de pacientes hipertensos em tratamento medicamentoso, concluíram que os pacientes que tinham a posologia dos medicamentos anti-hipertensivos maior que uma vez ao dia, apresentavam uma maior taxa de não controle da hipertensão.

Sarquis *et al.* (1998) ao avaliarem a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, comentam que, em relação ao tratamento medicamentoso, os fatores intervenientes mais presentes na adesão foram: número de doses, quantidade de medicamentos, horários de administração, efeitos colaterais, eficácia das drogas, custo, tratamento prolongado, alterações no esquema terapêutico e descontinuidade do tratamento.

Um dos fatores negativos que influenciam a descontinuidade do tratamento medicamentoso são os efeitos colaterais apresentados pelas medicações anti-hipertensivas, sendo as alterações apresentadas na função sexual uma das mais temidas, em especial pelos pacientes do sexo masculino. Nos últimos anos os sexólogos têm observado que o número de homens que sofrem de problemas sexuais tem aumentado consideravelmente. Essa dificuldade é mais freqüente no paciente hipertenso (LIPP e ROCHA, 1994).

Encontramos relações de dependência entre o diagnóstico Disfunção sexual e a variável sexo ($p=0,02$). Os homens apresentaram 4,352 vezes mais chance de apresentarem disfunção sexual quando comparados com o sexo feminino. Essa variação quanto ao sexo pode estar associada ao fato de a mulher muitas vezes suprimir sua “função sexual”, não percebendo nela alterações. Enquanto que nos homens a função sexual é estimulada pela sociedade gerando mais atenção a essa área e a alteração nela, levando ao aparecimento de diagnósticos de disfunção sexual mais presente nesse grupo.

Cunha (1999), no seu estudo sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes com hipertensão arterial em acompanhamento ambulatorial, constatou associação estatística com sexo e disfunção sexual. Ela sugere que esta associação está relacionada à

idade de grande parte das mulheres estudadas, uma vez que a faixa etária prevalente em seu estudo foi de 50 a 59 anos. Comenta que nesta idade as mulheres verbalizam nas consultas não ser normal terem ainda atividade sexual satisfatória. Já para os homens, a questão da sexualidade não parece relacionada à idade e está presente mesmo naqueles com idade mais avançada. No nosso estudo, a disfunção sexual foi mais evidenciada nos adultos com menos de 60 anos.

Sabemos que algumas medicações anti-hipertensivas têm como efeito colateral problemas na área sexual e que pelo uso contínuo, como é o caso dos portadores de hipertensão, tendem a desenvolver problemas de ordem sexual, que podem causar a impotência, a diminuição da libido e a disfunção sexual. Lipp e Rocha (1994) comentam que entre 5 e 30% dos homens que tomam vários tipos de remédios para a hipertensão arterial, inclusive diuréticos e betabloqueadores, queixam-se de impotência. No nosso estudo, 58,3% apresentaram tempo de tratamento da doença de até cinco anos.

A disfunção sexual é muitas vezes atribuída aos efeitos colaterais de medicações anti-hipertensivas. Já no nosso estudo e após aplicarmos os testes de probabilidade, verificamos que não houve relação de dependência entre o diagnóstico disfunção sexual com as medicações anti-hipertensivas: furosemida, hidroclorotiazida ($p=0,59$), propranolol ($p=0,14$) e captopril ($p=0,19$), confirmando achados de Cunha (1999), que encontrou associação inversa em relação à medicação hidroclorotiazida, isto é, os que não usavam a medicação apresentaram mais disfunção do que os que usavam.

Outro fato a ser observado é que os entrevistados que mais referiram queixas de ordem sexual foram aqueles que tinham menos tempo de tratamento. Quando aplicado o teste de associação, não identificamos correlação entre a variável tempo de tratamento com este diagnóstico ($p=0,121$). Talvez os problemas apresentados nessa área não tenham sido somente decorrentes da medicação, mas também influência da própria doença ou de outros fatores emocionais do paciente. Muitas vezes basta a expectativa de que poderiam ter um problema sexual para que ele ocorra. Como também apenas o fato de saber do diagnóstico da hipertensão pode levar alguns homens a apresentarem problemas sexuais (LIPP e ROCHA, 1994).

Em relação aos diagnósticos Processos familiares disfuncionais: alcoolismo e Disfunção sexual, percebemos a presença dos dois em 60% dos que apresentavam o diagnóstico Processos familiares disfuncionais: alcoolismo. Justificamos esse fato por ser o alcoolismo um problema que interfere nas relações familiares, na afetividade e no estado

emocional dos membros dessa família. Dos entrevistados, 50% eram casados e muitas vezes era o companheiro o causador desse problema. As características definidoras que mais estiveram presentes no diagnóstico Disfunção sexual foram a alteração no relacionamento com pessoa significativa e a alteração no alcance da satisfação sexual, tendo como fator relacionado a falta de pessoa significativa. O teste de Fisher, não constatou associação de dependência entre esses dois diagnósticos ($p = 0,149$).

Ao entrarmos no domicílio do paciente para a coleta de dados, pudemos perceber, em muitas dessas famílias, conflitos familiares e um dos mais freqüentes era a presença de membros que faziam uso de bebida alcoólica, causando muitas vezes problemas no relacionamento familiar e interferindo no controle eficaz do regime terapêutico.

Sabemos da importância que a família exerce para maior adesão ao tratamento do portador de hipertensão. Quanto mais a família aprende sobre a doença, suas complicações, medidas de cuidado e de tratamento, melhor será sua adequação ao tratamento.

Ao analisarmos os diagnósticos Controle ineficaz do regime terapêutico com Processos familiares disfuncionais: alcoolismo, percebemos que todos que tinham o segundo diagnóstico apresentavam Controle ineficaz do regime terapêutico.

Araújo e Lopes (1999) comentam sobre a influência do comportamento familiar como estímulos ao enfrentamento de problemas ao trabalhar com doentes cardíacos, não sendo diferente para portadores de outras doenças, principalmente as de caráter crônico.

Moreira *et al.* (2004) ao desenvolverem técnicas de cuidado para pacientes com dificuldades de adesão no tratamento da hipertensão arterial, baseado nos pressupostos da teoria de alcance de metas de King, aplicaram medidas efetivas, tanto no contexto pessoal, interpessoal e social, para o aumento da adesão do tratamento da hipertensão. Essas medidas incluíam o envolvimento de sua família e orientações familiar e ao paciente sobre a enfermidade e seu tratamento. A adesão ao tratamento da hipertensão arterial foi favorecida pela enfermeira ao implementar uma técnica de cuidado interacionista, a qual possibilitou o envolvimento pessoal, interpessoal e social da paciente no tratamento, reconhecendo suas potencialidades e aprendendo a lidar com elas, exercendo maior controle sobre a enfermidade. Aumentou, também, sua afinidade e proximidade com os profissionais de saúde.

Mesmo a literatura mostrando a importância do apoio familiar na ajuda ao paciente hipertenso para o controle de sua doença, em nosso estudo observamos que não

houve relação de dependência entre os diagnósticos Controle ineficaz do regime terapêutico com Processos familiares disfuncionais: alcoolismo ($p=0,337$).

O diagnóstico de Conhecimento deficiente foi presente em analfabetos e pessoas com ensino fundamental incompleto (85,7%). A baixa escolaridade é um fator presente nesse diagnóstico e de grande relevância, pois dificulta na aprendizagem sobre sua doença e forma de controle e tratamentos.

A baixa escolaridade dificulta não só no conhecimento sobre a doença, como também favorece o aumento do abandono do tratamento e conseqüentemente na menor adesão ao mesmo, seja ele medicamentoso ou não, conforme apontam os estudos que mostram ser o baixo grau de instrução fator contribuinte para o abandono do cuidado de saúde pelo indivíduo hipertenso (LUCENA, ECHER, LAUTERT, 1996; BUSNELLO *et al.*, 2001).

Ao associarmos o Conhecimento deficiente com as variáveis pesquisadas, não foi encontrada nenhuma associação, mas todos os pacientes que apresentaram este diagnóstico também tiveram o diagnóstico de Controle ineficaz do regime terapêutico (tabela em anexo). Acreditamos que isto tenha ocorrido em função do fator relacionado à baixa escolaridade, que influencia na interpretação dos regimes terapêuticos mais complexos, mas ao aplicarmos o teste de Fisher, observamos que não houve relação de dependência entre os dois diagnósticos ($p= 0,106$).

O conhecimento deficiente em relação à doença e tratamento dificulta o desenvolvimento do autocuidado, e a pessoa se expõe com maior intensidade aos riscos, já que a hipertensão é uma doença silenciosa e seus sinais e sintomas poderão aparecer apenas quando a doença já estiver instalada, provocando assim danos maiores.

Encontramos poucos estudos que associam conhecimento deficiente com o tempo de tratamento da doença. Entre os encontrados, destacamos o de Montesinos *et al.* (2000) que constataram relação inversa entre nível de conhecimento de pacientes incluídos em um programa de hipertensão arterial e tempo de tratamento, sendo que os que apresentavam menos de quatro anos no programa, tinham maior conhecimento e interesse do que aqueles com tempo superior. Eles justificam os resultados pelo fato dos mais veteranos diminuírem o interesse e acharem a rotina do programa monótona. Já os que tinham menos tempo de tratamento se mostravam mais animados e cooperavam com o programa com maior interesse.

Muitos dos nossos entrevistados com Conhecimento deficiente relataram terem sido orientados, no ato da consulta médica, em relação ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, mas nem sempre tais orientações eram seguidas. Tivemos, também, como principal característica definidora deste diagnóstico o seguimento não acurado das instruções. Uma das orientações dadas ao paciente era o cuidado quanto ao controle do peso corporal, no entanto, entre os portadores do diagnóstico, metade era obesa classe I e tinha sobrepeso.

Sabemos da real dificuldade que tem um paciente em seguir corretamente todas as orientações necessárias para um bom controle da pressão arterial. Quando este fato se une à deficiência de conhecimento em relação a esta doença, mais difícil se torna para o paciente ter bom controle de seus níveis pressóricos, sendo maiores as complicações trazidas pela doença em estudo.

Cunha (1999) menciona que as intervenções de enfermagem para o diagnóstico com os pacientes ambulatoriais devem objetivar a identificação de todas as variáveis onde existam dúvidas ou desconhecimento, promovendo a orientação do paciente e familiares de diferentes maneiras e avaliando se elas foram seguidas adequadamente, não perdendo de vista as características individuais de cada paciente, seu nível cultural, valores, crenças e limitações cognitivas.

Em nosso estudo, percebemos que a grande maioria dos entrevistados quando indagados sobre como poderiam manter o controle da pressão arterial, citavam como primeira resposta o cumprimento do regime medicamentoso, mas na prática esta conduta nem sempre era cumprida por eles. Observamos alguns fatos que confirmam esta afirmativa, como intervalos irregulares para os medicamentos, suspensão ou omissão de doses, entre outros.

E em relação à forma de contribuir para o tratamento, as respostas foram, com maior frequência, relacionadas a tomar os remédios e comparecer à consulta médica, deixando a desejar em relação às medidas de mudança de estilo de vida. As medidas não farmacológicas mais referidas foram “comer com pouco sal”, seguida de “comer com pouca gordura”. Ao investigarmos melhor sobre o que seria comer com pouco sal, observamos que as respostas se referiam em reduzir o sal na comida, mas em compensação alguns preparavam seus alimentos com molhos prontos. Observamos que uma mudança no estilo de vida torna-se praticamente impossível sem o conhecimento e aceitação do paciente em fazê-lo.

6 CONCLUSÕES

O estudo incluiu 67 pacientes portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. Foram identificados 54 diagnósticos, 15 dos quais acima do percentil 75, com presença de 11 dos 12 domínios investigados. Os domínios que não apresentaram diagnósticos acima do percentil 75 foram o 6 (Autopercepção) e 9 (Enfrentamento/Tolerância ao Estresse).

Os diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75, de acordo com os domínios foram:

- 1. Promoção da saúde: Controle ineficaz do regime terapêutico (85,1%); Controle eficaz do regime terapêutico (14,9%);
- 2. Nutrição: Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (43,3%);
- 3. Eliminação: Constipação (28,4%);
- 4. Atividade/Repouso: Padrão de sono perturbado (29,9%); Intolerância à atividade (22,4%); Andar prejudicado (17,9%); Mobilidade física prejudicada (14,9%);
- 5. Percepção/cognição: Conhecimento deficiente (20,9%);
- 7. Relacionamento de papel: Processos familiares disfuncionais: alcoolismo (14,9%);
- 8. Sexualidade: Disfunção sexual (35,8%);
- 10. Princípios de vida: Disposição para bem-estar espiritual aumentado (50,7%);
- 11. Segurança/proteção: Dentição prejudicada (98,5%); Risco para quedas (58,2%);
- 12. Conforto: Dor crônica (28,4%).

Das variáveis socioeconômicas estudadas, tiveram presença maior o sexo feminino (73,1%), casadas (70,8%), com renda familiar de até quatro salários mínimos (70,4%), escolaridade fundamental incompleta (57,6%). Tinham como ocupação do lar (65,5%), com tempo de diagnóstico da doença predominando até cinco anos (44,8%) e índice de massa corporal com sobrepeso (43,5%) e obeso (37,1%). Todos os pacientes faziam uso de medicação anti-hipertensiva.

Fizemos associações estatísticas, com uso de testes não-paramétricos *Qui-Quadrado de Pearson*, *Fisher* e *Teste da Razão de Verossimilhança*, com os diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75 e as variáveis estudadas, sendo que algumas apresentaram

relevância, tais como: a variável sexo com o diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual ($p=0,02$), tendo os homens 4,3 vezes mais chances de apresentarem Disfunção sexual que as mulheres.

A variável idade apresentou associação estatística significativa com os diagnósticos de enfermagem Conhecimento deficiente ($p=0,015$) e Risco para quedas ($p=0,001$). Sendo que as pessoas com 71-89 anos tinham cinco vezes mais chances de apresentarem Conhecimento deficiente que as de 51-60 anos e as pessoas com 61-70 anos tinham 7,8 vezes mais chances de apresentarem Risco para quedas quando comparadas com as de 39 a 50 anos e as de 71-89 anos tinham 38,9 vezes mais chances de apresentarem este diagnóstico do que as de 39-50 anos.

A variável estado civil apresentou associação estatisticamente significativa com os diagnósticos: Padrão de sono perturbado ($p=0,002$), Dor crônica ($p=0,027$) e Risco para quedas ($p=0,013$). Sendo que os pacientes solteiros tinham 6,6 vezes mais chances de apresentarem Padrão de sono perturbado que os casados. Os solteiros tinham quatro vezes mais chances de apresentarem dor crônica que os casados e os solteiros tinham 5,2 vezes mais chances de apresentarem o diagnóstico de enfermagem Risco para quedas que os casados.

A variável escolaridade apresentou associação estatisticamente significativa com os diagnósticos de enfermagem Intolerância à atividade ($p=0,002$) e Disfunção sexual ($p=0,026$). Sendo que os pacientes analfabetos tinham 5,9 vezes mais chances de apresentarem Intolerância à atividade que os de ensino fundamental incompleto e os pacientes com ensino fundamental ou médio completo tinham 10,6 vezes mais chances de apresentarem Disfunção sexual que os analfabetos.

A variável tempo de diagnóstico da doença demonstrou associação estatisticamente significativa com os diagnósticos de enfermagem Intolerância à atividade ($p=0,035$) e Risco para quedas ($p=0,012$). Sendo que os pacientes com mais de 11 anos de diagnóstico tinham 10,6 vezes mais chances de apresentarem Intolerância à atividade que os de um a cinco anos de diagnóstico e os pacientes com mais de 11 anos de diagnóstico tinham 7,4 vezes mais chances de apresentarem Risco para quedas que os de um a cinco anos de diagnóstico.

Outra variável associada estatisticamente foi o índice de massa corporal, encontrando-se associação com o diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais

do que as necessidades corporais ($p < 0,001$), sendo que os pacientes obesos tinham 299 vezes mais chances de apresentarem o diagnóstico do que os com sobrepeso.

Ao associarmos os diversos diagnósticos de enfermagem encontramos associações estatisticamente significativas entre Disfunção sexual e Controle ineficaz do regime terapêutico ($p=0,017$); Risco para quedas e Mobilidade física prejudicada ($p=0,004$); Mobilidade física prejudicada e Andar prejudicado ($p < 0,005$) e Risco para quedas e Andar prejudicado ($p=0,001$).

Ficamos surpresas com a presença de vários diagnósticos de enfermagem que se apresentaram com uma certa intensidade, tais como Dentição prejudicada (98,5%), Controle ineficaz do regime terapêutico (85,1%), Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (43,3%), Disfunção sexual (35,8%), Dor crônica (28,4%), Conhecimento deficiente (20,9%), entre outros.

Observamos, também, a grande dificuldade dos pacientes de seguirem corretamente as recomendações para o controle adequado da hipertensão arterial, pois esta é uma doença de alta complexidade, que exige mudanças de estilo de vida e adesão do paciente, tanto do tratamento farmacológico como do não-farmacológico, adotando a prática diária de atividade física, redução do consumo de sal e gordura, comparecimento às consultas, uso diário e correto de medicação anti-hipertensiva, controle do estresse, entre outros.

Isto nos faz refletir acerca da necessidade de maior atuação da enfermeira junto a estes pacientes, em especial nas orientações oferecidas, com relação ao tratamento medicamentoso e ao não-medicamentoso, respeitando suas particularidades, deficiências, crenças, condições sociais e familiares. Vale salientar que, ao longo do desenvolvimento desse estudo e após as entrevistas fizemos, como pesquisadora e enfermeira da unidade de saúde, nossas intervenções, tais como orientações quanto à medicação, alimentação adequada, encorajamento para a prática de exercícios, abandono de hábitos não saudáveis, abordagem familiar para maior adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, encaminhamento para consulta médica e convite para a inserção do paciente no grupo da terceira idade desenvolvido na unidade do estudo. Como já afirmado, a formação inicial desse grupo se deu com o intuito de auto-ajuda e estimulação da prática de exercícios pelos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes melito. O grupo funciona todas as terças e quintas-feiras, pela manhã, na unidade de saúde e é coordenado por nós.

Para a realização deste estudo tivemos algumas dificuldades, em especial na etapa de coleta de dados. O formulário, por dar uma abordagem completa e avaliar o paciente como um todo, contemplava todos os aspectos (biopsicossociais), ficando um pouco extenso, fazendo com que a consulta demorasse em média 60 minutos. Para aplicá-lo, foi necessário o nosso deslocamento até o domicílio do paciente, sendo ampliado o tempo estabelecido para a coleta de dados.

Na prática diária de uma consulta de enfermagem, fica difícil a aplicação desse formulário pelo tempo estabelecido para uma consulta, mas foi importante o seu uso na pesquisa, que possibilitou um retrato fiel dos pacientes do estudo, proporcionando ganhos na consolidação dos diagnósticos de enfermagem, melhorando a relação enfermeira/paciente. Fez com que este adquirisse confiança em nós, contribuindo de forma positiva nas respostas, em especial nos quesitos relacionados à família e sexualidade.

Esta pesquisa nos faz refletir também, que algumas áreas, consideradas como domínios na Taxonomia II, devam ser mais exploradas, na consulta de enfermagem aos pacientes portadores de hipertensão arterial, tais como os domínios de promoção da saúde, nutrição, atividade/repouso, percepção/cognição, sexualidade, princípios de vida, segurança/proteção e conforto.

Percebemos que o estudo nos permitiu maior compreensão da realidade dos pacientes, como também maior aproximação com o indivíduo e com sua família. Este fato nos ajuda para que, num segundo momento, quando, atendendo ao nosso maior propósito, formos implementar a fase posterior ao diagnóstico de enfermagem, possamos realmente desenvolver ações que irão ao encontro das necessidades de cada paciente.

Por fim, evidenciamos a importância da consulta de enfermagem ao paciente portador de hipertensão e da utilização dos diagnósticos de enfermagem, para que, a partir daí possamos implementar os cuidados necessários a esta clientela. Tratar hipertensão não se resume apenas em medicá-la, mas, também, associar a esta o tratamento não-farmacológico. É nesse momento que percebemos o quanto a atuação da enfermagem faz-se necessária, pois não é somente da responsabilidade do profissional médico o atendimento destes pacientes.

Assim, a expectativa é que os resultados obtidos tenham aplicação prática para a enfermagem, pois o estudo está inserido em um projeto de pesquisa e extensão que desenvolve ações integradas em saúde cardiovascular e os dados encontrados confirmam a

necessidade de uma enfermagem mais ativa no cuidado de pacientes portadores de hipertensão arterial.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS EXATAS
AV. PAVÃO, 624 - MARACÃS - RJ - CEP: 21546-030

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, G. B da S. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise conceitual**. 2002 119 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

ARAUJO, T. L. Hipertensão arterial – um problema de saúde coletiva e individual. In: DAMASCENO, M. M. C.; ARAUJO, T. L.; FERNANDES, A. F. C. **Transtornos vitais no fim do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. p. 33-38.

ARAUJO, T. L.; LOPES, M. V. de O. A importância da família no comportamento do modo de autoconceito. In: ALVES, M. D. S.; PAGLIUCA, L. M. F.; BARROSO, M. G. T. **Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo e família**. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC, 1999. p 145-153.

ATKINSON, L.D; MURRAY, M.E. O processo de enfermagem e o planejamento da assistência ao paciente. In: _____. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. cap. 17, p. 215-229.

AZEVEDO, S. L. **Diagnóstico de enfermagem: orientadores do cuidado ao paciente diabético**. 2001. 208 p. Dissertação (Mestrado)–Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BLOCH, K. V. Fatores de risco cardiovasculares para o diabetes mellitus. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC ABRASCO, 1998. p.43-72.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto Nº 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996. Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do programa saúde da família**. Brasília, 2000. 65 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Temática de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus: protocolo**. Brasília, 2001a. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Atualização para atenção básica: Diabetes mellitus e hipertensão arterial: casos clínicos**. Brasília, 2001b. 76 p.

BUSNELLO, R.G.; MELCHIOR, R.; FACCIN, C.; VETTORI, D.; PETTER, J.; MOREIRA, L. B.; FUCHS, F. D. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referencia. **Arq. Bras. Cardiologia**, v. 76, n. 5, p. 349-351, 2001.

CANO MONTESINOS, E.; PÉREZ ALARCÓ, N.; SILLA SOBRECASSES, B.; RAMOS FERNANDIS, M. P.; JAÉN MARTINEZ, F. Nivel de conocimientos de su enfermedad em pacientes incluidos em um programa de hipertension arterial. **Enfermeria Integral**, n. 54, p 4-9, 2000.

CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 25, n. 3, p. 259-269, dez. 1991.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 8. ed. São Paulo: Art Méd Editora, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN (BR). **Código de ética e legislação**. Fortaleza, 2003.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3., 1998, São Paulo. **Anais...** Campos do Jordão, SP: Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Nefrologia, 1998. 38 p.

CRUZ, D. A. L. M. Diagnósticos de enfermagem: aspectos históricos e definições. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, v. 13, n. 1/3, jan./dez. 1994.

CUNHA, I. C. K. **O Diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes com hipertensão arterial em acompanhamento ambulatorial**. 1999. 91 p. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4., 2002, São Paulo. **Anais...** Campos do Jordão, SP: Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2002. 40 p.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

GUERRA, E. M. D. **Recusa ao tratamento da hipertensão arterial: contribuições para o refinamento do diagnóstico**. 1998. 142 f. Dissertação (Mestrado)- Departamento de

Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

HOLANDA, H. E. M.; MION JUNIOR, D.; PIERIN, A. M. G. Medida da pressão arterial: critérios empregados em artigos científicos de periódicos brasileiros. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 68, n. 6, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 maio 2003.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

ISSA, J. S.; FRANCISCO, Y. A. Obesidade e doenças cardíacas: aspectos epidemiológicos e preventivos. **Rev. Soc. Cardiol. do estado de São Paulo**, v. 6, n. 5, set./out., p. 558-563, 1996.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. I.; BERNOCHI-LOSEY, D. **Processo de diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: artes Médicas, 1993.

JESUS, C. A. C. Evolução histórica d diagnóstico de enfermagem e sua aplicabilidade no planejamento da assistência. **Rev. de Saúde do Distrito Federal**, v. 6, n. 1/2, jan./jun. 1995.

LESSA, I. Epidemiologia do tratamento e da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC -ABRASCO. 1998. p.223-239.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 8, p. 383-392, 2001.

LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2ª ed. São Paulo: Harbra , 1987.

LIPP, M.; ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso**. Campinas: Papirus, 1994.

LOPES, M. L. H. **Consulta de enfermagem ao portador de hipertensão: trabalhando o autocuidado**. 2003. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Clínico-Cirúrgica) – Mestrado Interinstitucional, Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Maranhão, 2003.

LÓPEZ, M. **O processo diagnóstico nas decisões clínicas – ciência - arte - ética**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 2001. 492 p.

LUCENA, A. F.; ECHER, I. S.; LAUTERT, L. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e assistenciais. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto alegre, v. 17, n. 1, p. 12-18, jan. 1996.

LUNA, R. L. A epidemiologia da hipertensão arterial: o problema social. In: LUNA, R. L. **Hipertensão arterial**. São Paulo: MEDSI, 1989, p. 21-51.

MACIEL, I. C. F.; ARAUJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programa de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, mar./abr. 2003.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MION JUNIOR, D.; PIERIN, A.; IGNEZ, E.; BALLAS, D.; MARCONDES, M. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **J. Bras. Nefrol.**, v. 17, n. 4, p. 229-236, 1995.

MOREIRA, T. M. M. **Descrivendo a não adesão ao tratamento a partir de uma compreensão de sistemas**. 1999. 149 f. Dissertação (Mestrado)– Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

MOREIRA, T. M. M. **Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial**: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza-Ceará. 2003. 260 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

MOREIRA, T. M. M; ARAUJO, T. L.; CHAVES, E. S. La investigación perfeccionando la práctica de enfermería: técnica del cuidado para la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial. **Enfermería Integral**, n. 66, p.4-9, 2004.

MOREIRA, T. M. M; ARAUJO, T. L.; VASCONCELOS, F. F; CARVALHO, J. V. Pesquisa convergente-assistencial: êxito e dificuldades em sua utilização. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 166-173, abr./jun. 2003.

NAHAS, M. V. **Atividade física , saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001. 238 p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION-NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação – 2001-2002. Porto Alegre: Artmed, 2002. 288 p.

OLIVEIRA, M. I.; ALMEIDA, P. C. Participação da família no autocuidado do paciente diabético. In: FORTE, B. P. **Saúde da Família**: visão interdisciplinar. Fortaleza: Pós-Graduação Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem/DENF; Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 2002.p 83-89.

OLIVEIRA, T. C.; ARAUJO, T. L. Mecanismos desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.36, n. 3, p. 276-281, 2002.

PAUL, C.; REEVES, J. S. Visão geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 21-32.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de riscos em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.1, p. 33-39, jan. 1998.

PIERIN, A. M. G. Orientação sistematizada do paciente hipertenso submetido a tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 20, p. 193-205, 1986.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Ética e pesquisa em enfermagem. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 12, p. 291-309.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. O contexto familiar de enfermagem. In: _____. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. São Paulo: Tempo, 1996. cap. 14, p. 313-323.

RIBEIRO, M. B. D. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: RIBEIRO, A. B. **Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 9-19.

RICCIO, G. M. G.; SILVA, R. C. G. O diagnóstico de enfermagem “déficit de conhecimento” é indicador de presença de má adesão ao tratamento por hipertenso?. **Cadernos – Centro Universitário S. Camilo**, São Paulo, v.7, n.1, p. 37-43, jan./jun. 2001.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.;

MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: Ícone, 2001. p. 41-62.

SALGADO FILHO, N.; MONTEIRO JUNIOR, F. C.; RÊGO, J. B.; SALGADO, B. J. L.; PEREIRA, M. M.; BRITO, L. G.; GONÇALVES, A. N. R. Características associadas ao não controle da pressão arterial de pacientes hipertensos em tratamento medicamentoso. **Revista do Hospital Universitário/ UFMA**, v. 3, n. 1, p. 14-19, jan./abr. 2002.

SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, R. M. **Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado.** Fortaleza: Ed. Unifor, 2002. 96 p.

SARQUIS, L. M. M.; DELL'ACQUA, M.C.Q.; GALLANI, M.C.B.J.; MOREIRA, R.M.; BOCCHI, S.C.M.; TASE, T.H.; PIERIN, A.M.G. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 32, n. 4, p. 335-353, dez. 1998.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Educação e orientação à saúde do cliente. In: _____. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 37-44

SOUSA, M. F. de. **A cor-agem do PSF.** São Paulo: HUCITEC, 2001a. 127 p.

SOUZA, M. F. de. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: Ícone, 2001b.p. 29-39

SPARKS, S. M.; TAYLOR, C. M.; DYER, J. G. **Diagnóstico em enfermagem.** Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso editores, 2000. 479 p.

STAMM, M. Enfermagem e família em situação de alcoolismo: uma proposta de cuidado.

Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 9, n. 2, pt. 2, p. 621-631, maio/ago. 2000.

VANZIN, A. S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** Porto alegre: RMBL

Gráfica, 1996. 191 p.

VICTOR, J. F. **Educação em saúde na Unidade Básica de Saúde da Família: atuação do**

enfermeiro um estudo de caso. 2002. 96 f. Dissertação (Mestrado)– Departamento de

Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal

do Ceará, Fortaleza, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS BASEADO NA TAXONOMIA II DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA

Dados de Identificação:

Nome: _____ Idade: ____ Sexo: _____

Endereço: _____

Escolaridade: _____ Religião: _____ Estado civil: _____

Profissão: _____ Ocupação: _____

Renda Familiar: _____ Ano de diagnóstico da doença: _____

1. Domínio 1: Promoção da Saúde(consciência da saúde, controle da saúde)

1.1. O que sabe sobre suas condições de saúde? _____

1.2. Como está sua saúde hoje? _____

1.3. Percepção dos sintoma/sinais quando tem alteração da doença(HAS).

() S () N Quais? _____

1.4. Alteração relaciona com os sinais/sintomas _____

1.4. Internação relacionada a doença: () N () S Quando: _____

1.5. Uso de medicação: () N () S Quais: _____

1.6. Expectativa quanto ao tratamento: () Curativo () Controle () Outro() _____

1.7. Reação alérgica à medicação: () N () S Especifique: _____

1.8. Fuma? () N () S Quantos cigarros/dia? _____

1.9. Faz uso de bebida alcoólica? () N () S Qual? _____ Quantidade/dia _____

2. Domínio 2: Nutrição(ingestão, digestão, absorção, metabolismo, hidratação)

2.1. Avaliação da condição atual do apetite: () aumentado () diminuído () conservado

2.2. Nº refeições/dia: _____

2.3. Cardápio: Desjejum: _____

Lanche: _____

Almoço: _____

Lanche: _____

Jantar: _____

2.4. Peso atual: _____

2.5. Peso há 6 meses: _____

2.6. Ingestão hídrica diária:

satisfatória – 1,5 a 2 l/dia

baixa – menor 1,5 l/dia

alta – maior 2 l/dia

2.7. Dificuldades para mastigar alimentos: N S Justifique _____

2.8. Dificuldades para engolir alimentos: N S Justifique _____

3. Domínio 3: Eliminação(sistemas urinários, gastrintestinal, tegumentar, pulmonar)

3.1. Cansaço, falta de energia ou de força: N S ()

3.2. Tosse: N S frequência: _____

3.3. Hábito urinário diário: mais freqüente dia mais freqüente noite indiferente

3.4. Freqüência das micções: mais 5 vezes menos 5 vezes

3.5. Desconforto urinário ardor dificuldade para eliminação nenhuma alteração

3.6. Evacuação diária: 1 vez/dia mais 1 vez/dia menos 1 vez/dia

3.7. Tipo habitual de fezes: pastosa diarreicas endurecidas normal

3.8. Desconforto ao defecar: cólica dificuldade sangramento nenhuma

4. Domínio 4: Atividade/Repouso(sono/repouso, atividade/exercício, equilíbrio de energia, respostas cardiovasculares/pulmonares)

4.1. Tipo de sono: ininterrupto interrompido agitado

Justificar: _____

4.2. Horas de sono/dia: 6 horas mais 6 horas menos 6 horas

Justificar: _____

4.3. Horário do sono: noturno diurno diurno/noturno

Justificar: _____

4.4. Início do sono/repouso:

imediatamente após deitar 1 hora após deitar mais de 1 hora após deitar

Justificar: _____

4.5. Interrupção do sono: N S N^o vezes: _____

Justificar: _____

4.6. Condições ao despertar: descansado cansado

Justificar: _____

4.7. Limitações para realizar atividades físicas diárias:

Limitação	SIM	NÃO	Justificar
Subir escadas			
Andar			
Cuidar da casa			
Cozinhar			
Lavar roupas			
Subir ladeira			

4.8. Limitação física durante/após atividades:

Limitação	SIM	NÃO	Justificar
Falta de ar			
Cansaço			
Tontura			
Dor MMSS			
Dor MMII			
Cefaléia			
Falta de força MMSS			
Falta de força MMII			

4.9 Atividades de distração/lazer:

() S Qual: _____

() N Por que? _____

4.10. Participação em grupo: N() S() Qual: _____

4.11 Atividades que gostaria de fazer e não pode: N() S() O que: _____

Justificar: _____

5. Domínio 5: Percepção/cognição(atenção, orientação, sensação/percepção, cognição, comunicação)

5.1. Dificuldades para aprender coisas novas: N() S() Justificar: _____

5.2. Considera importante aprender sobre:

() sua doença () autocuidado () tratamento () Outros _____

5.3. Tem alguma dificuldade para:

Falar N() S() Especificar e Justificar: _____

Ler N() S() Especificar e Justificar: _____

Escrever N() S() Especificar e Justificar: _____

Ouvir N() S() Especificar e Justificar: _____

Memorizar N() S() Especificar e justificar: _____

6. Domínio 6. Autopercepção (autoconceito, auto-estima, imagem corporal)

6.1. Auto descrição do seu modo de ser: _____

6.2. Desejo de ser diferente: N() S() Especificar: _____

6.3. Modificações relacionadas a doença: N() S() Especificar: _____

6.4. Percepção sobre a forma de contribuir para o tratamento: N() S() Como: _____

6.5. Planos para o futuro: _____

6.6. Satisfação com aparência, estilo de vida e realizações: N() S()

Justificar: _____

7. Domínio 7. Relacionamento de Papel (papéis do cuidador, relações familiares, desempenho de papel)

7.1. Com quem vive: _____

7.2. Cuidador: S() N() De quem: _____

7.3. Satisfação com o papel de cuidador: S() N() Justificar: _____

7.4. É cuidado: N() S()

7.5. Satisfação com o posição de ser cuidado: S() N() Justificar: _____

7.6. Pessoas com as quais se relaciona bem:

Núcleo familiar S() N() Especificar e justificar: _____

Social S() N() Especificar e justificar: _____

Trabalho S() N() Especificar e justificar: _____

7.7. Satisfação com a ajuda que recebe: N() S() Especificar: _____

7.8. Sentimento de solidão? N() S() _____

7.9. Sentimento com o fato de ser solitário: N() S() _____

7.10. Práticas para evitar a solidão: _____

7.11. Problemas trazidos pela doença:

Para o relacionamento familiar N() S() Especifique: _____

Para o lazer N() S() Especifique: _____

Para as finanças N() S() Especifique: _____

Outros: _____

7.12. Capacidade de decidir sozinho sobre:

Atividade	SIM	NÃO	Justificar
Forma de passar o dia			
Fazer compras			
Receber pagamentos			
Fazer pagamentos			
Ir as consultas			
Ir a igreja			
Atividades de lazer			
Passear			

6.4. Percepção sobre a forma de contribuir para o tratamento: N() S() Como: _____

6.5. Planos para o futuro: _____

6.6. Satisfação com aparência, estilo de vida e realizações: N() S()

Justificar: _____

7. Domínio 7. Relacionamento de Papel (papéis do cuidador, relações familiares, desempenho de papel)

7.1. Com quem vive: _____

7.2. Cuidador: S() N() De quem: _____

7.3. Satisfação com o papel de cuidador: S() N() Justificar: _____

7.4. É cuidado: N() S()

7.5. Satisfação com o posição de ser cuidado: S() N() Justificar: _____

7.6. Pessoas com as quais se relaciona bem:

Núcleo familiar S() N() Especificar e justificar: _____

Social S() N() Especificar e justificar: _____

Trabalho S() N() Especificar e justificar: _____

7.7. Satisfação com a ajuda que recebe: N() S() Especificar: _____

7.8. Sentimento de solidão?? N() S() _____

7.9. Sentimento com o fato de ser solitário: N() S() _____

7.10. Práticas para evitar a solidão: _____

7.11. Problemas trazidos pela doença:

Para o relacionamento familiar N() S() Especifique: _____

Para o lazer N() S() Especifique: _____

Para as finanças N() S() Especifique: _____

Outros: _____

7.12. Capacidade de decidir sozinho sobre:

Atividade	SIM	NÃO	Justificar
Forma de passar o dia			
Fazer compras			
Receber pagamentos			
Fazer pagamentos			
Ir as consultas			
Ir a igreja			
Atividades de lazer			
Passar			

Domínio 11. Segurança/Proteção (infecção, lesão física, violência, riscos ambientais, processos defensivos, termorregulação)

11.1 Dificuldade para andar: S() N() Especificar e Justificar _____

11.2 Quedas anteriores: S() N() Especificar: _____

11.3 Tontura/vertigem ao mudar de posição: S() N()

11.4 Apoio para andar: S() N()

11.5 Tem em casa:

	SIM	NÃO
Tapetes		
Piso escorregadio		
Banheiro fora de casa		
Ambiente pouco iluminado		
Escadas/degraus		
Água encanada		
Ventilação do ambiente		

Domínio 12. Conforto (conforto físico, conforto ambiental, conforto social)

12.1 Queixa de dor: S() N()

12.2 Há quanto tempo? _____

12.3 Queixas de dor: () anterior () no momento

12.4 Especificar:

Localização: _____ Freqüência: _____

Duração: _____ Irradiação: _____

Fatores precipitadores: _____

Intensidade(de 0 a 10, com 10 = mais forte) _____

A dor é: () Contínua () Vai e vem independente de qualquer coisa

() Vai e vem dependendo de _____

12.5. Tem início: () Súbito () Insidioso

12.6. Outros sintomas associados a dor: S() N() Qual: _____

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: _____ x _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Temperatura: _____ °C

Pulso: _____ () Ritmo () Arritmico

Respiração: () Normal () Anormal: _____

Aparência e higiene: () Adequada () Inadequada

Visão: () Normal () Usa lentes

Turgência jugular: () Sim () Não

Tireóide palpável: () Sim () Não

Dentição: () Prótese () Cáries () Tártaro () Falhas dentárias

Pele: () Normal () Espinhas e cravos () Presença de lesões e deformidades

MMSS: () Parestesias () Coloração normal () Coloração alterada () Dor () Amputação

() Deformidades _____ () Outros _____

MMII: () Edema () Varizes () Parestesias () Dor () Amputação _____

() Deformidades _____ () Outros _____

Alterações na marcha e locomoção: () Sim () Não

Apresenta queixas: () Tonturas () Síncope () Dor precordial () Cefaléia

Percepção do entrevistado: _____

Percepção do entrevistador: _____

APÊNDICE B

**CONSOLIDADO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM ADULTOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL: ESTUDO EM UM GRUPO ESPECÍFICO.**

NOME: _____ IDADE _____ Nº FORMULÁRIO: _____

HISTÓRIA DO PACIENTE	DIAGNÓSTICO	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1. PROMOÇÃO DA SAÚDE			
2. NUTRIÇÃO			
3. ELIMINAÇÃO			
4. ATIVIDADE/REPOUSO			
5. PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO			
6. AUTI-PERCEPÇÃO			
7. RELACIONAMENTO DE PAPEL			
8. SEXUALIDADE			
9. ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE			
10. PRINCÍPIOS DE VIDA			
11. SEGURANÇA/PROTEÇÃO			
12. CONFORTO			

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou Francisca de Fátima Vasconcelos, trabalho como enfermeira na Unidade Básica Saúde da Família, sou aluna do Curso de Mestrado da Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo um estudo intitulado: **“Diagnósticos de enfermagem em adultos portadores de hipertensão arterial: estudo em um grupo específico”**.

O Objetivo desse estudo é conhecer os principais problemas de saúde das pessoas que são portadoras de pressão alta e as causas que levam a esses problemas. Esses problemas devem ser aqueles que podem ser atendidos pelas enfermeiras durante as consultas e visitas aos domicílios. Desta forma, com este trabalho pretendo, como enfermeira da unidade de saúde da equipe da área 5 e ao desenvolver a consulta de enfermagem a estas pessoas, conhecer melhor seus problemas, suas necessidades e dificuldades apresentadas em relação a sua doença para que eu possa melhorar minha abordagem e as ações de enfermagem que estejam na minha competência de resolução tanto individualmente como coletivamente, isto é, com as outras pessoas que atuam comigo.

Para que eu possa realizar este trabalho, preciso de sua colaboração e participação. Caso você aceite participar, farei uma entrevista individual com questões previamente elaboradas em horário marcado antecipadamente, no seu domicílio, de acordo com a sua disponibilidade.

Informo ainda que:

- Você tem o direito e a liberdade de negar-se a participar do estudo ou dele retirar-se quando assim o desejar, sem nenhum prejuízo moral, físico ou social;
- Os dados coletados serão divulgados, mas sua identidade será mantida no anonimato, bem como qualquer informação que possa identifica-lo;

Para maiores esclarecimentos, estarei disponível no seguinte endereço:

Rua Alexandre Baraúna, 1115, Bairro Parangabussu, Telefone: 3288 8459

Certo de contar com sua colaboração, desde já meus sinceros agradecimentos.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo sobre "Diagnóstico de enfermagem em adultos portadores de hipertensão arterial: estudo em um grupo específico" tendo sido devidamente esclarecido(a) de seu objetivo, método e condições éticas legais, concordando em dele participar.

Fortaleza, ____ de _____ de 2004

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Assinatura da pessoa que obtiver o aceite

ANEXOS

ANEXO A
FORMULÁRIO HIPERDIA



MS – HIPERDIA
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

1.ª Via: Enviar para digitação
**CADASTRO DO
HIPERTENSO E/OU
DIABÉTICO**

Nome da Unidade de Saúde (*)	Cod. SIA/SUS ou CNES (EAS) (*)	Número do Prontuário
------------------------------	--------------------------------	----------------------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)					
Nome (com letra de fôrma e sem abreviaturas)				Data Nascimento / /	Sexo M F
Nome da Mãe (com letra de fôrma e sem abreviaturas)			Nome do Pai		
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização / /
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS (***)	

DOCUMENTOS GERAIS					
Título de Eleitor	Número	Zona	Série		
CTPS	Número	Série	UF	Data de Emissão / /	
CPF	Número	PIS/PASEP	Número		

DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (**)					
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório			Livro
	Folha	Termo	Data de Emissão / /		

ENDEREÇO (*)					
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone		

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE					
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)		
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)	<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial		

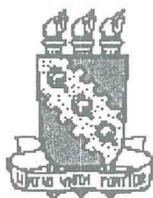
Fatores de risco e Doenças concomitantes (*)	Não	Sim	Presença de Complicações (*)	Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			Infarto Agudo Miocárdio		
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias		
Diabetes Tipo 2			AVC		
Tabagismo			Pé diabético		
Sedentarismo			Amputação por diabetes		
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal		
Hipertensão Arterial					

TRATAMENTO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS									
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>									
Medicamentoso									
	Comprimidos/dia						Unidades/dia		
Tipo	1/2	1	2	3	4	5	6		
Hidroclorotiazida 25mg									
Propranolol 40mg									
Captopril 25mg									
Glibenclamida 5mg									
Metformina 850mg									
Outros Medicamentos	<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO						

Data da Consulta (*) / /	Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)
------------------------------------	---

Legenda: - (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone.
(**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.
(***) Em caso de possuir o cartão SUS, preencher somente o número e o nome do paciente.

ANEXO B
TERMO DE CONSENTIMENTO



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 60/04

Fortaleza, 27 de fevereiro de 2004

Protocolo COMEPE n° 20/04

Pesquisador responsável: Francisca de Fátima Vasconcelos

Dept°./Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: "Diagnósticos de enfermagem em adultos portadores de hipertensão arterial"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 26 de fevereiro de 2004.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, consistindo de uma letra 'M' estilizada.

Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE-ER-WC/UFC

Tabela A1: Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75 de acordo com a variável sexo, Fortaleza, 2004.

Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75	Total por diagnóstico	SEXO					
		Feminino (N = 49)			Masculino (N = 18)		
		n	% (por sexo)	% (por diag.)	n	% (n sexo)	% (n diag.)
Controle eficaz do regime terapêutico	10	8	16,3%	80,0%	2	11,1%	20,0%
Controle ineficaz do regime terapêutico	57	41	83,7%	71,9%	16	88,9%	28,1%
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	29	19	38,8%	65,5%	10	55,6%	34,5%
Constipação	19	16	32,7%	84,2%	3	16,7%	15,8%
Padrão de sono perturbado	20	16	32,7%	80,0%	4	22,2%	20,0%
Andar prejudicado	12	7	14,3%	58,3%	5	27,8%	41,7%
Mobilidade física prejudicada	10	5	10,2%	50,0%	5	27,8%	50,0%
Intolerância a atividade	15	11	22,4%	73,3%	4	22,2%	26,7%
Conhecimento deficiente	14	8	16,3%	57,1%	6	33,3%	42,9%
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	10	9	18,4%	90,0%	1	5,6%	10,0%
Disfunção sexual	67	13	26,5%	54,2%	11	61,1%	45,8%
Disposição para bem-estar espiritual aumentado	34	24	49,0%	70,6%	10	55,6%	29,4%
Dentição prejudicada	66	48	98,0%	72,7%	18	100,0%	27,3%
Risco para quedas	39	28	57,1%	71,8%	11	61,1%	28,2%
Dor crônica	19	17	34,7%	89,5%	2	11,1%	10,5%

Tabela A2: Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75 de acordo com a variável idade, Fortaleza, 2004.

Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75	Total por diagnóstico	IDADE											
		39 a 50 (n=12)			51 a 60 (n=23)			61 a 70 (n=18)			71 a 89 (n=14)		
		n	% (por idade)	% (por diag.)	n	% (por idade)	% (por diag.)	n	% (por idade)	% (por diag.)	n	% (por idade)	% (por diag.)
Controle eficaz do regime terapêutico	10	4	33,3%	40,0%	3	13,0%	30,0%	2	11,1%	20,0%	1	7,1%	10,0%
Controle ineficaz do regime terapêutico	57	8	66,7%	14,0%	20	87,0%	35,1%	16	88,9%	28,1%	13	92,9%	22,8%
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	29	4	33,3%	13,8%	10	43,5%	34,5%	9	50,0%	31,0%	6	42,9%	20,7%
Constipação	19	4	33,3%	21,1%	3	13,0%	15,8%	8	44,4%	42,1%	4	28,6%	21,1%
Padrão de sono perturbado	20	3	25,0%	15,0%	7	30,4%	35,0%	5	27,8%	25,0%	5	35,7%	25,0%
Andar prejudicado	12	1	8,3%	8,3%	3	13,0%	25,0%	5	27,8%	41,7%	3	21,4%	25,0%
Mobilidade física prejudicada	10	1	8,3%	10,0%	4	17,4%	40,0%	2	11,1%	20,0%	3	21,4%	30,0%
Intolerância a atividade	15	0			5	21,7%	33,3%	5	27,8%	33,3%	5	35,7%	33,3%
Conhecimento deficiente	14	0			3	13,0%	21,4%	5	27,8%	35,7%	6	42,9%	42,9%
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	10	5	41,7%	50,0%	2	8,7%	20,0%	2	11,1%	20,0%	1	7,1%	10,0%
Disfunção sexual	24	7	58,3%	29,2%	9	39,1%	37,5%	4	22,2%	16,7%	4	28,6%	16,7%
Disposição para bem-estar espiritual aumentado	34	4	33,3%	11,8%	10	43,5%	29,4%	9	50,0%	26,5%	11	78,6%	32,4%
Dentição prejudicada	66	12	100,0%	18,2%	22	95,7%	33,3%	18	100,0%	27,3%	14	100,0%	21,2%
Risco para quedas	39	3	25,0%	7,7%	10	43,5%	25,6%	13	72,2%	33,3%	13	92,9%	33,3%
Dor crônica	19	2	16,7%	10,5%	5	21,7%	26,3%	7	38,9%	36,8%	5	35,7%	26,3%

Tabela A3: Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75 de acordo com a variável estado civil, Fortaleza.

2004

Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75	Total por diagnóstico	ESTADO CIVIL					
		Solteiro (N = 18)			Casado (N = 47)		
		n	% (por EC)	% (por diag.)	n	% (por EC)	% (por diag.)
Controle eficaz do regime terapêutico	10	3	16,7%	30,0%	7	14,9%	70,0%
Controle ineficaz do regime terapêutico	55	15	83,3%	27,3%	40	85,1%	72,7%
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	28	9	50,0%	32,1%	19	40,4%	67,9%
Constipação	18	6	33,3%	33,3%	12	25,5%	66,7%
Padrão de sono perturbado	20	11	61,1%	55,0%	9	19,1%	45,0%
Andar prejudicado	12	4	22,2%	33,3%	8	17,0%	66,7%
Mobilidade física prejudicada	10	2	11,1%	20,0%	8	17,0%	80,0%
Intolerância a atividade	14	6	33,3%	42,9%	8	17,0%	57,1%
Conhecimento deficiente	14	6	33,3%	42,9%	8	17,0%	57,1%
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	9	4	22,2%	44,4%	5	10,6%	55,6%
Disfunção sexual	24	4	22,2%	16,7%	20	42,6%	83,3%
Disposição para bem-estar espiritual aumentado	32	11	61,1%	34,4%	21	44,7%	65,6%
Dentição prejudicada	64	18	100,0%	28,1%	46	97,9%	71,9%
Risco para quedas	38	15	83,3%	39,5%	23	48,9%	60,5%
Dor crônica	18	9	50,0%	50,0%	9	19,1%	50,0%

Tabela A4: Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75 de acordo com a variável escolaridade, Fortaleza, 2004

Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75	Total por diagnóstico	ESCOLARIDADE								
		Analfabeto (N=19)			Fundamental Incompleto (N=38)			Fundamental ou Médio completo (N=9)		
		n	% por esco	% por diag	n	% por esco	% por diag.	n	% por esco	% por diag.
Controle eficaz do regime terapêutico	10	2	10,5%	20,0%	6	15,8%	60,0%	2	22,2%	20,0%
Controle ineficaz do regime terapêutico	56	17	89,5%	30,4%	32	84,2%	57,1%	7	77,8%	12,5%
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	29	11	57,9%	37,9%	15	39,5%	51,7%	3	33,3%	10,3%
Constipação	18	5	26,3%	27,8%	12	31,6%	66,7%	1	11,1%	5,6%
Padrão de sono perturbado	20	6	31,6%	30,0%	13	34,2%	65,0%	1	11,1%	5,0%
Andar prejudicado	12	5	26,3%	41,7%	7	18,4%	58,3%	0		
Mobilidade física prejudicada	10	2	10,5%	20,0%	7	18,4%	70,0%	1	11,1%	10,0%
Intolerância a atividade	14	9	47,4%	64,3%	5	13,2%	35,7%	0		
Conhecimento deficiente	14	7	36,8%	50,0%	5	13,2%	35,7%	2	22,2%	14,3%
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	10	2	10,5%	20,0%	5	13,2%	50,0%	3	33,3%	30,0%
Disfunção sexual	23	3	15,8%	13,0%	14	36,8%	60,9%	6	66,7%	26,1%
Disposição para bem-estar espiritual aumentado	33	10	52,6%	30,3%	19	50,0%	57,6%	4	44,4%	12,1%
Dentição prejudicada	65	19	100,0%	29,2%	38	100,0%	58,5%	8	88,9%	12,3%
Risco para quedas	38	14	73,7%	36,8%	20	52,6%	52,6%	4	44,4%	10,5%
Dor crônica	18	8	42,1%	44,4%	8	21,1%	44,4%	2	22,2%	11,1%

Tabela A 5: Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75 de acordo com a variável religião, Fortaleza, 2004

Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75	Total por diagnóstico	RELIGIÃO					
		Católica (N = 55)			Outras (N = 12)		
		n	% (por RL)	% (por diag.)	n	% (por RL)	% (por diag.)
Controle eficaz do regime terapêutico	10	10	18,2%	100,0%	0		
Controle ineficaz do regime terapêutico	57	45	81,8%	78,9%	12	100,0%	21,1%
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	29	24	43,6%	82,8%	5	41,7%	17,2%
Constipação	19	15	27,3%	78,9%	4	33,3%	21,1%
Padrão de sono perturbado	20	15	27,3%	75,0%	5	41,7%	25,0%
Andar prejudicado	12	11	20,0%	91,7%	1	8,3%	8,3%
Mobilidade física prejudicada	10	9	16,4%	90,0%	1	8,3%	10,0%
Intolerância a atividade	15	12	21,8%	80,0%	3	25,0%	20,0%
Conhecimento deficiente	14	9	16,4%	64,3%	5	41,7%	35,7%
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	10	10	18,2%	100,0%	0		
Disfunção sexual	24	23	41,8%	95,8%	1	8,3%	4,2%
Disposição para bem-estar espiritual aumentado	34	25	45,5%	73,5%	9	75,0%	26,5%
Dentição prejudicada	66	54	98,2%	81,8%	12	100,0%	18,2%
Risco para quedas	39	30	54,5%	76,9%	9	75,0%	23,1%
Dor crônica	19	15	27,3%	78,9%	4	33,3%	21,1%

Tabela A 6: Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75 de acordo com a variável ocupação, Fortaleza, 2004

Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75	Total por diagnóstico	OCUPAÇÃO								
		aposentado (N=11)			Do Lar (N=36)			Outros (N=8)		
		n	% por ocup	% por diag	n	% por ocup	% por diag.	n	% por ocup	% por diag.
Controle eficaz do regime terapêutico	8	2	18,2%	25,0%	4	11,1%	50,0%	2	25,0%	25,0%
Controle ineficaz do regime terapêutico	47	9	81,8%	19,1%	32	88,9%	68,1%	6	75,0%	12,8%
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	25	6	54,5%	24,0%	16	44,4%	64,0%	3	37,5%	12,0%
Constipação	16	3	27,3%	18,8%	12	33,3%	75,0%	1	12,5%	6,3%
Padrão de sono perturbado	16	4	36,4%	25,0%	11	30,6%	68,8%	1	12,5%	6,3%
Andar prejudicado	10	4	36,4%	40,0%	5	13,9%	50,0%	1	12,5%	10,0%
Mobilidade física prejudicada	8	3	27,3%	37,5%	4	11,1%	50,0%	1	12,5%	12,5%
Intolerância a atividade	10	3	27,3%	30,0%	7	19,4%	70,0%			
Conhecimento deficiente	9	3	27,3%	33,3%	5	13,9%	55,6%	1	12,5%	11,1%
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	9	1	9,1%	11,1%	7	19,4%	77,8%	1	12,5%	11,1%
Disfunção sexual	17	6	54,5%	35,3%	9	25,0%	52,9%	2	25,0%	11,8%
Disposição para bem-estar espiritual aumentado	29	6	54,5%	20,7%	20	55,6%	69,0%	3	37,5%	10,3%
Dentição prejudicada	54	11	100,0%	20,4%	35	97,2%	64,8%	8	100,0%	14,8%
Risco para quedas	30	7	63,6%	23,3%	20	55,6%	66,7%	3	37,5%	10,0%
Dor crônica	16	3	27,3%	18,8%	13	36,1%	81,3%	0		

Tabela A 7: Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75 de acordo com a variável renda. Fortaleza, 2004

Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75	Total por diagnóstico	RENDA (salário mínimo)								
		≤ 1 sm (N=18)			1 --- 2 sm (N=20)			> 2 sm (N=26)		
		n	% por rend	% por diag	n	% por rend	% por diag.	n	% por rend	% por diag
Controle eficaz do regime terapêutico	10	1	5,6%	10,0%	6	30,0%	60,0%	3	11,5%	30,0%
Controle ineficaz do regime terapêutico	54	17	94,4%	31,5%	14	70,0%	25,9%	23	88,5%	42,6%
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	26	9	50,0%	34,6%	6	30,0%	23,1%	11	42,3%	42,3%
Constipação	18	4	22,2%	22,2%	5	25,0%	27,8%	9	34,6%	50,0%
Padrão de sono perturbado	18	8	44,4%	44,4%	4	20,0%	22,2%	6	23,1%	33,3%
Andar prejudicado	12	4	22,2%	33,3%	3	15,0%	25,0%	5	19,2%	41,7%
Mobilidade física prejudicada	10	3	16,7%	30,0%	2	10,0%	20,0%	5	19,2%	50,0%
Intolerância a atividade	15	6	33,3%	40,0%	5	25,0%	33,3%	4	15,4%	26,7%
Conhecimento deficiente	13	6	33,3%	46,2%	2	10,0%	15,4%	5	19,2%	38,5%
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	9	4	22,2%	44,4%	2	10,0%	22,2%	3	11,5%	33,3%
Disfunção sexual	24	6	33,3%	25,0%	6	30,0%	25,0%	12	46,2%	50,0%
Disposição para bem-estar espiritual aumentado	33	9	50,0%	27,3%	13	65,0%	39,4%	11	42,3%	33,3%
Dentição prejudicada	63	18	100,0%	28,6%	20	100,0%	31,7%	25	96,2%	39,7%
Risco para quedas	38	10	55,6%	26,3%	12	60,0%	31,6%	16	61,5%	42,1%
Dor crônica	18	7	38,9%	38,9%	7	35,0%	38,9%	4	15,4%	22,2%

Tabela A8: Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75 de acordo com tempo de diagnóstico da doença. Fortaleza, 2004

Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75	Total por diagnóstico	Tempo de diagnóstico								
		1 a 5 anos (N=30)			6 a 10 anos (N=17)			11 ou mais (N=20)		
		n	% por ano	% por diag	n	% por ano	% por diag.	n	% por ano	% por diag
Controle eficaz do regime terapêutico	10	6	20,0%	60,0%	2	11,8%	20,0%	2	10,0%	20,0%
Controle ineficaz do regime terapêutico	57	24	80,0%	42,1%	15	88,2%	26,3%	18	90,0%	31,6%
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	29	13	43,3%	44,8%	8	47,1%	27,6%	8	40,0%	27,6%
Constipação	19	6	20,0%	31,6%	4	23,5%	21,1%	9	45,0%	47,4%
Padrão de sono perturbado	20	8	26,7%	40,0%	5	29,4%	25,0%	7	35,0%	35,0%
Andar prejudicado	12	6	20,0%	50,0%	3	17,6%	25,0%	3	15,0%	25,0%
Mobilidade física prejudicada	10	5	16,7%	50,0%	4	23,5%	40,0%	1	5,0%	10,0%
Intolerância a atividade	15	6	20,0%	40,0%	1	5,9%	6,7%	8	40,0%	53,3%
Conhecimento deficiente	14	6	20,0%	42,9%	1	5,9%	7,1%	7	35,0%	50,0%
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	10	7	23,3%	70,0%	1	5,9%	10,0%	2	10,0%	20,0%
Disfunção sexual	24	14	46,7%	58,3%	3	17,6%	12,5%	7	35,0%	29,2%
Disposição para bem-estar espiritual aumentado	34	16	53,3%	47,1%	7	41,2%	20,6%	11	55,0%	32,4%
Dentição prejudicada	66	30	100,0%	45,5%	16	94,1%	24,2%	20	100,0%	30,3%
Risco para quedas	39	13	43,3%	33,3%	9	52,9%	23,1%	17	85,0%	43,6%
Dor crônica	19	9	30,0%	47,4%	3	17,6%	15,8%	7	35,0%	36,8%

Tabela A 9: Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75 de acordo com o índice de massa corporal, Fortaleza, 2004

Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75	Total por diagnóstico	IMC								
		Normal (N=10)			Sobrepeso (N=27)			Obeso (N=25)		
		n	% por IMC	% por diag	n	% por IMC	% por diag	n	% por IMC	% por diag
Controle eficaz do regime terapêutico	10	2	20,0%	20,0%	8	29,6%	80,0%	0		
Controle ineficaz do regime terapêutico	52	8	80,0%	15,4%	19	70,4%	36,5%	25	100,0%	48,1%
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	26	0			2	7,4%	7,7%	24	96,0%	92,3%
Constipação	18	4	40,0%	22,2%	7	25,9%	38,9%	7	28,0%	38,9%
Padrão de sono perturbado	18	2	20,0%	11,1%	9	33,3%	50,0%	7	28,0%	38,9%
Andar prejudicado	10	0			3	11,1%	30,0%	7	28,0%	70,0%
Mobilidade física prejudicada	8	0			3	11,1%	37,5%	5	20,0%	62,5%
Intolerância a atividade	13	0			7	25,9%	53,8%	6	24,0%	46,2%
Conhecimento deficiente	12	2	20,0%	16,7%	4	14,8%	33,3%	6	24,0%	50,0%
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	9	1	10,0%	11,1%	6	22,2%	66,7%	2	8,0%	22,2%
Disfunção sexual	23	3	30,0%	13,0%	13	48,1%	56,5%	7	28,0%	30,4%
Disposição para bem-estar espiritual aumentado	32	5	50,0%	15,6%	13	48,1%	40,6%	14	56,0%	43,8%
Dentição prejudicada	61	10	100,0%	16,4%	26	96,3%	42,6%	25	100,0%	41,0%
Risco para quedas	35	4	40,0%	11,4%	15	55,6%	42,9%	16	64,0%	45,7%
Dor crônica	17	1	10,0%	5,9%	8	29,6%	47,1%	8	32,0%	47,1%

Tabela B1 : Controle eficaz do regime terapêutico com número de medicações usadas pelos pacientes, Fortaleza, 2004.

	Controle Eficaz do Regime Terapêutico			p	OR	IC 95%
	Não	Sim	Total			
Nº de medicamentos						
1	21	8	29	0,016 ⁽¹⁾	5,241	1,202 a 22,846
≥ 2	36	2	38			
Total	57	10	67			

Tabela B2: Disfunção sexual e Processos familiares disfuncionais: alcoolismo, Fortaleza, 2004.

	Disfunção sexual		Total	p
	Não	Sim		
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo				
Não	nº pacientes	39	18	0,149
	%	68,4%	31,6%	
Sim	nº pacientes	4	6	
	%	40,0%	60,0%	

Tabela B3: Disfunção sexual de acordo com medicações, Fortaleza, 2004.

Medicações		Disfunção sexual		Total	p
		Não	Sim		
Hidroclotiazida					
Não	nº pacientes	14	10	24	0,596
	%	58,3%	41,7%	100,0%	
Sim	nº pacientes	29	14	43	
	%	67,4%	32,6%	100,0%	
Furosemida					
Não	nº pacientes	41	24	65	
	%	63,1%	36,9%	100,0%	
Sim	nº pacientes	2	0	2	
	%	100,0%		100,0%	
Propranolol					
Não	nº pacientes	39	18	57	0,149
	%	68,4%	31,6%	100,0%	
Sim	nº pacientes	4	6	10	
	%	40,0%	60,0%	100,0%	
Atenolol					
Não	nº pacientes	43	23	66	
	%	65,2%	34,8%	100,0%	
Sim	nº pacientes	0	1	1	
	%		100,0%	100,0%	
Captopril					
Não	nº pacientes	14	12	26	0,196
	%	53,8%	46,2%	100,0%	
Sim	nº pacientes	29	12	41	
	%	70,7%	29,3%	100,0%	

Tabela B4: Processos familiares disfuncionais: alcoolismo em função do Controle ineficaz do regime terapêutico, Fortaleza, 2004.

Controle ineficaz do regime terapêutico	Processos familiares disfuncionais: alcoolismo				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Não	10	17,5%			0,337
Sim	47	82,5%	10	100,0%	
Total	10	17,5%	10	100,0%	

Tabela B5: Conhecimento deficiente em função do Controle ineficaz do regime terapêutico, Fortaleza, 2004.

Controle ineficaz do regime terapêutico	Conhecimento deficiente				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Não	10	18,9%			0,106
Sim	43	81,1%	14	100,0%	
Total	53	100,0%	14	100,0%	

Tabela B6: Risco para quedas em função de Mobilidade física prejudicada, Fortaleza, 2004.

Mobilidade física prejudicada		Risco para quedas		Total	p	OR	IC 95%
		Não	Sim				
Não	nº	28	29	57	0,004	1,000	
	%	49,1%	50,9%	100,0%			
Sim	nº		10	10		1,966	1,523 a 2,537
	%		100,0%	100,0%			

Tabela B7: Risco para quedas em função do Andar prejudicado, Fortaleza, 2004.

Andar prejudicado		Risco para quedas		Total	p	OR	IC 95%
		Não	Sim				
Não	nº	28	27	55	0,001	1,000	
	%	50,9%	49,1%	100,0%			
Sim	nº		12	12		2,037	1,556 a 2,666
	%		100,0%	100,0%			

Tabela B8: Padrão de sono perturbado em função das medicações Hidroclotiazida e Furosemida, Fortaleza, 2004.

Drogas		Padrão de sono perturbado		Total	p
		Não	Sim		
Hidroclotiazida					
Não	nº	18	6	24	0,587
	%	75,0%	25,0%	100,0%	
Não	nº	29	14	43	
	%	67,4%	32,6%	100,0%	
Furosemida					
Não	nº	46	19	65	0,511
	%	70,8%	29,2%	100,0%	
Não	nº	1	1	2	
	%	50,0%	50,0%	100,0%	

Tabela B9: Disfunção Sexual em função do Controle ineficaz do regime terapêutico e Sexo, Fortaleza, 2004.

Controle ineficaz do regime terapêutico		Sexo	Disfunção sexual		Total	p	OR	IC 95%
			Não	Sim				
Não	feminino	nº	6	2	8	1,000		
		%	75,0%	25,0%	100,0%			
Não	masculino	nº	1	1	2			
		%	50,0%	50,0%	100,0%			
Sim	feminino	nº	30	11	41	0,017	1,000	
		%	73,2%	26,8%	100,0%			
Sim	masculino	nº	6	10	16		2,330	1,238 a 4,383
		%	37,5%	62,5%	100,0%			

Tabela B10: Dor crônica em função do Padrão de sono perturbado; Mobilidade física prejudicada e Andar prejudicado, Fortaleza, 2004.

	Dor crônica				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Padrão de sono perturbado					
Não	37	77,1%	10	52,6%	0,075
Sim	11	22,9%	9	47,4%	
Total	48	100,0%	19	100,0%	
Mobilidade física prejudicada					
Não	40	83,3%	17	89,5%	0,712
Sim	8	16,7%	2	10,5%	
Total	48	100,0%	19	100,0%	
Andar prejudicado					
Não	40	83,3%	15	78,9%	0,712
Sim	8	16,7%	4	21,1%	
Total	48	100,0%	19	100,0%	

Tabela B11: Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais em função da Constipação, Fortaleza, 2004.

Constipação	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Não	28	73,7%	20	69,0%	0,786
Sim	10	26,3%	9	31,0%	
Total	38	100,0%	29	100,0%	

Tabela B12: Risco para quedas em função da Mobilidade física prejudicada, Fortaleza, 2004.

Mobilidade física prejudicada		Risco para quedas		Total	p	OR	IC 95%
		Não	Sim				
Não	nº	28	29	57	0,004	1,000	
	%	49,1%	50,9%	100,0%			
Sim	nº		10	10			
	%		100,0%	100,0%		1,966	

Tabela B13: Risco para quedas em função do Andar prejudicado, Fortaleza, 2004.

Andar prejudicado		Risco para quedas		Total	p	OR	IC 95%
		Não	Sim				
Não	nº	28	27	55	0,001	1,000	
	%	50,9%	49,1%	100,0%			
Sim	nº		12	12			
	%		100,0%	100,0%		2,037	

Tabela B14: Andar prejudicado em função da Mobilidade física prejudicada, Fortaleza, 2004.

Mobilidade física prejudicada		Andar prejudicada		Total	p	OR	IC 95%
		Não	Sim				
Não	nº %	54 94,7%	3 5,3%	57 100,0%	< 0,001	1,000	5,576 a 52,441
Sim	nº %	1 10,0%	9 90,0%	10 100,0%			

Quadro A: Medicamentos usados pelos pacientes da pesquisa. Fortaleza. 2004

Hidroclotiazida	Captopril	Furosemida	Propranolol	Atenolol	Nifedipina	Metildopa	nº de drogas	nº paciente
Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	1	1
Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	1	4
Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	1	11
Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	1	4
Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	1	9
Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	2	2
Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	2	1
Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	2	2
Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	2	1
Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	2	25
Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	2	1
Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	2	4
Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	3	1
Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	3	1
Total								67