



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SARA TACIANA FIRMINO BEZERRA**

**CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HIPERTENSÃO: possibilidade  
de fundamentação na Teoria do Alcance de Metas**

**FORTALEZA**

**2015**

SARA TACIANA FIRMINO BEZERRA

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HIPERTENSÃO: possibilidade de fundamentação na Teoria do Alcance de Metas

Tese apresentada à Coordenação do Curso de Doutorado em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor. Área de Concentração: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof.a Dr.a Maria Dalva Santos Alves

FORTALEZA

2015

SARA TACIANA FIRMINO BEZERRA

**CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HIPERTENSÃO:** possibilidade de fundamentação na Teoria do Alcance de Metas

Tese apresentada à Coordenação do Curso de Doutorado em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor. Área de Concentração: Promoção da Saúde  
Linha de Pesquisa: Qualidade de Vida, Educação em Saúde e Desenvolvimento da Profissão  
Orientadora: Prof.a Dr.a Maria Dalva Santos Alves

Aprovada em 27/02/2015

**BANCA EXAMINADORA**

Prof.a Dr.a Maria Dalva Santos Alves  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.a Dr.a Maria Vilaní Cavalcante Guedes  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.a Dr.a Lúcia de Fátima da Silva  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.a Dr.a Ângela Maria Alves e Souza  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.a Dr.a Maria Suêuda da Costa  
Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza

**MEMBROS SUPLENTES**

Prof.a Dr.a Thereza Maria Magalhães Moreira  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.a Dr.a Míria Conceição Lavinias  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus

A Evanilson Pereira Nunes

A Cacilda Firmino Bezerra

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelos dons concedidos.

Ao meu amado esposo, Evanilson Nunes, pelo apoio incondicional, compreensão, incentivo nessa caminhada.

À minha amada mãe, Cacilda Firmino, pela força e coragem excepcionais e por acreditar que a educação edifica o ser humano.

Aos meus irmãos, Regina, Eva, Patrícia, Sava, Diego e Danilo, pela parceria e amizade.

À minha tia Maria Firmino, por ser uma presença constante de incentivo.

Às amigas Manuela Coelho, Márcia Azevedo, Aline Mesquita, pela convivência, amizade fieis.

À Profa. Dalva Alves, por aceitar a condução da minha formação no doutorado, pelo conhecimento proporcionado, pela paciência, compreensão, respeito e liberdade concedidos ao longo desses anos.

Às Profas Vilaní Guedes e Lúcia de Fátima da Silva, sempre referências importantes de exemplo de enfermeiras, professoras e mulheres.

Às Profas participantes da Banca Examinadora Vilaní Guedes, Lúcia de Fátima da Silva, Ângela Souza, Suêuda Costa, Thereza Moreira e Míria Lavinias, pelo tempo dedicado e pelas ricas contribuições.

Às acadêmicas de enfermagem Idayane Mendonça, Nariane Lima e Carolina Silva pela colaboração.

Às enfermeiras que participaram desta pesquisa.

À prefeitura de Maracanaú, que permitiu a realização do estudo.

Louvai o Senhor, porque Ele é bom  
Porque eterna é a Sua misericórdia  
Comigo está o Senhor, nada temo  
O Senhor é minha força, minha coragem  
Brados de alegria e de vitória ressoam nas tendas dos justos.  
(Salmo 117)

## RESUMO

Defendeu-se o pressuposto de que a Teoria Imogene King favorece a interação enfermeiro-paciente para o estabelecimento mútuo de metas de saúde. Os objetivos foram: proporcionar reflexão coletiva sobre o contexto da Consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão, discutir o Modelo Conceitual de Sistemas Abertos e a Teoria do Alcance de Metas com enfermeiros, relacionar a Teoria com o Cuidado ao paciente com hipertensão e investigar a percepção de enfermeiros acerca da Teoria do Alcance de Metas para implementação da Consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão. A teoria pode viabilizar a interação efetiva do enfermeiro com o paciente para conduzir à identificação de problemas de saúde, elaboração de metas, além da discussão sobre os meios e estratégias para o alcance dessas metas com acompanhamento contínuo para reformulá-las, quando necessário. Por isso, desenvolveu-se pesquisa qualitativa e intervencionista, junto a sete enfermeiras atuantes na Estratégia Saúde da Família, que atendem pacientes com hipertensão, na atenção primária em Saúde do Município de Maracanaú-CE. Os dados foram produzidos de fevereiro a agosto de 2014, por meio da realização da técnica de Grupo Focal, audiogravados e transcritos, para análise da produção de sentidos com base nas práticas discursivas, como proposto por Spink. Realizaram-se cinco encontros cujos resultados produziram 17 categorias e sete subcategorias. Acerca da reflexão da conjuntura da Consulta de Enfermagem, emergiram seis categorias: visão do atendimento com as subcategorias acolhimento, ambulatório e descrição da consulta; percepção da enfermeira sobre o paciente; sobrecarga da enfermeira na ESF; elementos científicos; relação com o profissional médico; e relação com outros setores. Sobre as percepções, opiniões e conhecimento das enfermeiras sobre os conceitos propostos por King, cinco categorias foram elaboradas: síntese do encontro anterior; conhecimento dos conceitos propostos pela teórica, cujas subcategorias são sistema pessoal, sistema interpessoal, sistema social e três sistemas; demanda; participação da família; e experiências de cuidado. No que diz respeito à Teoria do Alcance de Metas, formaram-se as categorias: percepção da interação com o paciente; e percepção do registro de Enfermagem metaorientado. A avaliação do grupo resultou nas categorias: percepção do instrumento; enfrentamentos do cotidiano; o problema para implementação; finalização do estudo. Esses resultados descrevem a experiência de avaliar uma realidade, refletindo sobre suas dificuldades e potencialidades, o desafio de conhecer o novo, a Teoria do Alcance de Metas e de vivenciar sua utilização na prática clínica de Enfermagem com o paciente com hipertensão, para tomada de decisão de aderir à mudança. Conclui-se que a tese se confirmou, já que o enfermeiro utilizou a Teoria do Alcance de Metas para fundamentar a Consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão, mas que a rotina, a sobrecarga e as demandas do serviço dificultam a adesão à sua implementação efetiva na ESF.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Teoria de Enfermagem. Consulta de Enfermagem. Hipertensão.

## ABSTRACT

One defended the assumption that Imogene King's Theory favors nurse-patient interaction for the mutual establishment of health goals. The objectives were to provide collective reflection on the context of the nursing consultation for patients with hypertension, discuss the Conceptual Model of Open Systems and the Theory of Goal Attainment with nurses, relate the theory with the care of patients with hypertension and investigate the perception nurses about the Target Range Theory for implementation of the nursing consultation with patients with hypertension. The Theory can enable the effective interaction between nurses and patients in order to lead to the identification of health problems, development of goals, discussion about the means and strategies to achieve these goals with continuous care to reformulate targets when necessary. Therefore, qualitative and interventional research was developed, along with seven nurses who work in the Family Health Strategy (FHS), who treat patients with hypertension in primary health care in the city of Maracanaú-CE. The data were produced from February to August 2014, through the Focus Group technique, audio-recorded and transcribed for further analysis of the production of meanings from the discursive practices proposed by Spink. There were five meetings whose results have generated 17 categories and seven subcategories. About the dialogue about the situation assessment of the nursing consultation generated the categories: view about the care with the subcategories welcoming, clinic and description of the consultation; nurse's perception about the patient; nurse's overload in the FHS; scientific elements; relationship with the medical professional; relationship with other sectors. On the perceptions, opinions and knowledge of nurses about the concepts proposed by King, five categories were prepared: summary of the previous meeting, knowledge of the concepts proposed by the theorist whose subcategories are personal systems, interpersonal systems, social systems and three systems; demand; family participation; and experiences of care. About the Theory of Goal Attainment following categories emerged: perception of interaction with the patient; and perception of the goal-oriented nursing record. The group valuation resulted in the categories: perception of the instrument; everyday confrontations; the problem to implementation; completion of study. These results describe the experience of evaluating a reality, reflecting on its difficulties and potential, the challenge of knowing new things, the Theory of Goal Attainment and of experiencing its use in clinical nursing practice with hypertensive patients, to make the decision of joining the change. In conclusion, the thesis was confirmed, as nurses used the Theory of Goal Attainment to support the nursing consultation for patients with hypertension, but that the routine, the overload and the service demands hinder the adherence to its effective implementation in the FHS.

**Keywords:** Nursing. Nursing Theory. Nursing Consultation. Hypertension.

## LISTA DE FIGURAS

Estrutura Conceitual para a Enfermagem: Sistema Dinâmico de Interação. Fortaleza-CE, 2015.....	28
Processo de Interação Humana. Fortaleza-CE, 2015.....	32
Teoria do Alcance de Metas de Imogene King. Fortaleza-CE, 2015.....	37
Painel com Perguntas Disparadoras para Avaliação da Consulta de Enfermagem ao Paciente com Hipertensão. Fortaleza-CE, 2015.....	53
Painel da Consulta de Enfermagem Elaborado por Alpínia. Fortaleza-CE, 2015.....	64
Painel da Consulta de Enfermagem Elaborado por Gérbera. Fortaleza-CE, 2015.....	66
Painel da Consulta de Enfermagem Elaborado por Gloriosa. Fortaleza-CE, 2015.....	67
Painel da Consulta de Enfermagem Elaborado por Camélia. Fortaleza-CE, 2015.....	69
Painel da Consulta de Enfermagem Elaborado por Tulipa. Fortaleza-CE, 2015.....	69
Painel Representativo da Síntese da Avaliação da Consulta de Enfermagem ao Paciente com Hipertensão. Fortaleza-CE, 2015.....	87
Painel Representativo do Modelo Conceitual de Sistemas Abertos, de Imogene King. Fortaleza-CE, 2015.....	111

## LISTA DE QUADROS

Frequência de cada Participante da Pesquisa nos Encontros para Produção dos Dados. Fortaleza-CE, 2015.....	46
Representação das atividades realizadas em cada fase da pesquisa segundo encontro. Fortaleza-CE, 2015.....	49
Categorias temáticas da reflexão da conjuntura da Consulta de Enfermagem. Fortaleza- CE, 2015.....	70
Categorias Temáticas das percepções, opiniões e conhecimentos das enfermeiras sobre os conceitos propostos por King. Fortaleza- CE, 2015.....	86
Categorias Temáticas da Teoria do Alcance de Metas e Interação com o Paciente. Fortaleza- CE, 2015.....	121
Categorias temáticas da interação com o paciente. Fortaleza-CE, 2015.....	129

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVISA	Área de Vigilância em Saúde
CA	Circunferência Abdominal
CEASA	Central de Abastecimento do Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COHAB	Companhia de Habitação
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPT	Cuidado da Pessoa como um Todo
DST/HIV/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ESF	Estratégia Saúde da Família
E-SUS AB	Portal do Departamento da Atenção Básica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
MAPA	Medida Ambulatorial da Pressão Arterial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NIC	Classificação de Intervenções de Enfermagem
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PET	Programa de Educação Tutorial
PMAQ – AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PROSAJ	Programa de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapeuta Ocupacional
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 A Política de Hipertensão Arterial.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 Referencial Teórico.....</b>	<b>24</b>
<b>3.2.1 Sobre a Teórica Estadunidense.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2.2 Apresentação do Modelo Conceitual de Sistemas Abertos.....</b>	<b>27</b>
3.2.2.1 Sistema Pessoal.....	29
3.2.2.2 Sistema Interpessoal.....	32
3.2.2.3 Sistema Social.....	35
<b>3.2.3 Teoria do Alcance de Metas.....</b>	<b>36</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Tipo de Pesquisa.....</b>	<b>43</b>
<b>4.2 Local do Estudo.....</b>	<b>43</b>
<b>4.3 Sujeitos do Estudo.....</b>	<b>45</b>
<b>4.4 Produção dos Dados.....</b>	<b>46</b>
<b>4.4.1 Coleta de Dados.....</b>	<b>49</b>
4.4.1.1 Encontro 1.....	52
4.4.1.2 Encontros 2 e 3.....	54
4.4.1.3 Encontro 4.....	56
4.4.1.4 Encontro 5.....	57
<b>4.5 Organização e Análise dos Dados.....</b>	<b>58</b>
<b>4.6 Aspectos Éticos.....</b>	<b>61</b>
<b>5 RESULTADOS E ANÁLISE .....</b>	<b>62</b>
<b>5.1 Reflexão acerca da Conjuntura da Consulta de Enfermagem.....</b>	<b>62</b>
<b>5.1.1 Visão do Atendimento.....</b>	<b>71</b>
5.1.1.1 Acolhimento.....	71
5.1.1.2 Ambulatório.....	72
5.1.1.3 Descrição da Consulta de Enfermagem.....	73
<b>5.1.2 Percepção da Enfermeira sobre o Paciente.....</b>	<b>75</b>
<b>5.1.3 Sobrecarga da Enfermeira na ESF.....</b>	<b>79</b>

5.1.4 Elementos Científicos.....	82
5.1.5 Relação com o Profissional Médico.....	83
5.1.6 Relação com outros Setores.....	84
5.2 Percepções, Opiniões e Conhecimentos das Enfermeiras sobre os Conceitos Propostos por King.....	86
5.2.1 Síntese do Encontro Anterior.....	86
5.2.2 Conhecimento dos Conceitos Propostos pela Teórica Estadunidense.....	89
5.2.2.1 Sistema Pessoal.....	89
5.2.2.2 Sistema Interpessoal.....	98
5.2.2.3 Sistema Social.....	105
5.2.2.4 Três Sistemas.....	109
5.2.3 Demanda.....	112
5.2.4 Participação da Família.....	113
5.2.5 Experiências do Cuidado.....	114
5.3 Teoria do Alcance de Metas.....	120
5.3.1 Percepção da interação com o Paciente.....	121
5.3.2 Percepção do Registro de Enfermagem Metaorientado.....	127
5.4 Avaliação do Grupo.....	129
5.4.1 Percepção do Instrumento.....	129
5.4.2 Enfrentamentos do Cotidiano.....	135
5.4.3 O Problema para Implementação.....	141
5.4.4 Finalização do Estudo.....	143
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
REFERÊNCIAS.....	148
APÊNDICES.....	156
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	157
ROTEIRO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM METAORIENTADO.....	159
ANEXOS.....	162
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	163

## 1 INTRODUÇÃO

O saber do enfermeiro emerge da sua prática, desde a interação com o paciente na situação de cuidado de Enfermagem, e amadurece por meio da pesquisa para o conhecimento científico, fundamentando a sua ciência. Para Vale, Pagliuca e Quirino (2009), o conhecimento/saber e a práxis são duas dimensões que coexistem no cotidiano da Enfermagem, considerando ser na prática que se visualiza o saber como elemento da profissão e, conseqüentemente, permite o fazer com a devida competência, habilidade, persistência, paciência e disponibilidade para agir, consciente e intuitivamente.

Neste sentido, é na prática da Enfermagem que deve ocorrer o saber, a pesquisa, já que o cuidar representa o saber-fazer da Enfermagem (WALDOW; FENSTERSEIFER, 2011). Na prática da Enfermagem, o cuidado sucede de vários modos em distintos contextos, a fim de proporcionar a promoção, proteção e reabilitação em saúde. Por isso, deve ser realizado com base em conhecimento científico, aliado à experiência adquirida, de modo a aprimorar a práxis de Enfermagem.

A utilização de um referencial de Enfermagem permite ao enfermeiro concepções que direcionam e fundamentam sua prática, a fim de identificar necessidades específicas de cada pessoa, família ou comunidade com abordagem holística do paciente, não se centrando apenas no diagnóstico médico. Para Souza, Martino e Lopes (2007), a fundamentação teórica traz importantes implicações para o ensino, prática e pesquisa em Enfermagem.

Neste sentido, torna-se necessário o uso de uma Teoria de Enfermagem que fundamente o cuidado. Cada teoria se harmoniza melhor a determinado contexto de atuação do enfermeiro, permitindo que sua prática seja mais efetiva e condizente com a realidade do cuidado a ser prestado.

Considerando que a Saúde Coletiva subsidia o acompanhamento contínuo das famílias e que, por este motivo, o profissional necessita de meios que facilitem sua interação e vínculo, defende-se a ideia de que o enfermeiro pode utilizar um referencial teórico que dê suporte à sua atuação com vistas ao empoderamento das pessoas.

Uma das teorias de Enfermagem é a do Alcance de Metas, proposta por Imogene King, em 1981, segundo a qual o cuidado de Enfermagem se dá por meio da interação enfermeiro-paciente. Ambos constituem um sistema pessoal e seu encontro inicia a situação de Enfermagem, de modo singular, numa realidade temporoespacial, em que o enfermeiro e o paciente estabelecem a interação. Nesta, identificam problemas, metas de resolução e estratégias de ação (KING, 1981).

A interação deve levar ao encontro, quando são negociadas as metas de saúde e, portanto, direcionadas às necessidades daquela pessoa e em acordo com suas possibilidades e limitações. Ao final do procedimento e, continuamente, nas interações subsequentes do enfermeiro com o paciente, é realizada avaliação, a qual se configura como apoio no processo de alcance de metas, optando-se por outros meios, aprimorando as metas estabelecidas e alcançando-as (KING, 1981).

Com efeito, King (1981) descreve que o enfermeiro necessita de conhecimento acerca da interação com o cliente. Trabalhando juntos, eles experimentam um novo tipo de relacionamento no sistema de cuidados em saúde, no qual o paciente é reconhecido como responsável ativo pela tomada de decisão que o afeta agora e no futuro, como alguém cuja participação fornece independência e controle na situação.

Ante o exposto, torna-se necessária a utilização cotidiana de teorias de Enfermagem na práxis dessa atividade, foco da pesquisa sob relatório. Desse modo, tem-se como questão norteadora: como estruturar a consulta de Enfermagem à pessoa com hipertensão de acordo com a Teoria do Alcance de Metas? Buscou-se sensibilizar a categoria de enfermeiros para valorizar o embasamento teórico na sua prática profissional, mais especificamente, na Consulta de Enfermagem.

A Teoria do Alcance de Metas pode viabilizar interações efetivas do enfermeiro com o paciente, a fim de sensibilizá-lo para o engajamento de melhorias individuais e coletivas, como no caso da hipertensão arterial sistêmica (HAS), cujo desafio está na adesão ao tratamento. Defende-se o pressuposto de que a Teoria de Imogene King favorece a interação enfermeiro-paciente para o estabelecimento mútuo de metas de saúde.

Assim, acredita-se que a Teoria do Alcance de Metas pode colaborar no cuidado à pessoa com HAS. Neste trabalho, direciona-se para a Consulta de Enfermagem, já que esta permite organizar o cuidado e motivar o paciente para mudanças reais no estilo de vida, estimular sua participação em grupos, estabelecer

vínculo e confiança, para acompanhar o controle efetivo da pressão arterial e dos fatores de risco apresentados (CODOGNO; TOLEDO; DURAN, 2011).

A Consulta de Enfermagem está regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358, de 15 de outubro de 2009 (COFEN, 2009), dividida em seis etapas: histórico; exame físico; diagnóstico das necessidades de cuidado da pessoa, planejamento da assistência; implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado.

O paciente com HAS é complexo e a adesão ao tratamento compreende fatores individuais e coletivos que permeiam sua vida. Ao realizar estudo de revisão sobre o cuidado de Enfermagem ao paciente com HAS, destacou-se o fato de que a Consulta de Enfermagem não ocorre de modo sistemático, resultando na falta de objetivos próprios e como fase preliminar ou complementar à consulta médica.

Desse modo, é relevante utilizar, por meio do processo de Enfermagem, o cuidado a pessoas, durante a consulta de Enfermagem. A utilização do processo de Enfermagem concede um caráter profissional à consulta, organizando a abordagem do cliente e definindo a competência do enfermeiro (MOURA *et al.*, 2011). Esta deve estar condizente com referenciais teóricos que subsidiem interação efetiva entre enfermeiro e cliente.

Essa abordagem deve facilitar a adesão ao tratamento da HAS, a qual envolve tomada de decisão para a mudança no estilo de vida, referente ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso, e constitui desafio aos profissionais de saúde por denotar baixas taxas de controle (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL VI, 2010; BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008). Em estudo realizado por Baldissera, Carvalho e Pelloso (2009), a dieta foi o critério de menor adesão por parte dos pacientes hipertensos.

Outros aspectos, no entanto, se associam à dificuldade de adesão ao tratamento: as condições financeiras, a polifarmacoterapia, o exercício de atividade física, a continuidade do tratamento, ajuda e compreensão da família, a falta de sintomas, ausência de remédio da unidade de saúde, dieta com pouco sal, gordura, diálogos com os profissionais de saúde, não tomar bebidas alcoólicas nem fumar, redução do desejo sexual, alimentação fora de casa (GUEDES *et al.*, 2011).

Tanto valores e crenças constituídos nas interações dos pacientes, suas famílias e amigos, quanto o nível de conhecimento sobre a doença, estão

associados ao significado por eles concedidos à HAS e influenciam a tomada de decisão para adesão ao tratamento (CONTIERO *et al.*, 2009).

A Teórica propõe considerar esses fatores que influenciam a saúde. Para tanto, King (1981) expõe três sistemas, nos quais as pessoas estão inseridas: o sistema pessoal, que envolve a interação da pessoa com o meio ambiente; o sistema interpessoal, por meio do encontro de duas ou mais pessoas formando pequenos grupos; e o sistema interpessoal, o qual engloba as instituições que as pessoas integram, como a família, a escola, o trabalho.

Assim, é necessário considerar fatores constitucionais do sistema pessoal, interacionais do sistema interpessoal e sociais do sistema social, que permeiam o paciente hipertenso, para compreendê-lo holisticamente e estabelecer metas de saúde que permitam a tomada de decisão para adesão adequada ao tratamento da doença.

A aproximação com a Teoria do Alcance de Metas ocorreu em 2005, na Iniciação Científica da graduação em Enfermagem, quando o Modelo Conceitual de Sistemas Abertos foi estudado, buscando identificar que conceitos condiziam com as falas dos pacientes com HAS e obter a certeza de que seria possível sua utilização na prática de Enfermagem (BEZERRA *et al.*, 2010).

Para conclusão do curso de Graduação em Enfermagem, realizou-se acompanhamento de pacientes após revascularização miocárdica, por meio de visitas domiciliares, obtendo-se bons resultados nas mudanças de estilo de vida depois da cirurgia (BEZERRA, 2006). Nesse estudo, houve a familiarização com o emprego da Teoria do Alcance de Metas juntamente a pessoas em situação de adoecimento e restabelecimento de suas condições de saúde.

Ao realizar o Mestrado, o esforço foi de testar a Teoria do Alcance de Metas, juntamente aos pacientes com HAS durante a Consulta de Enfermagem. Os resultados demonstraram melhorias no estilo de vida do paciente, o que se refletiu nos parâmetros fisiológicos, como controle da pressão arterial, redução do peso, do tabagismo, regulação da prática de atividade física e da dieta, dentre outros resultados (BEZERRA, 2010). Buscou-se implementar a Teoria na Consulta de Enfermagem, promovendo a saúde e envolvendo o cliente na tomada de decisão para as mudanças no estilo de vida que a HAS exige.

Nesta condição ideal de pesquisa, na qual todo o foco está nos resultados e direcionado a uma clientela, tornou-se possível utilizar a Teoria do Alcance de

Metas como fundamentação para o cuidado do paciente com HAS. Entende-se, no entanto, que é diferente de estar no cotidiano, com outros programas e situações da Estratégia Saúde da Família (ESF) que tornam mais complexo o cuidado de Enfermagem.

Por isso, no Doutorado, realizou-se a apresentação desta Teoria a um grupo de enfermeiras, proporcionando a oportunidade de conhecê-la e experimentá-la, mediante o suporte científico necessário. É alternativa para o cuidado de Enfermagem ao paciente hipertenso, clientela que demonstra a complexidade da interação enfermeiro/paciente. A troca de experiências e avaliação coletiva denota as dificuldades que o enfermeiro da ESF enfrenta no cotidiano, fragilizando a possibilidade de implementação da Teoria de King na prática profissional.

Dessa forma, espera-se, com este estudo, que a categoria de Enfermagem possa repensar a sua práxis, aliando teoria e prática ao saber-fazer do cuidado prestado às pessoas. A Teoria do Alcance de Metas pode favorecer a interação enfermeiro-cliente no contexto da Saúde Coletiva, não se limitando ao paciente com hipertensão, na medida em que os enfermeiros se aproximarem deste referencial teórico e experienciem sua utilidade para a prática clínica de Enfermagem.

## 2 OBJETIVOS

- Proporcionar reflexão coletiva sobre o contexto da Consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão.
- Discutir o Modelo Conceitual de Sistemas Abertos e a Teoria do Alcance de Metas com enfermeiros.
- Relacionar a Teoria de Alcance de Metas com o cuidado ao paciente com hipertensão.
- Investigar a percepção do enfermeiro acerca da Teoria do Alcance de Metas para implementação da Consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste tópico, discutem-se a Política de HAS e, em seguida, o Referencial Teórico, apresentando a Teoria do Alcance de Metas.

#### 3.1 A Política de Hipertensão Arterial

Nas últimas décadas, o Brasil procura implementar a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, priorizando ações de melhoria da qualidade de vida, como, por exemplo, com a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010).

Compreende-se a Promoção da Saúde como proposta de empoderamento das pessoas, famílias e comunidades, que permita sua plena e efetiva participação no debate e elaboração das políticas públicas, as quais colaboram para a melhoria da qualidade de vida. O empoderamento quer dizer a possibilidade de a pessoa assumir maior controle sobre a própria vida, devendo os profissionais de saúde utilizar estratégias que fortalecem a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio, desenvolvendo mecanismos de autoajuda e solidariedade (CARVALHO; GESTALDO, 2008).

Com efeito, a Promoção da Saúde tem um enfoque no exercício da cidadania, participação dos sujeitos com estratégia de transformações das condições de vida, atividades que promovam motivações, com planejamento e avaliação da efetividade das ações. O conhecimento de Promoção da Saúde vai além de aprimorar a escuta, fortalecer os vínculos, em que o modelo de intervenção é participativo e na mobilização comunitária.

Além disso, a Promoção da Saúde envolve abordagens transdisciplinares, levando em consideração a diferença, a subjetividade e a singularidade da vida, na esfera individual e coletiva (BACKES *et al.*, 2009). Esses são alguns dos determinantes sociais da saúde, que implicam as condições de vida e de trabalho das pessoas e grupos relacionados com a sua situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Contextualizando a situação atual de saúde, a busca constante e estressante por maior expectativa de vida, o envelhecimento da população e as modificações socioeconômicas, aliados a condições de trabalho precárias e má

qualidade da alimentação, constituem fatores para o aumento das doenças crônicas e degenerativas, como a HAS (BRITO *et al.*, 2008).

A HAS é destaque no enfoque das políticas públicas de saúde direcionadas às doenças crônicas e degenerativas. É condição multifatorial, silenciosa, que contribui para elevada morbimortalidade decorrente das complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, assim como associada ao *Diabetes Mellitus* (OLIVEIRA; BUBACH; FLEGELER, 2009).

Esta doença é importante como fator de risco para enfermidades cardiovasculares, e diversos estudos indicam sua prevalência em mortes, como acidente vascular encefálico e doença arterial coronariana. Assim, a HAS é antecedente a essas doenças, que marcam, em grandes números, mortes em todo o País. É um nível preocupante de responsabilidade pública que deve ser de interesse de todos (LANGOWISKI *et al.*, 2008).

Caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos, a HAS é “responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal” (BRASIL, 2006, p.9).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* (HIPERDIA) constitui tentativa governamental de implantar um programa de prevenção e de controle da HAS, em parceria com diversas instituições, para apoiar a reorganização da rede de saúde (BENTO; RIBEIRO; GALATO, 2008).

Os fatores de riscos para HAS podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis estão relacionados a hábitos de vida, como sedentarismo, ingestão de sal e gordura, assim como a aspectos emocionais ligados à depressão, uso de drogas ilícitas, dentre outros. Os fatores não modificáveis estão relacionados às características herdadas ou inalteradas (SPINELLA; LAMAS, 2008).

Por este motivo, devem ser prioridade dos profissionais de saúde as medidas cotidianas para estabelecer diagnóstico clínico da HAS, avaliação de fatores como idade, sexo, etnia, aumento do peso corporal, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, estresse, ausência de uma alimentação saudável, falta de exercícios físicos (OLIVEIRA; BUBACH; FLEGELER, 2009).

Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada no Brasil, pelo Ministério da Saúde, revela que das 27 cidades averiguadas sobre diagnóstico prévio de HAS constatou-se que a frequência da população aumentou de 22,1,1% em 2011 para 24,1 em 2013. Mesmo com redução da frequência, de 25,4% em 2011, para 23,6% em 2013, ainda é mais prevalente em mulheres do que nos homens, nos quais houve aumento de 19,5% para 21,5%. No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis correspondem a 72,4% das causas de morte (BRASIL, 2014).

Além disso, a HAS no Brasil e no Mundo, exprime alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e que leva ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, tornando-se um dos mais importantes problemas de saúde pública de etiologia multifatorial (DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL VI, 2010). Isso demonstra a necessidade de promover o diagnóstico de hipertensão arterial, de modo que, quanto antes se souber da condição, melhor será para se promover qualidade de vida, não afetando a saúde enquanto jovem e, futuramente, na vida adulta.

A HAS pode ser primária ou secundária. Na forma primária, não há uma causa definida, mas geralmente está ligada a predisposição genética, a qual os pacientes relatam histórico familiar de HAS nos entes mais próximos (pais, irmãos, tios e avós). Nos casos de HAS secundária, é possível determinar a causa deste aumento pressórico, podendo esta ser ou não ser tratável. Para um diagnóstico mais fidedigno, a mensuração pode ser realizada em todas as consultas e por qualquer profissional da saúde. Deverá haver preparo apropriado do paciente, utilização de técnica padronizada e de equipamento devidamente calibrado. O paciente será diagnosticado se em pelo menos três ocasiões os valores de PA se mantiverem maiores ou iguais a 140/90mmHg (DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

A prevenção da doença pode ser realizada por meio de tratamento não farmacológico, que inclui a restrição de alimentos ricos em sódio, lipídios e carboidratos simples; abandono do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, controle do peso e do estresse, bem como a realização de atividade física e ainda o aumento da ingestão de potássio, controle das dislipidemias, suplementação de cálcio e magnésio e atividade antiestresse (GUEDES *et al.*, 2010).

Já o tratamento dessa doença visa não à cura, pois é uma doença crônica, mas à redução das possíveis complicações que esta poderá trazer. Para tanto, o paciente deverá estar envolvido e determinado a seguir a terapêutica estipulada, já que na maioria das vezes esta envolve mudança comportamental. Para o controle do tratamento, a Enfermagem se insere intensivamente atrelada ao vínculo estabelecido com o contexto da Saúde Coletiva, desenvolvendo atividades de Promoção da Saúde e adesão ao tratamento por meio da Educação em Saúde.

A atitude da Enfermagem acerca desse mal pode ser observada em algumas pesquisas. Guedes (2012), em seu estudo sobre intervenções de Enfermagem para a Promoção da Saúde, evidencia que, após a análise de alguns artigos, além da pouca produção científica sobre atuação de profissionais da saúde no controle da HAS, também ficou claro que por diversas vezes a cultura popular é um item que interfere de fato na adesão ao tratamento.

Felipe *et al.* (2012), realizam reflexão acerca de Educação em Saúde, onde explanam que esta ainda é a melhor para transmitir conhecimento à população, havendo valorização mútua comunidade-enfermeiro. Magnabosco e Nogueira (2011) já questionam a prática da Enfermagem no combate à HAS em conjunto com a constituição de grupos educativos, onde, fazendo um comparativo com quem não participava, este ficava em desvantagem.

A adesão ao tratamento da HAS envolve a tomada de decisão para a mudança no estilo de vida, referente ao tratamento não medicamentoso, como alimentação adequada, controle do peso, prática de exercícios regulares, abandono do tabagismo, controle do etilismo, redução do nível de estresse e ao tratamento medicamentoso.

Essa tomada de decisão depende de vários fatores, como a cultura, os costumes, os níveis socioeconômico e de escolaridade, a interação com os profissionais de saúde, o acesso ao serviço, bem como a continuidade da assistência – tudo isso influenciando na adesão.

### **3.2 Referencial Teórico**

A Enfermagem, como ciência, evolui na medida em que produz um corpo de conhecimento próprio, consistente e conivente com a sua prática social. É com

origem nesta que os profissionais desenvolvem Teorias de Enfermagem e é para ela que este conhecimento deve se voltar.

Uma das teorias desenvolvidas no século passado foi a Teoria do Alcance de Metas, a qual propõe a interação do enfermeiro com o paciente como meio para o diagnóstico de problemas de saúde, estabelecimento de metas, negociação quanto aos meios para atingi-las e a avaliação dos resultados. A obtenção de metas conduz a transações entre enfermeiro e cliente, as quais ocorrem quando há a troca de valores e ambos se modificam nessa interação (KING, 1981).

Neste sentido, dois conceitos são primordiais nesta teoria: interação e transação. Com base numa interação efetiva, há estabelecimento de vínculo que produz transações, na medida em que há participação ativa na tomada de decisão quanto às intervenções de saúde para o alcance das metas (BEZERRA; SILVA, 2010).

A Teórica de Yowa (30.01.1923 - 24.12.2007) apresenta, previamente à teoria, o Modelo Conceitual de Sistemas Abertos, por meio do qual enfermeiro e paciente são considerados sistemas pessoais. Desde o prefácio do livro de King (1981), o conceito de interação já aparece abordando que os conceitos expressos promovem um modo de entender o ser humano como aquele que interage com outros em ambientes diferenciados, influenciado por percepções, funções, experiências e situações concretas (KING, 1981).

A Teórica pressupõe que as interações dos seres humanos (seres sociais, conscientes, racionais, perceptivos, que reagem, têm objetivos, orientados para ação e no tempo) com o ambiente são o objeto de estudo na Enfermagem, influenciando no estado de saúde e no desempenho de seus papéis sociais (MOURA; PAGLIUCA, 2004).

As interações de duas ou mais pessoas representa uma sequência de comportamentos verbais e nãoverbais metaorientados. As transações ocorrem em situações concretas, nas quais os seres humanos estão participando ativamente nos eventos e esta participação ativa leva até o alcance de metas que conduzem mudanças nas pessoas (BEZERRA et al, 2010).

Por meio da interação, enfermeiro e pacientes estabelecem metas de saúde, exploram os meios de alcançá-las, o que perfaz um comportamento dirigido a metas. Os resultados são as transações com a satisfação e obtenção de metas imediatas e de longo prazo (BEZERRA; SILVA, 2010).

Com o processo de Enfermagem, os enfermeiros têm habilidades de avaliação, intervenção e comunicação sobre como interagir com pessoas para colher informação e identificar metas e os meios para alcançá-las. A Teoria promove o conceito de saúde, incluindo práticas de Promoção da Saúde, prevenção de doenças, cuidado àqueles que irão adoecer e morrer, promoção do ensino de saúde e guia para pessoas que podem manter suas habilidades nas funções cotidianas

### **3.2.1 Sobre a Teórica Estadunidense**

Imogene King nasceu em West Point, Iowa, nos Estados Unidos, a 30 de janeiro de 1923. Apesar de não fazer parte de suas pretensões, cursou Enfermagem com a colaboração financeira do tio, com a oportunidade de sair da pequena cidade (MESSMER; PALMER, 2008).

Em 1945, King concluiu a Educação Básica na Escola de Enfermagem do Hospital St. John, em St. Louis, Missouri e, em 1948, terminou a graduação em Ciência da Educação em Enfermagem. O Doutorado foi concluído na Universidade de Columbia, Nova Iorque, em 1957.

Após o Doutorado, King atuou como professora na Universidade de Loyola e em 1968 se tornou diretora da Escola de Enfermagem da Universidade do Estado de Ohio. Na carreira acadêmica, trabalhou ainda na Universidade do Sul da Flórida.

King foi homenageada inúmeras vezes, em vida. Considerada “lenda viva” pela Academia Americana de Enfermagem, medalha de ouro entregue pelo governador da Flórida, em reconhecimento às contribuições para o avanço da Enfermagem naquele Estado. O Doutoramento honorário obteve da Universidade de Loyola em 1989.

King faleceu em 24 de dezembro de 2007, em Pasadena, Flórida, EUA e continua sendo homenageada pelos amigos, parentes e colegas de trabalho. Para Messmer e Palmer (2008), King é pioneira em teorias de Enfermagem, aliando teoria e prática clínica.

Atualmente, há o Grupo Internacional de Enfermagem King, cuja missão é melhorar a qualidade do atendimento ao paciente e contribuir para a ciência da Enfermagem, por meio do avanço do Sistema Conceitual de Imogene King para a

Enfermagem, incluindo a Teoria do Alcance de Metas e outras formulações teóricas (KING, 2013).

Essa instituição promove encontros e conferências, cuja finalidade é promover a atualização e o aprimoramento da Teoria do Alcance de Metas, no ensino e na pesquisa em Enfermagem.

### **3.2.2 Apresentação do Modelo Conceitual de Sistemas Abertos**

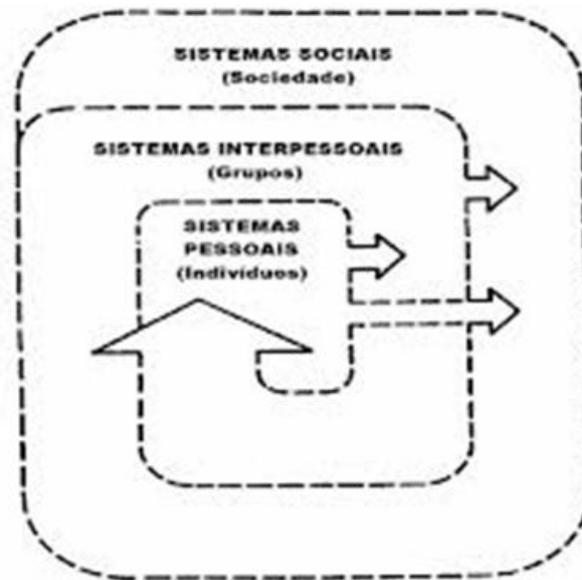
King apresentou, em 1981, uma Estrutura Conceitual para a Enfermagem. Ela demonstrou como as pessoas iniciam a vida como membros de um grupo semelhante a uma família, onde se iniciam as primeiras interações. Por meio das percepções do ambiente e da comunicação, ocorrem interações com a família e amigos e muitas delas promovem transações.

Para King (1981), a Enfermagem é percepção, pensamento, relação, julgamento e ação perante comportamentos de pessoas que chegam à situação de Enfermagem. Desse modo, o enfermeiro precisa conhecer como os seres humanos interagem com o meio ambiente.

A função da Enfermagem é colaborar com as pessoas na manutenção da saúde, e o seu domínio inclui a promoção, manutenção e restauração da saúde, cuidado na doença, injúria ou morte. A saúde é muito valorizada na sociedade e considerada como crescimento e desenvolvimento, nem sempre homogêneo ou sem conflito (KING, 1981).

No Modelo Conceitual de Sistemas Abertos, King (1981) define os seres humanos como sistemas abertos interacionais: pessoal, interpessoal e social, que serão mostrados a seguir. O diagrama demonstra a organização de sistemas abertos numa estrutura dinâmica de interação.

Figura 1 – Estrutura Conceitual para a Enfermagem: Sistema Dinâmico de Interação. Fortaleza-CE, 2015.



Fonte: Imogene King (1981, p.11).

Cada ser humano é um sistema pessoal e interage inicial e constantemente com o ambiente, para estabelecer referências pessoais. Por meio da interação com o outro, os encontros vão se tornando mais complexos, formando díades, tríades e em pequenos e grandes grupos. King exemplifica o primeiro sistema interpessoal como a família, onde começam as primeiras interações. Posteriormente, as pessoas se inserem em sistemas sociais, como a escola, a universidade, o universo do trabalho, onde cada qual exerce papéis e é influenciado pelas relações de poder dentro das organizações.

Os sistemas demonstram as interações que ocorrem entre os conceitos selecionados pela Teórica. Outros estudos envolvendo os conceitos do Modelo Conceitual já foram desenvolvidos, tentando aproximá-los da prática clínica do enfermeiro. No ambiente de emergência e com habitantes da zona rural, os conceitos de percepção, *self*, imagem corporal, comunicação, crescimento e desenvolvimento, tempo e interação colaboram para entender a estrutura conceitual de Imogene King (WILLIAMS, 2001).

### 3.2.2.1 Sistema Pessoal

Segundo King (1981), o mundo da experiência é pessoal, onde os seres humanos processam informações do ambiente, organizam e categorizam suas experiências por via da seleção de percepções. Por este motivo, as categorias (conceitos) ajudam as pessoas a relacionar experiências passadas com os eventos então correntes e dão significado e estabilidade ao seu mundo. Neste sistema, os conceitos utilizados por King são: percepção, *self*, imagem corporal, crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço.

Neste sentido, o Sistema Pessoal define o ser humano interagindo com o meio ambiente, sendo, portanto, caracterizado por experiências, percepções e objetivos de vida. Assim, os conceitos deste sistema influenciam as escolhas e visões de mundo das pessoas ante as experiências vividas, a como ele ou ela responde a pessoas, objetos e eventos na sua vida (KING, 1981).

O conceito de **percepção** é central na Estrutura de Sistemas Abertos proposta por King, já que diferencia o humano de outras espécies animais, por sua característica em apontar processos mentais mais complexos.

“A percepção é cada representação da realidade feita pelo ser humano” (KING, 1981, p. 20) e influencia todos os comportamentos ao demonstrar a consciência do mundo ao redor, voltada ao presente. A percepção é universal, subjetiva, pessoal, seletiva, e baseia-se na informação captada pela pessoa. Já que cada qual se transforma com suporte em cada situação, King (1981) considera a percepção como uma transação.

Apesar de as pessoas apresentarem comportamentos semelhantes, elas diferem por aquilo que selecionam na sua percepção da experiência, que varia de uma para outra. Por este motivo, um grupo de pessoas pode observar o mesmo evento, mas cada uma pode percebê-lo diferentemente (KING, 1981).

A percepção é, portanto, um processo de organização, interpretação e transformação de informação de dados e da memória e de transação com o ambiente. É o que dá sentido às experiências, representações de imagem da realidade e influencia o comportamento humano.

O segundo conceito da teoria é o **Self**. King (1981) o define como um composto de pensamentos e sentimentos que constituem a consciência da pessoa de sua existência individual, sua concepção de quem e o que ela é e constitui o

mundo interno que o distingue do mundo externo, o qual consiste de todas as outras pessoas e coisas.

Dessa forma, o conhecimento de *self* colabora para o entendimento do comportamento humano, naquilo que ajuda a manter o equilíbrio na vida, ou seja, os valores e crenças adquiridos ao longo do tempo.

As pessoas tendem à autopreservação, por isso, o *self* ajuda a tornar-se um ser humano sensível que está confortável consigo mesmo e as relações com outros. Esse entendimento pode favorecer a humanização do cuidado, preocupação atual, pois muitos profissionais de saúde despersonalizam as pessoas em situações de adoecimento, negando a autonomia para tomada de decisão sobre sua saúde.

Avançando nos conceitos expressos pela Teórica, **Crescimento e Desenvolvimento** envolvem as mudanças físicas e químicas decorrentes das fases quantitativas e qualitativas do organismo humano. À medida que há crescimento e desenvolvimento pessoal, o ser humano muda sua estrutura celular, molecular e comportamental, influenciado positiva ou negativamente por outras pessoas e pelo ambiente. Eles são os próprios processos da vida que vão do nascimento à maturidade, à velhice e terminam com a morte (KING, 1981).

Isso quer dizer que o comportamento esperado das pessoas vai depender tanto da idade, do tamanho da pessoa, como as experiências de vida que já têm. Estas informações são importantes para enfermeiros avaliarem a habilidade humana para desenvolver as funções de vida diária e para o planejamento da Educação em Saúde individualizada, condizente com o estágio de comportamento humano.

A **imagem corporal**, consoante King (1981) é a figura que eu tenho do meu corpo, limitado no espaço, constituinte do aspecto da ideia do eu. Além disso, é definida como a percepção da pessoa às reações dos outros à sua aparência e um resultado das reações dos outros para si. A imagem corporal é influenciada pelos padrões que a sociedade e a cultura constituem no decorrer do tempo (KING, 1981).

As pessoas estão sujeitas a crises na imagem corporal, seja por perda de algum membro, ou distúrbios imaginários, muitas vezes, necessitando de atenção profissional. É responsabilidade do enfermeiro, atentar para ameaças ao conceito de imagem corporal, desenvolver metas com o paciente e planejar a participação ativa para implementar os meios para alcançá-las.

King (1981) considera o **Espaço** um componente essencial na estrutura de sistemas abertos, por causa da sua relação com a percepção, a imagem corporal

e o modo como as pessoas usam o espaço. Este existe com a extensão que é percebida por parte de cada pessoa e, portanto, único; existe em todas as direções e é o mesmo em todos os lugares; é universal, situacional, dimensional e transacional.

O arranjo espacial comunica função, posição, interação com ou outros, sendo, portanto, subjetivo, único para cada qual e influenciado pelas necessidades, experiências e pela cultura. Medo, ansiedade, brincadeira e prazer envolvem a necessidade de espaço nas situações, de tal forma que a distância pode ser expandida ou contraída, dependendo da natureza do relacionamento em cada situação (KING, 1981).

Os enfermeiros devem explicar o propósito de procedimentos direcionados aos pacientes, estando atentos a fatores que determinam a percepção do paciente do uso do seu espaço pessoal e da distância aceitável entre eles. Além disso, enfermeiros com o conhecimento de espaço podem prevenir a invasão pelo exagerado controle sobre o ambiente de cuidado do paciente.

O conceito de **Tempo** não é somente a ordem dos eventos, mas também a duração experienciada por parte de cada pessoa. Para King (1981), o tempo é o intervalo de um evento para outro, vivenciado por parte de cada um; é a relação de um acontecimento com outro e só quem o vivencia pode defini-lo; é a percepção subjetiva de uma sucessão de eventos do passado, para o presente, para o futuro e irreversível.

O tempo regula a vida das pessoas numa sociedade tecnológica. É universal, relacional, unidirecional, duracional e mensurável (por meio dos segundos, minutos, horas, dias, calendários). O tempo é uma dimensão importante na assistência de Enfermagem, especialmente para pacientes com distúrbios neurológicos.

Na compreensão de King (1981), o sistema pessoal relaciona os conceitos sobre seres humanos dinâmicos, em contínua interação com o ambiente, e as percepções influenciam suas interações e sua saúde. Como o comportamento é resultado de percepções, então, as percepções se tornam dados básicos para a interação humana e são necessários para o direcionamento do cuidado de enfermagem efetivo.

### 3.2.2.2 Sistema Interpessoal

Este sistema cuida das interações humanas, da comunicação, das transações, das funções e do estresse. Ocorre quando dois ou mais sistemas pessoais se encontram, já que esses são dinâmicos, interagindo com o ambiente e com as pessoas, tornando as relações cada vez mais complexas (KING, 1981).

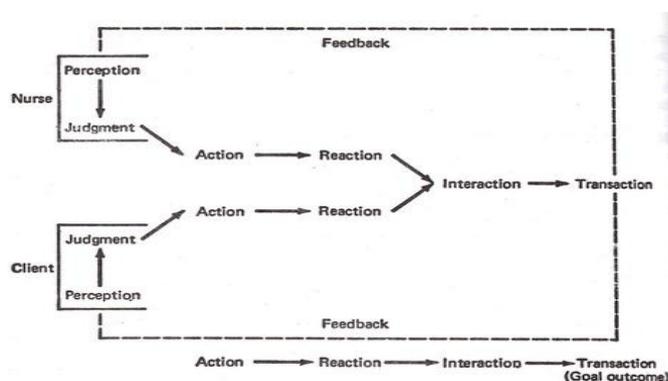
No sistema interpessoal, ocorrem os encontros entre enfermeiro e cliente, quando se dá a situação de Enfermagem. O sistema interpessoal e o pessoal interagem, ou seja, todos os conceitos já discutidos se relacionam abertamente com os conceitos do sistema interpessoal.

Os conceitos do sistema interpessoal são – interação, comunicação, transação, papel e estresse – discutidos a seguir.

As **Interações** são atos de duas ou mais pessoas em presença mútua, as quais podem revelar como uma delas pensa e sente pela outra, como cada um percebe o outro e o outro faz por ele, quais suas expectativas e como reage às suas ações (KING, 1981).

A interação das pessoas enseja a ação e uma sequência de comportamentos, a qual inclui: (1) ação mental – reconhecimento das condições presentes; (2) ação física – início de operações ou atividades relacionadas às condições ou situação; e (3) ação mental (para exercer controle sobre os eventos) e física (para atingir metas). Quando participam ativamente dos eventos, em movimento para o alcance de metas, ocorrem as transações, resultado de mudanças naqueles envolvidos na interação (KING, 1981).

Figura 2. Processo de Interação humana. Fortaleza-CE, 2015.



Fonte: KING, (1981, p. 61).

Para ela, a interação entre duas ou mais pessoas é universal e representa uma sequência de comportamentos verbais e nãoverbais, metadirigidos, em que cada qual traz conhecimentos, necessidades, objetivos, expectativas, percepções e experiências pessoais que influenciam as interações.

Quando alguém inicia uma interação, uma ação toma lugar, cada pessoa reage à outra, e uma espiral recíproca se desenvolve, pois cada um tem algo a dar ao outro que quer ou precisa, e isto pode ser facilitado pela participação ativa de ambos na situação. Há, portanto, mutualidade e interdependência na situação em que ambos atingem metas (KING, 1981).

No curso das interações, enfermeiros podem verificar suas percepções, já que adquirem conhecimento do *self* e da visão do outro na situação. Em síntese, a análise da interação enfermeiro-paciente como sistema interpessoal em díades identifica variáveis essenciais nas situações de Enfermagem:

- a) lugar geográfico do sistema de transação;
- b) percepções do enfermeiro e do paciente;
- c) comunicações do enfermeiro e do paciente;
- d) expectativas do enfermeiro e do paciente;
- e) metas mútuas do enfermeiro e do paciente;
- f) enfermeiro e paciente como um sistema de papéis interdependentes na situação de Enfermagem.

King (1981) descreve a ideia de que se a enfermeira tem uma base teórica para suas ações, conseguirá a participação efetiva do paciente para o estabelecimento de metas mútuas. Trabalhando juntos, enfermeiro e paciente experienciam um novo tipo de relação no sistema de cuidados de saúde, no qual o paciente é reconhecido como parte da tomada de decisão que afeta sua saúde agora e no futuro, exercendo independência e controle na situação.

Se os enfermeiros trabalham para avaliar, planejar, implementar e avaliar o cuidado de Enfermagem, é essencial o conhecimento sobre as interações humanas. Para tanto, precisam entender percepção das interações das pessoas, comunicação como informação e transação como valores nas situações de Enfermagem (KING, 1981). A presença física e o diálogo são aspectos valorizados

pelo paciente, assim como a observação é habilidade essencial para a coleta de informações pelo enfermeiro.

O conceito de **Comunicação** é visto como a troca de pensamentos e opiniões. A comunicação pode ser intrapessoal, ou seja, por meio das informações genéticas, metabólicas e hormonais, para manter a hemodinâmica entre o ambiente interno e externo; e interpessoal, como o próprio nome sugere.

Por meio da comunicação, ocorrem as interações, podendo ser verbal, nãoverbal, situacional, perceptual, transacional, irreversível e dinâmica. As mensagens podem ser enviadas numa variedade de canais, como telepatia, palavra escrita, palavra falada, sem vocal (um choro), movimentos corporais ou gestos.

A comunicação verbal depende de símbolos que compõem a linguagem, incluindo a língua falada e a escrita que proporcionam a comunicação. O toque é valorizado como um aspecto da comunicação, assim como a distância, a postura, a expressão facial, a aparência física e os movimentos corporais, que podem significar interesse, desânimo, entre outros fatores (KING, 1981).

Para a Teórica, enfermeiras experientes com o conhecimento de comunicação sabem que os comportamentos observados são apenas parte do significado comunicado pelos pacientes, necessitando de outras informações que complementem seu julgamento para o cuidado de Enfermagem.

Um dos conceitos mais complexos propostos por King (1981) é o de **Transação**. Transações representam uma situação da vida em que perceptor e coisa percebida se encontram e em que cada pessoa entra na situação como um participante ativo e se modifica no processo dessas experiências (KING, 1981). Por este motivo, a transação tem uma dimensão temporal e espacial, constituindo experiências.

As percepções, julgamentos, ações e reações dos seres humanos determinarão as transações em situações particulares. Na situação de enfermagem, os padrões de valores orientados do enfermeiro e do paciente são elementos críticos na transação. Desse modo, entende-se como o comportamento dos pacientes é influenciado pelo comportamento do enfermeiro e viceversa (KING, 1981).

**Papel** é a função que a pessoa desenvolve no seu espaço, sendo situacional; é aquilo que se espera de alguém numa determinada posição na organização. Cada qual exerce algum papel nas organizações de que participa. Por

exemplo, papel de filho na família, de estudante na escola, de amigo nas relações com outros jovens, etc.

A função da Enfermagem baseia-se em conhecimentos, habilidades e valores de cuidado à saúde dos seres humanos, sendo esta a sua meta. Os papéis são recíprocos, fazendo com que a pessoa seja um doador em determinado momento e um receptor em outro (KING, 1981).

O **Estresse** é essencial à vida, sendo, portanto, universal. Segundo King (1981), os estímulos estressores são categorizados como físicos, ambientais, químicos, psicológicos, emocionais e sociais. Sua intensidade modifica as percepções e condições pessoais. As crises ocorrem num tempo específico e numa situação particular. O crescimento ou a regressão num momento de estresse depende do modo como as pessoas o encaram. Ele é negativo e positivo, construtivo e destrutivo.

### *3.2.2.3 Sistema Social*

A natureza da vida nos grupos sociais define os tipos de relações desenvolvidos, influenciando as percepções, julgamentos e comportamentos. A família, sistema religioso, educacional, de trabalho são sistemas que têm influência no modo como as pessoas crescem, se desenvolvem e mudam ao longo da vida (KING, 1981).

Pelo fato de os enfermeiros confrontarem várias realidades, que variam em tamanho, estrutura, ambiente, valores, recursos e metas, King justifica a necessidade de delinear o sistema social para sua estrutura conceitual.

Este é definido como sistema-limite organizado de funções, comportamentos e práticas sociais com vistas a manter valores e regulação de práticas e normas. Alguns elementos funcionais existem nas organizações, como papéis, posição, linhas de autoridade e comunicação (KING, 1981).

Para o trabalho em equipe, são imprescindíveis o estabelecimento e a manutenção das relações profissionais, baseadas numa comunicação aberta e respeito mútuo às particularidades de cada saber. Isso fortalece a obtenção de resultados e alcance de metas (KILLEEN; KING, 2007).

Pessoas e grupos são unidades sociais de uma **Organização**, cujas atividades contínuas são conduzidas para atingir metas. Suas atividades e papéis

retratam os elementos humanos do complexo sistema interrelacionado na organização (KING, 1981).

A **Autoridade** é o poder de tomar decisões para as próprias ações e de outros. Se A percebe B como alguém que pode legitimamente tomar decisões, então, B tem autoridade sobre A (KING, 1981). Portanto, é essencial que enfermeiros entendam sua posição na organização, o poder e autoridade dessa posição e a delegação de tomada de decisão na organização.

Já a ideia de **Poder** está relacionada à capacidade ou habilidade de uma pessoa ou grupo de usar os recursos nas organizações para atingir metas, ou, ainda, a força social que organiza e mantém a sociedade (KING, 1981).

O **Status** é a posição de a pessoa no grupo percebida pelos demais, o prestígio unido ao papel desempenhado na organização. Dessa forma, o *status* é situacional e é reversível. Quando uma pessoa perde seu lugar na organização, onde era percebida pelos outros como tendo prestígio, perde *status* na organização (KING, 1981).

A **Tomada de decisão** é um processo de escolha de uma opção dentre muitas, com suporte em fatos e valores, implementação de decisão e avaliação do alcance de metas. As decisões regulam as atividades da organização e da vida das pessoas (KING, 1981).

### **3.2.3 Teoria do Alcance de Metas**

Este sistema descreve a natureza das interações enfermeiro-cliente que conduzem até o alcance de metas, constituindo um método participativo, dinâmico, que valoriza o paciente como um ser atuante no seu processo saúde-doença-cuidado (KING, 1981).

Figura 3 – A Teoria do Alcance de Metas de Imogene King. Fortaleza – CE, 2015.



Fonte: Imogene King (1981).

Segundo King (1981), os pressupostos específicos da interação enfermeiro-cliente são:

- a) as percepções, metas, necessidades e valores da enfermeira e do cliente influenciam o processo de interação;
- b) as pessoas têm direito de conhecer sobre si mesmas e de participar das decisões;
- c) os profissionais de saúde têm a responsabilidade de obter informações que colaborem para que as pessoas tomem decisões informadas sobre seu cuidado de saúde; e
- d) as metas dos profissionais de saúde e as dos clientes podem ser incongruentes.

Para King (1981), nessa interação, os comportamentos observáveis são:

- a) reconhecimento das condições apresentadas, como um problema de saúde, social ou relacionado ao ser humano;
- b) operações ou atividades relacionadas à situação ou condições, como decisões sobre metas; e
- c) motivação para exercer algum controle sobre os eventos na situação para alcançar objetivos, como acordos dos meios para alcançá-los.

Durante o encontro, há a interação interpessoal, do enfermeiro com o paciente, sendo necessário que as percepções de ambos estejam intactas, a fim de que juntos também fiquem conscientes dos propósitos do outro, em uma dada

situação. O modo como cada um se vê na situação (um de doente, outro de promotor da saúde), dos seus papéis, do seu estado interacional, constitui o ser, *self* que tem influência na situação (KING, 1981).

King utiliza esses elementos como conceitos para formular uma Teoria de Enfermagem que preconiza a obtenção de metas definidas pelo paciente e pelo enfermeiro por meio da transação na situação de Enfermagem. É um método participativo, dinâmico, que torna o paciente um ser atuante no seu processo de saúde-doença-saúde.

Com amparo na Teoria do Alcance de Metas, King (1981) desenvolveu proposições previsivas:

- a) exatidão perceptiva, congruência de papéis e comunicação em uma interação enfermeiro-cliente leva à transação;
- b) as transações conduzem à obtenção de metas e ao crescimento e desenvolvimento;
- c) a obtenção de metas carrega à situação e à assistência de Enfermagem efetiva.

A Teoria de Imogene King torna-se de grande utilidade para os profissionais de Enfermagem, pois é um instrumento de investigação, orientação e educação, auxiliando na óptica dos fatores que influenciam o ambiente e a qualidade de vida das pessoas, levando a uma avaliação da própria assistência.

Juntos, enfermeiro e cliente implementam um plano de Enfermagem, que viabiliza adaptação do paciente no tempo e no espaço em acordo com suas possibilidades e respeitando suas limitações (KING, 1981).

A Teórica estadunidense propõe a utilização de um Registro de Enfermagem Meta-orientado para o acompanhamento da evolução clínica do paciente ao longo das interações. Consta da Lista de problemas, Lista de metas e das Notas de progresso. Seu modo de operar é descrito a seguir.

Da análise dos dados, os problemas são identificados, numerados, intitulados e listados no registro do paciente. A lista de problemas pode ou não ser um diagnóstico, mas é uma reunião das informações interpretadas e novos problemas podem ser identificados e posteriormente resolvidos (KING, 1981).

Quando o paciente está munido de conhecimento, ele é capaz de identificar e concordar, por julgamento crítico, com outras metas propostas pelo

profissional. Ele define as metas alcançáveis para a sua realidade, procurando, junto ao profissional, estratégias que facilitem sua plena realização.

Esse instrumento para a Enfermagem ajuda no crescimento de habilidades na formação dos diagnósticos de Enfermagem, no aperfeiçoamento das percepções, nas interações com o paciente de modo resolutivo, a fim de que as pessoas participem da tomada de decisão que influencia suas vidas e a saúde.

A lista de problemas constitui um guia para a assistência contínua, permitindo o acompanhamento de sinais e sintomas, objetivamente. Permite, ainda, identificar de maneira mais prática os diagnósticos de Enfermagem, os quais agilitam o planejamento do cuidado. É um registro que deve ser usado por toda a equipe de Enfermagem, o que colabora para um acesso livre à coordenação de problemas de Enfermagem aos demais profissionais (KING, 1981).

A lista de metas é o terceiro elemento no registro de Enfermagem, a qual serve para guiar as enfermeiras no monitoramento dos distúrbios ou inferências no cliente e alertar novas informações. As metas permitem a interação da enfermeira com o cliente, o compartilhamento de informações, o estabelecimento de metas mútuas, a exploração de meios e o acordo para o alcance dessas metas. Possibilitam, ainda, a continuidade do cuidado, com foco na participação do cliente na tomada de decisão e demonstra um cuidado individualizado (KING, 1981).

O quarto elemento no registro de Enfermagem é um plano baseado na assistência do problema. King usa um formato de Weed (1969), chamado SOAP (S – *Subjective data* – dados subjetivos; O – *Objective data* – dados objetivos; A – *Assessment of problem* – assistência do problema; P – *Plan* – Plano), que ajuda a descrever e avaliar problemas.

S – Como fazer o cliente perceber o problema? Como fazê-lo sentir o problema? Nesta etapa, há coleta de dados do paciente para conhecer o problema de saúde, o que é feito por meio da anamnese.

O – Exames físicos, laboratoriais, raio x, medidas objetivas que incluem atividades da vida diária e parâmetros fisiológicos mensurados como pressão arterial, pulso, respiração e temperatura.

A – Assistência do problema. Da base de dados, o problema não é só identificado, mas há o monitoramento das mudanças, sejam elas positivas ou negativas, a fim de identificar ações que sejam necessárias.

P – Plano. Isto inclui o Diagnóstico de Enfermagem e os meios acertados para resolver o problema e atingir as metas. Educação em Saúde pode ser uma parte integral do plano.

O quinto elemento é a evolução do paciente, nas Notas de Progresso, em que os enfermeiros registram o progresso do paciente num resumo conciso, em que cada problema é discutido, cada meta é considerada se foi ou não alcançada. Metas futuras também podem ser colocadas (KING, 1981).

Ao final do processo e continuamente nas interações subsequentes, é realizada uma avaliação, a qual permite apoio na obtenção de metas, optando-se por outros meios, aprimorando as metas estabelecidas e atingindo o objetivo principal da Enfermagem: a Promoção da Saúde.

A própria King (1981) testou sua teoria e demonstrou positivamente resultados de sua implementação. A fim de concretizar esse processo, o teste da Teoria de Imogene King seguiu algumas fases, procurando responder a três questionamentos.

- a) Quais elementos nas interações enfermeiro-paciente conduzem a transações?
- b) Que relações entre esses elementos conduzem a transações?
- c) Quais as variáveis essenciais nas interações enfermeiro-paciente que resultam em transações?

Em seu livro, o teste da Teoria conclui que enfermeiro e paciente exibem comportamentos interativos e recíprocos e, ainda, o conhecimento de percepção é essencial para que os enfermeiros compreendam as interações (KING, 1981).

Quando uma meta é atingida nas interações, há implicação de que ela foi valorizada pelo enfermeiro e pelo paciente.

Para a primeira resposta, aparecem sete elementos que são:

- a) a identificação de um problema, preocupação ou distúrbio no ambiente do paciente;
- b) estudo da situação;
- c) troca de informações;
- d) metas;
- e) exploração dos meios para resolver o problema e atingir a meta;
- f) mudanças para implementação de um plano e alcance da meta e

- g) o sétimo elemento na definição foi chamado de critério ou variável-dependente, porque, se as transações ocorrerem, as metas são atingidas e os resultados podem ser mensurados.

O segundo questionamento aponta: o que conduz às transações é a comunicação verbal e não-verbal entre enfermeiro e paciente; e as variáveis que facilitam a obtenção das metas. Respondendo à terceira questão, tem-se a percepção acurada do enfermeiro e do paciente, a comunicação adequada e a obtenção de meta mútua.

No curso dessas interações, informações são compartilhadas, há estabelecimento mútuo de metas, e clientes são chamados a participar das decisões sobre os meios para alcançar as metas. Um plano é implementado. Há assistência e avaliação contínuas mediante as interações, observações e mensurações do enfermeiro (KING, 1981).

Portanto, a Teoria do Alcance de Metas é a alternativa para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio do Processo de Enfermagem proposto por King (1981), o qual viabiliza um cuidado planejado, individualizado e contínuo.

É necessário conhecer os limites da Teoria, até onde sua proposta pode ou não ser limitada nos contextos de cuidado, e perceber que não condiz com o discurso do grupo.

Então, os limites internos da Teoria são:

- a) enfermeiro e cliente não se conhecem;
- b) o enfermeiro está habilitado para o exercício da profissão;
- c) o cliente está precisando de serviços de enfermagem;
- d) o enfermeiro e o cliente estão em uma relação recíproca em que o primeiro tem conhecimento e habilidades específicas para ajudar o segundo no estabelecimento de metas; o cliente tem informação sobre o *self* e percepção dos problemas, que, quando transmitida ao enfermeiro ajudarão no estabelecimento de metas mútuas; e
- e) o enfermeiro e o cliente estão em presença mútua, interagindo com propósito de alcançar metas.

King (1981) exprime como limites externos:

- a) interações em um grupo de duas pessoas;

- b) interações limitadas para enfermeiros habilitados e clientes com necessidades de cuidados de enfermagem;
- c) interações tomam lugar em ambientes naturais.

Os limites expostos não restringem a Teoria no tempo e no espaço, pois as interações enfermeirocliente podem ocorrer em qualquer situação de Enfermagem a qualquer tempo e em todo lugar.

## **4 METODOLOGIA**

Consoante costuma exprimir o cientista de Educação Paulo Freire, o caminho se faz ao caminhar, porém, há que se saber onde se quer chegar. Por este motivo, indica-se na sequência o caminho percorrido nesta jornada, no que se refere a tipo de pesquisa, local do estudo, sujeitos do estudo, produção dos dados, análise dos resultados e aspectos éticos, demonstrando as expectativas, sucessos e frustrações que existiram ao longo do percurso.

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

Realizou-se pesquisa qualitativa de cunho intervencionista. Concorde-se com Deslandes, Gomes e Minayo (2008), quando ensinam que a pesquisa qualitativa é aquela voltada a questões muito particulares, que não podem ser quantificadas, pois se vincula ao universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Por este motivo, torna-se essencial a interação do pesquisador com os sujeitos do estudo, valorizando a pesquisa como fenômeno social e historicamente condicionado: o objeto, o pesquisador, as pessoas envolvidas, as técnicas de pesquisa e todo o conjunto de relações interpessoais e de comunicação. Busca-se explorar opiniões e conhecimentos sobre o tema com vistas à compreensão mútua que permita transcender o senso comum (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2008).

A intervenção foi realizada junto a profissionais enfermeiras, de modo a avaliar a aplicabilidade da Teoria do Alcance de Metas com pacientes com HAS, assim como compreender as impressões, dificuldades, dúvidas e problemas na discussão acerca da fundamentação teórica para a prática de Enfermagem em Saúde Coletiva.

### **4.2 Local do Estudo**

A pesquisa foi realizada no Município de Maracanaú, localizado na Região Metropolitana de Fortaleza-CE, distante 15 quilômetros da Capital do Ceará. O nome do Município decorre de uma palavra tupi, que significa lugar onde bebem maracanãs (MARACANAÚ, 2013).

Sua história é retratada com suporte nos primeiros contatos dos indígenas que ali viviam com os colonizadores. Por volta de 1648, os nativos perderam o controle da aldeia com o crescimento da população, em torno da lagoa de Maracanaú. Em 1875, ocorreu a inauguração da linha férrea, outro evento marcante e, em 1882, o povoado se fez Vila de Santo Antônio do Pitaguary. Só em 1906, Maracanaú tornou-se Distrito de Maranguape, e apenas em 5 de julho de 1983, Maracanaú foi emancipado definitivamente, pela Lei Estadual N. 10.811 (MARACANAÚ, 2013).

A população de Maracanaú contabiliza 199.808 habitantes, numa área de 105,7 Km<sup>2</sup>, à altitude de 48m, apresentando um clima tropical quente subúmido, e divisa com Fortaleza, Pacatuba, Maranguape e Caucaia, todos do Estado do Ceará (MARACANAÚ, 2013).

Este estudo foi realizado junto à Secretaria de Saúde do Município de Maracanaú, a qual tem a finalidade de estabelecer as políticas municipais de saúde, coordenar as atividades de atenção primária e secundária à saúde, a qual conta com um hospital municipal, 53 equipes de Saúde da Família e seis núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF).

O Município está dividido em seis áreas de Vigilância em Saúde (AVISAs), tendo cada uma gerente que coordena as atividades na atenção primária e secundária. A pesquisa foi realizada em duas AVISAs, a III e a IV. Essas foram selecionadas pela localização, ou seja, porque são próximas uma da outra, com equipes de Saúde da Família completas e realidades de território diferenciadas para dinamizar a realização do estudo.

A AVISA III coordena o território de cinco unidades básicas de Saúde da Família (UBASF): Pajuçara I e II, João Batista dos Santos, Jardim Bandeirante e Maria Nazaré de Oliveira Silva. A AVISA IV engloba o território de quatro UBASFs: Fernandes Távora, Alto Alegre II, Parceiros do Bem e Alberto Assad Bardawil (MARACANAÚ, 2015).

Para a Secretaria de Saúde do Município, têm relevância o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem (PROSAJ), o Programa Saúde do Idoso, o Programa Saúde da Criança, o Programa Saúde Bucal, o Programa de Controle da Hanseníase, o Programa de Controle da Tuberculose, o Programa Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/HIV/AIDS), dentre outros.

Esta pesquisa tem foco no programa de HAS, política estreitamente vinculada ao programa de diabetes. Visando a estabelecer objetivos e diretrizes para ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle, o Programa de Hipertensão e Diabetes foi implantado em Maracanaú, em 2000, com suporte na reorganização do trabalho de atenção à saúde nas unidades da rede básica dos serviços de saúde. Atualmente, o Programa está implantado em todas as unidades básicas de saúde e possui cerca de 13.072 hipertensos e 5.020 diabéticos (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB/2014) atendidos pelas equipes da ESF (MARACANAÚ, 2015).

### 4.3 Sujeitos do Estudo

Participaram da pesquisa enfermeiros que atuam na ESF. Atualmente, o Município conta com 53 enfermeiros nas equipes de Saúde da Família, dedicando-se às suas ações programáticas. Na escolha das AVISAs, dez enfermeiras foram convidadas a participar da pesquisa e formou-se um grupo, baseado nas duas AVISAs descritas, que contou com a participação de sete profissionais, todas do sexo feminino.

Como critérios de exclusão, preconizou-se:

- a) enfermeiros que não atuem junto a clientes hipertensos; e
- b) assiduidade nos encontros de, pelo 70%, ou seja, não faltar mais do que dois encontros.

Para respeitar o anonimato das participantes, escolheu-se colocar o nome de flores que se apresentam na cor vermelha. O *insight* para essa decisão se deu por ser algo que representa delicadeza, beleza e que desperta admiração e a cor pelo fato de representar vida, força, simbologia condizente com a atuação das integrantes desta pesquisa. As participantes foram chamadas de Tulipa, Gérbera, Camélia, Lírio, Gloriosa, Amarilis e Alpínia.

A presença das participantes nos encontros é descrita no Quadro 1.

Quadro 1 – Frequência de cada participante da pesquisa nos encontros para produção dos dados. Fortaleza-CE, 2015.

Participantes	Encontro 1	Encontro 2	Encontro 3	Encontro 4	Encontro 5
Tulipa	✓	✓	✓	✓	✓
Gérbera	✓	✓	✓	✓	✓
Camélia	✓	✓		✓	✓
Lírio		✓		✓	✓
Gloriosa	✓		✓	✓	
Amarílis		✓	✓	✓	
Alpínia	✓		✓	✓	✓

Fonte: Elaborado própria.

#### 4.4 Produção dos Dados

A pesquisa foi realizada em três fases: a análise situacional (descrita no primeiro encontro); a intervenção (expressa no segundo, terceiro e quarto encontros); e a avaliação (no quinto encontro), utilizando como técnica o grupo focal, com vistas a avaliar problemas identificados pelos enfermeiros na Consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão.

O grupo focal é uma técnica de coleta de dados que se configura como entrevista em grupo, originário das pesquisas sociais (Antropologia, Mercadologia e Educação em Saúde) (BACKES *et al.*, 2011).

De acordo com Tech I (2008), o objetivo do grupo focal é recolher informação, não para obter consenso, mas para conhecer sentimentos, valores e ideias das pessoas. São grupos de discussão sobre um tema em particular, permitindo a troca, descoberta e participação comprometida (RESSEL *et al.*, 2008).

Devem participar de sete a dez pessoas, para obter boa discussão (TECH I, 2008). Dez enfermeiras das duas AVISAs foram convidadas a participar da pesquisa, mas apenas sete delas estiveram na reunião de início da pesquisa. Para não interferir no vínculo estabelecido neste dia, o grupo ficou fechado nessas sete participantes.

O grupo deve ter características em comum, abordando o assunto como uma equipe, tendo como vantagem a tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação como outros sujeitos, e como desvantagem o fato de alguns participantes se sentirem tímidos para expor suas convicções, assim como a dificuldade de garantir anonimato total (BACKES *et al.*, 2011).

Para superar essas dificuldades, deve haver um moderador cuja participação deve estimular o debate, e do observador, o qual realiza os registros, auxilia na condução das discussões, controla o tempo e monitora o equipamento utilizado (BACKES *et al.*, 2011). Para realizar as ações como coordenadora do grupo, assumiu-se essa posição.

Para o facilitador/moderador, algumas habilidades são necessárias, como: incentivar a discussão, manter o grupo focalizado, evitar que algum participante domine a discussão, incentivar os participantes tímidos a contribuírem, estar consciente sobre a pressão do grupo (TECH I, 2008).

Três acadêmicas de Enfermagem, bolsistas de Iniciação Científica, assumiram as atividades de observadores e pelo menos uma delas estava em cada encontro. Para obter o conhecimento necessário, foram realizadas reuniões em grupo para esclarecimento de dúvidas e dos dados coletados. Elas colaboraram com a transcrição dos indicadores.

Ao final de cada encontro, fez-se a síntese e foi ensejado o último espaço aos participantes, para acrescentarem, esclarecerem ou mudarem de opinião e expressarem como se sentiram.

A duração dos encontros deve ser de uma hora e meia a duas horas (RESSEL *et al.*, 2008). Para não tornar o encontro cansativo e respeitar o tempo disponibilizado pela Secretaria de Saúde, assim como o horário-limite das participantes, os encontros duraram em torno de uma hora.

Pode-se fazer a formação em círculo, havendo interação face a face, favorecendo contato visual, bem como a mesma distância entre os participantes. O cuidado de proporcionar espaço físico adequado foi considerado, acatando-se a orientação de minimizar interferências externas (RESSEL *et al.*, 2008). As cadeiras foram dispostas de acordo com os objetivos de cada encontro. Em sua maioria, formou-se um círculo para facilitar a visualização de cada membro do grupo. Em um dos encontros, formou-se a “meia-lua” com as cadeiras, para que as participantes pudessem visualizar a projeção da apresentação utilizada.

Segundo a Tech I (2008), para organizar um grupo focal há necessidade de proceder do seguinte modo.

- a) Avisar com bastante antecedência.

Os encontros foram previamente programados, para que não interferissem nas agendas de atendimento das integrantes.

- b) Utilizar métodos personalizados para selecionar os participantes como um contato telefônico.

No dia anterior aos encontros, entrou-se em contato por telefone com cada enfermeira para confirmar a presença. Além disso, para facilitar a comunicação, criou-se, na rede social, um grupo no *WhatsApp*, o que estreitou ainda mais as relações e interações de pesquisadora e sujeitos do estudo.

Este é um aplicativo de mensagens multiplataforma, o qual facilita a comunicação pelo aparelho celular, por meio da *internet*, sem custos adicionais. Com ela pode-se enviar ou receber mensagens, fotos, áudios e vídeos (WHATSAPP, 2015).

- c) Procurar um espaço apropriado.

O espaço disponibilizado pela Secretaria de Saúde foi adequado para realização da pesquisa. Duas unidades de saúde disponibilizaram o espaço para a realização da coleta de dados. A principal unidade foi um auditório, localizado no primeiro andar da unidade e a outra unidade disponibilizou a Sala de Fisioterapia, a qual foi adaptada para a realização dos encontros.

- d) Incentivar a participação.
- e) Identificar um bom facilitador.

Desenvolveu-se, então, pessoalmente, essas funções.

- f) Identificar um participante que faça bons registros.

Essa função foi assumida pelas observadoras.

- g) Determinar as regras do grupo (privacidade, uma pessoa fala de cada vez, respeitar a opinião do outro, dar oportunidades de participação ao outro).

A técnica pode proporcionar a revelação de significados dos participantes, o desvelamento das singularidades, semelhanças e diferenças nas experiências, sentimentos e expressões vivenciadas na ação dos enfermeiros (RESSEL *et al.*, 2008). Houve intensa troca de experiências, discussão de problemas, sugestões para possíveis soluções, compartilhamento de anseios, necessidades, expectativas e tomada de decisão coletiva.

Para descrição mais detalhada, mostra-se a seguir como se deu cada encontro desta pesquisa.

Quadro 2 – Representação das Atividades Realizadas em cada Fase da Pesquisa segundo Encontro. Fortaleza-CE, 2015.

FASE DA PESQUISA	ATIVIDADES	ENCONTROS
Primeira	Avaliação Situacional	1
Segunda	Intervenção	2, 3 e 4
Terceira	Avaliação	5

Fonte: Elaborado própria.

Na primeira fase, correspondente ao encontro 1, de avaliação situacional, buscou-se proporcionar reflexão acerca da realização da Consulta de Enfermagem pelo grupo, o que é realizado, de que forma, quais as dificuldades, os resultados alcançados. Esta fase se deu no primeiro e segundo encontros.

Na segunda, correspondente aos encontros 2, 3 e 4, de intervenção, os problemas identificados foram discutidos, a fim de sensibilizar os enfermeiros a conhecerem e se apropriarem da Teoria do Alcance de Metas, avaliando a possibilidade de sua utilização na Consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão. Durante o segundo e terceiro, discutiu-se o Modelo Conceitual de Sistemas Abertos e, no quarto encontro, debateu-se a Teoria do Alcance de Metas.

Na terceira fase, correspondente ao encontro 5, de avaliação, realizou-se também o grupo focal com os sujeitos do estudo, a fim de discutir a experiência da utilização da Teoria na prática de Enfermagem e avaliar a possibilidade de sua implementação no cotidiano da prática, assim como mudanças ocorridas com a pesquisa, finalizando o estudo.

#### **4.4.1 Coleta de Dados**

Iniciamente, a pesquisa foi oficializada com a Coordenadora da ESF, que é enfermeira. Explicou-se a proposta da pesquisa e como esta seria realizada, como as enfermeiras teriam que ser dispensadas em alguns turnos do trabalho. Desse modo, ela preferiu compartilhar a ideia com o Secretário de Saúde do Município, programando uma reunião com ele.

Nesta reunião, foi apresentada a proposta da pesquisa, com sua contextualização, objetivos, metodologia e cronograma. Esclareceu-se sobre a necessidade de liberação das enfermeiras para os encontros de Grupo Focal e do local adequado para a realização dos encontros. Houve boa receptividade para realização do estudo pelo Secretário, que aderiu às ideias.

A Coordenadora da ESF sugeriu que a Técnica dos Programas de Hipertensão, Diabetes, Saúde do Adulto e do Idoso, a qual também é enfermeira, colaborasse com a logística de marcação, localização e liberação dos enfermeiros para a pesquisa. Ao conhecê-la, foi programado que a pesquisa seria realizada com profissionais de duas AVISAs, associando a proximidade das unidades para o número adequado do Grupo Focal (de sete a dez pessoas).

Foi marcado encontro com as gerentes das referidas AVISAs para também esclarecer como a pesquisa se realizaria, no sentido de colaborar com a comunicação do grupo no decorrer do estudo. Após apresentação da proposta de pesquisa, ficou acordado que elas fariam o convite às enfermeiras das respectivas unidades. Após essas reuniões e diálogo com os sujeitos da gestão dos enfermeiros, foi possível viabilizar o apoio para o estudo.

A interação inicial com as participantes ocorreu no dia 2 de fevereiro de 2014, em auditório localizado no primeiro andar de uma das unidades de saúde do Município. As cadeiras foram dispostas em círculo para permitir que todos pudessem se olhar igualmente. Compareceram catorze pessoas: sete enfermeiras assistenciais, as duas gerentes de AVISA, a Coordenadora dos Programas de Hipertensão, Diabetes, Saúde do Adulto e do Idoso, três bolsistas de Iniciação Científica e a pesquisadora coordenadora da pesquisa. Foram convidadas a participar dez enfermeiras atuantes na ESF das duas AVISAs referidas. Porém, apenas sete compareceram a este encontro.

A gerente dos Programas de Hipertensão, Diabetes, Saúde do Adulto e do Idoso iniciou a conversa para esclarecer o porquê do encontro, como foi a seleção das AVISAs e das enfermeiras. Posteriormente, realizou-se uma dinâmica de apresentação, quando foi proposto que cada enfermeira pegasse um doce de um recipiente e se apresentasse para o grupo, podendo dizer o seu nome, em qual unidade trabalha e há quanto tempo está na ESF.

Após a apresentação, esclareceu-se a proposta da pesquisa, qual a sua essência, como ocorreriam os encontros, quantos estavam previstos inicialmente, sua flexibilidade, a necessidade de envolvimento das participantes para que a investigação fosse bem-sucedida.

Esta primeira interação foi realizada com vistas a apresentar a proposta da pesquisa, respeitando os aspectos éticos para liberdade de participar ou não do estudo. Aos poucos, as participantes iam recebendo a proposta e avaliando

critérios como seria essa nova rotina nas suas atividades. A decisão de participar envolveu considerar o tempo necessário para os encontros, o horário para iniciar e concluí-los, como o trabalho poderia interferir nas atividades desenvolvidas na sua unidade de saúde. Por isso, apresentou-se a proposta para cada encontro, com suas temáticas e estratégias de realização.

Notou-se a necessidade das participantes em conhecer como era a pesquisa, mas, principalmente, qual o seu objetivo. Desse modo, foi deixada clara a intenção de propor a utilização da Teoria de Enfermagem na prática das enfermeiras ao cliente hipertenso. À medida que ia sendo assimilada a ideia da pesquisa, as participantes começavam a demonstrar o interesse em se engajar no grupo.

Foi estabelecido acordo no grupo em relação ao horário de início e duração do encontro. A Secretaria de Saúde havia disponibilizado duas horas de um turno, quinzenalmente. Dessa forma, não era viável o início muito cedo, como algumas enfermeiras sugeriram. Elas teriam que organizar as unidades no início do turno da tarde e, depois disso, iriam para o local de encontro. Após concordarem com essa situação, os encontros ficaram acordados para iniciar às 15 horas.

Para esclarecimento sobre a duração dos encontros, explicou-se que o grupo focal orienta que a duração não pode ser muito extensa, pois acaba sendo menos produtiva. Ressel *et al.* (2008) referem que este deve ser um cuidado para aqueles que desenvolvem o grupo focal como técnica de coleta de dados. Por isso, este quesito seria observado para não ultrapassar 90 minutos para cada encontro.

Assim como os horários dos encontros, foram acordados a frequência quinzenal, os locais (revezando entre as duas AVISAs) e a forma de trabalhar em grupo. Apresentou-se a proposta de realizar, inicialmente, uma avaliação situacional para discutir a prática de Enfermagem ao paciente hipertenso e posteriormente a discussão da Teoria de Alcance de Metas e a Consulta de Enfermagem ao paciente hipertenso, sob fundamento na Teoria do Alcance de Metas.

Percebeu-se o predomínio da fala da Técnica de Hipertensão, o que pode ter gerado certo constrangimento pelas participantes, mesmo a conhecendo de longa data. Assim, a postura de autoridade pode ter influenciado as poucas manifestações do grupo neste dia. Apesar disso, as integrantes expuseram suas dúvidas, tentaram negociar os horários dos encontros, concordaram com os locais, não havendo, dessa forma, prejuízo para o andamento do primeiro encontro.

No decorrer do estudo, apresentou-se a Teoria do Alcance de Metas para que o grupo tomasse conhecimento, se apropriasse deste conteúdo para tomar a decisão quanto a sua adesão ou não da prática.

O último item combinado foi a solicitação feita para que as enfermeiras refletissem nos 15 dias seguintes sobre como se realiza a consulta de Enfermagem ao paciente hipertenso. Esses pensamentos norteariam o primeiro encontro, cujo objetivo foi antecipadamente expresso: discutir sobre a consulta de Enfermagem ao hipertenso, e como se avaliavam neste aspecto.

Após os esclarecimentos iniciais, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitado um contato telefônico de todas as participantes.

Esta interação inicial durou 36 minutos para ser encerrada.

#### 4.4.1.1 Encontro 1

O primeiro encontro foi realizado no dia 26 de fevereiro de 2014, participando cinco enfermeiras, e duas observadoras. Esta foi a etapa inicial da pesquisa, quando as enfermeiras realizaram avaliação coletiva do contexto real da consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão.

No grupo focal, para alcançar bons níveis de interação e discussão, é necessário dedicar um tempo para o aquecimento, o que terá repercussão na qualidade do debate (RESSEL *et al.*, 2008). A dinâmica de aquecimento utilizou a música Escravos de Jó. Foi ensinada uma coreografia que todas deveriam seguir. Após o primeiro ensaio, foi lançada a proposta: primeiramente, seria dançado e cantando a música; na segunda vez, seria dançada, mas a música seria só com balbucios, cantando a melodia, sem falar a sua letra; na terceira vez, seria dançada, mas em silêncio e sem a melodia da música.

Nesta dinâmica, algumas enfermeiras já conheciam a música enquanto outras jamais haviam brincado com ela. Outras se sentiam inseguras para realizar a coreografia proposta.

Ao final, todas as enfermeiras gostaram da dinâmica e comentaram seu objetivo: quando se conhece algo pela primeira vez, parece ser tudo muito difícil, muito novo e complicado de aplicar, mas com o tempo, praticando e com a ajuda

dos colegas, vendo também a sua prática, é possível conduzir-se sem supervisão, pois já se conhece a essência do seu fazer.

Esse seria o grande desafio para as enfermeiras – conhecer e avaliar a possibilidade de aplicar na sua prática algo novo, uma Teoria de Enfermagem. Para tanto, contudo, era necessário partir de algo concreto: a sua prática atual.

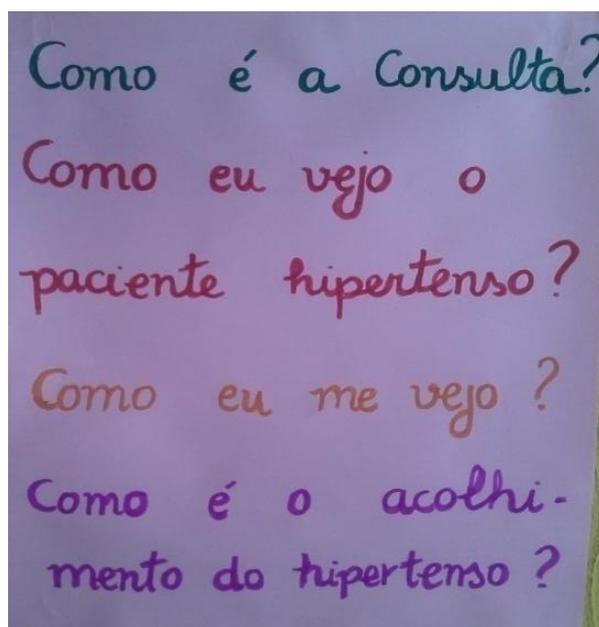
Após a dinâmica, realizou-se trabalho com o Painel, seguindo o modelo *Workshop*. Cada participante ficou com uma cartolina e canetinhas/pincéis e expressou: como é sua prática com os pacientes hipertensos.

Foram entregues cartolina e pincéis para que cada participante usasse a criatividade a fim de expor como se dá a sua consulta de Enfermagem ao paciente hipertenso na sua unidade de saúde. Algumas fizeram esquemas, algumas colocaram palavras-chaves para apresentar sua opinião, críticas e dificuldades.

Acordou-se o tempo que acharam suficiente para elaboração do painel, cerca de 15 minutos. Esse momento foi importante para estimular as enfermeiras a refletirem sobre suas ações, mas também de fugirem um pouco da sua rotina diária de consultas e visitas domiciliárias, sendo uma chance de parar e pensar o seu fazer.

Foram mostradas algumas questões que poderiam facilitar a reflexão e elaboração do painel.

Figura 4 – Painel com Perguntas Disparadoras para Avaliação da Consulta de Enfermagem ao Paciente com Hipertensão. Fortaleza-CE, 2015.



Fonte: Elaboração própria.

Waldow e Fensterseifer (2011) ensinam que a Enfermagem é ciência e arte e por isso mesmo denota diversos significados, demonstrando sua complexidade para conceber o conhecimento que lhe é próprio, o cuidado.

Quando concluíram, houve a apresentação individual dos painéis, com boa participação das cinco enfermeiras, tanto na elaboração do cartaz como na apresentação, expressando suas opiniões e discutindo junto com o grupo a realidade da consulta desenvolvida nas unidades de saúde.

As categorias elaboradas desde esse encontro foram: Visão do atendimento, com as subcategorias Acolhimento, Ambulatório e Descrição da Consulta de Enfermagem; Percepção da enfermeira sobre o paciente; Sobrecarga da enfermeira na ESF; Elementos científicos; Relação com o profissional médico; e Relação com outros setores.

Após as apresentações e discussão, foi acordado o próximo encontro para o dia 26 de março de 2014. As enfermeiras esclareceram dificuldades para o dia 12 de março, pois haveria reunião com suas gerentes e o dia 19 de março seria feriado estadual. Considerando que o dia 26 ficaria muito distante (um mês de intervalo), tentou-se acordar com o grupo outra data mais próxima para o encontro, porém o mais viável realmente seria a quarta-feira. Foi, então, que se sugeriu a formação de um grupo no WhatsApp, com vistas a otimizar a comunicação entre as integrantes da pesquisa. Todas concordaram imediatamente. Mesmo pelo grupo, o próximo encontro só foi viável no dia 26 de março de 2014.

Foram entregues dois textos: um apresentando o Modelo Conceitual de Sistemas Abertos e o outro sobre pesquisa, que investigou a percepção do paciente hipertenso que se adequava aos conceitos do Modelo conceitual. Foi solicitado que as participantes fizessem a leitura dos textos para o próximo encontro.

Este encontro durou uma hora e 25 minutos.

#### *4.4.1.2 Encontros 2 e 3*

O segundo encontro ocorreu no dia 26 de março de 2014. Participaram cinco enfermeiras e duas bolsistas de Iniciação científica. Em todos os encontros, procurou-se sinteticamente reaver o que tinha sido discutido no encontro anterior, o que resultou em aspectos importantes da pesquisa. Neste, foi apresentado um painel como síntese das apresentações realizadas no primeiro encontro.

Posteriormente, iniciou-se dinâmica do Painel. Este simulava o Modelo Conceitual de Sistemas Abertos, proposto por Imogene King (1981). Há três sistemas interatuantes: pessoal, interpessoal e social. Cada um deles incorpora conceitos próprios que direcionam interação enfermeiro-paciente.

Para a dinâmica, cada participante recebeu alguns conceitos do Modelo Conceitual e colocou cada palavra no painel, inserindo no espaço que considerava adequado para os sistemas pessoal, interpessoal e social. Para introduzir o encontro, foi apresentado o esquema do Modelo Conceitual sem as palavras-chave, as quais preencheriam o Painel.

À medida que uma delas colocava a palavra, era solicitado que ela explanasse sobre o conceito, como pensava que o conceito aparece no seu cotidiano, na sua prática e por último era apresentado como a Teórica define cada conceito para ver como o pensamento do grupo concordava ou não com as ideias da Teórica estadunidense.

Para realização da dinâmica, algumas dúvidas foram sendo apresentadas e esclarecidas ao longo desses dois encontros. Esse comportamento está fortemente relacionado com a técnica de coleta de dados utilizada nesta pesquisa, o grupo focal. Houve dúvidas sobre os conceitos, alguns por desconhecimento das participantes. Isso ensejou constrangimento para expor suas opiniões e conhecimento prévio.

Mesmo quando as participantes desconheciam os conceitos, o clima de amizade e respeito produziu liberdade para assumir as próprias limitações, dando oportunidade para uma aprendizagem efetiva. Uma das habilidades do moderador do grupo focal é criar um ambiente de empatia, não ameaçador, para que os participantes se achem encorajados a expor suas ideias (GUI, 2003).

Essa seria uma das riquezas produzidas pelo grupo focal, cuja característica é a tendência humana de formar opiniões e atitudes por meio da interação com outras pessoas. É um espaço para discussão e troca de experiências, permitindo a permuta de opiniões, o conhecimento do outro e a própria mudança de posição ante a algumas opiniões (BACKES *et al.*, 2011).

É necessário que o moderador do grupo tenha sensibilidade para organizar a discussão, estimulando a participação de todos os membros, porém, respeitando as características individuais. Sempre há pessoas mais extrovertidas e

aquelas mais tímidas, mas todos têm conhecimento de que, quando há compartilhamento, a aprendizagem é mais rica e produtiva.

Não deu para concluir a discussão de todos os conceitos nessa tarde, ficando acordada a continuidade no encontro seguinte. O terceiro encontro ocorreu no dia 16 de abril de 2014 com o objetivo de concluir o painel. Também houve a participação de cinco enfermeiras e uma bolsista de iniciação científica, contando também, com a presença da enfermeira técnica de Hipertensão, Diabetes, Saúde do Adulto e Idoso. Esta, por valorizar o estudo, decidiu averiguar como estava o andamento da pesquisa.

Iniciou-se retornando aos conceitos que tinham sido apresentados no encontro anterior e, depois, foi dada continuidade à discussão dos demais conceitos do Modelo Conceitual de Imogene King (1981).

As categorias elaboradas para os encontros 2 e 3 foram: Síntese do encontro anterior; Conhecimento dos conceitos propostos pela Teórica, dividida nas subcategorias Sistema pessoal, Sistema interpessoal, Sistema social e Três sistemas; Demanda; Participação da família; e Experiências do cuidado.

Ao final deste encontro, foi entregue material, a ser lido pelo grupo, contemplando a Teoria do Alcance de Metas de King (1981), para que elas conhecessem previamente o conteúdo, para ser discutido no encontro posterior.

O segundo encontro durou 55 minutos, enquanto o terceiro demorou uma hora e 35 minutos.

#### *4.4.1.3 Encontro 4*

O quarto encontro foi realizado no dia 30 de abril de 2014. A proposta foi apresentar a Teoria do Alcance de Metas, avaliando a receptividade das informações pelo grupo focal e a possibilidade de utilizá-la na prática clínica com o paciente hipertenso. Ficou-se muito satisfeita, pois as sete enfermeiras compareceram para conhecer a Teoria.

Preparou-se apresentação em power point, o qual foi projetado utilizando data show e netbook. Chegou-se antecipadamente para preparar a sala e testar os equipamentos para que não houvesse contratempos. As cadeiras não foram dispostas em círculo, mas em “meia-lua”, para que todas pudessem visualizar a projeção na parede, mas sem prejudicar o diálogo do grupo.

Foi o encontro a que todo o grupo compareceu, mas a participação em verbalização foi menor, já que foi mais expositivo. Apesar disso, observou-se boa participação das enfermeiras, pois elas demonstraram interesse em conhecer a Teoria.

As categorias elaboradas para o encontro 4 foram: Percepção da interação com o paciente; e Percepção do registro de Enfermagem metaorientado.

Ao final, foi apresentado instrumento com um roteiro de Consulta de Enfermagem, com estabelecimento de metas e avaliação do seu alcance, direcionado ao paciente com hipertensão. Solicitou-se que avaliassem criticamente e propôs-se que utilizassem na consulta de Enfermagem, com objetivo de que, no último encontro, dessem o *feedback* sobre a utilidade desse instrumento, assim como se deu a experiência de utilizar a Teoria do Alcance de Metas na sua prática.

Este encontro durou uma hora e dez minutos.

#### 4.4.1.4 Encontro 5

O quinto encontro foi o mais difícil de se concretizar. O cronograma inicial seria três meses de coleta de dados, mas extrapolou este período, prolongando-se por muitos meses. Algumas integrantes entraram de férias nos meses de maio e julho; no mês de junho, aconteceu a Copa do Mundo e as liberações das profissionais nos dias de jogo impediam a realização do encontro, pois seria mais um turno sem enfermeiro na unidade.

Ficou acordado para o dia 11 de junho, porém, nesse dia, três enfermeiras precisaram se ausentar e, em razão do pequeno número de participantes que chegaram à unidade, junto com elas concordou-se que seria mais prudente o encontro com a maioria das integrantes da pesquisa-ação.

Por estes motivos, o encontro foi realizado no dia 27 de agosto de 2015. Participaram cinco enfermeiras que estavam desde o início da pesquisa, a observadora e a técnica de Hipertensão e Diabetes, Saúde do Adulto e do Idoso. Essa se mostrou solícita em se encontrar na fase final do estudo, mas chegou por volta da metade do encontro.

Todas ficaram à vontade para relatar como se deu a utilização dos instrumentos com os pacientes hipertensos, suas facilidades e dificuldades, possíveis ajustes.

As categorias elaboradas para o encontro 5 foram: Percepção do instrumento; Enfrentamentos do cotidiano; O problema para implementação; e Finalização do estudo.

Também nesse encontro, decidiu-se mostrar disponível para outros encontros que dessem suporte para a implementação da Teoria do Alcance de Metas na Estratégia Saúde da Família, inicialmente, neste grupo e, posteriormente, com a formação de outros grupos focais para dar seguimento a essa nova proposta.

Esta pesquisa buscou ajudar ao orientar as pessoas a investigarem e a mudarem sua realidade, por meio da mudança de algumas práticas que constituem suas realidades vividas.

Este encontro durou uma hora e 30 minutos.

#### **4.5 Organização e Análise dos Dados**

Durante a coleta de dados, todos os encontros foram audiogravados, para permitir posterior análise. Para organizar os indicadores, estes foram integralmente transcritos, inclusive as intervenções que se fez, considerando, também as dos observadores. Para análise dos resultados, porém, apenas foram incluídas as falas das enfermeiras do estudo.

Os dados produzidos nas três fases foram organizados e analisados seguindo a proposta de Spink (1999), sobre a produção de sentidos, com suporte nas práticas discursivas.

É uma proposta teórico-metodológica do estudo da produção de sentidos no cotidiano. As práticas discursivas constituem o foco central de análise, com origem em seleções, escolhas, linguagens, contextos, expressões de produções sociais. Para a autora, o sentido é uma formulação social, mediante a qual as pessoas elaboram os termos com base no que compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta.

Dessa forma, na primeira fase, identificou-se o sentido dado pelas enfermeiras à sua prática durante a consulta ao paciente hipertenso, com vistas a identificar problemas que dificultam a adesão do paciente ao tratamento proposto. Por meio das práticas discursivas dos enfermeiros, pôde-se conhecer as características da Consulta de Enfermagem ao paciente hipertenso, identificando as

dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras, direcionando como a Teoria do Alcance de Metas poderia colaborar para efetiva interação do enfermeiro com o paciente.

Durante a segunda fase, quando foi realizada a intervenção, processou-se a análise proposta por Spink (1999), identificando o sentido elaborado pelas enfermeiras aos conceitos do Modelo Conceitual de Sistemas Abertos e à Teoria do Alcance de Metas, de Imogene King (1981). O objetivo foi proporcionar o aprofundamento dos conhecimentos acerca da Teoria do Alcance de Metas, de modo que elas pudessem visualizar sua aplicação e possibilidade de implementação desta na sua prática cotidiana.

Na terceira fase, avaliou-se, nas práticas discursivas, como as enfermeiras acolheram a proposta de utilização da teoria na sua prática profissional. As práticas discursivas são a linguagem em ação, ou seja, como as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais cotidianas. Envolvem a dinâmica, as formas e os conteúdos.

Na dinâmica, o enunciado não surge magicamente, mas constitui unidade de comunicação, complexamente organizado com outros enunciados na conversação, por meio do qual o falante se posiciona. As formas ou gêneros de fala indicam maneiras, mais ou menos estáveis, de enunciados, com coerência ao contexto, tempo e interlocutores. Os conteúdos constituem os repertórios interpretativos, que são as unidades de constituição das práticas discursivas, que demarcam as possibilidades de elaborações discursivas. É por meio destes que é possível entender a estabilidade e a dinâmica das produções linguísticas humanas (SPINK, 1999).

A análise inicia-se com uma imersão no conjunto de informações coletadas, procurando aflorar os sentidos, sem encapsular os dados em categorias, classificações ou tematizações definidas *a priori*. Spink (1999) refere que pode ocorrer conflito entre sentidos estabelecidos durante a pesquisa e a interpretação e aqueles decorrentes das leituras da revisão integrativa e do referencial teórico. Deixa claro, porém, que é desse confronto que emergem as categorias de análise.

Neste estudo, também não se buscou elaborar as categorias *a priori*, mas identificou-se como essas categorias afloraram dos discursos das integrantes. Posteriormente à elaboração das categorias, é que se realizou a interpretação dos dados e se efetivou a sua relação com a literatura.

Por este motivo, propõe a utilização dos mapas de associação de ideias, os quais têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas. Como consequência, encontram-se os aspectos formas da construção linguística, os repertórios utilizados e a dialogia na produção de sentidos.

A construção dos mapas se inicia pela definição de categorias gerais, que refletem os objetivos da pesquisa. Busca-se organizar os conteúdos desde essas categorias, preservando a sequência das falas, e identificar processos de interanimação dialógica na esquematização visual da entrevista (SPINK, 1999).

A técnica envolveu os passos a seguir descritos.

a) Utilizou-se um processador de dados, do tipo Word for Windows, e digitou-se toda a entrevista.

Os encontros foram audiogravados e, posteriormente, realizou-se sua transcrição fidedigna, utilizando o Word for Windows.

b) Construiu-se uma tabela com um número de colunas correspondente às categorias utilizadas, ou seja, cada categoria que emergiu das falas corresponde a uma coluna.

Como o número de categorias que emergiram no estudo foi alto, o *corpus* dos encontros foi transferido para o processador de dados Excel for Windows, pois facilitou a organização, visualização e análise dos dados.

c) Usou-se as funções *cortar* e *colar* para transferir o conteúdo do texto para as colunas, respeitando a sequência do diálogo, resultando um efeito-escada. À medida que o diálogo vai acontecendo, as falas são direcionadas às suas categorias correspondentes, alocadas linha após linha.

Foi um processo de elaboração que está intimamente ligado ao objetivo da pesquisa e aos repertórios disponíveis. Todas as falas de uma coluna correspondem a uma mesma categoria, o que possibilita a leitura vertical do encontro. Se o pesquisador quiser o contexto em que a fala foi aparecendo no grupo, no entanto, pode realizar a leitura horizontal, com a co-construção da dialogia. Mediante esta leitura, foi possível compreender a interanimação que faz da pesquisa uma prática social (SPINK, 1999).

Desse modo, as práticas discursivas expressam categorias, isto é, estratégias linguísticas delineadas para conversar, explicar, organizar e dar sentido ao mundo, influenciadas pelo contexto envolvido nos fenômenos. Por fim, a

produção de sentidos foi sendo identificada, sendo destacada à medida que as falas são produzidas. Desta forma, o sentido das práticas discursivas é apresentado correspondendo a cada categoria temática.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

A Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, é a base para respeitar os sujeitos envolvidos na pesquisa (BRASIL, 2012a). Assim, o projeto deste estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), indicado mediante seu cadastro na Plataforma Brasil (BRASIL, 2012a). Após a submissão, o projeto demorou do dia 10 de julho de 2013 até o dia 18 de novembro do mesmo ano para ser aprovado, mesmo sem nenhuma correção sugerida pelo CEP. Aguardou-se esse período e somente deu-se início à produção dos dados depois de sua aprovação pela CAAE: 13561013.0.0000.5054.

Na interação inicial, as enfermeiras foram convidadas a participar da pesquisa e informadas quanto aos objetivos do estudo, de como se daria o seu envolvimento na produção dos dados. Além disso, foi garantido o anonimato, impedindo qualquer possibilidade de identificação da participante. A pesquisa ofereceu riscos mínimos, com todo o apoio àquelas enfermeiras que se sentiram mais tímidas durante a realização do grupo focal.

Após serem dadas essas informações, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em duas vias, entregando-se para a participante, e ficando-se com a outra, contendo todas as informações acerca da pesquisa, com os contatos e a garantia de disponibilidade para se esclarecer qualquer dúvida antes e durante a execução do estudo.

Acredita-se ter assegurado os direitos aos sujeitos da pesquisa, além de reflexão contínua quanto a sua participação no decorrer do estudo.

## **5 RESULTADOS E ANÁLISE**

Neste capítulo, estão expressos os resultados da pesquisa, encontro a encontro. Os quadros denotam, antecipadamente, as categorias temáticas de cada um deles e, posteriormente, cada uma é discutida.

O primeiro encontro resultou numa reflexão acerca da conjuntura da consulta de Enfermagem ao paciente hipertenso, como a realidade de cada enfermeira é percebida por si mesma e pelo grupo, como estas são diferentes, mas se complementam no contexto brasileiro na política de HAS.

O segundo e terceiro encontros sintetizaram as percepções, opiniões e conhecimentos prévios dos membros sobre os conceitos utilizados por Imogene King no Modelo Conceitual de Sistemas Abertos, base para elaboração da Teoria do Alcance de Metas.

O quarto conjugou o novo, foram menos falas e mais escuta para conhecer uma Teoria de Enfermagem que propõe uma forma diferente de interagir com o paciente. Nisto, as próprias experiências foram o elemento concreto para aproximar de algo abstrato. Houve o compartilhamento de vivências do contexto da ESF.

O quinto encontro mostrou as dificuldades para a tomada de decisão para a mudança, adoção do novo e do desconhecido. O discurso predominante no momento de avaliação foram as exigências organizacionais que dificultaram assumir mais um desafio, dentre tantos que foram sendo impostos no cotidiano do trabalho, mas ficou acordada a possibilidade de implantação, apesar de lenta, contínua, como proposta assumida de realizar encontros posteriores para acompanhamento desse processo.

### **5.1 Reflexão acerca da Conjuntura da Consulta de Enfermagem**

São apontadas e discutidas as seis categorias temáticas, com suas subcategorias, estabelecidas com base na análise das falas do grupo. Em seguida, a apresentação realizada por parte de cada enfermeira está exposta por meio de fotografias dos esquemas de como percebem a consulta de Enfermagem.

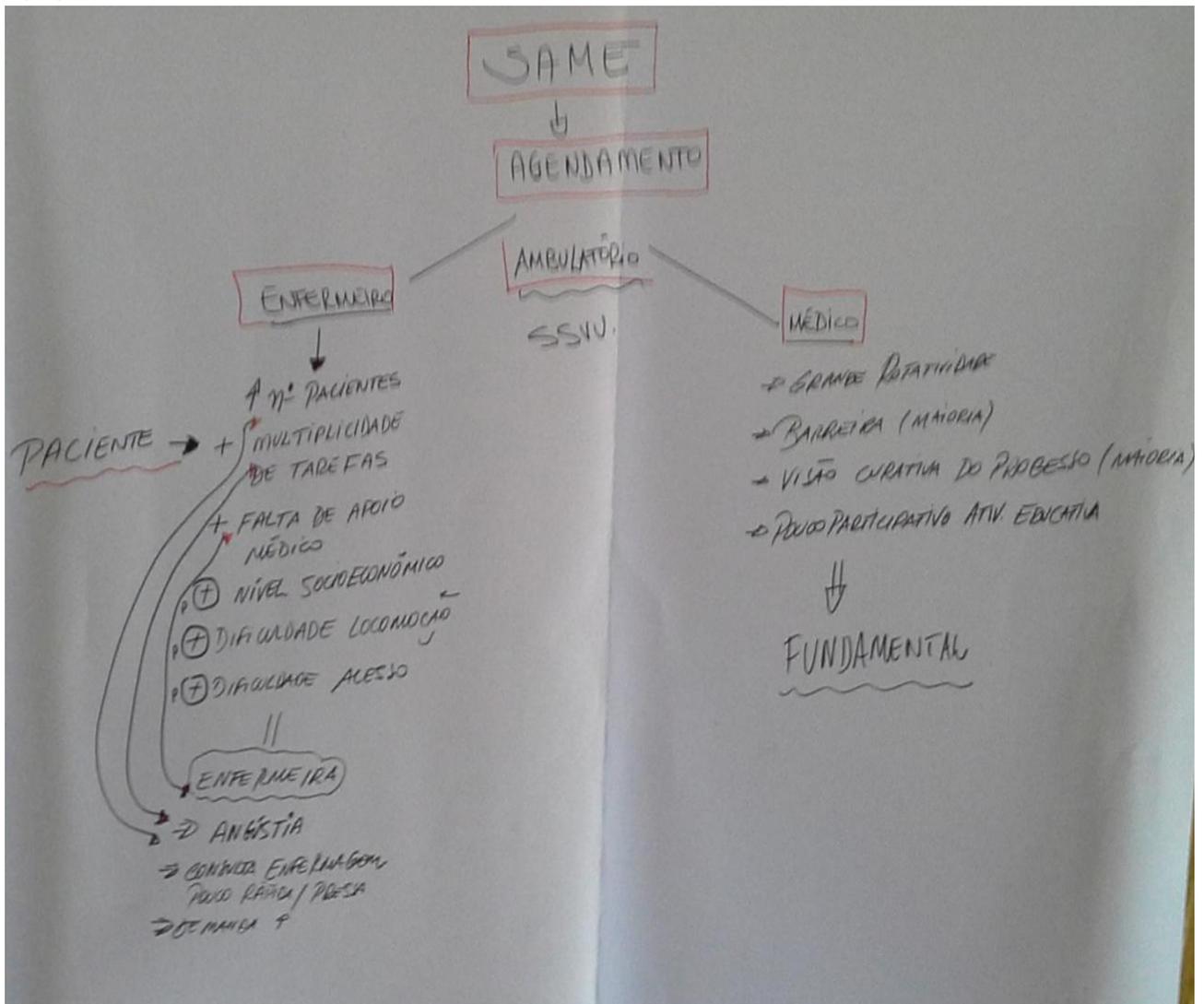
Inicialmente, indicou-se a percepção geral expressa pelas enfermeiras na constituição e mostra dos painéis elaborados por elas.

Algumas conversas no decorrer da elaboração do painel demonstraram reflexões das enfermeiras: é necessária a parceria/compromisso do profissional; importância da realização de atividades educativas; pouco tempo viável para tantos programas: Hipertensão, Diabetes, Saúde do Adolescente, Obesidade, Asma, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Programa Saúde Na Escola (PSE), a grande responsabilidade que assumem ao trabalharem na ESF e o fato de não serem dispensáveis, pois trabalham, mesmo que não haja médico.

A enfermeira tem reconhecida atuação junto ao paciente hipertenso. Estudo longitudinal, que avaliou impacto da consulta junto a pacientes em fase terminal de insuficiência renal crônica, revelou melhora nas mudanças no estilo de vida (com redução do peso, do tabagismo), no controle dos níveis pressóricos e redução do edema, apesar de não haver diferença na redução do número de fármacos (SEGURA *et al.*, 2014). Assim, demonstra-se a importância da atuação de Enfermagem junto a essa clientela.

A primeira enfermeira a apresentar seu painel foi Alpínia, que abordou o fluxograma do paciente. Este chega, direciona-se ao Serviço de Arquivo Médico (SAME), verifica os sinais vitais no ambulatório e agenda o atendimento (para o enfermeiro ou para o médico). Seu painel está disposto a seguir.

Figura 5 – Painel da Consulta de Enfermagem Elaborado por Alpínia. Fortaleza-CE, 2015.



Fonte: Percepção de Alpínia sobre a Consulta de Enfermagem ao Paciente Hipertenso.

Alpínia abordou a grande demanda de pacientes e outras atividades realizadas pelo enfermeiro (que fogem da assistência direta), fiscalização de medicação, a falta de apoio do médico, limpeza da unidade, o que causa sobrecarga a essa profissional. Ela referiu dificuldade com relação a esse profissional, na constituição de vínculo com a comunidade, pois já passaram catorze médicos em sua equipe. Ela promove atividades educativas, mas considera que o nível socioeconômico da comunidade, a escolaridade, dificuldade de locomoção, e de acesso prejudicam as atividades a serem realizadas na unidade.

As setas que aparecem no seu fluxograma demonstram como os vários aspectos que permeiam sua rotina diária dificultam suas atividades e confluindo para

o aumento do estresse e no comprometimento da qualidade da assistência que dispõe aos seus hipertensos.

O resultado disso tudo é uma enfermeira angustiada, com uma consulta de Enfermagem um pouco rápida, apressada. Tal performance interfere na falta de *feedback* com o paciente. Conseqüentemente, perdura a visão curativa do processo e fica negligenciada a questão educativa.

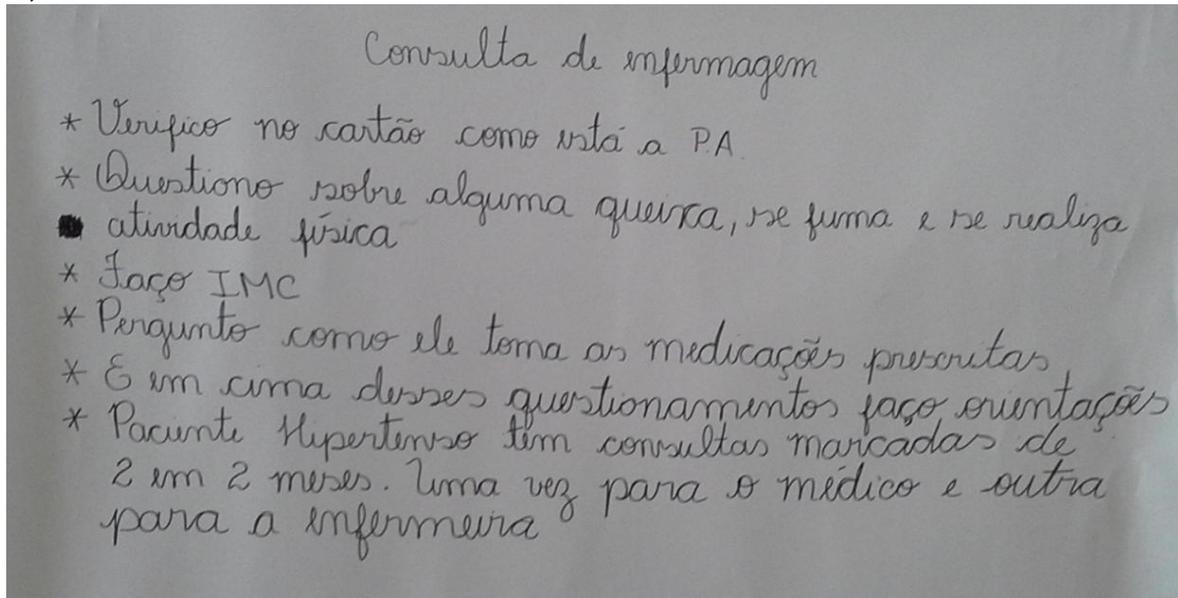
Em revisão sobre a atuação de Enfermagem ao paciente hipertenso, constatou-se que as próprias orientações do enfermeiro se dão, prioritariamente de forma individual, havendo pouca interação coletiva, a qual poderia trazer resultado mais positivo no comportamento das pessoas, condizente com a Promoção da Saúde (MOURA *et al.*, 2011).

Além disso, Alpínia referiu a dificuldade nas relações com outros profissionais: alguns médicos se acham superiores ao enfermeiro, além da alta rotatividade destes.

A segunda enfermeira que descreveu a consulta com o hipertenso foi Gérbera. Quando o paciente chega do SAME, ela verifica o cartão, o prontuário, verifica a pressão, a qual é registrada no cartão; se está descompensado (encaminha para o médico), pergunta as queixas do paciente, se realiza atividade física, se fuma, Índice de Massa Corporal (IMC), medicações, de acordo com a idade.

Preocupada com a compreensão das informações, pede aos idosos que venham com algum acompanhante. Com esses questionamentos, faz as orientações: medicações (fica angustiada com os idosos que não fazem o uso correto do tratamento medicamentoso); atividade física; tabagismo (pergunta se tem vontade de parar de fumar para inserir no grupo que existe na unidade). A frequência da consulta é de dois em dois meses, uma vez com a enfermeira e uma vez com o médico. Uma dificuldade é com os pacientes faltosos, pois eles não querem remarcar a consulta. Frequentemente, comparecem à unidade em dias de outros atendimentos, prejudicando sua rotina.

Figura 6 – Painel da Consulta de Enfermagem Elaborado por Gérbera. Fortaleza-CE, 2015.

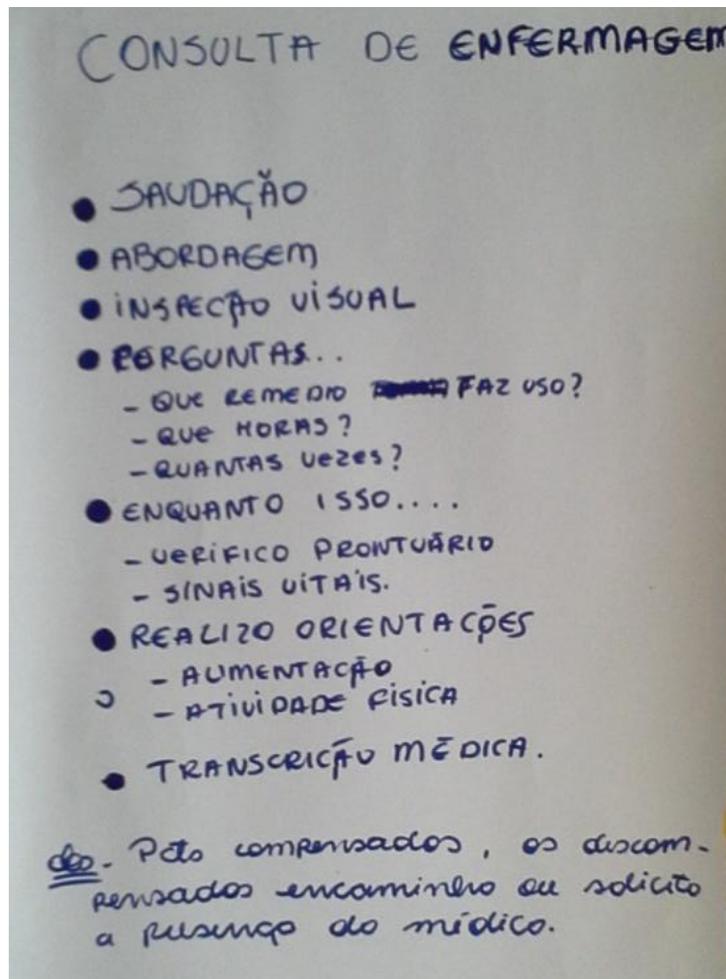


Fonte: Percepção de Gérbera sobre a Consulta de Enfermagem ao Paciente Hipertenso.

Gloriosa foi a terceira enfermeira a apresentar a Consulta de Enfermagem. Está há pouco tempo na sua unidade e abordou sua realidade. Ainda está conhecendo os pacientes, em torno de 150. Informou que, quando a consulta é com o médico, o paciente traz alguma queixa, enquanto que, com ela, o foco é a dispensação de medicamento; o paciente já chega apressado.

Ela tem um foco muito forte no acolhimento, que faz para conquistar o paciente. Pergunta como ele está, se irritado, mal-humorado. Dá bom-dia, sorri para os pacientes. Faz triagem para hanseníase, maus-tratos, se é bem cuidado, higienizado. Pergunta sobre as medicações, conferindo com o prontuário, sendo que os pacientes descompensados são encaminhados para o médico. Avalia o nível de orientação. Verifica os sinais vitais. A partir daí, faz as orientações: atividade física (tem o grupo com o Corpo de Bombeiros), alimentação (comida com pouco sal) e realiza a transcrição da receita.

Figura 7 – Painel da Consulta de Enfermagem Elaborado por Gloriosa. Fortaleza-CE, 2015.



Fonte: Percepção de Gloriosa sobre a Consulta de Enfermagem ao Paciente Hipertenso.

A quarta enfermeira está na equipe que tem mais hipertensos no Município. Descreveu a rotina do atendimento e chama-se Camélia. São em torno de 800 pacientes. A marcação é feita na recepção, para a Enfermagem, e para o médico, no SAME.

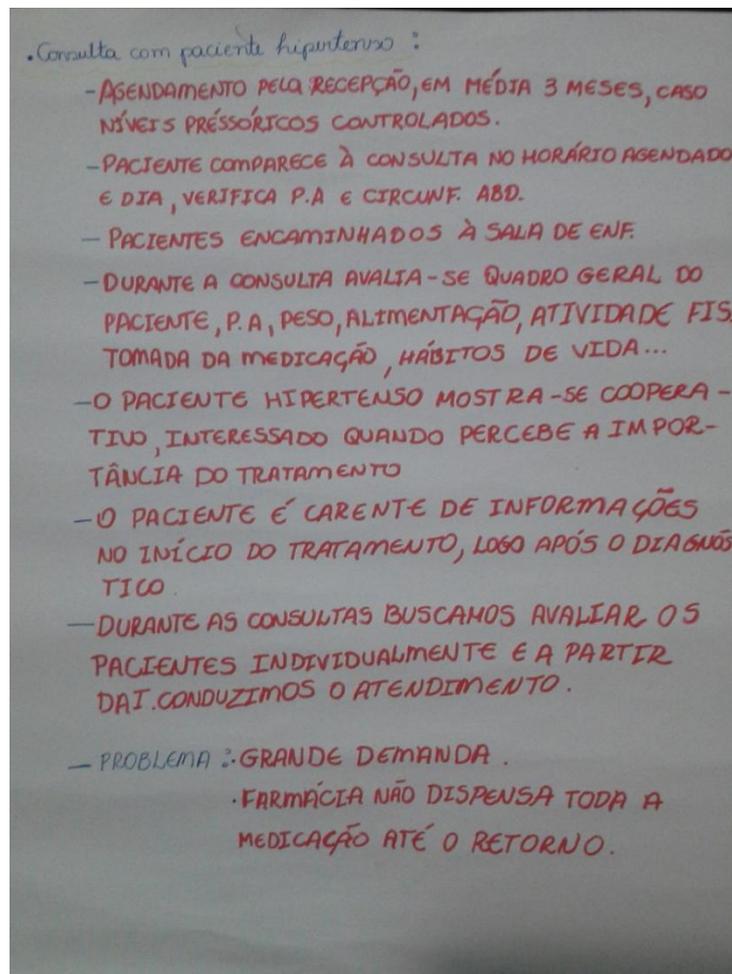
No ambulatório, verificam-se circunferência abdominal, peso. A frequência da consulta é de três em três meses. Por isso, os pacientes acabam voltando antes do intervalo à procura das receitas. Também expressou que na consulta médica são abordadas as queixas, o que não acontece na de Enfermagem.

Na consulta, avalia o resultado da pressão arterial (PA), circunferência abdominal (CA) compara com o anterior, verifica hábitos de vida: alimentação, atividade física, de acordo com a idade.

Destaca como vem aparecendo cada vez mais jovens com hipertensão, problemas renais, com limitações. Faz as orientações de acordo com as possibilidades do paciente, transcreve as medicações. Há certa parceria com o médico. No início do tratamento, eles chegam sem saber o que é hipertensão, carentes de informação da doença, do tratamento. Orienta o idoso a vir acompanhado. Pergunta quais são as medicações que está tomando.

Um dos maiores desafios dessa enfermeira é a grande demanda de pacientes, a pouca parceria com a Farmácia e as inúmeras intercorrências. Ela trabalha junto à população com melhores condições socioeconômicas, boa parte com plano de saúde. Seu painel está apresentado em seguida.

Figura 8 – Painel da Consulta de Enfermagem Elaborado por Camélia. Fortaleza-CE, 2015.



Fonte: Percepção de Camélia sobre a Consulta de Enfermagem ao Paciente Hipertenso.

A quinta enfermeira é Tulipa e relatou que a consulta é agendada de dois em dois meses, intercalando Enfermagem e Medicina. São 348 pacientes. Está na

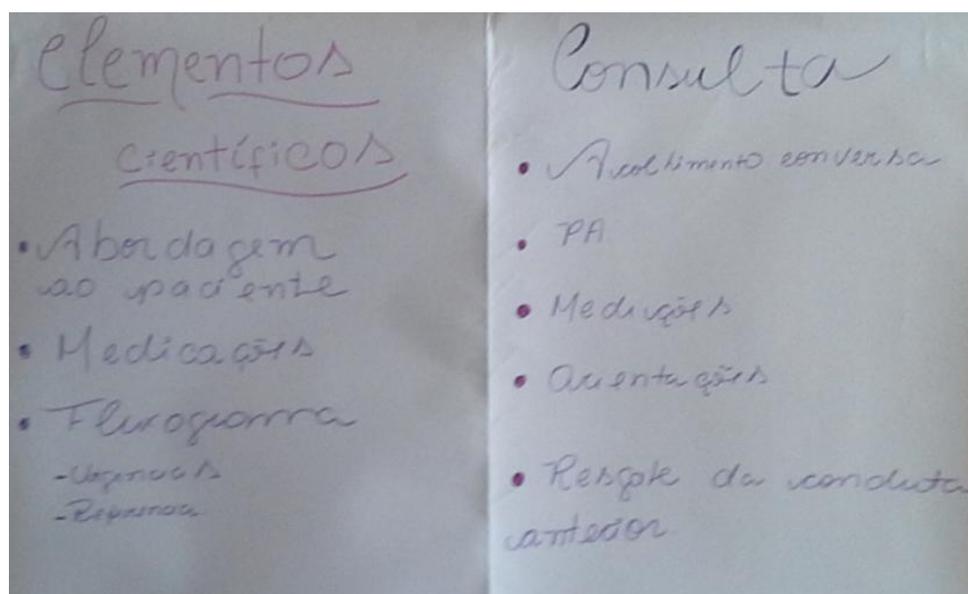
unidade há um ano e meio. O paciente traz a receita anterior. Há dificuldade, porque, caso ele esqueça, o médico não sabe como fazer a prescrição, pois ele não anota no prontuário. Se o médico mudar alguma medicação, não há como a enfermeira ficar sabendo. Alguns pacientes não sabem a medicação, outros só fazem a descrição física do comprimido, o que é um risco para sua segurança.

É realizado o acolhimento. O paciente tem no cartão o registro da pressão da consulta anterior. Há transcrição da medicação, com as orientações, resgatando a consulta anterior, registrando no prontuário. Orienta alimentação, se tem acompanhante. Alguns reclamam a demora da consulta, dá prioridade aos mais idosos. Comentou que a população não está acostumada com orientações. Nos grupos, os participantes vão no primeiro encontro e, no segundo, já têm as mesmas dificuldades. Faz a evolução no prontuário.

Foi a fala que mais aproximou as ações de Enfermagem com o Processo de Enfermagem, da coleta de informações à evolução. O uso do Processo de Enfermagem permite o planejamento consciente das intervenções de enfermagem, de modo a garantir melhor qualidade da assistência.

Ao questionar sobre os elementos científicos que norteiam a consulta de Enfermagem, Tulipa também apresentou aspectos importantes, apesar de não abordar o Processo de Enfermagem.

Figura 9 – Painel da Consulta de Enfermagem Elaborado por Tulipa. Fortaleza-CE, 2015.



Fonte: Percepção de Tulipa sobre a Consulta de Enfermagem ao Paciente Hipertenso.

No discurso desta enfermeira, foi colocado como necessário o conhecimento sobre Farmacologia, interação medicamentosa, orientações, fluxograma de atendimento.

Não foi abordado o processo de Enfermagem de forma como elemento científico dessa assistência. Há a sequência de informações coletadas, orientações e acompanhamento, porém o empirismo ocorre em detrimento da utilização do processo que daria mais respaldo para a atuação do enfermeiro.

Ao final, todas concordaram que é necessário refletir o que se pode fazer para melhorar a situação, no seu contexto. Em estudo sobre a consulta de Enfermagem embasada numa teoria, as conclusões finais consideraram que seu uso facilita a organização do atendimento junto a essa clientela (MANZINI; SIMONETTI, 2009).

As apresentações das enfermeiras demonstram que elas comandam e coordenam a consulta, sem gerar oportunidades para que o paciente, espontaneamente, aborde algo que não esteja programado ou esperado pelas profissionais. Sobre isso, Borges, Pinheiro e Souza (2012) abordam como a interação enfermeiro-hipertenso pode ser unilateralizada, na qual o enfermeiro (as)sujeita o hipertenso a seguir suas ordens, o que se manifesta também pela comunicação nãoverbal.

O intuito deste encontro foi estabelecer um diagnóstico situacional para identificação da realidade da prática de Enfermagem, identificando nós críticos e como estes poderiam ser mais bem compreendidos ou solucionados, a partir da pesquisa, produzindo conhecimento durante o seu desenvolvimento.

Quadro 3 – Categorias Temáticas da Reflexão da Conjuntura da Consulta de Enfermagem. Fortaleza- CE, 2015.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
5.1.1 Visão do atendimento	5.1.1.1 Acolhimento 5.1.1.2 Ambulatório 5.1.1.3 Descrição da Consulta de Enfermagem
5.1.2 Percepção da enfermeira sobre o paciente	
5.1.3 Sobrecarga da enfermeira na ESF	
5.1.4 Elementos científicos	
5.1.5 Relação com o profissional médico	
5.1.6 Relação com outros setores	

### 5.1.1 Visão do Atendimento

Essa categoria incorpora três subcategorias que, juntas, discutem como a enfermeira descreveu a dinâmica do atendimento do paciente com hipertensão – Acolhimento, Ambulatório e Descrição da Consulta de Enfermagem. Para ser atendido, o paciente precisa marcar sua consulta no SAME. Quando vem para a consulta, é recebido inicialmente lá e depois vai para a consulta de Enfermagem, onde é acolhido.

#### 5.1.1.1 Acolhimento

A primeira subcategoria foi o acolhimento, declarado que é realizado por algumas das participantes. A preocupação é a identificação de queixas, de problemas que surgiram desde a última consulta.

“então eu chego e digo, **bom dia, tudo bom, já coloco um sorriso** desse tamanho e já quebra mais o gelo, **como é que vai o senhor?** , não é porque eu estou assim, então eu sempre gosto de fazer uma abordagem, **como é que o senhor está, o senhor está bem? Está sentindo alguma coisa?**”(GLORIOSA).

“então na maioria das vezes eu faço assim, o acolhimento, **eu converso**, eles já se acostumaram. Anteriormente não, ele só renovavam a receita, agora **eu já consigo conversar sobre outros assuntos** rapidinho antes de começar uma consulta.”(TULIPA).

A forma como o usuário é recebido na unidade de saúde é importante, pois influencia sua aceitação do atendimento, da espera pela consulta, das orientações recebidas para aplicá-las no seu cotidiano. Portanto, a interação com os profissionais de saúde é importante para o vínculo desse paciente com o próprio serviço.

O acolhimento é estudado por muitos autores, ampliando a compreensão desse conceito para um modo de relacionamento entre profissional e usuário para identificação das necessidades e busca de resoluções, gerando encaminhamentos. Há maior comprometimento para receber, escutar e tratar os usuários do serviço de modo mais humanizado. Pesquisa em Campinas descreve que a concepção de acolhimento é entendida como a garantia de acesso e humanização, como postura dos profissionais diante das necessidades dos usuários. Está mais direcionado, porém, à demanda espontânea, se tornando em boa parte um pronto-atendimento (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Desse modo, o acolhimento compromete a qualidade da assistência prestada, pois o profissional não planeja o que vai aparecer naquele dia de demanda espontânea ou de intercorrências.

#### 5.1.1.2 Ambulatório

A segunda subcategoria foi o Ambulatório, espaço onde os pacientes realizam a aferição da pressão arterial, do peso e altura. Em outras realidades, também é chamado de Triagem.

“Antes do agendamento e da consulta, eles passam no ambulatório e **verificam os sinais vitais**, estou dizendo antes porque às vezes ele vão marcar, mas mesmo assim vão lá e **verificam a pressão**, faz o teste físico, **passa pelo enfermeiro.**” (ALPÍNIA).

“**verifica a pressão** que é o ambulatório já chega para mim com a pressão verificada.” (TULIPA).

A verificação dos sinais vitais faz parte da primeira etapa do Processo de Enfermagem, quando o enfermeiro coleta informações do histórico, com vistas a identificar os problemas do paciente.

De acordo com o Caderno de Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), no exame físico, deve-se avaliar:

- a) Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- b) Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.
- c) Frequência cardíaca e respiratória.
- d) Pulso radial e carotídeo.
- e) Alterações de visão.
- f) Pele (integridade, turgor, coloração e manchas).
- g) Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico).
- h) Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen.
- i) Membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).

Com base nessas informações, o enfermeiro estabelecerá os diagnósticos de Enfermagem. Algumas delas podem ser delegadas aos outros

membros da equipe de enfermagem, como a aferição do peso, altura, circunferência abdominal, circunferência do quadril, pressão arterial. O conjunto dessas informações, no entanto, deve ser articulado e avaliado pelo enfermeiro para identificação das necessidades do paciente.

A atitude de promover a Educação em Saúde pelas enfermeiras é elemento fundamental para que haja valorização pelo paciente hipertenso. Estudo realizado em Fortaleza-CE, porém, com hipertensos sobre a atuação do enfermeiro revelou que este é confundido com o técnico de Enfermagem, principalmente por ser este quem afere a pressão arterial e reflete sobre a falta de identificação do enfermeiro ao paciente, o que pode colaborar para essa confusão (MOURA *et al.*, 2012). Além disso, afirmam que muitas vezes o enfermeiro abre mão de algo que lhe é imprescindível, a Educação em Saúde, priorizando a transcrição do medicamento.

#### 5.1.1.3 Descrição da Consulta de Enfermagem

Esta subcategoria descreve a atuação direta do enfermeiro e mostra o cuidado que elas desenvolvem no dia a dia ao paciente com hipertensão. Algumas detalham toda a atenção prestada, tentando demonstrar a tentativa de visão holística do paciente. Outras, no entanto, ainda expõem suas dificuldades, principalmente a grande demanda de pacientes para atender. Como resultado desse processo de cuidado, as participantes não se mostraram satisfeitas com a própria atuação.

“Bom, na minha equipe, eu consigo fazer uma demanda agendada de dois em dois meses, **uma consulta comigo e uma consulta com o médico**”; “então verifico no cartão primeiro **como é que está a pressão**, eu até brinco, ‘**vou ver se está bem ou não**’, eu abro o cartão, eu anoto, 10 ou 100, certo, depois eu questiono **se ele tem alguma queixa**, se está sentindo alguma coisa naquele momento, principalmente se o paciente for descompensado naquele momento, **se fuma, se realiza atividade física, faço o IMC** dele, pergunto **como ele toma as medicações**, porque a gente sabe que tem paciente que toma tudo errado, principalmente os idosos que vêm sozinho, eu fico angustiada, ‘**têm alguém com o senhor?**’”; “E eles vêm com um cartãozinho, a gente **consegue avaliar a pressão na consulta anterior e da atual, transcrevo as medicações**, faço as **orientações de como ele tem que usar as medicações**, e eu consigo ver o resgate da conduta anterior que eu tive, como eu **escrevo no prontuário** o nome dele, toma tal horário, ter uma **alimentação saudável, orientei o acompanhante**, aí eu consigo ver se eles estão fazendo o que passei anteriormente.” (TULIPA).

“Assim, no início do tratamento, eles **chegam aqui meio sem saber o que é**, eles estão mais **carentes de informação** mesmo, da doença, como é o tratamento, mas depois

desenrolam bem [aprendem como se cuidar]. Idoso é muito difícil vir sem acompanhante, eu não tenho esse problema, só **a grande demanda**, e a farmácia não dispensa toda medicação e manda para o retorno”; “Então é assim, chega vai para o SAME, **pressão**, às vezes as meninas verificam a **circunferência abdominal, pesa e vai para a sala**. A gente avalia e olha como é que estava antes devido ficar no cartão, vê como é que estava anteriormente, faz uma comparada, **hábitos de vida**, como é que está a **alimentação, atividade física**, eu nem me refiro só a idoso, mas tem muita gente jovem, vinte e poucos anos hipertenso, paciente renal, então assim, ‘eu não posso fazer atividade física porque eu trabalho’, então assim, tem as limitações, a gente avalia, tenta encontrar uma solução, **faz as orientações, transcreve as medicações**, ‘eu estou me dando com isso, não estou me dando com isso’.” (CAMÉLIA).

“então eu **vou falando, procuro muito hanseníase** e eu já até encontrei, paciente meu hipertenso com nodulosinho e também **se é maltratado, se é bem cuidado**, se é bem higienizado, e essa **inspeção visual** é bem rapidinho que a gente faz e eu até faço as perguntas qual **remédio que o senhor toma**, para saber o **nível de orientação**, então muitos deles que dizem bem direitinho [...] já teve paciente que, eu fazendo a receita, de quantidade de medicamento errado e ele disse não, mas esse aqui [...]é que às vezes acontece, pergunta que horas, quantas vezes, enquanto isso eu vou olhando o prontuário, **se ele está tomando a medicação certa**, se está lá anotado, e olho **os sinais vitais dele**, se estão normais, se está com **peso**, se está com a **pressão** e também se for **diabetes** faz a glicemia [...]”; “se for diabético a glicemia, **verificar os sinais vitais** é que eu vou fazer **orientação se faz atividade física**, se ele está com **boa alimentação**, olho no histórico dele, acompanhamento, ‘eu faço’ ‘eu não faço regime, eu não como comida salgada’, ‘como é que o senhor não come comida salgada, está aqui seu histórico, o senhor não precisa se encabular não, pode contar a verdade’ [risos], às vezes é uma comédia [...], a gente tem um grupo de bombeiro certo, que faz atividades com ele e depois **faço a transcrição médica**, se os pacientes forem compensados; os pacientes sendo descompensados, **eu encaminho ou então solicito a presença do médico na sala**[...]” (GLORIOSA).

“Às vezes, eu tenho que pedir para eles irem na farmácia, voltar para me **dizer quais são as suas medicações**. Aí eu risco, boto uma bolinha, um x, alguma coisa, porque **ele nem sabe ler**, eles não vão tomar, chega com a pressão lá em cima, ‘não esse daqui eu tomo tal hora, esse daqui eu esqueço’.” (GÉRBERA).

“não tem um *feedback* com o paciente, **visão curativa do processo**, a maioria acha que tem que está lá é para atender e **deixa de lado a questão educativa** de conversar, de sentar e pouco participativa nas atividades educativas que ao mesmo tempo ela é fundamental.” (ALPÍNIA).

No Município sob estudo, a Consulta de Enfermagem é rotina em todas as unidades de saúde, o que denota conquista de espaço no trabalho do enfermeiro ao paciente hipertenso. A prática da consulta, contudo, não se dá como preconizado, que parece se limitar à situação da pressão arterial, o que já é delegado a outro profissional – o técnico de Enfermagem. Pode-se perceber, no discurso do grupo, que é preciso otimizar o cuidado durante a Consulta de Enfermagem. A busca pelo processo de Enfermagem pode contribuir para essa melhoria na qualidade da assistência.

Revisão integrativa sobre a gerência do cuidado do enfermeiro na ESF destaca que, mesmo sendo o enfermeiro quem realiza a organização da unidade e o planejamento do cuidado, as ações de enfermagem seguem modelo tradicional, exemplificado na Consulta de Enfermagem, que ainda segue o foco curativista, com vistas a aliviar a agenda do médico e não aborda a família; nas atividades de Educação em Saúde, ainda prescritiva para mudanças no estilo de vida; e na visita domiciliar, cujo foco é a doença (FERNANDES; SILVA, 2013).

Estudo realizado em São Paulo também corrobora essas informações, ao descrever a atuação da equipe multiprofissional. Não há instituída a Consulta de Enfermagem. Na visão da equipe multiprofissional, o trabalho constitui “ajuda” às condutas médicas, atribuindo papel limitado à equipe de Enfermagem e dos agentes comunitários de saúde (ACS). Para o médico, o cuidado é direcionado às questões fisiopatológicas, no atendimento às urgências e encaminhamentos para outros níveis de assistência. Os ACS não mencionam o trabalho de outros profissionais de saúde e preocupam-se com a visita que realizam mensalmente e com a falta de adesão dos pacientes aos grupos terapêuticos (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013).

Os auxiliares de Enfermagem não colocam seu trabalho como relevante no tratamento dos pacientes com hipertensão, estando distanciados da equipe. Todos apresentam o enfermeiro como um profissional presente e participativo, assumindo muitas atividades burocráticas, o que compromete o desenvolvimento de atividades mais direcionadas ao hipertenso. O que se percebe é a desarticulação do trabalho (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013).

Com amparo nessas discussões, pode-se perceber como o enfermeiro deve empoderar-se e articular melhor sua atuação, com vistas a obter maior valorização profissional.

### **5.1.2 Percepção da Enfermeira sobre o Paciente**

Este diálogo sobre a consulta de Enfermagem abriu espaço para que as enfermeiras expusessem sua percepção acerca do paciente, considerando suas características sociais, demográficas e financeiras que direcionam suas condutas.

Algumas demonstraram que a falta de educação das pessoas muitas vezes incomoda. As dificuldades do paciente também são levadas em consideração pelas participantes, quando estavam apresentando a atuação na consulta.

“o médico que trabalha comigo ficou besta porque [os pacientes] chegaram, não deram nem bom dia para ele.” (GLORIOSA).

“[...] a dificuldade que eu tenho que **a maioria [dos pacientes] não tem instrução, dificuldade de locomoção, dificuldade de acesso** que às vezes o posto acaba se tornando uma grande área de abrangência.” (ALPÍNIA).

“e às vezes a gente **explica e eles entenderam tudo**, na próxima consulta tudo errado, **pergunta tudo de novo**”; “é, sempre os idosos eu peço que venham com algum acompanhante que muitas vezes tem o filho de alguém pra gente poder orientar melhor, porque realmente é a gente **exigir demais de um idoso entender** que tem que tomar 10 medicações num dia”; “e em cima desses questionamentos **eu faço as orientações**, oriento como é que ele tem que tomar, como foi que o médico passou, que **ele tem que fazer atividade física**, que o ideal seria **que ele não fumasse**, se fumar questiono tem vontade de parar, se ele disser que sim, aqui a gente tem um grupo de tabagismo, eu já pego o nome dele e quando começo o grupo[...] ele vai passar por uma avaliação.” (TULIPA).

Pesquisa realizada com 140 pacientes em Montes Claros (MG) refere que, entre os fatores que contribuem para a falta de adesão do paciente com hipertensão, está a baixa escolaridade, ao dificultar a compreensão das orientações, da prescrição medicamentosa em relação a dosagem, indicações e contra-indicações. Além disso, a literatura traz a associação entre não adesão e baixos recursos financeiros, principalmente para aquisição de medicamentos, quando estes faltam nas unidades de saúde (MARTINS *et al.*, 2014).

As enfermeiras expuseram sobre a visão do paciente acerca da duração da consulta de Enfermagem, a qual, em geral, é mais longa do que a do profissional médico. É vista por elas, no entanto, como diferente de paciente para paciente. Há aqueles que, enquanto aguardam, acham a consulta muito demorada, porém, quando chega a sua vez, não se preocupam com essa duração. Por outro lado, há aqueles que já entram no consultório apressados, solicitando apenas a receita para receber as medicações.

“Quando é pra mim, é **só pra dispensar o remédio**, ‘**eu vim só para pegar o remédio**’, eu digo se fosse só pra dispensar o remédio você ia lá na farmácia que a farmácia lhe entrega os remédios. Não precisava passar pra mim.” (CAMÉLIA).

“Eu consigo ver essa diferença de quando eu entrei, só que alguns reclamam que **a consulta é mais demorada** do que antes, alguns não gostam, principalmente os mais idosos, eu tento dar prioridade para aqueles idosos com setenta e poucos anos, mas assim alguns, não são todos não. Tem uns que a gente vê que são **idosos mas até gostam de ficar lá no posto conversando com os outros**, depende.” (TULIPA).

Muitas colocações das enfermeiras se assemelham à própria visão do paciente acerca dos cuidados recebidos por esse profissional. Falta encantamento para que o paciente se sinta bem na interação com a enfermeira. Isso pode justificar a pressa, a falta de sentido de frequentar a consulta de Enfermagem.

O tempo de espera para ser atendido, assim como a duração da consulta, foi abordada por um paciente no estudo de Trindade *et al.* (2013), como motivos para faltar à consulta. Apesar da baixa frequência, é um fator a ser considerado pelo enfermeiro para não comprometer o acompanhamento aos pacientes sob sua responsabilidade.

Estudo realizado com pacientes hipertensos revelou que estes estão mais interessados na medicação (MOURA *et al.*, 2012).

Por outro lado, o vínculo estabelecido com o paciente também é um modo de conquistá-lo para compreender a consulta de Enfermagem e este é independente do tempo de atuação na equipe. Foi relatada a diferença percebida no foco que o paciente dá para a consulta de Enfermagem e a consulta com o médico.

“e assim tem pouco tempo que eu estou na área”; “então eu na verdade eu ainda **estou conhecendo os meus pacientes.**” (GLORIOSA).

“Sim, o paciente comparece no horário, às vezes, no dia agendado, **quando é para o médico eles vêm mais certinho.** Quando a consulta é para o médico **eles são cheios de queixas,** porque às vezes tem a garganta, tem uma dor.” (CAMÉLIA).

Mesmo transparecendo a percepção do enfermeiro de que a sua consulta não é valorizada pelo paciente, o discurso dessa profissional deixa claro que é o seu atendimento que não parece resolutivo. Por isso, o paciente prefere outro profissional.

Araújo, Paz e Moreira (2010) acentuam que os eixos centrais do cuidado ao paciente com hipertensão são a consulta médica e a dispensa farmacológica. Esses objetivos pelo paciente limitam a possibilidade de procurar outro profissional que não o médico para os seus cuidados. Por estes motivos, eles não procuram o enfermeiro de imediato, mas é ele quem dá acesso à renovação da receita, à ficha para consulta médica, à aferição da pressão arterial, à solicitação de exames de rotina e outros encaminhamentos.

Essa dependência de passar pelo enfermeiro pode contribuir para uma visão negativa da população relativamente a esse profissional.

As enfermeiras relataram a impaciência das pessoas para aguardar a vez para consulta, algo que ocorre também no sistema privado de saúde. As pessoas mais abastadas se acham no direito de passarem à frente das outras que estão aguardando pacientemente a sua vez, o que demonstra certa arrogância, falta de educação e desdém com o atendimento, pois, quando falta alguma medicação, pedem apenas a receita, que vão comprá-la sem problemas.

“Aqui tem pessoas de nível melhor, com um poder aquisitivo melhor, chega, **não dão valor, só sabem dos direitos**, mas **não sabem dos deveres**. Eles esperam cinco, seis horas, porque no plano de saúde está desse jeito.” (GLORIOSA).

“O que eles levam a sério é o cardiologista, aqui no posto, eles **só querem os remédios**. Se não tiver o remédio **‘tudo bem, eu vou comprar’**, então, é um tipo de população diferente que chega depois e que passa na frente dos outros, porque são do Industrial. Ele **não gosta de esperar**. Quando eu falto que a Gérbera vai atender alguma intercorrência, por ele ser do Industrial eles querem passar na frente **‘Não, mas, eu sou Industrial!’**.”(CAMÉLIA).

Ainda nessa categoria, emergiu a dificuldade em relação ao paciente que falta à consulta de Enfermagem. Isto enseja estresse no profissional que sabe que ele virá em outro dia, o que ocorre principalmente quando a medicação acaba e ele precisa de nova receita.

“Sabe qual é a minha maior dificuldade? São **os faltosos**, porque eles faltam à consulta e se acham no direito de exigir da gente um atendimento, o que eu não concordo. Porque se você faltou, pra mim, **remarque a consulta**. Teve uma que ficou com raiva de mim e não quer mais vir pra mim. Não tem problema! Fique só com o médico agora. Porque eu estava na consulta de puericultura, tinha quatro e ela queria que eu passasse ela na frente porque ela faltou no dia. Meu amor eu lhe atendo, mas depois que eu atender os meus bebês. ‘Está certo, obrigada viu?’.” (GÉRBERA).

A falta do paciente à consulta desorganiza o serviço, pois este paciente voltará à unidade em outro dia, porém, em geral, não terá o cuidado de marcar, como fez quando veio à consulta regular. A falta também é considerada fator de não adesão ao tratamento da hipertensão e é fator de insatisfação com o atendimento recebido, devendo, dessa forma, ser avaliada criteriosamente pelos profissionais para não comprometer o controle da hipertensão.

Estudo realizado em Salvador (BA) aponta que os motivos para a falta à consulta de hipertensão e/ou diabetes são: por ter que acompanhar outra pessoa no médico, esquecimento, choque de horário com o trabalho, outros compromissos, viagem, o exame solicitado que ainda não estava pronto, longo tempo de espera para ser atendido ou durante o atendimento (TRINDADE *et al.*, 2013).

Com o conhecimento desses fatores, os enfermeiros devem atentar para não aumentar o nível de insatisfação do paciente, mas, pelo contrário, buscar formas de atrair o paciente e fazê-lo conhecer a importância da regularidade nas consultas, com vistas a melhor acompanhamento pelos profissionais.

### **5.1.3 Sobrecarga da enfermeira na ESF**

É sabido que a ESF, anteriormente implantada como Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, deveria marcar a mudança na orientação do modelo de atenção primária no Brasil, ampliando as ações do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ainda hoje, constitui importante mercado de trabalho para a Enfermagem no País, porém, mais do que isso, relaciona a oportunidade de dar atenção de forma humanizada, holística, ao ver o paciente e a família dentro de um contexto social, construindo o trabalho em equipe.

Então, nesse encontro, destacou-se o quanto as enfermeiras se sentem sobrecarregadas na ESF, tema da quarta categoria. Primeiramente, elas questionam a quantidade de programas direcionados pelo Ministério da Saúde a serem desenvolvidos na ESF.

Em 2012, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ampliou não somente os recursos (em torno de 40% em relação a 2010), mas a possibilidade de cobertura da ESF para os municípios, assim como a inclusão dos NASF, a universalização do PSE (BRASIL, 2012b), o que em parte colabora para a sobrecarga das ações do enfermeiro.

“PSE, gente o que é isso, PSE, escola, hipertenso e diabetes, adolescente, agora obeso que está entrando, é asmático, PMAC, então eu acho que **tinha que inventar uma semana com 10 dias.**” (GLORIOSA).

“Isso ai é um problema, **a quantidade de paciente**”; “E é assim, **é todo dia aparecendo.**” (CAMÉLIA).

Além da alta demanda, Camélia refere que não há a organização para distribuição dos medicamentos. Os pacientes só deveriam retornar para nova consulta de Enfermagem dentro de três meses. A farmácia da unidade, porém, só distribui os medicamentos para o paciente utilizar durante um mês. Isso significa que ele terá que voltar à unidade na busca de receita atualizada para receber seu

medicamento novamente. Em geral, o profissional de primeira escolha do paciente, mas também dos demais funcionários, é a enfermeira.

“todos que a gente atende, **todos voltam para mim**, para eu **transcrever tudo de novo**, ou seja, **é trabalho dobrado**”; “Antes a gente estava dizendo assim, faltou a gente dava mais uma chance, a gente dizia assim, eu vou passar seu remédio, mas se você faltar novamente, tem que pegar ficha.” (CAMÉLIA).

“**eu remarco nem que seja para dez dias depois**, nem que eu atenda até 11h, mas **eu obrigo ele a vir de volta**.” (TULIPA).

“a realidade da gente é outra, quando acontece isso comigo, eu vou lá e pergunto, ‘tem quantos remédios em casa ainda?’ **Eu faço as contas e peço para liberar**. Mas eu entrego a medicação até o dia da consulta, tudo contadinho.” (GLORIOSA).

Como proposto por Gloriosa, existem outras estratégias para manter o paciente regularmente em acompanhamento, tentando evitar as faltas ao dia da consulta. A distribuição do medicamento até o dia da próxima consulta também foi referida por Alpínia e Tulipa.

Estudo observacional sobre a atuação do enfermeiro revela que, das atividades assistenciais, 71,3% do tempo são dedicados à Consulta de Enfermagem. Outras atividades envolvem a visita domiciliar (16,8%), liberação do medicamento (3,9%), orientações (2,4%), dispensação do medicamento (2,1%), acolhimento (1,1%), agendamento de consulta com outros profissionais (1,0%) e outros (1,4%), mas também desenvolve ações na dimensão administrar, ensinar e participar politicamente, o que demanda dedicação, tempo e disposição (PAULA *et al.*, 2014).

Ainda no discurso das enfermeiras, observa-se a necessidade de melhor divisão dos processos de trabalho e resta clara a possibilidade de uma outra enfermeira fazendo parte da mesma equipe da ESF para dar conta de todas as atividades exigidas, assim como a vontade de ser mais valorizada pelos gestores, inclusive financeiramente.

“Eu acho que **se tivesse mais uma enfermeira aqui, duas enfermeiras e um médico**, seria mais viável.” (CAMÉLIA).

“Lá no posto já tem a quarta enfermeira, que é a **enfermeira do acolhimento**, mas que acaba sendo uma enfermeira assistencial, e um médico”; “Mas tem a quarta enfermeira e saiu três médicos, hoje tinha um médico.”; “mas a gente **a gente tem muita responsabilidade**”; “o que acontece? **Aumenta o número de paciente**; multiplicidade de tarefas; **enfermeiro faz tudo**, até o posto a gente limpa, dando conta de medicação; de fiscalização; fora as atividades educativas, fora a grande demanda, **falta de apoio médico** que no meu caso, porque realmente já passaram 14 médicos.” (ALPÍNIA).

“**valorizar as [enfermeiras] que já tem**”; “**num precisava de uma enfermeira não** bastava (fez o gesto de melhor remuneração), dou um jeito [risadas] eu desenrolo.” (GÉRBERA).

No documento 24 do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (BRASIL, 2012c), busca-se a valorização dos profissionais de Enfermagem, onde são vistos como incentivadores da participação comunitária, promovendo o direito à saúde, ao cuidado clínico, com forte potencial na ESF.

Sobre a atuação do enfermeiro na ESF, estudo envolvendo vários profissionais, inclusive não da saúde, avalia o enfermeiro como trabalhador que articula as diversas ações primárias em saúde, sendo o catalizador e interlocutor das políticas e programas da saúde coletiva. Suas atividades englobam atenção, gestão, ensino, pesquisa, controle social, fomento de ações educativas e promoção da saúde num espaço que impulsiona a pensar e adotar nova atitude de intervenção. Seus comportamentos atitudes confirmam a autonomia e protagonismo social conquistado pelo enfermeiro na história da atenção primária em saúde no Brasil (BACKES *et al.*, 2012).

Espera-se, então, que haja maior valorização do enfermeiro, tanto por todos os membros da ESF, mas também da comunidade e da gestão, o que não se confirmou nas falas das participantes. O próprio enfermeiro, porém, deve buscar a valorização, pois, ao realizar atividades não intrinsecamente da sua competência, dá margem para a interpretação errônea dos outros do seu verdadeiro papel, de suas atribuições nos setores em que trabalha.

As dificuldades expressas pelas enfermeiras foram expostas, mas percebeu-se que elas aproveitaram esse momento de abertura para declarar que não estão completamente satisfeitas com a realidade de trabalho que vivenciam. Outro aspecto que pode comprometer o vínculo profissional foi a falta de estabilidade. Nenhuma das participantes é concursada no Município e essa preocupação foi contemplada nas suas falas.

“ou então [...] sabe o que é, não querem trabalhar? **Tire e coloca uma enfermeira, num instante.**” (CAMÉLIA).

Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, considerando 25 municípios, revelou que os fatores de rotatividade dos enfermeiros envolvem: o estilo autoritário e rígido da gestão, questões político-partidárias (exigência de apoio nas campanhas eleitorais), a competitividade entre os profissionais, sistema de contratação (muitas vezes por cooperativa), as condições de trabalho, dificuldade de conciliação entre

vida profissional e pessoal diminuem o entusiasmo, gerando descontentamento, insatisfação e frustração de expectativas (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Essa instabilidade enseja medo e insegurança para questionar a sobrecarga de trabalho e propor mudanças na dinâmica de atendimento. Por outro lado, a falta de diálogo pode aumentar o risco de rotatividade desse profissional na ESF.

#### 5.1.4 Elementos Científicos

Durante as apresentações das participantes, uma questão foi acrescentada: que elementos científicos vocês utilizam na consulta de Enfermagem? As respostas ficaram mais associadas à farmacologia e ao registro do atendimento, não sendo mencionado o processo de Enfermagem.

“Eu acho que é a **formação acadêmica**”; “A questão da **interação medicamentosa**, das orientações, exames fluxograma de atendimento, quando dá, quando consegue fazer, e alguma leitura, algum documento, o próprio **caderno de atenção básica**.”; “Acho que a maioria aqui faz a **evolução**.” (ALPÍNIA).

“A questão das medicações, da **prescrição dos medicamentos**, porque minha gente tem gente que passa hidroclorotiazida à noite.” (GÉRBERA).

Os benefícios da prescrição já foram estudados e estão associados ao melhor uso de suas habilidades profissionais, promover a eficácia dos serviços, acesso aos medicamentos e maior flexibilidade no trabalho em equipe. Para o paciente, a prescrição do medicamento pelo enfermeiro é confiável (COURTENAY; GERADA; HEYWOOD, 2015). Para o enfermeiro, a prescrição é uma etapa secundária da consulta de Enfermagem, a ser realizada de acordo com as queixas apresentadas pelo paciente e que proporciona maior valorização e autonomia ao enfermeiro (MONTEIRO; BARBOSA, 2011).

No Brasil, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Lei 7.498/86 regulamentada pelo Decreto 94.406/87 – discorre que a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública pode ser realizada pelo enfermeiro, quando integrante da equipe de saúde (BRASIL, 1987).

Dessa forma, é de responsabilidade do enfermeiro ter o domínio para realizar, dentro das suas competências, a prescrição medicamentosa.

### 5.1.5 Relação com o Profissional Médico

Na Estratégia Saúde da Família, os profissionais devem se articular para desenvolver trabalho em equipe, o qual possa facilitar o cuidado das pessoas sob sua responsabilidade. As enfermeiras do grupo relataram como se dá a sua relação com o médico. Mais uma vez, aspectos positivos e negativos emergiram nas falas delas, ao sentirem a necessidade de maior apoio desses profissionais nas unidades de saúde.

“eles que se espantam com a demanda, porque nem tem como trabalhar, é **falta de apoio médico**”; “**o médico, grande rotatividade**, como eu acabei de falar, falei da barreira no sentido de que dividir com a enfermeira **uns ainda se acham superiores em relação a enfermagem** e não dividem as angústias”; “O meu nunca escreveu!” (ALPÍNIA).

“a minha realidade é diferente da de Alpínia, então assim, aqui a gente **quando a consulta é do médico eles já vão com alguma queixa**, mas quando a consulta é com a enfermeira é para dispensar medicamento”; “A minha **médica anterior ela escrevia tudo**, mas essa que está agora comigo ela nunca anotou nem uma pressão.”(GLORIOSA).

“A receptividade do médico é mais ou menos, se tiver que pegar uma ficha, acaba dificultando um pouco, o que eu puder resolver, o que eu puder desenrolar, eu tento.”(CAMÉLIA).

“no meu caso já é o contrário, **o médico já é acostumado a trazer uma receita anterior**, se o paciente não trouxer, ele manda voltar e trazer a receita anterior, porque **ele não anota no prontuário**, então eu tenho uma grande dificuldade com isso, porque **eu não consigo ver o que ele fez na consulta**, se mudou alguma medicação, é sempre pelo que o paciente fala, alguns eles sabem as medicações certinhas, os horários, outros moça é aquele amarelinho, não é aquele grandão, aquele que atrás é vermelho, eles não sabem a medicação, mas você tem que supor qual é o que eles tomam”(TULIPA).

“Bem, é que **o médico ele não tem paciência de explicar, de passar dieta**, o paciente diabético, ele não disse que eu tinha que tirar isso, ele não disse isso, **ele não me explicou**.”(GÉRBERA).

Percebem-se pontos positivos e negativos da relação entre esses dois profissionais. São, no entanto, integrantes imprescindíveis para o sucesso ou não da ESF, no sentido de incorporar o trabalho coletivo, podendo ser fortalecido pelo respeito e valorização do saber do outro.

Revisão integrativa avaliou a visão de enfermeiros e médicos acerca do trabalho colaborativo e revelou pontos de vista convergentes e divergentes de aspectos que podem colaborar ou não para esse tipo de trabalho na atenção primária em saúde (SCHADEWADT *et al.*, 2013), pontos que podem contribuir ou dificultar o trabalho colaborativo foram:

- a) clareza das funções e o escopo da prática dos enfermeiros;

- b) a carga de trabalho de enfermeiros e médicos;
- c) a confiança na competência do outro;
- d) complementaridade de habilidades e ideologias da prática;
- e) boa relação de trabalho entre enfermeiro e médico;
- f) reciprocidade (sem hierarquia e controle);
- g) clara responsabilidade legal;
- h) comunicação efetiva (incluindo o uso de tecnologias);
- i) apoio financeiro para as funções do enfermeiro;
- j) confiança e respeito mútuos;
- k) apoio dos médicos;
- l) divisão de responsabilidades;
- m) alto nível de autonomia dos enfermeiros;
- n) trabalho em estreita proximidade física;
- o) encontros regulares e disponibilidade de tempo para colaboração;
- p) atitude positiva para colaboração;
- q) reconhecimento oficial das enfermeiras; e
- r) desenvolvimento da colaboração com tempo.

Dois aspectos relacionados configuram-se apenas como aspectos negativos para o trabalho colaborativo: Preocupação do enfermeiro em ser desqualificada e o médico se sentir ameaçado pelo enfermeiro (SCHADEWADT, *et al.*, 2013).

A percepção de desvalorização profissional é uma constante na categoria de Enfermagem. O enfermeiro sabe de sua atuação e do quanto trabalha para auxiliar a ESF, mas não se sente reconhecido no seu papel, nem pela sociedade, nem pelos colegas de trabalho, nem pela gestão. Isso dificulta a imagem que este profissional tem de si mesmo.

### **5.1.6 Relação com outros Setores**

Além da descrição da consulta de Enfermagem, as participantes também disseram suas dificuldades na relação com outros setores da unidade básica de saúde, tendo como foco principal a farmácia.

“por exemplo: a **farmácia não dispensa para esse tempo e a gente não vê o retorno**, o apoio de outros profissionais. Por exemplo: a gente tem farmacêutico, mas **ele não atua dando orientação**, tudo manda procurar a enfermeira. ‘Como é que eu tomo esse remédio?’ **‘Vai procurar a enfermeira’**, entendeu a gente **não tem esse apoio**, é muito difícil. Eu falo muito a questão da medicação, que é trabalho dobrado, ele já vem pra consulta, já está agendado pra três meses, eu passo medicamento que dá até lá. Mas, sempre eles têm que voltar antes. Quando tem pré-natal, eles têm que esperar os pré-natais para eu poder transcrever de novo a receita. Porque **ele não dispensa o remédio todo**”; “Eles não liberam de forma alguma, eles mandam voltar para você escrever com uma letra melhor, ‘não volte lá para pegar’, é desse jeito. **Eu considero que não tem**

**farmacêutico**, desde que eu entrei aqui e olha que já vai fazer oito anos, sempre é a mesma coisa, nunca disse ‘vamos aqui, vamos sentar, vamos conversar, vamos ver o que a gente pode fazer, tu despensa a metade’. **Não pode contar com nada**. Já tentamos com o gerente. Tem que ir de novo todos os pacientes para mim para prescrever de novo.” (CAMÉLIA).

“**Depende muito do farmacêutico**, pois na minha unidade a realidade é diferente. A criança tomou a vacina está com febre, tem muita gente e eu liberei. Então está bom. **Eu tenho uma parceria muito boa**, que eu podia contar.” (GLORIOSA).

“**Vai muito da sensibilidade do profissional**”; “Tem unidades aqui que é assim que eu dou plantão e o próprio profissional coloca 30 30 30 porque assim todo mês o paciente vai com a mesma receita.” (ALPÍNIA).

Há a preocupação por parte das enfermeiras com a distribuição regular dos medicamentos aos pacientes hipertensos. Seria mais conveniente para profissionais e pacientes que as medicações fossem dispensadas pela farmácia regularmente, mesmo no período em que os pacientes não tivessem a consulta marcada para aquele mês. Acontece que, nas unidades referidas, o profissional da farmácia só dispensa o remédio com a prescrição do mês referente à consulta.

O que consta no Manual de informações às unidades credenciadas no Programa Farmácia Popular do Brasil é que os medicamentos dos programas de Hipertensão e Diabetes têm a validade das receitas de seis meses, com regularidade mensal para sua compra e os anticoncepcionais têm suas receitas com validade de um ano (BRASIL, 2007). Mais recentemente, em maio de 2011, o Programa mudou essa validade para 120 dias e deixa mais claro que o usuário irá receber a quantidade de medicamentos para 30 dias de tratamento, mas a receita poderá ser utilizada por quatro meses consecutivos (BRASIL, 2015).

São 11 medicamentos distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde:

- a) atenolol 25mg comprimido;
- b) captopril 25mg comprimido;
- c) enalapril 10mg e 20mg comprimido;
- d) furosemida 40mg comprimido;
- e) hidroclorotiazida 25mg comprimido;
- f) losartana potássica 50mg comprimido;
- g) metildopa 250mg e 500mg comprimido;
- h) nifedipina 20mg comprimido;
- i) propranolol 40mg comprimido; e
- j) verapamil 80mg comprimido.

Dessa forma, não há necessidade de o paciente procurar o profissional médico ou enfermeiro todos os meses para receber nova prescrição. A receita de um mês poderia servir para receber os mesmos medicamentos durante quatro meses. Isso ainda evitaria conflitos com outras categorias profissionais.

A seguir apresentam-se os resultados dos encontros 3 e 4.

## **5.2 Percepções, Opiniões e Conhecimentos das Enfermeiras sobre os Conceitos Propostos por King**

Experimentou-se muitas expectativas no segundo e terceiro encontros, pois seria o momento de despertar nas participantes o desejo por conhecer a Teoria de Enfermagem e a vontade de implementá-la na ESF ao paciente com hipertensão.

Quadro 4 – Categorias Temáticas das Percepções, Opiniões e Conhecimentos das Enfermeiras sobre os Conceitos Propostos por King. Fortaleza- CE, 2015.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
5.2.1 Síntese do encontro anterior	
5.2.2 Conhecimento dos conceitos propostos pela teorista	5.2.2.1 Sistema pessoal
	5.2.2.2 Sistema interpessoal
	5.2.2.3 Sistema social
	5.2.2.4 Três sistemas
5.2.3 Demanda	
5.2.4 Participação da família	
5.2.5 Experiências do cuidado	

As categorias geradas nesses encontros estão estreitamente relacionadas com o Modelo Conceitual de Sistemas Abertos, o qual é apresentado e discutido juntamente à análise das categorias e subcategorias.

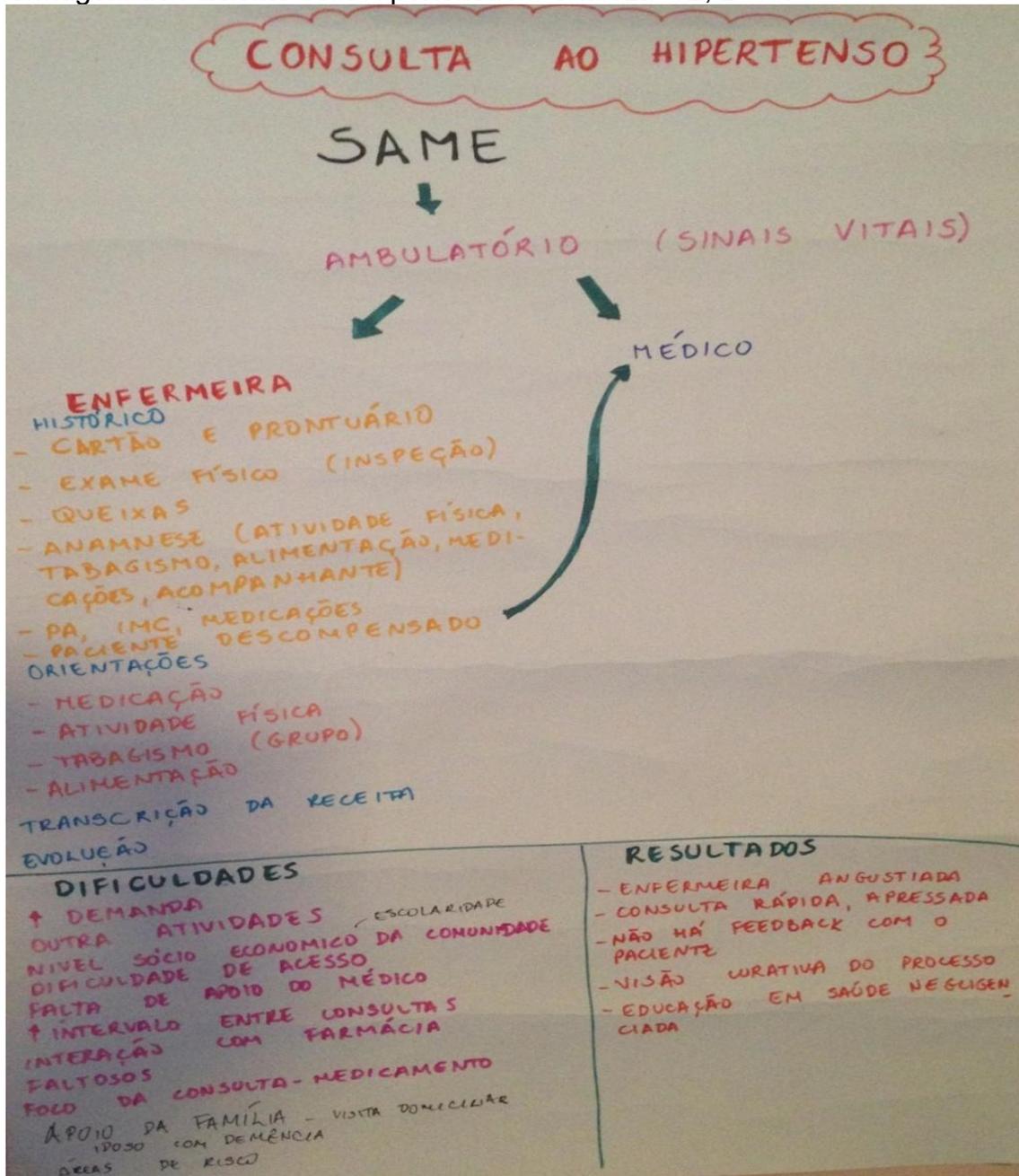
O segundo encontro foi iniciado com uma síntese das discussões do encontro 1, por meio de um painel com os pontos-chave da Consulta de Enfermagem apresentadas pelas participantes. Essa parte do encontro fez emergir a primeira categoria temática.

### **5.2.1 Síntese do Encontro Anterior**

Essa categoria aborda o contexto atual de reflexão das enfermeiras acerca da Consulta de Enfermagem. Com origem nessa explicação do esquema, tentou-se tornar explícita a necessidade de repensar esta realidade e tomar a

decisão quanto à identificação de aspectos da assistência que poderiam ser melhorados mediante a pesquisa.

Figura 10 – Painel Representativo da Síntese da Avaliação da Consulta de Enfermagem ao Paciente com Hipertensão. Fortaleza-CE, 2015.



Fonte: Elaboração própria.

- Em geral, o paciente chega à unidade e passa pelo SAME, e então é confirmado para a consulta de Enfermagem ou para a consulta médica.
- Ele passa pelo ambulatório para verificar os sinais vitais, pressão arterial e glicemia, quando o paciente é diabético. Algumas mencionaram a circunferência abdominal e IMC.

- c) Quando vem para consulta de Enfermagem, é realizado o histórico que é a coleta de informações, tem a oportunidade de revisar a consulta anterior, o que foi prescrito, de ver o que foi adequado para o paciente.
- d) Há verificação das queixas do paciente.
- e) O histórico principalmente relacionado à atividade física, tabagismo, se o paciente quer parar de fumar; a alimentação; o uso das medicações se o paciente toma corretamente; e quando o paciente é idoso se ele está vindo com algum acompanhante.
- f) O paciente tem o cartão que já traz algumas informações das consultas anteriores, é feito exame físico, principalmente a questão da inspeção, para ver se não tem sinal de hanseníase, sinal de câncer de pele.
- g) As orientações, principalmente com relação à medicação, o incentivo à prática da atividade física regular, cessação do tabagismo e a alimentação.
- h) Depois disso vêm a transcrição da receita e a evolução no prontuário.
- i) Dificuldades: grande demanda dos pacientes, mas também de outras atividades que estão sob a responsabilidade do enfermeiro, e muitas das vezes não é assistencial; o nível socioeconômico da comunidade; a dificuldade de acesso; falta de apoio do médico dentro da equipe; o grande intervalo das consultas; a interação com a farmácia; os faltosos.
- j) O foco da consulta para o paciente ainda é o medicamento, pois o paciente acha que já sabe de tudo, ou seja, que não precisa de orientação.
- k) Os resultados de todo esse contexto é uma enfermeira angustiada, sobrecarregada de atividades e de pacientes, e isso compromete a qualidade da consulta.
- l) É uma consulta rápida, apressada, por conta da demanda de gente aguardando fora do consultório; não há um *feedback* com o paciente; prevalece uma visão curativa do processo, principalmente pela comunidade e também pelo médico.
- m) A Educação em Saúde fica negligenciada, e talvez fosse uma das funções que o enfermeiro poderia se disponibilizar a realizar se tivesse uma organização melhor desse atendimento.

Argumentou-se que, quando o paciente adere às recomendações realizadas durante a consulta, é porque a interação enfermeiro-paciente ocorreu de forma eficaz, ou seja, a comunicação se deu de modo efetivo, levando à

compreensão da necessidade de mudança e tomada de decisão para que ela ocorra. Essas são idéias da Teoria do Alcance de Metas que seriam discutidas nesse encontro.

Foi questionado com o grupo se as informações condiziam realmente com as discussões, o que foi aceito, assim como perguntado se haveria algo a acrescentar. Uma das participantes abordou a escolaridade, mas concordou que esta estava contemplada no nível socioeconômico do paciente.

### **5.2.2 Conhecimento dos Conceitos Propostos pela Teórica Estadunidense**

A segunda categoria trata do conhecimento dos conceitos propostos pela Teórica. Esta categoria tem subcategorias que correspondem a cada sistema do Modelo Conceitual de Sistemas Abertos.

Inicia-se pela discussão do Sistema Pessoal, seguido do Interpessoal e se finaliza com o Social.

#### **5.2.2.1 Sistema Pessoal**

O primeiro conceito apresentado, o qual produziu a primeira subcategoria foi **imagem corporal**. A imagem corporal pode ser vista como um componente integral do crescimento e desenvolvimento, que tem influência no *self*. É a figura que eu tenho do meu corpo limitado no espaço, que constitui um aspecto da ideia do eu, influenciado por fatores socioculturais (KING, 1981).

“Assim **não só a aparência**, assim a **questão da higiene íntima**, os cuidados que eles têm, os hipertensos, os diabéticos por causa dos **pés, têm que avaliar, o peso, o sobrepeso.**” (AMARILIS).

A imagem corporal foi associada à vaidade, quanto às exigências de ter um corpo aceito na sociedade, mas também em relação à saúde, aos cuidados para prevenir complicações das doenças crônicas mais ocorrentes no seu cotidiano de trabalho – hipertensão e diabetes. Para King (1981), o ser humano está sujeito a crises na imagem corporal, seja por ameaça, por trauma, perda de algum membro, queimadura e outros acidentes. Entender este conceito e as consequências para a

percepção é imprescindível à assistência ao paciente, ajudando-o a superar dificuldades.

O paciente hipertenso teme a visão que o profissional faz dele, se é obeso; tem medo de um dia ficar paraplégico, caso apareça alguma complicação da doença como o acidente vascular encefálico (AVE), consequências principalmente da não adesão ao tratamento da hipertensão (BEZERRA *et al.*, 2010).

Durante a vida de uma pessoa, podem ocorrer distúrbios na imagem corporal por ameaça real ou imaginária, por trauma, por perda de partes corporais, e a pessoa pode não estar preparada para enfrentá-los e precisar da ajuda de um profissional de saúde (KING, 1981).

Estudo com pacientes queimados apresentou o diagnóstico de Enfermagem Imagem corporal perturbada e foi discutido à luz de King (1981), já que entende a imagem corporal como representação mental que o ser humano tem de seu corpo limitado no espaço. Antes da queimadura, os pacientes não pensam muito no corpo, mas, após o acidente, sentem vergonha e medo de que outras pessoas riam deles; antes eram bonitos e agora feios; têm expectativa de como serão recebidos, dos olhares para a sua pele; não gostam que os outros sintam dó deles (GOYATÁ, 2005).

Essas percepções demonstram como a imagem corporal pode ser afetada pelas pessoas e devem ser levadas em consideração nas interações enfermeiro/cliente.

O segundo conceito selecionado pelo grupo foi o de **Percepção**. Inicialmente, foi abordado o modo como o enfermeiro percebe o paciente, e como o avalia. Para King (1981), a percepção é um conceito muito importante para reunião e interpretação de informação pelo enfermeiro e este deve ter cuidado para não criar estereótipos do paciente.

“Isso é a **percepção que o profissional tem em relação ao paciente**; que é **relativo**; eu acho que cada vez que o paciente vem, você tem que buscar o que ele está naquele momento de adoecimento, se ele está sadio, **não formar aquele estereótipo**, esse é zangado sempre, esse é triste sempre, não. **Ele vai mudando.**” (LÍRIO).

É importante a atenção do enfermeiro às percepções do paciente. Identificar as mudanças ocorridas no estado geral de saúde, mas também aos aspectos subjetivos que sinalizam insatisfação com a própria vida, aspectos que

podem ser abordados na consulta para identificação de problemas pessoais, passíveis de intervenção de Enfermagem.

Neste sentido, enfermeiros usam conhecimentos e habilidades para ajudar pessoas e grupos a enfrentar problemas existenciais e aprender modos de ajustamento às mudanças em suas atividades diárias. Dessa forma, a meta da Enfermagem é ajudar pessoas e grupos a obter, manter e restaurar a saúde. Caso isto não seja possível, enfermeiros ajudam as pessoas a morrerem com dignidade (KING, 1981).

King (1981) chama atenção para analisar o fato de que, mesmo com a ideia de que os seres humanos vivem no mesmo mundo e tenham experiências comuns, as pessoas diferem naquilo que selecionam para entrar na sua percepção.

No atendimento de Enfermagem, este conceito é importante para que o profissional esteja atento às reações do paciente, às mudanças ocorridas com o processo de adoecimento, com a preocupação para não elaborar estereótipos, que podem prejudicar a qualidade da assistência. King (1981) considera que a percepção acurada do enfermeiro é o primeiro passo para o estabelecimento de metas mútuas.

Por outro lado, um aspecto da percepção foi direcionado a como o paciente percebe a enfermeira.

“Ele também, é **a percepção que faz da gente.**” (TULIPA).

“A primeira vez que **você é chata, você já é tachada** como a chata.”; “É porque eles têm realmente a percepção, tem uns que chegam, vem botando banca mesmo, dá pra ver que **eles são enjoados mesmos**, não tem como não chamar de enjoado, ‘eu só vim pegar meus remédios’.” (GÉRBERA).

Assim, a enfermeira pensa como o paciente a percebe. Esse preconceito, muitas vezes errôneo, promove estresse na interação de ambos. É necessário estar atento às verdadeiras percepções do paciente e dar-lhe voz para que manifeste suas inquietações, insatisfações, a fim de conhecer claramente como o paciente se sente na interação. Além disso, a avaliação do sistema perceptivo do paciente permitirá ao enfermeiro planejar o cuidado de acordo com essas interpretações.

Há de se considerar que a percepção é subjetiva, pessoal e seletiva para cada pessoa. As experiências individuais variam na relação espaço-tempo, na integridade e/ou distúrbio do sistema nervoso, no nível de desenvolvimento da

pessoa e do contexto ou situação em que as percepções são experienciadas (KING, 1981).

Avaliando a percepção do paciente com hipertensão, foi revelado é que o paciente vê o enfermeiro como um profissional fundamental para o diálogo, esclarecimento da doença e de como está a sua evolução, incentivando-o a manter a autoestima (BEZERRA *et al.*, 2010).

Uma das participantes descreveu a importância da percepção ao avaliar o paciente. King (1981) define percepção como um processo de organização, interpretação e transformação de informação dos dados sensoriais e da memória. É uma transformação com o ambiente e dá sentido à experiência de uma pessoa, representando sua imagem da realidade e influenciando seu comportamento.

O enfermeiro deve ter sua percepção acurada para que realize de forma eficaz o seu cuidado, observando atentamente as percepções do paciente, identificando suas necessidades de saúde, planejando metas viáveis que melhorem o seu estado de saúde. Percebeu-se, contudo, na fala das enfermeiras é que este conceito é visto de forma superficial e levado ao aspecto negativo das percepções do paciente.

O conceito de **self** foi situado no sistema pessoal de forma correta, porém a enfermeira que estava com essa palavra não fazia idéia do seu significado e nem como esta poderia ter relação com a Enfermagem.

“Pois é exatamente isso que estava falando, de certa forma **essas palavras são novas pra mim**, e eu acho que é exatamente o intuito seu, a nossa prática com o conhecimento teórico, porque a gente tem o conhecimento teórico superficial, **a vivência é que faz a gente ter o domínio.**” (TULIPA).

Este realmente é o objetivo da pesquisa, que haja compreensão dos conceitos pelas integrantes, para que eles possam ser aplicados na sua prática profissional, conscientemente, ou seja, de forma fundamentada. Apesar de ter sido entregue material escrito para que pudessem antecipadamente se familiarizar com os termos, nenhuma das enfermeiras o leu, o que justifica o desconhecimento de alguns conceitos.

Mesmo com essa situação, buscou-se no encontro estimular a exploração do conceito, exemplificando. Uma das participantes sugeriu as *selfies*, as fotografias de si mesmo para facilitar o entendimento da palavra.

Por isso, aos poucos, esse conceito foi sendo desvendado para o grupo. O conhecimento de *self* é essencial para o entendimento do comportamento humano, já que se trata do modo como eu me defino para mim mesmo e para os outros; é tudo o que eu sou, que eu posso me chamar (KING, 1981). *Self* é um sistema complexo e altamente organizado, configurando o que eu penso de mim e o que eu sou capaz de ser e fazer. Na evolução, cada pessoa adquire um sistema de valores, necessidades e metas que lhe dão conhecimento e distinção pessoal.

Os pacientes temem a perda da independência e da autonomia, perdem o poder de decisão ao depositar confiança no conhecimento do profissional de saúde, podendo haver uma crise de identidade. “A forma como cada um se vê na situação (um de portador de enfermidade, outro de promotor da saúde), na execução de suas funções, no seu estado interacional constitui o ser, *self* que tem influência na situação” (BEZERRA; SILVA, 2010, p.1553).

Para King (1981), se enfermeira e outros profissionais interagem com pacientes como seres humanos e permitem as pessoas serem elas próprias, podem ajudar umas às outras na consciência e entendimento do comportamento humano, especialmente em experiências de vida estressantes.

Portanto, torna-se relevante o conhecimento de *self*, já que se espera a humanização do atendimento, pois atualmente se critica a despersonalização da pessoa nas organizações de saúde.

Como King trata, o **tempo** é universal e, por este motivo, não houve dificuldades para discussão deste conceito, com boa participação das integrantes.

Algumas falas estiveram relacionadas a esse tempo de espera que o paciente costuma reclamar. Há de se considerar que são pessoas, em sua maioria, idosas, e que, por este motivo, justificam sua impaciência para aguardar sua vez. Seus argumentos estão associados ao fato de terem prioridade para o atendimento, mas é difícil considerar que quase todos os pacientes também são.

“e outros que vão pegar, quando vai na unidade, ‘oh **tem que me atender logo**, porque eu vou pegar minha neta na escola’.”(AMARILIS).

“Muitos dizem ‘**eu tenho que fazer o almoço**’, tem uns que falam, ‘não, não eu tenho que ser atendido logo, porque eu ainda vou fazer o almoço e **pegar minha neta no colégio**’.”(TULIPA).

Estudo anterior, no entanto, que avaliou a percepção de tempo do hipertenso, demonstra que, diferente do que as enfermeiras consideraram, o

paciente pensa mais nos intervalos das medicações, no tempo de adoecimento, ao intervalo para ir às unidades de saúde e também consideram a falta de tempo como justificativa para não realizar as medidas de mudança no estilo de vida para controle da doença, assim como o esquecimento de algumas medicações, principalmente à noite (BEZERRA *et al.*, 2010).

Chama atenção essa discrepância entre a percepção de tempo do enfermeiro e do paciente. Essas incongruências podem dificultar a interação de ambos, produzindo estresse por aspectos diferentes do cuidado.

O tempo é relacional, duracional e mensurável, irreversível, e a percepção subjetiva de uma sucessão de eventos no passado para o presente e para o futuro; é a duração entre dois eventos em ordem que implica mudanças, um passado e um futuro; é a relação de um evento com outro, experienciado unicamente por parte de cada ser humano (KING, 1981).

Dessa forma, compreender a dimensão de tempo do paciente ajuda a planejar a assistência de Enfermagem em acordo com as necessidades que o paciente exprime, analisando suas expectativas com relação ao tratamento, e planejando a Educação em Saúde com base no ritmo do paciente.

A enfermeira referiu novamente que as faltas do hipertenso também dificultam seu processo de trabalho. Muitas vezes, no dia de outro atendimento, os hipertensos vêm à unidade para receber nova receita, pois o medicamento acabou. O problema é que eles continuam exigindo prioridade para atendimento, mesmo sendo dia de consulta de outras pessoas que também são prioridade como gestantes, no dia de Pré-natal, ou crianças, no dia de Puericultura.

“na fila dos hipertensos, porque acabou os remédios, todo dia eu atendo, hipertensos que não tem, ‘não é um só’. Estava na primeira vez de pré natal, chegou e ela não tinha verificado pressão, nem peso, nem altura, a gestante, eu ‘vá lá’, entrou um hipertenso, eu disse ‘não senhor, aguarde aí porque ela vai já voltar, **eu atendo vocês todos**’. Quando ela saiu eu ia fechando a porta, “agora, **ela podendo atender primeiro a gente** porque nós aqui tudo dona de casa, podendo chegar em casa e fazer almoço.”; “elas estão marcadas, hoje é dia de pré natal, **vocês não estão no dia de vocês**, se estão ai é porque faltaram a consulta ou porque o remédio acabou, eu não tenho culpa.” (CAMÉLIA).

“E muitos dão a justificativa por ser público, muitos aqui eles falam, ‘ah **é porque a gente precisa do posto mesmo**’, mas não é gente porque você indo numa consulta particular você espera duas, três horas e é sentadinho a sua vez, entendeu. Então, essa mentalidade que eles têm de ser público, por isso que eles esperam.”(TULIPA).

No discurso das enfermeiras, elas simulam muitas falas dos clientes, na maior parte das vezes, demonstrando aspectos negativos da visão do cliente. Essa

dinâmica de atendimento produz estresse no profissional, cuja demanda excessiva pode comprometer a qualidade do serviço.

A conceituação do sistema pessoal de King indica a relevância de o enfermeiro conhecer e compreender a dimensão total da pessoa, as formas de reagir a distintas situações, deixando o profissional munido de informações acerca do paciente, do mundo que o cerca e da complexidade da sua existência.

Foi abordado o conceito de **desenvolvimento**. As enfermeiras associaram este conceito com amadurecimento para compreensão da doença e das atitudes necessárias para seu controle. Deste modo, o paciente é bem-visto quando já tem conhecimento da hipertensão e segue as recomendações feitas na consulta.

**“Acho que é a evolução desse paciente**, quadro de melhorar, estabilizar, de não melhora.” (TULIPA).

**“Outros que não entendem”**; “Mas é engraçado quando a gente pega esse tipo de paciente que tem déficit de orientação, que **eles prestam atenção no que você fala**, ‘mas está bom minha filha na próxima consulta eu vou melhorar’, **como se a gente tivesse dando uma bronca ali**, e que na próxima ele vai melhorar para a gente não brigar”; “mas quando o paciente é muito idoso se não for com acompanhante, **é difícil explicar**, dizer bem direitinho, para aquele acompanhante ajudar.”(GLORIOSA).

“tem outros que chegam, ‘minha filha ainda bem que você me disse, eu tava fazendo tudo errado’. **A percepção (risos) é diferente de um pra outro.**” (GÉRBERA).

Isso é fator importante para o enfermeiro, a fim de valorizar o planejamento da Educação em Saúde, estimulando o desenvolvimento de habilidades do paciente para que ele capte efetivamente as informações recebidas. É necessário que o enfermeiro conheça o nível de compreensão que o paciente tem no decorrer da consulta, com vistas a respeitar os limites de conhecimento das pessoas. Por isso, muitas vezes, a presença do acompanhante deve ser estimulada pelo profissional, para que as orientações realizadas sejam realmente entendidas, acordadas e buscadas no cotidiano do paciente com hipertensão.

**“eu acho assim que essa questão de idade tem tudo a ver, porque quando eu recebi um paciente jovem, eu fiquei besta, eu tenho um rapaz de 31 anos hipertenso, eu tenho mais outro de 42, homens jovens que depois que você senta, e começa a falar da importância, e que você olha no olho dele e **você vê que ele entendeu**, que **ele tem sede de informação**, aí **você sai feliz e satisfeito**, porque **você sabe que alguma coisa ali vai mudar na vida dele.**”**(GLORIOSA).

**Crescimento** e desenvolvimento envolvem mudanças celulares, moleculares e comportamentais, as quais são influenciadas positiva ou

negativamente por outra pessoa e pelo ambiente, tendo grande impacto quando há diagnóstico de algum adoecimento (KING, 1981).

Como a hipertensão liga-se principalmente a pessoas adultas, o conceito de crescimento como o processo de multiplicação celular, aumento de peso, estatura, não foi contemplado pelo grupo. O conceito de crescimento foi colocado no sistema interpessoal erroneamente e interpretado no sentido que King concede à transação.

“eu botei lá porque eu acho que numa relação interpessoal, existe um crescimento, tanto para o profissional, como para o paciente.” (GÉRBERA).

Tentou-se enfatizar, ainda assim, a importância das mudanças fisiológicas esperadas com o decorrer da idade, que podem dificultar a interação com o paciente, como a perda auditiva, perda da acuidade visual, quando já são pacientes idosos.

Isso foi confirmado em pesquisa com o paciente hipertenso, na qual o conceito de crescimento ocorreu quando envolve a doença, quanto aos fatores hereditários, preocupações com a evolução da doença, satisfação por ainda estarem vivos após muitos anos com a hipertensão (BEZERRA, *et al.*, 2010).

Isso significa que o paciente se preocupa com quanto tempo irá ainda viver bem com a hipertensão, aspecto que deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro.

Além disso, esses dois conceitos são considerados na Teoria com um de seus pressupostos: se ocorrerem transações nas interações, o crescimento e desenvolvimento serão fortalecidos (KING, 1981). Isso significa que o enfermeiro deve buscar, junto ao paciente, estabelecer metas que possam melhorar o crescimento e o desenvolvimento do paciente.

O último conceito do sistema pessoal discutido no grupo focal não tinha sido expresso neste sistema, mas no sistema interpessoal. Assim, foi necessário chamar atenção das integrantes para este conceito. As integrantes do grupo não tiveram dificuldades para expor a ideia de **espaço**.

“O próprio espaço já está dizendo, **espaço para trabalhar, espaço para desenvolver as ações**”; “eu acho que espaço físico e espaço de permissão, assim tem que ter espaço também.”; “**o espaço que ele vive**, a paciente hipertensa, asmática, cheguei na casa dela, o quarto dela era o mofo puro e as pontas de cigarro, só aí você já vê **o espaço que ela convive**, como é que você vai resolver isso aí? ela não preserva a casa dela.” (GLORIOSA).

**“o espaço dos pacientes”**; “muitos têm suas crenças, suas culturas.” (GÉRBERA).

“E às vezes é um idoso, tem que morar com o filho, ele tem aquela restrição, porque a casa não é dele, ele, ali é uma visita. A gente chega para fazer a visita, tem que orientar, esse tapete, por exemplo, se fosse na minha casa, tem um tapete bonito, não podia ter aquele tapete, porque, **o espaço ali na casa que não tem, um quarto apropriado para esse idoso**, tem que fazer um quarto na sala, já desarruma a casa”; “quando tem criança também, é muito difícil.”(AMARILIS).

Essa fala demonstra como o enfermeiro está atento ao espaço de interação com o paciente. Seja na consulta de Enfermagem, ou em outros momentos, como na visita domiciliar, há compreensão de necessidade de respeito ao espaço do outro, que lhe é próprio.

O espaço é universal, pois todos têm um conceito dele; pessoal, situacional, dimensional e transacional. “Espaço é definido como existindo em todas as direções e, é o mesmo em todos os lugares” (KING, 1981 p.38).

Frequentemente, o enfermeiro viola o espaço pessoal do paciente que não é restrito somente ao espaço corporal, mas também um limite ao seu redor, que deve ser respeitado. É preciso que o paciente não se ache invadido para que haja efetividade na sua interação com o profissional de saúde.

O paciente hipertenso considera o espaço como o lugar onde transitam, como sua casa, o hospital (associado com a gravidade da hipertensão). Além disso, deve-se valorizar as pessoas que conciliam o espaço com o paciente como familiares, amigos e vizinhos, que influenciam positiva ou negativamente na adesão ao tratamento da hipertensão (BEZERRA *et al.*, 2010).

Esses conceitos integram o Sistema Pessoal do Modelo Conceitual de Sistemas Abertos. Para King (1981), os seres humanos processam informações desde sua interação com o ambiente, relacionando suas experiências com o presente, que dão significado e estabilidade ao seu mundo.

São conceitos imprescindíveis para a compreensão da Teoria do Alcance de Metas e que colaboram para o cuidado de Enfermagem.

Depois desse conceito, concluiu-se o sistema pessoal. Seguiu-se com a conversa acerca do Sistema Interpessoal.

### 5.2.2.2 Sistema Interpessoal

Para este sistema, a primeira palavra apresentada foi **comunicação**, um instrumento básico da Enfermagem. Em acordo com King (1981, p. 173), “a comunicação, como processo social fundamental, desenvolve e mantém as relações humanas e facilita o funcionamento ordenado dos grupos humanos e das sociedades. Como componente de informação das interações humanas, ele decorre em todos os comportamentos”.

Foi um conceito bastante debatido pelo grupo. Há a compreensão da importância da comunicação entre enfermeiro e paciente. Esta deve ser efetiva, buscando linguagem adequada que leve a pessoa a entender toda a interação com o profissional de saúde. Elas sabem a relevância da comunicação não verbal nesta interação.

“vou começar pela comunicação que eu acho que do sistema interpessoal é muito importante, **é o modo de você se comportar na frente do paciente**, se ele entendeu o que você disse, **se você não está fazendo careta**, chamando ele de chato no seu subconsciente, (risos) tudo aquilo que a comunicação **verbal e não-verbal**, no fim de tudo saber **se ele lhe compreendeu**, porque durante a relação interpessoal é importante **é que ele tenha lhe entendido** e que **você entendeu as deficiências dele**, o que ele estava esperando de você também”; “às vezes, **a gente fala termos técnicos**, a gente recebe os estagiários, a gente sabe que eles falam termos técnicos, tudo, **ele não entendeu nada**, ‘fale de novo’”; “**traduza na linguagem dele**, quando a pessoa fica (expressão de dúvida), eu traduzo, ‘quando você for falar não adianta você falar isso aí, **ele não vai entender**, de jeito nenhum’, ‘ah está certo, professora’.”(GÉRBERA).

“Icterícia, você tem que explicar, não? não ele está amarelinho. Ele está amarelinho, teve um dia que eu esqueci, ‘esse problema, dá pra resolver? É normal ele estar com icterícia?’, eu olhei para a cara da mulher, [a mãe] **sem saber o que era!**”(AMARILIS).

“a gente fala, fala e **eles nem entendem o que a gente está dizendo**”(LÍRIO).

O conhecimento desses componentes é importante no cuidado de Enfermagem, pois este envolve e exige habilidades de comunicação para com o cliente. Os pacientes podem desenvolver comportamentos variados durante o atendimento que devem ser valorizados pelo profissional. Deve servir de subsídios para busca de estratégias que favoreçam a comunicação e compreensão pelo paciente.

Outro aspecto para o qual se deve atentar é quanto à sua forma de interagir com as pessoas, o que também é percebida pelo paciente, podendo

denotar interesse, cansaço, hostilidade, ansiedade, e prejudicar a comunicação entre ambos.

Lembrar que a comunicação é uma troca de pensamentos e opiniões (KING, 1981) é importante para que a interação ocorra efetivamente. De acordo com Nóbrega e Silva (2009), é fundamental desenvolver as habilidades de comunicação, com vistas a conhecer o significado das mensagens enviadas para e pelo paciente, para, então, elaborar um plano assistencial adequado às suas necessidades.

Para o hipertenso, há queixas quanto à ausência de informações válidas sobre a doença, que lhes dê confiança no tratamento, em vez de só receberem regras para viver. A comunicação com outras pessoas envolve a troca de saberes populares, com procedência em suas experiências de vida (BEZERRA *et al.*, 2010).

As enfermeiras entendem seu **papel** junto ao paciente hipertenso, como alguém que pode auxiliar no enfrentamento de sua doença, ao disponibilizar atenção, escuta e estratégias de enfrentamento. Por outro lado, também demonstram preocupação diante da realidade da clientela.

“A é, sim, justamente, eu entendo de duas formas, uma **o profissional com o paciente**, e a outra **o papel dele com a sua patologia**.”(TULIPA).

“**tem o papel da família**.”(GLORIOSA).

“**a gente já fez o nosso papel** psicológico, ela já saiu sem cefaléia, ela já foi para casa alegre e satisfeita, ela, às vezes, só precisa de alguém que escute ela olhando para o outro e dizendo que está entendendo ela, que sabe o quanto é difícil aquela situação.”(GÉRBERA).

“mas, é **muito difícil de estabelecer metas quando a pessoa não tem condição nenhuma de comer**, a minha realidade com os meus hipertensos são extremamente pobres, eu fui fazer uma visita e a gente falando do omeprazol, aí o médico diz ‘ô Alpínia, ela não vai melhorar nunca, olha o que é que ela come?’, ela come pirão, pirão no almoço, ela vai morrer comendo farinha e com dor no estômago, a maioria são muito pobres, não tem condição realmente de comprar uma fruta e é provedor da família, você sabe. Então, é muito complicado você dizer ‘oh você vai praticar hábitos saudáveis’, como?! Ele pode até ter um dinheirinho no comecinho do mês ele comprar as frutas, mas dia quinze ele já não tem mais dinheiro, ele vai comer o que tem.” (ALPÍNIA).

Para King (1981), cada participante recebe algum benefício das interações, sendo que o papel é aprendido em de cada situação vivida, definindo direitos e obrigações para determinado propósito. O resultado do cuidado de Enfermagem pode ser influenciado quando há distorção na percepção do papel a ser exercido na interação.

As regras definem os direitos e deveres numa determinada posição nas organizações. Assim, as interações de enfermeiras e pacientes e de enfermeiras e outros profissionais são metadirigidos e efetivos quando as percepções estão acuradas (KING, 1981).

Estudo com fundamentação na Teoria de King, realizado com idosos acamados e seus cuidados familiares, revela o quanto o papel do paciente se modifica por consequência do adoecimento. Houve distanciamento das obrigações e responsabilidades antes assumidas pelo paciente e que deu espaço ao respeito da família associado à posição que ocupava anteriormente (VIEIRA *et al.*, 2013).

O papel da enfermeira está em articular as informações adquiridas durante a interação com o paciente e a família, para que possa desenvolver o cuidado holisticamente. Joseph, Laughon e Bogue (2011) utilizaram a Teoria do Alcance de Metas para avaliar a aplicabilidade do Cuidado da Pessoa como um Todo (CPT) e apontam como King defendia a necessidade de o enfermeiro visualizar o ambiente de prática holisticamente. Isto ajuda a ter um senso completo do seu ambiente e das demandas da prática.

Para esse tipo de cuidado, identificaram temas diretamente relacionados com a Teoria do Alcance de Metas (JOSEPH; LAUGHON; BOGUE, 2011, p. 993), conforme estão expressos na sequência.

- a) Relações transacionais são a essência das interações enfermeiro-paciente.
- b) Uma conexão emocional ou vínculo existe na relação enfermeiro-paciente e está baseada na empatia e na compaixão.
- c) A interação enfermeiro-paciente requer a arte e a ciência do conhecimento de Enfermagem, o pensamento crítico, a atenção, a proatividade, empatia, antecipação e avaliação.
- d) Pacientes são vistos como um todo e assistência e intervenções incluem corpo, mente e espírito.
- e) Comunicação enfermeiro-paciente efetiva inclui escuta, toque, colaboração e observação da resposta do paciente.
- f) Os clientes da enfermeira incluem o paciente, família e equipe de cuidado de saúde.

- g) As respostas do paciente e da família para a interação enfermeiro-paciente e a verbalização do “obrigado”, apreciação sonora, resposta física e registro do paciente.

Cada pessoa recebe influências da integridade mental, das suas necessidades, objetivos, expectativas, percepções e experiências. King (1981) ainda considera que o conceito de percepção é fundamental em todas as **interações** humanas, já que a pessoa dá e recebe informações por meio de cada interação.

“mas **a gente é quase mãe dos pacientes**, faltou só o quase, porque a gente quase põe assim no braço, ‘meu filho pelo amor de Deus vamos fazer o tratamento, que se não você vai ficar, vai morrer’.” (GÉRBERA).

Essa ideia de responsabilização esteve sempre no discurso das integrantes. A formação de vínculo da equipe de Enfermagem e a aproximação com os sujeitos da comunidade permitem a criação de um relacionamento de confiança, amizade e responsabilização com essas pessoas.

Tanto o enfermeiro quanto o cliente criam expectativas na interação enfermeiro-paciente e a congruência dessas percepções facilita a obtenção de metas. Deve-se, porém, ter o cuidado para não confundir responsabilização com ameaça, com estratégias que amedrontam o paciente para impor as mudanças que o profissional julga necessárias.

Estudo com enfermeiras e gestantes, no Estado do Ceará, demonstrou que as percepções de ambos estavam relacionadas no quesito interação do Modelo Conceitual de King. O enfermeiro descreve como relevantes: acolhimento, relacionamento interpessoal, realização de história clínica, solicitação de exames laboratoriais, imunização, registros e encaminhamentos; a cliente vê como relevante: a interação com o enfermeiro, as orientações, realização do exame físico e a solicitação de exames laboratoriais (MOURA; RODRIGUES; SILVA, 2003).

Um relacionamento interpessoal positivo se desenvolve quando a enfermeira e o paciente identificam metas a serem alcançadas e sua interação está focalizada nesses objetivos, a solução do problema de saúde do paciente. Isso torna necessário o domínio, pelo enfermeiro, de habilidades de interação.

As participantes discutiram tanto o **estresse** vivenciado por elas como o estresse percebido nos pacientes hipertensos.

“o nosso ou o deles?”; “o estresse da gente que a gente observa tem que dar conta, da **responsabilidade que não é pequena**, e **a comunidade é muita gente, sobrecarga de trabalho**.” (GLORIOSA).

“é porque **o povo da secretaria estressa a gente**, [risos] o secretário, prefeito, estressam a gente [risos].”(GÉRBERA).

Logo ao apresentar o conceito de estresse, King (1981) enfatiza como vários estudos o tratam como algo dinâmico e essencial para o crescimento e enfrentamento. Portanto, não é visto primeiramente como uma força destrutiva.

Apesar de ser levado mais para o lado negativo, as enfermeiras foram motivadas a pensar no aspecto positivo do estresse, o que levou a um estranhamento inicial, mas que depois foi sendo desvelado no grupo focal.

“**quando a gente passar o estresse valeu a pena**, mas se não passar a gente vai ficar com ódio.”(GÉRBERA).

“porque **tem estresse que vem para o seu bem**, vamos dizer assim, você tem que se estressar com aquela situação para você poder vencer, por exemplo, a gente tem que se estressar com um concurso para poder vencer e sair daquela prova”; “mas o conhecimento adquirido ninguém perdeu.” (GLORIOSA).

King (1981) define estresse como um fator de energia nos sistemas abertos, que aumenta e diminui com os fatores estressores nas interações homem-ambiente. Ela acreditava que a situação, as pessoas envolvidas, as experiências, os distúrbios atuais e a habilidade para enfrentar os estressores são fatores a considerar no sistema de cuidados de saúde pelas enfermeiras.

O estresse é o momento da tomada de decisão. É o ponto crítico da interação em que os dois permitem ou não a conformidade nos seus objetivos, podendo tornar-se positivo, ao se chegar num acordo, ou negativo, quando um ignora as razões, interesses e argumentos do outro. Segundo George (2000, p.176), “apesar de o estresse poder ser positivo ou negativo, um nível demasiado alto de estresse pode diminuir a capacidade do indivíduo de interagir e de atingir metas”.

Quando é positivo, o estresse proporciona o crescimento e o desenvolvimento da pessoa por intermédio da luta para atingir a meta pretendida e apoiada pelo outro sujeito da interação. A do cliente é a de suprir a necessidade que o levou a procurar o serviço; e a do profissional, que é promover a saúde.

O paciente hipertenso demonstra estresse quando entende as mudanças no estilo de vida, necessárias para o controle da hipertensão, mas admitem dificuldades para a tomada de decisão (BEZERRA *et al.*, 2010).

Já entre os enfermeiros atuantes na saúde coletiva, estudo realizado no Estado do Rio Grande do Sul demonstrou não haver evidências de estresse

significativo na ESF e considerou que este ambiente exerce influência positiva sobre os fatores geradores de estresse. Os pontos negativos referidos foram o mau atendimento ao público e a falta de esclarecimento da população. Os problemas de saúde apresentados foram cefaleia, cansaço físico e irritabilidade, mas que não necessariamente estiveram associados ao ambiente de trabalho (FONTANA; SIQUEIRA, 2009).

O contexto é diferenciado do que os discursos das integrantes deste estudo demonstraram ao longo dos encontros. Há queixas quanto à grande demanda de pacientes e falta de organização para os atendimentos, principais fatores de estresse identificados.

O conceito de **transação** havia sido colocado erroneamente no Sistema Pessoal, mas foi explicado seu significado às participantes do grupo, pois o sentido de transação foi confundido com o senso de crescimento. Considera-se que este conceito não aparece na fala das pesquisadas.

Para King (1981), crescimento são as transformações fisiológicas da pessoa, ao passo que a transação é constituída pelas mudanças cognitivas, percebidas individualmente no processo das interações, quando as metas são alcançadas.

Por este motivo, há necessidade de se familiarizar com os conceitos e seus significados para não usar terminologias que entram em conflito com a Teórica estadunidense, ao referir que os resultados das transações são a satisfação na performance das atividades de vida diária, na obtenção de metas imediatas e de longo prazo (KING, 1981).

As transações são derivadas da cognição e percepção. Dessa forma, ela é uma cooperação mútua. Para King (1981), transação é um processo de interação em que os seres humanos se comunicam com o ambiente para atingir metas que têm valores. Elas são exclusivas, pois cada qual tem um mundo de realidade pessoal baseado em suas percepções; têm dimensões temporais e espaciais e são experiências - uma série de eventos no tempo.

Este conceito é importante para a interação enfermeiro-paciente, em especial, na Estratégia Saúde da Família, já que o vínculo estabelecido entre os dois promove mudanças individuais de melhoria da saúde e da satisfação com o papel assumido na dinâmica de atendimento.

“Eu pedi para ele fazer o MAPA [Medida Ambulatorial da Pressão Arterial], aí dava sempre

alta, 16x10, 17x10, sabe que **eu achei que estava mais relacionado ao hábito de vida do que mesmo a medicação**, eu disse assim **'vamos fazer o seguinte, verifique sua pressão'**, fiz um mapa para ele marcar **PA e hora, orientei alimentação, atividade física, evite isso, evite aquilo**, hoje ele chegou para mim do nada, **'Camélia sabia que o que você me disse, olhe aqui minha pressão 13x8'**, quer dizer foi uma melhora considerável que não tinha necessidade de eu passar, porque se eu passasse para o médico, na mesma hora ele ia passar o remédio e tchau, entendeu, então não foi o medicamento, **'continue assim, mas você tem que ir para consulta com o médico, você vai trazer isso que você fez pra ele olhar'**.”(CAMÉLIA).

“eu atendi uma paciente, era da escola, professora, e chegou já tinha terminado a puericultura, aí eu comecei a conversar com ela, **'mas porque a senhora está com essa dor de cabeça'**, ela disse que era desde segunda, **'mas o que foi que aconteceu na sua casa? a senhora é casada?'** A gente foi investigar que às vezes ela está sofrendo violência, ela disse **'sou casada'**. **'A senhora se dá bem com seu marido?'** Então, a gente descobriu que **a dor de cabeça dela é por conta de um problema doméstico**, tinha sido o aniversário dela no dia 12, e ele não lembrou, do aniversário dela, olhe maltrata ela, fala palavrão, chama tudo quanto é palavrão.”; **“ela foi juntando aquele raiva, desgosto, amarga, na segunda feira repercutiu na dor de cabeça**, foi lá só pra gente da um remedinho, a gente notificou, porque é um caso de violência moral e também mandei pro médico”; **“eu chamei o médico, veio atender na minha sala**, ele disse eu vou lá, [...] conversou com ela, passou remédio, e deu atestado pra ela ir pra casa, e **eu já encaminhei para as meninas do NASF, para acompanhar, a psicóloga e a TO** [Terapeuta Ocupacional], e ela já fez tratamento de distúrbio mental, teve depressão ano passado.” (GLORIOSA).

“eu tenho uma paciente ela está sempre, **orientei**, o marido dela trabalha na CEASA [Central de Abastecimento do Ceará], **'mulher, o teu marido trabalha na CEASA'**, **eu expliquei tudo, passou uns 6 meses ela voltou para mim**. **'Lírio olha aqui, tu está percebendo alguma diferença?'**, me deu os dois papeis, **91 e 101 [o peso atual e o anterior]**, aí eu ela estava numa alegria tão grande, numa auto estima tão grande, **'olha aqui a minha cintura'**, a pressão dela, e fora isso **ela melhorou a disposição, está caminhando todo dia, a pressão dela que antes você vai olhar no histórico realmente era maior, você vai percebendo a evolução.**” (LÍRIO).

Visualiza-se claramente a transação que se deu nestas interações. Para a enfermeira, quando ela percebeu que estratégias/meios usaria para o alcance da meta de controle da PA; para o paciente, quando esta meta foi atingida e fizeram sentido as atividades implementadas para o seu alcance.

Quando ocorre a transação, percebe-se a mudança na interação enfermeiro/paciente. As enfermeiras relataram que o paciente, por vezes, reconhece a sua atuação, considerando-a como elemento principal para as orientações, tanto referente às medicações (horários, dosagem), quanto às mudanças no estilo de vida.

“Esses que estão descompensados, estabilizam, depois quando eles vêm, eles agradecem, **'ah graças a você agora eu estou assim, porque você puxou minhas orelhas'**.”(AMARILIS).

Na Enfermagem, metas são obtidas nas interações enfermeiro-cliente. Quando há o estabelecimento mútuo de metas, ambos exploram os meios para atingi-las e exibem comportamentos para isso (KING, 1981). Portanto, as transações são valorizadas pelas pessoas porque a meta é significativa e digna de realização.

Por isso, considera a Enfermagem como um processo de ação, reação e interação, no qual enfermeiro e cliente compartilham informação sobre suas percepções na situação de Enfermagem. Com a comunicação intencional, eles identificam problemas, preocupações e metas; exploram meios e concordam com eles para atingir a meta. Ela acreditava que, quando clientes participam do estabelecimento de metas com os profissionais, eles interagem para o seu alcance.

Preocupadas com a unificação da linguagem na Enfermagem, Killeen e King (2007) propuseram a informatização de termos que condizem com a transação proposta no modelo conceitual e que estão relacionados com as atividades de Enfermagem da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, 2004), discutindo o progresso da interação em direção às metas, estabelecendo mutuamente metas aceitáveis.

A transação, na Teoria de King, quando usada em equipes interdisciplinares, facilita a definição de metas mútuas com os pacientes com base no conhecimento de cada membro e as funções específicas da equipe. Muitas vezes, facilita essa congruência de papel e respeito aos conhecimentos, habilidades e valores que cada membro traz para a situação (KILLEEN; KING, 2007).

O conceito de transação foi o último do Sistema Interpessoal discutido, e, juntamente com os demais, são a base para a interação enfermeiro-paciente, e sua compreensão pode facilitar a obtenção de competências para utilizar a Teoria do Alcance de Metas junto aos pacientes hipertensos.

#### *5.2.2.3 Sistema Social*

Neste sistema, os conceitos descritos são organização, autoridade, poder, *status* e tomada de decisão.

O primeiro conceito discutido no grupo focal foi o de **organização**. As enfermeiras iniciaram a discussão abordando este conceito com uma qualidade

necessária e esta profissional para que seu trabalho seja bem exercido. Este foi um entendimento equivocado da participante.

“a organização, **a enfermagem já é uma profissão que requer muita organização**, porque se você não for uma enfermeira organizada tudo desanda. Então parte daí, tem que ser **organizada com a nossa agenda**, a gente não pode deixar nossa agenda só na mão do pessoal da recepção.” (GLORIOSA).

“A organização também parte do agente de saúde com esse paciente, aí vem a nossa agenda. **A organização de naquele dia atender só hipertenso, a organização na consulta.**”(TULIPA).

Posteriormente, foi se desenvolvendo a ideia, proposta por King (1981), de organização como sistema com atividades contínuas dirigidas a metas, o qual promove forças sociais que moldam qualidades e hábitos pessoais. É constituída de valores humanos, padrões de comportamento, necessidades, metas e expectativas; de um ambiente natural, no qual recursos humanos e materiais são essenciais para obtenção de metas; de empregadores e empregados que formam um grupo; e de tecnologia que facilita o alcance de metas.

“a organização assim, no caso do sistema, da secretaria de saúde, tem que ter o secretário, **tem que ter as coordenações**, porque se fosse tudo solto, a gente não teria que ter um guia que dissessem, ‘olhe, as metas são essas’. Então, eu acho que as organizações é justamente isso cada um tem sua meta, cada um passa o que tem que ser passado, puxa a orelha de um, puxa a orelha do outro, mas que, **se tem um fluxograma**, a organização já fica mais fácil da gente levar algumas coisas”; “assim, acho **que vem do federal até chegar na unidade, até mesmo os agentes de saúde**, então tudo é organização.” (GÉRBERA).

De acordo com King (1981), as enfermeiras têm papel crucial nas organizações de saúde, como participantes ativas na tomada de decisões que influenciam a qualidade dos cuidados, exercendo liderança, traçando metas institucionais, individuais e profissionais para manter a harmonia. A enfermeira deve demonstrar clareza no seu papel para assumir a liderança exigida na equipe, no sentido de manter os valores organizacionais.

A organização exhibe padrões de comportamento individual e grupal, padrões de comunicação e de interação relacionados aos papéis, autoridade, poder e *status*. As exigências organizacionais para a Enfermagem incluem o registro das atividades exercidas na ESF. Hoje, a necessidade do registro informatizado condiz com Killeen e King (2007), quando defendiam a noção de que os dados de Enfermagem devem estar incluídos nas organizações ou o trabalho da Enfermagem se torna invisível.

No discurso das participantes, o conceito de **Autoridade** foi confundido com o de **Poder**, mas são conceitos altamente inter-relacionados e, por isso, estão expressos conjuntamente.

O poder direciona, controla e muda o comportamento de pessoas e grupos. Se estes na organização, percebem que isto vai ao encontro de suas necessidades, ajudarão a implementar a mudança (a aceitação do poder) (KING, 1981).

“no caso aqui da hipertensão eu acho que **vem do ministério, o ministério manda, a gente vai descendo.**” (GÉRBERA).

Para a Enfermagem, torna-se relevante a visualização das relações de poder existentes no dia a dia da ESF. Segundo Velloso, Ceci e Alves (2010), o poder está associado ao saber, envolvido em todas as práticas de Enfermagem, as quais podem transmitir e reproduzir os efeitos do poder.

Para King (1981), o uso apropriado das linhas de autoridade e os canais de comunicação nas organizações servem tanto às metas organizacionais quanto às pessoais e profissionais.

Quando pessoas acreditam que podem influenciar e implementar a mudança na organização ou sistema, estão exercendo poder e, quando os demais percebem que o plano vai ao encontro de suas necessidades, ajudando na mudança, isto é aceitação de poder.

“Os agentes de saúde; eles **têm um poder muito grande sobre a comunidade**, quando eles querem.” (TULIPA).

Reforçando o conceito de poder, Sieloff e Bularzik (2011) propuseram e validaram a mudança do conceito, proposto por King, de capacidade de poder do grupo para capacidade de atingir resultados, com suporte nas definições utilizadas por ela para os conceitos de poder e metas. Isso porque pesquisas demonstraram que o enfermeiro concebe a ideia de poder como negativa e não como um recurso que, se usado adequadamente, promove o empoderamento do grupo de Enfermagem. As autoras acreditam que os grupos de Enfermagem podem aumentar seus níveis de poder sem afetar negativamente os níveis de poder de outros grupos.

Segundo King (1981), o uso do poder na sociedade é a Política, processo por meio do qual o poder é distribuído e exercido, com ênfase em decisões coletivas. Assim, é interessante pensar que o grupo de Enfermagem pode favorecer

seu empoderamento na organização de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a melhores e maiores conquistas para a profissão e, conseqüentemente, para a sociedade.

O grupo vê a **tomada de decisão** como resultado do cuidado de Enfermagem, quando o paciente decide seguir ou não as recomendações feitas durante a consulta de Enfermagem.

**“a decisão é dele**, que a gente vai, mas **ele é que tem que tomar a decisão.**”(GÉRBERA).

**“proporcionar o autocuidado, o que ele tem que fazer em casa.”**(GLORIOSA).

As providências para o cuidado de Enfermagem direto ou indireto requerem decisões sobre metas para cada situação enfermeira-paciente e em cada família. Quando enfermeiras se envolvem com a saúde dos clientes em metas mútuas, elas colaboram na tomada de decisões entre opções de cuidado.

Estudo realizado por Nogueira (2006) desenvolveu acompanhamento com paciente vítima de acidente vascular encefálico, no contexto domiciliar, encontrando a tomada de decisão pelos familiares da paciente para procurar opinião de outro profissional médico, procurar uma benzedeira, para sair do ambiente de estresse e passar o final de semana com um pouco de lazer e aliviar as tensões. Foram decisões importantes para manter o equilíbrio para aqueles que passam muito tempo sendo cuidadores de pessoas que necessitam continuamente de cuidados.

A tomada de decisão é realizada tanto pelo paciente, quando aceita ou não as metas de saúde, ou os meios para alcançá-la, mas também pelo enfermeiro, quando planeja o cuidado da pessoa, definindo os melhores meios para proporcionar qualidade de vida e de saúde. No sistema social, o enfermeiro toma decisão de continuar realizando suas atividades ou de modificá-las, quando conhece opções para o desenvolvimento do seu fazer.

Segundo Joseph, Laughon e Bogue (2011), para implementação de inovação na área da Enfermagem, o enfermeiro enfrenta grandes desafios para adoção e sustentabilidade, muitas vezes associado à complexidade e ao amplo sistema social do ambiente de trabalho.

O conhecimento da influência do sistema social no comportamento de pessoas e grupos é relevante para as enfermeiras, pois têm inúmeras oportunidades para trabalhar, em distintas situações, no intuito de serem efetivas em seus papéis profissionais.

As enfermeiras expõem os cargos de confiança, existentes nas unidades de saúde para sua coordenação, os quais, muitas vezes, são assumidos por pessoas que não têm domínio, conhecimento, para exercer apropriadamente suas funções. Eles possuem **status**, sem poder ou autoridade.

**“faltou a gente nem percebe”**; “e assim muitas vezes até assim os problemas na unidade, se a gente não meter a frente, o negócio não vai, às vezes eu fico me policiando, você é a enfermeira, **você não é a coordenadora**, eu não sou coordenadora, a coordenadora ta lá em cima, [risos] porque **eu acabo me sobrecarregando.**”(GÉRBERA).

King (1981) defende a posição de que as enfermeiras devem reconhecer a importância do *status* em situações que influenciam o alcance de metas, até mesmo no plano político. O *status* da Enfermagem no contexto comunitário pode favorecer a valorização da profissão, obter apoio da sociedade para suas reivindicações.

#### 5.2.2.4 Três Sistemas

Os três sistemas foram mostrados como estrutura para a Enfermagem. Na interação, enfermeiras e clientes trocam informação por meio da comunicação e fazem transações para encontrar seus objetivos. Quando as metas da enfermeira e as do cliente são incongruentes, podem ocorrer conflitos e aumentar o nível de estresse de ambos na situação (KING, 1981).

As enfermeiras entenderam pelo painel a inter-relação dos três sistemas, como eles são abertos para que ocorra interação. Dessa forma, há de se visualizar que o enfermeiro interage com o paciente, mas também com os outros profissionais, com a gestão, e que existe uma hierarquia no SUS que interfere no seu processo de trabalho, por se tratar de um sistema social aberto ao sistema interpessoal e ao sistema pessoal.

O entendimento de abertura que há entre os três sistemas colabora para interação efetiva dos componentes, o que foi bem compreendido pelas participantes.

**“aberto, para que um entre no espaço do outro.”** (GLORIOSA).

A compreensão da Estrutura do Modelo Conceitual proporciona ao enfermeiro os meios necessários para desenvolver o cuidado de Enfermagem fundamentado numa teoria. São conceitos de fácil compreensão, que, inter-

relacionados, propiciam um modo de perceber o paciente, de se notar nessa relação de cuidado e de divisar o seu papel na organização de saúde.

Em pesquisa que proporcionou o conhecimento e aplicação da Teoria do Alcance de Metas em clínica psiquiátrica, também restou demonstrada a facilidade das enfermeiras para compreenderem a Estrutura Conceitual de Sistemas Abertos, já nos anos de 1990. A discussão ensejou muito interesse nas enfermeiras, que eram, inicialmente, alheias à teoria. Estas puderam identificar facilmente os conceitos-chave, por serem aplicados a uma situação de interesse para elas. Como resultado, as participantes começaram a notar as alterações na percepção do paciente, aprenderam sobre si mesmas e acerca dos fatores que alteram as próprias percepções (KEMPPAINEN, 1990).

As enfermeiras têm compreensão da sua função e responsabilidade na ESF, porém, muitas vezes, se acomodam ao seu modo de fazer, sem pensar em possíveis inovações, aperfeiçoamento para a melhoria do cuidado e das relações com os outros profissionais no ambiente de trabalho.

Com suporte na Teoria do Alcance de Metas, Knowaja (2006) elaborou uma estrutura que denominou “via clínica integrada”, por meio da qual buscou desenvolver a prática multiprofissional. Cada membro da equipe valorizou a comunicação, a interação, a transação e o pensamento crítico para a tomada de decisão, numa função ativa para o delineamento, implementação e avaliação da via clínica, obtendo resultados positivos, como: aumento da colaboração multidisciplinar; melhoria da consistência da prática; melhoria da coordenação nas atividades de cuidado; redução de custos; uso eficiente e efetivo dos recursos; efetiva educação do paciente e manejo de suas expectativas; promoção da qualidade contínua; e revisão da prática e resultados por meio do rastreamento e análise de variância.

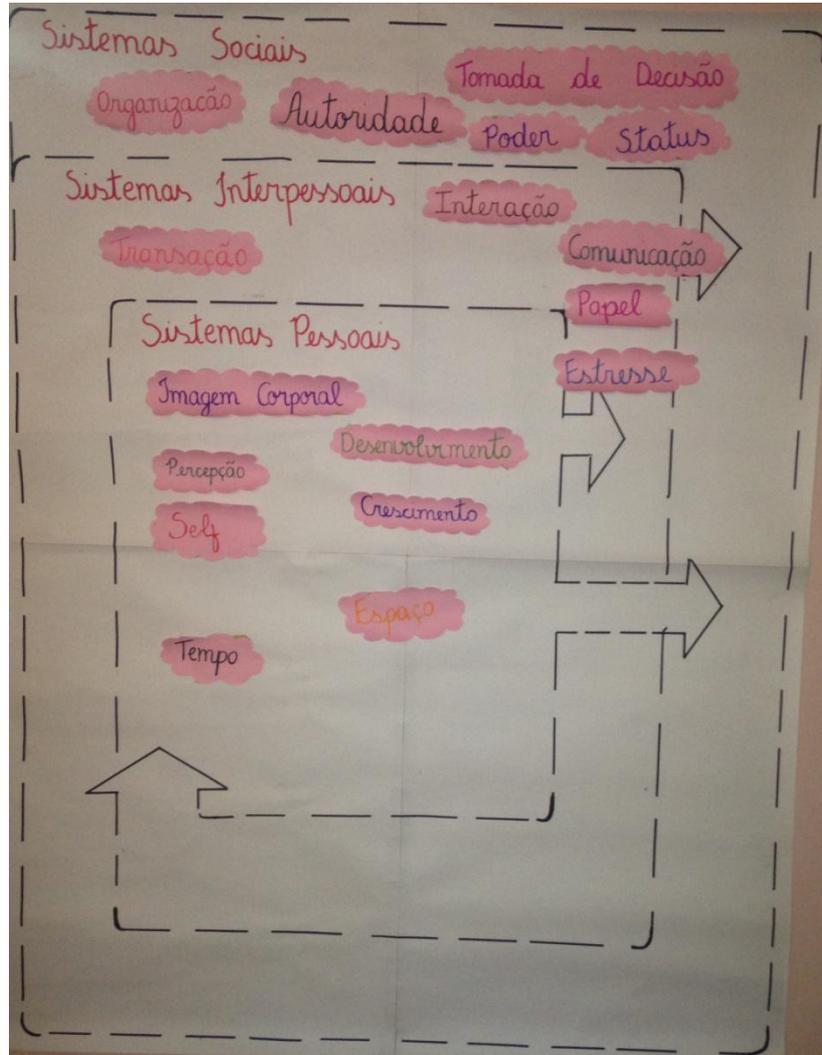
É importante reconhecer o seu papel dentro da organização de saúde, assim como os demais integrantes da equipe de saúde. Isso permite respeitar o trabalho coletivo, o qual tem o objetivo comum de atender à pessoa, família e comunidade na perspectiva do empoderamento.

Avaliando as relações entre a Teoria do Alcance de Metas e o PSF, Moura e Pagliuca (2004) referem que o enfermeiro procura criar condições para desenvolvimento de potencialidades das pessoas, famílias e comunidades, para exercer o controle social sobre os serviços de saúde e de autocuidado. Isso corrobora o pensamento de King, quando considera o paciente um agente ativo no

processo interacional, no qual o enfermeiro estabelece interações propositadas para o estabelecimento mútuo de metas.

Ao final desta dinâmica grupal, o painel ficou assim representado.

Figura 11 – Painel Representativo do Modelo Conceitual de Sistemas Abertos de Imogene King. Fortaleza-CE, 2015.



Fonte: Elaboração própria e de participantes da Pesquisa-Ação.

De acordo com King (1981), a estrutura conceitual compreende as pessoas relacionando-se como o meio ambiente no sistema pessoal, interagindo com outras pessoas (díades, tríades, pequenos e grandes grupos) no sistema interpessoal, cujos grupos demonstram interesses e necessidades comuns nas organizações, configurando o sistema social.

Portanto, a estrutura conceitual de Sistemas Abertos de Imogene King pode ser empregada no contexto da ESF e se tornar base para o cuidado de Enfermagem. Ao final desta etapa, observou-se a falta, no grupo pesquisado, de

estratégias de interação que fortaleçam as relações entre profissional e paciente, com vistas à atuação efetiva junto aos pacientes hipertensos.

### 5.2.3 Demanda

Nestes encontros, foi recorrente nas falas das participantes a alta demanda de usuários da unidade como dificuldade para a organização da consulta de Enfermagem, principalmente com a enfermeira que tem a área com maior número de pacientes hipertensos.

“Atualizando, eu disse que tinha quase 800. Não, **eu tenho é 813.**”(CAMÉLIA).

“Fui reclamar e hoje **vieram os onze.**”; “Sobrecarga não [risos] **Nós somos burrinhos de carga.**”; “é na questão da demanda”; “a população da Camélia de hipertenso ela só é maior, porque ela tem um número muito grande de idosos.” (GÉRBERA).

“o estresse assim da gente que a gente observa tem que dar conta, da **responsabilidade que não é pequena,** e a comunidade **é muita gente,** sobrecarga de trabalho”; “o número de hipertenso que ela tem.” (GLORIOSA).

É uma preocupação para o enfermeiro atender bem e a todos que procuram o seu atendimento. A demanda de pacientes hipertensos, no entanto, prejudica a qualidade dessa assistência. Por isso, o enfermeiro se sente angustiado pelo número de pessoas a serem atendidas.

Um dos programas preconizados na ESF é o da HAS, a principal demanda numa unidade de saúde. Estudo realizado em uma unidade básica de saúde, na Capital cearense, demonstrou como a HAS é a causa que mais leva as pessoas a procurarem o serviço de atenção primária em saúde, responsável por 15,2% dos atendimentos (PIMENTEL *et al.*, 2011). Os autores salientam a importância do programa de hipertensão e diabetes, assim como a necessidade de educação permanente para os profissionais de saúde, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle desses agravos.

A HAS enseja demanda nas unidades, que se dividem em três classes: crises hipertensivas (urgência e emergência hipertensiva, as quais podem produzir risco iminente de morte para a pessoa); pseudocrises hipertensivas (quando não se estabelece relação entre a hipertensão e o desconforto e não necessitam de anti-hipertensivo); e elevação eventual do nível pressórico (quando o paciente não

exprime queixas clínicas). Todas devem ser avaliadas e conduzidas nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2012d).

Dessa forma, entende-se que esta afecção de saúde é geradora de estresse entre os enfermeiros, que tentam manter certa organização do serviço para o adequado atendimento.

#### 5.2.4 Participação da Família

Aspecto pertinente da consulta de Enfermagem é a valorização das relações familiares do paciente. Estas podem contribuir ou comprometer a adesão da pessoa ao tratamento. Em se tratando de idosos, as integrantes se importam com a presença de um acompanhante no momento da consulta, cujo objetivo se associa à maior compreensão das orientações a serem assumidas no seu cotidiano.

“A questão dos idosos mais dependentes. **Eu tenho dificuldade do apoio da família**, na adesão do tratamento, tanto dos medicamentos como dos hábitos, também entra em questão o nível socioeconômico”; “Orienta, mas **quando a gente vai lá, os pacientes não tomam a medicação.**” (LÍRIO).

“Tem as consultas que a gente faz em casa também, e **às vezes não tem apoio da família**, a gente orienta.” (AMARILIS).

“Mas eu peço, oh da próxima vez **traga alguém com o senhor.**” (GÉRBERA).

Quando o paciente não tem esse suporte, a enfermeira usa estratégias que possam facilitar a adesão do paciente, para que não ocorram equívocos, principalmente no tratamento medicamentoso, o qual pode ensejar mais complicações, quando não seguido corretamente.

“Tem um senhor gente que é lá da minha área descoberta, é longe, e ele vem sozinho, fica bem quietinho, eu falo, eu **fico com medo dele não ta entendendo** nada do que eu to falando, eu falo o senhor entendeu? Eu até **marco com um corretivo para ele saber o que ele tem que tomar de manhã, qual é que ele tem que tomar à noite**, porque ele não sabe ler, mas eu fico com muito medo dele tomar errado, porque ele mora sozinho, mas a pressão dele é controlada.” (TULIPA).

“Às vezes **a gente vai visitar aqueles bem carentes**, a gente entrega o receituário, eles já não vão fazer as orientações de cuidado e muito menos alguém da família pegar a medicação no posto ou na farmácia popular.” (LÍRIO).

Outro ponto importante, nos dias atuais, é a violência, que afeta a segurança dos profissionais de saúde, quando precisam realizar visitas em algumas residências.

**“eu tenho é medo da família**, ontem eu fui fazer a visita de uma idosa que ela é

consciente, só que a família não apóia, quando eu chego lá, a agente de saúde diz logo assim, ‘não pergunta nada não, porque **é tudo traficante**’, eu tenho é medo, eu nem peço para ir no posto, só faço passar o remédio e pronto.”(LÍRIO).

Os familiares do paciente hipertenso com ou sem dependência buscam se adaptar às novas rotinas exigidas ao controle da doença. Seja nos hábitos alimentares, em geral, a alimentação é a mesma e cada um acrescenta o sal, caso ache necessário. Quando há dependência, a sobrecarga do cuidador é maior além da expectativa com a morte do ente querido (LOPES; MARCON, 2009).

Assim, a interação com a família também se faz importante para o cuidado de Enfermagem, a fim de o vínculo poder favorecer possibilidades efetivas de adoção de hábitos saudáveis entre seus membros.

### **5.2.5 Experiências do Cuidado**

Essa categoria expõe falas das participantes em que há o compartilhamento de experiências e atitudes tomadas no dia a dia da assistência de Enfermagem, que não necessariamente estavam relacionadas ao conceito discutido no momento em que foram apresentadas, mas que têm influência na forma como o grupo cuida das pessoas sob sua responsabilidade.

Experiências recorrentes foram direcionadas ao tempo de consulta. Em geral, a consulta de Enfermagem é mais demorada do que a do médico. Preconizam-se três consultas por hora para o enfermeiro (média de 20 minutos/consulta) e quatro consultas por hora para o médico (média de 15 minutos/consulta) (ESPÍRITO SANTO, 2013).

“às vezes **eles estão lá fora morto de chateado**, porque não chegou a vez deles, por conta da hora, então quando ele entra, eu digo um ‘Bom dia!’, eles já desarmam, já não tem mais coragem de reclamar; eles falam, a gente fica só escutando lá dentro da sala, ‘quando eu entrar, eu vou reclamar’. Aí, eu digo ‘bom dia’.” (GÉRBERA).

“Muitas vezes, mesmo na consulta **you escuta eles reclamando lá do lado de fora, ‘ah que consulta demorada’**.”(TULIPA).

“**Eles dizem que a gente passa uma hora com o paciente**, mas quando a gente passa uma hora com eles não tem problema.” (LÍRIO).

“**quando você sai lá fora eles dizem ‘até que enfim’**.” (AMARILIS).

“Muitos deles dizem, ‘**não vai pra essa enfermeira não, que ela conversa demais**, ela pergunta demais, não, ela pergunta de mais, **eu quero só pegar meu remédio, eu quero ir é embora**[...]’.”(GLORIOSA).

A noção de tempo pode comprometer a satisfação com a qualidade da assistência recebida, podendo ser fator que afasta o usuário do serviço. Como consequência, essas pessoas sem acompanhamento podem, com o tempo, desenvolver complicações da doença, como as crises hipertensivas.

Estudo realizado na Capital cearense sobre o acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva revelou que, mesmo sendo hipertensos, os pacientes só procuram o serviço em caso de urgência, ou seja, não têm acompanhamento contínuo numa unidade primária de saúde (SOUZA *et al.*, 2009).

Também pertinente é a percepção de aumento da demanda com o crescimento da prevalência das doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, nas unidades de saúde, associando principalmente ao estilo de vida da sociedade moderna, assim como à dificuldade para a pessoa buscar atenção em saúde quando trabalha. Como consequência, aumentam as exigências para atuação dos profissionais.

Muitas vezes, não resta claro para as participantes o conceito de metas de saúde proposto por King, de melhorias atingidas com base nas necessidades do paciente. Elas também associam metas à produção exigida pelo Ministério da Saúde.

**“o público de hipertensão está aumentando muito viu e é só chegando, minha Nossa Senhora.”** (GÉRBERA).

**“é uma cascata”; “aquela questão do hipertenso, de ter de descobrir, às vezes o médico podendo ter diagnosticado sei lá 50, ele só colocou lá na produção 20.”** (GÉRBERA).

É importante destacar o fato de que, no Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 30 milhões de brasileiros têm HAS e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença. Em razão das complicações da HAS, 7.6 milhões de pessoas morrem por ano, no mundo todo, e, no Brasil, ela é responsável por 300 mil mortes ao ano (BRASIL, 2013).

Esses dados justificam a necessidade de realização do diagnóstico precoce para cuidado efetivo, por equipe multidisciplinar que garanta a qualidade da assistência em saúde.

**“e diabetes também, é muito paciente novo, Jesus, e são os mais, como ela disse, 30, 40 anos, jovem, você não espera que eles vão desenvolver, antes não se esperava, agora eu estou esperando tudo.”** (GÉRBERA).

“o pessoal trabalha muito, **estresse**”; “**eu acho que é mais o estilo de vida**, que come fora de casa, o trabalho é estressante, **não tem tempo de ir ao médico**, não pode ir ao médico, porque as empresas ainda fazem o favor de tirar a cesta do pobre, se ele for ao médico, ele não quer nem mais ir, está doente, eles vão trabalhar assim mesmo, porque o atestado já tira, isso tudo vai acumulando, e chega um dia que ela explode, ou uma hipertensão.” (GÉRBERA).

Faz-se necessário valorizar o conhecimento acerca do estilo de vida das pessoas, na medida em que este permite atuar de modo mais direcionado. As facilidades proporcionadas pela tecnologia influenciaram tanto na expectativa de vida como no modo como as pessoas levam a vida. Entre estes, a pressa, o estresse, o trânsito, associados à alimentação inadequada, à falta de atividade física e de tempo para o lazer são fatores de risco para as doenças cardiovasculares, acarretando gastos aos poderes públicos que buscam opções para o seu controle.

Sabe-se que a HAS é responsável por complicações cardiovasculares e desfechos, como infarto agudo do miocárdio (IAM), AVE, problemas renais, entre outros (BRASIL, 2013).

Dessa forma, a atenção para associação da HAS com o diabetes também deve ser valorizada pelos profissionais. Neste grupo, as enfermeiras demonstram que se preocupam para identificação de sintomas do diabetes nos pacientes hipertensos, mesmo quando o paciente já passou por consulta médica sem o diagnóstico.

“alguns pacientes passam por isso, ‘como é que a senhora não disse pra ele’, porque ela esconde, porque **ela não disse pra ele que é diabética porque ela não quer deixar de comer doce**”; “não dizem, **não dão aquele controle, aquela orientação é a gente que dá**”; “quando eu atendo um paciente diabético, ‘a senhora tem que fazer sua escolha’, então aí **eu começo a conversar direitinho**, e quem é hipertenso eu costumo dizer assim, tem 50% chance de desenvolver diabetes, reduzindo o açúcar agora, futuramente vai ter que parar. Então assim, a gente conversando, tem certas coisas que você orientando, que assusta, basta as informações que são necessárias para eles, **que vai caber a tomada de decisão, acho que é esse o nosso papel.**”(GLORIOSA).

“eles **saem da sala do médico sem saber de nada**, dieta? Pra quê?”; “descompensado, ‘homem o que foi que houve’? **‘Não sei doutora, eu estou tomando o remédio direitinho’.**”; “não é o açúcar, é a manga, **época de manga é uma desgraça, tudo descompensado.**”; “mas paciente **hipertenso quando dá 99 [glicemia] eu digo logo ‘vamos tirar o açúcar’**, mas tem profissional que me critica, já não quer, mas vai ser mais na frente, que ele vai tomar [medicação].” (GÉRBERA).

“**tem uns que acham que é só o açúcar**, não tem noção do macarrão, arroz, mas tem açúcar no pão, e da fruta, é a manga.”(TULIPA).

Essas decisões são individuais e, a depender da percepção do paciente, a mudança pode não ser uma prioridade para sua vida.

“não minha filha **eu já estou no fim da vida mesmo.**” (TULIPA).

“a idade, **eles se acham acabado.**” (GLORIOSA).

“tem uns que diz, ‘minha filha **só morre quando tem que morrer**, eu vou continuar, **se eu morrer é porque chegou o dia**, só vou viver até o dia’”; “**o que vier é lucro**” (GÉRBERA); “tem uns que são muito jogados, tem uns que fogem, porque quando ele vem com o familiar, a família entrega, **‘faz tudo errado’**”; “e **às vezes eles não querem acompanhantes, justamente porque o acompanhante diz** ‘olhe ele come isso, ele faz isso’”; “mas, **eu já tenho pacientes que namoram**, 70 anos e eu digo é isso mesmo meu filho namore, quer casar.” (GÉRBERA).

“**muitos trabalham fazendo as coisinhas em casa**, tem deles que trabalha com fuxico, eu tenho um paciente que ele trabalha preparando aqueles espetinho, pra fazer churrasquinho.” (AMARILIS).

Caso não haja mudanças no estilo de vida, o controle da doença se torna mais difícil, configurando um dos grandes desafios para o profissional de saúde. Uma dessas decisões se refere ao tabagismo. Recomenda-se a cessação do uso do cigarro como medida efetiva para redução dos agravos cardiovasculares, embora não reduza os níveis pressóricos (COSTA *et al.*, 2009). Em todo o mundo, estudos epidemiológicos demonstram forte associação causal entre o tabagismo passivo e o maior risco de morbimortalidade, principalmente causada por doenças cardiovasculares (PASSOS; GIATTI; BARRETO, 2011).

“a gente trabalha, mas é difícil demais, **quando tem fumo, eu pergunto se tem vontade de deixar.** ‘Tenho’. ‘Pois eu vou anotar seu nome, **vou falar para o grupo de tabagismo chamar você**’”; “e tem outra coisa, às vezes eles até pararam de fumar, mas teve um problema, **o escape é o cigarro**, então às vezes não é **o problema não é o cigarro em si**, vamos resolver o que está lá atrás, o que está causando a vontade de fumar.” (GÉRBERA).

“não, eu expliquei, a própria filha dela explicou, **‘eu fumo sim mamãe, que a senhora fuma perto de mim’.**”(TULIPA).

“tem que **trabalhar a política de redução de danos.**” (GLORIOSA).

O tabagismo é um hábito difícil de abdicar. Daí, a interação necessitar de conhecimento profissional para atingir resultados mais efetivos. A proposta de acordar junto ao paciente a redução na quantidade de cigarros que fuma por dia é o que a Teoria de Alcance de Metas busca para a interação do enfermeiro com o paciente, ou seja, o estabelecimento mútuo de metas, objetivos reais e plausíveis para que a pessoa tenha chance de atingir.

Estudo sobre crenças de saúde confirmam a dificuldade do paciente para parar de fumar. Entre os 133 hipertensos que participaram do estudo, 8,2% eram fumantes e abordam essa prática (BARROS *et al.*, 2014).

Três pacientes hipertensos fumavam antes da interação fundamentada na Teoria de King e, após quatro meses de acompanhamento, as metas estabelecidas conjuntamente foram alcançadas, dois deles cessando o hábito e a terceira reduzindo o número de cigarros fumados para cinco por dia (no início eram 40 cigarros/dia) (BEZERRA, 2010).

Portanto, é possível interagir com o paciente e deixá-lo participar da tomada de decisão acerca da sua doença, o que pode facilitar a adesão ao tratamento. Para Guedes *et al.* (2011), essa tomada de decisão depende de vários fatores, como nível socioeconômico, escolaridade, a interação com os profissionais de saúde, o acesso ao serviço, e a continuidade da assistência, os quais influenciam o processo de adesão.

Outro aspecto do tratamento não farmacológico diz respeito à prática regular de atividade física. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (2010), para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada.

As enfermeiras expuseram as dificuldades referidas pelos pacientes para adesão à prática de atividade física regular.

“eu não posso não que eu tenho uma dor na coluna”; aí, eu digo: ‘hidroginástica? Exercício do bombeiro?’ Mas **sempre eles têm uma saidinha**, ‘minha filha, você sabe onde é que tem a hidroginástica aqui?’ Ele me pega que eu não sei. [risos]. **Na minha área mesmo não tem**, eu fico raciocinando onde é que tem mais próximo, no Industrial eu não sei se tem, eu **tenho que perguntar isso às agentes de saúde**”. (GÉRBERA).

Sobre isso, é importante que o enfermeiro, no período de territorialização, conheça a sua área, identificando uma rede social de suporte nos entornos dessa população. Este é um *continuum* e flexível, a ser realizado pela equipe de saúde, por meio de visitas, observações geográfico-ambientais e do convívio com as pessoas, levando em conta os aspectos locais, de mapas do município, condições culturais e econômicas, sociais, meios de transporte e dados do setor saúde (BRASIL, 2011).

É difícil quando as condições de trabalho não permitem que se dedique o tempo necessário para a territorialização, mas é estratégia que subsidia o cuidado na atenção primária em saúde.

Um dos pontos principais é o tratamento medicamentoso. Para muitos, o medicamento é a causa da busca do atendimento. Há de se considerar o fato de que o paciente toma a medicação continuamente e, dificilmente, a dosagem ou número de medicamentos será reduzida (exceto quando há associação medicamentosa na apresentação). Apesar disso, há pessoas que não seguem corretamente a prescrição, muitas vezes em associação à assintomatologia da doença.

“outro toma o remédio é 14x8 a pressão, ‘minha filha minha pressão está 12x8’, ‘o senhor só está 12x8 porque o remédio está agindo, se o senhor parar, ela vai voltar o que era antes’, ‘é mesmo é?’ Até isso eles não têm a compreensão”; **“não associam que a melhora foi por conta do remédio**, como se fosse um antibiótico que você ficou doente, tomou o antibiótico, ficou bom agora você posso largar.” (GÉRBERA).

O desconhecimento do paciente sobre a atuação da medicação contínua pode comprometer a adesão correta ao tratamento farmacológico. Então, quando ele percebe a melhora no seu bem-estar, suspende a medicação, com a ideia de que está curado, quando, na verdade, a doença está sob controle temporariamente.

Pesquisa realizada sobre a interação enfermeiro-paciente descreve que o primeiro afirma a necessidade de averiguação da pressão arterial todos os meses para saber se a medicação está surtindo o efeito esperado e o paciente apenas concorda, mas não tem a chance de saber por que essa necessidade (BORGES; PINHEIRO; SOUZA, 2012). A comunicação entre enfermeiro e paciente é prescritiva, o que, muitas vezes, dificulta a possibilidade de o paciente esclarecer dúvidas.

Com frequência, a decisão para mudança ocorre quando o paciente sofre algum mal súbito, como IAM ou AVE, levando-o a repensar a sua dinâmica de vida. A tomada de decisão pode vir, recorrentemente, pelo medo, como representada no caso a seguir.

“e eu **tenho pacientes que hoje fazem tratamento direitinho porque, porque infartou, quase morreu**, tem, minha filha eu quase morre, fuma? Deus me livre, porque eu **ontem quase morri, pronto**”; “sabe quando é que eles fazem? quando vêem a morte na frente deles. Eu tenho uma paciente que eu morria de orientar, diabética e tudo, **quando ela enfartou que ela disse que viu a morte na frente dela**, ela só anda de tênis, vai para o posto de tênis, ‘minha filha para onde eu vou, vou de tênis que eu aproveito e dou umas voltas’.” (GÉRBERA).

“Caso de hanseníase, que [...] foi diagnosticado, ai eu fui conversei com ele, perguntei, ‘traga os comunicantes, traga sua esposa e seus filhos, 4 filhos, para examinar’ aí levei pra minha sala, vamos aqui, ‘tire aqui sua blusa’, para ver se não tinha mancha, toda vida ri, ri, ri não parava de rir, tudo que você falava ele ficava rindo, [...] ele não estava levando o tratamento a sério, [...] tava me incomodando, ai eu parei [...] ‘vem cá porque é que o senhor está rindo?’ [...] ‘o senhor está pensando que isso é brincadeira?’ [...] ‘O senhor sabe qual é o seu problema, sabe a importância do que a gente ta fazendo aqui?’ ‘eu não

sei não' 'O senhor sabe o que é hanseníase? O senhor sabe o que é lepra?' Aí ele não riu mais, pois é, 'o senhor tem lepra, hanseníase é lepra'. 'Não, eu não tenho isso não' [...] **Eu choquei, eu noto que quando eu falei o nome lepra, eu choquei.** Ele não riu mais. [...] O homem melhorou, na metade do tratamento para lá, ele começou, ele bebia, no começo ele reagiu bastante acho que foi o choque, **do meio para o fim ele fazia questão.**" (GLORIOSA).

A interação deve ocorrer de modo que a pessoa possa absorver as informações de forma clara. Há de se ter o cuidado de escolher termos coerentes para a condução do cuidado. Questiona-se o objetivo de "chocar o paciente" com o objetivo de fazê-lo compreender sua doença, o que foi expresso algumas vezes, nos discursos das enfermeiras.

Também surgiu durante o grupo focal, o modo como aspectos subjetivos podem interferir fisicamente. As enfermeiras atendem pessoas com diversas problemáticas e, por isso, a sensibilidade para acolher e conduzir os casos estabelece o diferencial para a qualidade da assistência prestada.

"eu tenho uma paciente lá no Maracanauzinho, ela tomava diazepam, ela tava depressiva e ela tava passando por um casamento, [...] 'corre vem cá o paciente passou mal', valha minha Nossa Senhora, soltei tudo lá, 'fulana o que é que tu ta fazendo' [...] 'me dê a mão que eu vou lhe ajudar, pronto aí foi embora. Claro não era nada, nada físico, chorou foi embora, disse o que queria dizer, **chorou, botou pra fora**, mas não era caso de violência não, mas **a questão da interação, da comunicação**, porque se de repente não fosse eu o profissional que já conhecia que ela se sente acolhida, eu não sei como era que realmente iriam fazer". (GLORIOSA).

### 5.3 Teoria do Alcance de Metas

Este encontro concretizou a proposta desta pesquisa, que era discutir com as enfermeiras uma Teoria de Enfermagem e aproximá-la da sua prática clínica. À medida que ia sendo apresentada, as integrantes refletiam sobre a própria prática e descreviam as experiências.

A Teoria do Alcance de Metas é derivada da estrutura de sistemas abertos. Apesar de os sistemas pessoal e social influenciarem a qualidade do cuidado, os principais elementos da Teoria são manifestados no sistema interpessoal, em que duas pessoas ordinariamente estranhas, estão juntas numa organização de cuidado de saúde para ajudar e ser ajudado a manter um estado de saúde que permita desenvolver seus papéis (KING, 1981).

Duas categorias emergiram nesse encontro.

Quadro 5 – Categorias Temáticas da Teoria do Alcance de Metas. Fortaleza- CE, 2015.

CATEGORIAS
5.3.1 Percepção da interação com o paciente
5.3.2 Percepção do registro de enfermagem meta-orientado

Os exemplos das participantes de como é a interação enfermeiro-cliente geraram a primeira categoria.

### **5.3.1 Percepção da Interação com o Paciente**

Logo que iniciou a apresentação da Teoria do Alcance de Metas, de como deve ser a interação enfermeiro-paciente, na qual a enfermeira utiliza o Processo de Enfermagem para identificação de problemas de saúde, explicação desse problema ao paciente, estabelecimento de metas e dos recursos para alcançá-las, as enfermeiras afirmaram que tentaram executar esse tipo de interação com seus clientes, e expuseram imediatamente os fatores que dificultam o estabelecimento deste tipo de relação.

**“Isso a gente faz**, não tem como fazer todo dia, porque assim, tem dias e tem dias, eu acho que é a realidade de cada um, se bem que dá pra fazer bem direitinho, mas tem dia que eu estou lá, é uma gestante que chegou, é um telefone da secretaria que você tem que atender, e meio que **você perde**. E assim, muitos pacientes que a gente atende, até muitos, geralmente são casados, aí as vezes, ‘fique os dois, eu quero é os dois’, ‘você faz caminhada?’, ‘não, eu faço’, ‘e ele?’, ‘não, ele não faz não’, ‘mas por que ele não faz com você?’, ‘não, é se a senhora disser quem sabe se ele não faça’, então é assim, aquela questão, tem autonomia, da orientação, muitas vezes eles dizem que estão com dor, e querem dizer que estão com dor, para poder passar pra sala do médico, muitos deles dizem, oh dessa vez eu não vou para a senhora não porque eu não estou muito bem. **Essa parte de informação, de interação, de promoção da saúde mesmo, fica mesmo com a gente**, porque os médicos não fazem isso. Infelizmente, nem fazem e na maioria das vezes nem dá tempo de fazer, é só cara crachá, cara crachá, mas eu acho que **a gente trabalha dessa forma, pelo menos procura fazer**.”; “E outra coisa, a questão do ouvir, porque **a gente tem que ouvir mais das pessoas**”. (GLORIOSA).

Deve haver interesse entre ambas as partes para que a interação possa acontecer efetivamente. A comunicação é um elemento-chave na interação, que ocorre por meio da fala, permeada pela linguagem e complementada pelos gestos que compõem a comunicação não verbal, nem sempre percebidas pelo profissional (KING, 1981).

Ao abordar a comunicação como instrumento da Enfermagem e que a enfermeira precisa utilizar de suas habilidades de comunicação com os clientes, uma das participantes situa a importância da escuta qualificada.

Sem domínio do conhecimento de como deve se dar a interação enfermeiro-paciente, muitas vezes o enfermeiro fica perdido no seu campo de atuação. Isso pode explicar a prescrição de medidas que não fazem sentido para o paciente, pois ele ainda não percebeu o seu problema.

Segundo King (1981), ouvir é um elemento na comunicação que requer que as pessoas participem ativamente na troca verbal. A participação ativa traz um risco, pois a ideia da pessoa pode ser modificada. Por isso, ouvir atentamente ajuda a abrir seu campo perceptual para a informação.

“eu estou lembrando que eu peguei hoje uma paciente obesa ao extremo, só o IMC dela é 41, ‘emagreceu ou engordou?’ ‘Engordei, mas eu acho que foi a cerveja no final de semana’. Eu fiquei pensando, obesa, bebe, hipertensa, ela quer ir para onde?! ‘Então, vamos dispensar essa cervejinha mulher’, ‘não foi pra afogar as mágoas, e agora na copa, eu vou bem ficar olhando’. Eu olhando vocês falando, eu fico procurando o que fazer se ela não quer.”; **“Vai depender da percepção dela**, ela vai, que a válvula de escape dela, é a bebida, foi o que eu pude perceber, como é que eu vou dizer que a válvula de escape dela é a cerveja, vou dizer que não pode mais.”; “você nunca pode falar pra uma pessoa que gosta de cerveja, que é pra ela parar. Porque se não ela vai olhar assim e vai dizer quem é essa pessoa.” (GÉRBERA).

**“ela não vai nem ouvir.”** (TULIPA).

No grupo, as ideias foram sendo expressas para que a enfermeira percebesse que a paciente ainda não visualiza, ou não aceita o seu problema. Enquanto isso não ocorrer, dificilmente, alguma meta que seja elaborada será buscada pela paciente.

Há muita complexidade acerca do etilismo e seu controle, principalmente em pessoas com doenças crônicas. Pesquisa observacional com pacientes diabéticos avaliou os resultados após ação educativa sobre uso do álcool. Depois da intervenção, os resultados obtidos foram mínimos, com redução de 0,13 no AUDIT (instrumento que realiza rastreamento do uso de risco, nocivo ou de dependência do álcool) e redução de 0,2% da hemoglobina glicada desses pacientes (OLIVATTO *et al.*, 2014).

Teoricamente, o paciente deposita confiança no profissional, aceita as orientações e volta para casa satisfeito. Por outro lado, as práticas das orientações recebidas nem sempre são seguidas corretamente. Ele segue aquilo que lhe

convém e com o que ele concorda, denotando que não há um diálogo efetivo entre o paciente e o profissional de saúde.

**“é muito difícil, mulher caminhar pelo menos quinze minutos?”** ‘quinze minutos é só eu chegar lá, sim mas é quinze minutos é na hora que chega lá na praça, na hora que sai de casa não’. Ai ela ficou, **quando é que ela vai cair na real?**”; “e eu ainda perguntei se era todo final de semana, porque a agente de saúde já havia me dito que era todo final de semana, ela e outra que é hipertensa também, as duas, uma eu já tinha perguntado, mas **elas negam totalmente**, e elas negam mesmo , ‘não foi só esse final de semana’”; “ela precisa ver tanta das coisas, não adianta, ainda não adianta, **eu tenho que perceber primeiro**”. (GÉRBERA).

**“sempre vai arranjar uma justificativa”**. (TULIPA).

Dessa forma, a Educação em Saúde não garante mudança no estilo de vida. É necessária uma interação mais efetiva junto às pessoas, na tentativa de que as estas não somente conheçam o seu problema, mas que possam participar de decisões concretas sobre suas vidas.

Por vezes, a meta do paciente é bem diferente do objetivo do enfermeiro. O grupo demonstrou preocupação, por exemplo, com o aumento do número de pacientes que buscam receita de Omeprazol.

**“todos os meus hipertensos querem usar o omeprazol”**; “porque eles podem comer o que eles gostam na verdade, **eu acho que eles pensam assim, eu vou tomar o omeprazol pra poder comer a farinha que eu gosto na hora do almoço**, ou pra poder, não aí pronto, todos têm que usar o omeprazol”; “quando eles não conseguem com o médico, aí **eles pedem para o vereador pedir para o médico** daqui da frente do hospital”; “enquanto ele não conseguir a receita do medicamento que ele quer, ele não se aquieta.” (TULIPA).

“tem gente que não toma chega e diz ‘minha filha o remédio, eu anotei aqui, **a minha vizinha toma, disse que é excelente**, eu sinto uns empachamento, ela me deu um e eu fiquei boazinha.” (CAMÉLIA).

“assim, quando o médico prescreve tem que orientar logo, ‘você vai tomar durante três meses’, é **fazer aquela orientação**.” (AMARILIS).

“é a fase de negação, ah ela disse que se eu comer sal a minha pressão sobe, mas **eu morro de comer sal e a minha pressão continua do mesmo jeito**, ah morro de comer, está aqui oh, nunca sobe”; “Mas **muitos sabem que o sal aumenta a pressão**, que se continuarem comendo vão morrer, mas **mesmo assim continuam fazendo**.” (ALPÍNIA).

“até porque para o paciente é muito fácil, ele come, **não tem o interesse de se alimentar direitinho**, comer fibras, essas coisas, eles não tem”; “Hoje eu atendi um assim, na hora da prevenção, ‘olhe, **sabe quando foi que eu tomei o remédio da pressão, foi quando minha avó teve um AVC, quase que eu indo com ela**’. A avó teve um AVC e faleceu, ‘olhe, pois você vai querer passar pela mesma situação de sua avó?!’ Eu pedi os exames dela e agendei para o médico também, mas eu fiz medo também.”; “Sangue de Jesus tem poder!, olha o jeito aí eu disse: ‘tem muito poder mesmo, mas você tem que fazer a sua parte, que se não, não adianta nada’, mas ela combinou.” (LÍRIO).

“tinha um rapaz novo, a pressão dele era, estava 230 x 130, a auxiliar, quando ele ia sentando na cadeira ele disse: ‘oh minha pressão é alta viu’, ou seja, **ele sabe que a pressão é alta, mas não toma o remédio**, quando é que ele vai tomar, quando ele tiver sentindo alguma coisa.” (GÉRBERA).

O medo das complicações é comum para o paciente com doenças cardiovasculares. Segundo Barros *et al.* (2014), a percepção sobre a severidade da doença e da susceptibilidade às complicações pode motivar a pessoa a adotar hábitos mais saudáveis.

As orientações realizadas pelos profissionais de saúde devem ser efetivas para que o paciente conheça o seu problema. O que King (1981) propõe é a negociação, por meio do diálogo, quando o paciente terá oportunidade de expor opiniões e expectativas.

Muitas vezes, para atingir esse objetivo, a enfermeira usa o medo para que o paciente tome consciência da gravidade de sua enfermidade, mencionando aspectos que espera levá-lo à tomada de decisão.

“você quer ver eu **conquistar um paciente novo no tratamento**, você **fale da disfunção sexual**, eu pergunto, eu converso, eu oriento, ‘olhe, causa uma disfunção sexual, o senhor é muito novo’, ‘causa, agora?’, ‘não causa agora’, ‘causa com a idade?’, ‘não, causa com a quantidade’, eu digo desse jeito, **se o senhor continuar desse jeito**, não fizer uma atividade física, não fizer um regime assim cortando o sal e o açúcar desde já, futuramente daqui uns anos o senhor vai ter, **esse remedinho aqui não vai mais servir**, vai ter que aumentar a dosagem, e aí aumentando essa dosagem, isso acontece, geralmente com quem é idoso, que já está perto dos 60 anos, é que desenvolve hipertensão, você desenvolveu muito cedo, então isso é resultado do seu hábito de vida que não é saudável, vamos melhorar’, ‘é mesmo doutora, não, vamos melhorar isso aí’.” (GLORIOSA).

“**se o senhor não se tratar, o senhor vai brochar**’. Não mas, é sério também, **a gente tem que fazer tratamento de choque**, porque só com as orientações, com a paciência, com a calma, não resolve.”; “**mas tem pacientes que só cai a ficha quando ele enfarta, quando ele tem um AVC**, alguns , porque eu tenho paciente antes de eu chegar, ‘ah eu quase morro, ah eu quase morro’, tudo é no quase, mas faz tudo bem direitinho, ‘o senhor bebe?’ ‘Deus me livre, minha filha por causa da bebida’, ‘o senhor fuma? por causa do fumo eu quase morri’, o tratamento foi bem pior, de choque, diz ele que viu quase a morte e voltou, a também assim se o senhor não aprendesse.” (GÉRBERA).

Sobre as crenças de saúde, os resultados do estudo de Barros *et al.* (2014) demonstram que 69,2% dos pacientes hipertensos temem suas complicações e 89,5% se preocupam em manter a pressão arterial controlada. Por outro lado, 65,4% são sedentários, 16,5% eram etilistas e 8,2% tabagistas. O paciente relata seguir as recomendações sobre dieta, controle no consumo de sal e lipídios, porém tanto o IMC como a relação cintura/quadril mostram o inverso.

Independentemente da doença de base, o enfermeiro deve buscar a negociação proposta por King (1981), sugerindo os meios necessários para atingir as metas estabelecidas junto com o paciente. Algumas das enfermeiras já realizam esse tipo de interação.

“eu tenho uma paciente assim, mas ela é diabética, e eu comecei a brincar com ela que eu ia fazer uma campanha de quem chegar perto de mim, eu vou pedir para aderir essa campanha, qual é, [nome da paciente] açúcar zero, porque ela come açúcar demais, diabética, e come e vou comer, porque é bom e eu vou comer. Graças a Deus **ela diminuiu muito mesmo**, eu procuro conversar com ela brincando, porque ela gosta, e ela é muito séria, e **hoje ela já está bem mais à vontade**, e ela conversa, a questão dela é chegar e ser atendida, e se você disser que não, ela fica uma arara, então assim faço tudo[...] eu sou obrigada a lhe atender, é, ela começa a rir. Então, assim ela sabendo que ela tem aquele acesso, na unidade que quando chega, e tudo, aí **a gente vai conquistando**, e vai procurando fazer, hoje eu encontrei ela lá no posto, ela disse[...] e isso tem melhorado bastante, e **elas ficam chamando essa campanha açúcar zero**”. (GLORIOSA).

As enfermeiras compreendem o quanto é difícil adotar estilo de vida mais saudável e apontam como o próprio discurso não condiz com a sua rotina. Sabem o quanto é necessário orientar o outro, mas isso não vale para sua vida.

“Eu mesmo **nada do que falo eu faço**.” (LÍRIO).

“eu tiro por nós, por mim mesmo, quantas vezes eu **já pensei em fazer atividade física e não dá**, não tenho tempo não”; “E às vezes quando você não está trabalhando, você está morta e quer ficar em casa, começa a ter outras coisas, e é porque eu tenho ciência disso, **imagine a pessoa que não tem a menor ideia**, eu acho muito difícil.” (ALPÍNIA).

“eu trabalhei com um médico, que ele: ‘Tu faz caminhada? **Como é que tu vai orientar o povo?**’, ‘orientando, **é obrigado eles saberem que eu não faço?**’, ‘se eles te perguntarem?’ ‘eu faço’.” “mas na mesma hora ‘eu faço, faço, eu morro de trabalhar, **mas cinco e meia eu estou fazendo a minha caminhada**.” (GÉRBERA).

Foi interessante perceber a mudança no discurso do grupo à medida que aumentava a compreensão acerca da Teoria. É o objetivo da interação que enfermeiro e paciente se modifiquem nesse processo, amadureçam seguindo os papéis assumidos nessa relação. O paciente que busca e encontra a solução para seu problema de saúde; o enfermeiro promove a saúde do cliente e fica satisfeito com sua atuação.

Quando os dois sujeitos estão concentrados na situação, a fim de encontrarem juntos acordos de interesses, o que significa dizer, objetivos reais e alcançáveis, ocorre a transação, definida como comportamentos dirigidos a metas (KING, 1981).

“já aconteceu de pegar paciente que dizia assim, **o cigarro a senhora sabe que faz mal**, é mas eu vou ter que parar, não, diminua, **diminuir já é um bom passo**.” (GLORIOSA).

“eu tenho uma paciente ela está sempre, orientei, orientei, o marido dela trabalha na CEASA [Central de Abastecimento do Ceará], ‘mulher, o teu marido trabalha na CEASA’, eu expliquei tudo, passou uns 6 meses ela voltou pra mim. ‘Lírio olha aqui, tu está percebendo alguma diferença?’, me deu os dois papeis, 91 e 101 [o peso atual e o anterior], aí eu ela estava numa alegria tão grande, numa auto estima tão grande, ‘olha aqui a minha cintura’, a pressão dela, e fora isso **ela melhorou a disposição, está caminhando todo dia, a pressão dela que antes você vai olhar no histórico realmente era maior**, você vai percebendo a evolução”; “ela está caminhando, está bem melhor, solicito os exames e dá tudo normal.” (LÍRIO).

A tomada de decisão é individual e pode acontecer em momentos inesperados.

“eu tenho um paciente de hanseníase, de 67 anos, que deixou de beber, de fumar por causa de uma brincadeira que o cara que ele ia pro bar que ele ia todo dia tomar a cachaíinha dele, ficou tirando uma brincadeira com ele, aí ele pegou e **disse que ‘a partir de hoje eu não vou fumar mais e nem vou beber’**, colocou o cigarro, jogou a cachaça em cima do cigarro e tacou fogo”; “como foi que o senhor conseguiu?” ‘quando eu digo, **só depende de mim.**” (GLORIOSA).

Os exemplos dessa discussão mostram a complexidade da pessoa com hipertensão e que é cuidada pela enfermeira. Outros estudos utilizando teorias de Enfermagem também buscam organizar o cuidado pelo processo de Enfermagem. Utilizando a Teoria da Adaptação, os diagnósticos de Enfermagem priorizados para intervenções para o hipertenso com complicação associada foram: autocuidado parcial (93,3%), padrão de exercício diminuído (84,4%), dentição prejudicada (82,4%), baixa aprendizagem (60,0%), baixo conhecimento em saúde (51,1%), não aderência total/parcial ao regime dietético (48,8%) (MOURA *et al.*, 2014). Esses diagnósticos são condizentes com a realidade relatada pelas enfermeiras dessa pesquisas, reforçando a necessidade de atenção e planejamento para o cuidado de Enfermagem ao paciente com hipertensão.

Estudo com enfermeiras da ESF demonstra que, no seu discurso, elas buscam desenvolver um cuidado que não se reduz à doença, mas se torna humanizado, atentas para o risco de invasão de privacidade, quando tentam mudar a cultura do paciente, porém as conclusões do trabalho são de que a humanização está bem fundamentada subjetivamente, mas não é praticada de forma condizente (SILVA *et al.*, 2013a).

“**se fosse todo mundo igual era bom demais ou ruim demais, não sei.**” (GÉRBERA).

Portanto, o cuidado deve ser individualizado, contextualizado por meio de uma interação efetiva do enfermeiro com o paciente, com vistas à obtenção de metas de saúde que estabeleça o diferente e tenham significado para ambos.

### **5.3.2 Percepção do Registro de Enfermagem Meta Metaorientado**

Ações e reações tomam lugar em cada situação de Enfermagem. Nessas circunstâncias, enfermeiras colhem informação, observam e medem parâmetros de clientes, interpretam a informação, informam o cliente para ajudá-lo a alcançar metas; os clientes observam as enfermeiras, questionam, informam e participam do estabelecimento de metas.

Aos poucos, as integrantes foram aumentando a compreensão da Teoria do Alcance de Metas, de como deve acontecer o encontro do profissional e dos usuários, em que ambos trazem suas percepções, expectativas que influenciam todo o processo.

“Ela fez a dissertação dela, com a teoria da King, e estava explicando aqui para a gente sobre a proposta da King de como a gente trabalhar com os nossos pacientes hipertensos no dia a dia, entendeu. Ela lançou esse diagrama para facilitar a explicação, no primeiro ciclo, que seria o da esquerda pra mim, seria a enfermeira, o da esquerda seria da enfermeira e o da direita seria do paciente, e o que é que cabe a enfermeira no atendimento, a questão da percepção principalmente e da comunicação. O que seria do cliente, principalmente, a percepção também, e a comunicação também, do paciente. E o meio seria a transação, seria o que tem em comum”; “é, ela tava explicando assim, **a gente tem que trabalhar de acordo com a realidade de cada paciente**, então se o que é o melhor para ele, mas ele não pode fazer, então **a gente tem que procurar um foco de que os dois têm que entrar no consenso**, está entendendo? **O que fica melhor para ele, e o que ele pode fazer. Concordância sobre os riscos, exploração dos meios.**” (GLORIOSA).

A percepção da enfermeira deve estar acurada para que ela identifique as metas que são viáveis para cada cliente, figurando suas necessidades e objetivando a melhoria na qualidade de vida. Por isso, respeitar o paciente e visualizar onde ele quer chegar se torna essencial para este cuidado.

O cuidado de Enfermagem ocorre por meio de etapas que vão da coleta de dados à avaliação dos resultados. Na primeira etapa, de encontro, se inicia o processo interacional, com o objetivo de viabilizar confiança no paciente para que ele compartilhe seus problemas e percepções da sua saúde.

Para viabilizar esta fase da interação, durante este encontro, as enfermeiras conheceram um roteiro de informações a serem colhidas com o

paciente com hipertensão. Este roteiro foi utilizado em pesquisa experimental com pacientes hipertensos, que tinha como fundamentação a Teoria do Alcance de Metas (BEZERRA, 2010).

A intenção é que as enfermeiras trouxessem contribuições para este roteiro, avaliando suas vantagens e desvantagens e, principalmente, que se sentissem motivadas para utilizá-lo com os seus usuários.

**“o espaço é muito curto”;** “A mudança mesmo é só no padrão, aumentar o que não dá pra escrever nada, os problemas”; **“Mas nós vamos usar,** você vai, como é essas fichas é só pra uso nosso ou você vai querer recolher pra fazer alguma avaliação?”; **“é só pra começar implantar.”** (ALPÍNIA).

**“já é pra ir tentando usar?”** (GLORIOSA).

**“a gente anexa ao prontuário.”** (CAMÉLIA).

Por meio dessa falas, percebem-se as primeiras impressões e dúvidas sobre o instrumento para identificação de problemas. Além disso, percebeu-se receio para utilização do instrumento, insegurança para aplicar a teoria na sua prática profissional, ainda que fosse apenas uma experiência. Apesar disso, houve o acordo para ajustes no instrumento e distribuição entre o grupo para que houvesse a utilização na Consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão.

Com esse instrumento, o enfermeiro tem a oportunidade de conhecer o problema real do paciente estabelecendo os problemas ou diagnósticos de Enfermagem (necessidades do cliente). Neste momento, deve ocorrer um retorno ao paciente. É interessante que ele seja informado sobre o seu problema (causas, tratamentos, prognóstico) sendo desenvolvida Educação em Saúde que ocorre efetivamente quando as necessidades de informação do cliente são supridas e colaboram com a Promoção da Saúde.

**“São vários problemas.”** (ALPÍNIA).

**“às vezes, a gente até orienta a caminhada, a primeira explicação que eles dizem: não, não, eu sinto muito dor no joelho, nos pés, não dá pra fazer caminhada não.”** (TULIPA).

Foi apresentado para as enfermeiras o Registro de Enfermagem Meta-orientado, consistente de cinco elementos prioritários: uma base de dados, uma lista de problemas, as metas, um plano e uma nota de evolução.

Esse instrumento pode facilitar o registro e acompanhamento do paciente ao longo do tempo, já que na ESF o vínculo e a permanência do profissional na

unidade de saúde permitem os reencontros periódicos para avaliação do alcance de metas e de reformulações do plano de cuidados.

Assim, King (1981) apresenta uma teoria, um Processo de Enfermagem e um sistema de registro, promovendo uma base teórica, demonstrando um modo de interação de enfermeiras com clientes.

O último acordo neste encontro da pesquisa-ação foi que as participantes utilizassem esses instrumentos com alguns pacientes da sua unidade de saúde que têm hipertensão arterial. A intenção é que elas experimentassem a teoria, que a desfrutassem e a avaliassem para que, no último encontro, exprimissem opinião sobre a possibilidade de implementação efetiva na sua prática clínica.

Esses resultados são mostrados e discutidos a seguir.

#### **5.4 Avaliação do Grupo**

Este encontro ocorreu no dia 27 de agosto e teve como objetivo avaliar como as enfermeiras perceberam a Teoria do Alcance de Metas. As integrantes participaram ativamente expondo suas idéias, porém, foi demonstrada grande dificuldade para aplicação da Teoria na sua prática. Foram elaboradas cinco categorias temáticas.

Quadro 6 – Categorias temáticas da interação com o paciente. Fortaleza- CE, 2015.

CATEGORIAS
5.4.1 Percepção do instrumento
5.4.2 Enfrentamentos do cotidiano
5.4.3 O problema para implementação
5.4.3 Finalização do estudo

Estas trazem a percepção sobre a experiência da Teoria na prática, experiências do cotidiano compartilhadas, sugestões de melhoria por algumas integrantes, negociações e expectativas de continuidade do grupo focal.

##### **5.4.1 Percepção do Instrumento**

O início do encontro foi marcado pela intensa participação do grupo, descrevendo suas opiniões sobre os instrumentos da consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão.

Vale dizer que nem todas as enfermeiras aderiram aos roteiros, mas ficaram atentas às falas das cinco que experimentaram sua utilização. A ideia era que fossem selecionados dez pacientes para aplicação do processo de Enfermagem seguindo a Teoria do Alcance de Metas. Entre as cinco enfermeiras que aplicaram os instrumentos, porém, apenas 16 pacientes iniciaram esse acompanhamento.

Houve algumas críticas relativas à extensão do número de questões a serem colhidas do paciente. Como era algo novo, as informações tinham que ser repassadas para o prontuário, o que dobraria o tempo necessário para o registro (apesar de se ter deixado claro que elas poderiam ficar à vontade para ficar com os papéis, que poderiam ficar anexos ao prontuário).

“bem, minha experiência, **ele é muito longo**, tem **muitas coisas que na consulta não dá para gente perguntar, é inviável**, mesmo tendo o horário corrido já difícil, mesmo no horário normal, como **a gente tem muito paciente, não dá[...]**”; “com quatro eu consegui, aí assim, além dele ser longo, **ainda tem que escrever no prontuário**. Porque se fosse só, só aquilo ali, aquilo ali e pronto.”; “Para mim **foi muito bom**, porque **a gente acaba aprendendo**, a gente **acaba vendo outras coisas** que a gente não tem oportunidade de ver, nessa nossa caminhada, da assistência, aquela assistência meio que no empírico mesmo. A gente acaba **vendo que tem outras formas de fazer**. Só que **a gente é tão engessada de um jeito, que a gente não consegue**. Mas, que a gente aprende e quem sabe mais à frente a gente tenha oportunidade de usar aquela teoria. Porque **infelizmente**, até a própria população. **Tem população muito boa**. Uma delas é o do Alto Alegre Um. Elas gostam de palestra. O povo deixa o atendimento do médico de lado para assistir palestra. Já é uma população totalmente diferente. A nossa, hoje eu fui inventar de fazer uma sala de espera sobre amamentação. Quase que eu era linchada.” (GÉRBERA).

“Anexar em prontuário eu não tenho como, porque não tem prontuário, **a gente está trabalhando sem prontuário**. Se você for lá no posto, você vai ver uma montanha de prontuário.”; “Na verdade, tudo que eu estou fazendo **eu estou colocando numa pasta**, que depois que tiver tudo organizado, eles vão anexar”; “e outra coisa **se ele vier disposto a conversar, é uma coisa demoradíssima** porque sabe que idoso quando começa a falar e falar, tem que ter uma escuta.” (ALPÍNIA).

O material entregue era suficiente para usar a Teoria do Alcance de Metas com dez pacientes. Estava claro que o tempo não seria suficiente para avaliar se as metas propostas na consulta seriam atingidas, mas daria para as enfermeiras relatarem suas impressões sobre a interação com o paciente para viabilizar uma comunicação eficaz, identificar os problemas com o paciente, discutir com ele esse problema, estabelecer metas de saúde com as quais ele concorde, averiguando os meios para alcançá-las.

Segundo King (1981), todas as informações sobre a pessoa no sistema de saúde compõem a base de dados, incluindo a história de Enfermagem e

assistência de saúde; o histórico e exame físico; os resultados de exames laboratoriais, raio x e outros, como a família e o trabalho.

Segundo Silva *et al.* (2013b), é possível a utilização da Teoria de King na prática com pacientes hipertensos. Pesquisa-ação com dez pacientes, na ESF, permitiu a elaboração de metas grupais para controle da hipertensão arterial como: tomar a medicação nos horários prescritos; melhorar hábitos alimentares; incorporar a prática de exercícios físicos, minimizar situações de estresse. Essas foram constituídas coletivamente, com suporte na discussão sobre a convivência com a doença e da identificação dos pontos que dificultam a adesão ao tratamento. Houve a incorporação das metas pactuadas no grupo com melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

O roteiro de anamnese e exame físico, que constitui o Histórico de Enfermagem, privilegia as informações de identificação do paciente (nome, naturalidade, data de nascimento, endereço, sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, trabalho, vive com), e hábitos de vida (tabagismo, etilismo, história familiar de doença cardiovascular, outras doenças, complicações, medicamentos em uso).

Para identificação de problemas de saúde, o roteiro orienta o diálogo com o paciente sobre sua percepção/acompanhamento de saúde, nutrição, metabolismo, consumo de sal, consumo de carboidratos, eliminações fisiológicas, exercícios e atividades, cognição e percepção, sono e repouso, autoconceito, papéis e relacionamento, sexualidade e reprodução, estresse, crenças e valores, mudanças no estilo de vida, dados referentes à família e exame físico, que observa pulso, pressão arterial, frequência cardíaca, peso, altura, índice de massa corporal e cintura.

Alguns dados que já deveriam vir preenchidos do SAME chegaram em branco para as enfermeiras e elas questionaram por que isso aconteceu, pois julgam necessárias para avaliação mais criteriosa do paciente.

“Aí a questão da cintura, antigamente as auxiliares faziam, mas aí foi retirado. Minha filha, [as auxiliares] deram graças a Deus, nunca vi. Aí, tem também a altura. Porque não tem mais aquele acompanhamento do HIPERDIA [Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos], eu nem tinha comentado mas alguém “num precisa mais não” aí eu disse, “mas **eu preciso da altura porque eu preciso fazer o IMC**”, não tem mais a altura, nem tem mais como eu verificar o IMC.” “Aí eu mandei voltar. Porque como é que eu vou fazer o IMC sem a altura?”; “mas é porque, às vezes, **acabou o cartão**. Está uns dois anos que ela está sendo acompanhada ali. Eu gostaria muito que eles verificassem a altura, porque a gente diminui. Com a velhice a gente diminui.” “mulher só o quadril, a cintura, **se as auxiliares ajudassem a gente, dava certo.**” (GÉRBERA).

“mas é só a PA? Mas é porque tem o cartão, já tem.” (CAMÉLIA).

“a cintura , está muito relacionado a infarto essas coisa, eu acho adequado ter, mas quadril.” (TULIPA).

Na ideia das participantes, algumas informações são mais fáceis de obter do paciente. Outras são dificultadas pelo tempo às quais deveriam dedicar. O importante é considerar que o instrumento deve facilitar a coleta de informações acerca do estado de saúde do paciente, permitindo identificar suas necessidades de saúde para o planejamento do cuidado.

Um instrumento de coleta de dados foi elaborado com suporte no Modelo Conceitual de Sistemas Abertos, direcionado para pacientes em tratamento hemodialítico e as conclusões deste foram a contribuição para achados relevantes da assistência de Enfermagem. As autoras concluíram que a utilização de um referencial de Enfermagem para coleta de dados, independentemente do diagnóstico médico, direcionem o cuidado para a pessoa, família, grupo ou comunidade, de forma holística (SOUZA; MARTINO; LOPES, 2007).

Neste estudo, as enfermeiras tiveram oportunidade de expor aspectos do instrumento, fáceis de provolegiar.

“**o estresse** às vezes ele já vem e ah e já **solta o problema**”; “aí o outro colocou satisfeito, sou satisfeito, simples e feliz, é uma pessoa excelente.” (GÉRBERA).

“este auto conceito eu perguntei assim: ‘Como é que você se vê?’ O que ele descreveu eu coloquei, teve um que colocou assim: ‘sou uma pessoa normal’.” (CAMÉLIA).

Os elementos expressos são intrínsecos à situação de Enfermagem, e, para se tornar efetiva, necessita do conhecimento e habilidades do profissional, apoio do paciente e interesse de ambas as partes (KING, 1981).

“**Eu não fiz metabolismo**, aí esse aqui era só até intervenção, avaliação.”; “o quadril , **eu não vi pulso e frequência cardíaca.**” (CAMÉLIA).

“oh o auto conceito, sexualidade, reprodução, **não dá tempo a gente questionar**, estresse, o estresse ainda dá tempo”; “**eu consegui porque estava com estagiária.**” (GÉRBERA).

Há de se considerar o fato de que as pessoas são seres orientados no tempo e no espaço e que esses fatores influem na concentração (por exemplo, se um dos dois está com pressa), no interesse (quando o paciente procurou o serviço só no intuito de receber medicação) e até na conveniência (espaço inadequado, com outras pessoas na situação), podendo prejudicar todo o processo interacional.

Para alguns quesitos, houve realmente dúvidas de compreensão, por parte do grupo, de aspectos diferentes do instrumento, os quais foram esclarecidos ao longo do encontro.

“fiquei com uma dúvida, esse **papel e relacionamento é o quê?**” (TULIPA).

“Esses dados referente à **família.**” (GÉRBERA).

“Fiquei em dúvida se morar muita gente na casa, se era só ele e a esposa.” (CAMÉLIA).

Com suporte na pesquisa de Vieira *et al.* (2013), afirma-se que a utilização da Teoria do Alcance de Metas permite coletar e identificar dados relevantes para a assistência de Enfermagem junto a idosos acamados no cuidado domiciliar, sendo importante sua aplicação em consonância com a SAE, promovendo uma abordagem holística.

Esses itens tornam longo o processo de coleta de informações do paciente e foi percebido pelas enfermeiras como algo negativo. Porém, quando foi solicitado que elas dissessem quais informações poderiam ser dispensadas do roteiro, todas concordaram em mantê-las, pois direcionam a possíveis problemas que a pessoa com hipertensão pode apresentar como queixa em determinada consulta. A preocupação com o tamanho do instrumento está associada, na realidade, ao tempo necessário para uma consulta de enfermagem efetiva, a qual muitas vezes, o paciente não está disposto a enfrentar.

“**Vale a pena vale ter tudo**, como eu estou te dizendo.” (ALPÍNIA).

“confirma que vale a pena e que **o instrumento tem muitas informações importantes**, porém **o problema é o tempo**, devido **os pacientes não terem paciência**, será que não vale a pena a gente marcar um dia pra gente fazer três, porque na demanda, mesmo marcado 10, 12 **é inviável.**” (GÉRBERA).

Informações também foram sugeridas para serem acrescentadas no roteiro, trazendo ainda mais contribuição para o direcionamento da consulta de Enfermagem.

“Seria interessante **acrescentar a história familiar.** Aí, tem as doenças que ele tem. Às vezes, ele tem outras doenças”; “e **as medicações eu coloquei só as de hipertenso**, mas às vezes tem outras medicações.” (LÍRIO).

“é porque tem na outra se é sedentário, se fuma que aqui não tem **Tabagismo.** O **alcoolismo** também não tem.” (GÉRBERA).

“**Outras patologias** que muitas vezes influenciam na hipertensão.” (TULIPA).

“O **exame físico** tem que ter na primeira consulta. Por exemplo, o **índice de massa corporal**.” (ALPÍNIA).

As enfermeiras relataram quais as dificuldades que enfrentaram no diálogo com o paciente, no sentido de fazê-lo compreender seu problema de saúde e buscar melhorias na qualidade de vida. A identificação dessas dificuldades deve colaborar para elaboração de estratégias de comunicação e Educação em Saúde para a interação efetiva.

“**a minha foi a atividade física**.” (CAMÉLIA).

“**alimentação e atividade física**, quando o paciente gosta de conversar, você até pergunta o que é que ele come, aí na próxima consulta, aí ‘mas não pode não minha filha comer isso aí?’, aí você diz meu Deus eu disse isso na consulta passada que não podia ou então que diminuísse.” (TULIPA).

“**consumo excessivo de sal**.” (GÉRBERA).

A exposição das dificuldades parece ter facilitado a compreensão da complexidade que é cuidar do paciente com hipertensão. Pesquisa em que houve discussão da Teoria do Alcance de Metas com enfermeiras também mostrou que as discussões em grupo ajudaram a alterar as percepções que afetavam as transações, com vistas a aprimorar a precisão perceptual da enfermeira (KEMPPAINEN, 1990). Há de se considerar o fato de que é difícil iniciar algo novo, quando ainda não há o domínio de estratégias para superar aquilo acerca do qual não se tem certezas.

Sobre tomada de decisão, um estudo com estudantes de Enfermagem que realizavam o cuidado mostrou como houve a troca de experiências. Os alunos, no entanto, se sentiram frustrados quando perceberam que o paciente deixa de buscar atingir a meta, mesmo que tenha participado de sua elaboração. Embora a relação fosse harmoniosa, não foi totalmente recíproca por natureza, como descrito por King (CAMPBELL, 2008).

As participantes também foram relatando sua experiência de interação com o paciente, até mesmo na negociação de metas de saúde, referindo quais aspectos tiveram mais dificuldade.

“assim, fulano vamos, **o que é que tu acha? não dá pra começar assim?** o meu foi mais atividade física com relação a saúde, pode até ser mentira dele, teve um hoje mas eu não fiz.” (CAMÉLIA).

“eu acho que **o maior de problema é a atividade física**, a gente pergunta, ai eles ah minha filha **eu não tenho dinheiro não**”; “pra atividade física?”; “mas às vezes eles dizem que **não têm tempo**, ‘vamos fazer o seguinte, **a gente vai, faz uma vez por semana, 15 minutos só, nem vai atrapalhar**’, ‘e serve?’ ‘**Serve**’. Ela começando e se sentindo bem,

ela vai um dia, ela vai dois dias, aí na próxima [consulta] daqui 4 meses, 'e aí deu certo?!' Eles mesmo relatam que, '**eu estou me sentindo outra pessoa, estou me sentindo melhor.**'"; "uma vezinha dá certo? uma quarta, uma sexta, "**é se for um dia vou ver se dá**", ou então, eles dizem que "não tem dinheiro para comprar um tênis", não, o que quebra as pernas da gente é que a gente saber que tem que orientar, mas que muitas das vezes eles **não têm o dinheiro para comprar um tênis**. "Doutora a senhora não tem um tênis velho não?" Mas eu não digo que eu sou sedentária não. "Meu amor acabei de dar o meu"(risos)." (GÉRBERA).

"não, calma, **você pode fazer numa praça, você pode fazer ali nos bombeiros**, 'ah minha filha, mas o médico disse que eu não podia caminhar não, porque eu tenho artrite, **tenho que fazer é hidroginástica, mas eu não tenho dinheiro para hidroginástica não**'. "(TULIPA).

"o que pega mais é isso daí, quando **não podem fazer caminhada**." (LÍRIO).

Entende-se que a interação enfermeiro-cliente necessita de competências de comunicação efetiva. Os elementos da teoria são as pessoas que interagem num sistema de saúde para ajudarem e ser ajudados na manutenção ou no desenvolvimento do estado de saúde. O foco central da estrutura conceitual é o ser humano e seu comportamento. Este é complexo e individual e depende das percepções e das experiências de vida, as quais influenciam sua vida e saúde (VIEIRA; SCHENEIDER; PICCOLI, 2003). Sua revisão de literatura pode incentivar a utilização da Teoria de King (1981), ao revelar outras tentativas em diversas áreas da Enfermagem como Psiquiatria, Saúde da Família, Administração, Pediatria, Enfermagem Médica, Cirurgia, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Saúde da Mulher, da Comunidade e Geriatria.

#### **5.4.2 Enfrentamentos do Cotidiano**

A segunda categoria está relacionada com o compartilhamento de experiências na ESF que tornam problemático o pensamento de acrescentar algo na prática do enfermeiro, como a fundamentação na Teoria do Alcance de Metas. São problemas enfrentados diariamente que produziram um desabafo entre as integrantes do grupo focal.

Neste dia, a angústia descrita no primeiro encontro foi exposta pelo grupo com muita veemência. Por isso, boa parte do tempo deste encontro foi aberta para essas falas. Acredita-se que essa realidade pode ter favorecido um pouco da recusa do grupo em adotar os instrumentos e a Teoria de King (1981) para sua prática. É como se não houvesse mais espaço, nem tempo ou disponibilidade para ela.

É muito difícil para as enfermeiras conciliar a realização da consulta com as inúmeras interrupções dos funcionários da unidade. Para eles, sempre dá para encaixar, sempre é possível realizar uma receita durante o atendimento de outros pacientes, mesmo que eles estejam no consultório.

“fora as demandas, se você fosse atender-se só os hipertensos dava pra você se programar uma meia hora, 40 minutos em cada um ficava até, **o problema é que 90% das vezes eu atendo mais fora dos marcados**, do que os marcados.” (ALPÍNIA).

“eles ficam assim, porque já demora, **‘mas é só para você passar de uma guia’**, ‘para um negócio para outro’, **‘é só para tu fazer uma receita’**, **não quer esperar** todo mundo, você querendo ou não **é uma coisa que lhe aperreia**”; **“você quer ir mais rápido**, porque você sabe que quando acabar o último, você sabe que tem um monte pra entrar.” (CAMÉLIA).

Elas expõem certo constrangimento quando o paciente refere que não vai se consultar com o enfermeiro porque ele não prescreve todas as medicações, porque não solicita todos os exames e realiza os encaminhamentos.

“eu não sei se todas passam por isso, mas **tem uma medicação que eu não carimbo**, que aí a doutora só carimba só depois ou então **‘tem que passar pela médica’**, ‘não, mas então **eu não posso me consultar com a senhora não, porque a senhora não pode carimbar nada**’.” (TULIPA).

“eu digo, ‘ótimo exatamente, agora **a senhora vai marcar só para o médico, eu realmente não posso passar, eu não faço mais nenhuma receita pra médico carimbar**, faço o que eu posso fazer’.”; **“vem com fome para fazer glicemia**, fica agoniado, o posto pelo menos nesse momento é complicado porque, quando vou começar a atender, é quase nove horas atrás de sala.” (ALPÍNIA).

Dessa forma, as propostas de Educação em Saúde, de promover grupos educativos para trabalhar a saúde de forma educativa, utilizando-se de meios lúdicos, ficam comprometidas pela falta de interesse do público-alvo.

“Perguntei assim: **‘Alguém tem alguma dúvida gente**, sobre amamentação?’ ‘Eu tenho’. Aí eu pensei que era uma pergunta. Aí ela falou assim **‘que horas tu vai começar a atender?’** Então é muito complicado.”; **“Desmotiva você**. Eu disse. ‘Mulher tem calma, espere só um minutinho.’”; **“E como a gente está numa estrutura muito ruim**, porque tudo que o pessoal fala lá fora, você escuta lá dentro. Porque aquilo ali vai desmotivando. Você acaba que você quer fazer uma bela consulta. Não vou pular.”; **“Falta mais enfermeiros, falta mais equipe. Falta tudo.”** (GÉRBERA).

**“e para você fazer uma bela consulta, você tem que ter poucos pacientes**. Se sua demanda é gigantesca, como é que você vai fazer? A gente não tem como. Faltam meios.” (CAMÉLIA).

**“É muita burocracia**, coisa, papel. O negócio não anda.” (ALPÍNIA).

Outra queixa do grupo é a triagem da demanda espontânea ou intercorrências. Por exemplo, o médico tem um limite de consultas para cada dia e,

após concluí-las, pacientes que cheguem à unidade em busca de atendimento são chamados de intercorrências. Para elas, tudo o que aparece na unidade precisa passar pela enfermeira e, em muitos casos, o atendimento poderia ser agilizado, se os funcionários do SAME direcionassem o cliente para outros profissionais.

“A pessoa entrou na minha sala, esperou 300 milhões de pessoas. Eu estava encerrando o pré-natal, **‘tem uma pessoa lá fora’**. ‘Ah é só isso?’. ‘É’. Precisa falar comigo? Não! Então **todo mundo tem que passar pela enfermeira**. O paciente estava ontem descompensado 500 a glicemia. Foi atendido fora do posto.”; “Entrou a criança e a mãe. **‘Eu estou atendendo’**. ‘Ah, e você está atendendo, eu nem vi’. Como é que não vê!”; “Então **a sobrecarga é toda em cima da enfermeira**. ‘Venha aqui, **procure a enfermeira amanhã**’. O médico está de férias. Não o outro que fica no lugar dele não atende criança. Então, Acaba que **a gente sai morta, esgotada**”; “Porque isso acaba com o nosso trabalho. Odeio fazer pré-natal com intercorrência na minha porta. Eu digo logo. Hoje é pré-natal. Meu povo, **não tem condição de eu fazer um pré-natal bem feito com intercorrência**.”; “O problema é que **até o próprio pessoal da farmácia**. Mande pra enfermeira.” (GÉRBERA).

“Ele já vinha da UPA [Unidade de Pronto Atendimento] orientado a procurar a unidade de saúde pra iniciar. A menina pegou e disse assim: **o senhor venha amanhã e procure a enfermeira**. “Para quê?” Ele pode vir 15 vezes para enfermeira, mas ele tem que passar, para iniciar, **tem que começar a consulta com o médico**. O que é que a Gérbera vai fazer?”; “E os pacientes da minha área. ‘É porque **eu queria só que você passasse essa receita pro médico carimbar**, porque eu vim pegar hoje’. **‘Senhor, eu estou atendendo’**. ‘Você não vai passar agora não?’. ‘Vou não. Agora não o senhor aguarde aí’. Mulher, cheio de gente lá fora.”; **‘A enfermeira não tem limite**. Se chegar 90 pessoas no posto, as 90 vão passar pela enfermeira. Mas se for o médico, é só as triagens”; “Por exemplo, sexta-feira eu faço prevenção. **Prevenção é uma coisa demorada**. O médico acaba bem cedinho. Aí pronto, **as intercorrências vão chegando**. Eu na prevenção.” (CAMÉLIA).

“Acontece mais de manhã. Começo a atender os pacientes. Só que **essa porta, ela abre umas 20 vezes**. E o SAME. ‘Lírio isso assim’. ‘Lírio, só um papel’.” (LÍRIO).

“E quando entra um falando **‘Só uma coisinha’**, já me dá uma coisa. ‘Não Tulipa, é porque é só um paciente ali no ambulatório’. **‘Só um minutinho’**. Aí você fica com o paciente ‘só um pouquinho’, ‘só um minutinho’.”; “E assim, quando acaba as fichas do médico é pela manhã, que não é intercorrência. Porque o médico só atende 15 fichas. **A enfermeira não tem está fazendo nada na sala dela**.” (TULIPA).

“**Lá no posto tem tanta demanda que tem uma enfermeira extra já e não dá conta**. Ela fica segunda, quarta e sexta que veio do hospital. Ela tava querendo dar um tempo no hospital e está lá no posto de 8 da manhã até o plantão. Ela fica na triagem e ainda não tem quem aguente.”; “Mas sabe como a gente combinou? **Ele [o médico] atende 15 fichas e 5 intercorrências**. Ele atende as 20. Não são 5 intercorrências? Eu fico com minhas 5 intercorrências. Então pode mandar, mas quando eu mandar minhas 5 **depois que eu terminar pode mandar para o hospital**.” (ALPÍNIA).

Estudo realizado em Vitória – ES também abordou as intercorrências atendidas pelo enfermeiro, que realizam encaminhamentos para atendimento e internação, e destaca o fato de que este profissional dispensa muito tempo a

doentes, que necessitam do atendimento médico. Isso pode interferir negativamente no tempo que resta para ações de prevenção e Promoção da Saúde (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

Dentre as demandas espontâneas, aparece, ainda, para o enfermeiro a busca de prescrições que não podem ser realizadas por este profissional, mas apenas pelo médico. Apesar de saberem disso, pacientes e funcionários solicitam que o enfermeiro preencha a receita e leve para o médico apenas assinar e carimbar. Isso ensejou uma rica discussão no grupo.

“Mas era insulina.”; “Quer dizer, você já falou com ela? Qual a obrigação que eu tenho que falar com uma pessoa que está atrás de remédio controlado? Nenhuma. **Eu não posso passar.**”; “**Passa a manhã inteira esperando lá.** Quando entra na minha sala. ‘Ah é porque eu queria uma receita. Minha filha é com o médico’. ‘Pois é, eu fui lá, mas ele disse para eu vir’.” (CAMÉLIA).

“**E porque o médico não faz a receita e carimba? Eu não faço.** Eles ficam sem insulina, tem uma crise hiperglicêmica e eu não faço. Já sabe no posto. **Porque é que só responsabilidade nossa se ele tiver uma crise?**” (ALPÍNIA).

“Mas sabe porque é? É por causa da própria estrutura do posto. A recepção, as auxiliares, o coordenador encaminham tudo para enfermeira.”; “Teve uma senhora que estava com a receita controlada. O médico chegou tarde, não tinha chegado ainda. ‘Minha filha cadê o médico? Chegou ainda não?’ ‘Não’. Aí eu disse, ‘fale aqui com o coordenador’. Ela falou. Aí ele liga pra mim. ‘Gérbera eu estou aqui com uma paciente sua’. Eu digo ‘Já falei com ela, e já disse que essa receita eu não dou, só quem dá é o médico’ ‘Ah você já falou com ela?’ ‘Ele já está próximo de chegar?’ ‘Não, já liguei, ele já está vindo’. Quer dizer, **não se resolve antes de passar pela gente.**” (GÉRBERA).

Muitas vezes, o enfermeiro usa a ironia para que o paciente compreenda a situação.

“‘O Pois é. **Queria muito passar.** Se pudesse eu passava uma caixa de omeprazol, mas **quando a farmácia vê que é minha letra, aí diz ela não é doutora.** É só o doutor’.” (ALPÍNIA).

“Quando chega assim, ‘ah, **mas a [farmácia] popular não aceita não, seu carimbo.**’ ‘É não aceita não’.” (TULIPA).

Sobre isso, no Pará, o Conselho Regional de Medicina publicou, após plenária, que o médico não deve delegar o preenchimento de receitas médicas a funcionários; mesmo considerando a Resolução de Enfermagem COFEN n 358/2009, por meio da qual o enfermeiro pode prescrever medicamentos dos programas de saúde da Atenção Básica, vários não são permitidos a este profissional (CRM – PA, 2014).

Para o grupo, a alta demanda e as diversas políticas implantadas pelo Ministério da Saúde ensejam, para o enfermeiro, sobrecarga de trabalho, a qual limita e estressa o dia-a-dia na ESF.

“Se fosse para fazer a coisa toda bonitinha, mas não dá. É o que eu sempre digo. São muitos profissionais, se for juntar NASF. Mas, **a sobrecarga é só em cima de um profissional**, então assim **é humanamente impossível, você dar de conta**. E não faça nos prazos não! É PSE, É Hanseníase com verminose, é bolsa família, Sim **como é, eu não vou mais atender?** Eu vou cancelar meus atendimentos?”; “**não tem mais vaga** para pré-natal. É busca ativa que você tem que fazer. Não dá não dá, é humanamente impossível. Não dá. E quando você vê **os outros profissionais bem mais tranquilos**.”; “e nós, é chegar, é atender todo mundo, é fazer triagem, é dar de conta de agente de saúde, PSE, de busca ativa, da avaliação do agente de saúde no final de mês. De tudo. Final do mês. De ambulatório.” (CAMÉLIA).

“Até dá, mas pelo que eu estou vendo futuramente. Vai ter o enfermeiro do programa e o enfermeiro dos outros.” (ALPÍNIA).

“Na nossa equipe meu e da Camélia, Se juntar as duas, **é pra abrir mais uma equipe**. Aí ficariam 3. Já dá um alívio. Por pouco tempo porque a população cresce”; “Ela tem 6000 e tantos e eu tenho 5000. Pessoas. E é 3500 [o preconizado]. É muita gente. **O ministério não pensa que precisa**, o município, o estado de outros profissionais, que **a gente está sobrecarregada** e que a gente precisa de outra!”; “eu fui tirar um atestado do trabalho, a mulher: **é estressante ser enfermeiro?** Sente aí pra gente conversar.” (GÉRBERA).

“Da nossa territorialização, tirando o excedente meu e da Lírio, se sair uma já aperta.” (TULIPA).

Estudo sobre a atuação do enfermeiro na ESF lembra que a agenda de trabalho do enfermeiro envolve os programas mínimos, preconizados pelo Ministério da Saúde, com suporte na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que engloba Saúde da Criança, Mulher, Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão, Diabetes e Saúde Mental. Na pesquisa, constataram-se menos ações de prevenção e Promoção de Saúde do que as atividades gerenciais e de assistência, comprometendo o repasse de informações para a comunidade (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

Na visão das enfermeiras, o perfil do paciente hipertenso é um desafio para a interação, como o nível de escolaridade, a pressa para ser atendido, o objetivo do paciente na receita, além das mudanças no estilo de vida, os quais permeiam a complexidade do cuidado de Enfermagem ao paciente com hipertensão.

“**a minha realidade já é um povo que tem plano de saúde**, ‘eu não vou pra enfermeira não eu vou pro médico, e não tem esse negócio de marcar não, na hora que eu chegar’”; “entendeu?! É assim! **‘Eu não preciso disso aqui não**, eu só venho porque eles dão aqui esses remédios?! Cadê a receita para ir para o médico?’. Porque querendo ou não uma pessoa mais humilde que só tem aquilo ali, então aquilo ali é tudo pra mim. Eu vou me submeter aquilo, mas **eles têm cardiologistas**.” (CAMÉLIA).

“**tinha um falando hoje ali porque que aqui não tinha café e chá.** Porque no plano que ele vai tem.” (GÉRBERA).

“mas também tem que ver a escolaridade. **Não sei se é só na minha área, eles não têm senso crítico**, de pensar ‘não, eu vou refletir sobre o meu problema’, não tem educação, e não tem mesmo não porque **são analfabetos**, a maioria, não tem censo crítico, de cuidar da sua saúde. Como é que está, como é que não está. Tanto faz.” (ALPÍNIA).

“os meus é para fazer o almoço, **eles não podem demorar muito aqui na consulta porque têm que fazer o almoço**”; “e os netos, geralmente, são os netos. ‘Minha filha sai tal hora, **eu tenho que deixar menino no colégio, tenho que fazer o almoço** para quando o menino voltar já ter almoço feito. Não, **minha filha não tenho tempo não**. Eu vou deixar o menino com quem?’ ‘Leve o menino para caminhar com a senhora’. ‘Não, não dá não’.” (TULIPA).

“**a casa está cheia de coisa pra fazer**, tem almoço para fazer[...].” (LÍRIO).

Estes são aspectos de uma visão ampliada da realidade da clientela atendida na ESF e que demonstram certo domínio do cuidado empírico do enfermeiro. Acredita-se que a falta de prática da Teoria para a interação com o paciente seria justificativa plausível para a dificuldade de interação com o paciente, mas não um impedimento.

Kemppainen (1990) descreve caso em que enfermeiras foram apresentadas e estudaram a Teoria do Alcance de Metas e a utilizaram com um paciente psiquiátrico que recebeu diagnóstico de soropositividade para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Por meio do conhecimento e aplicação da Teoria, foi possível mudar toda a interação com o paciente. Elas passaram a perceber as mudanças que ocorreram na equipe de Enfermagem e no paciente após o diagnóstico. O medo de contágio pelo enfermeiro e o cuidado pelo paciente para que os outros não o tocassem para não oferecer risco afetou a imagem corporal e o espaço, resultando em menos proximidade entre profissional e paciente.

Portanto, o exercício do autoconhecimento por parte do enfermeiro pode conduzi-lo a compreender seus preconceitos e como eles podem comprometer o cuidado de Enfermagem.

Para minimizar esses problemas, uma das enfermeiras sugeriu reuniões coletivas entre os profissionais da unidade de saúde para esclarecer as atribuições do enfermeiro e negociar formas de resolver essas questões.

“Pois, **vocês deviam pedir a reunião por conta própria**”; “e o pessoal não vai não, os funcionários? **Gente, vamos nos reunir**”; “Hoje eu recebi um hipertenso, chegou 10h. ‘Ah, eu vim renovar’. Primeiro que esse negócio de renovar não era nem pra existir. Tem que ter a consulta. Foi combinado com todo mundo, as três enfermeiras, com os médicos, que só

ia renovar se ele primeiro passasse na recepção, marcasse o mais rápido possível, para amanhã, se tivesse, eu dava o comprimido até amanhã. Ele passa pelo SAME, o SAME sabendo disso, manda direto pra mim. Eu digo, 'ó senhor, não é assim'. Eu levanto com ele vou até o SAME, 'mandaram esse paciente, tem que marcar'. Lá vem o velhinho depois de 10 minutos. Quando ele vem, ele vem com a receitinha marcada. Eu digo, 'cadê sua receita?' 'Está aqui, mas eu quero meu omeprazol, e eu quero prednisona'. 'Olhe, isso infelizmente eu não posso lhe dar'. Eu explico: 'Realmente, você tem que passar pela consulta médica, isso ele já viu'. Quando eu vou olhar a carteira do homem, o homem nem da minha área é. Quer dizer, o SAME não olha nem a carteirinha, para ver de quem é a área. Eu volto lá. 'A é?'. Quer dizer: 'Preste atenção'. Pois é, da próxima vez ela vai prestar atenção. Mas é o jeito, é um trabalho de formiguinha.'; **“inclusive vai ajudar muito, se baixar uma portaria, para quem está na gestão, para acabar com essa história da gente estar fazendo receita para médico carimbar, receita de omeprazol e sinvastatina. Não é nem pra gente, é pros médicos.”** (ALPÍNIA).

“A gente já tentou fazer por setor. A odontologia. É outro setor que o pessoal reclama. Olhe estão sem fazer nada.” (GÉRBERA).

Portanto, o encontro deu oportunidade a discussões sobre a dinâmica da atuação do enfermeiro na ESF, levando mais uma vez à reflexão de sua prática, críticas, reconhecimento de falhas próprias, das unidades e da realidade que vivenciam, ensejando algumas sugestões de mudanças.

Fato interessante ocorreu quando uma das enfermeiras relatou a mudança percebida nos pacientes do sexo masculino, havendo maior busca por melhora na saúde.

“outra coisa também que eu ia até comentar que estou percebendo é que **os homens estão se preocupando mais que as mulheres**, 'o que é que você está comendo em casa, oriente a sua esposa!', eles estão exagerando! O adoçante, 'mas **me indique qual é o melhor**'. 'Ah é a sucralose'. 'Pois, **coloque o nome aqui que eu compro**'. Os homens estão se cuidando. Já as mulheres, eu noto que não se preocupam tanto; Os homens fazem a caminhada. Não são todos.” (LÍRIO).

“também acontece muitas vezes que **a mulher se apaga por conta da família**. Então o principal é cuidar da família. **Ela não se cuida, para cuidar da família.**” (GÉRBERA).

Na percepção delas, a mulher dá a prioridade à família, muitas vezes, se anulando e abdicando da própria saúde para cuidar dos outros.

### **5.4.3 O Problema para Implementação**

Em decorrência das inúmeras dificuldades expressas, foi questionado com o grupo se valeria a pena implementar a Teoria na sua prática profissional. Todas as repostas foram negativas.

“Eu sinceramente, **acho que não.**”; “Não, eu acho que não porque tem as fichas do e-SUS, **não tem condições.** Não sei se você tá sabendo do e-SUS.”; “**não dá.** Ainda mais com o e-SUS, agora. O e-SUS são 5 fichas. Se a pessoa tiver tuberculose, hipertensão e diabetes e for idoso.”; “Ele é só marcando, pela Carteirinha do SUS Ave Maria eu estou até com medo. Uma gestante, então eu acho que vai levar assim, uns dois expedientes. Se for juntar tudo, dá o SIS Pré-natal.” (ALPÍNIA).

“**dá não**”; “**numa pesquisa, a gente separa um momento prá fazer de tantos pacientes, dá. Agora, prá fazer pra rotina que a gente tem, não.** Se a gente separar para sua pesquisa, para ver como é que está numa região, dá. Ou para ver como está a saúde de homem, de mulher, dá. Mas para rotina de atendimento que a gente tem, não dá não, mas para aplicar na prática, não.” (TULIPA).

“**vai ter o e-SUS,** vai ter as fichas do e-SUS.” (CAMÉLIA).

As enfermeiras estavam bastante ansiosas com a implantação do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), pois ainda estavam se familiarizando com o Programa. Este é um novo Sistema de Informação da Atenção Básica, o qual busca unificar os diversos sistemas de informação em saúde numa só plataforma. Iniciou-se sua implantação em 2014, nas 30 unidades de saúde (MARACANAÚ, 2015).

Dessa forma, questionou-se a possibilidade de reproduzir esta pesquisa com os demais enfermeiros de outras unidades do Município, explicando as dificuldades para suas unidades.

“Se for lá no Horto, que diz que você atende dois hipertensos por dia, num canto que tenha poucos; Tem AVISAs, **tem postos aqui que realmente a demanda é reduzida.** Num posto que realmente tem uma demanda reduzida, eu acho que vale, mas num posto como o meu que é conhecido.” (ALPÍNIA).

As participantes consideraram o instrumento interessante, porém o contexto em que trabalham impossibilita a realização de uma consulta mais padronizada que demanda mais tempo para interação com o paciente para o processo de Enfermagem segundo a Teoria do Alcance de Metas.

A Teoria de Enfermagem, contudo, é para ser aplicada em qualquer situação de Enfermagem e deve servir justamente para facilitar, organizar e fundamentar a prática do enfermeiro. King (1981) defende a ideia de que, se uma teoria existe para representar um sistema empírico, seus limites correspondem ao sistema empírico. Portanto, as formulações teóricas são referentes às análises das interações enfermeira-cliente, as quais levam até o alcance de metas em ambientes naturais.

Adaptando a Teoria para o contexto da ESF, o primeiro limite exposto por King, no qual enfermeira e cliente não se conhecem, não se aplica, já que o vínculo

estabelecido entre enfermeiro e comunidade permite a superação desse limite de desconhecimento entre os membros da interação.

As enfermeiras desta pesquisa ainda expuseram outras dificuldades para uso da Teoria, principalmente relacionados à demanda.

“E o pior que assim elas [Técnica de Hipertensão e pesquisadora] **pegaram as equipes, assim que atendem mais hipertenso**. Então, fica complicado.”; “**Nosso grande problema é a quantidade de paciente**, não é que o instrumento não seja válido, o instrumento é válido. Tem muitas informações importantes. O problema é o tempo. “Porque primeiro, a população não tem paciência. Tem um, Sr. Mauro ‘Olhe o meu é bem rapidinho, é só a receita’ Tem a própria população também”; “**Não é difícil, é que nossa demanda não dá**”; “Se a gente atender só os 10 hipertensos, sem intercorrências, 300 milhões de pessoas na nossa porta.” (GÉRBERA).

“E é 15 e tem vez que é 17.” (CAMÉLIA).

“Quase pegaram assim só a jóia. Acho que nós, tirando o posto da Amarilis que é mais tranquilo, todo mundo aqui é bombando; o Pajuçara aqui é conhecido, é um terror.” (ALPÍNIA).

“o difícil é atender o paciente, colocar no prontuário e atender as intercorrências.” (LÍRIO).

São condições de trabalho que dificultam o planejamento das ações de Enfermagem na ESF. Para Silva, Motta e Zeitoune (2010), momentos de reflexão sobre o cotidiano são inviabilizados quando a prática produtivista é priorizada nos ambientes de trabalho.

Por este motivo, acredita-se na riqueza que este encontro proporcionou ao grupo, na medida em que deu voz a quem se sente sobrecarregado e sem oportunidade de expor a necessidade de mudanças para a melhoria de sua realidade.

#### **5.4.4 Finalização do Estudo**

Como abordado anteriormente, a enfermeira técnica de Hipertensão e Diabetes veio a esse encontro e respondeu alguns questionamentos gerados nas discussões, chegando a alguns acordos que deixaram o grupo mais satisfeito. Com isso, aos poucos, as enfermeiras foram repensando a aplicação do instrumento com os hipertensos, chegando a acordar na idéia de que, aos poucos, incluiriam essa proposta com os mais graves até que todos tivessem sendo acompanhados da mesma forma.

Ao final de todos os relatos, foi lançada a proposta de dar continuidade à pesquisa, independentemente do Programa de Doutorado, para implementação contínua da Teoria do Alcance de Metas no Programa de Hipertensão e demais programas da ESF.

“poderia ser no caso, por exemplo, se eu tenho 15 hipertensos para fazer. Não tem condição de fazer dos 15. Entendeu, **Faria tipo assim 3, 4 no máximo.**”; “porque assim, a princípio nenhum vai ter, então **eu vou ter que começar a fazer de todos**”; “então não seria de todos os pacientes não”; “Não eu acho assim, por exemplo os que tenho marcado para hoje, **os que eu achar mais graves**, eu vou fazendo, os que eu vou atendendo de amanhã da mesma forma até que um dia todos.” (CAMÉLIA).

Concorda-se com Pichon-Rivière (2012), quando acentua que os problemas de decisão de grupo são essenciais para considerar muitas questões básicas. Esse problema se vincula com a relação entre a motivação e a ação consequente, e com o efeito que a estrutura grupal tem sobre a disposição da pessoa para modificar ou conservar certas linhas de comportamento.

O grupo ficou confuso com a pesquisa e com a prática. Foi necessário esclarecer que a pesquisa estava sendo concluída naquele momento, mas que se estava disponível e disposta a dar suporte para outros encontros de troca de experiências, para acompanhamento da implementação da Teoria ao longo do tempo.

“**Mas a gente não vai ter que voltar aqui para ver o resultado?**” (ALPÍNIA).

“Ela perguntou qual era a realidade da gente para fazer isso diariamente, mas a gente disse que não. Mas se fosse para o estudo, separaria um dia 5 pacientes para fazer só o estudo. Foi isso que a gente falou”; “A última coluna, **a gente precisa pelo menos de 3 meses.**” (TULIPA).

“**Eu se for para continuar eu topo.**” (ALPÍNIA).

Percebe-se uma mudança na opinião das participantes. Provavelmente isso se deu pela presença e postura otimista da Técnica do Programa de Hipertensão, assim como o exercício do poder utilizado para persuadir o grupo. Apesar disso, buscou-se dar liberdade para a tomada de decisão individual neste momento do encontro. Ficou o questionamento se realmente a proposta se concretizaria com o tempo.

Dessa forma, restaram acordados outros encontros para dar continuidade à implementação da Teoria do Alcance de Metas no Município. Ficou-se muito

otimista em relação a esta tese, proporcionando um resultado que era desejado, mas que não se sabia ao certo se teria concretização.

Concorda-se com Vieira, Schneider e Piccoli (2003), quando defendiam a ideia de que o conhecimento de teorias e a escolha pelo serviço daquela que não entre em conflito com as políticas institucionais e com as concepções dos profissionais proporciona melhoria ao cuidado, dinamizando o serviço e promovendo a satisfação para pacientes e equipe de Enfermagem.

Acredita-se que uma teoria pode trazer mais valorização e resposta ao cuidado de Enfermagem, fortalecendo a Ciência de Enfermagem.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o pressuposto de que a consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão pode ter fundamentação na Teoria do Alcance de Metas, porém sua implementação no contexto da saúde coletiva é dificultada pelas inúmeras atribuições desenvolvidas pelo enfermeiro, o que se confirmou por meio desta pesquisa-ação. Isso se deu ao realizar o grupo focal com enfermeiras que atuam com pacientes hipertensos no contexto da atenção primária em saúde.

O estudo viabilizou a avaliação coletiva da consulta de Enfermagem ao paciente hipertenso, desvelando a percepção do grupo em relação às dificuldades associadas à elevada demanda de pacientes, ao atendimento de inúmeras intercorrências, às frágeis relações de trabalho com outros profissionais da equipe da unidade (médico, farmacêutico, funcionários do SAME, coordenação), sobrecarga de atividades da ESF.

Além disso, foi concedido ensejo ao grupo de conhecer o Modelo Conceitual de Sistemas Abertos, proporcionando ricas discussões para a apropriação e base para a Teoria do Alcance de Metas, a qual também foi apresentada. O grupo demonstrou troca de aprendizagem das propostas de King, permitindo segurança para sua utilização na prática da clínica.

O estudo permitiu avaliar a possibilidade de implementação da Teoria de Enfermagem na ESF pelo grupo, concluindo que, apesar das dificuldades, há a perspectiva de continuidade do grupo focal para institucionalização desta proposta.

Durante a pesquisa, houve algumas dificuldades, principalmente relacionadas à efetivação das datas previstas para os encontros, registrando-se várias remarcações, mas a vontade e a disponibilidade do grupo foi algo essencial e positivo para a condução do estudo.

Considera-se como limitação o fato de a pesquisa ter sido realizada apenas com parte do corpo de Enfermagem do Município. Recomenda-se que o Município de Maracanaú abrace a proposta para que esta seja reproduzida com os demais profissionais da ESF, com vistas a buscar a fundamentação da Teoria não somente à Política de Hipertensão Arterial, mas também ampliada às outras políticas da atenção primária em saúde de Maracanaú.

Espera-se, com esta pesquisa, ter contribuído para a práxis de Enfermagem, permitindo uma mudança na perspectiva de atuação do enfermeiro à

clientela hipertensa, aliando teoria e prática na interação enfermeiro-cliente. Em longo prazo, isso permitirá maior valorização da Enfermagem como ciência do cuidado, na medida em que a própria sociedade pode reconhecer o trabalho do enfermeiro no contexto da Saúde Coletiva.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na Hipertensão Arterial realizado por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** (impr.), v. 14, n. 3, p. 560-566, jul./set., 2010.
- BACKES, D. S. *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisa qualitativa. **O mundo da Saúde.**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.
- BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva.**, v.17, n. 1, p. 223-230, 2012.
- BACKES, M. T. S. *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p.111-117, 2009.
- BALDISSERA, V. D. A.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 27-32, mar., 2009.
- BARROS, A. A. *et al.* Comportamentos de saúde de pessoas hipertensas: modelo de crenças em saúde. **Rev. Rene**, v. 15, n. 3, p. 525-532, maio/jun., 2014.
- BENTO, D.B; RIBEIRO, I.B; GALATO, D, Percepção de pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia de um município do sul do Brasil sobre a doença e o manejo terapêutico. **Revista Bras. Farm.**, Sul de Santa Catarina, v.89, n. 3, p. 194-198, 2008.
- BEZERRA, S. T. F. **Ensaio clínico de Enfermagem acerca do estabelecimento de metas de bem-estar para pessoas hipertensas fundamentado em Imogene King.** Universidade Estadual do Ceará. Dissertação. Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza-CE, 2010.
- BEZERRA, S. T. F. **Pacientes submetidos à revascularização miocárdica: proposta de cuidar fundamentada em King.** Universidade Estadual do Ceará. Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Enfermagem. Monografia. Fortaleza-CE, 2006.
- BEZERRA, S. T. F. *et al.* Percepção de pessoas sobre a hipertensão arterial e conceitos de Imogene King. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n.3, p. 499-507, set., 2010.
- BEZERRA, S. T. F.; SILVA, L. F. Cuidado de enfermagem fundamentado no modelo conceitual e na Teoria do Alcance de Metas. **Rev. Enf. UFPE on line.**, v.4, n. 3, p. 1550-1556, jul.-set., 2010.
- BLOCH, K. V.; MELO, A. N.; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos

indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, dez., 2008.

BORGES, J. W. P.; PINHEIRO, N. M. G.; SOUZA, A. C. C. Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: saberes e práticas de Enfermagem em um Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 179-189, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 12 Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. CONASS. **Atenção primária e Promoção da Saúde**. Coleção Para entender a Gestão do SUS. Volume 3. 2011.

BRASIL. CONASS. **Liderança em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família**. Documento 24. Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2012c.

BRASIL. **Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm). Acesso em: 02/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica** n. 28, Volume II. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aqui tem farmácia popular**: manual de informações às unidades credenciadas. Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília – DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Farmácia Popular do Brasil**. 2015 Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/farmaciapopular/index.php?local=02>. Acesso em: 02/01/2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. **Caderno de Atenção Básica**, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Resolução N° 466/12**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. 2012a.

BRITO, D. M. S. *et al.* Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.4, p. 933-940, abr, 2008.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMARGO, R. A. A.; ANJOS, F. R.; AMARAL, M. F. Estratégia Saúde da Família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Mineira Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 864-872, out./dez., 2013.

CAMPBELL, E. T. Gaining insight into student nurse's clinical decision-making progress. **Aquichan**, Chía, Colômbia, a.8, v. 8, n.1, p. 19-32, abr., 2008.

CARVALHO, S.R.; GESTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. sup2, p. 2029-2040, 2008.

CODOGNO L.; TOLEDO, V. P.; DURAN, E. C. M. Consulta de enfermagem e hipertensão arterial na estratégia saúde da família: proposta de instrumento. **Rev. Rene**, v. 12, n. esp, p. 1059, 1065, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN n° 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 27 dez. 2014.

CONTIERO, A. P. *et al.* Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 62-70, mar., 2009.

COSTA, M. F. F. L. *et al.* Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**. v.43, n.2, p.18-26, 2009.

COURTENAY, M.; GERADA, C.; HAYWOOD, J. Working with non-medical prescribers. **British Journal of General Practice**, v.61, n. 583, p.85-86, feb., 2011.

CRM – PA. Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará. **Parecer Consulta n° 0006/2014**. 2014. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPA/pareceres/2014/5\\_2014.pdf](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPA/pareceres/2014/5_2014.pdf)  
Acesso: 31/01/2014.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL VI. Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq. Bras. Cardiol.**,v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

ESPÍRITO SANTO. **Manual prático para elaboração de projetos para unidades de saúde**. Disponível em:  
[http://www.prosaude.org.br/legislacao\\_2013/Manuais/manual\\_pratico\\_para\\_elaboracao\\_projetos\\_ubs.pdf](http://www.prosaude.org.br/legislacao_2013/Manuais/manual_pratico_para_elaboracao_projetos_ubs.pdf). Acesso em: 20/01/2015.

FELIPE, G. F. et al. Presença implicada e em reserva do enfermeiro na Educação em Saúde à pessoa com hipertensão. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 20, n. 1, p. 45-49, 2012.

FERNANDES, M. S.; SILVA, L. M. S. Gerência do cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. RENE**, v.14, n.2, p. 438-447, 2013.

FONTANA, R. T.; SIQUEIRA, K. I. O trabalho do enfermeiro em saúde coletiva e o estresse: análise de uma realidade. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n.3, p.491-498, jul./set., 2009.

GEORGE, J. B. e colaboradores. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática assistencial**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GOYATÁ, S. L. T. **Diagnósticos de Enfermagem de pacientes adultos que sofreram queimaduras e de seus familiares no período próximo a alta hospitalar**. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005, 321 f.

GUEDES, H. M., *et al.*; Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial entre motoristas caminhoneiros. **Cogitare Enferm.**, v.15, n. 4, p. 652-658,out./dez., 2010.

GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Enferm.**v. 64, n. 2, p. 1038-1042, nov.dez., 2011.

GUEDES, N. G. Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. **Acta Paul. Enferm.** v. 25, n. 01, p. 151-156, 2012.

GUI, R. T. Grupo focal em pesquisa qualitativa: intersubjetividade e construção de sentido. **R. POT**, v.3, n. 1, p. 135-160, jan./jun., 2003.

JOSEPH, M. L.; LAUGHON, D.; BOGUE, R. J. An examination of the sustainable adoption of whole-person care (WPC). **Nursing Management**, v.19, n.8, p.989-997, nov., 2011.

KEMPPAINEN, J. K. Imogene King's Theory: a nursing case study of a psychotic client with Human Immunodeficiency Virus Infection. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 4, n. 6, p.384-388, dec., 1990.

KILLEEN, M. B.; KING, I.M. Viewpoint: Use of King's Conceptual System, Nursing Informatics, and Nursing Classification Systems for Global Communication. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**. v. 18, n. 2, p.51-57, april/jun, 2007.

KING, I. **A theory for nursing: systems, concepts, process**. Tampa, Florida: Delmar Publishers. 1981.

KING. **King International Nursing Group**. Disponível em: [http://king.clubexpress.com/content.aspx?page\\_id=22&club\\_id=459369&module\\_id=59922&sl=170103661](http://king.clubexpress.com/content.aspx?page_id=22&club_id=459369&module_id=59922&sl=170103661). Acesso em: 25/03/2013.

KNOWAJA, K. Utilization of King's Interacting Systems Framework and Theory of Goal Attainment with new multidisciplinary model: clinical pathway. **Australian Journal of Advanced Nursing**., v. 24, n. 2, p. 44-50, 2006.

LANGOWISKI, A. R. *et al.* Monitorização ambulatorial da pressão arterial em filhos de hipertensos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n. 2, p.163-168, 2008.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidador familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 43, n. 2, p. 343-350, 2009.

MAGNABOSCO, P.; NOGUEIRA. Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo hipertenso. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, n. 01, p. 110-117, 2011.

MANZINI, F. C.; SIMONETTI, J. P. Consulta de Enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da Teoria do Autocuidado de Orem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.17, n. 1, p.113-119, jan./fev., 2009.

MARACANAÚ. Prefeitura de Maracanaú. **Secretaria de Saúde**. Disponível em: <http://www.maracanau.ce.gov.br/programas-saude>. Acesso em: 20.02.2013.

MARACANAÚ. **Programas – Secretaria de Saúde**. Disponível em: <http://www.maracanau.ce.gov.br/programas-saude>. Acesso em: 04/02/2015.

MARTINS, A. G. *et al.* Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. **Acta Paul Enferm.**, v.17, n.3, p. 266-272, 2014.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl. 1, p. 1521-1531, 2010.

MESSMER, P.; PALMER, J. In honor of Imogene M. King. Reflections on Nursing Leadership Honor Society of Nursing, **Sigma Theta Tau International**. Primeiro Trimestre de 2008.

MONTEIRO, K. A.; BARBOSA, S. P. Compreensão do enfermeiro quanto à prescrição de medicamentos na Estratégia Saúde da Família. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 4, n.1, jul./ago., p.690-697, 2011.

MOURA, A. D. A. *et al.* Atuação do enfermeiro sob a ótica do usuário hipertenso. **Rev. RENE**, v. 13, n. 3, p. 504-513, 2012.

MOURA, D. J. M. *et al.* Cuidado de enfermagem ao paciente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 4, p. 659-665, jul./ago, 2011.

MOURA, D. J. M. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem fundamentada na CIPE e na teoria da adaptação em hipertensos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.16, n.4, p.710-719, out./dez., 2014.

MOURA, E. R. F.; PAGLIUCA, L. M. F. A Teoria de King e sua interface com o programa Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v,38, n.3, p. 270-279, 2004.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P.; SILVA, R. M. Percepções de enfermeiros e gestantes sobre a assistência pré-natal: uma análise à luz de King. **Rev. Cubana Enfermer.**, Ciudad de la Habana, v. 19, n. 3, set./dez. 2003 .

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em Enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009. 232p.

NOGUEIRA, A. N. **Famílias convivendo com um portador de acidente vascular cerebral**: uma proposta de cuidado baseada em Imogene King. Dissertação (Mestrado). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2006. 101 f.

OLIVATTO, G. M. *et al.* Consumo de álcool e os resultados no controle metabólico em indivíduos com diabetes, antes e após a participação em um processo educativo. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v.10, n.1, p. 3-10, jan./abr., 2014.

OLIVEIRA, E. A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D. S. Perfil de Hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família, **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17. N. 3, p.383-387, jul/set,2009.

PASSOS, V. M. A; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Tabagismo passivo no Brasil: resultados da Pesquisa Especial do Tabagismo, 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.9, p. 3671-3678, 2011.

PAULA, M. *et al.* Características do processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n, 2, p. 454-462, abr./jun., 2014

PICHON-RIVIÈRE, E. Técnica dos grupos operativos. In.: \_\_\_\_\_ **O processo grupal**. 8.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012, p. 121-137.

PIMENTEL, I. R. S. *et al.* Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Florianópolis, v.6, n.20, p. 175-181, jul./set., 2011.

RESSEL, L. B. *et al.* O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez., 2008.

SCHADEWADT, N. *et al.* Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care: an integrative review. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 132, 2013.

SEGURA, F. C. *et al.* El control de la presión arterial en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada. **Enferm. Nefrol.**, v.17, n.1, p. 35-38, ene./mar., 2014.

SIELOFF, C. L.; BULARZIK, A. M. Group power through the lens of the 21st century and beyond: further validation of the Sieloff–King Assessment of Group Power within Organizations. **Nursing Management**, v. 19, n.8, p. 1020–1027, 2011.

SILVA, F. V. F. *et al.* Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamentada na Teoria de Parse. **Esc Anna Nery Rev. Enferm. (impr)**, v.17, n.1, p. 111-119, jan./mar., 2013a.

SILVA, L. F. *et al.* Metas grupais e adesão ao controle da hipertensão arterial: contribuição da teoria de Imogene King. **Rev. Tenden. da Enferm. Profis.**, v.5, n.1, p.829-833, 2013b.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do Município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf.**, [Internet], v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010.

SOUZA, A. C.C. *et al.* Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.62, n. 4, p.535-539, jul./ago., 2009.

SOUZA, E. F.; MARTINO, M. M. F.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n. 1, p. 629-635, 2007.

SPINELLA, C.; LAMAS, J. L. T. Fatores associados à hipertensão arterial e níveis pressóricos encontrados entre adolescentes trabalhadores. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 41, n. 4, p. 301-308, 2008.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p. 331-340, fev., 2007.

TECH I. International Training & Education Center on HIV. **Guião de Implementação Técnica # 1**. Organizar e conduzir Grupos Focais. University of Washington, 2008.

TRINDADE, F. T. *et al.* Perfil clínico, social e motivos de faltas em consultas de hipertensos e/ou diabéticos. **Rev. Elet. Enf.** [Internet], v.15, n.2, p. 496-505, abr./jun., 2013.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F.; QUIRINO, R. H. R. Saberes e práxis em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev. Enferm. (impr)**, v. 13, n.1, p. 174-180, jan.-mar., 2009.

VELLOSO, I. S. C.; CECI, C.; ALVES, M. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31. n. 2, p. 388-391, jun., 2010.

VIEIRA, C. S.; SCHNEIDER, J. F.; PICCOLI, M. Teoria do Alcance de Metas de King: uma revisão de literatura. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.2, n.2, p. 169-176, jul./dez., 2003.

VIEIRA, L. L. *et al.* O idoso e o cuidador familiar: o cuidado domiciliar à luz de Imogene King. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5500-5509, set. 2013.

WALDOW, V. R.; FENSTERSEIFER, L. M. Saberes da enfermagem – a solidariedade como uma categoria essencial do cuidado. **Esc Anna Nery Rev. Enferm. (impr)**, v.15 n. 3,p. 629-632, jul./set., 2011

WHATSAPP. **Como funciona**. Disponível em: [http://www.whatsapp.com/?l=pt\\_br](http://www.whatsapp.com/?l=pt_br). Acesso em: 09/02/2015.

WILLIAMS, L. A. Imogene King's interacting systems theory: application in emergency and rural nursing. **Online Journal of Rural Nursing and Health Care**, v. 2, n. 1, p. 25-30. Spring, 2001.

## APÊNDICES

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações seguintes e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.**

O título da pesquisa é **CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM HIPERTENSÃO: Fundamentação na Teoria do Alcance de Metas**. O objetivo do estudo é viabilizar a discussão acerca do emprego da Teoria do Alcance de Metas no cuidado aos pacientes com hipertensão durante a Consulta de Enfermagem. Espera-se, com este trabalho, contribuir para a práxis de Enfermagem, permitindo uma mudança na perspectiva de atuação do enfermeiro à clientela hipertensa, aliando teoria e prática na interação enfermeiro-cliente.

Sua participação consistirá na integração a um grupo focal, quando haverá a oportunidade de debater a Consulta de Enfermagem e a possibilidade de utilizar a Teoria do Alcance de Metas como fundamentação teórica. Serão realizados sete encontros, com frequência mensal: o primeiro para avaliar problemas identificados na Consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão; cinco ciclos de pesquisa para aprofundar a discussão da Teoria do Alcance de Metas na Consulta de Enfermagem; e o último encontro para discutir as mudanças ocorridas em sua prática com origem na pesquisa. Todos os encontros serão audiogravados, com a participação da pesquisadora, de um observador e de mais um técnico para controle da gravação.

À guisa de esclarecimento, não haverá quaisquer despesas ou compensações financeiras. Todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo e em nenhum momento o participante será identificado na divulgação da pesquisa. Reitera-se total liberdade para participar do estudo ou para desistir dele em qualquer etapa da pesquisa, sem nenhum prejuízo pessoal ou institucional. Será dado apoio àqueles que se sentirem constrangidos durante a realização do grupo focal.

Na ocorrência de dúvidas posteriores, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Sara Taciana Firmino Bezerra. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Rua Uberlândia, 1209. Messejana, Fortaleza-CE(85) 32742638; (85) 92011592.

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Telefone: 3366-8344.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também acerca da pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do voluntário

Data

Assinatura

Nome do pesquisador

Data

Assinatura



Percepção/acompanhamento geral da saúde						
Nutrição						
Metabolismo						
Consumo de sal						
Consumo de carboidratos						
Eliminações						
Exercícios e atividades						
Cognição e percepção						
Sono e repouso						
Autoconceito						
Papéis e relacionamento						
Sexualidade e reprodução						
Estresse						
Crenças e valores						
Mudanças no estilo de vida						
Dados referentes à família						
Pulso						
PA						
FC						
PESO						
ALTURA						
IMC						
CINTURA						



**ANEXOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM HIPERTENSÃO:  
FUNDAMENTAÇÃO NA TEORIA DO ALCANCE DE METAS

**Pesquisador:** SARA TACIANA FIRMINO BEZERRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 13581013.0.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 459.715

**Data da Relatoria:** 14/11/2013

#### Apresentação do Projeto:

O objetivo da pesquisa é discutir a utilização da Teoria do Alcance de Metas na Consulta de Enfermagem ao paciente com Hipertensão. Para tanto, será realizada pesquisa-ação com grupos de enfermeiros que atuam juntamente a pacientes hipertensos. O local do estudo será na Secretaria de Saúde do Município de Maracanaú-CE, o qual conta com 53 equipes da Estratégia Saúde da Família. Os enfermeiros que concordarem em participar da pesquisa formarão grupos de 7 a 10 na pesquisa-ação. Na primeira fase, será realizada entrevista de grupo focal, com vistas a avaliar problemas identificados pelos enfermeiros na Consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão. Na segunda fase, serão realizados 4 ciclos de pesquisa. Durante os mesmos, os problemas identificados serão trabalhados, a fim de sensibilizar os enfermeiros a conhecerem, apropriarem-se da teoria e avaliarem a possibilidade de sua utilização na Consulta de Enfermagem ao paciente com Hipertensão. Na terceira fase, será realizada entrevista focal com os sujeitos do estudo, a fim de discutir as mudanças ocorridas em sua prática a partir da pesquisa-ação. Os encontros serão gravados para organização dos dados, por meio da transcrição.

#### Objetivo da Pesquisa:

Discutir a utilização da Teoria do Alcance de Metas na Consulta de Enfermagem ao paciente com Hipertensão.

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ



Continuação do Parecer: 459.715

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores:

Os Riscos são: mínimos, mas pretende-se dar todo o apoio necessário àqueles enfermeiros que se sentirem constrangidos durante a realização do grupo focal.

E os Benefícios:

Espera-se, com este trabalho contribuir para a práxis de enfermagem, permitindo uma mudança na perspectiva de atuação do enfermeiro à clientela hipertensa, aliando teoria e prática na interação enfermeiro -cliente. A longo prazo, isso permitirá maior valorização da enfermagem como ciência do cuidado, na medida em que a própria sociedade pode reconhecer o trabalho do enfermeiro no contexto da Saúde Coletiva.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante no que concerne a adequação de uma teoria que envolve a gestão do processo de trabalho do enfermeiro frente ao paciente com diagnóstico clínico de hipertensão. Tais processos devem envolver a adesão do usuário frente ao serviço e aos cuidados com sua saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou todos os documentos de inserção do projeto no COMEPÉ\_UFC.

**Recomendações:**

Aprovado salvo melhor juízo deste conselho.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
 Bairro: Rodovalho Teófilo CEP: 60.430-270  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 499.715

FORTALEZA, 18 de Novembro de 2013

---

Assinador por:  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
Bairro: Rodolfo Tedfio CEP: 60.430-270  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br