

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

23.560

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

**TECNOLOGIA DE CUIDADO NA BUSCA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL:
desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza – Ceará**

THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

TESE
616.132
M8397
2003

**FORTALEZA – CE
2003**

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

**TECNOLOGIA DE CUIDADO NA BUSCA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL:
desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza – Ceará**

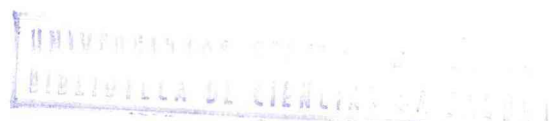
Thereza Maria Magalhães Moreira

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

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Enfermagem.
GRUPO DE PESQUISA: Tecnologia para o cuidado de enfermagem.
LINHA DE PESQUISA: Tecnologia em saúde e educação em enfermagem clínico-cirúrgica.
PROJETO INTEGRADO DE PESQUISA E EXTENSÃO: Cuidado em Saúde Cardiovascular.

ORIENTADORA:
Dra. Thelma Leite de Araujo

**FORTALEZA – CE
2003**



FICHA CATALOGRÁFICA

M839t Moreira, Thereza Maria Magalhães.

Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza-Ceará/Thereza Maria Magalhães Moreira. - Fortaleza, 2003.

260 f.: il.

Orientadora: Profª. Dra. Thelma Leite de Araujo.

Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

1. Hipertensão - artéria. 2. Cuidados de Enfermagem.
3. Enfermagem – tecnologia.

CDD 616.132



Jayr Peny

Caleidoscópico, 1999

Todo self tem algo a comunicar e uma forma de interagir.

Somos pecinhas de um caleidoscópico, cada uma de uma cor, forma ou tamanho.

Em cada tempo e espaço do ângulo, a percepção desenha uma nova e bela imagem.

da cor, forma ou tamanho vai construindo o espaço na unicidade de seus elementos dinâmicos.

A pluralidade da percepção aprimora a transação no caleidoscópico da vida.

Moreira, T.M.M.



THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**TECNOLOGIA DE CUIDADO NA BUSCA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL:
desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza – Ceará**

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

Data da Defesa: 24/2/2003

BANCA EXAMINADORA

Dra. Thelma Leite de Araújo
Universidade Federal do Ceará
Presidente

Dra. Telma Ribeiro Garcia
Universidade Federal da Paraíba
1ª Examinadora

Dra. Lorita Marlina Freitag Pagliuca
Universidade Federal do Ceará
2ª Examinadora

Dr. Marcos Venícios de O. Lopes
Universidade Federal do Ceará
3º Examinador

Dra. Maria Miriam Nóbrega Lima
Universidade Federal da Paraíba
4ª Examinadora

*D*EDICATÓRIA

A Deus.

Ao meu sistema familiar, em especial a meus pais, Lourival e Clarice.

Ao Germano.

A GRADECIMENTOS

- À profa. Dra. Thelma Leite de Araujo, pela dedicação com que me orientou neste e em tantos outros trabalhos.
- Aos membros da banca, pela inestimável colaboração.
- Aos professores do doutorado, pelas lições cotidianas.
- Às colegas de doutorado (Ana Karina, Maria do Carmo, Júlia, Clemilde, Zenilda, Alba, Enede, Ana Virgínia, Dalva, Veraci e Joselane), pela cotidiana convivência que me trouxe muito crescimento.
- Aos membros do Grupo de Pesquisa “Cuidado em Saúde Cardiovascular”, pelo crescimento compartilhado. Em especial, ao acadêmico de enfermagem Jansen Valério, bolsista do CNPq, pela ajuda na identificação dos pacientes e visitas domiciliárias.
- Aos funcionários do Departamento de Enfermagem, especialmente aos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
- Aos profissionais da unidade de saúde pesquisada, pela tentativa de alcance de metas conjuntas, particularmente às enfermeiras Fátima, Gerídice, Alessandra e Assunção.
- Às Agentes de Desenvolvimento Social (ADS) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) Heloísa, Márcia Silva, Márcia, Irlândia, Leontina e Germana, que ajudaram na identificação dos pacientes. E aos funcionários da unidade, Paulo (vigia), Rejane (limpeza) e ao motorista, Sr. Orlando, pela ajuda constante.
- A todos os pacientes que colaboraram neste estudo, pelas *interações* realizadas e *transações* alcançadas em nosso sistema interpessoal.
- A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse estudo.

Este estudo contou com o auxílio financeiro, no período de março de 2000 a maio de 2001, em forma de bolsa, da Coordenação de Apoio ao Pessoal de Ensino Superior (CAPES), por meio da Coordenação do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

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

EU SEI MAS NÃO DEVIA

Eu sei que a gente se acostuma.

Mas não devia.

A gente se acostuma a morar em apartamentos de fundos e a não ter outra vista que não as janelas ao redor.

E porque não tem vista, logo se acostuma a não olhar para fora.

E porque não olha para fora, logo se acostuma a não abrir de todo as cortinas.

E porque não abre as cortinas logo se acostuma a acender cedo a luz.

E à medida que se acostuma, esquece o sol, esquece o ar, esquece a amplitude.

A gente se acostuma a acordar de manhã sobressaltado porque está na hora.

A tomar o café correndo porque está atrasado.

A ler o jornal no ônibus porque não pode perder o tempo da viagem.

A comer sanduíche porque não dá para almoçar.

A sair do trabalho porque já é noite.

A cochilar no ônibus porque está cansado.

A deitar cedo e dormir pesado sem ter vivido o dia.

A gente se acostuma a pagar por tudo o que deseja e o de que necessita.

E a lutar para ganhar o dinheiro com que pagar.

E a pagar mais do que as coisas valem.

E a saber que cada vez pagará mais.

E a procurar mais trabalho, para ganhar mais dinheiro, para ter com que pagar nas filas em que se cobra.

A gente se acostuma à poluição.

As salas fechadas de ar condicionado e cheiro de cigarro.

À luz artificial de ligeiro tremor.

Ao choque que os olhos levam na luz natural.

Às bactérias de água potável.

A gente se acostuma a coisas demais, para não sofrer.

Em doses pequenas, tentando não perceber, vai afastando uma dor aqui, um ressentimento ali, uma revolta acolá.

Se a praia está contaminada, a gente molha só os pés e sua no resto do corpo.

Se o cinema está cheio, a gente senta na primeira fila e torce um pouco o pescoço.

Se o trabalho está duro a gente se consola pensando no fim de semana.

E se no fim de semana não há muito o que fazer, a gente vai dormir cedo e ainda fica satisfeito porque tem sempre sono atrasado.

A gente se acostuma para não se ralar na aspereza, para preservar a pele.

Se acostuma para evitar feridas, sangramentos, para poupar o peito.

A gente se acostuma para poupar a vida.

Que aos poucos se gasta, e que gasta de tanto se acostumar, e se perde de si mesma.

R ESUMO

Moreira, T. M. M. **Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial**: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza–Ceará. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Tese (Doutorado), 2003, 260 f.

A hipertensão arterial tem sido alvo de constantes estudos pela elevada incidência e dificuldade já demonstrada de adesão ao seu tratamento. Objetivamos desenvolver e avaliar uma tecnologia de cuidado ao paciente com dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão a partir dos pressupostos da teoria de King (1981), que favoreça a participação individual, interpessoal e familiar no cuidado, e o respeito às escolhas pessoais, interferindo positivamente no tratamento. Como pressuposto, a adesão ao tratamento da hipertensão arterial será favorecida pela enfermeira ao implementar uma tecnologia de cuidado sistêmica, que possibilite o envolvimento pessoal, interpessoal e social do paciente no tratamento. A pesquisa convergente-assistencial foi desenvolvida de maio de 2001 a maio de 2002 em uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza–Ceará, com 22 pacientes com dificuldades de seguimento terapêutico, acompanhados de um membro familiar. Desenvolvemos o acompanhamento dos pacientes por meio de consultas de enfermagem, reuniões em grupo, visitas domiciliares, observação participante e aplicação de instrumento de avaliação da adesão. A análise e interpretação dos dados descrevem o chegar ao lócus, à unidade de saúde, o encontro com a equipe de saúde local e a implementação da tecnologia de cuidado junto dos pacientes. Suas características sociodemográficas mostraram estar o grupo majoritário com idades entre 58 e 64 anos, e ter havido predominância do sexo feminino (15), de alfabetizados (8), casados (14), com renda mensal de um a dois salários mínimos (9) e de aposentados (13). Tivemos a descrição dos cuidados desenvolvidos com cada paciente a partir dos cinco diagnósticos de enfermagem encontrados: Controle ineficaz do regime terapêutico-individual, familiar e comunitário, Tensão devida ao papel de cuidador e Processos familiares interrompidos. Nas considerações, apresentamos a consolidação do alcance de metas, destacando a adesão inicial e final. Observamos que, com a implementação da tecnologia, houve melhoria nos comportamentos de adesão referentes ao consumo adequado de sal e gordura, à abstinência do tabagismo e alcoolismo, à utilização adequada dos fármacos e comparecimento às consultas agendadas, além do significativo incremento na adesão à prática regular de exercícios físicos e ao enfrentamento eficaz do estresse. Foi alcançada também a diminuição do Índice de Massa Corpórea (IMC) em onze pacientes, o abaixamento acentuado dos valores da pressão arterial, a diminuição dos valores de glicemia capilar e a redução da circunferência abdominal em seis pacientes. A eficácia da tecnologia de cuidado foi comprovada também pela verbalização dos pacientes sobre o processo, sendo realizadas inferências. Concluímos pelo desenvolvimento e avaliação da tecnologia que o pressuposto do estudo foi confirmado, repercutindo no cuidado dos pacientes, na possibilidade da equipe de saúde de participar do estudo e de modificar sua prática e no aprimoramento do conhecimento da pesquisadora.

UNITERMOS: Hipertensão, Cuidados de enfermagem, Tecnologia.

A BSTRACT

Moreira, T.M.M. **The technology of care reaching the adoption of high blood pressure treatment: developing and evaluating an experience in Fortaleza – Ceará.** Fortaleza: Federal University of Ceará. Thesis (doctorate), 2003, 260 f.

The high blood pressure has been a subject of study that shows a high incident and difficulties in adopting a procedure to treatment. This study aims to implement and evaluate a technological care for the patient against the difficulties earlier mentioned. It is based on King's theory in favoured to individual participation, interpersonal relationships, family care, respecting personal choices, all together improving the treatment. The technological care requires a systemic nursing to include social and personal relationship during the high blood pressure treatment. The assistance convergent research was developed from May of 2001 to May of 2002 in a family basic health care unit in Fortaleza-Ceará, with 22 patients with therapeutic treatment difficulty followed by one family member. We assisted the patient's treatment through nursing appointments, group meetings, home visits, participant observation and a data collection procedure, which was used to evaluate them. Data analysis described the health unity settings, the meeting with the local health team and the implementation of the technology of care for the patient. The majority of this group has the following social-demographic characteristics; they are at the age between 58 and 64 years, 15 females, 8 literacy persons, 14 married, 9 with a minimum wage and 13 are retired. We described the care for each patient from the following nursing diagnosis: Ineffective control of therapeutic care at individual, family and community level, tension as a caretaker, and interrupted family process. Finally we showed the reached target comparing the initial and final results. The implementation of this technology improved the patients' behaviour related to adequate use of salt and fat, quitting smoking and alcohol, following the correct procedures of the medicine prescription and higher frequency to appointments. Also there is an increase of physical exercises and this way they are better able to cope with stressful situations. Eleven patients reduced their corporal mass index and blood pressure, while six patients reduced their waist measure and glycaemia test (blood sugar). This technology of care also proved its efficacy, by means of patient's speech during the process. We conclude affirming that this technology works, effecting the care of the patient, the health team's participation in this study and to change the practice and knowledge of the researcher.

KEYWORDS: High blood pressure, Nursing care, Technology.

R ESUMEN

Moreira, T.M.M. **Tecnología de cuidado en la busca de una adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial: desarrollo y evaluación de una experiencia en Fortaleza - Ceará.** Fortaleza: Universidad Federal de Ceará. Tesis (Doctorado), 2003, 260 f.

La hipertensión arterial ha sido objeto de constantes estudios por su elevada incidencia y por su ya demostrada dificultad de adhesión al tratamiento. El objetivo fue desarrollar y evaluar una tecnología de cuidado al paciente con dificultad para adherir al tratamiento de hipertensión a partir de los presupuestos de la teoría de King (1981), que favorezca la participación individual, interpersonal y familiar en el cuidado, y el respeto a las opciones personales, interfiriendo positivamente en el tratamiento. Como presupuesto, tenemos que la adhesión al tratamiento de hipertensión arterial será favorecida por la enfermera al implementar una tecnología de cuidado sistémica que posibilite el involucramiento personal, interpersonal y social del paciente con el tratamiento. La investigación convergente asistencial fue desarrollada de mayo de 2001 a mayo de 2002 en una Unidad Básica de Salud de la Familia de Fortaleza-Ceará, con 22 pacientes con dificultades de seguimiento terapéutico, acompañados de un miembro de su familia. Desarrollamos el acompañamiento de los pacientes a través de consultas de enfermería, reuniones de grupo, visitas domiciliarias, observación participante y la aplicación de instrumentos de evaluación de la adhesión. El análisis e interpretación de los datos describe la llegada al locus, a la unidad de Salud, el encuentro con el equipo de sanitarios local y la implementación de la tecnología de cuidado junto con los pacientes. Sus características socio-demográficas mostraron que el grupo mayoritario estaba con edades comprendidas entre los 58 y los 64 años con predominio del sexo femenino (15), de alfabetizados (8), casados (14), con renta mensual entre uno y dos salarios mínimos (9) y jubilados (13). Tuvimos la descripción de los cuidados desarrollados a cada paciente a partir de los cinco diagnósticos de enfermería encontrados: Control ineficaz del régimen terapéutico- individual, familiar y comunitario, Tensión en el rol de cuidador y Procesos familiares interrumpidos. Al final, presentamos la consolidación de las metas alcanzadas, destacando la adhesión inicial y final. Se observó que con la implementación de la tecnología, mejoraron los comportamientos de adhesión relacionados al consumo adecuado de sal y grasas, a la abstinencia en el consumo de tabaco y alcohol, a la utilización de los fármacos y comparecencia regular a las consultas marcadas además de un significativo aumento en la adhesión a la práctica regular de ejercicios físicos y al enfrentamiento eficaz del estrés. Se alcanzó, además, la disminución del Índice de Masa Corporal (IMC) en once pacientes, reducción acentuada en los valores de presión arterial, además de disminución en los valores de glicemia capilar y reducción de la circunferencia abdominal en seis pacientes. La eficacia de la tecnología de cuidado fue comprobada además por las declaraciones de los pacientes acerca del proceso, obteniéndose conclusiones. Concluimos por el desarrollo y evaluación de la tecnología que el presupuesto del estudio fue confirmado, repercutiendo en el cuidado de los pacientes, en la posibilidad de que el equipo de sanitarios participe en el estudio y modifique su práctica y en el perfeccionamiento del conocimiento de la investigadora.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión, Cuidados de enfermería, Tecnología.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

1 CONCEPÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	23
2.1 Apresentando a Opção Teórica.....	24
2.2 Percurso Metodológico.....	42
2.2.1 Tipo e natureza do estudo.....	42
2.2.2 Fase de instrumentação do estudo.....	44
2.2.3 Fase de perscrutação.....	51
2.2.4 Fase de análise e interpretação dos dados.....	55
2.2.5 Aspectos éticos.....	55
2.2.6 Financiamento da pesquisa.....	56
3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	57
3.1 O Chegar ao Locus	58
3.2 O Chegar à Unidade de Saúde.....	59
3.3 O Encontro com a Equipe de Saúde Local.....	61
3.4 Implementando a Tecnologia de Cuidado Junto dos Pacientes.....	67
3.4.1 Características sociodemográficas dos pacientes.....	68
3.4.2 Dados das consultas de enfermagem e visitas domiciliares.....	72
3.4.3 Avaliação consolidada do alcance de metas decorrente da implementação da tecnologia de cuidado.....	191
3.4.4 Avaliação da tecnologia de cuidado pelos pacientes.....	210
3.5 Reflexões sobre a Tecnologia de Cuidado Desenvolvida.....	211
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	217
REFERÊNCIAS.....	223
APÊNDICES.....	233
ANEXOS.....	257

*L*ISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Imogene King.....	24
Figura 2 – Modelo conceitual de Imogene M. King.....	28
Figura 3 – Teoria de Alcance de Metas de King.....	35
Figura 4 – Mapa do Ceará por macrorregiões.....	45
Figura 5 – Mapa do Ceará por microrregiões.....	45
Figura 6 – Mapa de Fortaleza por Secretarias Executivas Regionais.....	45
Figura 7 – Tecnologia de cuidado desenvolvida e avaliada.....	52
Figura 8 – Estrutura física de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).....	59
Figura 9 – Tratamento da hipertensão arterial.....	199
Figura 10 – Decisão terapêutica baseada na estratificação de risco e níveis de pressão.....	200
Figura 11 – Processo de interação humana enfermeira/paciente.....	212

*L*ISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Portadores de hipertensão cadastrados e atendidos na unidade, jan./maio 2001.....	47
Quadro 1 – Relação entre o processo de enfermagem proposto por King (1981) e a pesquisa convergente-assistencial (TRENTINI e PAIM, 1999).....	51
Quadro 2 – Relação entre obesidade e risco de co-morbidade, Organização Mundial da Saúde (OMS), 1998.....	204
Quadro 3 – Pacientes segundo circunferência abdominal e de quadril, Fortaleza-CE, 2002.....	208
Quadro 4 – Classificação de riscos considerando a relação cintura/quadril para homens e mulheres.....	209
Gráfico 1 – Pacientes segundo adesão inicial e final ao tratamento da hipertensão arterial, Fortaleza-CE, 2002.....	191
Gráfico 2 – Pacientes segundo Índice de Massa Corpórea (IMC), Fortaleza-CE, 2002.....	203
Gráfico 3 – Pacientes segundo cifras de pressão arterial, Fortaleza-CE, 2002.....	205
Gráfico 4 – Pacientes segundo glicemia capilar pós-prandial, Fortaleza-CE, 2002.....	207



CAPÍTULO 1

CONCEPÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Os homens fariam muitas coisas, se não julgassem tantas coisas impossíveis.

(Malecherbes)

1 CONCEPÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) tem se destacado mundialmente, exigindo o enfrentamento de dificuldades no direcionamento de ações para a promoção da saúde que contemplem seu controle. Nas tendências epidemiológicas recentes, as doenças cardiovasculares têm sobressaído por elevados índices e complexidade de controle. O número de mortes por doenças cardiovasculares cresce a cada ano e é maior que o de todas as outras causas de morte juntas, incluindo-se câncer, AIDS e outras doenças infecciosas, acidentes e homicídios, tanto para homens como para mulheres (ORNISH, 1993; BARRETO e CARMO, 1998).

No Brasil, a situação não foge à regra. Segundo Lessa (1998), o estabelecimento desse quadro epidemiológico em nosso país sofreu influência de vários fatores, entre os quais o aumento da expectativa de vida, com conseqüente maior número de idosos, o processo de industrialização das últimas décadas, que favoreceu o êxodo rural e a alta taxa de urbanização, levando à aquisição de hábitos nocivos à saúde, associado ao abandono de outros favoráveis, além de variáveis como a idade, sexo, grau de instrução e inserção dos indivíduos no sistema de produção. Mas a doença cardiovascular pode ser revertida e, principalmente, evitada.

Entre as doenças cardiovasculares, chama a atenção a hipertensão arterial, síndrome de caráter crônico caracterizada pela presença de níveis elevados de pressão arterial (PA), associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos (CONSENSO, 1998). A hipertensão

1 CONCEPÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) tem se destacado mundialmente, exigindo o enfrentamento de dificuldades no direcionamento de ações para a promoção da saúde que contemplem seu controle. Nas tendências epidemiológicas recentes, as doenças cardiovasculares têm sobressaído por elevados índices e complexidade de controle. O número de mortes por doenças cardiovasculares cresce a cada ano e é maior que o de todas as outras causas de morte juntas, incluindo-se câncer, AIDS e outras doenças infecciosas, acidentes e homicídios, tanto para homens como para mulheres (ORNISH, 1993; BARRETO e CARMO, 1998).

No Brasil, a situação não foge à regra. Segundo Lessa (1998), o estabelecimento desse quadro epidemiológico em nosso país sofreu influência de vários fatores, entre os quais o aumento da expectativa de vida, com conseqüente maior número de idosos, o processo de industrialização das últimas décadas, que favoreceu o êxodo rural e a alta taxa de urbanização, levando à aquisição de hábitos nocivos à saúde, associado ao abandono de outros favoráveis, além de variáveis como a idade, sexo, grau de instrução e inserção dos indivíduos no sistema de produção. Mas a doença cardiovascular pode ser revertida e, principalmente, evitada.

Entre as doenças cardiovasculares, chama a atenção a hipertensão arterial, síndrome de caráter crônico caracterizada pela presença de níveis elevados de pressão arterial (PA), associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos (CONSENSO, 1998). A hipertensão

arterial tem sido alvo de constantes estudos em virtude da sua elevada incidência na população, pois se estima que 20% da população adulta mundial, das quais 20 milhões de pessoas no Brasil, tenham níveis elevados de pressão arterial (DIRETRIZES, 2002), e em decorrência da dificuldade já demonstrada e comentada de adesão ao seu tratamento (GUERRA, 1998; LESSA, 1998; MOREIRA, 1999).

Nosso interesse pelo tema decorre de inquietações ao longo de quase seis anos de participação ativa no Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão “Cuidado em Saúde Cardiovascular”. No cotidiano desse projeto, convivemos com a apreensão dos pacientes diante da necessidade de adesão terapêutica, os quais demonstraram dificuldades pessoais, interpessoais e sociais no lidar com essa exigência.

Com o ingresso no curso de Mestrado em 1998, desenvolvemos trabalhos que ampliaram e aprofundaram o conhecimento sobre o tema, o que culminou na elaboração da dissertação (MOREIRA, 1999). Esta revelou a necessidade de uma abordagem interativa e sistêmica do contexto vivenciado por esses pacientes, apontando a fragilidade da relação profissional de saúde/paciente como um motivo prioritário à não-adesão ao tratamento (MOREIRA e ARAUJO, 2001; MOREIRA e ARAUJO, 2002a).

Quando da investigação de pesquisas denotadoras de tal conduta, encontramos poucos estudos a respeito, porquanto a maioria relatava as dificuldades em conseguir a adesão, sem, no entanto, apontar soluções. Apesar do reconhecimento da importância do papel da enfermeira no processo de adesão, segundo Guerra (2002), tal prática não tem se mostrado transformadora da qualidade de saúde dos portadores de hipertensão, pois os índices de não-adesão e complicações decorrentes desta se mantêm bastante elevados.

Ao criar uma estrutura conceitual do processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, Araújo (2002) descreveu os antecedentes de adesão: relacionados ao paciente (variáveis sociodemográficas, conhecimento e crenças sobre a doença, apoio familiar e social), à terapêutica (farmacológica e não-farmacológica) e aos sistemas de saúde (estrutura dos serviços e processo de atendimento). Como atributos da adesão, a autora refere a participação ativa no tratamento (uso correto dos fármacos, monitoramento do tratamento e comparecimento pontual aos retornos agendados) e a realização de mudanças no estilo de vida (seguimento do regime dietético prescrito, práticas regulares de atividades físicas e monitoramento do estresse), a apresentarem como consequência o controle da pressão arterial, a redução na incidência ou retardamento na ocorrência de complicações e a melhoria da qualidade de vida.

Para Araújo, T. (1999), convencer certos pacientes de que a hipertensão é doença séria e que requer tratamento torna-se difícil em decorrência de sua natureza assintomática, a qual complica ainda mais seu controle. A esse fato, acrescenta-se a necessidade de ser imprescindível a inclusão de medidas relacionadas a mudanças no estilo de vida e ao uso de medicamentos, pois estas requerem participação ativa do paciente por longo período de tempo.

Estudo realizado por Matias, Araújo e Moreira (1998) em serviço de referência no atendimento de doenças cardiovasculares no Ceará demonstrou, em 17% do total de 700 prontuários matriculados no período de junho a dezembro de 1996, um percentual de 68% de não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial, índice superior ao exposto na literatura.

A melhoria na obtenção da adesão ao tratamento da hipertensão arterial é um dos grandes desafios enfrentados atualmente pelos profissionais de saúde nos serviços. Prevenir seqüelas decorrentes dessa doença envolve

orientação com vistas a se processar mudanças, cuja consecução é lenta, necessitando de continuidade em sua implementação e que se discuta a percepção dos pacientes sobre esse processo.

É necessário considerar as peculiaridades individuais e contextuais na relação paciente/profissional/família, devendo ser valorizada a satisfação destes com a terapêutica. As razões que levam um indivíduo a seguir ou não recomendações terapêuticas profissionais trazem à tona o contexto no qual está inserido e sua integralidade como ser humano (STUCHI, 1999).

Com base no exposto, revelou-se a necessidade de pesquisas nessa área, levando ao desenvolvimento de vários estudos no decorrer do curso de Doutorado (MOREIRA e ARAUJO, 2002b; MOREIRA et al., 2002; MOREIRA, ARAUJO e PAGLIUCA, 2001), identificando-se a dificuldade das enfermeiras no desenvolvimento de uma tecnologia de cuidado junto destes pacientes, o que se tornou questão central de nossa tese.

Ao mesmo tempo, com o desenvolvimento destes estudos, iniciamos no começo de 2001 atividades como enfermeira na emergência de um hospital municipal, o que possibilitou o convívio com muitos pacientes em crise hipertensiva, alguns dos quais evoluindo para complicações e óbito, demonstrando a insuficiência das ações de atenção primária para controlar tal condição.

O fato de ingressarmos, em abril de 2002, como professora substituta na disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará ampliou significativamente nossa compreensão sobre o cuidado de enfermagem a adultos, reforçando a percepção da necessidade do desenvolvimento de tecnologia de cuidado aos pacientes portadores de hipertensão arterial.

O ingresso como professora assistente nas disciplinas Enfermagem em Saúde Coletiva I e II do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) alargou nossa compreensão do processo saúde/doença, da política de saúde brasileira e das deficiências no programa de controle da hipertensão no país. Conforme observações gerais, o programa do Ministério da Saúde no combate às doenças cardiovasculares visa, sobretudo, a detecção precoce e controle dessas doenças. Tem sido incrementado principalmente a partir de 1996, havendo muito a pesquisar e organizar nessa área (LESSA, 1998). Diante dessa realidade, o objetivo das pesquisas deve ser o de alcançar e ampliar o tratamento recomendado por esse ministério.

A enfermeira ao atuar junto destes pacientes precisa desenvolver o cuidado fundamentado em pressupostos que envolvam o paciente, detectando necessidades possíveis de ser atendidas (MACIEL, 2000). No entanto, ao estabelecer um programa terapêutico, a motivação do indivíduo para participar desta conduta é fundamental. Medidas de orientação isoladas não bastam para que os sujeitos mudem seu comportamento. Há necessidade de utilização de tecnologia de cuidado no intuito de favorecer a incorporação de atitudes propiciadoras do controle da doença.

Nietsche (2000: 52) apresenta o saber de enfermagem como uma tecnologia emancipatória ainda em construção e define tecnologia como:

Resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos/saberes ordenados, organizados e articulados, para o emprego do processo de concepção, elaboração, planejamento, execução/operacionalização e manutenção de bens materiais e simbólicos e serviços produzidos e controlados pelos seres humanos, com uma finalidade prática específica. Deve, portanto, gerar conhecimentos a serem socializados, dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la uma abordagem científica. Pela tecnologia também se apresenta uma proposição ou explicação de um modo de fazer.

O atendimento do paciente pela enfermeira com base na adoção de uma tecnologia de cuidado adequada favorece a humanização do cuidado, no qual o paciente, a enfermeira e a família estão inseridos como agentes.

Compreendemos a tecnologia de cuidado como resultado de processos concretizados a partir tanto da assistência de enfermagem para alcance das metas mútuas entre paciente, família, comunidade e enfermeira como da pesquisa na enfermagem, para o desenvolvimento de um conjunto de saberes ordenados, organizados e articulados durante a concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação de dados que envolvem pensar e fazer o cuidado de enfermagem aos seres humanos, com uma finalidade prática específica. Deve apresentar uma proposição/explicação detalhada de um modo de fazer, gerando conhecimentos a serem socializados, dominando processos e expondo a assistência de enfermagem como abordagem científica, com planejamento, implementação e avaliação do cuidado pela enfermeira, propiciando as melhores condições possíveis para favorecer o desenvolvimento humano.

É importante ressaltar que uma abordagem holística deve ser desenvolvida por todos os profissionais de saúde, e estes precisam contar com a colaboração individual e familiar. Ao se propor um esquema terapêutico, é necessário dar ao paciente a oportunidade de expor suas preferências e necessidades em relação ao tratamento. Moreira (1999) afirma que o envolvimento do paciente com hipertensão em seu autocuidado deve estar presente em todas as fases da doença. Uma abordagem a envolver as necessidades, crenças, valores e compromissos do paciente e família com a saúde é imprescindível à adequada adesão ao tratamento.

Conforme Lessa (1998), ao citar o relatório realizado pelo Comitê do National Institute of Health nos Estados Unidos da América sobre hipertensão

arterial, em 1993, as recomendações sugerem que haja discussão com o paciente sobre a estratégia para modificação do estilo de vida e escolha da dieta, incentivo para discussão de dúvidas existentes, reforço aos resultados positivos apresentados pelo paciente e procura da educação de membros da família no intuito de contribuir com o paciente para sua adesão ao tratamento. Enfatizam que o paciente deve ser educado quanto à sua condição e tratamento, seu regime deve ser individualizado, recebendo reforço psicológico, suporte social e colaboração dos profissionais de saúde.

Todo este contexto tem nos levado a constantes questionamentos sobre: Como a enfermeira pode facilitar o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial? O estudo será centrado sobre o trabalho da enfermeira, embora saibamos não envolver o tratamento da hipertensão arterial apenas essa profissional, mas também o médico, o dentista, a nutricionista, a assistente social, entre outros. Isso nos leva a questionar também que expectativa de êxito haverá se for modificada a atuação somente deste profissional. Obter respostas para estas questões poderá propiciar o estabelecimento de um cuidado holístico a esse paciente.


Dessa maneira, embasada na experiência em pesquisas congêneres, formulamos para este estudo o seguinte objetivo geral: Desenvolver e avaliar uma tecnologia de cuidado ao paciente com dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão arterial a partir dos pressupostos da Teoria de Alcance de Metas de Imogene King (1981), capaz de favorecer a participação individual, interpessoal e familiar no cuidado, e o respeito às escolhas pessoais, interferindo positivamente no tratamento. E como objetivos específicos: 1. Identificar nos participantes os fatores relacionados com a dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão; 2. Estipular, em interação com o paciente, metas a serem alcançadas no tratamento; 3. Averiguar, a partir do contexto e visão pessoal, interpessoal e social do paciente e enfermeira,

meios efetivos de favorecimento ao alcance da adesão ao tratamento;

4. Desenvolver, à luz da teoria de King, intervenções de enfermagem que otimizem o alcance de metas relacionadas à melhoria da adesão terapêutica;
5. Avaliar o alcance de metas decorrente da implementação da tecnologia de cuidado.

Como pressuposto, a adesão ao tratamento da hipertensão arterial será favorecida pela enfermeira ao implementar uma tecnologia de cuidado sistêmica, que possibilite o envolvimento pessoal, interpessoal e social do paciente no tratamento. Sua comprovação poderá contribuir para o planejamento e implementação de ações de saúde mais próximas da percepção de tempo e espaço do paciente, facilitando a eficácia de ações.

A importância do estudo se deve ao fato de, ao trabalhar com o estabelecimento de metas a serem alcançadas, encorajar os pacientes a seguir o tratamento, apoiados pelos profissionais de saúde e família. Esse encorajamento, ao atingir o controle da doença, prevenirá complicações, diminuirá a mortalidade dos pacientes e os gastos por parte do Sistema Único de Saúde (SUS). A interação entre as esferas pessoal, interpessoal e social é determinante nesse processo, pois o paciente deverá ser compreendido como um todo, único, em interação dinâmica com os sistemas comunicantes.



CAPÍTULO 2

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Competente é aquele que sabe pensar sua prática e dela sempre aprende a aprender e não aquele que a reproduz.

(Demo, 1995)

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 Apresentando a Opção Teórica

Ao partir dos questionamentos já expostos, optamos por trabalhar com a Teoria de Alcance de Metas de Imogene M. King (Figura 1). Esta repousa sobre um Modelo Conceitual de Sistemas criado pela teorista, a qual preceitua a existência dos Sistemas Pessoal, Interpessoal e Social inseridos em uma rede de conceitos que os delimita.



Figura 1 – Imogene King (<http://hsc.usf.edu/PUBAFF/news96/0201.html>, em 11/2/2001)

Ackermann et al. (1994), relatando sucinta biografia de Imogene King, referem que ela obteve o diploma em Enfermagem em 1945 pela St. John's Hospital School of Nursing, em St. Louis, Missouri. Em 1948, recebeu o grau de Bacharel em Ciências da Educação em Enfermagem pela St. Louis University. De 1947 a 1958, exerceu o cargo de Diretora Assistente da St. John's Hospital School of Nursing, onde trabalhou também como instrutora em enfermagem médico-cirúrgica. Em 1957, recebeu o título de Mestre em Ciências da Enfermagem pela St. Louis University e, em 1961, o grau de

Doutor em Educação pelo Teacher's College, da Columbia University, New York. Em 1980, foi condecorada com o título honorário de Ph.D. pela Southern Illinois University. Trabalhou como docente de enfermagem em Chicago (1961 a 1966); como Assistente Chefe de Pesquisa na Divisão de Enfermagem do Department of Health, Education and Welfare, em Washington - D.C. (1966 a 1968); como Diretora da School of Nursing da Ohio State University, Columbus (1968 a 1972); como docente do programa de pós-graduação da Loyola University, Chicago (1972 a 1980); e como Coordenadora de Pesquisa em Enfermagem, no Departamento de Enfermagem do Loyola Medical Center, Chicago (1978 a 1980). Frey e Sieloff (1995) citam King mais recentemente como Professora Emérita do College of Nursing da University of South Florida, em Tampa - Flórida, onde tem atuado como conferencista convidada sobre sua teoria, consultora de diversos estudos que testam suas formulações e como recurso pessoal para assessoria de doutorandas que desenvolvem teorias a partir de sua estrutura conceitual.

Os conceitos de seu modelo foram utilizados para compreender o comportamento de não-adesão de pacientes ao tratamento da hipertensão arterial em nossa dissertação de mestrado e a utilização dessa teoria foi testada em estudo de caso (MOREIRA e ARAUJO, 1999), revelando que o tratamento da hipertensão deve se basear em um foco educacional e assistencial, de cunho interacionista, pelas alterações ocorridas no sistema pessoal, interpessoal e social, em decorrência das limitações trazidas pela doença e seu tratamento.

A teoria de King foi escolhida em virtude da sua abordagem sociológica do cuidado ao paciente, inserindo o cuidado em um contexto de relações interpessoais e sociais. Assim, as metas foram propostas em uma

abordagem sociologicamente construída, pois não se estabelecem metas para outros se estes não desejam alcançá-las.

Desse modo, a Teoria de Alcance de Metas de King (1981) foi considerada adequada ao trato de pacientes com hipertensão com dificuldades de seguimento terapêutico por adotar como base às intervenções de enfermagem o estabelecimento de metas comuns entre enfermeira e paciente, visando controlar as alterações advindas da doença, do seu tratamento e das vivências pessoais, interpessoais e sociais passíveis de levar à não-adesão. Para Frey e Norris (1997), a viabilização de aplicação desta teoria na prática é um fato inegável e fornece uma estrutura na qual o pensamento crítico da enfermeira é apoiado.

Segundo King (1981), **saúde** é o ajuste contínuo a estressores no ambiente interno e externo por otimização de recursos pessoais para alcançar o potencial máximo para viver. Nessa são determinados três sistemas: pessoal, interpessoal e social.

Sistema pessoal: é o tipo de sistema compreendido por determinado indivíduo em um ambiente. Ou seja, a enfermeira é um sistema total, e o indivíduo, como pessoa, também é um ser total. Esse sistema engloba conceitos de percepção, *self*, imagem corporal, crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço.

Sistema interpessoal: é formado pelo agrupamento de indivíduos em díades, tríades e em pequenos e grandes grupos. Existem vários tipos de sistemas interpessoais; um destes é o sistema enfermeira/paciente. Nele são englobados os conceitos de papel, interação, comunicação, transação e estresse.

Sistema social: é caracterizado pelo ajuntamento de grupos com interesses e necessidades especiais os quais formam organizações e compõem

unidades e sociedades. Alguns exemplos de sistemas sociais são a família, grupos religiosos ou de convicção, sistemas educacionais e de trabalho. Os conceitos relacionados a este sistema são: organização, autoridade, poder, *status* e tomada de decisão.

King (1981) conceitua a **enfermagem** como percepção, pensamento, relacionamento e ação, lado a lado com o comportamento dos indivíduos que vêm ao ambiente imediato e à realidade espacial e temporal integrantes de uma situação de enfermagem. Nessa, a enfermeira e o paciente estabelecem uma relação de tolerância dos estados de saúde e ajuste a atividades de mudança na vida diária, se a situação assim exigir. Dessa maneira, a enfermagem é um processo de ação, reação, interação e transação por meio do qual são fornecidas informações sobre suas percepções e as do paciente na situação de enfermagem.

Para King (1981), a meta da enfermagem é ajudar o indivíduo a manter sua saúde com vistas a desempenhar seus papéis. Conforme a autora, as funções das enfermeiras são ensinar, aconselhar e guiar indivíduos e grupos, ajudando-os a manter a saúde. Sua estrutura teórico-conceitual se baseia no fato de ser o foco da enfermagem o cuidado de **seres humanos**, os quais são sistemas abertos que permanecem em interação com o meio ambiente e as pessoas ao redor. Considera serem enfermeiras e pacientes seres humanos reativos, a interagir em situações específicas para alcançar metas predeterminadas. A autora não detém sua preocupação apenas sobre o paciente hospitalizado e afirma que enfermeiras cuidam de indivíduos com doenças crônicas e dos necessitados de reabilitação para ajudá-los a utilizar sua habilidade potencial total.

Quanto ao conceito de **ambiente/sociedade**, a teórica o considera importante em sua estrutura, embora não o defina especificamente em seu

trabalho (GEORGE, 2000). Moreira, Araujo e Pagliuca (2001) afirmam não haver delimitação clara do contexto em que se desenvolve a teoria interacionista de King, se no hospital ou na comunidade, deixando margem à suposição de ser a aplicação dessa teoria possível em mais de um ambiente, não se restringindo a um único contexto.

Segundo Frey (1995), ao estudar pessoas com doenças crônicas a partir da estrutura de King (1981), os conceitos deste modelo são importantes teoricamente, relevantes clinicamente e providenciam melhor entendimento das pessoas como sistemas pessoais; ressalta, ainda, como os sistemas pessoais influenciam o comportamento e a saúde, contribuindo o conhecimento destes fatores para as ações de enfermagem. Assim, a saúde/doença no ser humano é determinada pela interação dos três sistemas.

King (1981) identifica seu modelo de sistemas abertos e intercomunicantes da seguinte forma:

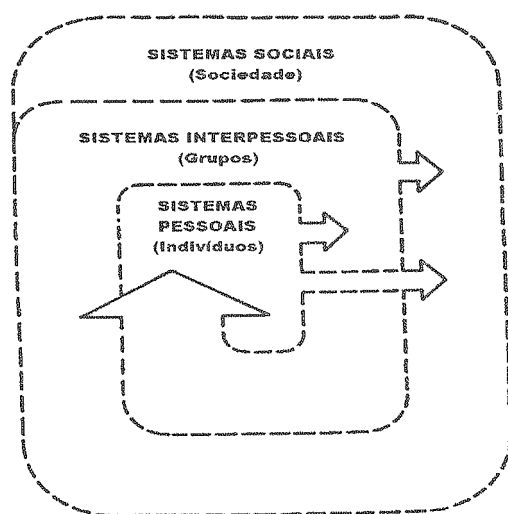


Figura 2 – Modelo conceitual de Imogene M. King (Reproduzida de KING, 1981:11)

Os conceitos relacionados no sistema pessoal, interpessoal e social fornecem uma rede sobre a qual repousa o modelo, traçando um emaranhado teórico-conceitual delimitante de cada sistema, em interação com os demais, garantindo o equilíbrio a indivíduo e grupos. Pela experiência anterior com a

teoria, descreveremos a seguir como os conceitos de King são definidos e como surgem na abordagem a pacientes com não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial em cada um dos sistemas. Vejamos, inicialmente, os conceitos do sistema pessoal:

•Percepção: é a representação do real de cada ser humano (KING, 1981).

O conceito de percepção de King (1981) foi identificado por Moreira (1999), em pacientes com não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial, como ligado à descoberta da doença, que se deu por acaso, justificando sintomas e por meio de procura deliberada. Essa relação é decorrente do modo como o paciente percebe a doença e a representa na realidade a partir das informações a ele disponíveis.

•*Self* ou *eu*: é a concepção que o indivíduo tem de quem e do que ele é (KING, 1981).

No conceito de *self*, Moreira (1999) percebeu acharem-se as respostas e sentimentos do paciente ao tratamento associadas ao conceito de *eu*, revelando como sentimentos: gostar e gostar parcialmente do tratamento, às vezes cansar do tratamento, não conseguir e não querer fazê-lo.

•Crescimento e desenvolvimento: são os processos de vida dos indivíduos (KING, 1981).

O conceito de crescimento e desenvolvimento de King esteve relacionado às respostas à descoberta da doença e aos mecanismos utilizados em seu enfrentamento, quais sejam: preocupação e abuso, medo da morte, modificação ou manutenção do estilo de vida. Observamos presença ou não de mudanças de comportamento nos indivíduos com dificuldades de adesão, indicando maior ou menor grau de desenvolvimento, embora não tenha sido mostrada freqüente associação com a idade, pois os idosos, que são maioria

entre os pacientes com hipertensão, podem ter dificuldades na aquisição de novos hábitos (MOREIRA, 1999).

- Imagem corporal: é como o paciente percebe seu corpo e as reações dos outros a ele (KING, 1981).

Quanto a esse conceito, Moreira (1999) não encontrou muitos indícios que relacionassem modificação da imagem corporal após a doença, mas muitos denotaram temor em relação às seqüelas subseqüentes a esta. A imagem corporal apareceu relacionada ao temor de acidente vascular cerebral (AVC), infarto ou derrame.

- Espaço: é definido pela sua área física e pelos comportamentos dos que o ocupam, diferindo do sistema pessoal porque este não tem limites visíveis (KING, 1981).

Sobre o conceito de espaço, encontramos a associação com a descrição do ambiente caseiro e de vizinhança, referindo-se ao relacionamento do paciente em sua casa (MOREIRA, 1999).

Segundo King (1997), o modo como as pessoas percebem o espaço influencia em como elas se comportarão em certas situações. A distância espacial cresce com as diferenças de *status* e diminui com o aumento de interação. Pode-se inferir distância na relação paciente/profissional de saúde pela existência de uma escrivadinha entre eles, ou pela disponibilidade de acomodações melhores ao profissional, como uma cadeira mais alta, gerando distância. Trabalhar em grupos ou sentar em círculos pode aumentar esse vínculo.

- Tempo: é a duração entre acontecimentos, uma experiência única do *self*. É universal e inerente aos processos de vida, seguindo o fluxo rítmico dos eventos (KING, 1981).

Nesse conceito, Moreira (1999) percebeu como dificuldades individuais de adesão a falta de tempo do paciente e a rapidez na realização da consulta.

Com o aumento do número de indivíduos, cresce a complexidade das relações, conforme ocorre no sistema interpessoal, que compreende os conceitos:

- **Interação:** refere-se aos comportamentos observáveis em grupos, em presença mútua (KING, 1981).

Para Moreira (1999), o conceito de interação humana prevê o estabelecimento de relacionamentos interpessoais, refletindo a efetividade dessas interações no alcance de metas pelo paciente. O relacionamento do profissional de saúde com o paciente e com sua família constitui uma estrutura na qual a interação humana é o conceito-chave a ser destacado no desenvolvimento de nossa tecnologia de cuidado.

- **Comunicação:** é o intercâmbio de pensamentos e opiniões entre indivíduos (KING, 1981).

Esse conceito foi encontrado na interação com o profissional de saúde, que muitas vezes se mostrou ineficaz, gerando dificuldade na implementação de ações de saúde. Além disso, o atraso na consulta e a orientação do profissional desvinculada da realidade do paciente foram fatores agravantes do déficit comunicativo (MOREIRA, 1999).

A comunicação é importante na busca da adesão. Para Littlejohn (1988), a comunicação resulta em mudança e esta se origina de condições na pessoa e na mensagem e ocorre em atitudes, valores e comportamentos inter-relacionados. Um importante aspecto da comunicação interpessoal é o fato de estabelecer relações nas quais ocorrerá interação e conseqüente percepção do outro. O espaço comunicacional compreende a fala (expressão verbal), gestos, lugar onde se dá a inter-relação, o olhar e o escutar.

Conforme observado por Moreira (1999), na comunicação entre o profissional de saúde e o paciente com não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial há um vazio que impede a interação efetiva.

Da experiência com a utilização da teoria, veio a percepção de relativa limitação do conceito de comunicação de King, havendo teorias mais amplas e aprimoradas nesse âmbito. Como o interesse do estudo não se restringe especificamente ao aspecto comunicativo, isso não inviabiliza a utilização da teoria, a qual poderá ser apoiada nesse aspecto por outros autores, se necessário.

• **Transações:** são comportamentos humanos dirigidos a metas (KING, 1999).

O interagir do profissional de saúde com o paciente com vistas ao alcance de metas está associado ao conceito de transação dessa teoria, denotando necessidade de seu aprimoramento na prática (MOREIRA, 1999). Para King (1981), as transações são únicas, pois o indivíduo tem o mundo dele, sua realidade baseada em suas percepções. Transações podem ser observadas em situações de interações concretas, com componentes comunicativos. São influenciadas pelas variáveis da situação, experiências passadas e pelas percepções dos indivíduos sobre a realidade. Assim, ao invés de tentar impor seus valores ao paciente, o profissional deve encontrar algo comum para interagir com ele e promover a transação.

• **Papel:** como constructo, é pertinente em cada um dos três sistemas em interação dinâmica no modelo. No interpessoal, identifica relações interativas e modos de comunicação (KING, 1981).

Papel foi encontrado por Moreira (1999) na ajuda recebida de membros familiares pelo paciente, desenhando um cenário familiar muito relacionado com o tratamento.

Nesse conceito, poderia também ser investigado o papel do profissional e do paciente na relação interpessoal firmada por ocasião do tratamento.

- Estresse: é a dinamicidade pela qual *self* e ambiente interagem para alcançar o equilíbrio (KING, 1981).

Esse conceito foi identificado nas dificuldades cotidianas do paciente, trazendo à tona o conflito e a depressão vivenciados por estes pacientes, o que os deixa expostos à doença e impotentes diante dela (MOREIRA, 1999).

A seguir serão apresentados os conceitos relacionados ao sistema social, a ocorrer em um limite organizado de papéis, comportamentos e práticas desenvolvidas para manter valores e mecanismos de regulação dessas reações. São eles:

- Organização: é um sistema onde se realizam atividades visando alcançar metas. A estrutura de uma organização provê ordem de posições e atividades com a inclusão de tamanho, complexidade e arranjos, formais ou não. As organizações formais provêem regras para nomear atividades específicas a cada posição. As informais constituem grupos com interesses comuns que desenvolvem suas normas (KING, 1981).

O conceito de organização esteve ligado a grupos dos quais o paciente participa, com estrutura, funções e viabilização de recursos para o alcance de metas (MOREIRA, 1999).

- Autoridade: é o poder para tomar decisões capazes de orientar as ações do *self* e de outros (KING, 1981).

Esse conceito foi associado às relações críticas vivenciadas pelo paciente, mostrando a autoridade na sociedade, provendo ordem, direção e responsabilidade de ações. Algumas vezes essa autoridade foi reduzida em

virtude da descoberta da doença e da instituição do tratamento (MOREIRA, 1999).

- Poder: representa o processo por meio do qual uma ou mais pessoas influenciam outras em determinada situação (KING, 1981).

O poder foi percebido no paciente com dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão arterial como a interferência dos seus relacionamentos interpessoais e sociais sobre sua vida (MOREIRA, 1999). O poder emana da autoridade, constituindo, de acordo com King (1981), uma de suas características.

- *Status*: é como a posição de um indivíduo em um grupo é percebida por outros.

Nesse conceito, Moreira (1999) encontrou associação de pessoas influentes na vida do paciente, relacionando-as com posição e classe socioeconômica.

- Tomada de decisão: é o ato de fazer julgamentos que afetam ações cotidianas (KING, 1981).

O estudo possibilitou identificar a maneira como se opera o enfrentamento da doença pelos pacientes, de forma dinâmica e sistemática, com comportamentos dirigidos a metas viabilizadoras do controle da doença pelo tratamento ou o abandono deste (MOREIRA, 1999).

Tal processo envolve a situação de não-adesão, para a qual se definirá sua resolução, analisando fatos e selecionando os meios para o alcance das metas, considerando riscos, obstáculos, ganhos, perdas, tempo e limitação de recursos. A efetividade da tomada de decisões é avaliada pelo alcance de metas com menor quantia de dinheiro, energia e perturbação nos sistemas.

Após estudar o modelo conceitual de King e compreender sua relação com o cotidiano de pacientes com não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial, passemos à descrição da Teoria de Alcance de Metas (KING, 1981).

Segundo refere King (1997), a meta da utilização de sua teoria é alcançar a saúde, enquanto as funções de seus sistemas são verificar ou observar nas relações recíprocas de indivíduos como eles interagem e fazem transações com outras pessoas. Por meio do conhecimento da Teoria de Alcance de Metas, King (1981) afirma ser possível implementar uma prática com fundamentação teórica para desenvolver a qualidade do cuidado aos indivíduos em hospitais, unidades de cuidado à saúde e nas famílias. Na figura 3 sua teoria é descrita.

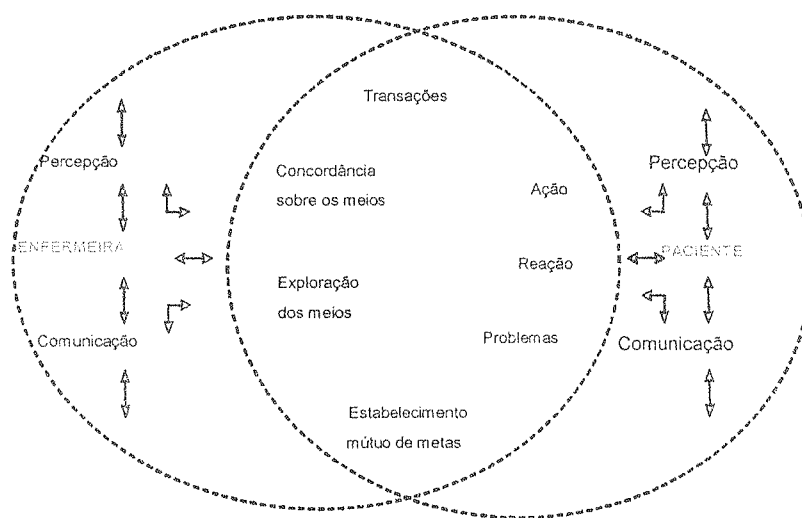


Figura 3 – Teoria de Alcance de Metas de King (Reproduzida de KING, 1981: 157).

De acordo com King (1981), sua estrutura conceitual e sua teoria estão embasadas no pressuposto filosófico geral de que os seres humanos em interação com o ambiente são o foco da enfermagem. A partir disso, estabelece para os seres humanos os pressupostos específicos de que são sociais, sensíveis, racionais, reagentes, perceptivos, controladores, intencionais, orientados na ação e no tempo.

Já quanto às interações enfermeira/paciente, os pressupostos específicos são os de que:

- As percepções da enfermeira e do paciente influenciam o processo de interação.
- As metas, necessidades e valores da enfermeira e do paciente influenciam o processo de interação.
- Os indivíduos têm o direito ao conhecimento sobre si próprios.
- Os indivíduos têm o direito de participar em decisões que influenciem sua vida, sua saúde e os serviços comunitários.
- Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de compartilhar informações que ajudem os indivíduos a tomar decisões sobre seu cuidado à saúde.
- Os indivíduos têm o direito de aceitar ou rejeitar o cuidado à saúde.
- As metas dos profissionais de saúde e as metas do paciente podem ser discordantes, mas esses profissionais têm a responsabilidade de coletar informações relevantes e fidedignas sobre as percepções dos pacientes, de modo que suas metas e as deles sejam congruentes (KING, 1992).

Os conceitos principais da teoria são interação, percepção, comunicação, transação, *self*, papel, estresse, crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço. Esses conceitos foram inter-relacionados por King (1981) por meio das seguintes proposições:

- Se a acurácia perceptual está presente nas interações enfermeira/paciente, ocorrerão transações.
- Se a enfermeira e o paciente fazem transações, as metas serão alcançadas.
- Se as metas são alcançadas, ocorrerão satisfações.

- Se as metas são alcançadas, se verificará cuidado de enfermagem eficaz.
- Sendo feitas transações nas interações enfermeira/paciente, o crescimento e desenvolvimento serão impulsionados.
- Se as expectativas e o desempenho de papel são percebidos pela enfermeira e paciente como congruentes, haverá transações.
- Se a enfermeira, o paciente, ou ambos experienciam conflito de papel, ocorrerá estresse nas suas interações.
- Se enfermeiras com conhecimentos e habilidades especiais comunicam informações apropriadas ao paciente, acontecerá estabelecimento mútuo e alcance de metas.

A teoria de King (1981) está relacionada à análise de interações enfermeira/paciente. Estas conduzem ao alcance de metas nos ambientes naturais onde ocorrem. A autora identifica como critérios determinantes dos limites internos da teoria:

- A enfermeira e o paciente são, usualmente, desconhecidos um do outro.
- A enfermeira está legalmente habilitada para exercer a profissão.
- O paciente necessita dos cuidados dispensados pela enfermeira.
- A enfermeira e o paciente se encontram em um relacionamento recíproco, em que ela dispõe de conhecimentos e habilidades especiais para comunicar informações pertinentes, de modo que ajude o paciente a estabelecer metas; o paciente dispõe da informação sobre si próprio e de percepções sobre seus problemas ou preocupações, que, quando comunicados à enfermeira, ajudarão no estabelecimento mútuo de metas.
- A enfermeira e o paciente estão em presença mútua, interagindo intencionalmente para alcançar metas.

King (1981) estabeleceu como critérios determinantes dos limites externos da teoria:

- interações em grupo de duas pessoas;
- interações limitadas a enfermeiras legalmente habilitadas e a pacientes que necessitam cuidado de enfermagem;
- interações ocorrendo em ambientes naturais.

Para a autora esses limites não restringem a teoria a tempo e espaço, pois as interações enfermeira/paciente podem se verificar em qualquer situação de enfermagem.

O processo de enfermagem dessa teoria compreende, de acordo com King (1981), as seguintes fases:

1. Interação: é um contato inicial indutor de reação entre enfermeira e paciente, influenciada pela percepção que um terá do outro;
2. Diagnóstico: é a detecção das necessidades de cuidado de seres humanos, devendo ser confirmado com o paciente;
3. Estabelecimento de metas comuns à enfermeira e ao paciente: são ações baseadas nos diagnósticos;
4. Exploração e viabilização de meios: são providências comuns a ambos (enfermeira e paciente) para alcançar as metas traçadas;
5. Evolução: é a avaliação contínua do alcance de metas, ressaltando alterações nos sistemas;
6. Redefinição das metas: são novas ações após a evolução, quando se fizer necessário.

O processo de enfermagem de King (1981) é permeado de ação e reação, pela característica interacionista dessa teoria (BARNUM, 1998).

Muitos estudos têm ressaltado a utilização dessa teoria. Dióz e Oliveira (1999) questionam sua aplicação em pacientes sem condições de interagir com a enfermeira e também o quanto o paciente é responsável por decisões relativas ao tratamento. Como ressaltam Ackermann et al. (1994), a teoria de King (1981) é recente, conta ainda com pouco tempo para ser estudada, testada e avaliada, e há, portanto, a necessidade de estudos que utilizem tal teoria. No entanto, Garcia (1996) afirma serem a estrutura conceitual e a teoria de King aplicáveis à prática profissional de enfermagem de qualquer cultura e sociedade humana. Outra estudiosa a enfatizar essa teoria é Resende (1998). Segundo ela, os conceitos dessa estrutura conceitual proporcionam uma forma atual e válida de compreender o homem. Já Frey e Sieloff (1995) não somente defendem a utilização da teoria como relatam os avanços no estudo da estrutura de sistemas de King e em sua teoria de enfermagem. Finalmente, Moreira (1999) recomenda sua utilização no caso de pacientes crônicos por acreditar que a teoria, em virtude de trabalhar com alcance de metas, tenha bastante eficácia nos pacientes desestimulados em relação ao tratamento.

Vale ressaltar que os meios para alcançar uma meta variam de acordo com seus papéis e funções na sociedade. Segundo King (1981), a meta global das enfermeiras é promover a saúde, prevenir a doença e se preocupar com o paciente.

Durante o desenrolar do processo de enfermagem, King (1981) recomenda que um registro sistemático do processo de implementação do plano de cuidado de enfermagem e dos resultados alcançados deve fazer parte do prontuário dos pacientes. As enfermeiras devem enfatizar as metas a serem alcançadas na situação de enfermagem, aproximando a situação de enfermagem da realidade, ajudando a verificar as percepções dos pacientes e a

precisão dos dados levantados. Para isto, deve-se utilizar um registro dos problemas e um de metas mútuas fixadas.

Uma listagem dos problemas de saúde do paciente é um guia para avaliação contínua de sinais subjetivos e objetivos e de sintomas de qualquer perturbação ou interferência na habilidade do paciente. Funciona como base para identificar os diagnósticos de enfermagem e planejar o cuidado imediato, orientando a implementação de um plano de cuidados de enfermagem.

Um registro de metas serve para orientar as enfermeiras a monitorar as perturbações ou interferências no paciente e estar alerta para qualquer informação nova. Disponibiliza meios para a enfermeira e os pacientes interagirem, compartilharem informações, explorarem meios e concordarem sobre estes para o alcance das metas. Permite a continuidade do cuidado e enfoca a participação dos pacientes nas decisões a ele referentes. Seu benefício é a provisão de uma aproximação consistente e sistemática para ajudar os indivíduos a alcançar um estado saudável, propiciando o desenvolvimento do cuidado de enfermagem individualizado (KING, 1981). A evolução do paciente se dá em termos do alcance das metas anteriormente traçadas, o que permitirá sua avaliação e a redefinição de metas, quando necessário.

A Teoria de Alcance de Metas de King (1981) regulariza uma base teórica para o processo de enfermagem e demonstra um modo das enfermeiras interagirem persistentemente com os pacientes. Fornece conhecimento de enfermagem como processo de interações que conduz a transações. A utilização de registros orientados por metas facilita o uso desta teoria na assistência de enfermagem. Fornece estrutura para colaboração profissional e cooperação com outros profissionais, possibilitando a avaliação do cuidado.

Em síntese, a teoria ordena aproximação sistemática para a enfermagem identificar diagnósticos, compondo um registro de problemas, a partir do qual desenvolve uma listagem das metas identificadas a curto, médio e longo prazos. Os resultados da evolução são julgados em termos do alcance dessas metas. As atingidas mensuram a efetividade do cuidado de enfermagem, provendo um sistema de garantia de qualidade do cuidado embutido.

Garcia (1996), em seu resgate do modelo conceitual e teoria de King, verificou a utilização que tem sido feita das formulações teóricas dessa autora, encontrando a aplicação do referencial teórico de King na prática assistencial de enfermagem gerontológica, de saúde mental, de saúde do adulto, de saúde comunitária/familiar, na enfermagem do trabalho e em saúde da mulher, além de outros estudos teóricos desenvolvidos, alguns dos quais ligados à área educacional.

Segundo King (1999), o aspecto ético nesta teoria de enfermagem permeia a relação formada entre um paciente e uma enfermeira. Tanto a autonomia da enfermeira quanto a do paciente são preservadas. Mesmo com participação familiar, a enfermeira, ajudada pela teoria, implementa um plano de cuidados baseado na justiça, na confidencialidade, na veracidade e na autonomia. A interação enfermeira/paciente implica respeitá-lo como um ser humano com seus valores. A enfermeira deve ter o comportamento ético de cuidar com conhecimento e competência. O cuidado ético deve ser desenvolvido junto do paciente para preservar a vida, para que tome decisões conscientes e até para propiciar condições para uma morte tranqüila, quando esta é inadiável.

2.2 Percurso Metodológico

Em decorrência da doença, o paciente sofre alterações no seu sistema pessoal, interpessoal e social. Em sua teoria, Imogene King (1981) desenvolve sólida base para o processo de enfermagem, a qual é utilizável com pacientes crônicos e em abordagem familiar, conforme se comprovou em nossos estudos anteriores (MOREIRA, 1999; MOREIRA e ARAUJO, 1999; MOREIRA, ARAUJO e PAGLIUCA, 2001).

2.2.1 Tipo e natureza do estudo

Trata-se de uma pesquisa convergente-assistencial. Esta, segundo Trentini e Paim (1999), mantém durante todo seu processo estreita relação com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social. Inclui atividades de cuidado/assistência dos pacientes, constituindo-se no método apropriado para pesquisar a prática assistencial de enfermagem por conduzir ao “pensar o fazer”, consistindo em atividade indispensável à reconstrução continuada da prática assistencial das enfermeiras. Possui natureza predominantemente qualitativa, pois inclui na interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa variáveis subjetivas.

A utilização da pesquisa convergente-assistencial associada à teoria de King foi encontrada no estudo de Dal Bello (2000) ao pesquisar o processo ensino/aprendizagem na graduação em enfermagem. Este tipo de pesquisa foi delimitado por se acreditar que na construção do seu objeto a enfermagem precisa desenvolver não somente teorizações, mas também elos entre a teoria e a prática, contribuindo para diminuir a distância entre a enfermagem teórica (representada pelas escolas e institutos de pesquisa na área, que muito tem avançado no Brasil, sendo hoje conceituada e respeitada) e a enfermagem

prática (representada pelo corpo de enfermagem – enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem – dos hospitais e unidades básicas de saúde, ainda muito aquém deste momento), porquanto, embora essa aproximação entre teoria e prática de enfermagem ocorra de forma lenta, deve se intensificar este movimento.

Segundo afirma Leopardi (2001), a pesquisa convergente-assistencial inclui uma variedade de métodos e técnicas, articulando o processo de investigação à prática assistencial. Seu objetivo a princípio não é produzir conhecimento novo, mas aplicá-lo. A descrição minuciosa dos procedimentos e achados produz um conhecimento generalizável, aplicável a campos com características semelhantes.

Trentini e Paim (1999) delimitam as seguintes fases para este tipo de pesquisa:

- 1) Concepção – a definição da contextualização do tema, seu desmembramento em problemas específicos (questão da pesquisa e objetivos) e sua implementação são atividades a serem desenvolvidas concomitante com o trabalho cotidiano do pesquisador;
- 2) Instrumentação – consiste em traçar os procedimentos metodológicos: escolha do espaço da pesquisa, dos participantes e das técnicas para obtenção e análise das informações;
- 3) Perscrutação – é a fase de coleta de dados propriamente dita, na qual as estratégias nascem da criatividade dos pesquisadores, numa abordagem que inclui o respeito à compatibilidade de recursos e à adequação aos próprios métodos.
- 4) Análise – a pesquisa convergente-assistencial pode lidar com os mais diversos tipos de informações, requerendo a utilização de uma variedade de métodos e técnicas de análise. O planejamento da análise dos dados

pele ocorrer antes de iniciar o estudo para evitar fique o pesquisador perdido com tantos dados. Este tipo de pesquisa propicia o uso de métodos combinados na coleta e análise das informações;

- 5) Interpretação – compromete-se com resultados. Estes, na pesquisa convergente-assistencial, abrangem três processos: síntese (parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações, devendo o pesquisador adquirir completa familiaridade com elas), teorização (o pesquisador desenvolve um esquema teórico a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese) e transferência (é a possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares, sem que esse processo venha a ser entendido como poder de generalização).

A associação entre teoria e prática, peculiaridade deste tipo de pesquisa, vai ao encontro dos anseios de King (1999), que vê no domínio da teoria possibilidade de aperfeiçoamento da prática de enfermagem.

2.2.2 Fase de instrumentação do estudo

Espaço da pesquisa

O local do estudo é Fortaleza, capital do Ceará, quinta do Brasil em população, localizada no Nordeste brasileiro. Quanto à atenção em saúde, Fortaleza sobressai no Ceará, pois o Estado encontra-se dividido em 21 microrregiões para organização da atenção secundária de saúde e em três macrorregiões para atenção terciária, enquanto a primária é de responsabilidade municipal (Anexo A) e Fortaleza engloba os três níveis de atenção (Figuras 4 e 5).

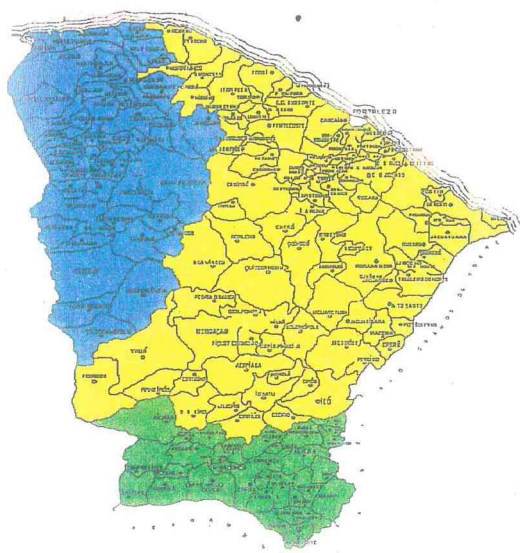


Figura 4 – Mapa do Ceará por macrorregiões (<http://www.ce.gov.br>, em 27/2/2001)

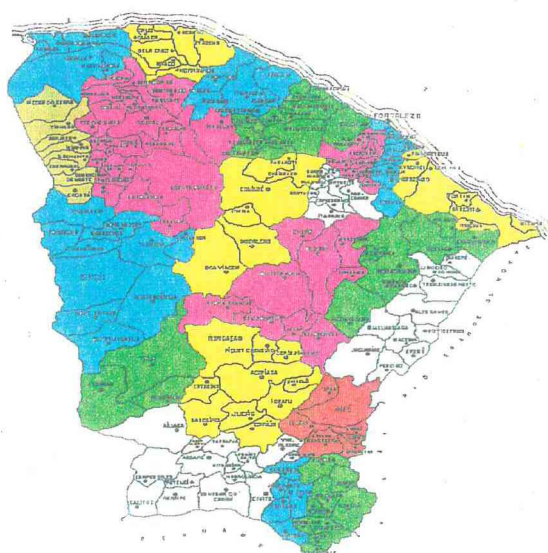


Figura 5 – Mapa do Ceará por microrregiões (<http://www.ce.gov.br>, em 27/2/2001)

A população de Fortaleza é de 1.671.907 habitantes, dos quais 772.421 homens e 899.486 mulheres. A capital cearense possui área de 336 km² (CEARÁ, 1996). Atualmente, para efeito administrativo, a cidade encontra-se dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), como mostra a figura a seguir.

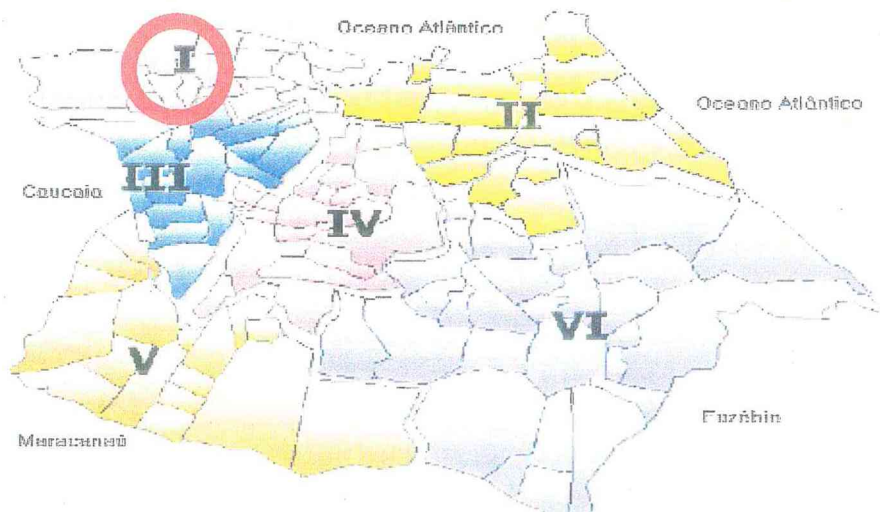


Figura 6 – Mapa de Fortaleza por Secretarias Executivas Regionais (<http://www.pmf.ce.gov.br>, em 27/2/2001)

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) estudada é de atenção primária e integra a Secretaria Executiva Regional I, em destaque na figura.

A SER I foi uma das primeiras a ser organizadas em Fortaleza e é composta dos seguintes bairros: Vila Velha, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Barra do Ceará, Floresta, Álvaro Weyne, Cristo Redentor, Vila Ellery, São Gerardo, Monte Castelo, Carlito Pamplona, Pirambu, Farias Brito, Jacarecanga e Moura Brasil. Possui área de 126,8 ha, com 4.712 unidades domiciliares e sua população residente é de 20.503 habitantes, sendo 9.452 homens e 11.051 mulheres. Destes, a população alfabetizada é de 1.565. Esta secretaria localiza-se no noroeste da cidade. De modo geral, pode-se dizer que a região tem vida própria, está servida de indústria de metalurgia, de transformação, de curtume e de castanha, do comércio e do serviço bancário, do esporte e lazer, além de orla marítima e entretenimento. Ademais, dispõe de infra-estrutura significativamente instalada, pois quase 100% de sua área possui energia, pavimentação, telefonia, água tratada, embora existam carências no setor de saneamento. É, porém, no setor social onde residem os grandes desafios (COSTA et al., 1995).

Optamos por desenvolver o estudo na referida UBSF pelo fato de seus profissionais manifestarem a ocorrência do problema de interesse da pesquisa na unidade e a vontade de resolvê-lo, em virtude da proximidade dessas unidades em relação aos pacientes, por sua organização geográfica com territorialização e pelo fornecimento de uma estrutura de pactuação entidade/pesquisador a qual possibilitou o desenvolvimento das ações necessárias à pesquisa.

Na mencionada unidade de saúde funcionam quatro equipes do Programa Saúde da Família (PSF); o atendimento aos pacientes com hipertensão arterial é realizado nas segundas e terças-feiras pela manhã. Na quarta-feira pela manhã há o encontro do grupo “Caminhada para a Vida”, que conta com a participação de portadores de hipertensão arterial e diabetes.

Escolha dos participantes

Por meio da pesquisa documental no livro de marcação de consultas e nas fichas de produtividade profissional da UBSF, identificamos o número de portadores de hipertensão cadastrados pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os pacientes atendidos de janeiro a maio de 2001, como mostra a tabela 1.

Tabela 1 – Portadores de hipertensão cadastrados e atendidos na unidade, jan./maio 2001

EQUIPES	JANEIRO		FEVEREIRO		MARÇO		ABRIL		MAIO	
	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A
AMARELA	209	33	205	48	216	31	207	34	217	101
AZUL	130	60	144	61	145	44	145	45	161	44
VERMELHA	137	90	136	58	145	45	146	76	148	85
VERDE	273	72	266	93	271	47	275	80	272	101
TOTAL	749	255	751	260	777	167 (médico em férias)	773	235	798	331

Fonte: Sistema de Informações de Ações Básicas (SIAB) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
C= cadastrados e A= atendidos.

Conforme observado, o atendimento é considerado pequeno em relação ao número de portadores de hipertensão cadastrados na área. Apesar de a unidade de saúde ter consulta mensal, muitos dos pacientes a serem atendidos de janeiro a maio não compareceram à unidade todos os meses. Além disso, muitas pessoas com hipertensão não procuram tratamento, ou não utilizam a hierarquia de atendimento proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), recorrendo logo aos grandes complexos hospitalares (atenção terciária), ao invés de procurar o Programa de Saúde da Família local (atenção primária) para atendimento.

Assim, a população foi constituída pelos pacientes com hipertensão em acompanhamento na unidade de saúde, atendidos durante o mês de janeiro 2001, num total de 300 pacientes. A opção por este mês se deu aleatoriamente e os dados do Sistema de Informações de Ações Básicas citam 255 pessoas

com hipertensão atendidas neste mês, pois 45 são consultas duplas, isto é, pacientes encaminhados da enfermeira para o médico e vice-versa. Isto se dá pela gravidade do paciente ou pela marcação errada da consulta, feita alternadamente um mês pela enfermeira e outro pelo médico.

Para identificar entre a população de 255 pessoas os pacientes com não-adesão, buscamos, de posse de seus nomes e número de prontuário, traçar, por meio da pesquisa, um perfil de acompanhamento da adesão no período de janeiro – maio 2001, identificando 100 pacientes (mais de 39% dos 255) com dificuldades de seguimento terapêutico.

Identificou-se a não-adesão pela existência de uma ou mais das seguintes características: cem pessoas apresentaram níveis permanentemente elevados de pressão arterial, mesmo com comparecimento às consultas; dez mostraram descontinuidade no comparecimento às consultas, sem atendimento em outro serviço e com manutenção da elevação da pressão arterial; um abandonou o tratamento ambulatorial, retomando-o após atendimento emergencial por pico hipertensivo; e não foram identificados casos de comparecimento às consultas com desenvolvimento de complicações.

Após a pesquisa documental, organizamos uma oficina para confirmação pelos pacientes da não-adesão identificada pela análise dos registros nos prontuários. Para esta oficina, foram convidados, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Desenvolvimento Social, os 100 pacientes com registros de dificuldades de adesão ao tratamento. Do total de convidados, 43 compareceram à oficina, 41 faltaram sem alegar motivo, 14 alegaram aos agentes motivos que impossibilitariam sua ida à oficina e duas pessoas convidadas haviam falecido recentemente.

Assim, foram realizadas quatro oficinas de igual forma e conteúdo para comportar os 43 pacientes. Estas foram distribuídas em dois dias consecutivos e com o horário previamente agendado com os pacientes.

Cada oficina (Apêndices A, B-1 e B-2) foi dividida em sete momentos, a saber: 1. Apresentação; 2. O que eu faço no meu dia-a-dia; 3. O que eu sei sobre hipertensão; 4. Conhecendo um pouco mais sobre hipertensão arterial; 5. Verificando a pressão arterial; 6. Momento de reflexão, com preenchimento de um instrumento de avaliação de adesão (Apêndice C), e 7. Pausa para o lanche. No momento inicial, de apresentação, foi esclarecido o objetivo da oficina e foram descritos os aspectos gerais da pesquisa. O preenchimento do instrumento de avaliação de adesão serviu de base à seleção da amostra, confirmando ou não a dificuldade de adesão, sendo considerados com dificuldades os pacientes cuja nota foi inferior a sete. O instrumento também auxiliou no estabelecimento das dificuldades encontradas para a adesão ao tratamento por paciente, demonstrando a necessidade da abordagem individual de cada *self*. Segundo afirma Guido (1996), a teoria de King requer a prestação da assistência de enfermagem ao paciente como um ser individual, sem fragmentações, possibilitando o desenvolvimento de um cuidado qualificado.

Consideramos ainda critérios para inserção na amostra aceitar voluntariamente a participação no estudo, estar consciente e orientado. Pelo enfoque de sistemas, os participantes deveriam ter suas famílias próximas, vivendo na mesma residência ou em residência próxima, devendo ter envolvimento com ele e ajudá-lo na monitoração da adesão ao tratamento (Apêndice D).

Dos 43 que compareceram à oficina, 23 confirmaram sua dificuldade de adesão. Trentini e Paim (1999) afirmam não haver nesse tipo de estudo

critérios rígidos para a seleção da amostra porque não é valorizado o princípio da generalização. Assim, a amostra deverá ser constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e, entre esses, aqueles com mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger ao máximo as dimensões do problema em estudo.

A seguir, convidamos os 23 pacientes para uma reunião (Apêndice E) na Unidade Básica de Saúde da Família para aprofundar os esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa e firmar um contrato, por meio da assinatura do termo de consentimento (Apêndice F). A esta reunião, compareceram doze pessoas. Todas assinaram o termo de consentimento. Para as outras onze pessoas que faltaram à reunião, fizemos visita domiciliária: Destas, dez consentiram em participar da pesquisa e uma foi excluída da amostra pela pesquisadora por sua casa se situar em ambiente extremamente perigoso, freqüentado por marginais e isto poderia representar ameaça à segurança pessoal da pesquisadora. Após a definição dos 22 participantes do estudo, fizemos uma visita domiciliária a cada um deles (Apêndice G).

Na oportunidade, foi eleito para participar da amostra um membro familiar de maior contato com o paciente e identificado pelo próprio. O familiar deveria, de forma similar, aceitar voluntariamente a participação no estudo, estar consciente, orientado e assinar termo de consentimento para a pesquisa (Apêndice H). Caso, no decorrer da pesquisa, este membro perdesse o contato com o paciente, poderia ser substituído por outro de igual condição e reconhecimento pelo paciente. A seleção dos participantes durou quase três meses e foi desenvolvida no período de junho a agosto de 2001.

Os pacientes, membros familiares e profissionais de saúde da unidade atuaram de forma participativa em todo o estudo, pois, como preconizam

Trentini e Paim (1999), os participantes não devem apenas assumir a condição de informantes, mas constituir partes integrantes do estudo.

2.2.3 Fase de perscrutação

Nessa fase, consideramos os pressupostos de King (1981) e de Trentini e Paim (1999), conforme exposto no quadro 1.

Quadro 1 – Relação entre o processo de enfermagem proposto por King (1981) e a pesquisa convergente-assistencial (TRENTINI e PAIM, 1999)

Fases da Pesquisa Convergente-Assistencial	Processo de Enfermagem de King
1. Concepção – contextualização do tema e seu desmembramento em problemas, desenvolvidos no trabalho cotidiano do pesquisador	
2. Instrumentação – traçar os procedimentos metodológicos	
3. Perscrutação – é a fase de coleta de dados propriamente dita, na qual as estratégias nascem	1. Interação inicial 2. Diagnóstico (lista de problemas) 3. Estabelecimento de metas comuns à enfermeira e ao paciente (lista de metas mútuas fixadas)
4. Análise – pode lidar com os mais variados exemplares de informações	4. Exploração e viabilização de meios
5. Interpretação – resultados do processo	5. Evolução (registro da implementação do plano de cuidado e dos resultados alcançados) e redefinição de metas quando necessário

A utilização adequada de tecnologias em enfermagem oferece várias oportunidades para o ser humano desenvolver suas destrezas e habilidades, mas a abordagem deve partir da realidade do ser humano, valorizando sua experiência, contexto de vida e expectativas diante do processo saúde/doença (WALL, 2001).

A pesquisa convergente-assistencial caracteriza-se pela triangulação de métodos e técnicas na obtenção e na análise de informações, e isso faz o

pesquisador utilizar mais de um tipo de método e de técnica para pesquisar determinado tema (TRENTINI e PAIM, 1999).

Junto dos 22 participantes foi implementada uma tecnologia de cuidado, conforme descrito na figura 7.

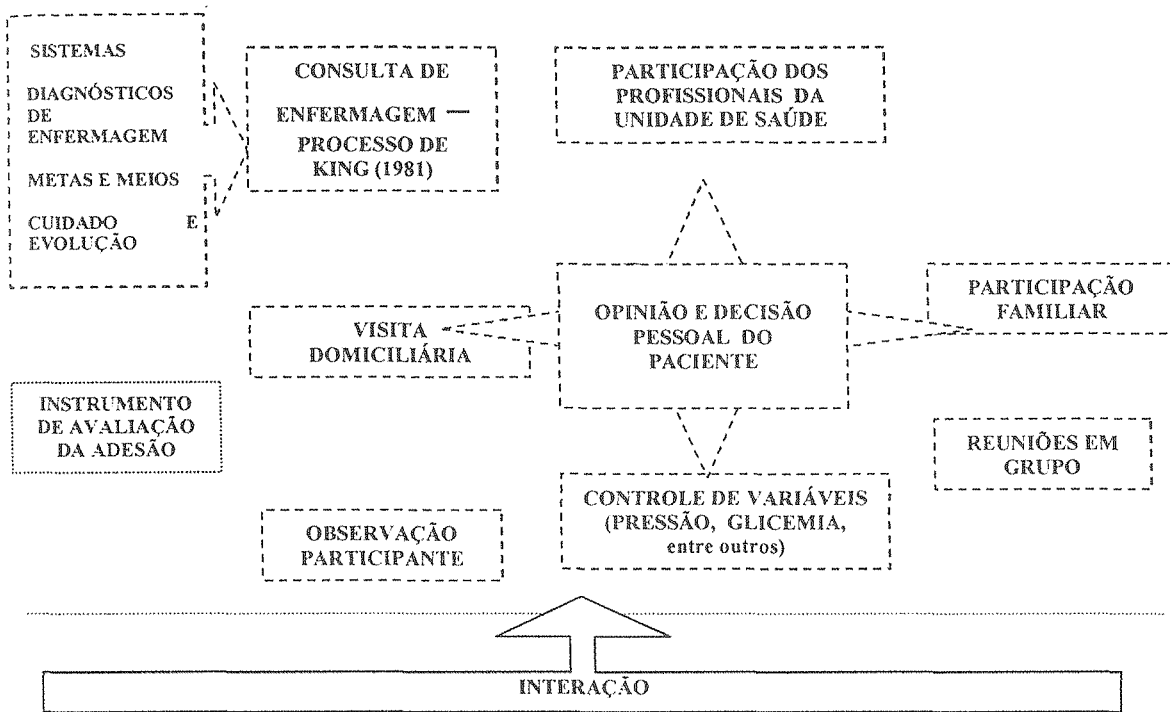


Figura 7 – Tecnologia de cuidado desenvolvida e avaliada.

Como vemos na figura 7, desenvolvemos o acompanhamento dos sujeitos do estudo por meio de consultas de enfermagem (Apêndices I, J e K), de reuniões em grupo, realizamos pelo menos uma visita domiciliária a cada participante (com vistas à maior interação da pesquisadora com o paciente, a família e a comunidade), realizamos interação contínua com os profissionais da unidade de saúde onde eram atendidos, fizemos observação participante moderada (Apêndice L) e reaplicamos, ao final do acompanhamento, o instrumento de avaliação da adesão.

Segundo afirmam Trentini e Paim (1999), o observador participante é inserido em uma situação social de maneira consciente e com propósito determinado, percebendo detalhadamente a ocorrência e a maneira como

acontecem os fenômenos. No caso da observação moderada, mantém-se o equilíbrio entre pertencer ou não ao grupo.

Os pacientes foram acompanhados durante nove meses, desde o final de agosto de 2001 ao final de maio de 2002, tempo estabelecido para a coleta de dados, em virtude da necessidade de apresentação do relatório final da pesquisa.

Nesse período, os pacientes tiveram seis consultas de enfermagem, com intervalo médio de trinta dias entre elas. Antes, durante e após a fase de implementação do processo foi mensurada a adesão do paciente ao tratamento a partir da aplicação do instrumento de avaliação da adesão para possibilitar o julgamento de sua evolução em termos do alcance das metas. A aplicação se deu inicialmente para identificar os sujeitos do estudo, durante a implementação, no intuito de perceber se havia necessidade de redefinição de metas e, ao final da implementação, para avaliar o alcance de metas e a adequação da tecnologia utilizada, pela comparação dos valores iniciais e finais da adesão ao tratamento da hipertensão.

O instrumento de avaliação da adesão foi construído a partir dos relatos sobre itens de não-adesão do estudo de Araújo, C. (1999). Foi validado por seis peritos na área (dois doutores, dois mestres e dois especialistas) e foram realizadas todas as alterações pertinentes (Apêndices M e N).

Nas consultas de enfermagem, os participantes foram acompanhados segundo o processo de enfermagem de King (1981). Dessa forma, foram compartilhadas informações, realizados diagnósticos, fixadas metas mútuas e viabilizados meios de alcance dessas. Um plano de intervenções foi implementado e houve avaliação contínua da evolução pelas interações com a enfermeira, por suas observações e por medidas de variáveis (PA, pulso, além de resultados de exames laboratoriais coletados ou não no prontuário). Foi

também considerada a obediência ao processo da pesquisa convergente-assistencial, a qual estabelece ampla participação dos sujeitos na fase de perscrutação da pesquisa (TRENTINI e PAIM, 1999). A situação inicial de adesão encontrada foi avaliada. Na primeira consulta de enfermagem, utilizamos um roteiro de consulta que detectou alterações, problemas e preocupações relacionados ao cotidiano dos pacientes. Outro roteiro foi utilizado no acompanhamento de enfermagem e aplicado nas consultas subseqüentes. Consideramos para intervenção de enfermagem apenas os diagnósticos confirmados pelo paciente. Foram definidas metas comuns entre a enfermeira e o paciente, a curto, médio e longo prazos, com ajuda do familiar e dos profissionais da unidade. Poucas vezes a avaliação periódica requereu uma redefinição de metas.

A equipe de saúde teve ampla participação no estudo, especialmente as enfermeiras, que se mantiveram informadas do andamento das intervenções bem como das dificuldades no alcance das metas, principalmente quando estas sofriam interferências de problemas operacionais locais, como falta de remédio ou outro problema ligado ao serviço. Nossos registros ficaram disponíveis à equipe, favorecendo a interação e possibilitando o acompanhamento dos progressos/dificuldades vivenciados. Quando os fatores operacionais impeditivos do bom andamento das metas estavam relacionados ao paciente, procuramos resolvê-los junto com este e seu familiar, sendo a família envolvida também na consecução das metas, o que gerou ampla rede de relações entre paciente/família/pesquisador/serviço.

A fonte de coleta de dados foi secundária para identificar os pacientes, e primária, para implementar a tecnologia de cuidado. Os instrumentos utilizados foram previamente testados, possibilitando a readequação de alguns itens relevantes, já incorporados ao texto.

Os dados foram registrados mediante preenchimento dos instrumentos, utilização de observação e anotações telegráficas de palavras-chave; a pesquisadora, à medida do possível, descrevia os detalhes das observações e da fala dos participantes, sempre no mesmo dia, para não se apagar da memória informações importantes, mesmo reconhecendo, como Trentini e Paim (1999), ser humanamente impossível ao pesquisador registrar tudo o que ocorre durante uma unidade de tempo a envolver pesquisa e assistência.

2.2.4 Fase de análise e interpretação dos dados

Os dados sociodemográficos foram agrupados e descritos. Os achados referentes à tecnologia de cuidados foram descritos individualmente pela necessidade de abordagem holística. A análise dos dados se deu com base no alcance das metas, na observação e evolução dos pacientes, em resultados de exames e na informação fornecida pelo paciente, pela família e pelos profissionais de saúde da unidade. Esses resultados passaram pelas fases de síntese e teorização, características da pesquisa convergente-assistencial. Com o objetivo de atender à fase de transferência, demonstrando a eficácia da tecnologia de cuidado implementada, foram comparados os valores inicial e final de adesão, fazendo-se inferências, discutidas a partir da teoria de King (1981) e da literatura, as quais colocaram em evidência o pressuposto estabelecido no estudo.

2.2.5 Aspectos éticos

O projeto, inicialmente intitulado “Envolvendo a família de pessoas com hipertensão arterial para estabelecer e cumprir normas de adesão ao tratamento”, foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (Anexo B), numa

tentativa de atender aos aspectos contidos na Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

A parceria com a instituição foi solicitada à Secretaria Executiva Regional e à diretoria da unidade de saúde por meio de ofício (Apêndice O) acompanhado do projeto de pesquisa, esclarecendo os objetivos e a metodologia do estudo.

Os participantes foram esclarecidos acerca do estudo, tornando-se cientes do sigilo conferido às suas informações e identidades. Sua anuência e de seu familiar foi documentada por assinatura em termo de consentimento, sendo sua participação voluntária e, mesmo após sua anuência, poderiam se retirar do estudo a qualquer momento, o que não ocorreu.

Com finalidade de preservar o sigilo e o anonimato das observações, no decorrer do trabalho foi adotada como referência a identificação dos sujeitos por nomes fictícios, como João ou Maria, acompanhado de um segundo nome. A atribuição dos nomes se deu por se tratar de denominação comum no Brasil, sendo realizada aleatoriamente, por meio de sorteio, evitando qualquer menção valorativa no estudo.

2.2.6 Financiamento da pesquisa

Os recursos disponíveis à pesquisa provieram do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), órgão financiador do projeto de pesquisa ao qual o estudo está vinculado. Ademais, no período de março de 2000 a maio de 2001, contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), por meio de bolsa de demanda social.



CAPÍTULO 3

ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A grande finalidade da vida não é o saber em si, mas a ação a que este saber pode conduzir.

(Aldous Huxley)

3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

3.1 O Chegar ao Lócus

A chegada ao local da pesquisa causou-nos impacto, porquanto este era formado por inúmeras casas próximas à praia, a maioria casebres, constituindo uma favela.

O bairro destoa do contexto de uma grande metrópole porque não tem tanta movimentação, a não ser em sua rua principal. Entretanto, sua beleza natural figura como espaço para a violência ali reinante, uma vez que entre os moradores há todo tipo de delinqüentes, incluindo-se drogadictos.

O cotidiano no qual as ações de saúde se desenvolvem e a cultura do povo delas dependente influenciam fortemente as noções de saúde e doença, marcado pela subjetividade (GUALDA e HOGA, 1992). Assim, deve-se considerar crenças pessoais, interação paciente/profissional de saúde, oferecimento de suporte emocional à clientela e envolvimento da família no tratamento na implementação de ações de saúde, especialmente nas de enfoque educativo (CADE, 1998), pois conforme Stuchi (1999), quanto mais central é a crença do paciente quanto à saúde, maior sua resistência às mudanças. No Brasil, em virtude da diversidade de crenças e valores referentes à saúde, há dificuldade no conhecimento da clientela para efetividade do cuidado.

Diante disso, apesar da violência na área, realizamos visita domiciliária aos participantes do estudo para melhor conhecimento de sua realidade e suas crenças. Por medida de segurança, durante a fase de instrumentação, na

identificação dos sujeitos em campo, uma agente de saúde da área nos acompanhou. E as visitas domiciliárias foram acompanhadas por um aluno de enfermagem e bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo projeto no qual a pesquisa está inserida.

3.2 O Chegar à Unidade de Saúde

Chegamos à unidade de saúde por intermédio de uma enfermeira, amiga comum minha e de uma enfermeira da UBSF, porquanto a necessidade de desenvolvimento da pesquisa no local foi verbalizada por esta enfermeira e pelos demais profissionais de saúde da área no contato informal entre nós ocorrido na unidade.

Após esses contatos iniciais, fui encaminhada à chefe da unidade, que autorizou a realização do estudo, confirmou a necessidade da pesquisa na unidade e comentou esperar, ao final da tese, lhes déssemos “formulários melhores que os utilizados no momento”, para facilitar o controle da pressão arterial dos pacientes. A realização do estudo no local também foi autorizada pela diretora da regional. Aos poucos, fomos nos familiarizando com a estrutura física de unidade, assim dividida (Figura 8):

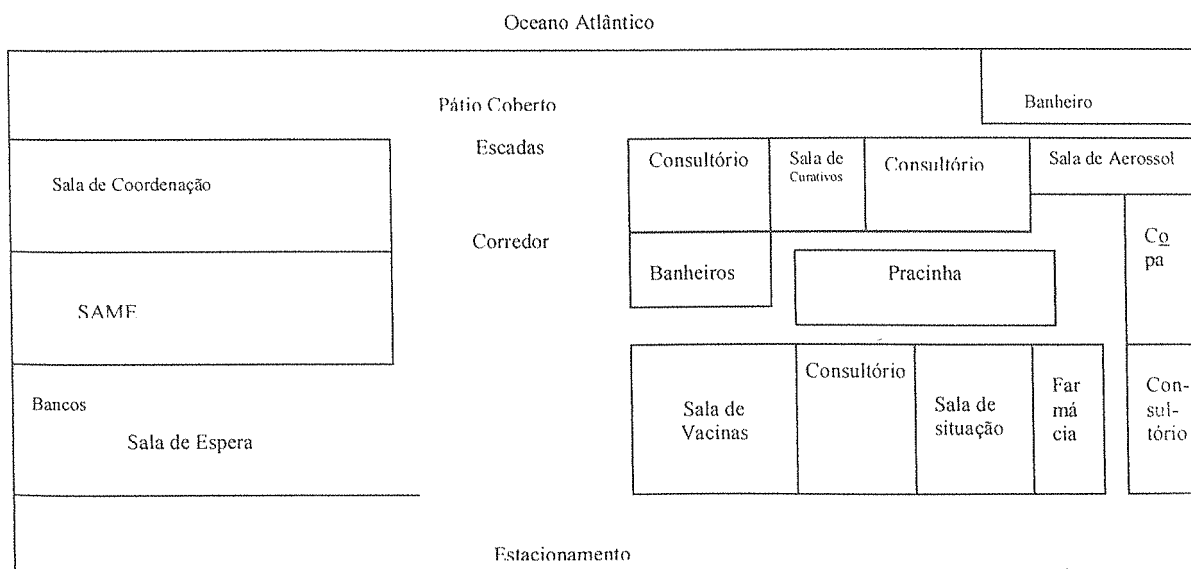


Figura 8 – Estrutura física da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF)

O prédio era velho, com defeitos na estrutura, especialmente no telhado, propiciando a entrada de água na unidade por ocasião de chuva, obrigando, às vezes, a interromper o atendimento. O terreno ao redor era sujo, com depósito de lixo e mato crescido.

Durante nossa permanência na unidade, no período de maio 2001 a maio 2002, observamos vários detalhes. Em relação ao instrumental, havia na unidade uma balança antropométrica – quebrada no início do estudo, consertada e novamente quebrada antes de seu término. Havia também um esfigmomanômetro e alguns estetoscópios, insuficientes em relação à quantidade de consultórios. Momentos antes da consulta, a pressão arterial era verificada por uma auxiliar de enfermagem, que a registrava em pequeno pedaço de papel, entregue pelo paciente ao médico ou à enfermeira que o consultaria.

O esfigmomanômetro e os estetoscópios haviam sido fiscalizados pelo In Metro recentemente; por isso, em relação ao instrumental, obtinham-se valores fidedignos da pressão arterial. Conforme observamos, os valores de pressão registrados nos prontuários eram expressos em números inteiros e com zero terminal. Dos prontuários (255) a que tivemos acesso, somente um trazia valores sem este terminal, evidenciando uma das falhas comuns na avaliação da pressão arterial, qual seja, a preferência pelo dígito terminal zero (ARAÚJO, T., 1999), demonstrando a necessidade de supervisão e orientação continuada no serviço.

Lima, Araujo e Moreira (2000a; 2000b) argumentam que o saber científico favorece maior crescimento e melhor desempenho profissional. No estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem, encontraram déficit de conhecimento quanto à pressão arterial, fazendo de sua verificação um procedimento mecânico, isento de conhecimento mais profundo sobre o tema.

Ao continuar nossa observação, percebemos apresentarem os prontuários deficiências como: ausência ou insuficiência de aspectos importantes no exame físico cardiovascular, como perfusão periférica, edema, condições de jugular, fâcies e presença de sopros, entre outros. Algumas vezes, os valores da pressão arterial estavam registrados como mmHg e outras como cmHg, até na mesma anotação. Apesar de haver espaço para esses registros, nem sempre estavam descritas as complicações decorrentes da hipertensão arterial e outras doenças associadas. Alguns pacientes portadores de hipertensão e também de diabetes somente tiveram essa peculiaridade identificada pela análise da prescrição medicamentosa. Ademais, muitos exames não eram datados, dificultando o acompanhamento da evolução clínica do paciente. Em algumas consultas, não foram anotados nem mesmo os valores da pressão arterial. No registro da frequência de consultas nas folhas de produção diárias, muitas vezes, constava apenas o ano, sem especificação de dia e mês.

A localização dos prontuários foi fácil, pois se encontravam arquivados em ordem numérica, identificados com tarjas coloridas e separados conforme indicado pela equipe do PSF responsável pelo atendimento.

O conhecimento da unidade foi fundamental para identificarmos as possibilidades de atendimento no local, infra-estrutura disponível, serviços oferecidos, entre outros.

3.3 O Encontro com a Equipe de Saúde Local

A princípio, os profissionais (enfermeiras, médicos e dentista) pareciam ansiosos talvez por terem dúvidas sobre os objetivos da pesquisa e acreditar estar sendo avaliados. Esta percepção foi se modificando no decorrer do estudo e ao final pareciam familiarizados com nossa presença. Desde o início,

deixamos claro nosso objetivo, mas por não possuírem eles muita vivência em metodologia do trabalho científico, tiveram dificuldades para compreender o alcance da proposta.

Segundo observamos, alguns profissionais da unidade ocupavam mais de um emprego e, na sua maioria, eram jovens, embora outros já fossem até aposentados. Havia rígida fiscalização no desempenho profissional por parte da SER-I, mas pouco estímulo à continuidade da formação na pós-graduação. A liberação dava-se preferencialmente para realização de cursos de Especialização em Saúde da Família e, como a maioria já tinha esta especialidade, quase todos podiam fazer no máximo cursos de curta duração.

Ao interagirmos com os profissionais, percebemos diversas angústias: falta de registro em carteira profissional, contratos em regime de cooperativa, inexistência do direito ao 13º salário e atrasos no pagamento. A contratação em regime de cooperativa permite a ampla utilização de favores políticos, o que pareceu ser uma constante no Programa de Saúde da Família em Fortaleza.

Na unidade vivenciamos uma situação de insegurança geradora de suspensão do atendimento por cerca de uma semana. Um dos médicos, que tinha histórico de doença psiquiátrica, ameaçou matar os colegas e trouxe participantes de gangues do bairro para a unidade. As ameaças foram verbais e escritas. Diante disso, foi preciso recorrer à polícia para retirada desses participantes, os quais punham em risco a integridade dos demais. Posteriormente, o médico foi dispensado e, conforme soubemos, uma das pacientes havia registrado contra ele queixa de abuso sexual.

A iniciativa do PSF, de acordo com Sousa (2001), foi resultado de anos de lutas, sonhos e realizações. Sua concretização é uma tarefa difícil, exigindo grande envolvimento dos profissionais de saúde com as famílias e

comunidades. Na adversidade, serviços de saúde e comunidade selam um pacto de cumplicidade, identidade e vínculo, ampliando o sentido de pertencimento na construção de comunidades sadias. No entanto, para serem atendidos esses pressupostos, os gestores em saúde devem garantir condições de trabalho às equipes e obedecer às garantias trabalhistas, reforçando a estabilidade do funcionamento das unidades primárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na prática, observamos, porém, distanciamento entre os profissionais de saúde e a comunidade e, até, dentro da própria equipe, dificultando processos de interdisciplinaridade e intersetorialidade. Na verdade, o profissional mantém uma postura autoritária em relação ao paciente, como se dissesse em silêncio: “eu mando, você faz”...

Observamos ainda não sistematizarem as enfermeiras suas atividades. A consulta de enfermagem, muitas vezes, compreendeu o exame da receita fornecida no mês anterior, a indagação de queixas e a atualização da receita, com a repetição da medicação. Os registros da consulta de enfermagem se referiram basicamente aos valores da pressão arterial (obtidos anteriormente pela auxiliar de enfermagem) e à relação de medicamentos, sendo mínimos os registros acerca do exame físico e da evolução holística do paciente.

Os Agentes de Desenvolvimento Social (ADS) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) alimentavam o desenvolvimento das ações básicas de saúde ao coletar dados que subsidiavam o sistema de saúde. Alguns desses agentes ajudaram na fase de identificação dos pacientes para a pesquisa. Sobre o agente de saúde, Silva, M. (1997) afirma que sua influência na determinação do perfil epidemiológico do Estado e seu potencial para o desenvolvimento comunitário devem ser reconhecidos, mas suas potencialidades podem ser utilizadas para a autonomia comunitária, ou para sua dependência

paternalista, além de ser um engenho válido para a racionalização dos custos da assistência às comunidades.

No transcorrer do estudo, contamos também com a ajuda do motorista da unidade, pois este conhecia as ruas e travessas locais, auxiliando na identificação dos pacientes e viabilizando a realização de visitas domiciliárias, facilitadas pela utilização do mapa construído pelas equipes do PSF, que descrevia a territorialização da área.

Contamos, ainda, com os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, com as quais discutíamos os cuidados adotados e os meios possíveis para o alcance de metas no âmbito da unidade de saúde. Este encontro cotidiano com as enfermeiras levou a muitas reflexões acerca do cuidado, pauta constante de discussões na enfermagem.

Na opinião de Lopes (1999), novas proposições ganham forma repensando o cuidado, colocando-o ao lado do paciente, e não da doença, tentando escapar da exclusividade do modelo biológico e pondo em ação uma nova lógica, da interdependência da ação multiprofissional. Para Waldow (1998), a tendência observada atualmente e evidenciada nas abordagens das pesquisas mais recentes é de uma visão mais humanista na enfermagem, embora essa não deva prevalecer nas ações de enfermagem rejeitando os aspectos científico e técnico anteriormente privilegiados.

No caso do cuidado de pacientes com hipertensão arterial, aspectos relativos aos serviços de saúde e ao relacionamento paciente/profissional constituem fatores a serem apontados como intervenientes no processo de adesão (GUERRA, 1998). A nosso ver, um dos fatores a contribuir para a não-adesão à terapêutica é a falta de um pacto estabelecido entre paciente e profissional de saúde, que considere suas preferências no estabelecimento do regime terapêutico a ser seguido. Conforme sabemos, historicamente o

cuidado tem sido repassado aos profissionais de saúde com foco na cura do corpo doente, percebido de forma fragmentada, como objeto ou máquina, cujo resultado pode ser, segundo Silva, A. (1997), um processo de desumanização e embrutecimento das relações, que repercute no atendimento ao paciente. Ir de encontro a este embrutecimento nas relações com os pacientes foi nossa meta, pois reforçamos a necessidade de os pacientes serem vistos de forma holística, não somente pela enfermeira, mas por todos os profissionais de saúde.

Nessa abordagem do cuidado de enfermagem, a educação em saúde e para a saúde implica um encontro cultural permanente, com revalorização do paciente e seu comprometimento como responsável em parte pela própria assistência. Assim, procuramos obter dados capazes de permitir maior conhecimento dos sistemas pessoal, interpessoal e social dos pacientes por acreditar que isso favoreceria a implementação de ações de saúde junto deles, os quais podem ter uma vida saudável se desenvolverem a consciência de ser possível mudar sua “leitura do mundo” (TRENTINI et al., 1996) e enfrentar as situações estressantes do cotidiano de modo saudável.

Na nossa opinião, e conforme Polak et al. (1996), saúde e doença refletem as relações do homem consigo, com os outros e com o mundo, não obedecendo à concepção do pensamento cartesiano, que vê na doença o mau funcionamento da máquina corporal. Por isso, a assistência desenvolvida dentro do modelo biomédico empobrece as possibilidades de intervenção, ao privilegiar a doença em detrimento do *self* doente (CADE, 1998).

Ao assumir a responsabilidade pela melhoria ou pela cura, a própria reflexão acerca do motivo da doença no paciente se transforma em um processo de autoconhecimento, que evolui progressivamente. Por outro lado, a enfermeira ao atender os doentes crônicos necessita direcionar as ações da

enfermagem, a fim de que o trabalho com o paciente se reflita sobre a prática profissional (GRIM et al., 1995). Atuando de forma participante e desenvolvendo seu papel educador, a enfermeira possibilita um relacionamento de apoio com vistas à participação cada vez mais ativa do paciente e família em seu cuidado, favorecendo o controle satisfatório da pressão arterial. Na opinião de Naidoo e Wills (1998), as abordagens educacionais têm o propósito de propiciar conhecimento e informação e desenvolver as medidas necessárias para que um paciente possa fazer uma escolha informada sobre seu comportamento de saúde.

A enfermeira desempenha papel importante em relação aos pacientes crônicos, pois a doença gera muitas vezes sentimentos de ansiedade e insegurança, os quais devem ser percebidos e trabalhados pelo profissional. Cabe a ela se preocupar com as crenças, valores, tipo e formação educacional, ambiente físico e social onde o indivíduo vive, modo como percebe a realidade, sua auto-estima, entre outros. A participação da enfermeira é fundamental na educação em saúde do paciente, porquanto compete-lhe facilitar sua adaptação às mudanças de comportamento necessárias ao controle da doença.

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

Para obter eficácia no cuidado, a enfermeira deve pautá-lo sobre uma tecnologia de assistência, não se restringindo a repassar informações ou a realizar procedimentos. Esta tecnologia pode seguir as fases do processo de enfermagem, raciocínio para o qual procuramos conduzir as enfermeiras da unidade.

3.4 Implementando a Tecnologia de Cuidado Junto dos Pacientes

Davison, Frankel e Smith (1997) afirmam que uma das mais importantes mudanças na saúde nestes vinte séculos tem sido a ênfase na doença infecciosa aguda para as desordens multifatoriais e crônicas como maiores causas de morbidade e mortalidade. Isto tem incentivado a busca à prevenção das doenças, saindo do fatalismo da cultura popular em direção à prevenção das doenças. Com isso, uma das grandes preocupações dos programas de saúde tem sido a atenção aos indivíduos portadores de hipertensão arterial, considerando constituírem parcela significativa da população e apresentarem necessidades expressivas de atendimento preventivo, de promoção e recuperação da saúde.

Como vimos, a prevalência da hipertensão arterial no Brasil é estimada em cerca de 20 milhões de pessoas; no entanto, pesa sobre tais dados a falta de estudos abrangentes em todas as regiões (BRASIL, 2001). Deste total de acometidos, 30% não são diagnosticados. Conforme dados do Ministério da Saúde somente 4 a 12% dos pacientes com hipertensão atingem níveis de controle da pressão arterial (PA). No Brasil, 30 a 40% dos pacientes que iniciam o tratamento chegam a abandoná-lo (BRASIL, 1988; DELLÁQUA et al., 1997). Para O' Brien, Beevers e Marshall (1996), há evidências de muitos pacientes com hipertensão não receberem o tratamento necessário, permanecendo ainda hoje a ocorrência da "regra das metades", expressão criada nos anos 60 para significar que, do total de casos de hipertensão,

apenas 50% são diagnosticados. Destes, somente 50% são tratados e dos tratados, só 50 % são controlados.

A necessidade de implementação de uma tecnologia de cuidado junto destes pacientes é, portanto, não somente justificável como extremamente necessária e urgente.

Segundo Nietzsche (2000), a tecnologia com potencial emancipatório se caracteriza pela introdução de elementos no cuidado de enfermagem que permitam uma práxis capaz de transformar o profissional e clientela em sujeitos do processo que estará ocorrendo. Isto vai ao encontro do preconizado por Trentini e Paim (1999) para a pesquisa convergente-assistencial. Segundo as autoras, este tipo de pesquisa mantém estreita relação com a situação social, estando comprometida com a melhoria direta do contexto pesquisado.

Desse modo, foi implementada uma tecnologia de cuidado, desenvolvida à luz da Teoria de Alcance de Metas de King (1981), descritos os participantes segundo a ordem do desenvolvimento da visita domiciliar.

A interação com os pacientes passou por fases, pois inicialmente eles pareciam ansiosos em face do convite para participar da oficina. Esta ansiedade logo se desfez e foi evoluindo para elo, confiança e ajuda mútua, contribuindo para a transação ao final do estudo. Conhecemos suas características sociodemográficas, as quais passaremos a descrever.

3.4.1 Características sociodemográficas dos pacientes

Os participantes tinham idade entre 30 e 78 anos. Em relação à **faixa etária**, o grupo majoritário estava com idade entre 58 e 64 anos, sendo quatro mulheres e quatro homens; em seguida, tivemos as faixas etárias de 51 a 57 anos, com seis mulheres; de 65 a 71 anos, com três mulheres e um homem; de

72 a 78 anos, com um homem e uma mulher; uma participante na faixa etária de 44 a 50 anos e um na faixa de 30 a 36 anos, totalizando quinze mulheres e sete homens. Não houve participantes no intervalo de 37 a 43 anos.

Ao considerarmos terem sido escolhidos sem levar em conta a idade, o encontrado condiz com a literatura, pois 20 dos 22 participantes têm idade acima de 50 anos. Luna (1989) afirma tornar-se a hipertensão arterial mais freqüente à medida que a idade do indivíduo se eleva. Ribeiro (1996) acrescenta que o fato de mais da metade da população idosa ser portadora de hipertensão arterial traz problemas adicionais aos serviços de saúde, pois a tendência de aumento da população idosa em nosso meio é bastante acentuada. Isto denota a importância do desenvolvimento de tecnologias que atendam eficazmente à população atingida pela hipertensão arterial.

No estudo, houve predominância do sexo feminino (15) em detrimento do masculino (7). Conforme os estudos têm evidenciado, até os 45 anos a hipertensão é mais freqüente no homem, e, após esta idade, passa a ser mais comum no sexo feminino (LUNA, 1989; RIBEIRO, 1996; DIRETRIZES, 2002). Considerando ter a maioria dos participantes acima de 50 anos, era esperado um coeficiente feminino bem próximo do masculino, mas não tão superior. No entanto, a participação maior de mulheres no estudo pode ser em decorrência da conhecida maior procura dos serviços de saúde por mulheres e não da prevalência da doença nesse grupo.

Quanto ao **grau de instrução**, a predominância foi de alfabetizados, com oito pessoas. Caracterizou-se como alfabetizada a pessoa que conhece o alfabeto e assina seu nome. Tivemos três analfabetos, quatro pessoas com ensino fundamental I incompleto, duas com ensino fundamental I completo, duas com ensino fundamental II incompleto e três com ensino médio completo. Não foram encontrados pacientes com ensino fundamental II

completo, ensino médio incompleto, ou com ensino superior em curso ou completo.

O baixo nível de escolaridade exigiu a adequação da tecnologia de cuidado e, como a maior parte dos familiares eram filhos com maior grau de escolaridade, reforçou o papel do membro familiar na pesquisa em todo o processo de educação em saúde. Ramos (1999) afirma que conhecimento e ação estão articulados no processo educativo e, a partir da reflexão sobre o cotidiano e sobre a práxis individual e coletiva, constroem-se o conhecimento novo e a possibilidade de transformação da práxis. Podemos, então, inferir que o paciente, mesmo com baixo nível de escolaridade, pode adquirir conhecimento e modificar seu comportamento de saúde.

Sobre o **estado civil**, a maioria era de casados (14), seguida de solteiros (4), separados/divorciados (2) e viúvos (2). Convém ressaltar que esse dado se baseou na informação do paciente, não se excluindo a possibilidade de os solteiros viverem em uniões estáveis e terem filhos. Não encontramos na literatura associação entre estado civil e hipertensão, mas o dado é importante para o conhecimento da realidade do paciente e para viabilização de meios para alcance de metas de adesão ao tratamento.

Relativo à **renda mensal**, a predominância foi de um a dois salários mínimos, com nove pessoas; oito recebiam de dois a quatro salários; quatro pessoas eram sem renda e uma ganhava de quatro a seis salários mínimos. O fato de a maioria (13) apresentar nenhuma renda ou renda de até dois salários mínimos é um dado que pode dificultar o processo de adesão. Ribeiro (1996) observa na literatura uma relação inversa da prevalência de hipertensão arterial com escolaridade formal e renda.

A falta de dinheiro dificulta a aquisição do remédio quando este não está disponível na unidade, atua como empecilho na adoção de uma

alimentação mais adequada, além de indicar uma realidade com pouca ou nenhuma opção de lazer, aumentando o nível de estresse. Na alimentação, os portadores de hipertensão devem ser alertados para a necessidade de consumirem fibras, evitarem gorduras saturadas e colesterol e aumentarem a ingestão de potássio (BRASIL, 2001), o que, na ausência de dinheiro, fica difícil de se atender pela limitação da escolha. Com isso, a falta de dinheiro requer a necessidade ainda maior de o paciente se dispor cooperar no tratamento, pois sem isto a terapêutica implementada será considerada por ele como desvinculada de sua realidade, impelindo-o ao abandono do tratamento.

Referente à **ocupação**, a maioria foi de aposentados, com treze pessoas, seguida por três donas de casa, duas professoras de ensino fundamental e ocupações de taxista, comerciante, vigia e tarrafeador, com um paciente cada uma. O conhecimento da ocupação é importante para traçar o programa terapêutico. Observamos que o paciente com maior dificuldade para comparecer às consultas e participar das reuniões trabalhava como vigia, com escala de 24 horas de trabalho por 48 horas de folga. Quando coincidia trabalho e consulta, faltava à consulta e o remédio (suficiente apenas para um mês) acabava e nem sempre podia ser adquirido. Como treze pessoas eram aposentadas, havia a facilidade de disporem de mais tempo para se dedicar a um estilo de vida mais saudável. Pesquisa sobre o autocuidado após um ano de revascularização do miocárdio verificou forte correlação entre aposentadoria e práticas de autocuidado (LIMA, 2002). Mas o ter tempo não é tudo. Segundo Nahas (2001) é necessário tomar a iniciativa, envolver-se, divertir-se e trabalhar pela saúde positiva, o melhor seguro para viver com qualidade.

A seguir, descreveremos os dados das consultas de enfermagem e visitas domiciliares.

3.4.2 Dados das consultas de enfermagem e visitas domiciliárias

Concomitantemente ao desenvolvimento das consultas de enfermagem e visitas domiciliárias teve início a fase diagnóstica. As etapas do processo diagnóstico incluem coleta, interpretação e agrupamento das informações e nomeação de categorias (CARPENITO, 2002). Assim, houve a utilização do raciocínio diagnóstico para conhecer os problemas de saúde do paciente, constituindo-se em instrumento valioso que nos auxiliou a selecionar as medidas necessárias para solucionar os problemas dos pacientes (LÓPEZ, 2001).

A presença do diagnóstico de enfermagem *Controle ineficaz do regime terapêutico* foi pré-requisito para a inserção no estudo. Os demais diagnósticos surgiram durante a fase de perscrutação. Para efeito do acompanhamento no estudo, foram considerados os seguintes diagnósticos confirmados pelos pacientes e validados com um perito, com base na taxonomia II da NANDA (2002):

1. *Controle ineficaz do regime terapêutico* – padrão de regulação e integração na vida diária de um programa de tratamento de doenças e de seqüelas de doenças, insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde (NANDA, 2002).
2. *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico* – padrão de regulação e integração aos processos familiares de um programa para o tratamento de doenças e de seqüelas que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde (NANDA, 2002).
3. *Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico* – segundo NANDA (2002) este diagnóstico é o padrão de regulação e integração aos processos

comunitários de programas de tratamento de doenças e de seqüelas que é insatisfatório para atingir objetivos relacionados à saúde.

4. *Tensão do papel de cuidador* – para NANDA (2002), este diagnóstico denota dificuldades para desempenhar o papel de cuidador.
5. *Processos familiares interrompidos* – este diagnóstico representa mudanças nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família (NANDA, 2002).

Após identificarmos os focos do cuidado de enfermagem, passamos à apresentação dos sistemas pessoal, interpessoal e social dos pacientes, descrevendo interação, diagnósticos, metas traçadas, exploração e viabilização de meios para seu alcance, além da evolução.

1 João Antônio

1.1 Os sistemas

Ao conhecer o sistema pessoal de João Antônio, verificamos ser ele um senhor de 61 anos, com cabelos brancos, gordo, com abdômem saliente, de pele branca e muito corada, e com ausência de vários dentes. Baixo nível de escolaridade e dificuldades na leitura, mas de contato acessível, pois conversava muito e recebia bem as visitas em casa. Brincalhão, seu passatempo predileto era jogar dominó com os amigos na esquina de casa.

Morava em casa própria, tinha outras casas alugadas e aposentadoria razoável. Vivia confortavelmente, mas em conflito com a hipertensão, que não conseguia controlar.

Sabia ter a doença há mais de vinte anos e desde então fazia acompanhamento ambulatorial. Ainda assim, internava-se em emergências por pico hipertensivo, porquanto não seguia o tratamento: comia escondido dos familiares, consumia gordura e sal em excesso, era sedentário e não

tomava os remédios conforme a prescrição. A mulher o definia como teimoso, pois “não queria obedecer” ao tratamento, sempre tendo uma desculpa para seu não seguimento terapêutico - “é só hoje”, ou “amanhã eu faço”. Não tinha diabetes nem dislipidemia.

Hoje não fuma, mas o fez durante mais de trinta anos, parando em 1990. Também não bebe, embora tenha bebido desde a adolescência, deixando de consumir bebidas alcoólicas em 1997. Ambos os hábitos foram abolidos em virtude da hipertensão.

No momento do estudo estava com comportamento sedentário, mas há cerca de um ano fazia caminhadas, dando quinze voltas ao redor da praça perto de casa. Suas atividades cotidianas atuais se restringiam a deixar o neto na escola e abastecer a caixa-d'água de casa, com ajuda de uma mangueira.

No início do estudo, seu Índice de Massa Corpórea (IMC) era 37,6 kg/m², com obesidade grau II, apresentando elevado risco de complicações.

A hipertensão era tratada com captopril (inibidor da enzima conversora da angiotensina - IECA) e hidroclorotiazida (diurético tiazídico), e ainda assim sua pressão arterial chegava a 200x130 mmHg, conforme constatado durante nossa primeira visita domiciliar.

Com base no quadro descrito, identificamos no sistema pessoal a presença do diagnóstico de enfermagem *Controle ineficaz do regime terapêutico*, comprovado pelas características do paciente manifestar a vontade de controlar a doença e prevenir seqüelas, mesmo insistindo em escolhas ineficazes para atingir os objetivos do tratamento, como consumir gordura e sal em excesso e ser sedentário. Os fatores relacionados com esse diagnóstico eram a desconfiança sobre a terapêutica, seu conflito de decisão entre seguir ou não o tratamento e o déficit de conhecimento relacionado à sua condição.

No âmbito dos demais sistemas (interpessoal e social), João Antônio era casado pela segunda vez, pai de dez filhos, cinco do primeiro casamento, com um sistema social amplo na família e amigos. Tinha como referência a mulher atual e a filha mais velha do casal, a quem pedia ajuda ou conselhos. Mas nem sempre teve todas essas amizades.

Não conheceu sua mãe, que morreu quando ele era pequeno. O pai era rico e se casou novamente, abandonando os filhos da primeira mulher, criados, então, pela avó materna. Esta era religiosa, mas de “coração duro”, batia nele com chicote. Sua irmã, que coincidentemente integrou o estudo, fugiu de casa para Fortaleza. Ao morrer a avó, João Antônio achou que sua situação melhoraria. Enganou-se, pois ficou com a tia, a qual além de lhe bater, dava-lhe comida apenas quando sobrava.

Aos doze anos foi doado a um vaqueiro, sendo por este melhor tratado. Já rapaz pediu as contas e foi embora para as “lavouras do Maranhão”, onde ganhou bastante dinheiro. A ânsia por ganhar mais o levou aos seringais do Amazonas, onde perdeu tudo e contraiu malária. Voltou para Fortaleza e reencontrou a irmã. Passou a morar com ela e a trabalhar como carregador de caminhão, depois como metalúrgico, aposentando-se. O primeiro casamento durou legalmente dois anos e terminou com cinco filhos. Separou-se e conheceu a atual mulher, mas no início da separação, ficou com as duas mulheres ao mesmo tempo. Com a segunda, vivia há mais de vinte anos.

A não-adesão ao tratamento motivava, muitas vezes, conflito entre eles. A mulher relatava preocupação com a alimentação inadequada do marido e com o fato de “nem sempre tomar os remédios”. A mesma preocupação manifestava a filha mais velha do casal. Conforme observado, acompanhavam o tratamento dele em casa, especialmente a filha, que tinha mais autoridade sobre ele. Segundo Campbell (1997), na população idosa, os

filhos adultos tornam-se a fonte mais importante de apoio social. Nos mais jovens, este apoio normalmente vem do cônjuge.

Na relação paciente/profissional, João Antônio dizia nunca faltar às consultas, mas afirmava não seguir totalmente as recomendações da equipe do PSF. No entanto, pelo livro de marcação de consultas, ele faltou algumas vezes, dado confirmado por sua família.

Diante dos exercícios que fazia, o médico orientou-o para não caminhar muito, pois, em virtude da hipertensão, a elevação da pressão durante o exercício poderia ser danosa, deveria adotar exercícios mais leves. Por não entender a recomendação, ele abandonou tal prática, alegando que “não conseguiria fazer menos exercícios”.

Sua relutância em seguir o tratamento dificultava o controle da pressão. A falta do remédio na unidade era outro fator interveniente, embora ele afirmasse comprar o remédio quando faltava e “tomar bem direitinho”. Mas se a falta do remédio ocorria no final do mês, às vezes não o adquiria por falta de dinheiro. Afirmava ser a rotina das consultas na unidade apenas de manutenção da conduta, com pouca reavaliação do programa terapêutico, e ainda mais dificultada pela impossibilidade de acesso a alguns exames. Isto tudo levava o paciente a uma relativa apatia diante do tratamento. Ademais, “como não conseguia a cura, era melhor abrir mão do acompanhamento, pois não tinha jeito mesmo”. Convencê-lo de ser a hipertensão doença grave e que requeria tratamento contínuo não foi tarefa fácil.

Desenvolvemos forte ligação com este paciente pelas suas histórias e por sua ampla recepção ao estudo. Sempre fomos bem recebidos em sua casa. Demonstrando confiança, ele contou sua história de vida e participou ativamente das atividades propostas.



Com referência aos sistemas interpessoal e social, identificamos o diagnóstico *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, comprovado pelas características de aceleração dos sintomas da doença, como a pressão persistentemente elevada, o que não ocorria anos atrás, e pelas atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos do tratamento, pois alguns filhos criticavam seu comportamento de não-adesão e outros o defendiam. A presença do diagnóstico esteve relacionada com os conflitos de decisão em relação ao tratamento, gerando conflito familiar, visualizado nas constantes discussões entre o casal pela sua não-adesão ao tratamento.

Identificamos, ainda, o diagnóstico *Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico*, caracterizado pelo déficit nas atividades da comunidade para prevenção de complicações da doença e pela falta de recursos disponíveis ao cuidado desta, o que se relacionou ao fato de ser oferecido um programa terapêutico verticalizado e impessoal.

Como pudemos observar, existia verdadeira teia de relações favoráveis à manutenção do comportamento de não-adesão e que precisavam ser modificadas. Estas modificações deveriam se dar com participação ativa do paciente e família no tratamento. Na opinião de Campbell (1997), o apoio familiar pode ser definido como auxílio emocional, instrumental e financeiro obtido a partir da estrutura social do indivíduo. A estrutura e o apoio social melhoram diretamente a saúde, assim como neutralizam os efeitos adversos do estresse na família, fonte mais importante de apoio social. Este tipo de estresse pode gerar conflito familiar, dificultando o alcance das metas.

1.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Com o conhecimento dos fatores relacionados (déficit de conhecimento do paciente sobre a terapêutica, desconfiança quanto à mesma, conflitos de

decisão pessoal e familiar em relação ao tratamento, conflito familiar e oferecimento de um programa terapêutico impessoal), procuramos traçar as metas conjuntas. Foram consideradas metas somente as acordadas com os pacientes que participaram na escolha dos meios para alcançá-las.

Assim, com João Antônio, traçamos as seguintes metas: aumentar, a curto prazo, seu conhecimento sobre a doença e o tratamento, favorecendo o desenvolvimento de hábitos saudáveis (diminuição do consumo de sal e de gordura, aumento da atividade física e diminuição do IMC); favorecer a confiança do paciente na terapêutica e facilitar a tomada de decisões informadas em relação à mesma. Uma meta executada a médio prazo foi conversar com a família visando esclarecê-la sobre a necessidade de coesão dos membros familiares em torno da definição de uma única conduta diante da doença e do tratamento do familiar, apaziguando o conflito em suas relações e contribuindo, com isso, para diminuir as cifras da pressão arterial do paciente. A longo prazo, o aumento da adesão do paciente ao tratamento foi buscado pelo oferecimento de um programa personalizado.

Como meios utilizamos a inserção dos três sistemas em interação contínua nas decisões, o estímulo à modificação de hábitos nocivos ao paciente, como evitar o consumo de peixe salgado com farinha no café da manhã, o incentivo à participação do grupo de amigos com quem joga dominó ou da mulher em caminhadas na pracinha perto de casa.

1.3 Cuidado desenvolvido e evolução do paciente

Observamos que, com o aumento do conhecimento da doença e tratamento, associado à maior crença neste e diminuição de seu conflito pessoal, o paciente conseguiu perder 4 kg, indo de um IMC de 37,65 para 36,21. No primeiro contato, por estar com a pressão arterial em 200x130

mmHg, foi encaminhado a um hospital de emergência. Em nosso último contato, sua pressão se mantinha em 165x112 mmHg.

Com o maior envolvimento familiar, o consumo de sal e gordura foi reduzido, tendo pequena alteração na quantidade. Abdicou de comer peixe frito pela manhã, substituindo-o por sucos e frutas. O aumento da atividade física foi pequeno e observado nas caminhadas que passou a fazer com a mulher, pela manhã, três vezes por semana.

O desenrolar da pesquisa possibilitou a aproximação do nicho familiar, especialmente na relação marido/mulher. Há mais de vinte anos eles não mantinham relações sexuais, sob alegação de ter feito uma cirurgia no pênis e o cirurgião ter diminuído muito seu prepúcio, impedindo-o ter ereções. O estudo aproximou a relação entre eles e facilitou a conversa sobre o assunto, antes evitado por ele. O casal foi orientado sobre formas alternativas de expressão do amor e da sexualidade, o que não era meta inicial no plano de cuidados.

Infelizmente, em decorrência de fatores de risco excessivos e da dificuldade de seguimento terapêutico, o paciente foi a óbito repentinamente em 28 de dezembro de 2001. Após sua morte, visitamos a família e conversamos com a viúva, com sua irmã e com a agente comunitária de saúde da área. Todos apontavam uma única causa para sua morte: o não aprender a conviver com a doença. No hospital, segundo a família, sua *causa mortis* foi diagnosticada como infarto fulminante, mas no Instituto Médico Legal (IML) atestaram causa indeterminada. Acreditamos ocorrerem muitos casos semelhantes e que os registros de mortalidade por doenças cardiovasculares são subnotificados.

Com seu óbito, não pudemos mensurar efetivamente o alcance de metas, embora consideremos ter havido aumento de adesão. Mas as lesões em

órgãos-alvo decorrentes da hipertensão provavelmente já estavam em estágio avançado, como no caso de sua hipertrofia ventricular esquerda. Luna (1989) afirma que a hipertensão arterial, associada a outros fatores de risco, está relacionada com os óbitos causados por doenças circulatórias, isquêmicas cardíacas e cerebrovasculares.

A adoção da teoria de King (1981) possibilitou a investigação, informação, orientação e educação do paciente, da família e até dos profissionais da unidade, com repercussão no cuidado. Favoreceu a percepção de contingências internas e externas, afetando positivamente a qualidade de vida familiar. Possibilitou também o repensar da qualidade de assistência prestada, favorecendo uma prática de cuidados centrada na eficácia da interação enfermeira/paciente (FRANÇA e PAGLIUCA, 2002).

2 Maria do Carmo

2.1 Os sistemas

Considerando o sistema pessoal, a paciente tem 66 anos, é alfabetizada, solteira, com um filho e dois netos. Alegre, adora bailes, especialmente de carnavais. Tem hipertensão há mais de quinze anos e não aceita o fato de não controlar a doença, embora faça tratamento há mais de dez anos. Não tem diabetes nem dislipidemia, mas às vezes apresenta picos hiperglicêmicos.

Quanto ao estilo de vida, refere não comer com muito sal, mas gosta muito de gorduras e é tabagista, fumando seis cigarros por dia desde os 14 anos. Não consome álcool e gosta muito de refrigerante. É sedentária, embora refira vontade de fazer exercícios. Toma um comprimido de hidroclorotiazida (diurético tiazídico) pela manhã e um de ácido acetil salicílico - AAS (droga antiinflamatória não esteroideal – DAINES, com efeito anticoagulante) depois do almoço ou à noite, conforme sua lembrança. Está tomando complexo B

para melhorar a memória e diminuir as tonturas sentidas ultimamente. Esquece-se de tomar os fármacos. Apresenta nictúria, o que a deixa sem dormir bem à noite. Vai muito ao banheiro à noite e este fica no quintal. Com isso, muitas vezes já caiu e se machucou no percurso.

Nessa paciente, há no sistema pessoal a presença do diagnóstico de enfermagem *Controle ineficaz do regime terapêutico*, cuja existência é consolidada pela insistência no consumo de gordura, no tabagismo e no sedentarismo, a denotar escolhas de atividades diárias ineficazes para atingir os objetivos do programa de tratamento. A paciente também afirmou não ter agido para redução dos fatores de risco que geram a progressão da doença, embora deseje controlá-la e prevenir seqüelas. Os principais motivos para tal conduta são a desconfiança quanto ao regime terapêutico e seu déficit de conhecimento sobre a doença e o tratamento.

Com referência aos sistemas interpessoal e social, temos que, considerada a relação paciente/família, ela mora com um filho casado, a nora e dois netos. O filho e a nora trabalham e ela cuida dos netos e da casa. Esta é pequena – sala, dois quartos, cozinha, banheiro e quintal, mas é o suficiente para deixá-la cansada com os afazeres domésticos.

Afirma não gostar de “aperrear” ninguém e a nora, apesar de lhe dar o que necessita, não serve de companhia e não ajuda muito nas atividades domésticas. Seu cotidiano tem tirado parte de sua vitalidade, por se estressar muito com os netos. Gosta deles, mas os considera “danados” e “malcriados”. Apesar disso, “não pode bater neles porque a mãe dos meninos faz cara feia quando isto acontece”.

Seu filho tem pouca autoridade em casa por ficar muito ausente, já que trabalha como vigia em dois locais. Antes, ele lhe dava muito trabalho com a bebida, mas deixou de beber há mais de um ano.

Durante toda a vida ela trabalhou como doméstica, cozinheira, e sustentou sozinha a si e ao filho, pois o pai da criança nunca assumiu a responsabilidade. O romance foi algo breve e o filho não foi planejado. Diz, porém, não se arrepender, porquanto “o filho é a única coisa que tem na vida, já que os netos ainda são pequenos”. Sofreu muito preconceito “naquela época” por ficar grávida solteira, mas sua mãe a ajudou, embora ela tivesse sempre de cuidar do filho e trabalhar. Quando a mãe morreu de trombose, sentiu muito, pois nunca teve muito contato com a família paterna e se sentiu muito sozinha.

Afirma que o filho é bom para ela, apesar de um pouco “ignorante”. Quando conversamos sobre a aquisição de alimentos pobres em gordura, ela confessou ter muita vontade de falar com o filho a respeito, pois era ele quem comprava a comida, mas temia falar algo e ser mal interpretada por ele, que não compraria mais o alimento.

Considerando a relação paciente/profissional de saúde, a participante refere nunca faltar às consultas e ter bom relacionamento com os profissionais da equipe local com quem se trata há cerca de quatro anos.

Embora realmente não falte às consultas, segundo confirmado pela busca ao prontuário, tem dificuldade em captar as orientações fornecidas pelos profissionais, não adotando o tratamento não-medicamentoso para hipertensão e, muitas vezes, esquecendo de adotar o farmacológico, o que a deixa praticamente sem tratamento algum, mesmo freqüentando regularmente a unidade de saúde. Também não se aproxima muito dos demais pacientes, ficando sozinha e vulnerável à não-adesão ao tratamento da hipertensão.

Atualmente, não pratica exercícios porque o horário da reunião do grupo da UBSF é pela manhã, e ela só está disponível à tarde. Também não tem muitas amizades na rua onde mora. Por não dispor de companhia para

caminhadas, recusa-se ir sozinha porque tem medo de cair. Ademais, o fato de permanecer sozinha o dia todo cuidando dos dois netos é mais uma justificativa para adotar tal comportamento.

Quando falta remédio na UBSF, fica sem tomar por não ter recursos financeiros para adquiri-lo, pois não tem fonte de renda, sendo sustentada pelo filho e pela nora. Estes lhe dão roupa e comida e, com isso, ela “não gosta de ficar pedindo mais dinheiro para comprar remédio”. Dessa forma, como “não sente nada com a doença”, espera o remédio chegar na unidade de saúde para voltar a tomá-lo.

Conforme constatamos, nesses sistemas temos o diagnóstico *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, em virtude da presença de atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos do tratamento, além de falta de atenção familiar para com a doença e suas seqüelas. Isso é comprovado na observação de que a família não prioriza a compra do remédio, adquire alimentos ricos em gordura e sobrecarrega de trabalho a paciente. Os motivos relacionados para tal comportamento foram os conflitos de decisão quanto ao tratamento e no convívio familiar.

Detectamos também o diagnóstico *Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico*, pela presença do déficit nas atividades da comunidade para a prevenção secundária e terciária decorrente do oferecimento de um programa terapêutico impessoal, que não atende às exigências de cada paciente.

2.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Ao conhecer os principais motivos que dificultavam a adesão (desconfiança da paciente relacionada ao regime terapêutico, seu déficit de

conhecimento sobre a doença e o tratamento, oferecimento de um programa terapêutico impessoal, que não atende às suas exigências pessoais, conflitos de decisão quanto ao tratamento e presença de conflito familiar), passamos à fase de estabelecimento de metas conjuntas.

Assim, foram traçadas as seguintes metas: a curto prazo, aumentar o conhecimento da paciente sobre a doença e o tratamento e melhorar sua confiança neste, ressaltando a necessidade de diminuir o consumo de gordura e o tabagismo, tomar o fármaco no horário preestabelecido, aumentar sua atividade física e diminuir seu Índice de Massa Corpórea (IMC). A médio prazo, diminuir os conflitos de decisão e o conflito familiar, aumentando sua participação no tratamento e favorecendo a diminuição do estresse e das cifras de pressão arterial da paciente. A longo prazo, aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão pelo oferecimento de um programa terapêutico personalizado que considere a interação dos sistemas pessoal, interpessoal e social do paciente.

Os meios utilizados envolveram a maior conscientização da paciente e família sobre a doença e seu tratamento, especialmente sobre as conseqüências do excesso de sal e gordura no organismo, orientando sobre a aquisição adequada de alimentos e a mobilização familiar para estabelecer intervalos de tempo em que Maria do Carmo tomaria conta dos netos, dividindo atividades com a mãe das crianças. Foi deixado aviso na porta da geladeira lembrando o horário do fármaco e a paciente foi encaminhada para avaliação por um neurologista por causa dos seus esquecimentos. Envolveu-se o apoio comunitário ao chamar as vizinhas para fazer caminhada à tarde.

2.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

Quanto ao alcance de metas, consideramos ter havido aumento da confiança da paciente no regime terapêutico e do seu conhecimento sobre a

doença e o tratamento. Isto propiciou a adoção de um estilo de vida mais saudável, visualizado na diminuição do consumo de gordura, pois apresentava no início do estudo o seguinte comportamento de adesão “refere claramente que consome gordura, mas diz que quer diminuir e não consegue” e, ao final, passou ao comportamento: “às vezes consome mais gordura, mas é raro”. Com suas palavras, afirmou: “Eu já não estou comendo este *gordural* todo. Hoje eu fiz o feijão e botei um bocado de toucinho dentro... Fiquei doida para comer, mas eu pensei – eu não vou comer não”. Também diminuiu o sal: “Quando eu erro a mão no sal, como só um pouquinho”. Além disso, seu IMC no início do estudo foi de 29,3 kg/m² e, no final, de 27,7 kg/m². Ressalte-se que a paciente, que antes alegava não ter com quem caminhar, somente iniciou suas caminhadas à tarde no período final do estudo, passando a ir com uma vizinha. Então, sua perda de peso praticamente foi decorrente somente da mudança de hábitos alimentares. Sua circunferência abdominal diminuiu de 100 para 99 cm. Conforme observamos, o aumento do conhecimento e da segurança da paciente quanto ao tratamento a fez evoluir positivamente em favor da adesão terapêutica. Sua avaliação neurológica deu resultado normal e o médico manteve a prescrição do complexo B.

O grande avanço do cuidado implementado foi a mobilização familiar, com a conscientização do filho sobre as necessidades de sua mãe e sobre como ele poderia resolver isso. A nora também foi sensibilizada e percebeu não estar a sogra feliz em assumir todas as tarefas domésticas, acrescidas do cuidado dos netos. Foram alertados, ainda, para o fato de que, caso faltasse medicamento na unidade, eles deveriam comprar, mesmo em detrimento de alguma outra coisa, pois não era o caráter silencioso da hipertensão que fazia dela uma doença menos grave. Para Silva et al. (2002), as mudanças no estilo de vida provocadas pela presença de uma doença na família muitas vezes estão associadas a alterações estruturais na dinâmica cotidiana da família,

porquanto arcar com despesas relacionadas a tratamento medicamentoso, exames laboratoriais, deslocamento para unidades de saúde, entre outros, representa alterações orçamentárias para maior, e boa parcela das famílias brasileiras não possuem recursos financeiros para cobri-las. Quando a doença é crônica, isto representa despesas contínuas, as quais passam a fazer parte do orçamento familiar, o que pode representar corte no suprimento de outras necessidades. Campbell (1997), por sua vez, afirma que a estrutura e o apoio social melhoram diretamente a saúde. No caso em estudo, assim aconteceu, pois a aproximação familiar e o esclarecimento dos membros da família neutralizaram o estresse nas relações, melhorando visivelmente a saúde da paciente.

Na nossa opinião, o oferecimento de um programa terapêutico personalizado atendeu melhor às exigências pessoais da paciente, e isto deve ser mantido pelos profissionais da unidade de saúde. Segundo afirmam Salum, Bertolozzi e Oliveira (1999), o coletivo em sua dupla face (corpo individual e corpo social), ainda que não seja objeto privativo da enfermagem, é, por excelência, objeto do processo de produção nos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e deve ser buscado por seus integrantes. A utilização da teoria de King (1981) permitiu reverter um quadro agravador da doença da paciente pelo conflito nas relações. Seu enfoque interacionista favoreceu o diálogo, contribuindo na melhoria situacional.

3 Maria Amélia

3.1 Os sistemas

Em relação ao sistema pessoal, trata-se de uma senhora de 63 anos, irmã do João Antônio. Tem três filhos, um homem e duas mulheres, netos e bisnetos.

Diz que no passado sofreu muito, tendo sido internada várias vezes em hospital psiquiátrico por conta de quadros depressivos em virtude de suas dificuldades financeiras. Atualmente, não apresenta alterações mentais, conversa com coerência e coesão e desenvolve normalmente suas atividades cotidianas, embora demonstre preocupação e estresse excessivo, mesmo sem haver tanto motivo para isso.

É aposentada por invalidez há mais de vinte anos e os filhos a ajudam nas despesas domésticas, especialmente o filho, que vive em melhores condições financeiras.

Sabe ter hipertensão há mais de quinze anos, na mesma época em que descobriu ser portadora de diabetes. Faz tratamento desde que recebeu o diagnóstico. Quando descobriu ser portadora dessas doenças, ficou acamada por contrariedade. É obesa, tem excesso de gordura abdominal e sente cansaço mesmo com pequenos esforços como caminhadas. Tem múltiplas varizes nos membros inferiores, sente muitas dores nas pernas e anda devagar. Fuma cerca de quatro a cinco cigarros por dia. Toma um comprimido de glibenclamida (hipoglicemiante oral), dois de captopril (inibidor da enzima conversora da angiotensina – ECA) e um de hidroclorotiazida (diurético tiazídico) por dia.

Refere sentir muita fome, o que acredita ser decorrente da dieta. Concilia bem o sono e faz leves tarefas domésticas. No momento, tem muito sono e dorme com facilidade.

Com a morte do irmão, aumentou a atenção da paciente com suas doenças, pois apresenta múltiplas seqüelas decorrentes dessas e mantém cifras elevadas de pressão arterial e diabetes, embora não falte às consultas e tome a medicação regularmente.

No sistema pessoal, diagnosticamos o *Controle ineficaz do regime terapêutico*, caracterizado pelo referimento da vontade de controlar a doença e prevenir seqüelas, que se deu diversas vezes no contato com a paciente e foi dificultado em razão do seu déficit de conhecimento sobre a doença e o tratamento, da complexidade do regime terapêutico, de suas dificuldades econômicas e da complexidade do sistema de assistência à saúde, como a falta constante de medicamentos.

Nos sistemas interpessoal e social, a paciente tem uma história de sofrimentos, de forma similar ao irmão. Aos 8 anos, fugiu da casa da avó em uma cidade distante com destino à capital. Sua mãe já havia morrido e o pai casara novamente. Eram quatro irmãos do primeiro casamento, dois homens e duas mulheres, incluindo ela. Como se sentia maltratada pela avó, fugiu de casa sozinha, tomando o trem para a capital. No caminho, conheceu uma senhora que a levou para sua casa, onde trabalhou como doméstica até ficar mocinha. Sentia-se bem com a mulher, que era “boa para ela”, mas tinha vontade de ter sua própria casa. Assim se “juntou” com um homem aos 14 anos e teve um casal de filhos. Como o casamento não deu certo, separou-se e depois se “juntou” novamente com outro com quem teve mais uma filha. O companheiro morreu tempos depois. Por se sentir muito só, pois os filhos já estavam todos casados e em suas casas, procurou outro companheiro, que a visita com freqüência. A família dela não aprova o romance por achar que “não tem futuro”, apesar de aparentemente ela gostar muito dele. Todos os seus irmãos já morreram, dois de infarto e um de trombose. “Só tem eu agora. Por isso, o remédio para mim é sagrado. Nunca fico sem o remédio”.

Mesmo possuindo a própria casa, vive sempre entre as casas das filhas e do filho, que fazem tudo para ela. Fica mais em casa quando recebe a visita de seu amado.

A família lhe dá o apoio necessário, principalmente o filho e a nora, que a levam para a consulta e compram os remédios, quando necessário. Além disso, atendem todas suas necessidades e não a deixam andar sozinha porque temem que ela caia ou seja atropelada, uma vez que para percorrer seu trajeto rotineiro é necessário atravessar uma pista de mão dupla muito movimentada.

Sua inserção e a de seu irmão na pesquisa foram aleatórias, por isso o parentesco entre eles nos surpreendeu. Mesmo conhecendo a contribuição genética no acometimento da hipertensão e diabetes, por se tratar de um número pequeno de participantes, não esperávamos encontrar de forma tão clara esta associação nos sujeitos acompanhados.

A morte do irmão representou muito sofrimento para ela, “abalou seus nervos” e deixou-a bastante deprimida. Eles eram muito ligados em razão da consangüinidade materna e paterna. Com os outros irmãos, por parte de pai, quase não tem contato. Sua cunhada é também sua comadre, e ambas são muito ligadas emocionalmente. A morte do irmão não era uma coisa esperada por ela, pois achava que ainda era muito novo e “disposto”. Teme morrer da mesma forma.

Na comunidade, não tem muita amizade e quase não utiliza os serviços disponíveis, por acreditar que “as pessoas são desocupadas e se importam com a vida do povo”.

Na relação paciente/profissional de saúde, ela não falta às consultas e é atendida pela mesma equipe que acompanhava seu irmão, porquanto moravam próximos.

Apesar de comparecer às consultas e tomar as medicações corretamente, não tem controlado a hipertensão e o diabetes. Vai sempre às consultas acompanhada da nora ou da neta, que é estudante de pedagogia. Por ter dificuldade em compreender as orientações fornecidas pelos profissionais

de saúde em virtude do baixo nível de escolaridade, a presença delas favorece sua compreensão. Quando falta medicação na unidade, compra na farmácia. As restrições dietéticas são seguidas rigorosa e excessivamente.

Gosta muito da equipe de saúde que a atende, “especialmente da enfermeira, porque ela é muito boazinha”. Na sua opinião, o tratamento parece não estar surtindo o efeito esperado por ela, pois tem edema de membros inferiores, com sinal de cacifo positivo. Nós a encaminhamos ao médico da equipe para reavaliação clínica. Como resultado, houve aumento nas doses dos medicamentos e solicitação de alguns exames.

Nos sistemas interpessoal e social, identificamos o diagnóstico *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, pela presença das características de aceleração dos sintomas da doença, como os picos hipertensivos e hiperglicêmicos da paciente, dificuldade verbalizada com a prevenção de complicações e desejo de controlar o tratamento da doença e prevenir seqüelas. Tais características se deram em decorrência de fatores como a complexidade do sistema de assistência à saúde, dificultando a reavaliação da paciente por um cardiologista, e complexidade do próprio regime terapêutico.

Diagnosticamos também o *Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico*, constatado pela presença de déficit nas atividades da comunidade para a prevenção secundária e terciária, relacionado com o oferecimento de um programa terapêutico impessoal.

3.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Por conhecer os fatores relacionados (déficit de conhecimento sobre a doença e o tratamento, complexidade do regime terapêutico, dificuldades

econômicas, complexidade do sistema de assistência à saúde e oferecimento de um programa terapêutico impessoal), traçamos as metas conjuntas estabelecidas a curto prazo: melhorar o conhecimento sobre a doença e o tratamento e diminuir a complexidade do regime terapêutico para a paciente (com a ajuda da neta acadêmica de pedagogia), favorecendo o controle do diabetes, o aumento da atividade física e a diminuição do tabagismo e do IMC. A médio prazo: reunir a família para estabelecer uma ajuda financeira mensal à paciente, diminuindo suas dificuldades econômicas, seu estresse e as cifras de sua pressão; e a longo prazo: viabilizar junto da equipe de saúde seu encaminhamento para reavaliação em uma unidade terciária de saúde, por um especialista, e a realização de exames mais precisos.

Como meios para alcançá-las, orientamos a paciente acerca da doença e tratamento, destacando pontos-chave como sua alimentação, a necessidade de controle das cifras pressóricas e glicêmicas, os males do tabagismo, principalmente em associação com essas doenças. Buscamos aproximação com sua neta universitária e esta contribuiu utilizando recursos pedagógicos, como o uso de diagramas e desenhos, no reforço de nossas informações. Assim, a paciente, após avaliação clínica, foi estimulada a caminhar por um período de vinte minutos, com leve intensidade, por causa de múltiplas varizes e do edema nos membros inferiores. Foi orientada a respeito dos nutrientes presentes em cada alimento e sobre como deveria se alimentar, aumentando a ingesta protéica e equilibrando mais os nutrientes. Além disso, foi estimulada à prática de relaxamento para aliviar o estresse. Neste momento, contamos também com a ajuda de uma enfermeira da Unidade Básica de Saúde da Família, que estava fazendo especialização em geriatria.

3.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

Quanto ao alcance de metas, ao final da pesquisa, reconhecemos ter sido ampliado o conhecimento da paciente sobre a doença e o tratamento, e diminuída a complexidade deste, fazendo com que sua pressão caísse de 176x118 mmHg para 161x105 mmHg. O Índice de Massa Corpórea diminuiu de 35 para 34 kg/m². A glicemia inicialmente elevada (482 mg/dl) levou-nos a encaminhá-la à emergência para uso de insulina regular. As cifras baixaram, mas continuavam altas ao final da pesquisa (256 mg/dl), prosseguindo o uso de hipoglicemiantes orais. Vale ressaltar que a paciente somente soube estar sua taxa glicêmica elevada durante o acompanhamento porque levamos nosso glicosímetro até a unidade, uma vez que o aparelho do local estava quebrado e não havia fita disponível para glicoteste. Sua circunferência abdominal era 114 cm e passou para 110 cm ao final do estudo. Ela, que no início do estudo fumava cerca de cinco cigarros por dia, com muita insistência e persuasão diminuiu para três cigarros por dia, um em cada turno. Dizia que “fumava só para distrair a vida” e foi estimulada a procurar fontes alternativas de distração.

A família passou a oferecer uma “mesada”, diminuindo suas dificuldades econômicas e seu estresse, para o qual também utilizou técnicas de relaxamento.

Sua evolução no estudo foi considerada razoável e as metas estabelecidas foram alcançadas, embora outras devessem ser buscadas por se tratar de paciente grave, com múltiplas complicações associadas, pois mesmo com a adoção do tratamento não-farmacológico e do farmacológico não estava conseguindo controlar a doença. A equipe que a atende na unidade de saúde foi alertada sobre a gravidade do caso e acerca da necessidade de persistir em seu acompanhamento de forma sistematizada e intensa, contando

com amplo apoio familiar. Foi viabilizado junto da equipe de saúde seu encaminhamento para reavaliação em uma unidade terciária de saúde, por um cardiologista, que solicitou exames mais precisos cujos resultados não foram recebidos até o final do estudo.

4 Maria de Nazaré

4.1 Os sistemas

Quanto ao sistema pessoal, a paciente tem 52 anos, é divorciada, sem filhos, mora com um companheiro em uma pequena casa de herança da família dela. Foi secretária escolar estadual, agora está aposentada e recebe uma pensão de cinco salários mínimos, tem ensino médio completo. O companheiro é policial federal aposentado.

Obesa, circunferência abdominal elevada, tem hipertensão há mais de quinze anos e com hipertrofia ventricular esquerda há cerca de quatro anos, faz tratamento desde que descobriu a doença. Não tem diabetes nem dislipidemia. Registra história familiar de hipertensão e cardiopatias, com IMC inicial de 31,7 kg/m².

Fumava desde os 18 anos, mas em 1987 abandonou o vício por causa da doença. Conforme refere, ultimamente tem se esquecido de tomar o remédio por conta do horário de verão porque, como assiste muito a televisão, se orienta pelo horário de sua programação, que não é o mesmo do Ceará. Ela afirma: “Com o horário de verão não tenho vontade de tomar o remédio. Não tem jeito mesmo, é só encomprando a história”.

É insegura, ansiosa, estressada e sedentária. Ela mesma ressalta: “Quando tenho problema, vou ao psiquiatra”.

Atualmente é evangélica, mas “antes era espírita e tentei o suicídio sete vezes. Agora estou em paz”. Escreve poesias e faz colagens. “Eu me sinto

sozinha. Todo poeta é um solitário. Preciso ser ouvida, babada, botada no colo”.

Por apresentar déficit auditivo, utiliza aparelho para correção. Sente dores nos dentes e um deles é quebrado. Frequentemente apresenta episódios de diarreia, relacionados com verminose.

Sobre sua sexualidade, refere ter sido estuprada quando jovem e tem trauma. O primeiro marido era homossexual e o companheiro atual a traiu com outra mulher. Assim, desde os 42 anos não mantém relações sexuais com o marido. Não se acha uma mulher atraente, pois se sente muito gorda.

Quanto à percepção da saúde, afirma: “Acho que estou perto do fim”. Como forma de controle da doença, diminuiu o sal e a gordura da alimentação e toma as seguintes medicações: metildopa (bloqueador adrenérgico central) três vezes ao dia, hidroclorotiazida (diurético tiazídico) e pressat® (besilato de amlodipina – bloqueador dos canais de cálcio) uma vez ao dia, todos com ação anti-hipertensiva.

No sistema pessoal, foi identificado o diagnóstico *Controle ineficaz do regime terapêutico*, caracterizado pela presença de ações da vida diária ineficazes para atingir os objetivos do programa de tratamento, pois nem sequer toma os fármacos com frequência. Houve a presença do desejo de controlar a doença e de prevenir seqüelas, verbalizada pela paciente, que agiu com tal intenção ao abandonar o tabagismo. Como fatores relacionados, mencionamos sua desconfiança quanto ao regime terapêutico e quanto a membros da equipe de saúde, o conflito com o parceiro, a percepção da gravidade da doença e a complexidade do regime terapêutico.

Sobre os sistemas interpessoal e social, na relação familiar, Maria de Nazaré mora com o segundo marido, o qual é separado e tem ex-mulher e cinco filhos. Na adolescência era muito rebelde e liberal para os padrões da

época. Apaixonada por um rapaz, não foi compreendida por ele, que a estuprou. Esta foi sua primeira decepção com os homens. Sua família a repudiou, especialmente a mãe e a irmã. Casou-se com um diplomata muito rico e educado, e pensou ter finalmente encontrado o amor. Diz ter sido um engano, porque nunca ficaram juntos em três anos de casamento. Associou a isso outras evidências para descobrir ser o marido homossexual, segundo ele mesmo confessou. Passou a acreditar que ele casou para mostrar à sociedade que tinha uma mulher. Separou-se e depois de alguns anos “juntou-se” com o atual companheiro, que a traía com outras mulheres, levando-a a não manter mais relações sexuais com ele. Muitas vezes aparenta ser insegura e dominada pelo companheiro, por quem é tratada como criança, dependente de proteção. Conforme ressalta, seu pai era quem mais a entendia, mas faleceu cedo de cardiopatias. Teme o mesmo fim.

Mora próximo à irmã e à sobrinha, mas não se entende com elas, que pouco a visitam. Tem uma afilhada, filha da vizinha, a quem trata como filha emocional e financeiramente, e isso é motivo de discussão com o marido.

O complexo caso desta paciente nos faz pensar que desenvolver o cuidado humano não é simplesmente executar uma atividade técnica. Se ao realizar essa atividade a enfermeira não está presente com o corpo, a mente e o espírito, não está realmente cuidando e sim executando um procedimento. Ao interagirem, cuidadores e seres cuidados crescem, se atualizam e se realizam. Dessa maneira, o cuidado não pode ser prescritivo, ele deve ser vivido, sentido, experienciado (WALDOW, 2001).

Afirma comparecer às consultas na unidade e também faz tratamento em um hospital cardiológico da rede terciária.

A equipe da unidade primária de saúde acha seu quadro complicado porque ela já apresenta lesões aparentes em órgãos-alvo (hipertrofia

ventricular esquerda) e permanece com os níveis elevados de pressão arterial, mesmo em uso contínuo de medicação. Ela não ajuda muito, pois parece acreditar que o destino de quem tem hipertensão é a morte, pela experiência anterior com seu pai. Sua credibilidade na unidade terciária de saúde é maior pelo aparato tecnológico disponível. As dificuldades da equipe de saúde aliadas à incredulidade da paciente têm adiado a interação entre eles. Segundo King (1981), a interação é uma situação anterior à transação, necessária ao alcance de metas. A paciente tem permanecido estressada e ansiosa em relação à situação atual.

Nesses sistemas, interpessoal e social, foi identificado o diagnóstico *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, com as características: atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos de um programa de tratamento (presença de conflito com o parceiro, com a irmã) e aceleração dos sintomas da doença de um membro da família, observado no desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda. Os fatores intervenientes foram a própria complexidade do tratamento, o conflito familiar e os conflitos de decisão.

Identificamos, ainda, a presença do diagnóstico *Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico*, comprovado pela presença da característica de déficit nas atividades da comunidade para a prevenção secundária e terciária, relacionado com o oferecimento de um programa terapêutico impessoal.

1.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Com o conhecimento dos fatores relacionados (desconfiança da paciente quanto ao regime terapêutico e quanto a membros da equipe de saúde, conflito com o parceiro, percepção da gravidade da doença e complexidade do regime terapêutico, conflito familiar e de decisão, e oferecimento de um programa terapêutico impessoal), traçamos as metas do

cuidado: a curto prazo, aumentar a confiança da paciente no regime terapêutico e na equipe de saúde, contribuindo para uma percepção mais positiva da doença. A médio prazo, contribuir para a diminuição dos conflitos familiares com o marido e a irmã, favorecendo a diminuição do estresse e das cifras de pressão arterial e melhorando a informação da família sobre o quadro nosológico. A longo prazo, oferecer um programa terapêutico personalizado, facilitando o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão.

Os meios utilizados para alcançá-las foram vários. Destacaremos os principais. A paciente gostava de fazer poesias e colagens. Utilizamos esses recursos para maior aproximação com seu cotidiano. Um de seus sonhos era ter todos os seus quatro grandes cadernos de poemas digitados. Foi o que fizemos, oferecemo-nos para digitar gratuitamente seus poemas. Ela adorou e disse que este seria o maior presente para ela, que queria publicar um livro de poesias. Enquanto digitávamos seus poemas, penetrávamos em seu mundo, conhecendo suas crenças, seus sentimentos e muitas vezes falávamos a respeito, sempre quando o marido estava ausente. Tentávamos também ver o que ela mostrava em suas colagens, que eles poderíamos utilizar para melhorar sua condição de vida e aumentar seu controle da doença.

Essa aproximação foi sistemática, e assim soubemos que ela não confiava nas pessoas e não acreditava que o tratamento pudesse salvá-la. Não foi fácil acompanhar esta paciente e fazê-la evoluir em seu cuidado. Conversamos com a família sobre a necessidade de um suporte social maior para a paciente e da melhor estruturação das relações familiares.

1.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

Quanto ao alcance das metas, o aumento da confiança de Maria de Nazaré no regime terapêutico e na equipe de saúde foi lento, o que repercutiu nos comportamentos de saúde. Passou a ter mais cuidado com o sal e a

gordura. Foi encaminhada ao dentista e iniciou tratamento dentário na unidade de saúde. Fez exame de fezes e tomou vermífugo, diminuindo a diarreia decorrente de parasitose. Seu IMC não foi alterado. A evolução maior se deu em termos de aumento em sua autoconfiança.

Em relação à diminuição dos conflitos familiares, a mudança foi mais rápida, havendo sensível melhoria do relacionamento com o marido e a irmã. A reaproximação com a irmã e com a sobrinha aconteceu, com choros e arrependimentos iniciais. O estresse foi visivelmente diminuído e, com isso, houve redução da pressão arterial. A felicidade por estar juntando dinheiro para publicar seu livro de poesias e colagens também contribuiu para diminuir seu estresse e controlar melhor os valores da pressão arterial. Certa vez, no início da segunda visita domiciliar, verificamos sua pressão e encontramos 183x111 mmHg e, ao final do encontro, estava com 170x81 mmHg. A paciente estava em repouso nas duas ocasiões. Comprovamos nossa confiança no incalculável poder terapêutico da comunicação, essencial no caso dessa paciente.

A paciente e seu companheiro foram reorientados acerca da doença, de seu tratamento, de como proceder em cada situação. Explicamos a finalidade e a interpretação dos diversos resultados de exames já realizados. Tentamos conscientizá-la de que, embora a hipertensão fosse uma doença com influência geneticamente determinada, sua evolução dependia muito do controle da doença, sendo indispensável seguir o tratamento, tanto o não-farmacológico quanto o farmacológico. Assim, não necessariamente “teria o mesmo fim que o pai”, mas se fazia urgente assumir uma postura de combate à elevação da pressão arterial, principalmente porque já apresentava lesões em órgãos-alvo.

A proposta de um programa terapêutico personalizado facilitou o aumento da adesão ao tratamento. Ademais, a equipe de saúde foi envolvida no cuidado, tomando conhecimento da história da paciente, o que os aproximou.

5 Maria de Lourdes

5.1 Os sistemas

Tratando-se do seu sistema pessoal, a paciente tem 75 anos e é solteira. Com 1,49 m de altura e 35,5 kg, apresenta um IMC de 15,99 kg/m², portanto, abaixo do limite normal, de 18 kg/m². Amável, de fala mansa, muito agradável ao conversar, é funcionária pública aposentada e tem ensino fundamental incompleto. É católica e muito religiosa.

Morava com a mãe, até que esta morreu. Como era solteira, sua cunhada arrumou-lhe a filha de uma conhecida para que criasse e assim “não ficasse sozinha na velhice”. Mas a menina nunca lhe serviu de companhia, pois com 13 anos saiu de casa e se envolveu com um homem casado, com quem teve um filho. Separou-se e mais tarde, já casada com outro, teve seu segundo filho. Separou-se e deixou os dois filhos para Maria de Lourdes criar. Eles vivem com ela até hoje.

A paciente mora em casa própria, pequena, mas muito organizada e limpa. São dois quartos, sala, cozinha e banheiro. Na frente da casa abriu uma mercearia, o que lhe dá uma renda adicional. Em casa, cozinha, varre, lava e passa.

Sabe ser portadora de hipertensão arterial há mais de quinze anos e há cinco anos faz tratamento. Diz que “antes não fazia porque não sentia nada”. Quanto aos seus hábitos, afirma comer com pouco sal (“É bem de levezinho que eu boto o sal na comida. Pouco sal.”), mas gosta de consumir gordura,

principalmente em farofas. É sedentária: “Não tenho tempo, a doutora já me *mandou* caminhar, mas eu não posso, eu sou só para fazer tudo”. Seu colesterol é elevado, glicemia inicial de 161 mg/dl e circunferência abdominal de 69 cm. Não fuma nem bebe. Refere estresse no convívio familiar. Toma um comprimido de hidroclorotiazida (diurético tiazídico) por dia, conforme afirma: “Tomo um comprimido de manhã, às vezes esqueço, aí tomo à tarde. Foram esses comprimidos que baixaram minha pressão”. Não dorme bem e às vezes sente tontura.

Nesse sistema, diagnosticamos o *Controle ineficaz do regime terapêutico*, comprovado pela presença de opções cotidianas ineficazes para atingir os objetivos do tratamento, como o consumo excessivo de gordura, o sedentarismo e o estresse aumentados, verbalização de não redução dos fatores de risco para progressão da doença (insistência no consumo de farofas), desejo de controlar a doença e prevenir seqüelas, referido muitas vezes pela paciente, dificuldade com a integração dos regimes prescritos e com a ação para incluir os regimes de tratamento nas rotinas diárias, não adotando medidas do tratamento não-farmacológico. O fator relacionado com essas características foi o déficit de conhecimento.

No tocante aos sistemas interpessoal e social, no relacionamento familiar sobressai o fato de sua filha adotiva quase não andar em sua casa, pois tem um terceiro marido e vive distante.

O relacionamento da paciente com um dos netos estava cada vez pior porque não queria que ele mantivesse determinadas amizades, que bebesse e, principalmente, que chegasse tão tarde em casa. Por sua vez, o neto queria ter esses direitos e sentia como se ela quisesse prendê-lo. O pai e a mãe eram figuras ausentes em sua criação, vendo-o raramente. Tal situação pareceu-nos de difícil solução.

Além dos netos, a paciente tem contato com a família de seu irmão e, mesmo gostando da cunhada, a culpava por ter arranjado a menina para ela criar. A cunhada levava na brincadeira e não se zangava, “afinal, o que seria dela sem aqueles meninos?”

Conforme ela nos contou, o neto mais novo ajudava na mercearia e também fazia algumas tarefas domésticas. Temia que ele, quando maior, ficasse igual ao mais velho, apesar da diferença de idade dos dois ser apenas de dois anos.

Tem pouco relacionamento com os vizinhos e não participa de atividades comunitárias. Seu maior interesse é com ações da igreja, que frequenta regularmente.

A relação paciente/profissional de saúde é tranqüila. A paciente afirma ser muito bom seu relacionamento com a equipe profissional que a cuida; gosta muito do médico e se dá muito bem com a enfermeira. Nunca falta às consultas e diz: “Olho sempre no cartão o dia da consulta para não faltar”.

Apesar disso, alguns de seus comentários denotam a postura autoritária do profissional de saúde em relação aos pacientes: “Eu gosto de farofa, mas a doutora *já proibiu* porque deu colesterol alto, bem pouquinho, mas deu” (grifo nosso).

Na primeira visita domiciliária que lhe fizemos, ela estava pintando a casa, aguardando a comemoração do Natal. Mostrou-se sempre cuidadosa em suas coisas, parecendo se prender muito ao trabalho e às responsabilidades, não conseguindo dividir isto com ninguém ou não tendo com quem dividir, conforme afirma. Mora bastante próximo à unidade de saúde e isto facilita o acesso. Mesmo assim, não participa do grupo de caminhadas às quartas-feiras e alega não ter tempo. Nas vezes em que se juntou a nós e aos outros participantes da pesquisa, mostrou-se discreta e isolada, pouco conversando

com os demais pacientes. Quando seu contato era somente comigo, conversava mais, falando sobre seus problemas e sobre a relação tumultuada com o neto mais velho.

Nas duas vezes em que fomos até sua casa, nos recebeu muito bem. Abria as portas da casa, fazia com que sentássemos, oferecia lanche e insistia para aceitarmos. Nossa maior dificuldade era penetrar em seu cotidiano, o que levou algum tempo. Finalmente, confiando em nós, passou a fazer confidências. Parecia ser amargurada e sozinha. Não percebia a doença como um problema, exceto pelo “medo de ter uma trombose”. Do tratamento, adotava apenas a restrição ao sal e a tomada de medicamentos, quando lembrava. Percebia como seu maior problema o conflituoso relacionamento com o neto.

Nesses sistemas foi identificado o diagnóstico *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, caracterizado pela presença de atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos do programa de tratamento, com estresse excessivo nas relações familiares e falta de atenção para com a doença e suas seqüelas, não havendo uma atenção especial da família com a paciente. As causas identificadas foram conflitos de decisão e familiares.

5.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

De posse do conhecimento dos fatores relacionados (déficit de conhecimento, conflito familiar e de decisão), traçamos as metas a serem alcançadas a curto prazo: aumentar o conhecimento da paciente sobre a doença e seu tratamento, contribuindo para diminuição do sedentarismo, do consumo de gordura e controle das cifras de pressão arterial. A médio prazo, diminuir o conflito familiar e de decisão, possibilitando a redução do estresse

e o aumento, a longo prazo, da adesão ao tratamento, pela maior disponibilidade de tempo para este.

Os meios para alcançar tais metas foram, inicialmente, um processo de orientação da paciente sobre a hipertensão, seus sintomas e tratamento, destacando o porquê das necessidades de modificações instituídas no estilo de vida. Buscamos deixar claro que ela precisava fazer uma opção informada de conduta ante a doença, especialmente em relação ao consumo de gordura e sedentarismo. Somente sua conscientização e escolha pessoal poderiam atuar positivamente neste aspecto. Outro meio utilizado para alcançar as metas estabelecidas foi a aproximação com o pai de seu neto, o qual, pelos relatos da paciente, era mais cooperativo que a mãe do garoto, visando dar maior suporte ao neto e maior sossego à avó, com vistas à diminuição da principal causa de estresse. A reaproximação familiar foi estimulada.

5.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

O melhor conhecimento da paciente sobre a formação de processos ateroscleróticos e suas repercussões no organismo permitiu a autoconscientização da necessidade de diminuição do consumo de gordura. Reforçamos as informações sobre os alimentos por ela consumidos, orientando sobre os que continham mais gordura. Como se sentia muito magra, pediu ajuda para engordar um pouco. Explicamos que poderia ganhar músculos, aumentando a ingestão de proteínas, restritas em sua dieta, mesmo dispondo desses alimentos em sua mercearia. Ao final da pesquisa, apresentou um ganho de 2 kg no peso (37 kg), ficando com um IMC de 16,66 kg/m², o que a deixou muito feliz.

Seu maior conhecimento sobre o tratamento lhe permitiu perceber que a prática de exercícios, além de melhorar sua saúde, aperfeiçoa sua forma física e diminui o estresse em virtude do bem-estar decorrente da produção de

dessa paciente foi muito pautado no enfoque educativo, pois o profissional de saúde deve ser um educador transformador, emancipador e libertador, que almeje a mudança de comportamento da clientela a fim de que ela atinja melhor nível de saúde (SANTOS e SILVA, 2002). Por interferir nesse processo, ganhamos a confiança da paciente e da família, passando a atuar de forma mais próxima, e isto facilitou muito a transação. Nesse contexto, sua pressão se reduziu de 165x81 mmHg para 131x72 mmHg, a glicemia diminuiu, não tendo mais alterações na curva glicêmica que antes estava alterada em decorrência da alimentação inadequada, enquanto a glicemia capilar pós-prandial modificou-se de 161 mg/dl para 141 mm/dl.

Por ocasião do fechamento do estudo, esclarecemos que ela e a família deveriam se preparar para “andar sozinhas”, mas ressaltamos a constante disponibilidade da equipe de saúde da UBSF.

6 Maria Alice

6.1 Os sistemas

A paciente é viúva há seis anos, tem 59 anos, três filhos, dos quais dois casados. Mede 1,48 m e seu peso quando a conhecemos era de 62,5 kg, com um IMC de 28,5 kg/m², apresentando, portanto, sobrepeso. Tem diabetes, com glicemia capilar pós-prandial no início do estudo de 314 mg/dl.

É bastante amorosa e refere sentir muito a falta do marido. Depois que ele morreu, teve de aprender a resolver tudo sozinha, desde pagar as contas a administrar o dinheiro. Em casa, lava e passa roupa, além de cuidar dos outros afazeres. É alfabetizada, aposentada e recebe quatro salários mínimos mensais.

Descobriu ser portadora de hipertensão arterial há mais de dez anos e desde então se trata. Mais tarde, soube ter diabetes. Refere muito medo dessas

doenças, pois teme “ficar parálitica em cima de uma cama”. Já sofreu paralisia facial transitória há três anos. Ficou “apavorada”, mas depois de alguns dias voltou ao normal, permanecendo somente a alteração em um olho: “De vez em quando sinto o olho esquerdo piscando e tenho medo de sentir de novo”.

Segundo diz, evita comer com sal e gordura, não fuma e não bebe. Tem dificuldades com o retorno venoso em ambos os membros inferiores, especialmente no esquerdo, que apresenta muitas varizes. É sedentária e afirma: “Não faço caminhada porque acho ruim andar só, pois uma vez já fiquei tonta e caí na calçada”.

Conforme conta, dorme mal e muitas vezes toma diazepam (benzodiazepínico) para conseguir dormir. Diariamente faz uso de furosemida (diurético de alto teto) e hidroclorotiazida (diurético tiazídico), uma vez por dia, para a hipertensão e de glibenclamida (hipoglicemiante) em jejum, para o diabetes. Toma chás para emagrecer. “Todo dia, bem cedinho, a primeira coisa que faço é tomar o remédio. Oh! Meu Deus, a pessoa que vive assim, dependendo de remédios...” (choro).

Nesse sistema, o diagnóstico eleito para intervenção foi o *Controle ineficaz do regime terapêutico*, comprovado pela adoção de comportamentos ineficazes para atingir os objetivos do tratamento, como o sedentarismo exacerbado, pela falta de ações afirmativas para redução dos fatores de risco, mantendo-se muitas vezes em uma posição de comodismo, apesar de verbalizar o desejo de controlar a doença e prevenir seqüelas. Os fatores relacionados foram as barreiras percebidas pela paciente, como não ter com quem caminhar e não conseguir emagrecer, o grande déficit de conhecimento sobre sua condição e a complexidade do sistema de assistência à saúde.

Nos sistemas interpessoal e social, sobre sua família afirma morar com o filho solteiro, que a ajuda muito nos afazeres domésticos. Tem mais dois filhos, ambos casados, mas um é separado da mulher. Eles moram em suas casas. Com a paciente também vivem dois cachorros e um gato, tratados com imenso carinho. É a chefe da família. O filho ajuda, no entanto, mesmo já tendo 33 anos não resolve as coisas e vive à sombra da mãe, que o protege e o sustenta. Em contrapartida, ele cuida dela, auxiliando nos afazeres, cuidando dos animais e zelando por sua saúde.

Os demais filhos a visitam com frequência, mas não têm um papel tão ativo na sua vida, motivo para sentir-se muito sozinha. Ela se preocupa com eles, como vemos na seguinte fala: “Quem tem filho, sempre se estressa. Tenho um filho que mora sozinho e eu me preocupo”.

Sua interação com a comunidade é bastante restrita, pois apesar de manter contato com algumas vizinhas, não integra nenhuma instituição comunitária.

Sempre vai às consultas, mas ultimamente tem faltado. Na primeira visita que lhe fizemos, fomos com a agente de saúde da área. A paciente comentou não ter mais ido à unidade de saúde por haver sido desrespeitada pela funcionária que marca as consultas. Segundo ela, a mulher estaria favorecendo determinados pacientes nessa ocasião. Quando reclamou, a funcionária destratou-a na frente dos demais pacientes. Por isso, não mais comparecera à unidade. Ao relatar a história, Maria Alice teve dificuldades para falar, ficou emocionada e chorou muito, afirmando ter sido humilhada.

A agente de saúde ouviu todo o desabafo. Comunicamos o fato à coordenação da unidade, que se comprometeu em tomar providências.

Tentamos convencê-la a voltar a freqüentar a unidade. Esta, porém, não foi tarefa das mais fáceis, pois ficou muito chateada em decorrência dos fatos

narrados. Ressaltou ainda ter ido por três vezes marcar a consulta sem, contudo, ser atendida. Explicamos que a unidade básica de saúde integra um complexo de unidades nacionais cuja função é atender o povo, servir à comunidade, esclarecendo que ela não estava pedindo favor ao solicitar a marcação de sua consulta, porquanto este era um direito seu, assegurado pela Constituição do país. Mostramos-lhe que era importante participar das reuniões dos Conselhos de Saúde para exercer o controle social sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, naquele momento ela deveria privilegiar sua saúde, cuidando e controlando a hipertensão e o diabetes. Ademais, estava sem remédio e sem acompanhamento. A muito custo, convencemos a paciente, conseguindo sua reintegração à unidade de atendimento.

Segundo informa, sua relação com a equipe que a tratava era boa, mas a enfermeira de sua equipe estava de férias no momento do problema na unidade. Ela afirmou, ainda, que antes do ocorrido gostava de ir às consultas para diminuir suas dúvidas e ansiedade em relação à doença.

Os diagnósticos identificados nesses sistemas foram o *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, caracterizado pela dificuldade verbalizada com a prevenção de complicações e desejo de controlar a doença, relacionados à complexidade do sistema de assistência à saúde, e o *Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico*, com as características déficit de pessoas que atuam na defesa dos membros da comunidade e déficit nas atividades da comunidade para a prevenção, secundária e terciária, relacionados ao oferecimento de um programa terapêutico impessoal e à complexidade do sistema de assistência à saúde, visível na difícil relação entre a paciente e a funcionária da unidade.

6.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Para o estabelecimento de metas, tivemos como fatores relacionados as barreiras percebidas pela paciente, déficit de conhecimento sobre sua condição, complexidade do sistema de assistência à saúde e oferecimento de um programa terapêutico impessoal.

As seguintes metas foram traçadas e validadas em comum acordo com a paciente: diminuir as barreiras percebidas por ela, promovendo sua reaproximação com a unidade de saúde e favorecendo a diminuição das cifras da pressão arterial e do diabetes; aumentar seu conhecimento sobre a doença e o tratamento, incrementando o desenvolvimento de suas atividades físicas, a tomada correta dos medicamentos e a organização de sua alimentação a curto prazo; oferecer um programa personalizado favorável ao aumento da adesão ao tratamento a médio e longo prazos.

Utilizamos como meios, principalmente, o apelo à própria paciente, com ajuda de seu filho, além de seu esclarecimento acerca da necessidade de adoção do tratamento não-farmacológico e farmacológico para controle das doenças. O filho foi estimulado a caminhar com a mãe e fizemos um esquema da medicação, exposto no armário da cozinha. A reaproximação com a unidade de saúde foi facilitada a partir do conhecimento da situação pela chefia da unidade e por sua equipe de saúde.

6.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

A forma do contato inicial com a paciente facilitou nossa aproximação e o desenvolvimento da confiança mútua na relação. Ao diminuir as barreiras percebidas e voltar a freqüentar a unidade de saúde, Maria Alice deu uma nova chance a si mesma, optando por se cuidar. Como se tratava de uma

paciente no extremo da não-adesão, suas cifras de pressão arterial e glicemia estavam bastante elevadas. Ela evoluiu bem no decorrer do estudo e aumentou seu conhecimento sobre a doença e o tratamento. Apesar disso, seu IMC, que deveria diminuir, aumentou para 28,99. Perguntamos sobre o motivo do seu ganho de peso, uma vez que tinha aumentado a atividade e organizado a alimentação. Respondeu: “No começo estava magra por causa da contrariedade com o acontecido, não comia direito, mas sempre fui mais forte. Depois, quando eu melhorei, me alimentei melhor e meu peso aumentou, mas estou menos do que sempre fui”. Sugerimos a ela que continuasse com a prática de exercícios físicos, organizasse melhor sua alimentação e tomasse os medicamentos corretamente.

O oferecimento de um programa personalizado favoreceu a diminuição das cifras da pressão arterial e do diabetes, aumentando a adesão ao tratamento. Com isso, sua glicemia capilar pós-prandial se reduziu de 314 mg/dl para 166 mg/dl. Acreditamos que assim aconteceu em decorrência da melhor organização alimentar quanto aos horários e nutrientes contidos nos alimentos, diminuindo sal e gordura e obtendo uma alimentação mais saudável. Sua pressão arterial no início do estudo era 130x90 mmHg, durante o estudo chegou a 160x80 mmHg, pois o filho se separou da mulher, e, ao final do estudo, estava em 140x82 mmHg, com valores menores de diastólica mas com a sistólica ainda elevada. A paciente passou a tomar os medicamentos corretamente. Ela facilmente ficava nervosa. Por isso, a orientamos sobre atividades, posturas e locais de relaxamento, o que achava engraçado. A adoção destes hábitos resultou em pequena melhoria. Sugerimos, então, fizesse crochê, atividade que lhe dava muito prazer e com a qual obteve melhor desenvolvimento, até mesmo atuando sobre seu sentimento de solidão.

A paciente apegou-se muito à nossa presença e, tão logo se fez possível, começamos a incentivar sua reaproximação dos profissionais de sua equipe de PSF. A funcionária responsável pela marcação das consultas foi chamada a atenção e reorientada sobre como proceder, melhorando o desempenho. Desse modo, foi facilitado o acesso da paciente à unidade de saúde.

7 João Luís

7.1 Os sistemas

O João Luís é um senhor de 60 anos, com 69,5 kg, altura de 1,57 m, IMC de 27,2 kg/m². Sua circunferência abdominal é de 99 cm. Mesmo sem ter diabetes, apresentou glicemia pós-prandial de 89 mg/dl no início do estudo. Sua pressão arterial inicial foi de 223x162 mmHg. Faz uso de óculos para correção de hipermetropia. Tem instrução fundamental completa. É aposentado, possui um bar, carro e casa própria.

Descobriu ser hipertenso há quase vinte anos, e iniciou, então, o tratamento. Várias vezes o abandonou, sempre quando acreditava não estar sentindo nada. Retomava após dar entrada em emergências por pico hipertensivo. Ultimamente, há cerca de cinco anos, desde que sentiu uma dor no peito, passou a fazer tratamento ininterruptamente, com acompanhamento na unidade básica de saúde e também em um hospital particular referência no tratamento de doenças cardiovasculares. Neste, fez ecocardiograma e descobriu que tem hipertrofia ventricular esquerda, a qual foi associada à hipertensão. Não foram encontradas lesões em outros órgãos-alvo. Atualmente, não bebe nem fuma, mas já fumou e bebeu muito, deixando esses hábitos há cerca de dez anos por causa da doença.

Conforme ressalta, quando é ele que faz a comida, come com pouco sal. Quando a comida é feita pela mulher ou pela filha, fica mais salgada. Diz consumir gordura, mas está tentando restringir o consumo. Geralmente não se alimenta nos horários devidos e muitas vezes come qualquer coisa no seu bar em virtude dos constantes problemas familiares. Segundo suas afirmações, faz caminhada todo dia, mesmo em dias chuvosos. Afirma ser um pouco estressado em decorrência das relações familiares ruins.

Refere dormir bem, pois “dorme mais do que gato em bica”. Toma um comprimido por dia de rebaten® (cloridrato de propanolol – bloqueador β_1 e β_2 , anti-hipertensivo) e de higroton® (clortalidona – diurético) e dois comprimidos à noite de pritor® (telmisartana – anti-hipertensivo), conforme a prescrição de seu médico particular. Participa dos exercícios no grupo “Caminhada para a Vida” às quartas-feiras.

O diagnóstico de enfermagem encontrado no sistema pessoal foi *Controle ineficaz do regime terapêutico*, caracterizado pelo desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de seqüelas, referida tantas vezes por João Luís, e pela dificuldade verbalizada com a regulação do regime prescrito, especialmente no controle do sal nos alimentos. Tais características estiveram relacionadas com o conflito familiar e com os padrões familiares de cuidado de saúde, considerados de negligência.

Nos sistemas interpessoal e social, o paciente tem mulher, oito filhos, dezessete netos e dois bisnetos. Moram juntos, ele, a mulher e duas filhas. Os demais já são casados e moram em suas próprias casas. O relacionamento marido/mulher é extremamente conflituoso, pois estão em processo de separação. Segundo ele, a mulher tem muito ciúme e é grosseira. Já conforme a mulher, ele é namorador. O fato é que, com o processo de separação, sua

rotina está completamente alterada, e ele evita andar em casa, mesmo nos horários de refeição, ficando mais tempo no bar, onde se alimenta.

De acordo com o comentado anteriormente, quando a mulher ou as filhas fazem a comida, não diminuem a quantidade de sal e, assim, nas poucas vezes em que vai fazer a refeição em casa, também não come.

A filha é quem mais o ajuda, tanto no relacionamento com a mulher quanto no tratamento. Cuida dele porque há história familiar de hipertensão (seu avô tinha a doença e um dos irmãos, de 29 anos, já tem hipertensão) e teme pela saúde do pai.

Em um dos dias em que o encontramos na unidade de saúde, sua pressão estava em 252 X 110 mmHg. Demonstrava estar muito nervoso, justificando o fato pela ocorrência do desaparecimento do cadeado do bar. Acreditava que seu sobrinho o havia tirado e não confessava. Ele havia achado o cadeado entre as coisas do sobrinho e ficou muito chateado.

A mulher desconfiava que ele tinha um caso com a babá da neta. Por isso, a despediu. Segundo ele afirma, não discute com a mulher porque ela é doente (tem depressão) e teme sua piora. Diz ver a moça como filha e respeitar a menina, que tem idade para ser sua neta. Os filhos não se envolvem e esperam que os pais se entendam, o que não ocorre. Somente a filha que mais o ajuda tenta reaproximá-los. Como observamos, ele não quer a separação, alega já estar velho e quer manter a família unida.

Nas relações interpessoais com os profissionais de saúde, o paciente tem um bom relacionamento com sua equipe do PSF. Participa ativamente das atividades na unidade, não falta às consultas e participa do grupo que pratica exercícios todas as quartas-feiras.

O relacionamento do paciente com o médico do hospital particular especializado, onde também faz tratamento, é bom. Segundo ele, ficava

chateado porque não conseguia renovar a carteira de motorista por estar a pressão sempre elevada. O seu cardiologista particular, a pedido, deu uma declaração atestando que ele tinha “hipertensão do jaleco branco”, possibilitando-lhe satisfazer seu intento.

A relação da equipe do PSF com o médico do hospital particular é mediada pelo paciente, sendo a medicação mantida, porquanto ele pode comprá-la. Sempre comparece às festas promovidas na unidade de saúde, fala em nome dos pacientes e participa dos passeios organizados no grupo de caminhada.

Sua interação conosco foi facilitada por sua grande proximidade com a enfermeira da equipe, que chegou a fazer uma visita domiciliária conosco.

A relação por nós desenvolvida foi de muita confiança. Conforme percebemos, tinha muitos problemas familiares, o que colaborava para sua pressão arterial estar constantemente elevada, mesmo tomando as medicações e observando parte do tratamento não-medicamentoso da doença. A ida à unidade de saúde atuava como uma válvula de escape para a estressante rotina em família. Chegava à unidade chateado com os conflitos familiares e, com o transcorrer da consulta, relaxava. Nas reuniões, chegava a brincar, contar histórias e sorrir. Disse que participar do nosso estudo era uma terapia porque não agüentava o clima reinante em sua casa.

Nesse contexto, trabalhamos o diagnóstico *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, identificando como características as atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos do tratamento e o fato de a família não tomar decisões para reduzir fatores de risco para a progressão da doença, o que estava relacionado com conflitos de decisão e familiares. A família tinha por hábito não cuidar muito da saúde, sendo negligente quanto a cuidados com o paciente, o qual temia morrer em decorrência da doença.

7.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Os fatores relacionados levantados (conflito familiar, padrões familiares ineficazes de cuidado de saúde e conflitos de decisão) apontaram a necessidade de traçar as seguintes metas conjuntas a curto prazo: diminuir o conflito familiar, facilitando o acesso do paciente a uma alimentação mais saudável e à diminuição de seu estresse. Aprimorar os padrões familiares de cuidado à saúde e diminuir os conflitos de decisão pessoais e interpessoais, aumentando a adesão a médio e longo prazos.

O meio mais eficaz utilizado foi a proximidade da filha ao seu tratamento e a tentativa desta de diminuir o estresse do paciente junto dos outros membros familiares e aprimorar seu cuidado à saúde. Tentamos ressaltar a necessidade de organizar melhor sua alimentação, o que somente seria possível com horários mais fixos, no que a família teria papel preponderante, especialmente a filha, a quem era mais fácil o acesso.

7.3 Cuidado desenvolvido e evolução do paciente

No início do estudo, o paciente apresentava estresse em decorrência do conflito familiar, o que interferia muito no controle da doença. A relação entre família e paciente com doenças crônicas é abordada por Araujo et al. (1998), ao afirmarem serem as doenças crônicas caracterizadas pela longa duração do tratamento e pela limitação ao estilo de vida, não só do portador, mas de todos os elementos de seu núcleo familiar. A alteração na saúde de um dos membros familiares gera mudanças no comportamento de todos, levando a transformações. Mas o conflito familiar no caso de João Luís não se referia apenas ao fato do estabelecimento da doença crônica, mas da estruturação familiar como um todo, a qual não era saudável.

Para Elsen et al. (1992), família saudável é uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho, tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. Atua conscientemente no ambiente onde vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida. Ao longo do estudo e com a ajuda familiar o relacionamento marido/mulher melhorou e eles desistiram da idéia do divórcio.

Com a diminuição do conflito familiar e a desistência do divórcio, o paciente voltou a fazer refeições em casa. A família foi alertada para a necessidade de controlar o sal e a gordura nos alimentos consumidos por ele.

Ao melhorar os padrões familiares de cuidado à saúde, tentamos também contatar com o filho acometido pela doença e encaminhá-lo ao médico para confirmação do diagnóstico de hipertensão.

Mediante a redução dos conflitos de decisão pessoais e interpessoais, houve diminuição do estresse e, com isso, sua pressão baixou de 223x162 mmHg para 180x112 mmHg. Com seu esforço nos exercícios, sua circunferência abdominal se reduziu de 99 para 98 cm e seu IMC de 27,2 para 27,1 kg/m². A glicemia capilar pós-prandial permaneceu praticamente a mesma, indo de 89 para 91 mg/dl.

Acreditamos que a principal conquista nesse caso se deu na resolução do conflito familiar. O paciente, por ser portador de hipertensão, necessita de acompanhamento constante no qual a família tem papel preponderante. Wright e Leahey (2002) afirmam que há evidências teóricas, práticas e investigacionais da influência familiar sobre a doença. Nesse caso, a família não somente buscou diminuir o estresse doméstico, mas também cuidou do paciente e tentou prevenir a ocorrência de novos casos na família.

8 Maria Auxiliadora

8.1 Os sistemas

No sistema pessoal, trata-se de uma pessoa do sexo feminino, 56 anos, professora primária aposentada, com ensino médio completo e renda de cerca de três e meio salários mínimos. Casada e com um casal de filhos adultos, é educada, calma e fala pausadamente. Mede 1,51 m de altura, apresenta IMC inicial de 29,2 kg/m², estando com sobrepeso e próxima à margem de obesidade. Refere consumir sal e gordura de forma adequada ao tratamento, não fumar e nem beber.

Afirma fazer caminhada com a frequência mínima de três vezes por semana:

Sempre vou caminhar todo dia. Às vezes, quando estou muito ocupada, vou só três vezes por semana, mas nesta semana não fui nenhuma vez por causa da chuva. Acho bom caminhar porque me acalmo mais e não fico estressada, mas no inverno é mais complicado.

Sabe que tem hipertensão há mais de dez anos, diabetes há mais de cinco e atualmente vem apresentando as cifras de colesterol elevadas (235 mg/dl no colesterol total). Refere ter se tratado desde a descoberta das doenças. Sofre problemas com o enfrentamento do estresse em relação à

alimentação, pois diz sentir falta de comer tudo. “Como assim mesmo, pois adoro pão, com manteiga e café. Não resisto”.

Usa o medicamento conforme prescrito e não falta às consultas. Para a hipertensão, toma um comprimido de captopril (inibidor da ECA), um de atenolol (bloqueador β) e um de hidroclorotiazida (diurético tiazídico) pela manhã e, para o diabetes, toma um comprimido de glicemipirida (hipoglicemiante oral) pela manhã.

Ressalta não dormir direito por preocupação com a aposentadoria, cujo processo ainda não se completou, e com o marido, que não cuida da saúde.

No referido sistema, diagnosticamos o *Controle ineficaz do regime terapêutico*, encontrado na paciente, acompanhado de opções cotidianas ineficazes para o alcance da adesão ao tratamento, comprovadas no hábito de não seguir parte das restrições dietéticas, do desejo verbalizado por diversas vezes de controlar a doença e da dificuldade com a integração do regime prescrito no tratamento não-farmacológico, características essas relacionadas com conflitos de decisão e barreiras percebidas, como o estresse mencionado no enfrentamento da doença.

Nos sistemas interpessoal e social, visitando-a em sua residência, confessou-nos morar em casa alugada, embora ampla, arejada e confortável. Manifesta a vontade de possuir sua casa própria, o que ainda não foi possível.

Agora, após ter dado entrada ao processo de aposentadoria, ficava o dia todo sozinha e isto a incomodava bastante pois a casa era muito grande e passava muita solidão para ela. Seus dois filhos, um rapaz e uma moça, estudam e trabalham o dia todo. O marido trabalha em um escritório no centro e também passa o dia fora de casa. Assim, a paciente fica muito só, chegando a chorar por se sentir incapaz depois da aposentadoria. Acha o dinheiro pouco e tem vontade de voltar a trabalhar, mas não sabe o que fazer.

Suas irmãs e seu irmão, que vivem em melhores condições financeiras, ajudam-na nessa fase de transição, quando ainda não está recebendo o dinheiro da aposentadoria. A família é muito unida e os irmãos têm uma preocupação maior com ela por causa da doença. Durante o estudo passou alguns dias na casa de praia do irmão para espairer.

Não tem muita amizade com os vizinhos, mas os cumprimenta e convive bem com eles. Utiliza os serviços oferecidos na comunidade e ainda presta alguns serviços à escola na qual por tantos anos lecionou, como colaborar na organização de festinhas, entre outros.

Na relação interpessoal com os profissionais da unidade de saúde, mantém excelente relacionamento com os que a atendem. Segundo sua percepção sobre seu acompanhamento clínico geral, acredita estar bem, embora afirme sentir falta de alimentos doces. Conta que ano passado esteve pior ao ficar deprimida com a dieta. Ela diz: “Eu sempre quebro a dieta, não consigo levar adiante”.

A enfermeira e o médico conhecem suas limitações e incentivam sua adesão ao tratamento. Ela participa das atividades na unidade.

Em nossos encontros, foi evidente seu nível educacional, compreensão do tratamento e falta de estímulo para controlar a doença, apesar de esclarecida sobre possíveis complicações na presença da hipertensão e diabetes.

Conforme mostra a literatura, a hipertensão arterial é considerada um dos fatores de risco mais sérios para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Em 1930, as doenças do coração foram responsáveis por 11,8% do total de óbitos ocorridos nas capitais brasileiras. Esse percentual aumentou para 30% em 1980 e, em 1988, para 34% de todos os óbitos registrados, excetuando-se as causas mal definidas. Segundo detectado, as

doenças do aparelho circulatório foram responsáveis em 1988 por 40% dos óbitos de indivíduos com idade a partir de 45 anos e por 15% das mortes na faixa etária de 15-44 anos, atingindo precocemente pessoas jovens e em plena fase produtiva (BRASIL, 1988; BRASIL, 1993). Portanto, vê-se um aumento crescente dos casos de doenças cardíacas no Brasil, o que pode estar relacionado à hipertensão (LUNA, 1989; RIBEIRO, 1996).

Alie-se, no caso da paciente, a presença do diabetes e da hipercolesterolemia. As conseqüências podem ser trágicas caso não haja o controle dessas doenças. Vemos, assim, que os profissionais de saúde devem preocupar-se principalmente em encorajar comportamentos saudáveis, incentivando a pessoa a desenvolver suas potencialidades e modificar comportamentos de risco.

Na relação familiar, identificamos o diagnóstico *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, pelas características de atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou prevenção, e falta de atenção para com as doenças e suas seqüelas por parte do marido e dos filhos, que não tinham tempo para se dedicar a Maria Auxiliadora. Tais características encontraram relação com os conflitos de decisão familiar e com as exigências excessivas feitas à família por ocasião do tratamento.

8.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Após o conhecimento dos fatores relacionados às dificuldades de seguimento terapêutico (conflitos de decisão pessoal e familiar, barreiras percebidas e exigências excessivas feitas à família), traçamos, em conjunto com a paciente, as metas a serem alcançadas, quais sejam: minimizar os conflitos de decisão pessoal e familiar e das barreiras percebidas pela

paciente, facilitando a diminuição da ociosidade e do IMC a curto prazo, organizar e agrupar as exigências excessivas feitas à família, contribuindo para diminuição do estresse e aumento da adesão ao tratamento em um prazo mais longo.

Como meio utilizamos o incentivo à busca de uma nova ocupação remunerada. Estimulamos a possibilidade dela morar mais perto de seus irmãos, com vistas à diminuição do estresse, pois dispunham de mais tempo para ficar com ela que seus filhos e marido. E, por fim, o reforço à diminuição de barreiras, ressaltando a necessidade de caminhar e de abdicar do consumo de alguns alimentos não recomendados.

8.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

As metas foram alcançadas. Os conflitos de decisão pessoal e familiar e as barreiras percebidas pela paciente reduziram-se ao longo do acompanhamento, facilitando a diminuição da ociosidade e, com isso, do IMC, pois a paciente passou de um IMC de 29,2 kg/m² para 27,41 kg/m², o que é bastante significativo. A pressão arterial permaneceu na faixa normal limítrofe (130-139 x 85-89 mmHg) e a glicemia na faixa \geq 200 mg/dl, embora os valores tenham diminuído de 268 para 217 mg/dl, com picos de 285 mg/dl no decorrer do estudo. O colesterol baixou de 235 mg/dl para 208 mg/dl.

A diminuição do estresse se deu, pois outras mudanças aconteceram: saiu a aposentadoria da paciente e, com o dinheiro dos meses acumulados, ela deu entrada em um apartamento próximo da residência dos seus irmãos, mudando-se para lá ao final do estudo. Não chegamos a conhecer o apartamento, mas conforme ela nos contou, estava muito feliz e todos os dias fazia caminhada com sua irmã. Com isso, estava bem menos estressada. Contou, ainda, que os filhos ainda se encontravam em fase de adaptação porque sempre haviam morado na outra casa e tinham todos os amigos

naquela vizinhança, mas ela e o marido tinham certeza de que não iriam voltar. Primeiro, porque o apartamento era próprio e, depois, porque a tendência era os filhos casarem e ficar somente os dois. Por isso, os filhos teriam de se adaptar à nova realidade.

Ademais, a paciente começou a fazer crochê e tinha recebido várias encomendas, o que diminuiu sua ociosidade e foi uma fonte de renda extra para ela.

A redução do peso a estava estimulando a prosseguir nos exercícios, mas tinha dificuldades para controlar o consumo de alguns alimentos, principalmente o pão. Orientamos para que reduzisse ao máximo seu consumo diário como forma de manter sob controle as cifras glicêmicas.

Com a aposentadoria, também teve mais tempo para se cuidar e estava mais vaidosa, dedicando-se mais ao marido. Tais atividades tomavam parte do seu tempo e a deixavam menos ociosa e mais feliz. Agradeceu por ter sido incluída no estudo e ressaltou a importância deste na redefinição de prioridades em sua vida. Assim, vemos que diferentes padrões familiares geralmente consideram de modo distinto as questões de saúde e os recursos para resolvê-las (POTTER e PERRY, 1996). Entretanto, algumas vezes a estrutura e o funcionamento familiares necessitam ser alterados antes que um problema de saúde possa ser resolvido. No caso em estudo, essa alteração foi fundamental para possibilitar o alcance de metas.

9 Maria José

9.1 Os sistemas

No âmbito pessoal, trata-se de uma senhora de 51 anos, analfabeta, casada, do lar, que aparenta timidez e tem dificuldade de se expressar. Com 1,58 m de altura e 87 kg, apresentou um IMC inicial de 34,85 kg/m² e

obesidade classe I, com risco moderado de co-morbidades. Sabe que tem hipertensão há cerca de oito anos e há cinco descobriu o diabetes, fazendo tratamento desde então.

Afirma não restringir o sal nem a gordura da alimentação, embora tenha maior cuidado com a gordura do que com o sal por não gostar de comer alimentos gordurosos. Ela diz: “Como pão, sal, gordura (...)”. Não fuma nem bebe. No momento, não adota prática de qualquer atividade física. Afirma que: “Antes eu caminhava. Não era muito, mas deixei para cuidar do meu pai”. O estresse também faz parte de seu cotidiano, pois antes se distraía assistindo a programas na televisão, mas esta quebrou e agora seu único lazer é conversar com o marido.

Nos últimos três meses não tem comparecido às consultas porque está cuidando do pai, que além de ter diabetes e hipertensão está em estágio terminal de câncer de próstata. Neste intervalo, reservou um dia para ir à unidade, mas, ao chegar lá, os funcionários do serviço estavam em greve por falta de pagamento da prefeitura. Em face das circunstâncias, não tem tomado o remédio porque o que recebeu no posto acabou há algum tempo e, conforme salientou, não dispõe de recursos para adquiri-lo, pois a renda familiar é de um salário mínimo. A receita indica um comprimido de furosemida (diurético de alto teto) por dia para hipertensão, um de glifage ® (metformina – hipoglicemiante oral) para diabetes e um de valium (benzodiazepínico) quando ficar nervosa. Ela afirma:

Há mais de um mês que não tomo nenhum tipo de remédio. No começo, ainda tomava um dia e outro não ou quando a pressão subia, quando sentia aquela quentura no corpo, depois, nem isso. Eu parei de tomar o remédio da pressão (furosemida) por minha conta mesmo porque ele faz a gente fazer xixi demais (risos). O diabetes faz tempo que eu não sei em quanto está, mas eu acho que está alto porque depois que acabou o remédio, o meu pai já estava aqui e eu não pude pegar mais. Na última vez que eu me consultei, eu pedi pra

doutora passar outro remédio da pressão, mas ela disse que tem que ser este. O que eu mais tomo é o valium, mas este também acabou.

No início do estudo, sua pressão estava em 150x99 mmHg, a glicemia em 192 mg/dl e a circunferência abdominal era de 108 cm.

A paciente tem dificuldade na apreensão das orientações de saúde, segundo informa. Seu marido a está ensinando a assinar o nome. No termo de consentimento desta pesquisa assinou pela primeira vez seu nome em um documento.

No sistema pessoal, diagnosticamos o *Controle ineficaz do regime terapêutico* por meio de inúmeras características, como escolhas cotidianas ineficazes para atingir os objetivos do tratamento, inexistência de ações com vistas à redução dos fatores de risco para seqüelas, desejo de controlar o tratamento da doença e não inclusão dos regimes terapêuticos nas rotinas diárias, relacionadas com barreiras percebidas, déficit de conhecimento, conflito familiar e de decisão e complexidade do sistema de assistência à saúde.

Nos sistemas interpessoal e social, sua família é composta basicamente por ela e o marido, embora, numa concepção mais ampla, seu pai e suas duas irmãs sejam partes integrantes da família pelas relações de proximidade, apesar de não morarem na mesma casa. Seu marido é aposentado e recebe um salário mínimo. Trabalha ainda como marceneiro, entretanto a renda proveniente desse serviço é pequena e incerta, depende de encomendas. Era viúvo quando casou com ela, mas não teve filhos. Maria José trabalhava como doméstica, deixou o emprego para cuidar da mãe, que morreu “de trombose” há sete anos. Com a morte da mãe não voltou a trabalhar, restringindo-se a cuidar da casa e do marido.

Atualmente, vem cuidando do pai, tarefa que as irmãs não querem dividir com ela, e “como tem pena dele, prefere não fazer confusão”. Os cuidados com o pai doente diminuíram muito seu envolvimento com a terapêutica, pois tem descuidado do tratamento, faltado às consultas e abandonado as caminhadas em virtude dessa situação. Sabe que a doença dele não tem cura e que sua morte é iminente. Assim, cuida-o com a mesma dedicação com que o fez em relação à mãe. O mais difícil em seu tratamento é o fato de precisar locomovê-lo a um hospital para troca da sonda vesical de demora.

As irmãs, mesmo auxiliadas financeiramente por ela, pois moram em uma casa sua sem pagar aluguel, não se dispõem ajudá-la e isso ela refere como fonte de estresse. Não tem tempo para conversar com vizinhos, nem utiliza os serviços da comunidade. Espera com a morte do pai poder cuidar de sua própria saúde, que diz estar abandonada.

Na interação com a equipe de saúde, sua relação parece ser formal. De acordo com seu relato, tem dificuldade em captar as informações repassadas durante as consultas. Acha “bonito” ouvir os profissionais falarem e até entende algumas coisas, embora outras não e tem vergonha de perguntar. Durante a consulta, limita-se à verificação da pressão, recebe a receita para obter o remédio, mas não consegue esclarecer suas dúvidas. Não participa do grupo de caminhadas e de outras atividades organizadas pelos profissionais da unidade; contudo, segundo afirma, gostaria de fazê-lo.

Tais dificuldades impedem-na de comparecer às consultas e tomar os medicamentos. No entanto, pede-nos ajuda para superá-las. A equipe de saúde não havia percebido que ela estava faltando às consultas, somente o sabendo por ocasião do desenvolvimento do estudo.

A decisão terapêutica (adoção do tratamento farmacológico ou não) é baseada nos fatores de risco e nos níveis de pressão arterial. A paciente seria colocada no grupo de risco C (presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes mellitus) e com cifras de hipertensão leve. Em vista disso, ela precisa adotar o tratamento farmacológico para a hipertensão. Mas se a paciente não tiver se adequadado ao medicamento prescrito deve comunicar isso aos profissionais que a atendem e ser ouvida por eles em suas queixas. No caso, a utilização de fármacos no tratamento é imprescindível, mesmo com modificação do estilo de vida, embora possa ser adotada uma droga de outro grupo farmacológico. A doença tem avanço silencioso e gera lesões em órgãos vitais como vasos, rins, cérebro e coração, o que justifica a importância da adesão ao tratamento.

Existem várias opções para substituição da furosemida, entretanto, em qualquer modificação terapêutica haverá necessidade das relações interpessoais paciente/profissional serem ressaltadas para se conseguir implementar uma terapêutica adotável pela paciente, tanto no caso da hipertensão quanto do diabetes.

Nos referidos sistemas, interpessoal e social, identificamos a presença do diagnóstico *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, encontrado pela presença das seguintes características: aceleração dos sintomas da doença de um membro da família, como o desenvolvimento do diabetes, falta de atenção para com a doença e suas seqüelas, pois não está fazendo nenhum tratamento, embora refira o desejo de fazê-lo. Tais comportamentos estiveram relacionados com conflitos de decisão e familiar. Foi identificado também o diagnóstico *Tensão do papel de cuidador*, encontrado com características ligadas ao estado de saúde física do cuidador (portador de hipertensão e diabetes) e socioeconômicas (mudanças nas atividades de lazer), relacionados com o estado de saúde do receptor de cuidados quanto à gravidade da doença;

as atividades de cuidado pelas responsabilidades nas 24 horas de cuidado diário; a questão socioeconômica quanto ao lazer insuficiente; a falta de recursos quanto ao transporte inadequado do receptor de cuidados em alguns momentos (para trocar a sonda vesical); e os processos familiares pela história de enfrentamento familiar marginal.

9.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Após conhecer os fatores relacionados (barreiras percebidas, déficit de conhecimento, conflito familiar e de decisão, complexidade do sistema de assistência à saúde, estado de saúde do receptor de cuidados, atividades de cuidado nas 24 horas diárias, influência da situação socioeconômica nas atividades insuficientes de lazer e no transporte inadequado do receptor de cuidados, e enfrentamento familiar marginal), traçamos, em conjunto com a paciente, as seguintes metas: aumentar seu conhecimento sobre a doença e o tratamento e diminuir as barreiras por ela percebidas, facilitando a aquisição de hábitos saudáveis, como diminuir o sal e a gordura, tomar remédio para controle da doença, incorporar a prática de atividades físicas ao cotidiano, reduzir o IMC e não faltar à consulta, a curto prazo. Diminuir o conflito familiar e de decisão, dividindo responsabilidades no cuidado ao pai pelo estado de saúde deste e em seu transporte, restando-lhe mais tempo para poder cuidar da própria saúde, diminuindo o estresse e favorecendo suas atividades de lazer, a médio prazo, e aumentando, conseqüentemente, a adesão a longo prazo.

Os meios utilizados foram incentivar a participação do marido no tratamento, estimular a divisão das atividades no cuidado do pai com as irmãs, ensinar a paciente a ler e escrever, o que muito lhe agradou e facilitou sua

compreensão acerca das doenças e respectivos tratamentos, favorecendo a leitura dos *folders* recebidos na unidade e dos cartazes ali existentes.

9.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

Com o aumento do conhecimento da paciente sobre a doença e o tratamento e a diminuição das barreiras percebidas, foi facilitada a aquisição de hábitos saudáveis. Desse modo, no início do estudo a paciente apresentou um IMC de 34,85 kg/m², mas ao final reduziu seu peso em 4 kg, passando a um IMC de 33,25 kg/m². Sua pressão arterial, a princípio em 150x99 mmHg, baixou para 130x82 mmHg e a glicemia diminuiu de 192 mg/dl para 143 mg/dl. A circunferência abdominal não se alterou, mas a paciente reduziu o consumo de gordura e sal.

Ela aprendeu a assinar o nome e a ler pequenas frases, ainda com dificuldade. Vale ressaltar que o marido sempre esteve presente no processo de cuidar e a apoiou em tudo, reforçando muitas de nossas intervenções, como o acompanhamento de seu aprendizado, perguntar todo dia se ela já tinha tomado a medicação, entre outros. E tudo isso foi feito por ele sem cobrança, apenas baseado na vontade de cuidar dela, vê-la bem, o que só aumentou o amor entre os dois.

A diminuição do conflito familiar e de decisão aconteceu, e a principal modificação deveu-se ao fato de as irmãs terem sido chamadas a tomar parte no cuidado do pai e tiveram de se dispor a contribuir, até mesmo pela pressão econômica. Isso foi muito difícil para a paciente. Então, o cuidado ao pai passou a ser alternado em tempo igual pelas três irmãs, o que facilitou muito para o autocuidado da participante. Seu pai também ficou mais aliviado porque “mudou de ares” e pôde ver a filha descansar um pouco. As irmãs inicialmente não gostaram muito, mas tiveram de concordar com a distribuição de tarefas porque, conforme ressaltado, moravam numa casa da

paciente e isto foi usado como forma de pressão. Maria José contou que disse às irmãs: “Tudo bem que vocês não queiram me ajudar a cuidar do papai, mas, se é assim, eu vou precisar da casa onde vocês moram para alugar e poder pagar uma pessoa para me ajudar com ele”.

Com isso, no período em que as irmãs cuidavam do pai (o acordo foi que o pai ficaria três meses sob o cuidado de cada filha), ela pôde reiniciar suas caminhadas. O fato de conversar francamente com as irmãs diminuiu o conflito familiar e o estresse. A paciente também voltou a freqüentar a unidade de saúde para as consultas e a pegar o remédio. Alertados por nós sobre suas queixas, os profissionais introduziram outra medicação no lugar da furosemida. Nós também a aconselhamos a usar chá de erva-cidreira (*Lippia alba* N. E. Brown) ou de capim-santo (*Cymbopogon citratus* Stapf), em virtude da ação calmante (MATOS, 1998), ao invés do valium.

Consideramos ter havido aumento da adesão ao tratamento. Em nosso último contato ela estava sorridente, parecendo tranqüila. Alertamos para o fato de que, quando seu pai viesse novamente a ser cuidado por ela, deveria manter o próprio cuidado e fazer o rodízio no período acordado. Que não se sentisse culpada em dividir as tarefas do cuidado paterno porque seu pai estava bem e feliz. Assim, ela também precisava se cuidar, devendo aproveitar bastante o período de folga.

10 Maria do Socorro

10.1 Os sistemas

Senhora de 56 anos, com 1,51 m de altura, 64 kg, IMC inicial de 28,06 kg/m², apresentando sobrepeso. É analfabeta, casada e tem seis filhos. Antes da doença trabalhava como castanheira, em uma fábrica, mas depois da descoberta da doença não pode mais. Tem hipertensão há mais de quinze anos

e já sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) há cerca de quatro anos. Não tem diabetes (glicemia capilar pós-prandial= 119 mg/dl e 86 mg/dl em jejum) nem dislipidemia. Sua pressão arterial inicial foi de 253x134 mmHg e a circunferência abdominal de 91 cm.

Sua alimentação era completamente insossa e sem gordura. Também, mesmo não tendo diabetes, afirma fazer uso de adoçante e não comer pão, por precaução. Não fuma nem bebe. Pratica exercícios físicos, mas sem regularidade. Refere se estressar com facilidade, pois são muitas as dificuldades econômicas. Não falta às consultas e toma os remédios sistematicamente.

Para o controle da hipertensão, faz uso de captopril (inibidor da ECA, quatro comprimidos por dia, em três tomadas, sendo dois comprimidos pela manhã), metildopa (bloqueador adrenérgico central, um comprimido de oito em oito horas), hidroclorotiazida (diurético tiazídico, meio comprimido pela manhã) e propranolol (bloqueador β , um comprimido e meio por dia, em duas tomadas), totalizando nove comprimidos por dia. Refere ainda apresentar episódios de tonturas e chegou a parar os medicamentos para tentar melhorar.

O diagnóstico encontrado nesse sistema foi o *Controle ineficaz do regime terapêutico*, caracterizado por escolhas da vida diária ineficazes para atingir os objetivos do tratamento, como a ação de parar de tomar os medicamentos, mesmo manifestando o desejo de controlar a doença e seqüelas. Apresentou também dificuldade com a integração dos regimes prescritos, pois tinha problemas na tomada dos múltiplos medicamentos. Houve relação com a desconfiança da paciente quanto ao regime terapêutico, ao seu déficit de conhecimento e à complexidade do regime terapêutico que lhe foi prescrito.

No sistema interpessoal e social, no nicho familiar tem um filho homem e cinco mulheres. As filhas fazem tudo para ela, tomam conta da casa. Ainda assim, estressa-se facilmente em virtude das inúmeras dificuldades financeiras e se preocupa com os filhos, com o futuro deles, com o fato de alguns estarem desempregados, entre outros. Seu marido é companheiro e a apóia em tudo, tem muito cuidado com ela. Ele é mais esclarecido, sabe ler e escrever, conversa bem e trabalha como vigia em um prédio de bairro nobre da cidade. Algumas das filhas já trabalham fora e ajudam nas despesas de casa. Uma trabalha como doméstica em um apartamento no mesmo prédio onde o pai é porteiro. O filho ainda é pequeno e é o queridinho da casa.

A estrutura familiar da Maria do Socorro é de muito amor dos filhos e marido em relação a ela. Apesar de sua pouca instrução formal, é uma pessoa muito amável, conquistando facilmente os que a rodeiam.

Segundo relata, sua mãe tinha hipertensão há muitos anos e não se cuidava, morrendo de derrame cerebral. Teme morrer assim e deixar os filhos. Não sabe a causa da morte do pai.

Por coincidência, um vizinho seu também foi inserido no estudo. Dessa maneira, os dois iam sempre juntos para o acompanhamento e um incentivava os progressos do outro quanto à adesão proposta pelo estudo. Ela em geral levava o filho e um neto, que faziam grande algazarra na hora em que nos reuníamos, tornando animadas as reuniões.

Na relação interpessoal com o profissional de saúde, em virtude da gravidade do caso, desde setembro de 2001 a paciente foi encaminhada pela equipe de profissionais da unidade primária de saúde para acompanhamento em um centro de referência do Estado para tratamento de hipertensão e diabetes.

Maria do Socorro afirma gostar de se tratar lá, mas reclama por serem as consultas agendadas muito distantes uma da outra e o local de atendimento distante de sua casa. Comparece à unidade primária com regularidade, buscando atendimento para filhos e netos. Gosta muito dos profissionais de sua equipe de PSF e diz que preferia quando se tratava lá. Porém, também gosta da equipe que a atende no centro de referência e lá tem todos os exames, sendo difícil faltar o remédio, que recebe para três meses. Ela diz: “É muito remédio, uma sacola cheia, fico doidinha”. Participa das atividades na unidade e conversa com os profissionais de sua equipe.

O *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico* foi destacado pelas características de aceleração dos sintomas da doença, pois a paciente teve um AVC. Houve, ainda, dificuldade com a integração de um ou mais efeitos ligados à medicação e o desejo de controlar a doença e prevenir seqüelas. Apesar de manifestarem muito amor e cuidado com ela, a compreensão da família sobre a situação era restrita. O fator relacionado nesse caso foi a complexidade do regime terapêutico e o déficit de conhecimento.

10.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Por já conhecer as causas (déficit de conhecimento, desconfiança e complexidade do regime terapêutico), passamos às metas comuns entre paciente/enfermeira: Aumentar, a curto prazo, o conhecimento da paciente e família sobre sua doença e promover sua confiança no tratamento, contribuindo para o desenvolvimento das ações de tomar o medicamento corretamente e praticar exercícios regularmente, diminuindo o IMC. Esquematizar o regime terapêutico, explicando-o em detalhes, e associando a cores e formas, deixando um adesivo como lembrete na porta do armário da

cozinha, com vistas a diminuir a complexidade do tratamento para a paciente, facilitando sua compreensão e adoção deste, queda da pressão, diminuição do estresse e aumento da adesão a médio e longo prazos.

Como meios para diminuir a complexidade terapêutica, organizamos uma caixinha com toda a medicação separada por horário e tipo de fármaco. Para aumentar o conhecimento da família sobre a doença e sua crença no tratamento, explicamos como se dava o processo de instalação e manutenção da hipertensão arterial, e como resolvê-lo, associando a coisas do cotidiano, tais como a mangueira era a artéria, a água era o sangue, entre outros. Estimulamos uma das filhas a acompanhá-la em caminhadas, ensinamos técnicas de relaxamento para diminuição do estresse e incentivamos as filhas à profissionalização por meio de cursos oferecidos na comunidade, para sanar outro fator de estresse, qual seja, o desemprego delas. A diminuição do IMC e o aumento da adesão foram conseqüências desse processo.

10.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

Com o aumento do conhecimento sobre sua doença e de sua confiança no tratamento, conseguidos durante o estudo, a paciente saiu de um IMC igual a 28,06 para 27,6 kg/m². Sua pressão arterial modificou-se de 253x134 mmHg para 170x92 mmHg. A circunferência abdominal apresentou a significativa diminuição de 91 cm para 85 cm. Continuou comendo os alimentos completamente insossos e sem gordura. A prática de exercícios físicos passou a ser desenvolvida todas as manhãs na companhia de uma das filhas.

Em uma das visitas que fizemos, encontramos a paciente com os medicamentos suspensos há quinze dias por conta própria. Segundo ela, sentia cefaléia e tontura, cessadas com a suspensão dos fármacos. Assim, para diminuir a complexidade terapêutica, explicamos a ela e sua família, numa linguagem acessível, sobre o ajuste nos barorreceptores a ocorrer

principalmente nas primeiras semanas do tratamento, o que poderia gerar a sensação de tontura e cefaléia. Ressaltamos, então, a necessidade e importância de manter a medicação. A paciente reiniciou o esquema, não mais o suspendendo. Passadas as primeiras semanas, cessaram os efeitos colaterais dos medicamentos e os valores de sua pressão começaram a diminuir, o que a estimulava cada vez mais a prosseguir em sua adesão ao tratamento. Outro fator foi que o adoçante por ela utilizado continha ciclamato de sódio e isso poderia ser motivo para a pressão continuar elevada. Orientamos a substituição do tipo de adoçante por outro sem a substância.

Diversas vezes verificamos sua pressão arterial constatando estar sempre muito alta. Orientamos sobre as condições em que deveria verificar sua pressão (esvaziar a bexiga, descruzar as pernas, entre outros), e sobre como diminuir sua ansiedade e estresse (relaxar, respirar profundamente), a forma pela qual a família poderia contribuir (procurando não preocupá-la) e incentivamos sua maior busca de lazer (participando das reuniões na unidade), entre inúmeros outros mecanismos. Cada centímetro de mercúrio que diminuía em sua pressão era comemorado pela paciente, sua família e por nós também.

A convivência familiar evoluiu. As filhas se inscreveram em um curso de computação oferecido pela própria comunidade, o que iria melhorar suas possibilidades de emprego e contribuiu para deixar a mãe mais calma em relação ao futuro delas.

Nossa interação com a paciente e sua família foi muito boa e, apesar da gravidade do caso, sua determinação e a confiança em nossa proposta lhe trouxeram muitos avanços. É provável que ela tenha sido a paciente mais dedicada ao alcance das metas, pois viu nesse trabalho a chance de recomeçar uma nova vida e não repetir o que aconteceu com sua mãe. Afinal, era para

isso que ela caminhava: 56 anos, com história anterior de AVC e hipertensão persistente, que futuro poderia ter? Mas a escolha de uma vida saudável poderia possibilitar um final feliz para essa história.

11 Maria de Fátima

11.1 Os sistemas

No sistema pessoal, trata-se de uma senhora de 48 anos, casada, três filhos. Trabalha como secretária de uma escola estadual situada próximo à sua casa. É amável, educada e esclarecida quanto à doença. Tem ensino médio completo e sua renda pessoal é de dois salários mínimos.

Mede 1,59 m de altura e pesa 67 kg, com IMC de 26,5 kg/m². A avaliação de sua pressão arterial apontou o valor de 185x135 mmHg e a glicemia capilar pós-prandial de 109 mg/dl. Descobriu que tinha hipertensão há mais de cinco anos. Desde então, faz acompanhamento ambulatorial, mas afirma não tomar os medicamentos corretamente e falta muito às consultas. Refere ter cuidado com o consumo de sal, mas abusa da gordura. Teme desenvolver diabetes. Não faz caminhada, pois sempre adia tal decisão. Não fuma nem consome bebida alcoólica. Refere não ter uma vida com muito estresse.

Faz uso irregular de furosemida (diurético de alto teto) e nifedipina (anti-hipertensivo, atua como vasodilatador). Toma chá de colônia (*Alpinia speciosa* Schum) para baixar a pressão. Ela afirma:

*Tenho cuidado com o sal, já com a gordura... Tomei um caldo que a minha amiga levou para a escola. Tinha muita gordura. Passei mal! Corri em casa, tomei o remédio e uma xícara de chá de colônia. Baixa imediatamente a pressão (...)
O meu marido chama para ir caminhar, mas a gente sempre adia – falta o tênis, a camisa... Um dia fiz uma caminhada no interior e adorei! Mas aqui a caminhada que eu ainda faço é ir para a igreja (risos) (...) Nunca mais compareci às*

consultas. A última vez que fui à consulta foi em janeiro com a enfermeira, agora tenho que marcar uma para a médica (...) Nunca tomei o remédio todo dia, mas agora estou tomando com bem mais frequência do que antes, assim umas duas vezes por semana ...

Sabemos que o tratamento da hipertensão arterial pode ser não-farmacológico ou associado à administração de fármacos. Incluem-se entre o primeiro: redução de peso, restrição ao uso de álcool, sódio e tabaco, adoção da prática de exercícios e relaxamento físico como intervenções definitivas utilizadas em todas as terapias anti-hipertensivas. Nos casos nos quais apesar da introdução exclusiva de medidas não-farmacológicas não se observa o efeito esperado de redução dos níveis da pressão arterial, ou na hipertensão arterial grave, acelerada ou maligna e na presença de comprometimento de órgãos-alvo, deve-se associar o tratamento farmacológico (DIRETRIZES, 2002). Ambos os tratamentos deveriam ser seguidos por Maria de Fátima. Mas, como ela mesma diz, não segue corretamente nenhum dos dois.

O diagnóstico *Controle ineficaz do regime terapêutico* foi encontrado nesse sistema, seguido das características de escolhas da vida diária ineficazes para atingir os objetivos do tratamento (não tomar o remédio corretamente e comer gordura em excesso), não agir para reduzir fatores de risco para a progressão da doença (não comparecer às consultas), dificuldade com a regulação do regime prescrito, pois não consegue iniciar as caminhadas, e verbalização de que não agiu para incluir os regimes de tratamento no cotidiano. Estas se encontraram relacionadas com a desconfiança quanto ao regime terapêutico, com padrões familiares de cuidado de saúde e conflitos de decisão.

Ao descrever os sistemas interpessoal e social, temos no contexto familiar que a paciente mora no andar de cima de uma casa com dois andares e sua mãe na parte inferior. O marido é militar e ganha bem. Também

apresenta hipertensão arterial, mas não se cuida, o que a preocupa. Seus três filhos, dois meninos e uma menina, são adolescentes e estudam em colégio militar. A mãe da paciente também tem pressão alta, é viúva e mora sozinha. A família tem poder aquisitivo – a casa é bem equipada com móveis e eletrodomésticos, fornecendo relativo conforto. Eles criam também dois cachorros.

Apesar de haver na casa três pessoas com hipertensão, nenhuma delas faz tratamento adequadamente. A mãe de Maria de Fátima, talvez até pelo tempo livre, é a mais sensibilizada em relação ao tratamento. Durante o desenrolar do estudo, acompanhou a paciente a todas as consultas e reuniões e participou ativamente, incentivando-a a também fazê-lo.

O marido permanece muito tempo fora de casa trabalhando e a educação dos filhos fica mais a cargo da mulher, o que ela confirma não ser um fator de estresse. O casal se dá muito bem. Os filhos não se preocupam tanto com a saúde dos pais. A paciente utiliza serviços comunitários e é reconhecida e querida pela vizinhança.

Sobre o elo paciente/profissional, tem um bom relacionamento com a equipe que a atende, mas um pouco distanciado pelas suas faltas freqüentes às consultas.

Quando a visitamos a primeira vez em sua casa, supôs estarmos fazendo alguma espécie de “cobrança” pelas suas faltas freqüentes à unidade. Mesmo de posse de seu prontuário, não tínhamos noção da gravidade de sua situação, pois não existia nenhuma observação referente à sua dificuldade de adesão terapêutica, mas apenas o registro de poucas consultas realizadas, a medicação prescrita e os valores de pressão arterial persistentemente altos.

Nossa interação foi muito boa. Como seu nível de escolaridade era mais elevado, conseguia compreender facilmente todas as orientações; mas nossa

preocupação maior foi tirá-la da letargia em que se encontrava em relação à doença e ao tratamento. Mesmo demonstrando conhecimento teórico sobre sua doença e tratamento, parecia não acreditar na gravidade do seu quadro e necessitava de tomada de decisão consciente para adoção de comportamentos de adesão terapêutica. King (1981) afirma que todos os seres humanos tomam decisões, sendo o comportamento um resultado de decisões, baseado nos valores da pessoa, em suas metas, conhecimento e experiência passada. Conforme a autora ressalta, as decisões são individuais, pessoais, subjetivas e situacionais, porém o contexto no qual uma decisão é tomada está relacionado a metas e a uma situação específica. As decisões são influenciadas pelo tempo, pela informação disponível e pelas pessoas envolvidas na decisão. Nesse caso, nosso maior papel foi propiciar condições para a paciente fazer uma escolha consciente.

Nesse momento, confirmamos a presença do diagnóstico *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, pela presença das características de atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos do tratamento, tais como: O sedentarismo familiar, falta de atenção para com a doença e suas seqüelas, a falta da percepção da gravidade da situação pelos filhos adolescentes e verbalização de que a família não toma atitudes com vistas à redução dos fatores de risco para a progressão da doença e das seqüelas, relacionadas com conflitos de decisão.

11.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Com o conhecimento dos fatores relacionados (desconfiança quanto ao regime terapêutico, padrões familiares de cuidado de saúde e conflitos de decisão), foram estipuladas metas a curto prazo: aumentar a confiança no regime terapêutico e diminuir os conflitos de decisão em relação à terapêutica,

favorecendo ações como a tomada correta dos remédios, a diminuição do sedentarismo e do IMC e o comparecimento regular às consultas agendadas. Integrar ações salutaras ao padrão familiar de cuidado à saúde, facilitando o aumento da adesão a médio e longo prazos.

Alguns meios utilizados para alcançá-las foram sensibilizar a paciente sobre a necessidade de tratamento, além de explicar como cada medicação agiria no seu organismo, associando o horário da medicação ao de suas atividades cotidianas. Incentivar a marcação de consultas no mesmo dia para Maria de Fátima e sua mãe e estimular que ambas se acompanhassem em caminhadas todas as manhãs.

11.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

Aumentar a confiança da paciente no regime terapêutico e diminuir seus conflitos de decisão em relação à terapêutica não foram metas obtidas com facilidade. No início, a paciente apresentava IMC de 26,58 kg/m² e, ao contrário do que se almejava, passou para 26,89 kg/m² durante o estudo, persistindo até o final, o que pode ser decorrente do aumento de seu consumo de chá de colônia com açúcar. Foi orientada a utilizar adoçante sem ciclamato de sódio. A glicemia capilar pós-prandial permaneceu dentro dos limites de normalidade. A maior mudança foi observada nos valores de pressão arterial, que foram de 185x135 mmHg para a faixa de normalidade (120x 81 mmHg), com o uso regular dos medicamentos e o retorno às consultas. Além disso, a paciente aumentou o cuidado com a restrição de alimentos gordurosos e iniciou a prática de exercícios em companhia da mãe. Ressalte-se que integrar tais ações salutaras ao padrão familiar de cuidado à saúde somente foi possível com ajuda dessa senhora, pois os filhos e o marido de Maria de Fátima não estiveram disponíveis.

Segundo afirma King (1981), quando a enfermagem se ocupa da meta mútua de saúde fixada com pacientes, ajuda-os a tomarem decisões e escolherem alternativas em seu cuidado, mas a tomada de decisão requer informação. Foi o que ocorreu nesse caso. A mãe da paciente ajudou muito em todo o processo, participando ativamente e incorporando as orientações cabíveis também à sua situação. O marido optou por continuar sem seguir o tratamento. Embora não fosse meta inicial cuidar também da mãe e do marido da paciente, isso acabou acontecendo, pelo menos em relação à primeira, por iniciativa da própria interessada.

12 Maria das Graças

12.1 Os sistemas

No sistema pessoal, trata-se de uma senhora de 63 anos, que mede 1,53 m e pesa 82,5 kg, apresentando IMC igual a 33,95 kg/m² e pressão arterial de 183x100 mmHg. Diz-se solteira, mas tem um casal de filhos. Sabe ser portadora de hipertensão arterial há mais de vinte anos e desde então faz tratamento. Refere ter mais cuidado com a gordura do que com o sal na alimentação, mas, segundo ressalta, come o que tiver porque não dá para escolher. Não bebe nem fuma. Não pratica nenhuma atividade física regular e alega se estressar muito em decorrência das dificuldades econômicas. Antes da aposentadoria trabalhava como doméstica e recebe hoje um salário mínimo. Mora com o filho solteiro.

Afirma tomar adequadamente a medicação e raramente falta às consultas. Faz uso de captopril (inibidor da ECA) e hidroclorotiazida (diurético tiazídico), além de chás de colônia (*Alpinia speciosa Schum*) e chuchu (*Sechium edule*). Quando há falta de remédio no posto, fica sem tomá-lo, porque, conforme enfatiza, o dinheiro somente dá para comprar a comida.

Apresenta alterações vasculares periféricas persistentes no membro inferior esquerdo (cianose e edema) e múltiplas varizes. No mesmo membro, já teve um episódio de erisipela tratada e curada. Ainda segundo diz, dorme bem somente quando toma lexotan® (bromazepan – ansiolítico). A paciente faz a seguinte afirmação:

Tenho preguiça muito grande de andar (...) Como o que tiver: toucinho, mortadela, farofa, não dá pra escolher (...) uma hora tô bem, outra hora tô ruim de saúde, não dá pra dizer (...) Eu só durmo bem porque tomo lexotan ®.

Parece indiferente à doença, o que pode estar contribuindo para seu agravamento, apesar de afirmar que toma a medicação. Ao verificar no prontuário sua presença às consultas agendadas, encontramos muitas faltas.

O diagnóstico identificado no sistema pessoal foi *Controle ineficaz do regime terapêutico*, caracterizado por escolhas da vida diária ineficazes para atingir os objetivos do tratamento, como não fazer restrição dietética, não agir para reduzir fatores de risco para progressão da doença e de seqüelas e para incluir os regimes de tratamento nas rotinas diárias, permanecendo quase indiferente a ele. Tais comportamentos são explicados pela desconfiança quanto ao regime e/ou equipe de saúde, déficit de conhecimento e dificuldades econômicas.

Nos sistemas interpessoal e social, enfocando a relação familiar, Maria das Graças mora com um filho em pequena casa alugada. Trabalhou toda a vida como doméstica e se dedicou durante anos ao cuidado de determinada família, cujos integrantes a ajudam até hoje. Agora está doente e não pode trabalhar, recebendo um salário mínimo como aposentadoria e gastando mais da metade com o aluguel da casa. O filho é sapateiro, mas não está trabalhando porque fez uma cirurgia no joelho e vai precisar fazer outra, estando em fase de recuperação. Para ajudar, a mãe fez um empréstimo no

banco, pelo qual paga um sexto de seus proventos mensais. A situação é difícil, pois só dispunha de quarenta reais (um quinto do salário mínimo) no momento do estudo para comprar tudo em casa durante o mês. Seu único equipamento de valor é uma televisão não colorida colocada na sala. Tem uma filha casada, com três filhos pequenos e sem trabalho. A filha e os netos são sustentados pelo seu genro, que ganha pouco e não pode ajudar à sogra. Quando Maria das Graças está em situação financeira muito difícil, procura sua antiga patroa, que, de alguma forma, lhe ajuda.

A relação entre a paciente e a equipe de saúde que a atende é muito frágil, não havendo um vínculo real. A equipe não a conhece bem nem conhece sua família. Por sua vez, a paciente não tem muita abertura para falar sobre seus problemas. Quem mais interage com ela é a agente de saúde da área, que, por ser brincalhona e vê-la há mais tempo, consegue entrar em sua casa e conversar mais com ela e o filho.

Na visita feita por nós à sua casa, fomos acompanhados dessa agente de saúde. Por isso, fomos bem recebidos, mesmo que inicialmente a paciente tenha falado pouco. Conversamos também com seu filho, o qual iria submeter-se a uma cirurgia ortopédica com um médico que conhecíamos. A interação começou a fluir por este tópico. Aos poucos, a paciente foi se desarmando e começou a conversar mais. Relatou suas inúmeras dificuldades, especialmente as econômicas. Muito amargurada, contou várias de suas experiências e se queixou muito de sua condição atual – de saúde, econômica e social. Segundo afirmou, não liga muito para o tratamento porque este é um problema menor que os outros, centrando todo seu discurso em sua falta de dinheiro e na má sorte ao longo de sua vida.

Nesse caso, identificamos a presença do diagnóstico *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, com as características de atividades familiares

inadequadas para atingir os objetivos do tratamento, aceleração dos sintomas da doença e falta de atenção para com a doença e suas seqüelas, pela consideração de ser esse um problema menor que as dificuldades econômicas.

12.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Com o conhecimento dos fatores relacionados (desconfiança quanto ao regime e/ou equipe de saúde, déficit de conhecimento e dificuldades econômicas), foram traçadas como metas comuns entre enfermeira/paciente: aumentar o conhecimento de Maria das Graças sobre sua doença e tratamento e diminuir sua desconfiança quanto ao regime e/ou equipe de saúde, favorecendo o desenvolvimento de ações saudáveis, como a diminuição do sedentarismo, do consumo de sal e gordura e do IMC, a curto prazo. Para amenizar os problemas econômicos, por se tratar de difícil solução nessa família, foram estabelecidos os prazos médio e longo, com vistas a reduzir o estresse, pois, em caso de insucesso, poderia não ocorrer o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Como meios, tentamos ampliar seu conhecimento e sua confiança no tratamento a partir da orientação da paciente e de seu filho, sensibilizando-os acerca da necessidade de diminuir o consumo de sal e gordura, explicando como esses fatores interfeririam em sua doença e respondendo de forma elucidativa às várias dúvidas quanto à sua doença e tratamento. Incentivamos que, após avaliação médica, fizesse pequenas caminhadas. Em relação aos problemas econômicos, foi muito difícil atuarmos. Tentamos estimular o filho para desenvolver algum trabalho remunerado, desde que não afetasse o tratamento do joelho, e incentivamos a mãe para buscar alguma atividade remunerada, mas eles eram muito pessimistas e a formação escolar era mínima.

12.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

Com o aumento do conhecimento da paciente sobre sua doença e tratamento e de sua confiança no regime e equipe de saúde, afirmou ter diminuído um pouco o consumo de sal e disse estar um pouco menos estressada com sua situação, mas, durante o exame físico, persistiu com a pressão elevada, IMC elevado, circunferência abdominal aumentada e não chegou a fazer o exame de glicemia porque nos dias previamente agendados, quando levamos o glicosímetro, ela não compareceu, embora fosse avisada pela agente de saúde.

Diante das dificuldades financeiras, percebemos que esperava lhe déssemos dinheiro. Como isso não ocorreu por não ser esse nosso propósito, escolheu permanecer com o comportamento de não-adesão ao tratamento. Não participou das consultas do estudo nem frequentou as reuniões agendadas.

Ainda tentamos por duas vezes fazer nova visita domiciliária, mas nas duas ocasiões em que fomos até sua casa não havia ninguém. Como a escolha da paciente foi se isolar, não demonstrando interesse em modificar seu comportamento, respeitamos sua decisão. A enfermeira precisa estar preparada para aceitar a escolha do paciente, mesmo quando essa não coincide com o mais indicado à saúde. Conforme a teoria de King (1981), o cuidado deve ser desenvolvido em comum acordo com o paciente e, sempre que possível, com sua ajuda.

13 João Pedro

13.1 Os sistemas

No âmbito pessoal, João Pedro é um senhor de 62 anos, casado, com filhos. Descobriu ter hipertensão aos 45 anos (há cerca de dezessete anos). No

começo, não deu atenção ao fato e passou aproximadamente dez anos sem se tratar. Quando começou a sentir tontura, procurou o médico, que lhe informou ser consequência da pressão alta. Segundo ele, nunca teve diabetes, mas “agora está dando só dois tracinhos”, o que não foi comprovado no exame específico.

Tem 1,60 m de altura e pesa 58,5 kg, com IMC igual a 23 kg/m². Refere manter relativo cuidado com a ingestão de sal e gordura, não fuma, mas bebe “uma cervejinha”. Não tem uma prática regular de exercícios, faz apenas aleatoriamente e às vezes de maneira muito forçada. Pressão arterial inicial de 182x110 mmHg, circunferência abdominal de 95 cm e glicemia capilar pós-prandial de 112 mg/dl. Diz ter perdido 10 kg com o tratamento da doença, o que o faz se sentir muito fraco e magro, querendo engordar um pouco. Utiliza óculos para correção de hipermetropia, tem déficit auditivo, porém usa aparelho corretivo. Conforme ressalta, se estressa muito com o neto que mora com ele. Às vezes se esquece de tomar a medicação, mas nunca falta às consultas. Faz uso de nifedipina (anti-hipertensivo, vasodilatador) e furosemida (diurético de alto teto). Ele afirma:

A mulher fazendo a comida diminui mais o sal do que eu. Já o cuidado com a gordura, eu nunca tive, agora é que estou tendo (...) Bebo uma cervejinha aqui e acolá, mas fumar não. Está com quinze anos que deixei de fumar (...) Não faço exercício porque tenho que tomar conta do comércio, mas às vezes vou a pé daqui até o centro. Tenho carteira de passe de idoso, mas vou a pé (...) Eu me zango com meu neto e mando ele ir embora, pra casa da mãe dele (...) É difícil, mas às vezes eu me esqueço de tomar o remédio, mas à consulta eu nunca falto, só faltei essa porque estava no interior; no entanto, já remarquei (...) Só que, quando vou para a consulta, eu não tomo a furosemida porque dá vontade de urinar (...) Quando a pressão sobe, sinto logo dor de cabeça. Aí, corro e tomo o AAS (ácido acetil salicílico)...

Pelos achados no sistema pessoal, identificamos a presença do diagnóstico *Controle ineficaz do regime terapêutico*, cujas características

foram o desejo verbalizado de controlar a doença e prevenir seqüelas, como um infarto ou trombose, além da dificuldade com a integração do regime prescrito. Tais características tiveram associação com seu déficit de conhecimento sobre a doença e o tratamento.

No âmbito interpessoal e social, o convívio do paciente com a família e amigos, assim como o apoio oferecido por estes, fornece significativa contribuição à melhoria da saúde (FISHMAN, 1995). Assim, conforme observamos, o João Pedro, com sua mulher, um filho e duas filhas, formam uma família bastante harmônica que se ajuda mutuamente.

Os filhos são casados e o casal mora em uma casa duplex boa e ampla em uma rua central do bairro, junto com um neto adolescente. Possuem pequena loja na frente da casa, onde vendem confecções. Ele e a mulher também têm a renda da aposentadoria de ambos. Os filhos os visitam no final de semana. O casal ajuda uma filha que vive com mais dificuldades financeiras. Os demais estão economicamente bem.

O problema maior da casa parece ser o relacionamento entre João Pedro e o neto, pois este, segundo relato familiar, “não trabalha, não estuda e só vive dormindo ou assistindo a televisão”. Já o avô ajuda nas tarefas domésticas, fica na loja e às vezes ainda sai na bicicleta para vender alguns artigos.

Um dado importante é que o paciente se reportou ao fato de ter história familiar de hipertensão e que sua mãe morreu de trombose.

Por possuir apenas o primeiro grau incompleto, seu déficit de conhecimento dificulta-lhe entender melhor a doença e o tratamento, interferindo negativamente sobre o direcionamento dado às ações do *self* e de seus sistemas.

Sua relação com o pessoal da unidade de saúde é muito boa, especialmente com os profissionais de saúde que o atendem. Em virtude da

loja na frente de sua casa, todos o conhecem. Ele afirmou gostar bastante do atendimento na unidade.

Na primeira vez que fomos até sua casa, estava muito feliz porque no dia anterior havia nascido uma neta e sua mulher estava na casa da filha para dar banho no bebê. Quando estávamos conversando, ela retornou, também muito feliz, contando as “danações” da neta. Nossa interação foi muito boa e, desde o princípio, ele se mostrou interessado no estudo. Como Maria do Socorro (outra participante já referida) era sua vizinha, ambos se incentivavam na adesão ao tratamento da hipertensão e evoluíram bem.

O interessante é que ele ficava comparando um pouco nossa consulta e abordagem com a que estava habituado a ver na unidade. Sua observação mais freqüente era quanto à técnica de verificação da pressão arterial, desempenhada na unidade por uma auxiliar de enfermagem, conforme já relatado. Ele sempre dizia: “Engraçado que as meninas verificam a pressão várias vezes pra poder dar certo e a senhora não (...)”. Em nenhum momento intencionamos sugerir ser nossa consulta melhor ou pior que a da unidade. Dizíamos que se tratava de uma espécie de teste para melhorar a consulta na unidade de saúde, o que, afinal, é o objetivo das pesquisas convergente-assistenciais, aprimorar a realidade (TRENTINI e PAIM, 1999).

Identificamos o diagnóstico de *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, pela presença das características dificuldade verbalizada com a regulação/integração de um ou mais efeitos e desejo de controlar o tratamento da doença e prevenir seqüelas, pois a família não tinha muita noção de como proceder no tratamento, o que esteve associado à complexidade do regime terapêutico para ela.

13.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

De posse dessas causas (déficit de conhecimento e complexidade da terapêutica para a família), foram traçadas como metas: aumentar o conhecimento do paciente e família sobre sua doença e tratamento e diminuir a complexidade deste na percepção familiar, o que implicaria o entendimento da importância de diminuição do consumo de sal e gordura e do etilismo, a curto prazo. Pelo esclarecimento e participação familiar no tratamento, poderia se obter ainda a diminuição do estresse no relacionamento com o neto a médio prazo e, a longo prazo, o aumento da adesão ao tratamento.

Como meios utilizamos principalmente a orientação do paciente e da mulher, em um vocabulário acessível, de forma lenta e progressiva. Ora, a família historicamente tem contribuído no cuidado à saúde, cabendo trabalhar sua participação no cuidado de seus membros mediante a prática de educação em saúde. Para Ramos, Verdi e Kleba (1999), saúde e educação, como elementos essenciais à vida humana, são processos com dimensões individual e coletiva, enquanto vivenciados de forma pessoal, sendo determinados em relações socialmente estabelecidas.

13.3 Cuidado desenvolvido e evolução do paciente

A família costuma aderir ao tratamento, junto com o paciente, incentivando sua reabilitação e recuperação da saúde (LIMA, LOPES e ARAUJO, 2001). Nesse caso não foi diferente, pois o paciente recebeu amplo apoio familiar, especialmente da mulher.

Muitas ações se tornaram possíveis com o aumento do seu conhecimento sobre a doença e o tratamento. No início do estudo, João Pedro estava com um IMC igual a 23 kg/m² e pediu ajuda para engordar porque havia perdido 10 kg com a dieta e estava se sentindo fraco. Explicamos que

ele não precisaria engordar para ficar mais forte, mas insistiu. Assim, orientamos algumas alterações alimentares para atender ao seu pedido, sem ultrapassar o limite de normalidade do IMC. Então, seu IMC subiu para 23,8 kg/m² e ele ficou muito feliz. Explicamos-lhe que não deveria aumentar mais porque isso sobrecarregaria seu organismo.

Verificamos ter havido maior moderação no consumo de bebida alcoólica e o paciente também diminuiu o consumo de sal e gordura, iniciando e mantendo a prática de atividade física regular após avaliação clínica. A pressão arterial modificou-se de 182x110 mmHg para 151x80 mmHg, a circunferência abdominal se reduziu de 95 para 93 cm e os valores de glicemia capilar pós-prandial se mantiveram dentro dos limites de normalidade. Sua relação com o neto melhorou levemente porque este, por sugestão nossa, se matriculou em um curso de computação, o que o empolgou e deixou o avô feliz. Mas o casal foi orientado a buscar também o apoio dos pais do garoto para colaborar na sua educação, dando-lhe mais responsabilidades.

A compreensão da doença e do tratamento também facilitou a diminuição da complexidade terapêutica na percepção familiar. Com essa finalidade, a tomada de medicamentos foi organizada por tipo e horário da medicação, sendo ressaltada a importância de manter tal conduta.

14 João José

14.1 Os sistemas

No sistema pessoal, trata-se de um taxista, 31 anos, casado. Tem 1,63 m de altura e pesa 94 kg, com IMC igual a 35,38 kg/m², apresentando obesidade classe II, com risco grave de co-morbidades. Sua circunferência abdominal é de 119 cm. É sedentário, faz uso moderado de sal e gordura, não fuma nem

bebe. Segundo ele, se esquece muito de tomar os remédios, mas raramente falta à consulta, o que foi confirmado ao observarmos os registros no prontuário. Ele se autodenomina um “comedor compulsivo”, pois, quando tem problemas de ordem sentimental, “ataca” a geladeira. É portador de hipertensão há cerca de quatro anos e diz fazer tratamento desde então.

Quando o visitamos em uma quinta-feira, referiu haver tomado pela última vez o remédio na segunda-feira. Afirma que seus pais têm hipertensão arterial e diabetes tipo II. Nos seus exames, as taxas de glicose sangüínea se mantêm normais, mas a tendência é ele evoluir para o mesmo quadro clínico dos pais. Conforme ressalta, há um ano fez regime e perdeu 6 kg, mas depois recuperou o peso e engordou mais 2 kg. Vejamos alguns de seus comentários:

Eu acho que a pressão não controla por causa do meu peso e dos remédios que não tomo direito. Às vezes, esqueço de tomar os remédios. Hoje ainda não tomei nenhum porque me esqueci (já eram 13 h). mas à consulta eu não falto. Faltei pra fazer o exame porque tive que trabalhar, trabalho 24 h por 24 de folga. O carro não é meu, o cara me aluga a vaga do táxi, mas eu tenho que pagar a vaga, o carro...

Para controle da hipertensão utiliza como fármacos captopril (inibidor da ECA, quatro comprimidos por dia, sendo dois de doze em doze horas), propranolol (bloqueador β , três comprimidos por dia, de oito em oito horas) e hidroclorotiazida (diurético tiazídico, meio comprimido pela manhã).

Cursou até o terceiro ano do ensino fundamental II (antiga 7ª série), é bastante esclarecido e está consciente de sua situação de risco, dividindo-se entre o medo de seqüelas (de ter diabetes, AVC, entre outros) e a vontade de ignorar a situação.

O diagnóstico encontrado de *Controle ineficaz do regime terapêutico* teve como características opções cotidianas ineficazes para atingir os objetivos do tratamento, uma vez que o paciente escolhia não adotar um estilo de vida mais saudável e não tomar a medicação; não agir para reduzir fatores

de risco para progressão da doença, de suas seqüelas e para incluir os regimes de tratamento na rotina; verbalizar o desejo de controlar a doença e prevenir seqüelas, e a muito referida dificuldade com a integração do regime prescrito. Esses comportamentos estiveram associados aos intensos conflitos de decisão do paciente, dividido entre seguir ou não o tratamento, pois acreditava que se o seguisse ficaria “preso” a ele, e, caso não o fizesse, poderia ter comprometimentos físicos.

Em relação aos sistemas interpessoais e sociais, na família, a renda varia de dois a quatro salários mínimos. João Paulo mora em casa alugada com a mulher e um casal de filhos pequenos. A mulher não tem trabalho remunerado, cuida da casa e dos filhos. Muitas vezes a alimentação da família é feita na casa da sogra, que é próxima.

Ele demonstra muito afeto pela família, é extremamente amoroso e carinhoso com a mulher e os filhos. Também se relaciona bem com os outros familiares. Ademais, mantém bom relacionamento com os vizinhos.

Certa vez, sua mulher contou (estava ele ausente) que no ápice da obesidade e da hipertensão, quando estava ainda mais gordo que agora e tomando os remédios nas crises de hipertensão, chegou a ter mais de um episódio de impotência sexual transitória e sentia excessivo ciúme da mulher. Em contato com João José, conversando sobre a doença e o tratamento, abordamos a possibilidade de acontecer tal fato, mas ele negou veementemente, fechando qualquer possibilidade de diálogo sobre o assunto.

Percebemos que havia nele uma auto-estima muito baixa, parecia se sentir feio, embora, na nossa opinião, não fosse. A mulher aparentava mais nova e era mais bonita do que ele. Conforme percebemos, aceitar a doença era para ele como aceitar a condição de doente, de “coitadinho”, e esse não era o papel que ele queria. Desse modo, se aumentava o descontrole da doença, seu

relacionamento com a mulher era afetado, com alterações no papel de marido, assim como em sua auto-imagem. Na opinião de King (1981), a definição de um papel é complexa na percepção de indivíduos que integram um sistema de cuidado de saúde. Quanto à imagem corporal, essa pode ser vista como um componente integrante do crescimento e desenvolvimento, que sofre influências do conceito de ego. É um conceito muito pessoal e subjetivo, adquirido ou instruído no processo de crescimento e desenvolvimento.

No cotidiano com os profissionais de saúde da unidade, foi encaminhado ao centro de referência do Estado para tratamento de hipertensão, mas só foi lá uma vez. Não gostou porque achou muito distante e o tempo entre uma consulta e outra é muito longo. Por isso, prefere continuar se tratando na unidade básica.

Seu relacionamento com a equipe de saúde que o trata é bom. Ele é uma pessoa alegre e brincalhona e anima o ambiente. É amigo da agente de saúde de sua área e divertem-se contando piadas.

A primeira vez que fomos à sua casa com a agente de saúde, fomos bem recebidos, conversamos bastante e conseguimos ter uma interação muito boa, com a participação de sua mulher e até das crianças. Falamos sobre o estudo e ele ficou empolgado pela proposta, acreditando que essa seria a solução para seus problemas, segundo ele mesmo manifestou. Percebemos, porém, haver profundo conflito de decisão no *self*, o que atrapalhou seu desenvolvimento na adesão ao tratamento da hipertensão.

14.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Por conhecer os intensos conflitos de decisão do paciente, procuramos mostrar-lhe o lado bom do tratamento, sem omitir suas restrições, mas

ênfatisando as vantagens, na perspectiva de que isto favoreceria a adoção de ações de saúde como a diminuição do sedentarismo e do IMC, o não faltar às consultas e tomar remédios corretamente, com o conseqüente aumento da adesão ao tratamento.

Como meios, foram ressaltados, principalmente, a disposição do paciente em colaborar, sendo incentivada uma tomada de decisão por parte dele, contando com amplo apoio de sua mulher. Ademais, elaboramos uma tabela na qual constava o horário da medicação e a deixamos exposta em local visível (em seu táxi e na geladeira de sua casa), incentivamos a prática de caminhada e a mulher se prontificou a ir junto, enquanto a sogra ficaria com as crianças.

14.3 Cuidado desenvolvido e evolução do paciente

O paciente não evoluiu muito ao longo do estudo. Em seu conflito de decisão, optou por continuar com comportamento de não-adesão, sendo, provavelmente, o participante do estudo que apresentou menor resultado em termos de alcance de metas. Suas variáveis permaneceram iguais às do início do acompanhamento, não havendo evolução.

Ele referiu gostar muito de nos receber em sua casa e quando conversávamos acerca de seu tratamento, sempre perguntava quando voltaríamos, mas o que ele queria – um sistema paternalista de assistência – é inviável ao atendimento a um número maior de pacientes. Chegamos a visitá-lo três vezes. Em nenhuma ele se dispôs a ir até a unidade de saúde, nem para as consultas nem para as reuniões. Sempre fomos bem acolhidos em sua casa, mas não houve a decisão pessoal em favor da adesão, mantendo João Paulo o mesmo estilo de vida anterior. Isso nos leva a concluir que, como a própria King (1981) defende, o cuidado é desenvolvido em interação recíproca entre enfermeira/paciente. É preciso haver realmente a vontade do paciente em

melhorar e uma tomada de decisão nesse sentido, modificando os comportamentos de risco. Apesar de traçarmos todo o processo de enfermagem juntos, na hora de operacionalizar as ações, o conflito de decisão por parte do paciente o fez optar pela não-adesão e nós respeitamos.

A nosso ver, um dos possíveis fatores para a escolha da não-adesão pelo paciente foi a impotência sexual referida pela mulher e sobre a qual ele não quis conversar.

Respeitar sua decisão não foi fácil, e exigiu da enfermeira muita ética no vislumbamento da questão: Até onde podemos insistir na decisão do outro em optar pela sua saúde? Estamos preparados para aceitar quando a escolha do paciente não condiz com nossa expectativa?

15 Maria Rita

15.1 Os sistemas

Na esfera pessoal, Maria Rita é uma senhora de 64 anos, de comportamentos engraçados e espalhafatosos. Umbandista, tem muita crença em cartas e quiromancia. É analfabeta, renda de um a dois salários mínimos e mora com um neto. É portadora de hipertensão arterial há mais de vinte anos e refere já ter iniciado e abandonado o tratamento várias vezes.

Tem 1,52 m de altura, pesa 73 kg e apresenta um IMC igual a 31,6 kg/m², caracterizando obesidade. Circunferência abdominal inicial igual a 100 cm, glicemia capilar pós-prandial de 126 mg/dl e pressão arterial de 151 x 93 mmHg. Refere consumir sal sem moderação, tem relativa restrição ao consumo de gorduras nos alimentos, fuma cerca de cinco cigarros por dia, não bebe e não pratica exercícios físicos. No momento, não está tomando nenhum tipo de medicação e há tempos não comparece às consultas agendadas. Abandonou o uso de medicamentos, adotando somente a utilização de

“garrafadas” e chás de erva-cidreira (*Lippia Alba N.E. Brown*), capim-santo (*Cymbopogon citratus Stapf*), colônia (*Alpinia speciosa Schum*) e chuchu (*Sechium edule*). Toma o remédio valium (benzodiazepínico) para os “nervos”. Tem níveis elevados de colesterol. Vejamos o que fala:

O remédio que eu tomo é o caseiro, eu dei os meus comprimidos. Vou lá na farmácia tirar a pressão e, quando ta alta, ele me dá remédio. Tomo comprimido só pros nervos. Pra pressão e pra quebradeira (virose), tomo chá de tudo no mundo, tomo garrafada e boto de tudo dentro.

Pelas palavras, captamos sua percepção do tratamento, a diferir da compreensão do pesquisador. Conforme King (1981), as experiências sensoriais proporcionam os dados que ajudam a formar idéias particulares e universais para os indivíduos como um modo de conhecer seu mundo. A percepção é uma consciência de pessoas, objetos e eventos. Embora se pressuponha morarem os seres humanos no mesmo mundo e terem algumas experiências comuns, sabe-se que os indivíduos diferem no que selecionam para entrar no seu ambiente perceptual. O aparato perceptual, sensório (funcionamento de sensação orgânica) e intelectual (processos cerebrais) varia de pessoa para pessoa. A percepção de cada um está relacionada a experiências passadas, ao conceito de ego, à herança biológica, ao fundo educacional e a grupos socioeconômicos. Não fosse assim, em todos os participantes do estudo encontraríamos a mesma percepção do tratamento.

Nesse âmbito, o diagnóstico *Controle ineficaz do regime terapêutico* foi identificado e apresentou as características de escolhas da vida diária ineficazes para atingir os objetivos de um programa terapêutico, poquanto a paciente não seguia o tratamento, não agindo para reduzir fatores de risco para progressão da doença e de seqüelas e para incluir os regimes de tratamento nas rotinas diárias, pois resolveu abandonar a utilização dos medicamentos, verbalizando dificuldade com a integração dos regimes

prescritos. Os fatores relacionados com tais comportamentos foram a desconfiança quanto ao regime terapêutico, o déficit de conhecimento e padrões familiares de cuidado de saúde.

Quanto aos sistemas interpessoal e social, na rede familiar, a paciente mora com um neto e possui um pequeno estabelecimento em frente de sua casa. Tem um filho o qual mora próximo à sua casa e outro que mora mais distante. Conforme refere, esse último lhe dá “muito trabalho”, insinuando utilização de drogas. A família é bem desorganizada e o descuido com a saúde é uma constante.

Como Maria Rita afirma, pode contar apenas com o neto para ajudá-la em seu próprio cuidado. Este é estudante, atento e mais educado. Muitas vezes nos reuníamos com ambos para orientações conjuntas e ela pedia sempre que o neto prestasse bastante atenção para lembrá-la ou explicar-lhe algo em caso de dúvida.

Sua casa era pequena, somente três cômodos. Na geladeira havia “garrafada” e ervas de diferentes espécies.

Na farmácia do bairro, que era referência para ela e outros pacientes com hipertensão, verificava a pressão e era medicada por um balconista sem formação acadêmica que já trabalhava lá há mais de dez anos.

Em sua relação com os profissionais de saúde, como relatado anteriormente, a paciente estava afastada da unidade há cerca de quatro meses. Como a consulta é mensal, este é um tempo longo. Segundo informou, não foi mais à unidade porque entrou em atrito com a funcionária encarregada da marcação das consultas. Ficou chateada e resolveu se tratar “por conta própria”.

Afirma ter bom relacionamento com a equipe de saúde e diz gostar muito da médica que a trata porque, segundo ela, têm temperamentos parecidos e conversam muito.

Em nossa primeira visita à sua casa, percebemos que é uma mulher muito mística e envolvida com várias crenças. Conversamos bastante e abordamos o fato de ter ela uma doença crônica e estar sem tratamento, afastada da unidade, dos profissionais, dos hábitos saudáveis e dos remédios. De início, mostrou-se resistente, disse que estava muito bem assim e que não queria mudar.

Conforme soubemos, antes ela integrava o grupo de caminhadas da unidade. Ademais, percebemos que sentia falta das conversas com as amigas, pois é animada e comunicativa. Passamos, então, a abordar a falta que sua presença fazia no grupo e a que este fazia para ela. Com dificuldade, conseguimos convencê-la a participar de nossa reunião na unidade. E, realmente, ela foi e participou de todas as atividades ao longo do estudo, com seu jeito irreverente, mas sempre dizia: “Eu venho só por causa de tu”. E reforçávamos: “Não, a senhora tem que vir por si mesma, por sua saúde, por entender que precisa cuidar de sua saúde e por gostar de estar aqui”.

O diagnóstico *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico* foi encontrado com as características definidoras de falta de atenção para com a doença e suas seqüelas e pela verbalização de que a família não toma atitudes para reduzir fatores de risco para a progressão da doença, pois não conhecia a gravidade do quadro e as possíveis seqüelas associadas ao descontrole da doença. Essas características estiveram relacionadas com a complexidade do sistema de assistência à saúde, com o conflito familiar e de decisão.

15.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Após conhecermos os fatores envolvidos (desconfiança quanto ao regime terapêutico, déficit de conhecimento, padrões familiares de cuidado à saúde, complexidade do sistema de assistência à saúde, conflito familiar e de decisão), foram traçadas como metas entre enfermeira e paciente: aumentar, a curto prazo, o conhecimento e a confiança quanto ao regime terapêutico e reduzir o conflito de decisão, favorecendo atividades como a diminuição do tabagismo, o comparecimento às consultas, a diminuição dos valores sanguíneos de colesterol e o correto uso dos remédios. Interferir com vistas a melhorar a complexidade do sistema de assistência à saúde, favorecendo o aumento da adesão ao tratamento a médio e a longo prazo, interferir positivamente nos padrões familiares de cuidado à saúde e na diminuição do conflito familiar.

Como meios, utilizamos a parceria com o neto e a aproximação do contexto da paciente para, conquistando-lhe a confiança, poder interferir positivamente em seu seguimento terapêutico por meio de seu esclarecimento, confiança no tratamento e envolvimento da família. Viabilizamos a continuidade na utilização de seus chás, mas somente com produtos de eficácia comprovada.

15.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

O maior conhecimento e confiança da paciente quanto ao tratamento e a diminuição de seu conflito de decisão fizeram com que evoluísse em seu cuidado. Ela reduziu o consumo de sal e gordura nos alimentos, o número de cigarros por dia, de cinco para três, mas continuou sem fazer as caminhadas.

A diminuição da complexidade do sistema de assistência à saúde se deu com o envolvimento da chefia da unidade e favoreceu o fato de a paciente voltar a freqüentar a unidade de saúde, comparecer às consultas e reiniciar a tomada das medicações. No padrão familiar de cuidado à saúde, o uso de chás foi mantido, mas organizado mediante a indicação da paciente – hipertensão. Incentivamos sua volta ao grupo de caminhadas da unidade, o que ficou em andamento ao final do estudo. A circunferência abdominal e o IMC continuaram os mesmos, a glicemia passou de 126 para 106 mg/dl, mas a pressão arterial elevou-se de 151x93 mmHg para 160x110 mmHg. A nosso ver, tal elevação se deu em virtude da suspensão no consumo das “garrafadas”, as quais, segundo a paciente, tinham ação diurética, mas não havia controle sobre que tipos de substâncias continham e em que quantidades eram ingeridas. Como reiniciara a medicação recentemente, acreditamos que, após um espaço maior de tempo, a tendência é esses valores diminuírem. Entretanto, durante o estudo a paciente apresentou picos de elevação da pressão, registrando 172x91 mmHg em decorrência de conflitos familiares, permanecendo esses valores em declínio após intervenção de enfermagem nesse período. Os níveis sanguíneos de colesterol reduziram-se, encontrando-se dentro das faixas de normalidade. Nesse caso e nos semelhantes a equipe de saúde local foi orientada sobre como dar continuidade ao cuidado prestado, fazendo sua contínua avaliação e tentando envolver a família no tratamento.

16 Maria Helena

16.1 Os sistemas

No sistema pessoal, Maria Helena é uma senhora idosa, 71 anos, casada, mora com o marido e uma neta, que é auxiliar de enfermagem. Tem o primeiro grau incompleto, é aposentada e recebe um salário mínimo. Afirma

ser portadora de hipertensão arterial desde os 45 anos (há 26 anos) e sempre fez tratamento.

Mede 1,53 m de altura e pesa 72 kg e 100g, apresentando IMC igual a 30, 8 kg/m², com obesidade. Os valores de sua pressão arterial eram 160x91 mmHg no início do estudo. Refere consumo alimentar adequado de sal e gordura. Não bebe, não fuma nem pratica exercício físico, passando o dia todo deitada em uma rede. Alega muito estresse. Diz tomar os medicamentos adequadamente e não faltar às consultas, o que foi confirmado pela análise dos registros em seu prontuário. Não enxerga bem, mas utiliza óculos e está com a consulta atualizada.

Faz uso de propanolol (bloqueador β), furosemida (diurético de alto teto) e ácido acetil salicílico – AAS (drogas antiinflamatórias não esteroidais – DAINES) e toma medicamento “para os nervos” (o benzodiazepínico valium).

Nesse sistema, encontramos o diagnóstico *Controle ineficaz do regime terapêutico*, cujas características foram o desejo proferido de controlar a doença e prevenir seqüelas e a dificuldade com a regulação do regime prescrito, relacionados com impotência, conflito de decisão e familiar.

Nos sistemas interpessoal e social no qual se insere a relação familiar, o contato é distante. A relação com o marido é de cuidador e doente. Ele, embora afirme também não ter muita saúde, cuida da casa, da mulher e resolve os problemas que porventura apareçam. Os filhos, todos casados, freqüentam pouco a casa dos pais. A neta, apesar de ser auxiliar de enfermagem, apresenta quadros de depressão que a impedem de cuidar dos demais e mesmo de si própria. O apoio financeiro do casal é oriundo da aposentadoria e corresponde a um salário mínimo cada uma.

Eles têm bom relacionamento com os vizinhos, com os quais convivem há muitos anos, mesmo não freqüentando suas casas.

A casa, apesar de não ser tão grande, é organizada, limpa e tem todos os equipamentos básicos necessários.

Quando Maria Helena vai à consulta, uma das filhas do casal põe à sua disposição o carro com motorista para levá-la e trazê-la do consultório. Os filhos têm bom padrão econômico, mas não participam do cotidiano dos pais.

Na relação com os profissionais de saúde, a paciente tem verdadeira veneração por sua equipe do Programa de Saúde da Família. Seu passeio predileto é ir se consultar na unidade. Diz que não vai a lugar nenhum, nem mesmo às casas dos filhos, mas não falta às consultas na unidade ou à realização de exames em outras unidades de referência. Isso é um ponto positivo para o tratamento, mas lembramos à paciente da necessidade de desenvolver atividades prazerosas, para dirimir seu estresse. Este envolve uma troca de energia e informação pessoa/ambiente para regulamento e controle dos estressores (KING, 1981).

Nossa primeira vinda à sua casa foi tranqüila, embora se apresentasse reticente e mesmo arredia a qualquer intervenção que não fosse medicação e diminuição do sal. Como já comentamos, permanecia deitada em sua rede por parte significativa do tempo. Parecia gostar do papel de doente, pois desse modo evitava a participação nas tarefas domésticas, atualmente desempenhadas pelo marido com alguma ajuda da neta. Com isso, passava o dia assistindo a televisão.

Nesses sistemas, diagnosticamos o *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, pela presença das características falta de atenção para com a doença e suas seqüelas, as quais não eram consideradas pelos filhos, e, segundo verbalizado por ela, a família não toma atitudes para reduzir fatores

de risco. O fator relacionado foi o conflito familiar. Diagnosticamos, ainda, o *Padrão familiar interrompido*, caracterizado por mudanças da participação na resolução de problemas e na disponibilidade para apoio emocional, relativos à alteração do estado de saúde de um membro da família e troca dos papéis nessa, pois a paciente deixou de assumir o papel de cuidadora e passou a ser cuidada.

16.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Após conhecer os fatores envolvidos (impotência, conflito de decisão pessoal e familiar, alteração do estado de saúde de um membro da família com conseqüente troca dos papéis), passamos a traçar as metas conjuntas entre enfermeira e paciente, representadas pela facilitação dos pontos fortes da família e compreensão nos seus outros membros dos sentimentos do membro doente, auxiliando na avaliação da situação. A família, compreendendo os fatores envolvidos e estimulada ao desenvolvimento de suas potencialidades incentivaria a adoção de ações saudáveis, com diminuição do sedentarismo, do IMC, do estresse e melhoria da sociabilidade, o que contribuiria a longo prazo para aumento da adesão ao tratamento.

Como meios, buscamos o apoio da neta, mas sem grande resultado por se tratar de pessoa com uma personalidade bastante instável. Incentivamos, então, a participação do marido e dos filhos, mas estes ficavam muito tempo fora de casa. Por fim, procuramos conscientizar diretamente a própria paciente acerca da necessidade de modificar determinadas condutas para melhor eficácia de seu tratamento. Tentamos aumentar sua autoconfiança e sugerimos, ainda, sua reaproximação dos filhos, o que foi inviável no momento porque não se mostraram disponíveis, estando envolvidos em seus próprios interesses.

16.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

No cuidado desenvolvido junto da paciente, os progressos foram pequenos, em decorrência do conflito de decisão pessoal e familiar e pelo elevado nível de estresse. Quando o estresse está aumentado nos indivíduos que interagem numa situação, seu campo perceptual se estreita e a tomada de decisão decresce em racionalidade, o que pode conduzir a interações diminuídas e metas fixadas ineficazes (KING, 1981).

Vejamos a evolução de suas variáveis: Maria Helena manteve-se com o mesmo IMC, apesar de iniciar caminhadas de curto percurso, o que pareceu diminuir um pouco seu quadro permanente de estresse. Reforçou os cuidados com a medicação e o comparecimento às consultas. No entanto, ela não apresentou alteração em outros fatores.

De forma semelhante aos participantes Maria das Graças e João José, esta pouco mudou em seu cotidiano. Apesar de ter sido orientada acerca da necessidade de tratamento para o controle da hipertensão, permaneceu alheia como se de nada soubesse. Informações como estimativas segundo as quais 35% dos cearenses após 50 anos de idade são acometidos por hipertensão, de que, entre 1993-1997, a mortalidade por doenças cardiovasculares foi de 43% em ambos os sexos, e que entre 1994-1995 essa mortalidade ficou em primeiro lugar entre sete causas apresentadas (CEARÁ, 1998) pareceram não ter significado para ela. Alguns pacientes mantêm-se alheios a essa realidade, não demonstrando a intenção de adotar o tratamento da forma preconizada pelas diretrizes brasileiras para o controle dessa moléstia (DIRETRIZES, 2002).

17 Maria das Dores

17.1 Os sistemas

No que tange ao sistema pessoal, trata-se de uma senhora de 56 anos, casada, com dois filhos e com netos. Tem escolaridade fundamental incompleta e renda mensal a variar de dois a quatro salários mínimos.

Mede 1,54 m de altura e pesa 84 kg. Seu IMC é de 35,4 kg/m², com obesidade classe II e risco grave de co-morbidades. Apresenta diabetes, com glicemia inicial de 85 mg/dl. A pressão arterial estava inicialmente com os valores de 143x94 mmHg. Segundo comenta, come o que “tem vontade”, não restringindo o uso de sal e gordura: “Eu como de tudo o que é jeito. Como toucinho no feijão”... Por não conseguir fazer regime alimentar, tenta só almoçar e evita jantar.

Não fuma nem bebe. Às vezes faz caminhadas com a neta: “No dia em que os meus pés me ajudam, eu vou. Nessa semana já fui duas vezes”. Refere muito estresse. É nervosa e retém suas ansiedades, e isto a faz aumentar seu nervosismo e elevar sua pressão. Diz: “Tem dia que não tenho vontade de comer, de ver ninguém”. Afirma tomar o remédio corretamente, fazendo uso de glibenclamida (hipoglicemiante oral) e propranolol (bloqueador β -adrenérgico). Comparece mensalmente às consultas agendadas.

Informa sentir “dores na coluna”, atribuídas ao peso, que não consegue reduzir, dificultando, conseqüentemente, a realização de exercícios físicos.

Diagnosticamos, nesse sistema, o *Controle ineficaz do regime terapêutico* detectado pelas características de escolhas ineficazes para atingir os objetivos de um programa de tratamento, pois não faz restrições dietéticas diárias, deseja controlar a doença e a prevenção de seqüelas e refere dificuldade com a regulação do regime prescrito. As citadas características

encontraram relação nos conflitos de decisão, na complexidade do regime terapêutico e no déficit de conhecimento da paciente.

No centro das relações interpessoais e sociais, em relação à família, Maria das Dores mora com o marido e uma neta (filha de sua filha) em uma rua das mais perigosas do bairro, em frente a um bar. A neta, que mora com ela desde pequena e com quem permanece todo o dia, é jovem, mas procura sempre alertar a avó para não comer determinadas coisas, fazendo papel de cuidadora, pois seu avô trabalha como vigia e não está presente durante o dia.

Conforme observamos, Maria das Dores mantém fechada a porta da casa, apesar de possuir uma mercearia no mesmo ambiente. Com isso, a pequena casa ficava escura. Justificou a atitude em razão da localização em frente de um bar, freqüentado por bêbados, o que era motivo de constante estresse para ela. Em seu quarto, no entanto, havia uma telha de vidro, possibilitando a entrada de luz solar.

Os filhos eram casados e moravam distantes, visitando os pais nos finais de semana. Ela se relacionava melhor com a filha, pois dizia que esta “é mais chegada e a mulher do filho não quer muita aproximação comigo”.

Maria das Dores se dava bem com os vizinhos, com exceção do dono do bar, e parecia bem integrada à comunidade fazendo uso dos serviços nela disponíveis.

Quanto ao seu relacionamento com a equipe que a atende, afirma ser muito bom. Diz ter acesso às informações para esclarecer suas dúvidas em relação à doença e ao tratamento. Realmente, apesar da pouca escolaridade, a paciente consegue entender as orientações e tomar os medicamentos. Embora tenhamos notado ao longo do estudo dúvidas do tipo “o comprimido do diabetes engorda?”, entre outras, as quais parecem indicar lacunas nesse conhecimento.

Nossa interação foi excelente. Por se tratar de uma pessoa um pouco tímida, pensamos que isso pudesse dificultar nossa relação. Mas a confiança depositada no estudo foi imensa. Conversávamos como se sempre a tivéssemos atendido. A boa interação com sua equipe de saúde ajudou muito na aproximação da realidade da paciente, o que também foi favorecido pelo desenvolvimento das visitas.

Nos sistemas relacionados, encontrou-se o *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico* nas características de atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos do tratamento (pois contava apenas com a jovem neta como companhia e ajuda), dificuldade verbalizada com a regulação de efeitos e desejo de controlar a doença e prevenir seqüelas, relacionadas com a complexidade do regime terapêutico na percepção familiar.

17.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

A partir do conhecimento dos fatores envolvidos (déficit de conhecimento, conflitos de decisão da paciente e complexidade do regime terapêutico), foram elaboradas as seguintes metas entre enfermeira/paciente: aumentar, a curto prazo, o conhecimento da paciente acerca de sua doença e tratamento e diminuir seu conflito de decisão em relação a este, contribuindo para a percepção da importância da diminuição do consumo de sal e gordura, do sedentarismo, do IMC e do estresse. Diminuir a complexidade do regime terapêutico na percepção pessoal e familiar, contribuindo para aumento da adesão ao tratamento a médio e longo prazos.

Como meios utilizamos a orientação, esclarecimento e sensibilização da paciente acerca da doença e do tratamento, ressaltando a necessidade de diminuição do consumo de sal e gordura e da manutenção de uma dieta mais equilibrada, com todas as refeições. Também houve a participação maior do

marido e da neta no tratamento e nas demais etapas do processo de acompanhamento da paciente. A neta foi incentivada a acompanhar a avó em caminhadas diárias, diminuindo o sedentarismo, o IMC e contribuindo na redução do estresse.

17.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

A partir do aumento de conhecimento da paciente acerca de sua doença e tratamento e da diminuição de seu conflito de decisão em relação a este, observamos diminuição de seu consumo de sal e gordura nos alimentos, e aumento na frequência de exercícios físicos semanais, realizando caminhadas todas as manhãs, em companhia da neta. Continuou tomando o medicamento hipotensor corretamente e comparecendo às consultas agendadas. Seu estresse foi minimizado porque passou a freqüentar mais a casa da filha, indo até lá pelo menos uma vez durante a semana. Isso, aliado aos exercícios, aliviou bastante seu estresse. No entanto, o problema do bar não foi solucionado. Ademais, sua circunferência abdominal manteve-se igual, 105 cm, embora o IMC tenha se reduzido de 35,4 para 34,9 kg/m², estando no limite entre a obesidade classe I e a classe II. A glicemia pós-prandial se manteve dentro da taxa de normalidade (≥ 140 mg/dl) e os valores de pressão arterial modificaram-se de 143x94 mmHg para 136x85 mmHg. A diminuição da complexidade do regime terapêutico na percepção pessoal e familiar se deu a partir da organização de seu conhecimento preexistente, identificação de lacunas de conhecimento e preenchimento dessas necessidades.

A paciente evoluiu de forma muito satisfatória em todo o processo, sendo orientada também a não reprimir seus sentimentos, aspecto observado como um forte fator de estresse. Com isso, a relação com as pessoas, principalmente com o marido, ganhou em sinceridade e em comunicação eficaz, e contribuiu para aproximar mais o casal.

18 Maria Teresa

18.1 Os sistemas

Na esfera pessoal, Maria Teresa é uma senhora de 56 anos, casada, com quatro filhos. Tem ensino fundamental incompleto, é aposentada e recebe um salário mínimo. Com 1,46 m de altura e 63,5 kg, apresentou um IMC igual a 29,8 kg/m². Refere ingerir alimentos salgados (“adoro pipoca e tudo que tem sal”) e consumir também muitos alimentos gordurosos, embora de forma mais moderada que o sal, pois, conforme acredita, a gordura faz “mal ao fígado”. Não fuma nem bebe. É sedentária, não fazendo qualquer tipo de exercício físico. Afirma e aparenta ser muito estressada. Toma a medicação, mas falta muito às consultas agendadas. Faz uso de captopril (inibidor da ECA), furosemida (diurético de alto teto) e ácido acetil salicílico – AAS (drogas antiinflamatórias não esteroidais – DAINES), além de chá de colônia (*Alpinia speciosa Schum*) para reduzir a pressão arterial. Não concilia bem o sono porque, em virtude dos afazeres domésticos, dorme tarde e acorda cedo. Refere muitos casos de diabetes mellitus na família (mãe e irmãs). Sua pressão estava em 192x131 mmHg. Vejamos o que ela diz:

Às vezes falto à consulta, não vou. É um problema em casa ou outra coisa, aí mando remarcar. Uma vez esqueci o dia da consulta. Agora, marcaram para o dia 19/3 e é feriado, então não sei como vai ser, acho que não vai ter.

No sistema pessoal, identificamos a forte presença do diagnóstico *Controle ineficaz do regime terapêutico*, visível por inúmeras características, tais como: escolhas ineficazes para atingir os objetivos do programa de tratamento, uma vez que seus comportamentos vão de encontro às recomendações para o tratamento da hipertensão arterial (DIRETRIZES, 2002), verbaliza não ter agido para reduzir fatores de risco para a progressão da doença, o desejo de controlá-la, a dificuldade com a regulação e integração

das condutas prescritas e não se esforçar para incluir os regimes de tratamento nas atividades da vida diária. O diagnóstico apresenta como fatores relacionados a desconfiança quanto ao regime de saúde, exigências excessivas feitas ao indivíduo e conflitos de decisão.

Na relação familiar, a paciente tem duas filhas e dois filhos, e um deles, de 12 anos, é adotado. O pai do garoto morreu assassinado e ela o adotou desde pequeno. Uma de suas filhas é casada e tem um filho. Ambas trabalham à noite em uma fábrica de calçados localizada próxima ao bairro. Um dos filhos cursa o ensino médio e está se preparando para o vestibular. Maria Teresa cuida do neto para a filha poder trabalhar, e também de sua irmã, paraplégica e totalmente dependente. Não tem empregada para dividir as tarefas domésticas, apesar de a casa ser grande. O filho adotivo lhe dá muita preocupação porque tem andado com “más companhias”. Como observamos, é responsável por todos os problemas domésticos e só dorme depois que a filha retorna do emprego. Assim, trabalha muito e não tem descanso ou lazer.

O relacionamento com a equipe de saúde que a trata é distante, quase inexistente.

A interação conosco foi frágil, pois, apesar de haver nos recebido bem, mostrando-se interessada pelo estudo, concordando em participar dele e assinando o termo de consentimento, seu envolvimento relacionado à busca do alcance das metas foi superficial.

A agente de saúde da área ressalta que Maria Tereza nunca tem tempo de recebê-la, por estar ocupada em suas tarefas domésticas.

No dia da visita domiciliária, conhecemos dois de seus filhos, sua irmã e seu marido. Todos foram amáveis. No entanto, conforme percebemos, na opinião deles, a utilização dos comprimidos seria suficiente para controlar a doença. Além disso, a família via Maria Teresa como a força da casa,

responsável pelo cuidado total e por todas as resoluções, não lhe restando tempo para cuidar de sua própria saúde.

Nos sistemas interpessoal e social, encontramos o diagnóstico *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, confirmado pelas características: atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos do tratamento e falta de atenção para com a doença e suas seqüelas, relacionados com conflitos de decisão e exigências excessivas feitas à família.

Também foi encontrada a *Tensão do papel de cuidador*, pela presença das características: apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à saúde do receptor de cuidados (especialmente a irmã paralítica) e à habilidade do cuidador para fornecer esses cuidados, relacionados com a cronicidade da doença e a quantidade de atividades de cuidado a serem desenvolvidas.

Na família, Maria Teresa era o centro cuidador e esta, incluindo ela mesma, não via como poderia ser uma pessoa que precisava de cuidados. Isto era muito evidente no relacionamento familiar.

18.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Conhecendo os fatores relacionados (desconfiança quanto ao regime terapêutico, exigências excessivas feitas ao indivíduo, à família e conflitos de decisão), passamos à etapa de elaboração de metas conjuntas entre enfermeira e paciente. Foram traçadas as metas de aumentar, a curto prazo, a confiança no regime terapêutico e diminuir os conflitos de decisão pessoal, estimulando, com isso, a diminuição do consumo alimentar de sal e gordura, do sedentarismo e do IMC e o aumento da frequência de comparecimento às consultas. Redistribuir as atividades de cuidado a serem desenvolvidas entre os membros familiares, diminuir o conflito familiar e otimizar o convívio com

a cronicidade da doença, diminuindo o estresse e melhorando a adesão ao tratamento a médio e longo prazos.

Os meios utilizados foram tentar distribuir os afazeres com o marido e o filho, que ficavam em casa pela manhã. Investigar a possibilidade de suas irmãs ajudarem a remunerar uma pessoa para auxiliar no cuidado da irmã doente pelo menos por meio período, sensibilizar a própria paciente para o fato de não poder tomar conta de tudo e de que precisa cuidar de sua saúde, orientando-a sobre como poderia fazê-lo.

18.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

De forma similar aos pacientes Maria das Graças, João José e Maria Helena, Maria Teresa não aumentou sua adesão ao tratamento com o nosso empenho, não demonstrando desenvolver esforços para isso, escolhendo permanecer com não-adesão, e nós respeitamos, mas não sem antes alertá-la e aos demais dos riscos que corriam.

Custa-nos dizer o porquê de terem esses pacientes apresentado comportamento semelhante; no entanto, nossa dificuldade em aceitar tal decisão foi a mesma nos quatro casos, o que nos levou a refletir sobre como é delicada tal postura. Em geral, a não-adesão dos pacientes decorre da falta de informação sobre os riscos da doença ou da falta de condições de aderir, mas algumas pessoas, de forma consciente, escolhem este caminho e parecem se sentir felizes com ele, não importando as conseqüências de sua decisão. Conforme sugerem Riccio e Silva (2001), a presença do diagnóstico *Déficit de conhecimento* interage de maneira expressiva com o estabelecimento do diagnóstico *Controle ineficaz do regime terapêutico*. Isto é verdade, apesar de percebermos a necessidade de uma predisposição individual para a adoção de mudanças, sem a qual nenhuma adição de conhecimento surtirá efeito no intuito de aumentar a adesão ao tratamento.

19 João Victor

19.1 Os sistemas

No sistema pessoal, trata-se de um senhor de 63 anos, casado, com filhos. Trabalha fazendo tarrafas. Revela ter hipertensão arterial desde os 40 anos e faz tratamento desde então. Tem 1,63 m de altura e 89,5 kg, com IMC igual a 30,6 kg/m². Refere consumo inadequado de sal e gordura, esta em menor quantidade. Não fuma e parou o etilismo há um ano, embora bebesse cachaça desde os 16 anos.

Sedentário, tem pressão arterial de 162x100 mmHg, circunferência abdominal de 118 cm e glicemia capilar pós-prandial de 111mg/dl. Não apresenta diabetes. Revela pouco estresse. No momento não está tomando nenhum medicamento, pois tem faltado às consultas agendadas desde janeiro de 2001. Vejamos algumas de suas falas:

Não como com muito sal, mas como com sal. Como com pouca gordura – carne magra, frango – mas, quando compra carne de porco ou jabá, eu como. Só que passa tempo sem comprar (...) Não faço caminhada, só ando daqui para o posto de saúde uma vez por mês (...) A minha preocupação é muito pouca, só quando estou devendo a água.

Sua renda varia de um a dois salários mínimos por mês, dependendo das tarrafas que vende, pois não possui renda fixa. Nem ele nem a mulher são aposentados. Aparenta ser tranquilo, refere dormir bem e não tem outras queixas além das já referidas.

Nesse sistema, detectamos o diagnóstico *Controle ineficaz do regime terapêutico*, com as seguintes características: escolhas diárias ineficazes para atingir os objetivos do tratamento (como a manutenção do consumo inadequado de sal e gordura), desejo verbalizado de controlar a doença, dificuldade com a regulação dos regimes e falta de ação para incluí-los em

sua rotina, comportamentos esses relacionados ao déficit de conhecimento e complexidade do regime terapêutico.

Considerando as relações interpessoais e sociais, a família é um sistema social. Dentro dela, convicções e valores são transmitidos às crianças, sendo este o processo inicial de socialização do indivíduo. Na família de João Victor são sete filhos, sendo quatro mulheres e três homens, dos quais quatro são casados e moram em suas casas. A residência dele é pequena, com área descoberta e plantas na frente de casa.

Apesar da família ser numerosa, é bastante unida, e isto facilita a resolução de seus problemas. Uma das filhas que ainda mora em casa vende “din-din” (suco de fruta congelado, consumido, preferencialmente, em embalagem plástica pelas crianças) para ajudar no orçamento doméstico. A maior preocupação da família é com o aspecto financeiro, pois João Victor ganha pouco e a mulher não tem trabalho remunerado.

Mesmo os filhos casados vivem com dificuldades financeiras. Todos têm pouca escolaridade. O pai diz ter o ensino fundamental incompleto, mas, pela forma de falar e escrever, parece ainda menos. Para King (1981), a herança biológica de cada pessoa e os sistemas sociais nos quais nasce, cresce e se desenvolve determinam experiências e o aprendizado do comportamento. Mudanças neste são exibidas quando um conhecimento individual novo é adquirido. Esses sistemas provêm a armação para a interação social, definem relações sociais e estabelecem regras de comportamento e modos de ação. Convicções, atitudes e valores são instruídos nos sistemas sociais, como a família e a escola. O fato de João Victor ter ido pouco à escola parece refletir de forma significativa nas condições de vida da família.

Nas ligações com a unidade de saúde, comenta ter faltado muito às consultas agendadas porque a médica está em licença de gestação e, segundo

o paciente, a enfermeira que consulta na mesma equipe não faz exame físico, limitando-se a repetir o remédio na receita. Vejamos suas palavras:

Antes tomava a hidroclorotiazida e ficava tonto. Fui na doutora, mas ela estava de férias. A outra doutora me atendeu, mas não gosto de ir para ela porque só olha pra gente e passa o remédio. A outra escuta, pede exames e passa o remédio. Eu ia todos os meses pra consulta, mas faltei desde que a doutora está de licença.

O relacionamento do paciente com a equipe de saúde responsável pelo seu atendimento varia conforme o profissional que o atende. Essa associação é feita não à categoria profissional, mas à qualidade do atendimento prestado e a como cada profissional desempenha seu papel. King (1981) coloca o conceito de papel nos sistemas interpessoais porque eles identificam relações interativas e modos de comunicação, enfocando a relação do *self* para com o outro e deste em relação ao *self*.

Nesses sistemas, encontramos o *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, confirmado pela presença das características atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos do tratamento, visualizado, entre outros, na ação da família, incluindo-se o paciente, consumir carne de porco ou charque com relativa frequência, na verbalização de dificuldade com a regulação de um ou mais efeitos, desejo de controlar a doença e prevenir seqüelas. As características estiveram relacionadas à desconfiança quanto a membro da equipe de saúde, complexidade do sistema de assistência à saúde e do regime terapêutico e às dificuldades econômicas enfrentadas.

19.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Com base no exposto, destacando os fatores envolvidos (desconfiança quanto a membro da equipe de saúde, déficit de conhecimento, dificuldades

econômicas, complexidade do regime terapêutico e do sistema de assistência à saúde), foram traçadas como metas comuns entre enfermeira e paciente: Aumentar, a curto prazo, seu conhecimento sobre a doença e o tratamento, e sua confiança na consulta da enfermeira, favorecendo a diminuição do sedentarismo, do IMC, a tomada correta dos medicamentos e o comparecimento às consultas. Diminuir a complexidade do regime terapêutico e do sistema de assistência à saúde, pelo esclarecimento da família e atuação junto da enfermeira de sua equipe, a médio prazo. E viabilizar a diminuição das dificuldades econômicas da família, contribuindo para aumentar sua adesão ao tratamento a longo prazo.

Como meios utilizamos o esclarecimento do paciente sobre sua condição de saúde/doença, sua reaproximação com a unidade de saúde, por meio de remarcação da consulta e contato com a enfermeira de sua equipe, ressaltando a importância do reinício da tomada de medicamentos, restrição alimentar de sal e gordura para controle da pressão arterial e desenvolvimento de caminhada diária pelo paciente em companhia da mulher. Além disso, organização de uma caixinha com as medicações e respectivos horários.

Também abordamos a enfermeira sobre o assunto “consulta de enfermagem”, revisando conceitos, métodos propedêuticos e exame físico em geral, em conversa informal entre colegas, mas buscando propiciar uma consulta de enfermagem mais fundamentada e eficaz.

19.3 Cuidado desenvolvido e evolução do paciente

O aumento do conhecimento do paciente e de sua família sobre a doença e o tratamento, sua maior confiança na consulta da enfermeira, a diminuição da complexidade do regime terapêutico e do sistema de assistência à saúde, fizeram com que João Victor evoluísse bastante ao longo do estudo: seu peso diminuiu 2,5 kg, saindo de um IMC igual a 30,6

(obesidade) para 29,7 kg/m² (sobrepeso). Reduziu o consumo alimentar de sal e gordura e iniciou as caminhadas com a mulher. Os valores de sua pressão diminuíram de 162x100 mmHg para 138x87 mmHg (valores limítrofes da pressão arterial). A circunferência abdominal se reduziu de 118 para 117 cm e a glicemia capilar pós-prandial foi de 111mg/dl para 99mg/dl. Além disso, voltou a freqüentar a unidade de saúde para se consultar e está tomando o remédio regularmente.

O controle das dificuldades econômicas da família se deu porque o paciente conseguiu um emprego de vigia e agora tem uma renda fixa mensal; além disso, continua vendendo suas tarrafas. Sua mulher participou ativamente de todo o processo de cuidado e recebemos, também, o apoio da filha que mora com eles. Todo esse envolvimento e as intervenções estabelecidas proporcionaram o aumento da adesão ao tratamento.

Percebemos a aproximação buscada pela enfermeira ao procurar respostas para dúvidas sobre atividades e etapas do exame físico. Explicamos, demonstrando o procedimento e lhe indicamos material sobre o tema, no intuito de atendê-la, o que pareceu ter sido alcançado.

20 João Artur

20.1 Os sistemas

No sistema pessoal, o paciente é um senhor de 79 anos, casado e com oito filhos adultos. Mora com a mulher. O maior passatempo de ambos é comer. Ele gosta de alimentos salgados e gordurosos. Ingera muito refrigerante e diz que às vezes toma uma “cervejinha”. Não fuma.

Com 1,67 m de altura e 67 kg, tem IMC igual a 24 kg/m². No início do estudo apresentou níveis de pressão arterial de 162x98 mmHg e circunferência abdominal igual a 98 cm. Não tendo diabetes, sua glicemia

capilar pós-prandial foi igual a 120 mg/dl. É sedentário e como enfrentamento de estresse assiste a programas na televisão, toca violão e auxilia nas atividades domésticas. Faz uso irregular de hidroclorotiazida (diurético tiazídico), pois se esquece de tomar as medicações e às vezes falta às consultas agendadas, ficando sem o remédio. Por outro lado, adota automedicação para fins diversos, como os remédios que compra de um vendedor ambulante na porta de casa, a exemplo de pomadas e tônicos que prometem curar tudo.

Vejam algumas de suas falas:

Faz tempo que eu tenho pressão alta, desde os 50 ou 55 anos. Eu sempre fui no posto de saúde, mas a dieta eu não faço. A comida daqui de casa dá pra sentir o gostinho de sal. Na gordura, eu tiro os couros grossos da carne, mas os finos eu como tudo (...) Não faço caminhada. A caminhada é só do quintal para a área (...) Não tenho estresse, mas tem dia que sinto tristeza, falta de não poder ver os filhos da gente (...) Às vezes vou para a consulta e chego lá e não tem. Um dia marcaram dia de sábado. Eu fui e cheguei lá e não tinha ninguém.

É analfabeto, aposentado e recebe um salário mínimo. A mulher não é aposentada. Mas os filhos ajudam na manutenção do casal e por isso não existem dificuldades financeiras.

No sistema pessoal, identificamos o diagnóstico *Controle ineficaz do regime terapêutico* pela presença das seguintes características: escolhas da vida diária ineficazes para atingir objetivos do tratamento, desejo verbalizado de controlar a doença e dificuldade com a integração dos regimes prescritos para prevenção de complicações. Os comportamentos apontados estiveram relacionados com déficit de conhecimento, padrões familiares de cuidado de saúde e complexidade do regime terapêutico.

Nos sistemas interpessoal e social, relatando a história de seu sistema familiar, o paciente conta que, quando mais jovem, tinha recursos,

propriedades e estabelecimento comercial. Atualmente, mora com a mulher em uma casa pequena, em uma rua um pouco perigosa, já próxima à praia, quase em frente à residência da Maria das Dores (outra participante).

Teve seis filhas e dois filhos, todos casados. Apenas uma filha tem residência próxima do casal e os visita com frequência. Os demais moram distante, mas todos na mesma cidade, exceto um, que é vaqueiro e mora no interior do Estado. Conforme já comentamos, os filhos ajudam financeiramente aos pais. A família é muito unida.

Segundo relato do paciente, a família da mulher “sofre muita desgraça: assalto, morte”, mas na família dele isso não ocorre. Em sua família nuclear – ele, a mulher e os filhos – também não. Afirma ser muito paciente com a mulher: “Já fui mais desimpaciente, hoje tenho mais paciência. Sou devoto de Nossa Senhora desde pequeno e acho que ela me ajuda”.

É bem integrado ao bairro e se relaciona bem com os vizinhos. Utiliza os recursos disponíveis na comunidade.

A relação do paciente com a equipe de saúde é bastante harmônica. Ele demonstra ser um típico senhor do interior, gosta muito de conversar e receber as pessoas em casa. A mulher tem diabetes e hipertensão. Muitas vezes o casal comparece junto às consultas, o que chama um pouco a atenção das pessoas sobre eles.

Os profissionais aparentam gostar deles e, por saber serem os dois gulosos, fazem brincadeiras sobre o tamanho das xícaras que usam, pois são muito grandes. A agente de saúde também tem bom relacionamento com o casal.

Nossa interação com eles foi muito boa, chegamos até a conhecer alguns dos filhos e netos. No início, eles pensavam que nós iríamos aposentar a mulher dele. Explicamos diversas vezes, mas em virtude da insistência do

simpático casal, chegamos a consultar um jurista sobre os direitos legais de aposentadoria por idade e explicar que caminhos poderiam seguir.

Os dois são inseparáveis. Cuidar de um é cuidar de ambos. Um dia, ele estava doente com virose e ela foi para a reunião com os participantes da pesquisa, “representando-o”. No nosso encontro seguinte, ele justificou a ausência e se disse feliz pelo fato de ter sido “representado pela mulher”. Eles tiveram uma participação muito forte no estudo, mas a quantidade e a qualidade de alimentos adotados era o ponto de discórdia.

Em uma das visitas domiciliárias, eles prepararam um verdadeiro “banquete à sertaneja”, com muita comida e copos enormes. É evidente que eles comeram junto. Apesar de haver restrições sobre aceitação de alimentos durante visitas domiciliárias, foi aberta uma exceção para facilitar a aproximação com o cotidiano gastronômico do casal, em especial, de João Artur.

Nesse contexto, diagnosticamos o *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, encontrado nas características atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos do tratamento, verbalização de dificuldade com a integração de um ou mais efeitos ou prevenção de complicações e o desejo de controlar a doença e prevenir seqüelas, relacionados com a complexidade do regime terapêutico.

20.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Traçamos as metas a partir do conhecimento dos fatores relacionados (déficit de conhecimento, padrões familiares de cuidado de saúde e complexidade do regime terapêutico). Essas compreenderam, a curto prazo: aumentar o conhecimento do paciente sobre a doença e seu tratamento e

diminuir a complexidade do regime terapêutico, favorecendo a compreensão da importância de reduzir a quantidade diária de alimentos ingerida, especialmente os alimentos salgados e gordurosos, e a diminuição do sedentarismo. A médio e longo prazos, interferir positivamente no padrão familiar de cuidado à saúde, estimulando-o a não utilizar medicamentos sem prescrição e reforçando o aumento da adesão ao tratamento como um todo.

Como meios utilizamos orientações e esclarecimentos sobre a doença e esquematização do tratamento ao paciente. Estímulo ao desenvolvimento de caminhadas pelo casal, orientando-os acerca dos perigos da automedicação e reforço às orientações nutricionais, contando com o apoio de um profissional da área. Incentivo à filha que morava nas proximidades para participar mais do tratamento.

20.3 Cuidado desenvolvido e evolução do paciente

O aumento do conhecimento do paciente sobre a doença e seu tratamento e a diminuição da complexidade terapêutica fizeram com que, ao final do estudo, obtivesse outros passatempos além de comer compulsivamente, tocando mais seu violão e fazendo uma horta no quintal. Diminuiu o consumo de alimentos salgados e gordurosos e a ingestão contínua de refrigerantes. Como o IMC estava adequado, não incentivamos diminuí-lo, continuou, então, o mesmo do início do estudo (24 kg/m^2), assim como a circunferência abdominal (98 cm). A pressão saiu dos valores de 162x98 mmHg para 137x88 mmHg. Sua glicemia capilar pós-prandial se reduziu de 120 para 102 mg/dl. Iniciou a prática de caminhadas com a mulher. A participação maior da filha no tratamento aumentou o bem-estar do casal porque se sentiram mais seguros. Regularizou a utilização dos fármacos e a marcação das consultas foi organizada e ele passou a comparecer mais a elas.

A intervenção positiva no padrão familiar de cuidado à saúde se deu também quando os horários e formas de utilização dos remédios foram organizados e a automedicação foi reduzida. Orientamos e esclarecemos diversas vezes o paciente em uma linguagem acessível acerca de uma alimentação saudável para o caso deles, discutindo propriedades nutritivas dos alimentos e necessidade corpórea diária. Elaboramos uma tabela nutritiva, exposta na porta do armário em que guardavam os mantimentos. Na nossa opinião, o paciente teve bom desenvolvimento no estudo, com repercussões positivas no tratamento da mulher. Embora essa não fosse uma meta inicial, foi alcançada.

21 João Carlos

21.1 Os sistemas

No âmbito pessoal, João Carlos é um senhor de 59 anos, casado, tem um filho e uma filha, ambos também casados. Descobriu ser portador de hipertensão arterial desde os 45 anos, iniciando logo o tratamento. Mede 1,60 m de altura e pesa 85 kg, perfazendo um IMC igual a 33,2 kg/m², característico de obesidade classe I, com risco moderado de co-morbidades. Não tem diabetes. Apresentou valores de pressão arterial, no início do estudo, de 178x107 mmHg, circunferência abdominal igual a 107 cm e glicemia capilar pós-prandial de 93 mg/dl. Refere consumir sal e gordura em demasia, não fuma, mas bebe. É sedentário e ressalta não ter muito estresse.

Faz uso de captopril (inibidor da ECA), furosemida (diurético de alto teto) e nifedipina (anti-hipertensivo, atua como vasodilatador), embora não tome o remédio com regularidade e falte muito às consultas.

Eu bebo só no Natal e no Ano-Novo (...) Não pratico exercícios, só trabalho e trabalho (...) A última vez não fui

para a consulta porque estava trabalhando, mas comprei o remédio. Vou remarcar a consulta.

Durante a realização do exame físico, detectamos em João Carlos o sinal de Osler positivo, não encontrado em nenhum dos demais participantes do estudo. A manobra de Osler baseia-se na palpação da artéria radial após insuflação do manguito superior à pressão sistólica. Essa manobra é positiva quando a artéria permanece palpável mas sem pulsações. É frequentemente ela é positiva em idosos. É considerada classicamente como indicação de pseudo-hipertensão arterial, mas, conforme denotam os estudos mais recentes, tanto sua sensibilidade quanto sua especificidade são baixas. Porém, permanece válida como um sinal de alerta nos pacientes com pressão arterial elevada (PORTO, 2001).

O paciente é alfabetizado, trabalha como vigia e tem renda mensal de dois salários mínimos.

No sistema pessoal, diagnosticamos o *Controle ineficaz do regime terapêutico*, com as seguintes características: escolhas da vida diária ineficazes para atingir os objetivos do tratamento (como ficar sem tomar os medicamentos), verbalização do desejo de controlar a doença e a dificuldade com a regulação do regime prescrito. O diagnóstico foi relacionado com barreiras percebidas (horário de trabalho), déficit de conhecimento, dificuldades econômicas e complexidade do sistema de assistência à saúde (não ter horários alternativos de funcionamento da unidade).

Nos sistemas interpessoais e sociais, observamos no espaço familiar que mora em uma casa pequena nos fundos da casa da sogra, com a mulher e os dois filhos casados e um neto (filho de sua filha). Todos vivem juntos, o que torna a residência barulhenta. O neto é o seu grande “xodó” e se parece um pouco com ele, motivo para deixá-lo muito orgulhoso.

Sua mulher, ao contrário dele, tem facilidade para conversar. Em confiança, referiu como principal problema dele a bebida. Conforme ressaltou, ultimamente ele tem bebido muito, contradizendo o que João Carlos afirmara anteriormente. Sua história foi confirmada pela filha, a qual pediu ajudássemos o pai a diminuir o consumo de bebida.

O genro e o filho trabalham e contribuem na manutenção da casa. As mulheres (mulher, filha e nora) cuidam dos afazeres domésticos e da criança. A sogra freqüenta com assiduidade sua casa e a relação entre eles é boa.

Apesar de manterem bom relacionamento com os vizinhos, não utilizam todos os recursos oferecidos pela comunidade, tais como escola, centros de lazer, entre outros. A filha abandonou a escola quando nasceu o filho e a nora também não estuda.

A relação do paciente com a equipe de saúde que o trata é boa, embora falte muito às consultas agendadas por causa do seu trabalho. Com isso, muitas vezes deixa de tomar a medicação. Quando tem dinheiro, compra o fármaco, mas quando não tem, fica sem tomá-lo.

Remarcar a consulta quase sempre significa não receber o remédio para uso mensal, a menos que procurasse os profissionais, solicitando uma receita avulsa independentemente da consulta, o que nem sempre é possível. De qualquer forma, haverá prejuízo para o paciente.

Nossa relação com o paciente primou pela harmonia. Ele mostrou-se sempre muito disponível, demonstrando muita vontade de cooperar no tratamento. Manteve boa freqüência às consultas e reuniões agendadas ao longo do estudo, faltando apenas uma vez por estar trabalhando e não conseguir alterar o horário.

Nos sistemas interpessoal e social, encontramos o diagnóstico *Controle familiar ineficaz do regime terapêutico*, caracterizado por atividades

familiares inadequadas para atingir os objetivos do tratamento, verbalização de dificuldade com a regulação/integração de um ou mais efeitos e o desejo de controlar o tratamento da doença e prevenir seqüelas, características essas relacionadas à complexidade do sistema de assistência à saúde e as dificuldades econômicas familiares. Encontramos também o diagnóstico *Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico*, evidenciado pelo déficit nas atividades comunitárias para prevenção secundária e terciária, relacionada ao oferecimento de um programa terapêutico impessoal.

21.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Com o conhecimento dos fatores relacionados (barreiras percebidas, déficit de conhecimento, dificuldades econômicas, complexidade do sistema de assistência à saúde e oferecimento de um programa terapêutico impessoal), foram traçadas como metas entre enfermeira/paciente: aumentar, a curto prazo, o conhecimento do paciente sobre sua doença e tratamento e diminuir as barreiras percebidas, favorecendo a diminuição do consumo de sal e de gordura, do etilismo, do sedentarismo, do IMC e das faltas às consultas. Viabilizar a redução das dificuldades econômicas e da complexidade do sistema de assistência à saúde pela inserção de membros da família em atividades remuneradas e pela facilitação do acesso do paciente à unidade de saúde, respectivamente, a médio prazo, e, a longo prazo, oferecer um programa terapêutico personalizado, possibilitando o aumento da adesão ao tratamento.

Como meios utilizamos o esclarecimento do paciente sobre a doença e tratamento, a diminuição perceptiva de barreiras (o horário do emprego poderia justificar algumas faltas às consultas, mas não sua falta de adesão ao tratamento), a participação maior da filha no controle do sal e gordura na

alimentação, a sensibilização do paciente quanto à necessidade de diminuir o consumo de bebidas alcoólicas, o incentivo à mulher para acompanhá-lo em caminhadas diárias e alerta ao paciente acerca do comparecimento às consultas. Estímulo à melhoria da condição econômica familiar e personalização do tratamento pelo conhecimento dos profissionais acerca de sua realidade, facilitando o acesso às consultas e remédios.

21.3 Cuidado desenvolvido e evolução do paciente

O aumento do conhecimento do paciente sobre sua doença e tratamento e a diminuição perceptiva de barreiras fizeram com que evoluísse ao longo do estudo. O IMC se reduziu de 33,2 para 32,8 kg/m². A circunferência abdominal foi de 107 para 106 cm e a glicemia capilar pós-prandial de 93 para 88 mg/dl. Houve redução no consumo alimentar de sal e gordura por parte da família. O paciente referiu e a mulher confirmou diminuição na quantidade de bebidas alcoólicas consumidas e a tentativa de abandonar o hábito. Ele iniciou a prática de caminhadas com a mulher e disse que estava gostando bastante, e até se “sentindo mais leve”.

Mas um ponto negativo a ser registrado foi referente aos valores de sua pressão arterial, a qual se elevou de 178x107 mmHg para 180x111 mmHg. Apesar de não ter sido uma elevação tão significativa e do paciente justificar alegando ainda não haver tomado a medicação (já eram 14 h), pois estava mais uma vez sem remédio por ter faltado à consulta, isso foi mais um motivo para ressaltarmos sua participação em seu próprio cuidado e o aspecto interacional da proposta, sendo ele responsável por suas escolhas. Providenciamos, então, uma receita avulsa com a enfermeira da equipe e o remédio do paciente na farmácia da unidade, remarcando sua consulta para a semana seguinte. Ele tomou a medicação e, ao final da tarde (por volta das 17 h), os valores de pressão já estavam menores.

A diminuição das dificuldades foi visível, tanto que a filha e a nora voltaram a estudar. Isso foi estimulado, entre outras coisas, para facilitar a inserção de ambas no mercado de trabalho e reduzir a responsabilidade do paciente no sustento da família.

Ademais, a complexidade do sistema de assistência à saúde foi diminuída, facilitando o reconhecimento das dificuldades do paciente pelos profissionais de saúde de sua equipe.

A personalização do programa oferecido contribuiu para o aumento da adesão ao tratamento por considerar as peculiaridades do paciente, de sua família e do contexto no qual estão inseridos.

22 Maria Aparecida

22.1 Os sistemas

No sistema pessoal, trata-se de uma senhora de 66 anos, viúva, mãe de sete filhos, dos quais três homens e quatro mulheres. Mora com um filho casado, a nora e uma neta pequena. Descobriu ter hipertensão arterial há cerca de quinze anos, e desde essa época faz o tratamento da doença. Teme seqüelas e ficar dependente dos outros. Não tem diabetes.

Mede 1,48 m e pesa 61,5 kg, apresentando inicialmente um IMC igual a 28 kg/m^2 , o que configura sobrepeso. Sua pressão arterial estava em 150x100 mmHg e a glicemia capilar pós-prandial em 94 mg/dl, portanto, dentro do limiar de normalidade ($\geq 140 \text{ mg/dl}$). Sua circunferência abdominal foi 93 cm.

Refere ter muito cuidado com a restrição ao consumo de sal e de gordura, especialmente com o primeiro. Ela diz:

*Agora é minha nora que faz a comida. No dia que ela erra a mão no sal, eu não como. Tomo só um leite, um chá (...)
Tenho muito medo de comer essas coisas porque quando uma pessoa tem uma doença que morre logo, até vai, mas quando*

fica doente, dependendo dos outros... Os filhos não querem cuidar da gente, as noras não querem... Por isso, tenho cisma da comida.

Afirma não fumar nem beber. Não pratica exercícios físicos regulares, apresentando sedentarismo: “Não faço caminhada porque não tenho com quem ir”. Conforme a paciente revela, apresenta muito estresse, não tem lazer e não sabe como lidar com tal condição: “Não faço nada, às vezes vou à missa, mas só no domingo de manhã. Nunca me sinto bem. Todo dia tem um problema. Sou nervosa”.

Só recebe um salário mínimo e é responsável por todas as despesas da casa. Faz uso de furosemida (diurético de alto teto), nifedipina (vasodilatador) e ácido acetil salicílico-AAS (droga antiinflamatória não esteroide-DAINES).

Tem insônia, mas desde que o filho voltou a morar com ela passou a dormir sem a utilização do remédio anteriormente usado (valium= benzodiazepínico).

Nesse sistema, identificamos a presença do diagnóstico *Controle ineficaz do regime terapêutico* acompanhado das características: verbalização constante do desejo de controlar o tratamento da doença e a dificuldade com a regulação do regime prescrito para prevenção de complicações, relacionados com déficit de conhecimento, problemas econômicos e complexidade do regime terapêutico.

Da estrutura familiar, segundo conta, dois de seus filhos morreram na infância; um morreu afogado aos oito anos e o outro aos dois anos, ao ser infectado pelo vírus do sarampo. O marido tinha hipertensão arterial e morreu de trombose há seis anos. A paciente teme o mesmo fim.

Estressa-se muito e no momento sua maior fonte de estresse é o desemprego do filho e a gravidez da nora, mãe de uma menina de dois anos.

Seu único mecanismo de enfrentamento é participar da missa, mas o caminho para a igreja é considerado muito perigoso.

Sua casa é grande, bem dividida, com área, sala, dois quartos, cozinha, banheiro e quintal. Tem grades nas portas e janelas. Como salienta, gosta de ficar sentada na área e tomar um pouco de sol.

A família é bem integrada e unida. Ao todo são quinze netos e cinco bisnetos. Demonstra muito afeto por uma das netas, com quem brinca pela manhã.

O filho tem procurado emprego constantemente, pois está preocupado com o parto da mulher, previsto, à época, para março de 2002. Seus outros irmãos trabalham e têm casa própria, não dependem financeiramente da mãe.

A paciente se dá bem com os vizinhos, mas não utiliza todos os recursos disponíveis na comunidade.

No tocante à relação paciente/profissional de saúde, refere nunca faltar às consultas: “Nunca perdi nenhuma consulta”, e tomar os remédios regularmente. Afirma ser muito boa sua relação com a equipe e gosta muito de todos os profissionais da unidade de saúde. Ademais, procura seguir as recomendações da equipe em seu cotidiano.

Às vezes, mesmo fora do dia agendado para a consulta, vem ao posto verificar a pressão arterial com a auxiliar de enfermagem. Gosta muito da agente de saúde de sua área.

Nossa interação com ela foi muito boa, pois é bastante receptiva e carinhosa. Na primeira visita à sua casa, fomos bem recebidos, tanto por ela quanto pelos demais membros da família que lá moram. A paciente era muito cooperativa e não faltou a nenhum encontro marcado durante o estudo. Disse achar muito bom ter alguém para escutá-la e consultá-la.

Diagnosticamos nesse contexto o *Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico* pelo déficit nas atividades da comunidade para a prevenção secundária e terciária, relacionado com o oferecimento de um programa terapêutico impessoal.

22.2 Estabelecimento de metas conjuntas, exploração e viabilização de meios para alcançá-las

Após conhecer os fatores envolvidos nos diagnósticos identificados (déficit de conhecimento, dificuldades econômicas, complexidade do tratamento e oferecimento de um programa terapêutico impessoal), passamos à elaboração das metas comuns entre enfermeira/paciente. Assim, foram traçadas a curto prazo as seguintes metas: aumentar o conhecimento da paciente sobre sua doença e tratamento e diminuir a complexidade do tratamento para a paciente, contribuindo na diminuição do sedentarismo e do IMC. Viabilizar ações de atenuação das suas dificuldades econômicas, reduzindo seu estresse, a médio prazo. E, a longo prazo, oferecer um programa terapêutico personalizado, aumentando sua adesão ao tratamento.

Como meios utilizamos o esclarecimento da paciente, sua orientação e visualização de que as barreiras ao tratamento eram menores do que sua percepção desenhava, destacando ações como o incentivo à prática de caminhadas em companhia de uma vizinha. Para viabilizar ações de atenuação das dificuldades econômicas da paciente, houve o estímulo à profissionalização do filho, sugestão de lugares onde poderia empregar-se e a obtenção de uma unidade secundária de saúde onde o parto da nora já ficasse programado. A personalização do programa oferecido reduziria seu estresse, causado prioritariamente pelo desemprego do filho e pelo parto iminente da nora.

22.3 Cuidado desenvolvido e evolução da paciente

O aumento do conhecimento da paciente sobre a doença e o tratamento e a percepção da complexidade deste contribuíram no seu desenvolvimento.

Ao final do estudo, iniciou a prática de caminhadas com a vizinha. Aumentou suas fontes de ocupação e distração, aprendendo a fazer crochê. Além disso, perdeu 3,5 kg, ficando com um IMC de 26,47 kg/m²; a circunferência abdominal diminuiu de 93 para 90 cm, a glicemia capilar pós-prandial de 94 para 79 mg/dl e a pressão arterial de 150x100 mmHg para 150x70 mmHg, com redução significativa na pressão arterial diastólica.

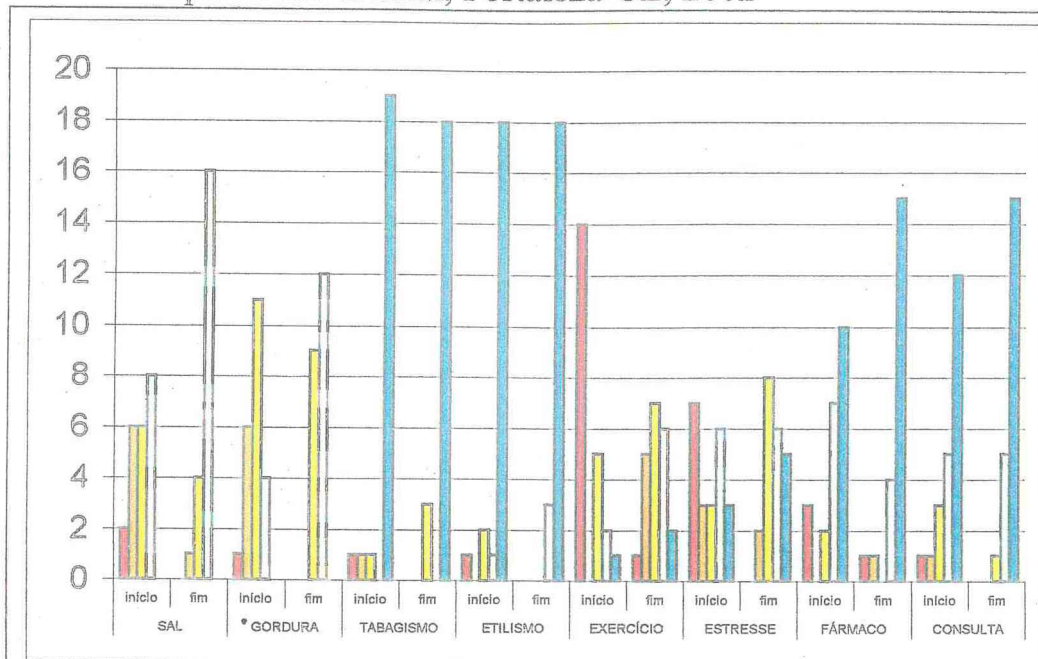
A atenuação das dificuldades econômicas da paciente se deu porque o filho conseguiu emprego e o parto da nora foi agendado, transcorrendo tranqüilamente e trazendo para ela outra neta.

Como o oferecimento do programa terapêutico personalizado considerou o contexto no qual a paciente estava inserida, aumentou a adesão ao tratamento. Uma das mudanças principais foi que passou a ter mais autoconfiança e a acreditar mais na capacidade da paciente de resolver os próprios problemas. Coisas que antes a estressavam passaram a ter menos influência negativa, o que foi muito positivo. A qualidade de vida da família como um todo melhorou e eles foram orientados a gerir esse processo e a se preparar para buscar coisas ainda melhores. Assim, o filho foi esclarecido quanto à necessidade de obter maior escolaridade, pois isso poderia propiciar novas oportunidades no mercado de trabalho.

Finalmente, apresentados os sistemas pessoal, interpessoal e social dos pacientes e descritas interação, diagnósticos, metas traçadas, exploração e viabilização de meios para seu alcance, mostraremos a evolução consolidada do alcance de metas dos participantes com a implementação da tecnologia de cuidado, destacando suas adesões iniciais e finais ao tratamento.

3.4.3 Avaliação consolidada do alcance de metas decorrente da implementação da tecnologia de cuidado

Gráfico 1 – Pacientes segundo adesão inicial e final ao tratamento da hipertensão arterial, Fortaleza-CE, 2002



LEGENDA

CONSUMO ADEQUADO DE SAL	1	Refere claramente que consome sal sem moderação. Considera isto como sem importância.
	2	Refere claramente que consome sal sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
	3	Refere claramente que consome muito sal, mas diz que quer diminuir e não consegue.
	4	Refere que às vezes consome uma quantidade maior de sal, mas é raro.
CONSUMO ADEQUADO DE GORDURA	1	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao sal.
	2	Refere claramente que consome gordura, sem moderação e conta isto como sem importância.
	3	Refere claramente que consome gordura, sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
	4	Refere claramente que consome muita gordura, mas diz que quer diminuir e não consegue.
ABSTINÊNCIA DO FUMO	1	Refere que às vezes consome mais gordura, mas é raro.
	2	Afirma ter cuidado extremo com a restrição a gordura.
	3	Refere claramente que fuma, em excesso, e narra isto como sem importância.
	4	Refere claramente que fuma, sem excessos, mas diz saber que faz mal.
AUSÊNCIA DE INGESTA ALCOÓLICA	1	Refere claramente que fuma, mas diz que quer diminuir e não consegue.
	2	Refere que às vezes fuma, mas é raro.
	3	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao fumo.
	4	Refere claramente que é etilista, sem moderação, e relata isto como sem importância.
PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	1	Refere claramente que é etilista, sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
	2	Refere claramente que é etilista, mas diz que quer diminuir e não consegue.
	3	Refere que às vezes bebe, mas é raro.
	4	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao álcool.
ENFRENTAMENTO EFICAZ DO ESTRESSE	1	Refere claramente que é sedentário e conta isto como sem importância.
	2	Refere claramente que é sedentário, mas diz saber que faz mal.
	3	Refere claramente que é sedentário, mas diz que quer modificar o comportamento e não consegue.
	4	Refere que às vezes é sedentário, mas é raro.
USO ADEQUADO DO FÁRMACO	1	Afirma ter cuidado extremo com o sedentarismo.
	2	Refere claramente que se estressa com muita facilidade e menciona isto como sem importância.
	3	Refere claramente que se estressa com muita facilidade, mas diz saber que faz mal.
	4	Refere claramente que se estressa com facilidade. Diz que quer mudar o comportamento e não consegue.
COMPARECIMENTO ÀS CONSULTAS	1	Refere que às vezes se estressa, mas é raro.
	2	Afirma ter cuidado extremo com o estresse.
	3	Refere claramente que não toma o medicamento e se reporta a isto como sem importância.
	4	Refere claramente que não toma o medicamento, só quando a pressão sobe.
	1	Refere claramente que tem dificuldade em tomar o fármaco corretamente pelos seus efeitos colaterais.
	2	Refere que às vezes esquece de tomar o remédio, mas é raro.
	3	Afirma ter cuidado extremo com o horário e forma de tomar os medicamentos.
	4	Refere claramente que vai à consulta somente quando passa muito mal.
	1	Refere claramente que vai à consulta somente quando a pressão sobe.
	2	Refere claramente que falta às consultas, mas diz que quer modificar tal comportamento e não consegue.
	3	Refere que às vezes falta à consulta, mas é raro.
	4	Afirma ter cuidado extremo com o comparecimento às consultas.

Em todos os gráficos, para expressão dos comportamentos, adotamos o modelo em colunas coloridas, tomando como referência as cores vermelha, laranja, amarela, verde-clara e verde-escura. Quanto maior o número de colunas verde-escuras, maior o grau de adesão. E quanto maior o número de colunas vermelhas, menor o grau de adesão. A cor amarela foi adotada para traduzir o intervalo médio de adesão. Comportamentos limítrofes à adesão total receberam a cor verde-clara e limítrofes à não-adesão total a cor laranja.

Relembramos que um paciente foi a óbito durante o estudo e optamos por não excluir seus dados, apresentando a evolução (adesão final) daqueles disponíveis. Por esse motivo, alguns gráficos se referem a 21 pacientes e outros a 22, representando o total de participantes na adesão final.

No gráfico 1, observa-se a situação inicial e final de adesão encontrada quanto às variáveis: Consumo adequado de sal e de gordura, abstinência de fumo e álcool, prática regular de exercícios físicos, enfrentamento eficaz do estresse, uso adequado dos fármacos e comparecimento às consultas agendadas.

No comportamento inicial predominante no **consumo adequado de sal** e manifestado por oito pacientes, constatou-se referência ao fato de às vezes consumirem quantidade maior de sal, mas é raro. No entanto, existem seis pacientes no intervalo médio, seis com comportamentos limítrofes à não-adesão e dois participantes com não-adesão. Dessa forma, a maioria dos participantes do estudo já tem uma preocupação com a quantidade consumida de sal, insuficiente, porém, para manter o controle dos níveis pressóricos. Por isto, em todas as situações buscamos trabalhar com o grupo no intuito de evoluir em direção ao uso mais racional e menor do sal, especialmente porque os envolvidos tinham em comum a hipertensão arterial.

Ao final do estudo, o comportamento de adesão predominante foi o mesmo inicial, mas desta vez presente em mais oito pacientes, além de quatro no intervalo médio e um no limítrofe. Os indivíduos saíram de comportamentos de risco em direção a comportamentos de adesão. É tanto que, ao final do estudo, não houve mais pacientes com dificuldade extrema de seguimento terapêutico e o índice de adesão limítrofe aumentou em 100%. Para isto, contamos com apoio familiar no cotidiano do paciente e da equipe profissional ao reiterar recomendações quanto à utilização racional do sal.

Sabemos que, entre os fatores a contribuir para a elevação da pressão arterial, o sal é um fator ambiental que assume papel de destaque.

De acordo com Luna (1989), a prevalência de hipertensão primária numa população parece ser paralela ao consumo de sal naquela população, pois dietas hipossódicas têm relação com a redução da pressão arterial em um número apreciável de casos, levando ao raciocínio de que o sódio está ligado à elevação da pressão arterial. Guyton e Hall (1997) explicam que o defeito estaria no mecanismo de transporte de sódio através da membrana celular, mecanismo geneticamente determinado, o que classificaria as pessoas em sensíveis ao sal ou não, segundo predisposição genética. Como ainda não existem meios de determinar geneticamente os susceptíveis, o mais seguro é a utilização moderada do sal, e esta não deveria ultrapassar cinco gramas de cloreto de sódio por dia (LUNA, 1989). Além disso, a menor oferta de sal para uma população pode produzir apreciável queda da mortalidade (HEIMANN, AMODEO e NEGRÃO, 1997). Os atuais hábitos alimentares brasileiros, porém, contemplam um consumo de sal superior ao necessário.

O comportamento de adesão predominante quanto ao consumo adequado de **gordura** foi “refere claramente que consome muita gordura, mas diz que quer diminuir e não consegue”, com onze pacientes. Como consta no

gráfico e na sua legenda, seis pessoas mencionaram *consumo de gordura, sem nenhuma moderação, mas disseram saber que faz mal*, quatro afirmaram que *às vezes consomem mais gordura, mas é raro* e um disse *claramente que consome gordura, sem moderação e se referiu a isto como sem importância*. Vemos que, tanto no consumo adequado de sal quanto no de gordura, nenhum paciente se apresentou no extremo de adesão e que, em relação à gordura, a realidade mostrou-se pior, pois dezoito pacientes manifestaram comportamentos no intervalo médio de adesão e nos de não-adesão, e isto é grave. Foi necessário, portanto, alertar os participantes para o fato de a gordura excessiva não ser um vilão menor que o sal no controle da hipertensão arterial e que o consumo de ambos precisa ser racional, pois contribui para a diminuição das cifras pressóricas.

Ao final do estudo, o comportamento de adesão predominante quanto à gordura foi *refere que às vezes consome mais gordura, mas é raro*, com doze pacientes, e nove no intervalo médio de adesão. Os participantes receberam orientação sobre propriedades de cada alimento e foi sugerida a diminuição do teor de gordura na dieta em virtude da sua influência no controle da hipertensão.

Uma dieta rica em gorduras pode aumentar as taxas de lípidos sanguíneos, contribuir no aumento do peso do indivíduo, além de propiciar deposição de gordura na luz dos vasos, dando origem a processos ateroscleróticos. Conforme Meltzer, Pinneo e Kitchell (2000), a doença que mais afeta as artérias coronárias é a aterosclerose, a ocorrer pela deposição em placas de substâncias gordurosas ao longo da túnica interna dos vasos, estreitando progressivamente sua luz. Este estreitamento, uma vez acentuado, faz decair o aporte do fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, diminui o oxigênio levado ao miocárdio, dando origem às doenças cardíacas coronarianas.

As gorduras animais estariam mais associadas à ocorrência de doenças cardíacas coronarianas (LUNA, 1989). Por outro lado, uma dieta de baixo valor calórico obrigará o organismo a recorrer às suas próprias reservas, e, no momento em que estas estiverem esgotadas, o indivíduo estará mais magro (NAHAS, 2001).

Em relação à abstinência do **tabagismo** e **alcoolismo**, a maioria dos participantes apresentou o comportamento de adesão *afirma ter cuidado extremo com a restrição ao fumo*, e de *ter cuidado extremo com a restrição ao álcool*, presente em dezenove e dezoito pacientes, respectivamente. Ainda assim, observamos comportamentos enquadrados nas colunas de não-adesão, limítrofe à não-adesão e intervalo médio de adesão referente ao fumo e ao álcool, acrescido este último de um paciente na faixa limítrofe de adesão.

Foi necessário reforçar a conscientização dos que já adotavam uma postura adequada e ajudar aos que não conseguiam seguir essa recomendação.

Ao final do estudo, as categorias predominantes foram *afirma ter cuidado extremo com a restrição ao fumo* e *ter cuidado extremo com a restrição ao álcool*, com dezoito pacientes cada uma, pois um dos pacientes foi a óbito. No tabagismo, os demais evoluíram para o intervalo médio de adesão e no etilismo para a faixa limítrofe de adesão.

Chamamos a atenção para o fato de o paciente que foi a óbito ter feito parte do grupo de dezenove pacientes que inicialmente apresentaram adesão à abstinência do tabagismo e, ao computarmos o total ao final do estudo, houve exclusão de sua participação.

O tabagismo pode acentuar o processo aterosclerótico, aumentando a pressão arterial, sendo considerado um dos mais importantes fatores de risco para a doença cardiovascular (O'BRIEN, BEEVERS e MARSHALL, 1996). O risco associado ao fumo parece ser maior em mulheres que em homens, e é

proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação (DIRETRIZES, 2002). O controle do tabagismo é essencial não somente à prevenção das doenças cardiovasculares, mas também à prevenção do câncer e de outras doenças crônicas pulmonares.

Referente ao álcool, a relação entre alto consumo de bebida alcoólica e elevação da pressão arterial é relatada em estudos observacionais e ensaios clínicos. Recomenda-se restringir seu consumo, ou pelo menos limitá-lo a 30 ml/dia de etanol para homens (o que corresponde a aproximadamente 720 ml de cerveja, ou 240 ml de vinho, ou 60 ml de bebida destilada) e à metade dessa quantidade para mulheres (DIRETRIZES, 2002).

Na avaliação de prática regular de **exercícios** físicos pelos participantes, os comportamentos predominantes foram de não-adesão, com quatorze pacientes referindo claramente *serem sedentários* e assumirem o fato como se isto *fosse sem importância*. Somente um paciente demonstrou inicialmente prática rotineira de exercícios, cinco referiram claramente *serem sedentários*, mas manifestaram *vontade de modificar tal comportamento*, mesmo que até o momento não o tenham conseguido, e dois referiram que *às vezes são sedentários, mas é raro*.

Os pacientes foram motivados à prática cotidiana do exercício ao conhecer seus benefícios, pois, como afirma Nahas (2001), apesar de todas as evidências científicas acumuladas, um grande número de pessoas ainda parece desinformado ou desinteressado nos efeitos a médio e longo prazos da prática regular de atividades físicas.

Foram, para tanto, encaminhados inicialmente à avaliação clínica e orientados sobre as condições em que os exercícios deveriam ser realizados. Seus benefícios envolvem a redução do fator de risco cardiovascular, temor contínuo dos pacientes com hipertensão.

O comportamento de adesão final predominante nesse item foi *refere claramente ser sedentário, mas diz querer modificar o comportamento e não consegue*, com sete pacientes. Houve redução da não-adesão de quatorze para um paciente e acréscimos no intervalo médio, limítrofe e extremo de adesão.

A literatura é enfática ao afirmar a necessidade do exercício físico para uma boa qualidade de vida, no entanto, devemos observar alguns princípios na prática de exercícios pelo paciente com hipertensão. Gallo Júnior, Castro e Maciel (1997) afirmam que a prática de atividade física regular tem sido proposta como um auxiliar valioso no controle da hipertensão leve e moderada. No entanto, o exercício proposto deve ser do tipo dinâmico, envolvendo grandes grupos musculares, sendo realizado numa intensidade de leve a moderada, com frequência de, no mínimo, três vezes por semana, com duração entre 30 e 60 minutos e intensidade delimitada entre 40 e 70% da frequência cardíaca máxima, privilegiando-se atividades como corrida, ciclismo e natação. A caminhada deve ser realizada em períodos mais longos e frequentes (cinco a sete vezes por semana). Os pacientes com hipertensão podem se beneficiar do exercício, desde que sejam avaliados e acompanhados. No estudo, todos os pacientes submeteram-se a avaliação clínica antes de iniciar o programa de exercícios.

O comportamento de adesão predominante no enfrentamento eficaz do estresse, manifestado por sete pacientes, foi *refere claramente se estressar com muita facilidade e menciona isto como sem importância*. Entre as seis pessoas que apresentaram comportamentos no intervalo médio e limítrofe de não-adesão, observamos que três referiram se estressarem com muita facilidade, mesmo sabendo que o estresse faz mal, enquanto os outros três ressaltaram desejo de modificar o comportamento, sem sucesso. Dos nove pacientes com comportamentos de adesão ou próximos à adesão total, seis

referiram que só se estressam raramente e três afirmaram ter cuidado extremo com o estresse.

Profissionais de saúde, familiares e amigos tentaram compreender os aspectos psicológicos envolvidos no estresse e contribuir para o paciente adotar um novo estilo de vida, que incluía técnicas adequadas de controle do estresse e modos prazerosos de lidar com seus sentimentos e sua vida.

O comportamento de adesão final predominante foi *refere claramente que se estressa com facilidade, mas diz que quer modificar o comportamento e não consegue*, com oito pacientes. Onze pacientes ficaram na faixa limítrofe e extrema de adesão e somente dois permaneceram na faixa limítrofe de não-adesão, revelando grande salto no controle dessa variável.

O estresse é uma característica fisiológica humana de resposta às situações cotidianas, mas pode ser prejudicial quando em excesso. Apesar do desenvolvimento de medidas mais precisas de avaliá-lo, observamos um caráter subjetivo, relacionado com a sensação de estresse. Isto é, situações cotidianas podem ser consideradas estressantes por algumas pessoas e não por outras. Ou mesmo, a depender das condições das pessoas, um evento pode ser estressante em um momento e não em outro. No estudo, buscamos avaliar o estresse dentro da subjetividade de cada informante, sem levar em conta os eventos a ele relacionados. O estresse estimula o sistema nervoso autônomo simpático, causando uma liberação de catecolaminas na fenda sináptica, o que produzirá constrição dos vasos sanguíneos e aumento da resistência vascular periférica. Ocorre também aumento do débito cardíaco com cronotropismo positivo. A associação desses fatores pode gerar elevação da pressão arterial.

Lipp e Rocha (1997) propõem um modelo de controle do estresse que envolve várias etapas com vistas a ensinar o paciente com hipertensão a reconhecer suas fontes externas e internas de estresse, além de fornecer-lhe

estratégias para eliminar as fontes de estresse possíveis de serem eliminadas e lidar com aquelas inevitáveis.

Outro fator estudado no grupo acompanhado foi o comportamento de adesão quanto ao hábito de **uso adequado dos fármacos**. No início do estudo, a situação de adesão mais observada foi *afirma ter cuidado extremo com o horário e forma de tomar os medicamentos*, com dez pacientes. Sete pessoas referiram que *às vezes esquecem de tomar o medicamento, mas é raro*, duas permaneceram no intervalo médio de adesão e três referiram *claramente não tomar o medicamento, citando isto como sem importância*.

A situação final de adesão mais observada no hábito de tomar a medicação dos pacientes continuou sendo a mesma do início, mas desta vez manifestada por mais cinco pacientes, passando de dez para quinze pessoas. Quatro participantes ficaram na faixa limítrofe de adesão. Um permaneceu no extremo e outro no limite de não-adesão.

Em termos percentuais, não foi ruim a adesão ao tratamento farmacológico, porém observamos dificuldades individuais e permanência de indivíduos em faixas de risco. As diretrizes para o tratamento da hipertensão arterial estabelecem seu tratamento da seguinte forma (DIRETRIZES, 2002):

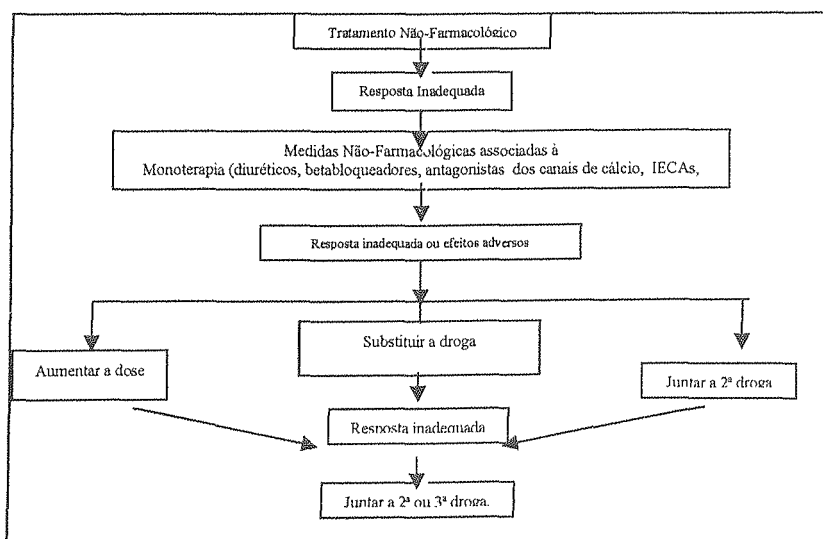


Figura 9 – Tratamento da hipertensão arterial (DIRETRIZES, 2002)

A decisão terapêutica (adoção do tratamento farmacológico ou não) é baseada nos fatores de risco e nos níveis de pressão arterial. Os primeiros são classificados em: RISCO A – sem fatores de risco e sem lesões em órgãos-alvo; RISCO B – presença de fatores de risco, não incluindo diabetes mellitus, e sem lesões em órgãos-alvo; e RISCO C – presença de lesões em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes mellitus. Os níveis de pressão arterial e a conduta terapêutica são classificados conforme se vê na figura 10:

PRESSÃO ARTERIAL (em mmHg)		PRESSÃO DIASTÓLICA	PRESSÃO SISTÓLICA	RISCO		
				A	B	C
PRESSÃO NORMAL/ LIMÍTROFE	ÓTIMA	< 80	< 120	-	-	-
	NORMAL	< 85	< 130	-	-	-
	LIMÍTROFE	85-89	130-139	MEV	MEV	MEV ¹
HIPERTENSÃO	ESTÁGIO 1 - LEVE	90-99	140-159	MEV (até 12 m)	MEV ² (até 6 m)	TM
	ESTÁGIO 2 - MODERADA	100-109	160-179	TM	TM	TM
	ESTÁGIO 3 - GRAVE	≥ 110	≥ 180			
	SISTÓLICA ISOLADA	< 90	≥ 140			

Figura 10 – Decisão terapêutica baseada na estratificação de risco e níveis de pressão (DIRETRIZES, 2002).

MEV = Mudança do Estilo de Vida e TM = Terapia Medicamentosa

Obs.: 1 Neste caso, implementar também a TM se insuficiência cardíaca, renal crônica ou diabetes.

2 Nessa situação, adotar também a TM se múltiplos fatores de risco.

Em muitos casos a utilização de fármacos no tratamento é imprescindível, mesmo após as modificações do estilo de vida. A doença tem avanço silencioso e gera diversas lesões em órgãos vitais como vasos, rins, cérebro e coração, o que justifica a importância da adesão ao tratamento farmacológico. Há vários grupos de drogas que podem ser utilizados atualmente (DIRETRIZES, 2002):

- Diuréticos, que são substâncias a atuar no rim, aumentando o fluxo urinário.
- Bloqueadores Alfa Adrenérgicos, que atuam no bloqueio alfa pós-sináptico, levando à vasodilatação venosa e arteriolar.

- Bloqueadores Beta Adrenérgicos, que reduzem o tônus simpático por menor liberação de noradrenalina na fenda sináptica.
- Simpatolíticos de Ação Central, que causam vasodilatação por diminuição do efluxo simpático para a musculatura lisa dos vasos por bloqueio no Sistema Nervoso Central.
- Bloqueadores de Canais de Cálcio, que causam bloqueio competitivo dos canais de cálcio, diminuindo o influxo deste para a célula e, assim, a contratilidade.
- Vasodilatadores Diretos, que causam relaxamento dos vasos e queda da pressão arterial.
- Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA), que inibem a enzima conversora da angiotensina I, retardando a formação da angiotensina II e diminuindo a secreção de aldosterona.
- Bloqueadores AT1, que bloqueiam os receptores AT1 da angiotensina II, inibindo a ação do eixo da renina. Seus efeitos são similares aos dos inibidores da ECA, com a vantagem de atuar sobre o ponto final do eixo renina angiotensina.

Existem também novas drogas em pesquisa para a hipertensão arterial, no entanto, segundo Luna (1989), não deve haver pressa em tratar a hipertensão com drogas, devendo-se insistir no cumprimento do tratamento não-farmacológico. Porém, conforme estudos indicam, a adesão de pacientes com hipertensão arterial é menor no cumprimento do tratamento não-farmacológico do que na adoção farmacológica (PITERMAN, 1996). Entretanto, no presente estudo, essa afirmativa não foi confirmada.

Os fármacos, como todas as drogas inseridas no organismo, não criam funções fisiológicas novas, mas alteram as já existentes. Além disso, a

utilização contínua de fármacos pode desenvolver efeitos colaterais diversos, o que não ocorre no tratamento não-farmacológico.

No estudo, observamos a facilidade com que os pacientes eram logo encaminhados ao tratamento farmacológico associado ao não-farmacológico, talvez em virtude de terem eles apresentado no início do tratamento níveis elevados de pressão arterial, com lesões em órgãos-alvo, ou por ser mais fácil a abordagem farmacológica ao profissional.

Foi necessário orientar os pacientes quanto ao cumprimento do tratamento não-medicamentoso e quanto à tomada racional de medicamentos. Ao mesmo tempo, foi essencial sensibilizar os profissionais para o desenvolvimento de abordagem e acompanhamento mais criteriosos, enfatizando a reavaliação dos pacientes em tratamento farmacológico, com vistas à diminuição da administração medicamentosa quando possível.

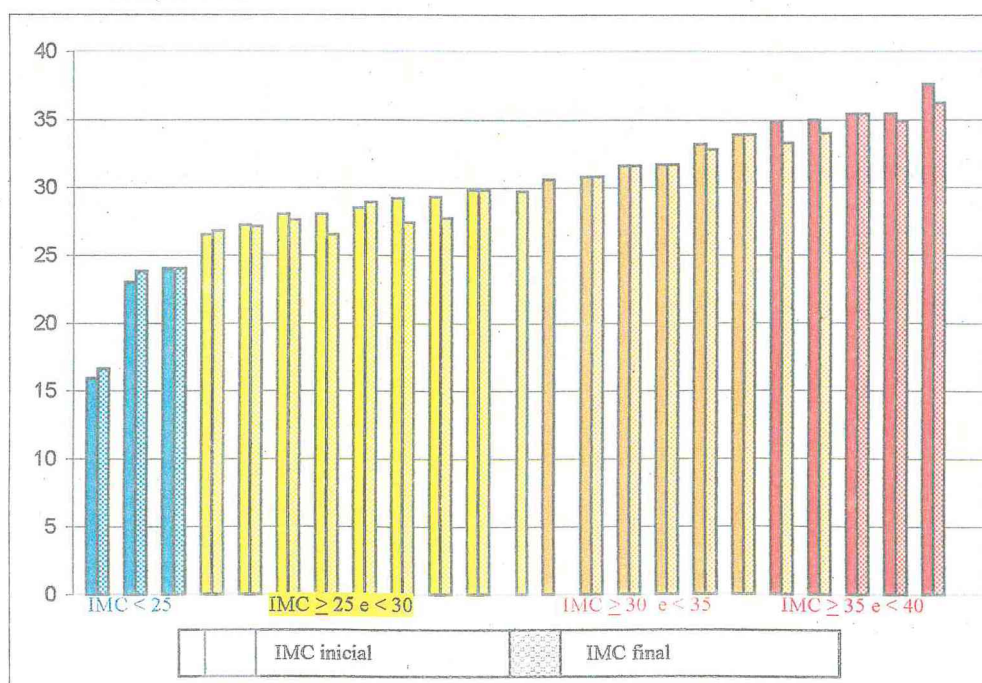
Na avaliação dos participantes sobre o comparecimento às **consultas** agendadas, a maioria afirmou *ter cuidado extremo com o comparecimento*, com doze pacientes. Cinco ficaram no limite de adesão, três no intervalo médio, somente um na faixa limítrofe de não-adesão e outro com o comportamento *refere claramente que vai à consulta somente quando passa muito mal*. Assim, dezessete dos 22 pacientes encontravam-se nos limites superiores de adesão no início do estudo, a denotar que a consulta era valorizada.

Ao final do estudo, vinte pacientes se encontraram nos limites superiores e um no intervalo médio de adesão quanto ao comparecimento às consultas, o que nos diz do interesse do paciente em ter sua hipertensão controlada, porém não garante por si só que os pacientes estejam seguindo as medidas preconizadas ou tomando os medicamentos prescritos (LUNA, 1989).

A dimensão interpessoal do cuidado envolve comunicação, requer confiança, compartilhamento, conforto, demonstração de afeto, solidariedade, carinho, paciência para com o outro, satisfação, sinceridade, sensibilidade e comprometimento com o cuidado, como afirma Maia (1998), distinguindo a relação enfermeira/paciente de outras relações interpessoais pelo compromisso com o cuidar, com o alcançar uma meta de melhoria da saúde, com vistas ao maior desenvolvimento das potencialidades do indivíduo.

O paciente ao ir à consulta revela querer se tratar, mas nem sempre consegue fazê-lo, uma vez que tem dificuldades de adesão. Os motivos são vários, conforme já discutido. No entanto, a abordagem peculiar, diferenciada e próxima ao contexto pessoal, interpessoal e social do paciente é necessária para propiciar o aumento da adesão de pacientes a tratamentos crônicos. Os fatores relacionados, embora tenham uma base comum, apresentam-se diferentes em cada paciente e tais diferenças não podem ser descartadas pelo profissional de saúde.

Gráfico 2 – Pacientes segundo Índice de Massa Corpórea (IMC), Fortaleza-CE, 2002



Quanto ao Índice de Massa Corpórea (IMC), o qual é obtido dividindo-se o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros, Brasil (2001) traz a seguinte relação entre obesidade e risco de co-morbidade, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998.

Quadro 2 – Relação entre obesidade e risco de co-morbidade, Organização Mundial da Saúde, 1998

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

Conforme mostra o gráfico 2, um paciente apresentou baixo peso, dois apresentaram peso normal e baixo risco de co-morbidades, oito estavam com sobrepeso, indicando risco pouco aumentado de co-morbidades, seis pacientes estavam na classe obeso I, com risco moderado de co-morbidades e cinco na classe de obeso II, apresentando grave risco de co-morbidades.

Assim, dezenove dos 22 pacientes mostraram sobrepeso ou obesidade. Hipertensão arterial e obesidade (especialmente a central, com acúmulo de gordura visceral), freqüentemente associadas à dislipidemia e à intolerância à glicose, compõem a síndrome plurimetabólica, cujas características são resistência à insulina e hiperinsulinemia. A redução do excesso de peso em pelo menos 5%, restrição de sódio e a prática de atividade física regular são fundamentais para o controle pressórico, além de atuarem de forma benéfica sobre a tolerância à glicose e o perfil lipídico (DIRETRIZES, 2002).

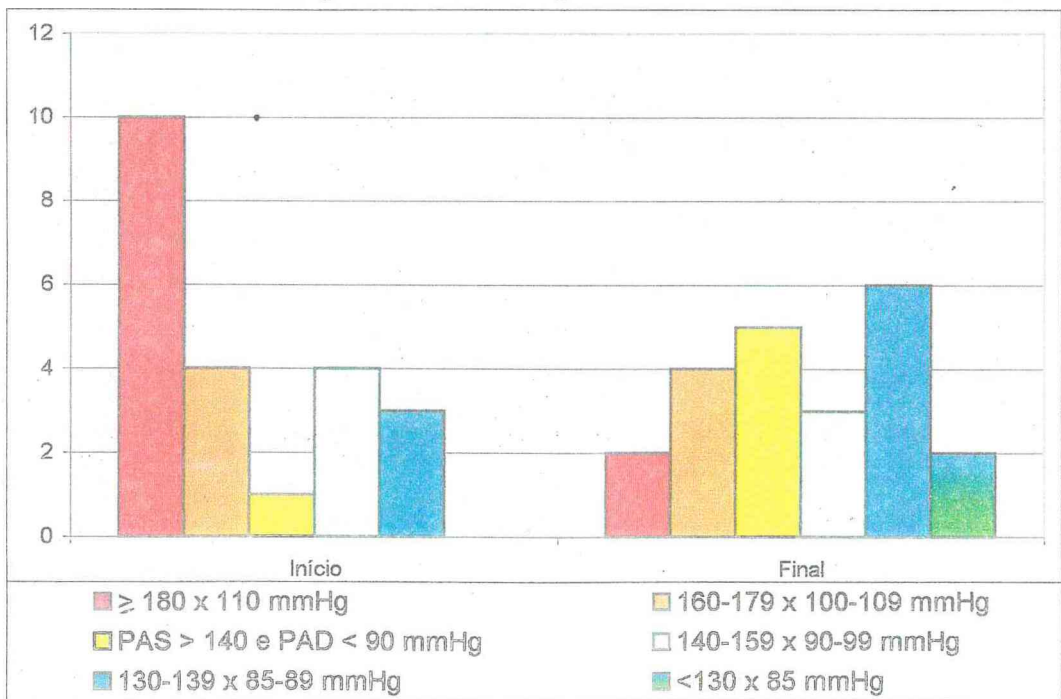
Na avaliação final, a categoria predominante esteve compreendida no intervalo Índice de Massa Corpórea maior que 30 kg/m². Onze pessoas reduziram seu IMC, seis permaneceram com o mesmo IMC e quatro aumentaram de peso. Destas, uma estava desnutrida e pediu ajuda para

engordar e um senhor também pediu ajuda para engordar um pouco. No entanto, o paciente que foi a óbito era o de maior IMC.

A diminuição de um quilograma de peso corporal reduz a pressão arterial de 2 a 3 mmHg (LUNA, 1989). Vale lembrar que o exercício físico associado a uma dieta adequada pode contribuir para a redução do IMC e melhor controle dos níveis pressóricos.

Os pacientes necessitam ser alertados para esta realidade, devendo se considerar suas preferências e possibilidades de aquisição no estabelecimento da dieta e a adequação de exercícios a serem desenvolvidos.

Gráfico 3 – Pacientes segundo cifras de pressão arterial, Fortaleza-CE, 2002



Os intervalos de valores da pressão arterial foram construídos segundo as recomendações dos especialistas da área (DIRETRIZES, 2002).

Como indica o gráfico 3, no início do estudo, nenhum dos pacientes apresentou valores dentro da faixa de normalidade (<130x85 mmHg) de pressão arterial, três estavam na faixa normal limítrofe considerada como 130-139x85-89 mmHg, quatro tiveram valores de pressão compreendidos

entre 140-159x90-99 mmHg, um apresentou elevação acentuada (>140) de pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) <90 mmHg, quatro apresentaram valores entre 160-179x100-109 mmHg e dez estavam com valores de $\geq 180 \times 110$ mmHg. No caso do paciente que foi a óbito, sua pressão arterial era 200x130 mmHg no início e 165x112 mmHg em nossa última consulta.

Esta realidade é muito grave, principalmente se considerarmos serem pacientes em tratamento farmacológico e não-farmacológico e atendidos por uma equipe de profissionais preparada para acompanhá-los.

A hipertensão apresenta elevado custo médico-social, principalmente por sua influência em complicações como: doenças cerebrovasculares, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (DIRETRIZES, 2002). Os indivíduos precisam ser levados a comportamentos de adesão e devemos incentivar o aprimoramento de programas comunitários, desafios principais das políticas de saúde que visam o controle da hipertensão arterial no país.

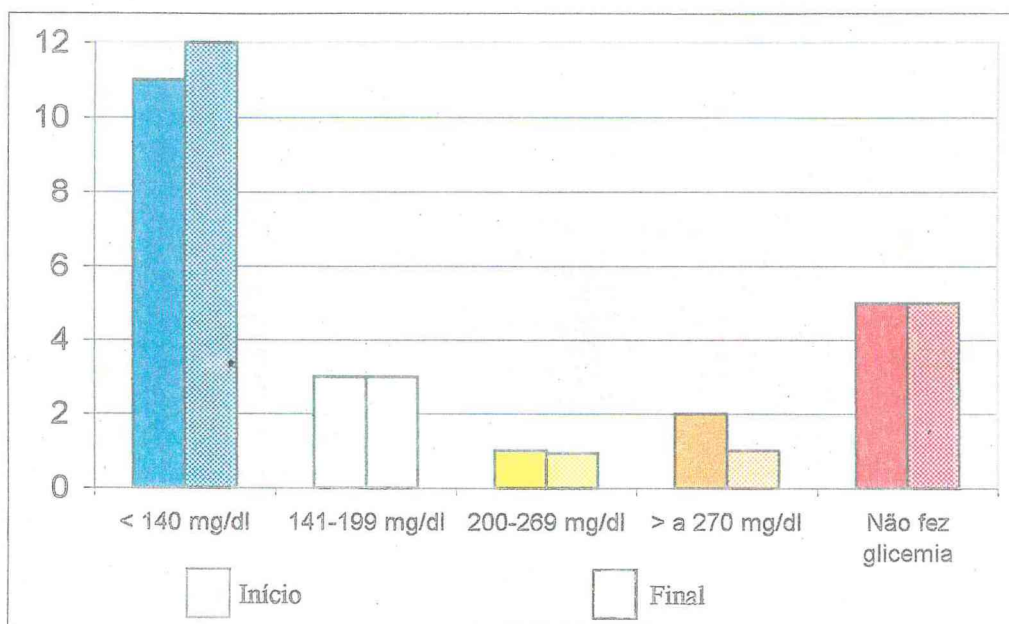
Ao final do estudo, dois participantes estavam com valores de pressão normal, seis estavam na faixa de adesão ($\geq 130-139 \times 85-89$ mmHg), três no limiar de adesão (140-159x90-99 mmHg), cinco no intervalo médio (PAS >140 e PAD <90 mmHg), quatro no limiar de não-adesão (160-179x100-109 mmHg) e dois no seu extremo ($\geq 180 \times 110$ mmHg).

Percebemos quase uma oposição à situação inicial, o que significa um ganho incalculável para esses pacientes e comprova a validade da implementação da tecnologia de cuidado pautada no cunho interacionista. Essa redução dos valores de pressão arterial representa a maior comprovação do nosso pressuposto porque observamos nitidamente não somente o aumento da adesão ao tratamento com a implementação da tecnologia de cuidado, mas

a eficácia das ações de adesão e sua visualização concreta na redução dos níveis pressóricos e no controle da hipertensão arterial.

Além das variáveis inicialmente determinadas, ao longo do estudo resolvemos também considerar os dados referentes à glicemia e à circunferência abdominal e de quadril.

Gráfico 4 – Pacientes segundo glicemia capilar pós-prandial, Fortaleza-CE, 2002



A maioria dos pacientes tinha glicemia controlada no início (11) e ao final (12) do estudo. Cinco pessoas não mensuraram glicemia capilar pós-prandial, os quatro pacientes com maior dificuldade de adesão no estudo e o que foi a óbito. A paciente Maria Alice diminuiu seu valor de glicemia de 314 para 166 mg/dl e Maria do Carmo deixou de ter picos hiperglicêmicos, além de outras diminuições sem mudanças de intervalo de adesão.

A verificação da glicemia capilar não era meta inicial do estudo, mas mostrou-se necessária ao longo deste porque alguns pacientes referiram diabetes e a unidade de saúde não dispunha no momento de material para sua verificação. Além disso, é conhecida a associação entre hipertensão e diabetes, tornando importante o controle da glicemia (DIRETRIZES, 2002).

Quadro 3 – Pacientes segundo circunferência abdominal e de quadril, Fortaleza-CE, 2002

PACIENTE	CINTURA INICIAL cm	CINTURA FINAL cm	QUADRIL FINAL cm	RELAÇÃO FINAL CINTURA/QUADRIL
1	113	-	-	-
2	100	99	105	0,94
3	114	110	115	0,96
4	110	110	112	0,98
5	59	69	78	0,88
6	102	102	103	0,99
7	99	98	107	0,92
8	101	101	102	0,99
9	108	108	109	0,99
10	91	85	108	0,79
11	97	97	104	0,93
12	110	110	111	0,99
13	95	93	97	0,96
14	119	119	118	1,008
15	100	100	106	0,94
16	115	115	112	1,03
17	105	105	117	0,90
18	103	103	102	1,009
19	118	117	113	1,04
20	98	98	102	0,96
21	107	106	111	0,95
22	93	90	94	0,96

Mensurar a circunferência abdominal não era meta inicial do estudo, mas foi inserida em seu decorrer pela associação relatada entre complicações cardíacas e essa variável (DIRETRIZES, 2002).

Segundo observamos no quadro 3, no início, sete pacientes tinham circunferência abdominal menor que 100 cm, dez tinham entre 100-110 cm e cinco entre 111-120 cm. Ao final, oito pessoas tinham circunferência abdominal menor que 100 cm, havendo diminuição dessa em seis pacientes, com reduções de 118 para 117 cm; de 107 para 106 cm; de 99 para 98 cm; de 93 para 90 cm; de 95 para 93 cm; e de 91 cm para 85 cm. Como não mensuramos a circunferência do quadril inicialmente, foi impossibilitado o cálculo da relação cintura/quadril inicial e sua comparação com valores finais. Ainda assim, observamos valores elevados na variável cintura/quadril ao final do estudo, se compararmos com a classificação de riscos.

Vale salientar que a *Circunferência da Cintura* é mensurada com uma fita métrica, que afere a circunferência do abdômen na altura do umbigo, coletando a medida em centímetros e que se deve ter cuidado para que a fita fique bem posicionada, sem dobras e alinhada horizontalmente, não devendo ser apertada, e sim somente colocada na barriga. Quanto à *Circunferência do Quadril*, essa também é medida com uma fita métrica, que afere a circunferência do quadril na altura da maior circunferência das nádegas, calculando a medida em centímetros e tendo cuidados semelhantes aos da mensuração da cintura. Vejamos a classificação de riscos considerando a relação cintura/quadril (RCQ):

Quadro 4 – Classificação de riscos considerando a relação cintura/quadril para homens e mulheres

IDADE	RISCOS PARA HOMENS			
	BAIXO	MODERADO	ALTO	MUITO ALTO
20 a 29 anos	< 0,83	0,83 A 0,88	0,89 A 0,94	> 0,94
30 a 39 anos	< 0,84	0,84 A 0,91	0,92 A 0,96	> 0,96
40 a 49 anos	< 0,88	0,88 A 0,95	0,96 A 1,00	> 1,00
50 a 59 anos	< 0,90	0,90 A 0,96	0,97 A 1,02	> 1,02
60 a 69 anos	< 0,91	0,91 A 0,98	0,99 A 1,03	> 1,03

IDADE	RISCOS PARA MULHERES			
	BAIXO	MODERADO	ALTO	MUITO ALTO
20 a 29 anos	< 0,71	0,71 A 0,77	0,78 A 0,82	> 0,82
30 a 39 anos	< 0,72	0,72 A 0,78	0,79 A 0,84	> 0,84
40 a 49 anos	< 0,73	0,73 A 0,79	0,80 A 0,87	> 0,87
50 a 59 anos	< 0,74	0,74 A 0,81	0,82 A 0,88	> 0,88
60 a 69 anos	< 0,76	0,76 A 0,83	0,84 A 0,90	> 0,90

Fonte: APPLIED BODY COMPOSITION ASSESSMENT, PÁGINA 82 ED. HUMAN KINETICS, 1996 adquirido em http://www.saudeemmovimento.com.br/saude/cintura_quadril.htm 12/1/2003-9:52 h

No geral, são considerados valores de referência de normalidade dessa variável: menor que 1 para homens e menor que 0,8 para mulheres.

Após apresentar a avaliação consolidada do alcance de metas, passaremos à avaliação da tecnologia de cuidado pelos pacientes e às reflexões finais.

3.4.4 Avaliação da tecnologia de cuidado pelos pacientes

A eficácia da tecnologia de cuidado implementada foi avaliada pelos participantes para fins de comprovação de seus resultados e limitações. Sua avaliação não se restringiu ao caráter fisiológico, sendo ampliada no aspecto subjetivo da percepção dos pacientes. Perguntamos a eles como se sentiam em relação ao seu cuidado ao final do estudo. Eis as respostas:

Eu estou melhor. Eu me acho melhor, graças a Deus. Com mais disposição, eu não me sinto mais constrangida, porque eu ficava nervosa (Maria Amélia).

Antes, fazia caminhada uma vez e parava. Agora, faço todo dia. A pesquisa mudou a minha vida. Eu adoro as palestras. Chego alegre em casa. No dia da reunião, de manhã eu já começo a pensar, chamo o Sr. João Pedro para vir. Aprendi mesmo. Fazer as caminhadas, eu sinto é saudade quando chove. Fico deitada no chão. Fico de frente para o espelho. Minha neta agora vai começar a ir comigo também (Maria do Socorro).

Acho que melhorei. Porque só em estar sendo assistida. A gente sabe que tem o problema, mas a gente não liga. Mas, sendo assistida, a gente já tem cuidado. Eu gosto deste programa. Minha mãe também. Ela comprou um tênis e está caminhando duas vezes por dia (Maria de Fátima).

Diminui o sal. Às vezes o comer está quase insosso. Melhorou, não quero é que acabe mais não. Onde é que eu falo para a senhora não sair daqui? A gente é bem tratado, então está bom. Fico só em casa, venho para cá e acho bom (João Pedro).

Ajudou bastante. Vivia muito triste, naquela solidão, venho pra cá conversar. Todo mundo que me conhecia diz que eu melhorei cem por cento e eu mesma acho, me acho muito bem (Maria Aparecida).

Como vemos, a avaliação da tecnologia de cuidado pelos pacientes mostrou-se positiva. Seu enfoque interativo propiciou facilidades para o alcance de metas pelos participantes. Observamos que a situação atual do tratamento da hipertensão arterial deve considerar valores e crenças pessoais, ajuda familiar, fatores relacionados ao serviço de saúde, relação paciente/profissional e meios disponíveis na comunidade.

A continuidade dessa assistência foi reforçada pela participação dos profissionais no estudo, especialmente das enfermeiras da unidade de saúde no decorrer do estudo. A nosso ver, a atuação da enfermeira e demais profissionais de saúde é capaz de levar o indivíduo a melhorar sua adesão ao tratamento, contanto sejam avaliados os fatores que contribuem para a não-adesão em cada paciente, de forma individual, personalizada, enfatizando a contribuição familiar no tratamento e desenvolvendo uma consulta pautada, sobretudo, na interação.

Após a avaliação da tecnologia de cuidado pelos participantes, temos que o alcance de metas foi demonstrado não somente na subjetividade percebida por cada paciente, mas também na avaliação individual de cada caso apresentado e na consolidação dos dados.

Todo esse processo de análise foi permeado de um intenso crescimento interior, pelo que passaremos a expor algumas reflexões.

3.5 Reflexões sobre a Tecnologia de Cuidado Desenvolvida

Segundo afirma Nietzsche (2000), as pessoas que desejam, expressando uma consciência crítica e ética, utilizar proposições tecnológicas emancipatórias em sua prática, necessariamente passarão por um processo de reflexão sobre seu lugar no mundo, sua história, sua condição, como profissional e cidadão, para que elas não transformem sua identidade, mas, sim, se constituam em meios para se envolver efetivamente na construção de sua utopia social, estética e espiritual.

Percebemos que, para a eficácia da tecnologia de cuidado junto do paciente, é necessário haver um encontro entre *disease* (o significado que o profissional de saúde dá à doença, na sua percepção técnica), *illness* (como o paciente e os membros de sua família ou meio social percebem, convivem e

respondem à doença e seus sintomas) e *sickness* (a dimensão social da doença) (KLEINAMAN, 1988). Este encontro não é fácil de se alcançar e preconiza invariavelmente o estabelecimento da relação paciente/família/comunidade/equipe de saúde pautada na interação humana, conforme preconizado por King (1981). A autora afirma que a partir da percepção da enfermeira e do paciente, de seus julgamentos e ações, há a reação de um ao outro, propiciando a interação contínua e conseqüente transação, que gera o alcance de metas (KING, 1981). Esse processo pode ser visualizado a seguir.

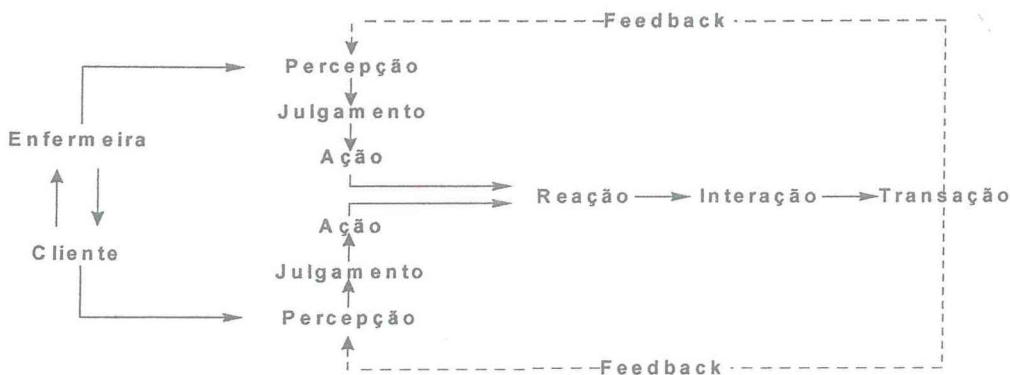


Figura 11 – Processo de interação humana enfermeira/paciente (KING, 1981, p.145)

No dia-a-dia da unidade de saúde, observamos a dificuldade de interação entre profissional de saúde/paciente. Com a implementação da tecnologia de cuidado foi possível melhorar as relações interpessoais, o que acreditamos ter colaborado bastante para o alcance de metas, reduzindo a impessoalidade do programa terapêutico antes desenvolvido.

Conforme percebemos, o cuidar fundamenta-se na visão de mundo de cada um, de sua cultura pessoal e institucional e toma direcionamentos diferenciados, delineando as ações e percepções do outro como ser institucional. Cada paciente, família ou comunidade apreende valores, crenças, hábitos, costumes e idéias de maneira singular, a partir das formas de relacionamento. Eles orientam suas ações não em razão de uma realidade objetiva, mas tomando por base a percepção dos significados subjetivos e intersubjetivos atribuídos às experiências no desenrolar de sua história pessoal

e social (FRANCO et al., 1996). Assim, é necessário respeitar essa subjetividade. Além disso, mesmo sob a orientação da equipe de saúde, o paciente pode fazer uma escolha que a nosso ver não seria a mais indicada para sua saúde, mas é a sua escolha. Os profissionais de saúde devem estar preparados para aceitá-la, mesmo se esta não for condizente com suas expectativas.

Na opinião de Gelain (1992), ao estudar o significado do “êthos” e da consciência ética da enfermeira em suas relações de trabalho, a preocupação da enfermeira pelo paciente salienta mais sua condição de indefeso, dependente e submisso do que a de um cidadão questionador e lutador pelos seus direitos. Mas tal percepção vem mudando. Schneider et al. (1995) afirmam que a autonomia do indivíduo em relação ao seu próprio corpo tem sido objeto de debate no mundo, constituindo a recusa ao tratamento e o poder supremo, paternal e beneficente do profissional de saúde questões de debate bioético cada vez mais comuns entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. No Brasil, esta discussão vem ganhando corpo com a estruturação dos Comitês de Ética e o aperfeiçoamento destes nas pesquisas que envolvem seres humanos e com a defesa dos direitos do paciente. Entender até onde vai a intervenção profissional e os limites cerceadores da vontade do paciente é uma delicada missão a ser pautada no diálogo e respeito mútuo.

O paciente deve receber informações suficientes para fazer uma escolha esclarecida, ciente dos riscos corridos ao não adotar a conduta terapêutica indicada. Deve-se ter em mente que este momento deve ser de orientação e, até, de argumentação, mas nunca de ameaça ou terrorismo. Frases do tipo: “Se você não tomar o remédio, vai ter uma trombose” esclarecem pouco e afastam o paciente da terapêutica proposta pela formação de imagens mentais ruins, ou mesmo pela coerção. Além disso, mesmo havendo uma proposta terapêutica de base instituída, é necessário se abrir novas perspectivas de

tratamento, mantenedoras de parte da estrutura original, ou estabelecedoras de novos modelos. Não é aconselhável utilizar a mesma “receita pronta” para todas as pessoas, pois é preciso considerar as características do *self* e as peculiaridades dos sistemas interpessoal e social nos quais está inserido.

Salientamos que as longas filas de atendimento do SUS, a despersonalização das consultas médica e de enfermagem, a abordagem quantitativa do sistema de saúde vigente, a falta de remédios nos serviços públicos, os efeitos colaterais das poucas drogas oferecidas nestes, o não saber utilizar a estrutura assistencial hierárquica do SUS, levam o sistema de saúde a afastar boa parcela dos pacientes. Se aliarmos a isto o fato da recusa natural ao tratamento da hipertensão arterial, por se tratar de uma doença crônica, o problema é agravado. Assim, o profissional de saúde é o elo entre a instituição e o paciente, devendo agir com respeito à pessoa e explorar a viabilidade de outras ações institucionais.

No estudo, a participação da família contribuiu para o alcance das metas traçadas. Os familiares desempenham papel incontestável junto dos seus membros em tratamento de doenças crônicas. Por isso, a família já não pode ser vista apenas como a que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde, ela precisa ser ouvida (ELSEN, 1994). Ao se reconhecer que a família assume as responsabilidades pela saúde de seus membros, cumpre ouvi-la em suas dúvidas, considerar sua opinião e incentivar sua participação no processo profissional de cuidar, de forma que cada contato com os profissionais de saúde resulte em subsídios utilizados pela família na ampliação de seu referencial sobre o cuidar (MARCON e ELSSEN, 1999). Ainda conforme enfatiza Osório (1997), muitas são as variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas e religiosas que determinam as distintas composições das famílias, sendo necessário, portanto,

considerar essas variáveis no atendimento desta, pois a não observância de tais fatores pode comprometer o cuidado prestado.

Dessa maneira, pesquisar envolvendo a família é tarefa, embora não nova, mas que requer muito estudo por parte da enfermagem, porquanto, conforme Angelo (1999), a família como parte essencial para o cuidado de enfermagem parece ser algo inquestionável.

No cuidado de pacientes portadores de doenças crônicas mencionado, sua importância parece ser ainda maior. Por isso, no decorrer do estudo, desenvolvemos uma conceituação de família com paciente crônico, a qual exporemos a seguir: Família é um sistema social que, na ocorrência de doenças crônicas, pode sofrer limitações em seu estilo de vida, passando a apresentar baixo nível de funcionamento e perda de parte de sua habilidade de atendimento, além de alterações no seu padrão econômico. Tem como algumas de suas funções o acompanhamento do paciente à consulta, a participação nos esquemas terapêuticos e a indagação da adesão ao tratamento, em parceria com o profissional de saúde. Deve coordenar esforços no intuito de se reunir ao grupo espiritual e de trabalho do paciente, visando buscar sua aceitação da doença e adesão ao tratamento para melhoria das condições de saúde e obtenção de maior qualidade de vida. Apresenta como algumas de suas necessidades o alívio da ansiedade quanto à saúde do membro familiar, a captação de informações precisas em relação à situação atual do paciente e prognóstico, a proximidade do membro familiar afetado, o conhecimento da doença e tratamento e o apoio manifestado pelos profissionais de saúde, amigos e comunidade (MOREIRA, ARAUJO e PAGLIUCA, 2001).

À enfermeira cabe, portanto, a obrigação de envolver a família como elo no cuidado à saúde, porquanto a teoria, a prática e a pesquisa em

enfermagem evidenciam sua importância para a saúde e o bem-estar dos membros individuais, assim como sua influência nas concepções de saúde/doença (WRIGHT e LEAHEY, 2000). No estudo, acreditamos que boa parte dos êxitos alcançados se devem ao fato de trazer os membros familiares para auxiliar no cuidado, propiciando sua ampliação e facilitando a efetivação de recomendações no contexto vivenciado pelo paciente.

Tal ampliação é resultante da compreensão de um conceito de não-adesão mais amplo, no qual são considerados os aspectos políticos, sociais e éticos ligados ao tema. Sob esse aspecto, concordamos com Araújo (2002) ao referir que a adesão não se limita ao mero cumprimento de recomendações, mas demanda a participação ativa do paciente no tratamento, aumentando as possibilidades de incorporar em sua vida cotidiana os requisitos da terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa. Embora se deva considerar o portador de hipertensão como o foco central do processo, a ocorrência da adesão não depende somente dele; requer, também, o conjunto de elementos constituintes desse processo, ou seja, o conjunto paciente/profissional de saúde/sistema de saúde, incluindo-se, a nosso ver, a participação familiar.

CAPÍTULO 4

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A melhor maneira de realizar uma coisa é iniciá-la.

(Horácio Greeley)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de todo o exposto e após testar a tecnologia de cuidado ao paciente com dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão arterial com base nos pressupostos da Teoria de Alcance de Metas de King (1981), destacamos o seguinte:

1 Os fatores relacionados para a dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão foram identificados em cada paciente, sendo encontrados: déficit de conhecimento do paciente sobre sua doença e tratamento, desconfiança quanto à terapêutica e quanto a membros da equipe de saúde, percepção da gravidade da doença, conflitos de decisão pessoal e familiar em relação ao tratamento, conflito familiar, complexidade do regime terapêutico e do sistema de assistência à saúde, dificuldades econômicas, barreiras percebidas pelo paciente, padrões familiares ineficazes de cuidado de saúde, exigências excessivas feitas à família, impotência, alteração do estado de saúde de um membro da família e conseqüente troca dos papéis, estado de saúde do receptor de cuidados, atividades de cuidado nas 24 horas diárias, enfrentamento familiar marginal, exigências excessivas feitas ao indivíduo e família e oferecimento de um programa terapêutico impessoal.

2 Estipulamos, em interação com o paciente, metas a serem alcançadas no tratamento. Estas estiveram voltadas ao aumento da adesão pelo paciente e envolveram aspectos do tratamento farmacológico e não-farmacológico, como diminuição do sedentarismo, do consumo de sal e gordura, tomada correta dos medicamentos e comparecimento às consultas agendadas.

3 Averiguamos, dentro do contexto e visão pessoal, interpessoal e social, meios efetivos de favorecimento ao alcance da adesão ao tratamento da hipertensão. Esses meios foram os mais variados, indo desde a orientação do paciente e sua família sobre a doença e o tratamento até a resolução de conflitos familiares e na unidade de saúde, programação de cirurgias obstétricas, encaminhamento de pessoas para emprego, cursos, alfabetização de adultos, entre outros.

4 Desenvolvemos intervenções de enfermagem que otimizaram o alcance de metas relacionadas à melhoria da adesão terapêutica. O foco interacionista da teoria de King propiciou condições para a implementação dessas intervenções, considerando a participação pessoal, interpessoal e social no cuidado e o respeito às escolhas pessoais.

5 Avaliamos o alcance de metas decorrente da implementação da tecnologia de cuidado, comprovando-se sua interferência positiva no tratamento da hipertensão arterial. Quatro pacientes persistiram com comportamentos de não-adesão, embora tenham apresentado pequena melhoria. A nosso ver, a personalidade de dependência de duas dessas pacientes pode ser um dos motivos, pois a tecnologia desenvolvida considera exercer o paciente papel ativo no tratamento, o que não foi adequado às suas personalidades.

Por fim, consideramos que nosso pressuposto se confirmou, porquanto a adesão ao tratamento da hipertensão arterial foi favorecida pela enfermeira ao implementar uma tecnologia de cuidado interacionista, a qual possibilitou o envolvimento pessoal, interpessoal e social do paciente no tratamento. Essa comprovação é importante por propiciar, com a utilização da tecnologia, o planejamento e a implementação de ações de saúde mais próximas da percepção de tempo e espaço do paciente, e facilitar a eficácia das ações.

Ressaltamos, portanto, que a implementação da tecnologia de cuidado com base na abordagem sistêmica de King (1981) comprovou ter sido a ênfase das relações interpessoais enfermeira/paciente um dos fatores a propiciar decisivamente o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão pelos participantes, mesmo quando a resolução de problemas estruturais do serviço se mostrou inalterada, demonstrando claramente a necessidade de um cuidar integral, sistêmico e com ênfase interativa.

Com isso, a criação da própria tecnologia torna-se um feito do estudo. É necessário, no entanto, o desenvolvimento de outras estratégias aplicáveis a essa clientela, baseadas em outro enfoque que não o da pronta participação do paciente no cuidado, como forma de atender a quantos não obtiveram a esperada evolução com a implementação da tecnologia interacionista. Recomendamos sua utilização em outras unidades de saúde e junto de outras comunidades com características distintas para futuras comparações. Sugerimos, ainda, a criação de outras tecnologias a serem implementadas junto de pacientes com outras doenças crônicas.

No estudo, a evolução apresentada pela maioria dos pacientes foi notável. Eles reconheceram suas potencialidades e aprenderam a lidar com elas, exercendo maior controle sobre a doença. Também aumentaram sua afinidade e proximidade com os profissionais da unidade de saúde. Interessadas em dar continuidade à utilização da tecnologia na unidade de saúde, as enfermeiras foram envolvidas em todo o processo, e mais fortemente ao final do estudo, e conseqüentemente facilitaram o “desmame” dos pacientes. Pela proposta, esta proximidade deve ser estendida a todos os pacientes pelos quais a equipe é responsável, no que nos prontificamos a ajudar.

A equipe teve a possibilidade de participar e modificar sua prática. No intuito de iniciar esse processo e a pedido da chefia de enfermagem da unidade, desenvolvemos, em junho de 2002, uma oficina de reciclagem para auxiliares e técnicos de enfermagem, com a participação das enfermeiras da unidade. Nesta, discutiu-se a técnica de verificação da pressão arterial, conforme estabelecido pela American Heart Association (PERLOFF et al., 1993). Na ocasião, a funcionária responsável pelas medidas relatou que o ruído ambiental prejudicava a ausculta dos sons de Korotkoff. A chefia assumiu o compromisso de sanar o problema.

Outro aspecto a ser ressaltado foi o desenvolvimento de vários trabalhos com uma enfermeira da unidade, apresentados em eventos e publicados em anais, estando em fase de refinamento dos dados para encaminhamento a periódicos, objetivando publicação. Ressaltamos que essa enfermeira demonstrou maior interesse pelo estudo, inseriu-se em nosso projeto de pesquisa e foi aprovada recentemente na seleção para um curso de Mestrado em enfermagem. Também apresentamos trabalho com as outras enfermeiras da unidade em evento de pós-graduação local. A interação se estendeu aos demais profissionais no momento em que todos participaram do fechamento da fase de perscrutação do estudo, ocorrido em reunião na unidade à qual compareceram os sujeitos do estudo, agentes de saúde, enfermeiras, médicos, dentista e atendentes da unidade.

Outra contribuição do estudo se refere ao nosso próprio conhecimento, pois a característica de pesquisar e fazer, ir e vir da pesquisa convergente-assistencial propiciou amadurecimento em nossa vivência como enfermeira, docente e pesquisadora. Esse “amadurecer” nos fez aprimorar a percepção de que atuar junto de pessoas de mais idade nas quais a doença já se instalou há muitos anos, a exemplo da maior parte dos participantes, não é fácil. Às vezes, temos a sensação de haver chegado tarde demais, como no caso do

João Antônio, que foi a óbito durante o estudo. Além disso, como esperar que as pessoas mudem hábitos tão arraigados? Na nossa opinião, seria mais produtivo atuar desde cedo na propagação de um estilo de vida mais saudável. Dessa maneira, reiteramos a necessidade do delineamento de políticas de promoção à saúde junto das comunidades *borderlines* e, até mesmo, junto de indivíduos sadios: melhor seria sair do paradigma do tratar a doença e passar a preveni-la. Nesse sentido, estamos disponibilizando essas informações ao Secretário da Saúde do Estado, que demonstrou interesse pela adequação e ampliação aos objetivos do programa recomendado pelo Ministério da Saúde para controle da hipertensão.

Por fim, como a pesquisa é um caminho para constantes buscas, cumpre fazer uma pausa antes do delineamento de novos estudos. Nesse intervalo, citamos Petitat (1998) quando refere que a verdade científica institucionalizada é apenas uma verdade em meio a outras. O progresso significa o enunciamento de metaverdades e a construção de metainstituições, mas essa metafísica conduz a um impasse, pois nossas verdades subjetivas, intersubjetivas e estatístico-legais são ligadas a graus de universalidades e singularidades irreduzivelmente autônomos, a constituir nossa complexidade.



REFERÊNCIAS

Saber que se sabe o que se sabe, e saber que não se sabe o que não se sabe: eis a verdadeira ciência.

(Confúcio)

REFERÊNCIAS

- 1) ACKERMANN, M.L. et al. Imogene king: theory of goal attainment. In: MARRINER-TOMEY, A. Nursing theories and their work. 3th. ed. St. Louis: Mosby, 1994. cap. 20, p. 305-320.
- 2) ANGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. Família, saúde e desenvolvimento, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 7-14, jan./dez. 1999.
- 3) ARAÚJO, C.A.R. Aderência do cliente hipertenso: um estudo em uma instituição de saúde de referência estadual. 1999, 93 f. Dissertação (Mest. em Saúde Pública) Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 1999.
- 4) ARAÚJO, G.B.S. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise conceitual. 2002, 85f. Dissertação (Mest. em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2002.
- 5) ARAUJO, T.L.; MACIEL, I.C.F.; MACIEL, G.G.F.; SANTOS, Z.M.S. A. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. Rev. SOCESP, v. 8, n. 2, Supl. A, p.1-6, mar./abr. 1998.
- 6) ARAUJO, T.L. Hipertensão arterial: um problema de saúde coletiva e individual. In: DAMASCENO, M.M.C.; ARAUJO, T.L.; FERNANDES, A.F.C. Transtornos vitais no fim do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. p. 33-38.
- 7) BARNUM, B.J.S. Nursing theory: analysis, application, evaluation. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, 1998. 301 p.
- 8) BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: HUCITEC –ABRASCO, 1998. p.15-27.
- 9) BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, v. 4, n. 2 supl., p. 15-25, 1996.

- 10) BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Temática de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: protocolo. Brasília, 2001. 96 p.
- 11) BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Doenças cardiovasculares no Brasil. Brasília, 1993. 36p.
- 12) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Doenças Crônicas Degenerativas. Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. Brasília, 1988. 88p.
- 13) CADE, N.V. O processo psicossocial faz a diferença na compreensão e na educação para a saúde de pessoas com doenças crônicas. Cogitare Enferm., v. 3, n. 1, p. 57-60, jan./jun. 1998.
- 14) CAMPBELL, T.L. A influência da família na saúde. In: RAKEL, R.E. Tratado de medicina da família. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap. 3, p. 32-40.
- 15) CARPENITO, L.J. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880 p.
- 16) CEARÁ. Anuário estatístico do Ceará 94/95. Fortaleza, 1996.
- 17) CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Indicadores de saúde. Fortaleza, 1998.
- 18) CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3., 1998, Campos do Jordão. Anais... Campos do Jordão, 1998. 38 p.
- 19) COSTA, M.G. et al. Historiando o Pirambu. Fortaleza: Seriartes, 1995. 55 p.
- 20) DAL BELLO, I.T.R. Processo ensino-aprendizagem com alunos do curso de graduação em enfermagem com base na teoria do alcance dos objetivos de Imogene King. 2000. 179p. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2000. 179 p.
- 21) DAVISON, C.; FRANKEL, S.; SMITH, G.D. The limits of lifestyle: re-assessing “fatalism” in the popular culture of illness prevention. In: SIDELL, M.; JONES, L.; KATZ, J.; PEBERDY, A. Debates and dilemmas in promoting health: a reader. London: Macmillan, 1997.382 p.

- 22) DELLÁCQUA, M.C.Q. et al. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. Rev. Latinoam. Enfermagem, v. 5, n. 3, p. 43-48, jul. 1997.
- 23) DIÓZ, M.; OLIVEIRA, A.G.B. Teoria de alcance dos objetivos de Imogene King: análise crítica. Col. Enfermagem, FEN/UFMT, v. 1, n. 1, p. 215-225, jan./jun. 1999.
- 24) Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 4., 2002, Campos do Jordão, 40 p.
- 25) ELSÉN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSÉN, I. et al. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994. 196 p.
- 26) ELSÉN, I. et al. Um marco conceitual para o trabalho com famílias. Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1992. Mimeografado.
- 27) FARO, A.C.M. Aspectos teóricos sobre a família em um contexto histórico e social. Nursing, v. 3, n. 22, p. 26-28, mar. 2000.
- 28) FISHMAN, T. The 90-second intervention: a patient compliance mediated technique to improve and control hypertension. Public Health Rep., v. 110, n. 2, p.173-178, mar./abr. 1995.
- 29) FRANCO, M.C. et al. Construção epistemológica e cultural do cuidar em enfermagem. In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa - Livro, 1996. cap. 2, p. 26-55.
- 30) FRANÇA, I.S.X.; PAGLIUCA, L.M.F. Utilidade e significância social da teoria do alcance de metas de King. Rev. Bras. Enfermagem, v. 55, n. 1, p. 44-51, jan./fev. 2002.
- 31) FREY, M.A. Toward a theory of families, children, and chronic illness. In: FREY, M. A.; SIELOFF, C. L. Advancing King's systems framework and theory of nursing. London: Sage, 1995. cap. 9, p. 109-125.
- 32) FREY, M.A.; NORRIS, D. King's systems framework and theory in nursing practice. In: ALLIGOOD, M. R.; MARRINER-TOMEYY, A. Nursing theory: utilization e application. St. Louis: Mosby Year Book, 1997. chapt. 5, p. 71-88.
- 33) FREY, M.A.; SIELOFF, C.L. Advancing King's systems framework and theory of nursing. London: Sage, 1995. 361 p.

- 34) GALLO Jr., L.; CASTRO, R.B.P.; MACIEL, B.C. Exercício físico e hipertensão. In: AMODEO, C.; LIMA, E.G.; VASQUEZ, E.C. Hipertensão arterial. São Paulo: Sarvier, 1997. cap. 21, p. 175-186.
- 35) GARCIA, T. R. Cuidando de adolescentes grávidas solteiras. 1996. 241 p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1996.
- 36) GELAIN, I. Estudando o significado do “êthos” e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho. Acta Paul. Enfermagem, São Paulo, v. 5, n. 1/4, p. 14-25, jan./dez. 1992.
- 37) GEORGE, J.B. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000.
- 38) GRIM, C.M. et al. Avaliação, pela enfermagem, do paciente hipertenso. Clín. Enferm. Am. Norte, v. 5, n. 4, p. 333 – 349, 1995.
- 39) GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 26, n. 1, p. 75-86, mar. 1992.
- 40) GUERRA, E.M.D. Análise dos enfoques pedagógicos em ações de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros: estudo de caso. 2002. 244 p. Tese (Doutorado). Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2002.
- 41) _____. Recusa ao tratamento da hipertensão arterial: contribuições para o refinamento do diagnóstico. 1998. 142 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1998.
- 42) GUIDO, L.A. Acompanhamento ao cliente cirúrgico ambulatorial fundamentado em King: relato da experiência de aplicar um marco conceitual e propor uma assistência de enfermagem alicerçada na perspectiva da humanização. Rev. SOBECC, São Paulo, v.1, n. 1, p. 8-13, abr./jun.1996.
- 43) GUYTON, A.C.; HALL, J.E. Tratado de fisiologia médica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- 44) HEIMANN, J.C.; AMODEO, C.; NEGRÃO, C.E. Hipertensão arterial: abordagem não-farmacológica. In: AMODEO, C.; LIMA, E.G.; VASQUEZ, E.C. Hipertensão arterial. São Paulo: Sarvier, 1997. cap. 29, p. 239-247.

- 45) KING, I.M. A theory for nursing: systems, concepts, process. New York: Wiley, 1981. 181 p.
- 46) _____. A theory of goal attainment: philosophical and ethical implications. Nurs. Sci. Q., v. 12, n. 4, p. 292-298, Oct. 1999.
- 47) _____. King's theory of goal attainment. Nurs. Sci. Q., v.5, n.1, p. 180-185, 1992.
- 48) _____. King's theory of goal attainment in practice. Nurs. Sci. Q., v. 10, n. 4, p. 180-185, 1997.
- 49) KLEINAMAN, A. The illness narratives. New York: Basic Books, 1988, p. 1-29.
- 50) LEOPARDI, M.T. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Pallotti, 2001, 344 p.
- 51) LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1998. 284 p.
- 52) LIMA, F.E.T. A prática de autocuidado após a revascularização do miocárdio. 2002. 104 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2002.
- 53) LIMA, F.E.T.; ARAUJO, T.L.; MOREIRA, T.M.M. Aferição da pressão arterial: conhecimento teórico e prático de auxiliares e técnicos de enfermagem. Rev. RENE, v. 1, n. 2, p. 100-106, jul./dez. 2000a.
- 54) _____. Conhecimento dos auxiliares e técnicos de enfermagem quanto aos fatores relacionados à pressão arterial. Nursing, ano 3, n. 24, p. 18-23, maio 2000b.
- 55) LIMA, F.E.T.; LOPES, M.V.O.; ARAUJO, T.L. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. Família, saúde e desenvolvimento, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 63-69, jan./jun. 2001.
- 56) LIPP, M.; ROCHA, J.C. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso. São Paulo: Papirus, 1997, 130 p.
- 57) LITTLEJOHN, S.W. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1988. p. 162-252.

- 58) LOPES, M.J.M. A singularidade de um saber-fazer técnico e relacional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 50., 1998. Salvador. Anais... Salvador: ABEn-BA, 1999. p. 66-73.
- 59) LÓPEZ, M. A lógica e o raciocínio diagnóstico. In: LÓPEZ, M. O processo diagnóstico nas decisões clínicas: ciência, arte e ética. Rio de Janeiro: REVINTER, 2001. cap. 4, p. 27-40.
- 60) LUNA, R.L. Hipertensão arterial. São Paulo: MEDSI, 1989. 301p.
- 61) MACIEL, I.C.F. Fatores intervenientes na consulta de enfermagem a portadores de hipertensão arterial: contribuições para as intervenções de enfermagem. 2000. 170 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2000.
- 62) MAIA, A.R.C. Elementos e dimensões do cuidado na perspectiva de clientes ambulatoriais. Texto & Contexto Enferm., v. 7, n. 2, p. 133-150, maio/ago. 1998.
- 63) MARCON, S.S.; ELSEN, I. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família, Família, saúde e desenvolvimento, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 21-26, jan./dez. 1999.
- 64) MATIAS, L.S.; ARAUJO, T.L.; MOREIRA, T.M.M. Hipertensão arterial: favorecendo a adesão do cliente ao tratamento. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO À PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/UFC, 17., 1998. Anais... Fortaleza: EDUFC, 1998. n. 0422.
- 65) MATOS, F.J.A. Farmácias vivas. Sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades. 3. ed. Fortaleza: EDUFC, 1998. 219 p.
- 66) MELTZER, L.E.; PINNEO, R.; KITCHELL, J.R. Doença cardíaca coronariana. In: _____. Enfermagem na unidade coronária: bases, treinamento, prática. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000. cap. 1, p.1-15.
- 67) MOREIRA, T.M.M. Descrevendo a não adesão ao tratamento a partir de uma compreensão de sistemas. 1999. 149 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1999.
- 68) MOREIRA, T.M.M.; ARAUJO, T.L. Las relaciones entre el cliente con non adhesión al tratamiento de hipertensión y los profesionales de salud. Enfermería integral, n. 57, p. 16-21, 2001.

- 69) MOREIRA, T.M.M.; ARAUJO, T.L. O modelo conceitual de sistemas abertos interagentes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. Rev. Latinoamer. Enfermagem, v. 10, n. 1, p. 97-103, jan./fev. 2002b.
- 70) _____. Sistema interpessoal de Imogene King: as relações entre pacientes com hipertensão não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. ACTA Paulista, v. 15, n. 3, p. 35-43, jul./set. 2002a.
- 71) _____. Utilização da Teoria de King na facilitação da adesão ao tratamento da hipertensão. Cogitare Enferm., v. 4, n. 1, p. 21-28, jan./jun. 1999.
- 72) MOREIRA, T.M.M.; ARAUJO, T.L.; PAGLIUCA, L.M.F. Alcance da Teoria de King junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. Rev. Gaúcha Enfermagem, v. 22, n. 2, p. 74-89, jul./dez. 2001.
- 73) MOREIRA, T.M.M.; SALES, Z.N.; DAMASCENO, M.M.C.; FRAGA, M.N.O. Análise das pesquisas de enfermagem sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus no Brasil de 1995-1999. Rev. RENE, v. 3, n. 1, p. 42-49, jan./jun. 2002.
- 74) NAHAS, M.V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001. 238 p.
- 75) NAIDOO, J.; WILLS, J. Health promotion: foundations for practice. Londres: Baillière Tindall, 1998. 304 p.
- 76) NIETSCHKE, E.A. Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a prática de enfermagem? Ijuí: Ed Unijuí, 2000. 360 p.
- 77) O' BRIEN, E.O.; BEEVERS, D.G.; MARSHALL, H.J. Manual de hipertensão. 3. ed. São Paulo: Santos, 1996. 80 p.
- 78) ORNISH, D. Salvando o seu coração: o único programa científico para prevenir e reverter doenças do coração, naturalmente, sem cirurgias e sem remédios. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1993. 339 p.
- 79) OSÓRIO, L.C. A família como grupo primordial. In: ZIMMERMAN, D.E. et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 4, p. 49-58.
- 80) PERLOFF, D.; GRIM, C.; FLACK, J.; FROHLICH, E.D.; HILL, M.; McDONALD, M.; MORGENSTERN, B.Z. Human blood pressure determination by sphygmomanometry. Circulation, v. 88, n. 5 pt. 1, p. 2460-2470, 1993.

- 81) PETITAT, A. Ciência, afetividade e cuidados de enfermagem. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. cap. 1, p. 11-26.
- 82) PITERMAN, L. Hypertension: are we getting the message? Aust. Fam. Physician, v. 22, n. 5, p. 711-722, 1996.
- 83) POLAK, Y.N.S. et al. A compreensão de doença dos adultos da grande Curitiba. Cogitare Enfermagem, v. 1, n. 2, p. 11-18, jul./dez. 1996.
- 84) PORTO, C.C. Semiologia médica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 463.
- 85) POTTER, P.A.; PERRY, A.G. O contexto familiar de enfermagem. In: _____. Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar. São Paulo: Tempo, 1996. cap. 14, p. 313-323.
- 86) RAMOS, F.R.S. O processo de trabalho de educação em saúde. In: RAMOS, F.R.S.; VERDI, M.M.; KLEBA, M.E. Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: EDUFSC, 1999. cap. 1, p. 15-63. (Série Enfermagem– REPENSUL).
- 87) RAMOS, F.R.S.; VERDI, M.M.; KLEBA, M.E. Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: EDUFSC, 1999, 163 p. (Série Enfermagem– REPENSUL).
- 88) RESENDE, M.M.C. Fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial à luz da estrutura conceitual da Teoria de King, 1998. 116 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1998.
- 89) RIBEIRO, A.B. Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1996. 231p.
- 90) RICCIO, G.M.G.; SILVA, R.C.G. O diagnóstico de enfermagem “déficit de conhecimento” é indicador da presença de má adesão ao tratamento por hipertensos? Cad. Centro Univ. São Camilo, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 37-43, jan./jun. 2001.
- 91) SALUM, M.J.L.; BERTOLOZZI, M.R.; OLIVEIRA, M.A.C. O coletivo como objeto da enfermagem: continuidades e discontinuidades da história. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SAÚDE. La enfermería em las Américas. Washington, 1999. p. 101-117.
- 92) SANTOS, Z.M.S.A.; SILVA, R.M. Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: Ed. Unifor, 2002. 96 p.

- 93) SCHNEIDER, J.F.; LIMA, M.A.D.S.; MIRON, V.L.; BRAGA, V.A.B. Enfermagem e autonomia do paciente. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE, 1., 1994, Florianópolis. Anais... Florianópolis: UFSC, 1995. p.169-174.
- 94) SILVA, A.L. Cuidado transdimensional: um paradigma emergente. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL, 1997, 215 p.
- 95) SILVA, L.F.; GUEDES, M.V.C.; MOREIRA, R.P.; SOUZA, A.C.C. Doença crônica: o enfrentamento pela família. Acta. Paul. Enfermagem., v. 15, n.1, p. 40-47, jan./mar. 2002.
- 96) SILVA, M.J. Agente de saúde: agente de mudança? A experiência no Ceará. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997. 120 p.
- 97) SOUSA, M.F. A cor-agem do PSF. São Paulo: HUCITEC, 2001. 127 p.
- 98) STUCHI, R.A.G. Crenças dos portadores de doença coronariana sobre os comportamentos de risco. 1999. 155 p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1999.
- 99) TRENTINI, M.; TOMASI, N.; POLAK, Y. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. Cogitare Enferm., v. 1, n. 2, p. 19-24, jul/dez. 1996.
- 100) TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: EDUFSC, 1999. 162 p.
- 101) WALDOW, V.R. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998. 204 p. cap. 2, p. 51-67.
- 102) _____. O Cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. Rev. Enferm. UERJ, v. 9, n. 3, p. 284-293, set./dez. 2001.
- 103) WALL, M.L. Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB, 2001. 120 p.
- 104) WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. Nurses and families: a guide to family assessment and intervention. 3.ed. Philadelphia: F. A. Davis, 2000. 347 p.
- 105) _____. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002. 327 p.



APÊNDICES

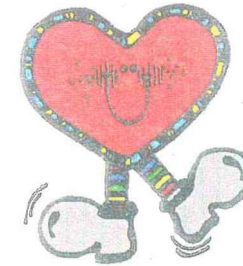
A vida não é um corredor reto e tranqüilo que nós percorremos livres e sem empecilhos, mas um labirinto de passagens, pelas quais nós devemos procurar nosso caminho.

(A. J. Cronin)

APÊNDICE A FOLDER DA OFICINA

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

ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL



⇒ INSTRUTORA:

Enfa. Thereza Maria Magalhães Moreira

⇒ COMISSÃO DE APOIO:

Profissionais de Saúde da UBSF Guiomar Arruda
Agentes de Saúde e Agentes de Desenvolvimento Social

APOIO

UFC

PROJETO DE PESQUISA CUIDADO EM SAÚDE CARDIOVASCULAR

PROJETO DE EXTENSÃO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS
ALTERAÇÕES DA PRESSÃO ARTERIAL.

Fortaleza – Ceará
24-25 de julho de 2001

APRESENTAÇÃO

A pressão arterial tem importância reconhecida no acometimento de distúrbios cardiovasculares, sendo sua verificação um dos procedimentos mais realizados pela enfermagem. Quando em valores elevados, a pressão arterial é conhecida como hipertensão arterial.

A hipertensão arterial tem caráter silencioso e é passível de controle, mas pode causar inúmeros prejuízos orgânicos e até levar à morte caso não seja controlada.

Ao estabelecer um programa terapêutico, medicamentoso ou não, a motivação do indivíduo para participar desta conduta é fundamental. Somente medidas de orientação não bastam para que os sujeitos mudem seu comportamento. É essencial a utilização de uma tecnologia própria de cuidado que favoreça a incorporação de atitudes que contribuam para o controle da doença.

Uma das grandes preocupações dos programas de saúde tem sido a atenção aos indivíduos portadores de hipertensão arterial, considerando que constituem uma parcela significativa da população e que apresentam necessidades expressivas de atendimento preventivo, de promoção e recuperação da saúde.

Na verdade, a prevalência da hipertensão arterial no Brasil tem sido estimada em cerca de 20 milhões de pessoas, no que pesa a falta de estudos abrangentes em todas as regiões (BRASIL, 1993).

Deste total de acometidos, 30% não são diagnosticados. Dados do Ministério da Saúde indicam que somente 4 a 12% dos pacientes com hipertensão atingem níveis de controle da PA. No Brasil, 30 a 40% dos pacientes que iniciam o tratamento chegam a abandoná-lo (BRASIL, 1988; DELLÁCQUA et al., 1997).

METODOLOGIA

O trabalho será desenvolvido por meio de dinâmicas de grupo com a finalidade de contribuir para a difusão do conhecimento dos participantes acerca da pressão arterial e dos fatores que concorrem para sua elevação, considerando seu conhecimento prévio e identificando os pacientes com dificuldades de seguimento terapêutico.

A oficina será dividida em seis momentos distintos, citados a seguir:

- ✓ 1º MOMENTO: Apresentação – Minha outra metade está em você.

Objetivo: Propiciar um espaço de interação entre os participantes. Falar sobre a pesquisa e seus objetivos.

Tempo: 10 min.

- ✓ 2º MOMENTO: O que eu faço no meu dia-a-dia (Preenchendo o relógio do dia).

Objetivo: Fazer um apanhado do cotidiano dos participantes e saber se têm familiares que moram próximo.

Tempo: 15 min.

- ✓ 3º MOMENTO: O que eu sei sobre hipertensão (Construindo a árvore da sabedoria).

Objetivo: Fazer um apanhado do conhecimento já existente sobre o assunto no grupo.

Tempo: 15 min.

- ✓ 4º MOMENTO: Conhecendo um pouco mais sobre hipertensão arterial (Círculo).

Objetivo: Desenvolver ou aprimorar o conhecimento acerca da hipertensão arterial.

Tempo: 20 min.

- ✓ 5º MOMENTO: Verificando a pressão arterial.

Objetivo: Verificar a pressão arterial.

Tempo: 30 min.

- ✓ 6º MOMENTO: Momento de reflexão.

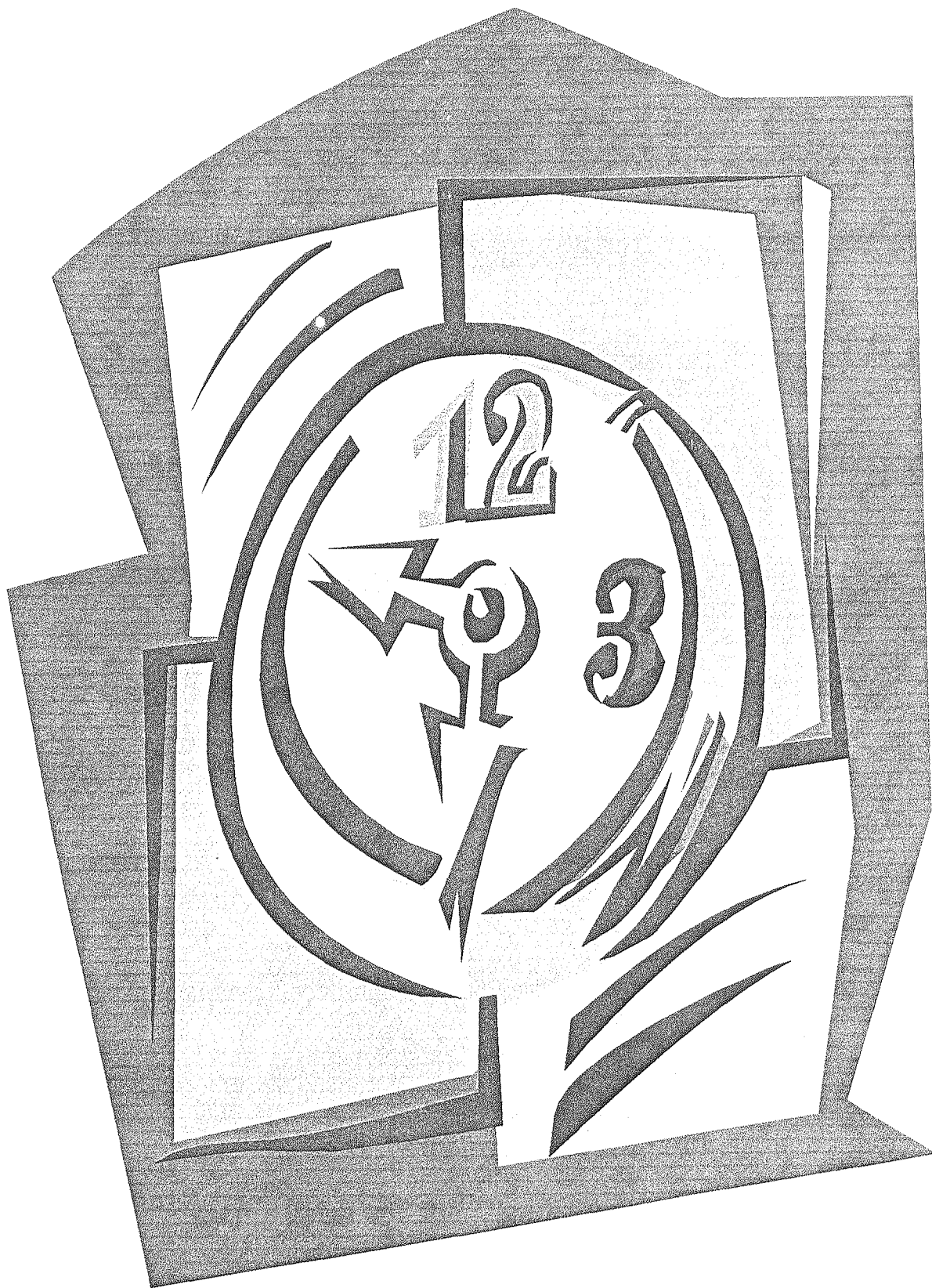
Objetivo: Repensar o autocuidado dos doentes em geral e aplicar instrumento de avaliação da adesão ao tratamento.

Tempo: 15 min.

- ✓ 7º MOMENTO: Pausa para o lanche.

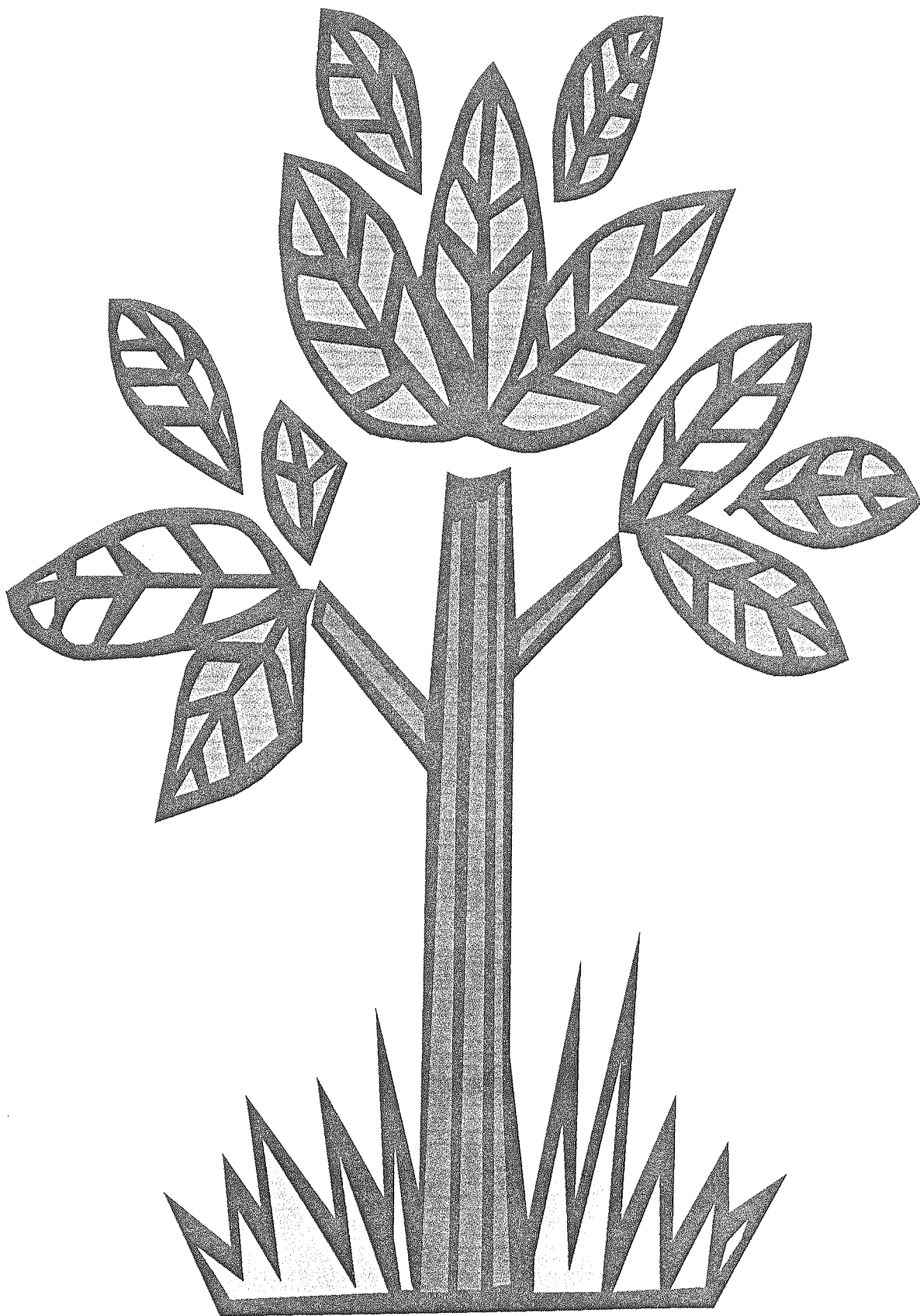
APÊNDICE B-1

MATERIAL UTILIZADO NA OFICINA – RELÓGIO DO DIA



APÊNDICE B-2

MATERIAL UTILIZADO NA OFICINA – ÁRVORE DA SABEDORIA



APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO¹

VARIÁVEIS	NOTA MÁXIMA	NOTA RECEBIDA	DESCRIÇÃO
CONSUMO ADEQUADO DE SAL	1,0	() (0,0)	Refere claramente que consome sal sem moderação. Menciona isto como sem importância.
		() (0,25)	Refere claramente que consome sal sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		() (0,5)	Refere claramente que consome muito sal, mas diz que quer diminuir e não consegue.
		() (0,75)	Refere que às vezes consome uma quantidade maior de sal, mas é raro.
		() (1,0)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao sal.
CONSUMO ADEQUADO DE GORDURA	0,5	() (0,0)	Refere claramente que consome gordura, sem moderação e menciona isto como sem importância.
		() (0,12)	Refere claramente que consome gordura, sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		() (0,25)	Refere claramente que consome muita gordura, mas alega que quer diminuir e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes consome mais gordura, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição a gordura.
ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC)	1,0	() > 35 e ≤ 40 kg/m ² (0,0) () > 30 e ≤ 35 kg/m ² (0,25) () > 25 e ≤ 30 kg/m ² (0,5) () ≤ 25 kg/m ² (1,0)	
ABSTINÊNCIA DO FUMO	0,5	() (0,0)	Refere claramente que fuma, em excesso, e conta isto como sem importância.
		() (0,12)	Refere claramente que fuma, em excesso, mas diz saber que faz mal.
		() (0,25)	Refere claramente que fuma, mas comenta que quer diminuir e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes fuma, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao fumo.
AUSÊNCIA DE INGESTA ALCOÓLICA	0,5	() (0,0)	Refere claramente que é etilista, sem moderação, e fala nisto como sem importância.
		() (0,12)	Refere claramente que é etilista, sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		() (0,25)	Refere claramente que é etilista, mas alega que quer diminuir e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes bebe, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao álcool.
PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	1,0	() (0,0)	Refere claramente que é sedentário e menciona isto como sem importância.
		() (0,25)	Refere claramente que é sedentário, mas diz saber que faz mal.
		() (0,5)	Refere claramente que é sedentário, mas ressalta que quer modificar o comportamento e não consegue.
		() (0,75)	Refere que às vezes é sedentário, mas é raro.
		() (1,0)	Afirma ter cuidado extremo com o sedentarismo.

¹ Adaptado de Araújo, C. (1999).

ENFRENTAMENTO EFICAZ DO ESTRESSE	0,5	() (0,0)	Refere claramente que se estressa com muita facilidade e conta isto como sem importância.
		() (0,12)	Refere claramente que se estressa com muita facilidade, mas diz saber que faz mal.
		() (0,25)	Refere claramente que se estressa com facilidade, mas enfatiza que quer modificar o comportamento e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes se estressa, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com o estresse.
USO ADEQUADO DO MEDICAMENTO	1,5	() (0,0)	Refere claramente que não toma o medicamento e menciona isto como sem importância.
		() (0,25)	Refere claramente que não toma o medicamento, só quando a pressão sobe.
		() (0,5)	Refere claramente que tem dificuldade em tomar o fármaco corretamente pelos seus efeitos colaterais.
		() (1,0)	Refere que às vezes se esquece de tomar o remédio, mas é raro.
		() (1,5)	Afirma ter cuidado extremo com o horário e forma de tomar os medicamentos.
COMPARECIMENTO ÀS CONSULTAS/ PERÍODO EM QUE SÃO MARCADAS NA UBSF	0,5	() (0,0)	Refere claramente que vai à consulta somente quando passa muito mal.
		() (0,12)	Refere claramente que vai à consulta somente quando a pressão sobe.
		() (0,25)	Refere claramente que falta às consultas, mas diz que quer modificar tal comportamento e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes falta à consulta, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com o comparecimento às consultas.
CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)	3,0	() $\geq 180 \times 110$ (0,0)	
		() $160-179 \times 100-109$ (1,0)	
		() $PAS \geq 140$ e $PAD < 90$ cm Hg (1,0)	
		() $140-159 \times 90-99$ (1,5)	
		() $130-139 \times 85-89$ – Normal limítrofe (2,0)	
		() $\leq 130 \times 85$ cm Hg – Pressão normal (3,0)	
TOTAL	10,0	X =	

QUANTO MAIOR A NOTA = MAIOR ADESÃO AO TRATAMENTO

X = 10 = Paciente ideal

X ≥ 7 e ≤ 9 = Não-adesão leve

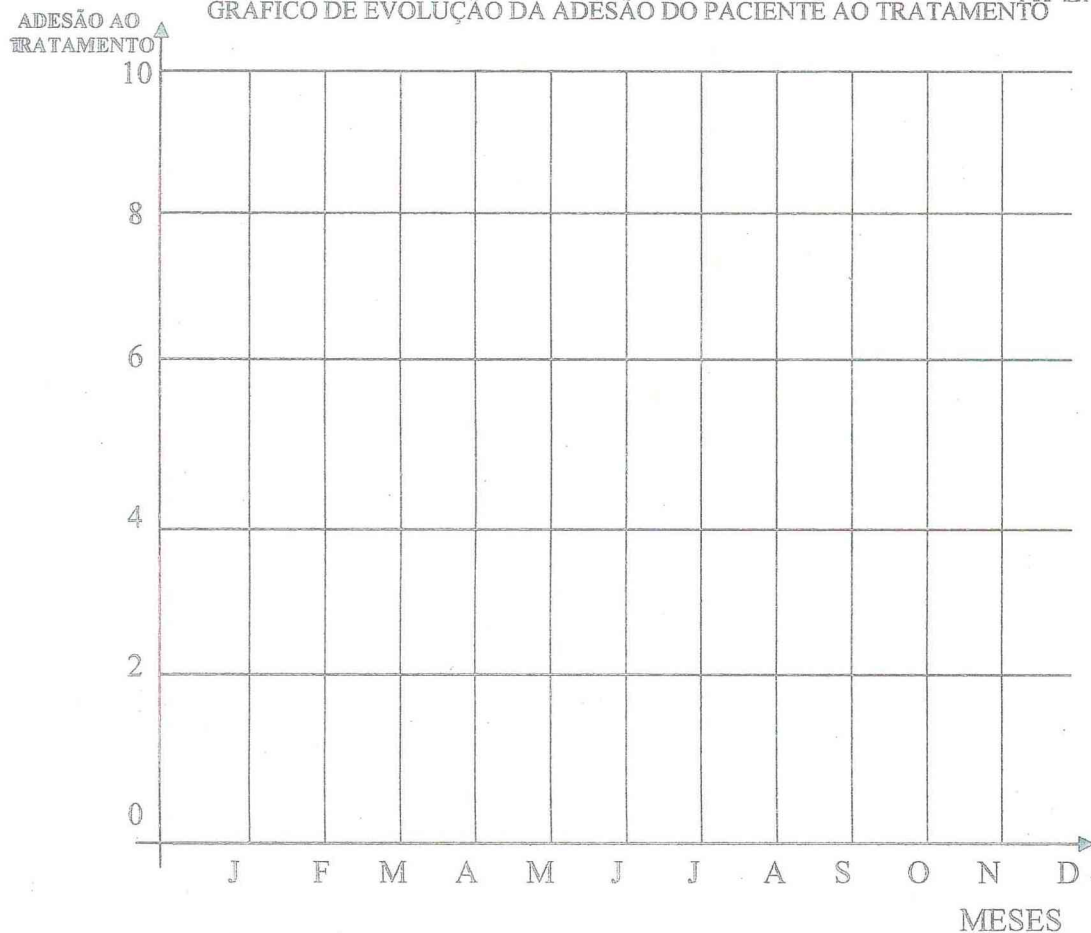
X ≥ 5 e < 7 = Não-adesão moderada

X ≥ 3 e < 5 = Não-adesão grave

X ≥ 0 e < 3 = Não-adesão gravíssima

APÊNDICE D

GRÁFICO DE EVOLUÇÃO DA ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO



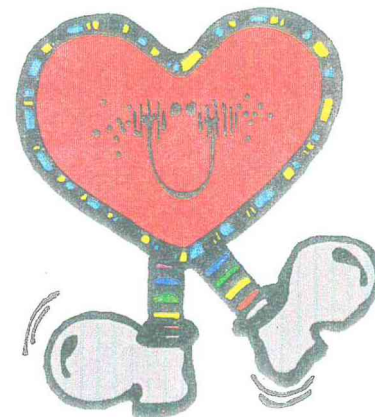
criação

- o Ac. Enf. Jansen Valério de Carvalho
- o Enfa. MS. Thereza Maria Magalhães Moreira
- o Enfa. Dra. Thelma Leits de Araujo

APOIO

- o PROJETO DE PESQUISA CUIDADO EM SAÚDE CARDIOVASCULAR/CNPq
- o PROJETO DE EXTENSÃO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS ALTERAÇÕES DA PRESSÃO ARTERIAL/UFC.

CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL



UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

IDADE: _____ ALTURA: _____

FAMILIAR: _____

ANO: _____

VERSO DO CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO

VARIÁVEIS



CONSUMO ADEQUADO DE SAL

0 2 4 6 8 10

CONSUMO ADEQUADO DE GORDURA

0 2 4 6 8 10



NÃO FUMA

0 2 4 6 8 10



NÃO BEBE

0 2 4 6 8 10



PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA

0 2 4 6 8 10



ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE

0 2 4 6 8 10



USO ADEQUADO DO MEDICAMENTO

0 2 4 6 8 10



COMPARECIMENTO ÀS CONSULTAS

0 2 4 6 8 10

JANEIRO	FEVEREIRO
PESO: _____	PESO: _____
PRESSÃO ARTERIAL: _____	PRESSÃO ARTERIAL: _____
COR DO MÊS: _____	COR DO MÊS: _____
MÉDIA DO MÊS: _____	MÉDIA DO MÊS: _____
MARÇO	ABRIL
PESO: _____	PESO: _____
PRESSÃO ARTERIAL: _____	PRESSÃO ARTERIAL: _____
COR DO MÊS: _____	COR DO MÊS: _____
MÉDIA DO MÊS: _____	MÉDIA DO MÊS: _____
MAIO	JUNHO
PESO: _____	PESO: _____
PRESSÃO ARTERIAL: _____	PRESSÃO ARTERIAL: _____
COR DO MÊS: _____	COR DO MÊS: _____
MÉDIA DO MÊS: _____	MÉDIA DO MÊS: _____
JULHO	AGOSTO
PESO: _____	PESO: _____
PRESSÃO ARTERIAL: _____	PRESSÃO ARTERIAL: _____
COR DO MÊS: _____	COR DO MÊS: _____
MÉDIA DO MÊS: _____	MÉDIA DO MÊS: _____
SETEMBRO	OUTUBRO
PESO: _____	PESO: _____
PRESSÃO ARTERIAL: _____	PRESSÃO ARTERIAL: _____
COR DO MÊS: _____	COR DO MÊS: _____
MÉDIA DO MÊS: _____	MÉDIA DO MÊS: _____
NOVEMBRO	DEZEMBRO
PESO: _____	PESO: _____
PRESSÃO ARTERIAL: _____	PRESSÃO ARTERIAL: _____
COR DO MÊS: _____	COR DO MÊS: _____
MÉDIA DO MÊS: _____	MÉDIA DO MÊS: _____

A cor do mês se refere à da menor nota obtida no mês, que é o que deverá ser melhorado nos meses seguintes.

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS:

TEM DIABETES MELLITUS ()

OUTRAS: _____

APÊNDICE E

CONVITES PARA A PRIMEIRA REUNIÃO



_____, AGRADEÇO SUA
PARTICIPAÇÃO NA OFICINA SOBRE PRESSÃO ALTA E CONVIDO A PARTICIPAR DA
REUNIÃO QUE SERÁ:

DIA _____, LOCAL _____.

NÃO FALTE!! SUA PRESENÇA É MUITO IMPORTANTE!!

OBRIGADA

Enfa. Thereza Maria Magalhães Moreira



_____, AGRADEÇO SUA
PARTICIPAÇÃO NA OFICINA SOBRE PRESSÃO ALTA E CONVIDO A PARTICIPAR DA
REUNIÃO QUE SERÁ:

DIA _____, LOCAL _____.

NÃO FALTE!! SUA PRESENÇA É MUITO IMPORTANTE!!

OBRIGADA

Enfa. Thereza Maria Magalhães Moreira

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME DO PACIENTE.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº SEXO: M () F ()
DATA DE NASCIMENTO...../...../.....
ENDEREÇO.....Nº.....
BAIRRO.....CIDADE.....
CEP.....TELEFONE: DDD (.....)
MEMBRO FAMILIAR.....
NATUREZA (grau de parentesco).....

II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: *"Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza – Ceará"*.

2. PESQUISADOR: Enfermeira Thereza Maria Magalhães Moreira

3. CARGO FUNÇÃO: Doutoranda em enfermagem - DENF/FFOE /UFC / pesquisadora

4. UNIDADE: DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

5. AVALIAÇÃO DE RISCO DA PESQUISA – Nulo.

6. DURAÇÃO DA PESQUISA: Nove meses (Ago. 2001-Maio 2002)

III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNADO

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa:

➤ O estudo justifica-se pelos seguintes fatos: está ligado à área das doenças crônicas não-transmissíveis, enfocando a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica pelo paciente, fator extremamente importante para a eficácia terapêutica; contribuirá para a prestação de cuidados e orientações de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial, incentivando a modificação do estilo de vida.

O objetivo geral da pesquisa é desenvolver e avaliar uma tecnologia de cuidado ao paciente com dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão arterial a partir dos pressupostos da Teoria de Alcance de Metas de Imogene King (1981), que favoreça a participação individual, interpessoal e familiar no cuidado, e o respeito às escolhas pessoais, interferindo positivamente no tratamento. E como objetivos específicos: 1-Identificar nos participantes os fatores relacionados com a dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão; 2-Estipular, em interação com o paciente, metas a serem alcançadas no tratamento; 3-Averiguar, a partir do contexto e visão pessoal, interpessoal e social do paciente e enfermeira, meios efetivos de favorecimento ao alcance da adesão ao tratamento; 4-Desenvolver, à luz da teoria de King, intervenções de enfermagem que otimizem o alcance de metas relacionadas à melhoria da adesão terapêutica; 5-Avaliar o alcance de metas decorrente da implementação da tecnologia de cuidado.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais (explicitar):

1. Os procedimentos que serão utilizados e propósitos são: a) aplicação de instrumento para identificação da situação inicial de adesão ao tratamento da hipertensão; b) implementação do processo de enfermagem para melhoria do nível de adesão encontrado; c)reaplicação do instrumento de adesão para identificação da situação final de adesão e d) comparação dos resultados inicial e final encontrados. Para isso, a pesquisadora ficará comparecendo ao ambulatório nos dias determinados das consultas com pacientes em tratamento de hipertensão arterial para realização de tais procedimentos.

2. Desconfortos e riscos esperados: os desconfortos possíveis esperados se darão na aplicação do levantamento de dados, que pode ser de certa forma cansativa. Por isso, procuraremos uma interação inicial com a clientela antes desse momento. Ao participar do estudo o paciente deverá agir com sinceridade. Não são esperados riscos.
3. Benefícios que poderão ser obtidos: melhoria da adesão ao tratamento e maior controle das cifras de pressão arterial. Além disso, os resultados do estudo serão enviados à unidade de saúde, com o intuito de favorecer as intervenções de enfermagem junto desta clientela.
4. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: o estudo permitirá uma assistência aos pacientes de acordo com suas facilidades/dificuldades de alteração de seu estilo de vida, favorecendo a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso.

IV. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Direito de não sofrer riscos;
2. Direito de receber a qualquer momento todas as informações que julgar necessárias sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer qualquer dúvida;
3. Direito de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isto prejudique a assistência recebida na unidade de saúde;
4. Direito de sigilo, anonimato e privacidade.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS

Thereza Maria Magalhães Moreira – R. 95, 171 – José Walter – Fortaleza-CE – 291-3078

Thelma Leite de Araujo – R. Kazel, 35 – Parque Manibura – Fortaleza-CE – 278-5087

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Para que consiga participar da pesquisa, fui informado de que deverei ser auxiliado por um familiar, que deverá acompanhar as orientações e estar presente nas consultas.

VII. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo da Pesquisa.

Fortaleza, de de

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

APÊNDICE G

ROTEIRO DA VISITA DOMICILIÁRIA

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Ordem de nascimento: _____

Posição familiar: _____ Instrução: _____

Características (1 a 3 adjetivos): _____

Membro familiar: _____

Datas: nascimentos/mortes/casamentos/divórcios/separações/filhos saindo de casa/doenças/ mudanças

I. DADOS SUBJETIVOS

Papéis: _____

Lazer/interesses/atividades favoritas: _____

Situação familiar atual: _____

Condições de saúde: _____

Condições de higiene pessoal e familiar: _____

Doenças familiares importantes/causas de morte: _____

Dados socioculturais e econômicos: _____

Relações interpessoais: _____

Mudanças e problemas que ocorreram nos dois últimos anos: _____

Forma adotada para a resolução de seus problemas: _____

Alterações na família: _____

Condições de moradia: _____

II. DADOS OBJETIVOS

Dados de estilo de vida

1. Alimentação habitual: _____

2. Hidratação: _____

3. Medicamentos/drogadicção/alcoolismo: _____

4. Atividades de cuidado com a saúde: _____

Exame físico: _____

Observações: _____

III. DIAGNÓSTICOS

IV. PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO

V. AVALIAÇÃO

Data: _____

Assinatura

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO DO FAMILIAR DO SUJEITO DA PESQUISA

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº SEXO: M () F ()
DATA DE NASCIMENTO...../...../.....
ENDEREÇO.....Nº.....
BAIRRO.....CIDADE.....
CEP.....TELEFONE: DDD (.....)
É FAMILIAR DE.....
GRAU DE PARENTESCO.....

II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: *"Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza – Ceará"*.
2. PESQUISADOR: Enfermeira Thereza Maria Magalhães Moreira
3. CARGO FUNÇÃO: Doutoranda em enfermagem-DENF/FFOE /UFC / pesquisadora
4. UNIDADE: DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
5. AVALIAÇÃO DE RISCO DA PESQUISA – Nulo.
6. DURAÇÃO DA PESQUISA: Nove meses (Ago. 2001-Maio 2002)

III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNADO

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa:

O estudo justifica-se pelos seguintes fatos: está ligado à área das doenças crônicas não-transmissíveis, enfocando a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica pelo paciente, fator extremamente importante para a eficácia terapêutica; contribuirá para a prestação de cuidados e orientações de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial, incentivando a modificação do estilo de vida.

O objetivo geral da pesquisa é desenvolver e avaliar uma tecnologia de cuidado ao paciente com dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão arterial a partir dos pressupostos da Teoria de Alcance de Metas de Imogene King (1981), que favoreça a participação individual, interpessoal e familiar no cuidado, e o respeito às escolhas pessoais, interferindo positivamente no tratamento. E como objetivos específicos: 1-Identificar nos participantes os fatores relacionados com a dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão; 2-Estipular, em interação com o paciente, metas a serem alcançadas no tratamento; 3-Averiguar, a partir do contexto e visão pessoal, interpessoal e social do paciente e enfermeira, meios efetivos de favorecimento ao alcance da adesão ao tratamento; 4-Desenvolver, à luz da teoria de King, intervenções de enfermagem que otimizem o alcance de metas relacionadas à melhoria da adesão terapêutica; 5-Avaliar o alcance de metas decorrente da implementação da tecnologia de cuidado.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais (explicitar):

1. Os procedimentos que serão utilizados e propósitos são: a) aplicação de instrumento junto do paciente para identificação da situação inicial de adesão ao tratamento da hipertensão; b) implementação do processo de enfermagem com enfoque familiar para melhoria do nível de adesão encontrado; c) reaplicação do instrumento de adesão para identificação da situação final de adesão e d) comparação dos resultados inicial e final encontrados. Para isso, a pesquisadora ficará

comparecendo ao ambulatório nos dias determinados das consultas com pacientes em tratamento de hipertensão arterial para realização de tais procedimentos.

2. Desconfortos e riscos esperados: os desconfortos possíveis esperados se darão na aplicação do levantamento de dados, que pode ser de certa forma cansativa. Por isso, procuraremos uma interação inicial com a clientela antes desse momento. Ao participar do estudo, o paciente deverá agir com sinceridade. Não são esperados riscos.
3. Benefícios que poderão ser obtidos: melhoria da adesão ao tratamento pelo paciente e maior controle das cifras de sua pressão arterial. Além disso, os resultados do estudo serão enviados à unidade de saúde, com o intuito de favorecer as intervenções de enfermagem junto desta clientela;
4. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: o acompanhamento da evolução da adesão do paciente ao tratamento e a aprendizagem de verificação da pressão arterial. Além disto, o estudo permitirá uma assistência aos pacientes de acordo com suas facilidades/dificuldades de alteração de seu estilo de vida, favorecendo a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso.

IV. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Direito de não sofrer riscos;
2. Direito de receber a qualquer momento todas as informações que julgar necessárias sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer qualquer dúvida;
3. Direito de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isto prejudique a assistência recebida pelo seu familiar ou outro membro da família na unidade de saúde;
4. Direito de sigilo, anonimato e privacidade.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS

Thereza Maria Magalhães Moreira – R. 95, 171 – José Walter – Fortaleza-CE – 291-3078

Thelma Leite de Araujo – R. Kazel, 35 – Parque Manibura – Fortaleza-CE – 278-5087

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Fui esclarecido da importância da minha participação no tratamento do meu familiar. Sei que deverei acompanhar as orientações da equipe e estar presente nas consultas.

VII. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo da Pesquisa.

Em caso de menor de idade, declaro que o mesmo foi devidamente esclarecido e aceita participar do presente Protocolo da Pesquisa sendo o responsável legal.

Fortaleza, de de

Assinatura do familiar do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

APÊNDICE I

ROTEIRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Iniciais: _____ Naturalidade: _____ Data de nascimento: _____
 Endereço: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____	Escolaridade: () Ensino médio incompleto () Analfabeto () Ensino médio completo () Alfabetizado () Ensino superior incompleto () Ensino fundamental I incompleto () Ensino superior completo () Ensino fundamental I completo () Pós-graduação	Renda: () Sem renda () 4-6 salários mínimos () 1-2 salários mínimos () 6-10 salários mínimos () 2-4 salários mínimos () > 10 salários mínimos
---	---	---

Religião: _____ Posição familiar: _____	Trabalho: () Sim () Não () Aposentado () Outro Especificar: _____ Local de trabalho: _____ Atividade que realiza: _____	Em tratamento: () Sim () Não Usa medicamentos anti-hipertensivos? Quais? Acompanhamento domiciliar: () Com cônjuge () Com amigos () Com outros membros da família () Sozinho () Outros Especificar: _____
--	---	---

ANAMNESE E EXAME FÍSICO	PROBLEMAS E NECESSIDADES	METAS (curto, médio e longo prazos)	MEIOS	INTERVENÇÕES	METAS ALCANÇADAS	REDEFINIÇÃO DE METAS
PERCEPÇÃO/ACOMPANHAMENTO GERAL DA SAÚDE					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:
NUTRIÇÃO E METABOLISMO					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:
ELIMINAÇÕES					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:
EXERCÍCIOS E ATIVIDADES					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:
COGNIÇÃO E PERCEPÇÃO					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:
SONO E REPOUSO					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:
AUTOCONCEITO					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:
PAPÉIS E RELACIONAMENTO					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:
SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:
ESTRESSE					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:
CRENÇAS E VALORES					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:
MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:
EXAME FÍSICO					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:
DADOS REFERENTES À FAMÍLIA					Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	() Sim () Não Especificar:

Enfermeira Responsável/COREN _____

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE J

GUIA DE PREENCHIMENTO DO ROTEIRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

PERCEPÇÃO/ACOMPANHAMENTO GERAL DA SAÚDE

Sistema pessoal: como está de saúde, se tem/teve algum problema de saúde recentemente (no último ano), o que tem feito para manter sua saúde, se acredita que isso tenha contribuído para sua saúde e de que maneira, além de indagar os seus hábitos em relação ao fumo e ao álcool.

Sistema interpessoal: perguntar como tem feito para seguir as sugestões dos profissionais de saúde e quais os fatores de risco identificados em relação a sua doença.

Sistema social: investigar qual a percepção de saúde da comunidade.

NUTRIÇÃO E METABOLISMO

Sistema pessoal: investigar alimentação diária e satisfação com a alimentação, ingestão diária de líquido (água, suco, especificar), se está satisfeito em relação a sua nutrição, como anda seu peso (perguntar/mensurar estatura) e se toma algum complemento nutricional. Inquirir sobre seu apetite, seus hábitos alimentares peculiares (alguma particularidade). Observar condição dos dentes (presença de cáries, uso de próteses, etc.), se apresenta dificuldades para mastigar/fazer a digestão. Especificar. Ver se tem alguma coisa que não come porque não pode ou não gosta. Se tem alguma restrição alimentar/alimentação especial. Qual?

Sistema interpessoal: investigar se come sozinho, quem compra a alimentação e quem faz sua comida.

Sistema social: ver se alguém na família tem diabetes (observar condição da pele e se há dificuldade de cicatrização da pele).

ELIMINAÇÕES

Sistema pessoal: investigar hábitos intestinais, dietas laxantes/constipantes, hábitos urológicos, incontinência urinária, se sua muito e a qualidade do odor. Inquirir algum outro dado a acrescentar.

Sistema interpessoal: se encontrar problema, investigar em que medida ele influi nas outras áreas (interpessoal/social).

Sistema social: perguntar se tem banheiro em casa, se é acessível.

EXERCÍCIOS E ATIVIDADES

Sistema pessoal: pedir que descreva um dia típico de atividades dele (a), quais são suas atividades usuais de lazer e o tempo aproximadamente despendido com elas, se tem algum problema em casa como o ato de se alimentar ou preparar a alimentação, banho, higiene, vestir-se ou arrumar-se. Caso tenha, pedir que descreva (você pode avaliar o grau dessa dificuldade) e tente colocar por que ele (a) acha que tem dificuldade com essas atividades. Averiguar quais suas aptidões físicas (tipo, frequência, intensidade e duração), como é sua tolerância à atividade e pedir que descreva alguns problemas experienciados com atividades e exercícios usuais. Se sentiu dor em algum músculo ou dificuldade para respirar/tossir ou, ainda, fadiga/cansaço ou palpitação.

Sistema interpessoal: considerar fatores que influenciam na tolerância à atividade, como o diagnóstico atual ou se teve hospitalização prévia. Pergunte, ainda, se tem história familiar de doença cardíaca, hipertensão, bronquite, asma, pneumonia, trauma músculo-esquelético, osteoporose ou déficit sensorial.

COGNIÇÃO E PERCEPÇÃO

Sistema pessoal: perguntar como é sua visão, se usa óculos, qual a última vez em que foi ao oftalmologista e o que tem na visão. Perguntar também se sente alguma dificuldade para ouvir, como é para sentir cheiro/gosto dos alimentos, se tem algum déficit de memória ou dificuldade para aprender algo, se sente alguma dor/desconforto/incômodo, em relação a quê e como convive com isso.

Sistema interpessoal: identificar como percebe que os outros o (a) percebem, fazendo a mesma pergunta ao familiar.

Sistema social: observar/perguntar se a família o (a) isola e perguntar o que está havendo. A família o (a) priva de alguns fatos? Exemplifique.

SONO E REPOUSO

Sistema pessoal: perguntar como é o seu sono, se dorme bem/mal/não dorme/outro, se toma algum remédio ou outra coisa para dormir, se sonha e como faz para descansar e relaxar, se dorme depois do almoço.

AUTOCONCEITO

Sistema pessoal: identificar como percebe a si mesmo (a), quem acha que é, se gostaria de mudar algo em si mesmo, o que e por quê. Como se sente em relação ao seu futuro (otimista/pessimista/outro) e por quê, e se algo mudou depois da doença e o quê.

PAPÉIS E RELACIONAMENTO

Sistema interpessoal: perguntar com quem mora, se é casado (a), tem filhos, netos e quantos. Perguntar também como ele (a) e sua família lidam com os problemas, se a família depende dele (a) para algo, qual seu papel na família, como é sua relação com ela, se pertence a algum grupo, qual, qual seu papel nele, como é sua relação com ele, como são seus vizinhos e como é seu relacionamento com eles. Como é no trabalho e como se relaciona com os colegas. Participa de algum grupo/atividade? Qual?

SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO

Sistema pessoal: perguntar se considera seu relacionamento sexual satisfatório, se a doença alterou alguma coisa, se os remédios causaram alguma alteração.

ESTRESSE

Sistema pessoal: perguntar se passou/tem passado por mudanças/dificuldades nos últimos anos e como tem feito para enfrentá-las. Perguntar também como é seu temperamento na maioria das vezes, se usa algum medicamento/droga como calmante/excitante e qual, como lida com os problemas cotidianos e se essa forma tem funcionado.

CRENÇAS E VALORES

Sistema pessoal: identificar quais suas crenças e valores sobre si mesmo (a), a doença e o tratamento, se há algo que almeja alcançar e o quê. Que recurso utiliza quando está aflito (a)? Em que você acredita?

MEDOS E INSEGURANÇAS

DADOS REFERENTES À FAMÍLIA

Perguntar quem é o responsável, qual a composição familiar (família, religião e etnia), quais as condições de saúde da família antecedentes e atuais, como é o ambiente físico, qual a situação econômica e extrato social da família, averiguando dados referentes a vacinação, reprodução, idosos, doenças mais comuns na família, mortes na família, serviço de saúde de referência, acesso a serviços de saúde e participação da família no tratamento

EXAME FÍSICO

Sistema pessoal: averiguar aparência e higiene, membranas, mucosas, dentição (uso de próteses), voz, se sabe e consegue ler e se usa lentes. Examinar pulso (acrescentar características: ritmo, intensidade, amplitude, frequência) – verificar pulso apical, respiração (profundidade, ritmo, distensão torácica, algum som normal/anormal auscultado), pressão arterial/exame cardiológico, tonicidade muscular (algum comprometimento pela doença?), postura, anormalidades nos ossos, pele (espinhas, cravos, hidratação, cor, lesões), uso de algum objeto no corpo, peso atual/habitual, obesidade, altura, temperatura, perfusão periférica e enchimento capilar, alterações na marcha e locomoção, edema de extremidades e ingurgitamento da jugular. Verificar se apresenta queixas de tonturas, síncope, dores precordiais, cefaléia, ocorrência de picos hipertensivos, procura de serviço de emergência e a causa desse. Identificar e acompanhar o desempenho das atividades de autocuidado, como dieta, prática regular de exercício e de atividade física, uso de fumo e álcool, uso dos medicamentos e condições da adesão ao tratamento. Verificar peso, altura, circunferência abdominal e do quadril, pulso, frequência cardíaca, PA deitado (a) e em pé. Observações gerais do examinador, perguntar se gostaria de acrescentar algo à entrevista e se tem alguma pergunta a fazer ou dúvida a esclarecer.

APÊNDICE L

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

<p>SISTEMA PESSOAL</p>	PERCEPÇÃO
	<i>SELF</i>
	CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO
	IMAGEM CORPORAL
	ESPAÇO
	TEMPO
<p>SISTEMA INTERPESSOAL</p>	INTERAÇÃO
	COMUNICAÇÃO
	TRANSAÇÕES
	PAPEL
	ESTRESSE
<p>SISTEMA SOCIAL</p>	ORGANIZAÇÃO
	AUTORIDADE
	PODER
	<i>STATUS</i>
	TOMADA DE DECISÃO

APÊNDICE M

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO MODELO PILOTO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO

FORMAÇÃO DO JUIZ:

- () ESPECIALISTA
 () MESTRANDO
 () MESTRE
 () DOUTORANDO
 () DOUTOR

NO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO, ANALISANDO CADA ITEM, JULGUE QUANTO À DISTRIBUIÇÃO DOS SUBITENS, CONTEÚDO E ADEQUAÇÃO.

1. CONSUMO ADEQUADO DE SAL	SUBITENS CONTEÚDO ADEQUAÇÃO
2. CONSUMO ADEQUADO DE GORDURA	SUBITENS CONTEÚDO ADEQUAÇÃO
3. ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA - IMC	SUBITENS CONTEÚDO ADEQUAÇÃO
4. ABSTINÊNCIA DO FUMO	SUBITENS CONTEÚDO ADEQUAÇÃO
5. AUSÊNCIA DE INGESTA ALCOÓLICA	SUBITENS CONTEÚDO ADEQUAÇÃO
6. PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA	SUBITENS CONTEÚDO ADEQUAÇÃO
7. ENFRENTAMENTO EFICAZ DO ESTRESSE	SUBITENS CONTEÚDO ADEQUAÇÃO
8. USO ADEQUADO DO MEDICAMENTO	SUBITENS CONTEÚDO ADEQUAÇÃO
9. COMPARECIMENTO AS CONSULTAS/ PERÍODO EM QUE SÃO MARCADAS NA UBSF	SUBITENS CONTEÚDO ADEQUAÇÃO
10. CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)	SUBITENS CONTEÚDO ADEQUAÇÃO

APÊNDICE N

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO MODELO PILOTO DO CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

FORMAÇÃO DO JUIZ:

- ESPECIALISTA
- MESTRANDO
- MESTRE
- DOUTORANDO
- DOUTOR

NO INSTRUMENTO LÚDICO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO, ANALISANDO CADA ITEM, JULGUE QUANTO A:

DISTRIBUIÇÃO DOS SUBITENS	
CONTEÚDO	
ILUSTRAÇÃO	
ADEQUAÇÃO	
CLAREZA	
APLICAÇÃO	
OUTROS	

APÊNDICE O

RAPPORT PARA A COORDENADORA DA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL I E A DIRETORA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezada Senhora:

Valho-me do presente para solicitar de V.S.^a a autorização que se faz necessária para realização de pesquisa, com o objetivo de desenvolver e avaliar um modelo de atendimento que favoreça a participação individual e familiar no cuidado, interferindo positivamente no tratamento da hipertensão arterial.

Gostaria de ressaltar, por oportuno, que será garantido o sigilo das identidades dos entrevistados que se dispuserem a participar da pesquisa e que suas falas serão utilizadas apenas para fins do referido estudo. Destacamos, ainda, que a unidade onde o estudo será realizado não será identificada na divulgação dos resultados, podendo ser descrita somente a área geográfica de sua Secretaria Executiva Regional.

Julgo por bem esclarecer que a pesquisa, em referência, servirá de pré-requisito para obtenção do título de doutor em enfermagem.

Certa de merecer sua atenção, antecipo meus agradecimentos.

Atenciosamente,

Thereza Maria Magalhães Moreira
(Enfermeira, Aluna do Doutorado em Enfermagem-UFC)



ANEXOS

A vida necessita de pausas.

(Carlos Drumond de Andrade)

ANEXO A

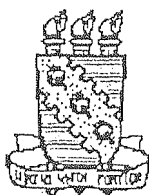
ENDEREÇOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA-CE

Regional	Unidade	Endereço	Telefone
I-1	C. S. Fernando Façanha	R. Rio Tocantins, s/n – Jardim Iracema	282-1996
I-2	C. S. Lineu Jucá	R. Vila Velha, 101 – Barra do Ceará	485-1832
I-3	CIES – Casimiro José Lima Filho	R. Francisco Sá, 6449 – Barra do Ceará	485-2119
I-4	CIES – Francisco Domingos da	Av. Castelo Branco, 4707 – Barra do Ceará	284-2877
I-5	CIES–Prof. Rebouças Macambira	R. Creuza Rocha, s/n – Jardim Guanabara	284-2988/ 282-2278 (FAX)
I-6	UBSF – Guiomar Arruda	R. Gal. Costa Matos, 6 – Pirambu	281-3414
I-7	UBSF – Virgílio Távora	Av. Monsenhor Hélio Campos, s/n – Cristo Redentor	228-7802
II-1	C. S. Flávio Marcílio	Av. Abolição, 4180 – Mucuripe	263-1564/ 263-4994
II-2	C. S. Serviluz	Av. Zezé Diogo, 1038 – Serviluz	263-3029 (FAX)
II-3	UBSF – Alda Santos e Silva	R. Trajano Medeiros, 813 – Vicente Pizon	262-2449/ 265-6566
II-4	UBSF – Frei Tito	R. Hélio Barreira, 100 – Caça e Pesca	265-7675
II-5	UBSF – Miriam Mota		
III-1	C. S. Anastácio Magalhães	R. Delmiro de Farias, 1679 – Rodolfo Teófilo	223-7387
III-2	C. S. Carlota Távora		
III-3	C. S. Eliezer Studart	R. Tomaz Cavalcante, 545 – Autran Nunes	488-3259
III-4	C. S. Fernandes Távora	R. Maceió, 1354 – Henrique Jorge	488-3254
III-5	C. S. Francisco Pereira de Almeida	R. Paraguai, s/n – Bela Vista	482-2960
III-6	C. S. Humberto Bezerra	R. Hugo Victor, 51 – Antônio Bezerra	235-2227
III-7	C. S. João XXIII	R. Júlio Braga, s/n – Bom Sucesso	290-3193
III-8	C. S. Meton de Alencar	R. Padre Perdigão Sampaio, 820 – Antônio Bezerra	488-3271
III-9	C.S.U. César Cals	R. Matos Dourado, s/n – Pici	488-3251
III-10	CIES – Clodoalto Pinto	R. Bonvard Bezerra, 100 – Padre Andrade	478-6044
III-11	CIES – Luiz Recamond Capelo	R. Maria Quintela, 935 – Bom Sucesso	
IV-1	C. C. de Parangaba	R. Germano Franklin, 495 – Parangaba	292-7624
IV-2	C. S. Filgueiras Lima	Av. dos Expedicionários, 3910 – Jardim América	494-5284/ 283-4280
IV-3	C. S. Ocelo Pinheiro	R. Elcias Lopes, 517 – Itaoca	225-3872
IV-4	C. S. Oliveira Pombo	Travessa Júlio Ribeiro, s/n – Pan Americano	482-8897
IV-5	C. S. Roberto Bruno	R. Borges de Melo, s/n – Fátima	272-0060/ 227-6842
IV-6	Sede Regional IV		
IV-7	UBSF e CIES Projeto Nascente	R. Bethel, s/n – Dendê	493-5157/ 493-1128

IV-8	CIES – Valdevino Carvalho	R. Guará, s/n – Itaoca	492-1480/ 292-7645
IV-9	C. S. Abel Pinto	R. Alagoas, 169 – Demócrito Rocha	482-0635/ 482-0318
IV-10	UBSF–Luís Albuquerque Mendes	R. Benjamim Franklin, 735 – Serrinha	225-4270
V-1	C. S. Pedro Celestino	R. Gastão Justo, s/n – Maraponga	296-2221
V-2	C. S. Argeu Herbster	R. Geraldo Barbosa, 1095 – Bom Jardim	497-1169
V-3	C. S. Graciliano Muniz	R. 106, 345 – Conjunto Esperança	296-1566/ 298-7016
V-4	C. S. Guarany Mont’Alverne	R. Geraldo Barbosa, 1095 – Bom Jardim	497-2185/ 497-0060
V-5	C. S. José Paracampos	R. Alfredo Mamede, 250 – Mondubim	296-1557
V-6	C. S. José Walter	Av. L, 1880 – 3ª etapa – José Walter	291-1699
V-7	C. S. Jurandir Picanço	R. Duas Nações, s/n – Granja Portugal	294-1595
V-8	C. S. Luiza Távora	Travessa São José, 940 – Mondubim	291-1393
V-9	U. R. Maciel de Brito	Av. A, 1ª etapa – Conjunto Ceará	294-2368 294-0364 294-4551
V-10	CIES – Viviane Benevides	R. João Ares, 1296 – Vila Manoel Sátiro	296-1539/ 484-2027
V-11	CIES – Zélia Correia	R. Antônio Pereira, 1495 – Pantanal	473-4449
V-12	UBSF – Dom Lustosa	R. A, s/n – Granja Lisboa	497-0009
V-13	UBSF – Luciano Torres de Melo	R. Delta, 365 – Vila Manoel Sátiro	225-7688
V-14	UBSF – Galba de Araújo	Av. Senador Fernandes Távora, 3181 – Genibaú	294-1121
V-15	UBSF – Dr. Abner C. Brasil	R. Joana Batista, s/n – Bom Jardim	498-1634
VI-1	C. S. Evandro Ayres de Moura	Av. Castelo de Castro, s/n – Jangurussu	269-2858
VI-2	C. S. Galba de Araújo	Av. Recreio, s/n – Lagoa Redonda	476-8032
VI-3	C. S. Messejana	R. Cel. Dionisio de Alencar – Messejana	229-1073
VI-4	C. S. Pedro Sampaio	Av. Iracema, 1516 – Jangurussu	269-3900
VI-5	CIES – Anísio Teixeira	R. Guarany, 355 – Messejana	274-5876
VI-6	CIES – Maria de Lourdes R. Jereissati	R. Reino Unido, 115 – Conj. Tancredo Neves	279-2334
VI-7	CIES – Passaré		
VI-8	CIES – Vicentina Campos	R. B, 145 – Jardim Primavera – Parque II Irmãos	493-5171
VI-9	UBSF – Janival de Almeida	R. Coelho Garcia, 25	295-2655
VI-10	UBSF – Prof. João Hipólito	R. 03, 88 – Napoleão Viana – Dias Macedo	295-2707
VI-11	UBSF – Teresinha Parente	R. Nelson Coelho, 209 – Lagoa Redonda	476-9033

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA A PESQUISA



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 212/2001

Fortaleza, 10 de setembro de 2001

Protocolo nº 77/01

Pesquisador responsável: Thereza Maria Magalhães Moreira

Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: "Envolvendo a família de pessoas com hipertensão arterial para esclarecer e cumprir normas de adesão ao tratamento"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 06 de setembro de 2001.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro.

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/HUWC/UFC