



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Carla dos Santos Soares

**Condições socioeconômicas e obesidade: os desafios para a enfermagem na  
promoção do autocuidado na contemporaneidade**

Rio de Janeiro

2010

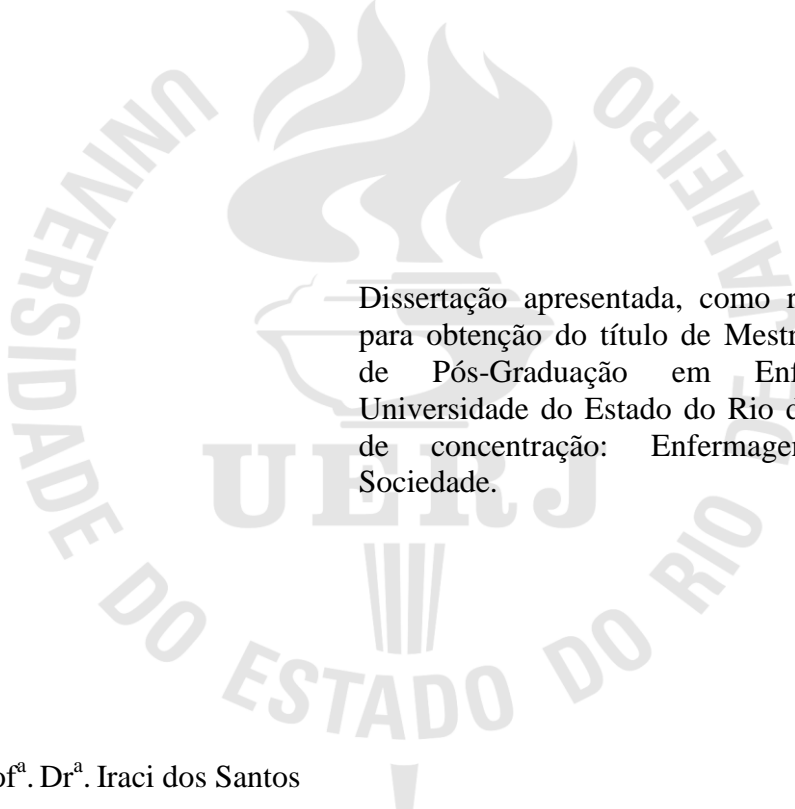
# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Carla dos Santos Soares

**Condições socioeconômicas e obesidade: os desafios para a enfermagem na promoção do autocuidado na contemporaneidade**



—Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Iraci dos Santos

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lina Márcia Miguéis Berardinelli

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S676	<p>Soares, Carla dos Santos. Condições socioeconômicas e obesidade: os desafios para a enfermagem na promoção do autocuidado na contemporaneidade / Carla dos Santos Soares. - 2010. 105 f.</p> <p>Orientadora: Iraci dos Santos. Co-orientadora: Lina Márcia Miguéis Berardinelli. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Obesidade. 2. Coração - Doenças - Enfermagem. 3. Promoção da saúde. 4. Cuidados pessoais com a saúde. I. Santos, Iraci dos. II. Berardinelli, Lina Márcia Miguéis. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	--

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

---

Assinatura

---

Data

Carla dos Santos Soares

**Condições socioeconômicas e obesidade: os desafios para a enfermagem na promoção do autocuidado na contemporaneidade**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 11 de março de 2010

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Iraci dos Santos (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

---

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva  
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO

---

Profa. Dra. Lina Márcia Miguéis Berardinelli  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2010

## **DEDICATÓRIA**

À minha mãe, que em vida me ensinou a pureza do amor, e para sempre, a manutenção de sua integridade e seus ensinamentos.

## AGRADECIMENTOS

A Deus – a força de minha fé é a mesma que me mantém.

Ao Nilson de Souza Soares – o primeiro a acreditar em mim, meu pai, meu amigo, meu guia, meu socorro incondicional. Meu exemplo.

Ao Eduardo dos Santos Soares – mais do que irmão, meu amigo querido, parte imprescindível de minha existência, por acaso e Graças a Deus, meu grande apoio estatístico.

Ao André Contreiras São Pedro e Patrick Bredemeier São Pedro – o primeiro, meu marido, meu amor, a felicidade plena, o valor da compreensão; o segundo, meu querido enteado, você nos mantém apaixonados pela vida.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Iraci dos Santos – orientadora do mestrado e da profissão, sua paciência e respeito aos diferentes momentos de minha vida me conduziram até aqui. Não desistiu de mim, nem quando o disse. Obrigada por tudo.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lina Márcia Miguéis Berardinelli – sábia co-orientadora. Contribuiu enormemente com o seu profissionalismo. Ser humano precioso ao compreender com clareza minhas necessidades. Apoio, garra, força de vontade aliada à delicadeza. Não tenho palavras.

Ao Prof. Dr. Denilson de Albuquerque – graças à sua gentileza unimos forças em direção ao cuidado, através de parceria, construção e aprendizagem mútua. Todo meu reconhecimento a sua sabedoria.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Enirtes Melo – pela gentileza em me receber, pelo apoio, e por ter somado tanto conhecimento.

Ao Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva – pessoa agradável, profissional admirável o qual partilhamos uma grande paixão: a enfermagem na cardiologia.

À Enfermeira Débora Martins – responsável pelas liberações do trabalho num momento de extrema importância para a pesquisa, o fez porque preza pela qualificação profissional, pela paixão à enfermagem e à vida, e por que seu coração não a faria agir diferente. Obrigada por tudo.

Aos Enfermeiros Daniel Aragão, Bianca Scharenberg, Hilda Santos, Paula Claussen, Alinny Lamas, Luana Cunha, Máuria Viegas, Simone Cairo, Débora Chaves – reconheço a excelência e extraio o melhor aprendizado de cada um de vocês. Nem a distância fez com que me deixassem. Mais que amigos. Meus irmãos de enfermagem, meus irmãos de coração.

Aos colegas de mestrado – somos quem podemos ser. Personalidades interessantes. Pessoas maravilhosas. Risadas declaradas. Sou uma pessoa melhor porque conheci vocês.

À minha família. Simplesmente maravilhosa.

À minha querida mãe – por ela não desisti de tudo, mesmo quando nada fazia sentido para mim. Por você, faria tudo de novo. Amor eterno.



Prefiro ir em busca do sol do que esperar que ele incida sobre mim.

*Markus Zusak*

## RESUMO

SOARES, Carla dos Santos. **Condições socioeconômicas e obesidade**: os desafios para a enfermagem na promoção do autocuidado na contemporaneidade. 2010.105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Este trabalho refere-se às complicações relacionadas com a obesidade no mundo contemporâneo, especialmente sua ocorrência no cliente com doença arterial coronariana. Considerando que essa enfermidade provoca repercussões de ordem física, emocional e socioeconômica, delimitou-se os problemas: qual é a relação entre obesidade e condições socioeconômicas numa clientela com doença arterial coronariana em tratamento ambulatorial? Quais são as prescrições identificadas na consulta de enfermagem diante das necessidades de autocuidado entre clientes com doença arterial coronariana? Objetivos operacionais: verificar a relação entre obesidade e condições socioeconômicas de clientes com doença arterial coronariana em acompanhamento ambulatorial; identificar as necessidades de autocuidado entre esses clientes, relacionando-as às correspondentes prescrições elaboradas durante a consulta de enfermagem. O Modelo de Promoção à Saúde, teorizado por Nola Pender apóia a construção de propostas de prescrições de enfermagem, sendo o autocuidado considerado inerente à vida e à sobrevivência do ser humano. Método epidemiológico, descritivo, série de casos, abordando 30 clientes durante a consulta de enfermagem no Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro, em 2009. Compõe o instrumento de produção dos dados as características sociodemográficas e socioeconômicas; fatores comportamentais; fatores de risco para obesidade; parâmetros antropométricos para massa corporal e circunferência abdominal. Na consulta de enfermagem, utilizou-se formulário para identificação/solução de problemas, adotando-se os diagnósticos aceitos pela NANDA®. Resultados: os sujeitos do estudo possuem ensino fundamental e recebem até dois salários mínimos compartilhados com 3-4 dependentes. Apresenta obesidade ou sobrepeso segundo índice de massa corporal, 63,4% clientes e com obesidade abdominal, 86,6. Considerando os diagnósticos identificados na consulta de enfermagem destacam-se as prescrições: observação da caracterização da dor; adequação da dieta; prática de atividades físicas, repouso e lazer. Aplicando o diagrama de Nola Pender, identificou-se: condutas previamente relacionadas, fatores pessoais e influências situacionais impeditivas e facilitadoras para adoção do autocuidado. Conclusão: pessoas com baixa escolaridade apresentaram maior obesidade, o que sugere menor discernimento para escolhas que elevem seus níveis de saúde. Visto sua coexistência em condições de renda salarial incompatível com suas necessidades de bem-estar, diante do atendimento de saúde cada vez mais excludente socialmente. A consulta de enfermagem favoreceu a autopercepção e conseqüente verbalização das necessidades para o autocuidado dos clientes, que foram descritas segundo os domínios físicos, psicológicos e sociais. Portanto, visando incentivar nos clientes com doença arterial coronariana uma de conduta de promoção de autocuidado para qualidade de vida, propõe-se: instituir, no campo da pesquisa, a consulta de enfermagem nas fases de diagnóstico, intervenção e resultados, haja vista sua eficácia na autopercepção dos clientes quanto aos problemas de saúde, sendo esse o passo inicial para se obter uma mudança efetiva para hábitos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Enfermagem em cardiologia. Obesidade. Condições socioeconômicas. Autocuidado.

## ABSTRACT

This work refers to obesity-related complications in the contemporary world, specially its occurrence in the client with coronary heart disease. Taking into account that this disease results in physical, emotional and social-economic consequences, the problems were outlined: what is the relationship between obesity and social-economic conditions in clients with coronary heart disease under ambulatory care? What are the prescriptions identified in the nursing appointment facing self-care necessities among clients with coronary heart disease? Operational purposes: observe the relationship between obesity and social-economic conditions in clients with coronary heart disease under ambulatory care; identify the self-care necessities among these clients, relating them to the corresponding prescriptions prepared during the nursing appointment. Nola Pender's Health Promotion Model, supports the construction of proposals for nursing prescriptions, being the self-care regarded as something inherent to live and survival of mankind. Epidemiologic descriptive method with cases series, approaching 30 clients during nursing appointment in the Cardiology Ambulatory at a University Hospital in Rio de Janeiro in 2009. Data production instrument is comprised of social-demographic and social-economic characteristics, behavioral factors, risk factors for obesity, anthropometric parameters for body mass index and waist circumference. In the nursing appointment, a form was used for problem identification/solution, adopting the List of NANDA<sup>®</sup> Approved Nursing Diagnosis. Results: the subjects of the study have primary educational background and receive up to two minimum wages shared between 3 to 4 dependents. 63.4% of the clients present obesity or overweight according to the body mass index, and 86.6% of them have waist obesity. Considering the diagnosis identified in the nursing appointment, the following prescriptions stand out: characterization of pain; adequacy of the diet; practice of physical, resting and leisure activities. Applying Nola Pender's diagram, the following was identified: previously related attitudes, individual factors and impending and facilitating for the adoption of self-care. Conclusion: people with low educational background presented higher obesity, which suggests lower judgment capacity for choices that improve their health levels. Given the coexistence of financial conditions incompatible with their wellness needs, facing a more and more socially excluded health care system. The nursing appointment favored self-awareness and resulting verbalization of the clients' needs for self-care, which were described according to physical, psychological and social domains. Therefore, with a view to stimulate an attitude of self-care for quality of life among clients, the following is proposed: establish, in the research domain, the nursing appointment in the phases of diagnosis, intervention and results, due to its effectiveness in the clients' self-awareness as for their health problems, constituting a start point to obtain an actual change to healthy habits for life.

Keywords: Nursing in cardiology. Obesity. Social-economic conditions. Self-care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	49
Figura 2-	Continuum da doença cardiovascular de acordo com Mesquita (2003, p.8).....	50
Figura 3-	Seleção da amostra.....	61
Quadro 1-	Dados da Consulta de Enfermagem segundo diagnóstico NANDA ®, por domínio físico, de clientes com doença arterial coronariana.....	79
Quadro 2-	Dados da Consulta de Enfermagem segundo diagnóstico de enfermagem NANDA®por domínio psicológico de clientes com doença arterial coronariana.....	81
Quadro 3-	Dados da Consulta de enfermagem segundo os diagnósticos NANDA®, por domínio social, de clientes com doença arterial coronariana.....	83
Figura 4-	Aplicação de elementos do Diagrama de Nola Pender.....	85

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos sujeitos segundo os critérios de IMC e obesidade segundo Circunferência abdominal .....	65
Tabela 2-	Distribuição dos sujeitos por fatores de risco biológicos e comportamentais para doença cardiovascular.....	67
Tabela 3-	Distribuição dos sujeitos por características sócio-demográficas.....	70
Tabela 4-	Medidas de Tendência Central dos sujeitos por idade, peso e altura.....	71
Tabela 5-	Distribuição dos sujeitos por características socioeconômicas.....	73

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	14
1	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	29
1.1	<b>Obesidade como fator de risco para doença arterial coronariana.....</b>	29
1.2	<b>Estratégias de controle da obesidade.....</b>	32
1.3	<b>Desnutrição na infância e obesidade: uma realidade causal.....</b>	36
1.4	<b>Breve abordagem sobre transição epidemiológica e nutricional.....</b>	37
1.5	<b>Orientação de enfermagem: uma estratégia do cuidar ampliada.....</b>	40
1.6	<b>Promoção da Saúde e autocuidado segundo a Teoria de Nola Pender.....</b>	44
1.7	<b>Doença arterial coronariana.....</b>	50
1.7.1	<b><u>Fisiopatologia da doença arterial coronariana</u>.....</b>	50
2	<b>METODOLOGIA.....</b>	58
2.1	<b>Tipo de estudo.....</b>	58
2.2	<b>Cenário do estudo.....</b>	59
2.3	<b>Amostra do estudo.....</b>	59
2.4	<b>Estratégia de pesquisa.....</b>	61
2.5	<b>Técnica de Pesquisa.....</b>	62
2.6	<b>Organização e Tratamento Estatístico.....</b>	63
2.7	<b>Variáveis do Estudo.....</b>	63
2.8	<b>Aspectos Éticos.....</b>	64
3	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	65
3.1	<b>Acometimento da obesidade e os fatores de risco.....</b>	65
3.2	<b>Condições socioeconômicas e obesidade: fatores de risco para doença coronariana.....</b>	72
3.3	<b>Necessidades de autocuidado: prescrições/ orientações de enfermagem.....</b>	78
3.4	<b>Recomendações para o autocuidado conforme elementos do Diagrama da Teoria de Nola Pender.....</b>	84
4	<b>CONCLUSÃO.....</b>	88
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	90
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	98
	<b>APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados.....</b>	99
	<b>APÊNDICE C – Ficha clínica.....</b>	101

<b>APÊNDICE D</b> – Processo de enfermagem .....	104
<b>ANEXO</b> – Parecer do Comitê de Ética da UERJ.....	105

## INTRODUÇÃO

O tema desta dissertação refere-se às complicações relacionadas com a obesidade no mundo contemporâneo, especialmente sua ocorrência no cliente com doença coronariana. Ele emergiu após experiência durante um importante período da formação acadêmico-profissional, correspondente à residência em enfermagem no Programa Cardiovascular de um Hospital Universitário do município do Rio de Janeiro, no período compreendido entre fevereiro de 2006 e fevereiro de 2008.

Ao perceber a riqueza de significados de saúde e doença apresentados no dia-a-dia ao longo da experiência supracitada, surgiu a motivação para aprofundar o conhecimento e contribuir para uma clientela tão singular em suas diferentes necessidades em saúde. É importante considerar que a abordagem aos clientes portadores de doença cardiovascular foi vivenciada numa fase “agudizada” da doença, no âmbito absolutamente hospitalar, o que permitiu ter uma representação diferenciada quanto à gravidade destes acometimentos, sob uma estimativa muito próxima da realidade.

A doença arterial coronariana (DAC), com especial interesse para abordagem neste estudo, caracteriza-se basicamente por um desequilíbrio entre a demanda e oferta de oxigênio para a musculatura cardíaca, que é provocado pela diminuição da luz do vaso coronariano, devido a um complexo processo de formação de trombos.

Porém, considerar que a doença provoca efeitos de aspectos meramente fisiológicos seria uma maneira reducionista de tratar o assunto. Sabidamente, a manifestação clínica deste evento tido como evento isquêmico, provoca repercussões sobre a vida das pessoas de ordem emocional, espiritual, socioeconômica, mental, dentre vários outros aspectos que compõem o ser humano. Não apenas pelo quadro clínico isquêmico – que poderá se manifestar através de dores precordiais intensas, dificuldades respiratórias, sudorese, náuseas, vômitos, mal-estar generalizado – mas também por estarem carregados de estresse, por se perceberem hospitalizados, normalmente em unidades de pacientes críticos, com aparatos técnicos e tecnológicos incomuns ao cotidiano, rompendo momentaneamente a autonomia para exercer cuidados básicos à vida humana, como trocas gasosas, alimentação, eliminação, higiene, ou até mesmo administrar aspectos de importante impacto social, como trabalho e/ou família.

A própria natureza da DAC revela que os sujeitos, quando expostos ao desconforto físico, como dor, ou emocional, como ansiedade, medo, estresse, liberam grande quantidade



de catecolaminas endógenas na circulação, o que aumenta a pressão arterial e, conseqüentemente, favorece a isquemia miocárdica (FIGUEIREDO, 2003).

Um importante alvo para a limitação da doença não corresponde apenas à manutenção ou otimização da integridade físico-fisiológica, mas também no conforto emocional, e na busca de estratégias para amenizar os agentes causais do medo, ansiedade, preocupações. Afinal não se pode ignorar que o coração é um órgão carregado de simbolismo representativo da continuação da vida, e qualquer ameaça a isso transcorre de forma no mínimo preocupante.

Em termos de intervenção imediata dos profissionais de saúde, os esforços iniciais são enfatizados sobre dois momentos principais: o pronto-atendimento para reversão do quadro agudo isquêmico, e/ou limitação da extensão da lesão miocárdica, a depender do grau evolutivo da doença, posto que tempo é miocárdio.

As condutas podem corresponder desde limitações dos gastos energéticos com recomendação absoluta ao repouso, infusões de drogas endovenosas, anti-plaquetárias, exames e procedimentos diagnósticos invasivos, uso de contrastes (risco de hipersensibilidade e/ou comprometimento renal) durante estratificação da doença arterial coronariana (DAC), até mesmo uma cirurgia de grande porte para revascularização do miocárdio com toda a complexidade de suas implicações (toracotomia, circulação extracorpórea, intubação orotraqueal, cardioplegia, dor no pós-operatório, imobilidade, dentre outros).

Acompanhado à dinâmica das diferentes condutas, incentiva-se o início prematuro das orientações para controle dos fatores de risco para DAC, que desempenham papel no desenvolvimento da doença, cujo efeito se potencializa a cada fator que se soma.

Hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares, uso excessivo de álcool, condições de vida, classe socioeconômica, condições ambientais, hipertrofia ventricular esquerda e o estresse psicossocial, associado à obesidade, são todos classificados como fatores de risco modificáveis para DAC, pois podem sofrer interferência após intervenção do profissional de saúde e mudança do estilo de vida dos indivíduos com adoção de hábito de vida saudável (SILVA; SOUZA; MATOS, 2003).

No entanto, atualmente a obesidade é considerada uma epidemia mundial oriunda dos problemas sociais, econômicos e culturais enfrentado por países em desenvolvimento, assim como, por indivíduos de todas as idades e classes sociais. Possui etiologia hereditária e constitui um estado de má nutrição em decorrência de um distúrbio no balanceamento dos nutrientes, induzido entre outros fatores pelo excesso alimentar (COSTA et al., 2009).

Pode ser definida como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura prejudicial à saúde, sendo um dos maiores desafios para a saúde pública do século XXI (ORGANIZAÇÃO

MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). Além de ser uma doença complexa com possível origem genética, metabólica, ambiental e comportamental, com consequências sociais e psicológicas graves (PEREZ; ROMANO, 2004), reduz a qualidade de vida e tem altas taxas de morbidade e mortalidade.

A causa fundamental da obesidade e do sobrepeso é o desequilíbrio entre a ingestão e o gasto calórico. Nesse sentido o estilo de vida emerge porque relaciona a mudança de uma dieta com aumento da ingestão de alimentos hipercalóricos, rico em gorduras e açúcares e escasso em vitaminas e mineral, assim como a diminuição da atividade física, devido à natureza cada vez mais sedentária de diversas ocupações de adultos, adolescentes e crianças, são os principais fatores que contribuem para esse problema (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 2006).

Lalonde (1974) definiu estilo de vida como sendo um conjunto de decisões individuais que afetam a saúde e sobre os quais é possível exercer certo grau de controle. As decisões e os hábitos que são maus para saúde, criam riscos originados pelo próprio indivíduo. Quando esses riscos resultam em enfermidade ou mortes pode-se afirmar que esse estilo de vida contribuiu ou causou a enfermidade ou disfunção.

Aguillar e Colombo (1997) referiram que a doença arterial coronariana em nosso meio está, em parte, relacionada ao fato de encontrarmos em nossa população um estilo de vida que propicia o desenvolvimento da obesidade e dos fatores de risco, já que comprovadamente, contribuem para o número de pessoas acometidas por essa doença. Esses fatores de risco para DAC podem ou não estar presentes dependendo do estilo de vida adotado por elas.

É, portanto inquestionável que a obesidade seja um co-fator importante na fisiopatologia do complexo causal e do cenário clínico-epidemiológico da DAC, além de agregar em sua composição valores socioeconômicos, ambientais, e fundamentalmente comportamentais, representados estes pelo estilo de vida assumido por pessoas inseridas, principalmente, nas culturas ocidentais.

Essa epidemia foi considerada, por muito tempo, exclusiva dos países ricos e desenvolvidos, porém está aumentando exponencialmente naqueles subdesenvolvidos e em desenvolvimento, especialmente no meio urbano. Desde a década de 80, o número de obesos triplicou, e continua aumentando de forma alarmante, principalmente entre as crianças e adolescentes (ORGANIZAÇÃO MUNIAL DA SAÚDE, 2006).

Trata-se de doença crônica, constituindo um importante fator de risco para o aparecimento, desenvolvimento e agravamento de outras, como as cardiovasculares, diabetes,

artroses, e de alguns tipos de câncer (endométrio, mama e colo de útero), de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2006).

O excesso de peso agrega em seu desenvolvimento reflexos psicológicos do comportamento alimentar, referindo que o funcionamento psíquico do ser humano determinará a relação que terá com o alimento, suas preferências e como organiza a rotina de suas refeições. Enquanto o contexto sociocultural contribuirá com usos, costumes, tipo de alimento, tradições no preparo, e mediará a oferta e disponibilidade dos alimentos (PEREZ; ROMANO, 2004).

Nesse sentido, vários esforços têm se voltado para os fatores comportamentais enquanto tratamento não farmacológico da obesidade, visando intervenções educacionais que venham instrumentar a mudança no estilo de vida para adoção de hábitos de vida saudáveis, envolvendo dieta alimentar balanceada e prática regular de atividades físicas.

Atualmente, observa-se uma inversão do panorama alimentar brasileiro, onde vários estudos apontam que a obesidade tem aumentado de forma alarmante entre grupos de classe socioeconômica inferior.

Na era da globalização, a fome diminuiu, mas continua causando mortes em países subdesenvolvidos, enquanto a obesidade é considerada uma pandemia mundial e importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e subdesenvolvidos (ARAÚJO; BESERRA; CHAVÉS, 2006).

Ferreira e Magalhães (2006) também concordam ao relatarem que, notadamente, observa-se a inversão dos indicadores nutricionais no país, caracterizada pelo declínio substancial da desnutrição e em contrapartida pela ascensão da obesidade.

Nessa lógica, também se observa a persistência de mortes causadas por doenças infecto-contagiosas, em conjunto às consideradas doenças crônicas não transmissíveis, que também ganham destaque nas causas de óbitos.

Nem os países desenvolvidos, nem os países em desenvolvimento se apresentam como unidades homogêneas, quer para a prevalência da desnutrição, quer para a da obesidade. Ao contrário, podem ser caracterizados em uma fórmula mista tanto de excesso de peso quanto de déficit nutricional. Pinheiro, Freitas e Corso (2004), assim como Costa et al. (2009) afirmaram que a epidemia global da obesidade é um reflexo dos problemas sociais, econômicos e culturais atualmente enfrentados por países em desenvolvimento ou recentemente industrializados, assim como pelas minorias étnicas em situações desvantajosas nos países desenvolvidos. A obesidade é uma doença complexa com consequências sociais e psicológicas graves, que afeta todas as idades e grupos sociais.

O fator genético é um importante determinante na suscetibilidade de uma pessoa quanto ao ganho de peso, e o equilíbrio do peso determinado pela ingesta de caloria *versus* gasto calórico. Sendo assim, a epidemia de obesidade tem sido dirigida por mudanças da sociedade e dos hábitos alimentares, acarretados pelo crescimento econômico, modernização, urbanização e globalização.

Atualmente a obesidade tem se apresentado como um agravo importante para as sociedades modernas em face de seu avanço em diferentes partes do mundo. É incontestável que o Brasil e diversos países da América Latina estão experimentando uma rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional nos últimos vinte anos. As características e os estágios de desenvolvimento da transição diferem para os vários países da América Latina (KAC;VELÁSQUES-MELÉNDEZ, 2003).

No entanto, um ponto chama a atenção: o marcante aumento na prevalência de obesidade nos diversos subgrupos populacionais para quase todos os países latino-americanos. Dentro desse contexto, a obesidade se consolidou como agravo nutricional associado a uma alta incidência de doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, desta maneira influenciando o perfil de morbimortalidade das populações.

A melhoria das condições de vida, a maior cobertura de saúde, e o declínio da fecundidade favoreceram a redução da desnutrição no país. Em contrapartida, a urbanização e seu impacto nos padrões de alimentação e atividade física contribuíram para evolução do excesso de peso e, conseqüentemente, para uma mudança dos indicadores nutricionais.

No momento em que vários países se encontram num período de transição epidemiológica e nutricional, devido à extensão territorial, um significativo número de habitantes, bem como diferenças socioeconômicas e culturais, no Brasil a heterogeneidade destes processos é visível e complexa (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Com relação à obesidade, é evidente o caráter multifatorial e complexo que é compreendido na interação de fatores ambientais e genéticos. A perspectiva de um controle que perpassa pela consolidação de um modelo terapêutico para o autocuidado, que responsabiliza apenas o sujeito pela sua adesão ao esquema terapêutico e interferência sobre seu estilo de vida, tornou-se insuficiente.

Isso porque, para se alcançar o nível máximo de saúde desejado, assim como é inquestionável o controle individual da obesidade, e outros fatores de risco para doença cardiovascular, também o é a utilização de estratégias coletivas que considerem as mudanças tidas como ambientais, que tenham repercussões mais amplas sobre as condições sociais dos sujeitos.

Fiszman e Matos (2003) colaboraram ao afirmar que o sucesso das estratégias de saúde envolve a superação de algumas barreiras importantes, entre elas: a desinformação, a resistência à mudança, a exclusão social, os conflitos de interesse e a distância entre o conhecimento. O enfermeiro como provedor do cuidar se torna um interventor através da orientação para o controle da obesidade do cliente com DAC, à medida que se propõe ao cuidado integrado, ou seja, o cuidar associado ao educar, junto a essa pessoa, objetivando a prevenção contra a recorrência de um novo evento clínico.

No entanto, os fatores de risco “biomédicos” e o “estilo de vida”, da pessoa, embora sejam prevalentes nas populações ocidentais, explicam apenas pequena parte da variância das Doenças Cardiovasculares (DCV). A redução progressiva da mortalidade por estas doenças em décadas recentes não foram precedidas pelas quedas desses fatores de risco.

Na relação de causalidade, o que se tem evidente é a desigualdade social como determinante dessas doenças, onde a escolaridade, a renda, o nível profissional, o emprego e as condições de habitação são fatores de risco condicionais ao adoecimento e mortalidade, e não somente o controle isolado de fatores comportamentais (FISZMAN; MATOS, 2003, p. 34).

Muito se tem avançado na compreensão e nas estratégias de controle destes fatores de risco, sendo prioridade a detecção precoce de indivíduos com risco para desenvolver a DAC objetivando evitar um evento que possa ser fatal, ou incapacitante, representando altos custos com serviços, atendimentos, profissionais da saúde, ou seja, afetar diretamente a qualidade de vida dos sujeitos e suas famílias.

Sauper et al. (1999) consideram que nenhuma profissão é mais cuidadora que a enfermagem. Isso porque o cuidado está intimamente relacionado a esta profissão, na condição de que sempre cuidamos de forma segura, diferenciada e integrativa.

Considerando-a uma ciência humana, os profissionais constroem suas ações junto às pessoas a partir de suas experiências, adquiridas por suas vivências; isso os leva ao saber para exercer o cuidado, tomado por inter-relações dos aspectos físicos, emocionais, profissionais, espirituais, éticos, dentre outros.

Nessa perspectiva, Ferraz et al. (2005) definem cuidado integrativo como um conjunto de ações integradas ao ser humano, de relações interpessoais, que busca desenvolver a capacidade de perceber/percebendo-se, ouvir/perscrutando e tocar/sentindo o outro em seu contexto e nas dimensões de seu espaço.

O cuidado associado da educação transcende seus preceitos básicos. Pois por meio do educar nos capacitamos para intervir de forma construtiva/reflexiva, singular/plural,

dinâmica/flexível, num complexo histórico cultural de relações humanas entre os sujeitos, num sistema cíclico de relações, em que um aprende com o outro, e este aprender converge para a transformação de ambos, de quem os rodeiam e do meio que estão inseridos (FERRAZ et al., 2005, p.608).

O educar se torna um componente essencial do cuidado de enfermagem, e direcionado para promoção, manutenção e restauração da saúde e prevenção da doença, pois refletirá em seu comportamento, e fundamentalmente, na consideração do contexto ambiental, socioeconômico em que ele vive. Visto que a enfermagem se propõe a desenvolver junto com cliente um cuidado seguro, diferenciado e integrativo, associando-o ao educar.

Ao considerar as complicações da obesidade, a complexidade dos eventos que a provocam, e as pessoas com doença coronariana, ressalta-se a educação como instrumento de transformações sob dois principais aspectos da promoção da saúde: os que visam mudanças nos comportamentos dos indivíduos, focando seu estilo de vida, localizando-os nos seios da família, no ambiente das culturas da comunidade que se encontram (BUSS, 1999).

E o reconhecimento de um amplo aspecto relacionado com qualidade de vida, que incluem padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação, saneamento básico, boas condições de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida dos indivíduos e da comunidade (BUSS, 1999).

### **Problemas de pesquisa:**

- Qual é a relação entre obesidade e condições socioeconômicas numa clientela com doença arterial coronariana em tratamento ambulatorial?
- Quais são as prescrições identificadas na consulta de enfermagem diante das necessidades de autocuidado entre clientes com doença arterial coronariana?

### **Objetivos do estudo:**

Geral- Contribuir para as discussões sobre a prevalência da obesidade numa clientela com doença arterial coronariana em acompanhamento ambulatorial, apresentando

possibilidades de se identificar suas necessidades de autocuidado durante a consulta de enfermagem.

Específicos:

Verificar a relação entre obesidade e condições socioeconômicas de clientes com doença arterial coronariana em acompanhamento ambulatorial.

Identificar as necessidades de autocuidado entre clientes com doença arterial coronariana, relacionando as correspondentes prescrições de enfermagem elaboradas durante a consulta de enfermagem.

### **Justificativa do Tema**

A investigação sobre o padrão nutricional adotado por um grupo ou sociedade foi intensificada a partir da década de 70, principalmente em virtude da transição nutricional, e consequente aumento da obesidade. A Transição Nutricional refere-se a mudanças, ao longo dos anos, nos padrões nutricionais que resultam de modificações na estrutura da dieta dos indivíduos, como consequência de transformações econômicas, sociais, demográficas e sanitárias (VASCONCELOS; LAPA; CARVALHO, 2006).

Essas mudanças ocorrem e são observadas em todo o mundo. Representantes da Saúde na região do Pacífico asiático, por exemplo, têm demonstrado intensa preocupação com o impacto das repentinas mudanças dos hábitos alimentares e atividades físicas combinados à desnutrição severa de mulheres e crianças que ultrapassam gerações. O resultado disso indica um evidente aparecimento precoce de doenças crônicas não transmissíveis, como excesso de peso, diabetes tipo 2, hipertensão, doenças isquêmicas do coração, infarto.

Junto à Organização Mundial da Saúde (OMS), Associação Internacional para Estudos da Obesidade (IASO), dentre outros, foram realizadas algumas Conferências, Mesas Redondas com a produção de documentos importantes que trazem à discussão ideias e experiências bem-sucedidas, principalmente no que se refere às contribuições para mudanças do estilo de vida, através de definições de estratégias globais sobre dieta, atividade física e saúde.

Em 2000, foi lançada a publicação “A Perspectiva Pacífico-Asiática: Definindo Obesidade e seu Tratamento”, visando reforçar diretrizes para lidar com a obesidade, a ser adotada pelos profissionais de saúde dessa região; em 2002 foi lançado um documento a partir

de uma Mesa Redonda sobre dieta, atividade física e saúde, com participação de mais de 30 países da região supracitada.

Na América Latina, mais de 12 países elaboraram um documento a partir do “Consenso Latino Americano de Obesidade” em 1999, que representou uma revisão dos diversos aspectos relacionados à obesidade. Sugeriram medidas que pudessem contribuir através de medidas preventivas, bem como os métodos disponíveis para avaliação e tratamento do paciente obeso.

Coutinho e Cabral (2000) colocaram que, nos Estados Unidos, um dos primeiros documentos a estabelecer parâmetros para nortear a abordagem do paciente obeso foi o da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, publicado em 1995 sob o título "Pesando as Opções". Foi um instrumento útil na promoção da abordagem passo a passo recomendada pela Associação Americana de Obesidade. A primeira recomendação européia foi editada pela *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* em 1996, relatando o uso da farmacoterapia de longo prazo no tratamento da obesidade e desenvolvendo uma abordagem baseada em evidências para as recomendações terapêuticas. Em 1997, a Organização Mundial de Saúde publicou os resultados de um trabalho internacional, com o título *Obesity: preventing and managing the global epidemic*.

No Brasil diversos autores (MONTEIRO et al., 1993; FERREIRA; MAGALHÃES, 2006 ; VASCONCELOS; LAPA; CARVALHO, 2009) fazem referências aos dois principais estudos abrangentes de base populacional, enquanto inquérito nutricional: Estudo Nacional sobre Despesa Familiar (ENDEF) realizado entre 1974 e 1975; Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) realizado em 1989.

Tratou-se de estudos com amostras probabilísticas de famílias brasileiras, onde foram obtidos dados antropométricos, dentre outras informações, que permitiram avaliar o estado nutricional da população em particular, bem como a prevalência nacional e regional da desnutrição infantil. Constatou-se em ambos os estudos uma queda significativa da desnutrição, porém uma importante ascensão de prevalência da obesidade (MONTEIRO et al., 1993) .

A Pesquisa sobre Padrões de Vida realizada em 1997 também permitiu avaliar a magnitude dos agravos nutricionais mais relevantes, mapeando seus principais determinantes e estudando as tendências nutricionais apresentadas em intervalos sistemáticos.

A doença cardiovascular (DCV), em especial apresentação como doença arterial coronariana, é a principal causa de morte no mundo. No Brasil, a DCV responde por 32,3%



dos óbitos, representando cerca de 250.000 mortes por ano no país (BRANDÃO et al., 2006, p. 548).

As doenças cardiovasculares (DCV) se constituem num importante problema de saúde pública. Pois apresentam alta taxa de morbimortalidade, repercussão sobre a qualidade de vida e impacto sócio-econômico considerável. Esse último representa uma crescente preocupação, haja vista o alto custo para a sociedade, para as famílias e para os indivíduos, quando o capital social é atingido por longos períodos de deficiência, mortalidade prematura, assistência e métodos diagnósticos caros (FISZMAN; MATOS, 2003).

Anualmente mais de 40% das mortes registradas no Brasil ocorrem por doenças não transmissíveis, sendo as principais causas de internação e óbito. Só em 2003, significaram mais de 400 mil mortes. Custam ao Brasil cerca de R\$ 11 bilhões por ano em consultas, internações e cirurgias, incluindo transplantes (BRASIL, 2005).

Nos Estados Unidos, estima-se que ocorra aproximadamente 1,5 milhão de admissões hospitalares por síndromes coronarianas agudas. No Brasil, esse problema não é diferente, pois as síndromes coronarianas agudas são importante causa de morbidade e mortalidade em nosso país. Apesar dos recentes avanços no tratamento das síndromes coronarianas agudas, com novos medicamentos e novas modalidades terapêuticas invasivas, o risco de eventos sucessivos e de isquemia recorrente ainda é alto (COELHO; COELHO FILHO, 2005).

Ainda com relação aos norte-americanos, o custo das DCV é cerca de 2% do produto interno bruto, estimando-se custos anuais em cerca de 300 bilhões de dólares. Um estudo no Canadá constatou que 21% de todos os custos com doenças crônicas não transmissíveis são atribuídos às doenças cardiovasculares, num total de U\$ 12 bilhões anuais. Esses custos incluem tratamento, consultas e custos indiretos, como a perda de renda, devido deficiência e morte (FISZMAN; MATOS, 2003).

De acordo com estimativa da OMS de 1999, 30,9% de todas as mortes ocorridas em 1998 foram atribuídas às doenças cardiovasculares, e 78,5% dessas mortes foram registradas em países com baixa e média renda *per capita*, entre os quais o Brasil é um dos maiores (BERTOLAMI, M.C; BERTOLAMI, A, 2006).

A OMS também apresentou a perspectiva de que em 2020 cerca de 40% das mortes estarão relacionadas às doenças cardiovasculares, e de que o infarto agudo do miocárdio será a mais frequente causa isolada. Além disso, a maioria dessas mortes ocorrerá nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil (BERTOLAMI, M.C; BERTOLAMI, A, 2006).

A aterosclerose, doença progressiva caracterizada pelo acúmulo de lípidos e componente fibroso em grandes artérias, é a causa primária de doença arterial coronariana e acidente vascular cerebral, sendo responsável por aproximadamente 50% das mortes em países ocidentais (ARAÚJO et al., 2006).

Embora atualmente a aterosclerose seja compreendida como uma doença inflamatória e não meramente como um acúmulo passivo de lípidos na parede arterial, o acréscimo de lipoproteínas plasmáticas de baixa densidade, aos componentes metabólicos, são representativos no risco para manifestação da doença coronariana.

A obesidade é definida por índice de massa corpórea (IMC) maior que 30 kg/m<sup>2</sup> e o sobrepeso, por índice de massa corpórea maior que 25 kg/m<sup>2</sup>. No Brasil, a prevalência de obesidade é de cerca de 8,9% para os homens e de 13,1% para as mulheres; ao se somar obesidade com sobrepeso, esse número eleva-se para 41,1% e 40%, respectivamente, de acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Nos Estados Unidos, esse índice é de cerca de 64,5% e 30,5%, respectivamente, ou seja, mais da metade da população norte-americana apresenta sobrepeso ou obesidade (ATALA; COLOMBO, 2004).

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, levantamentos realizados desde a década de 1970 mostram que, seguindo a tendência mundial, a prevalência de sobrepeso e obesidade está aumentando. Pesquisa associada ao Instituto Nacional de Câncer (INCA) realizada nas capitais do país mostra prevalências de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) ligeiramente maiores no Sul e Sudeste. De acordo com o estudo, o maior índice de obesidade está no Rio de Janeiro (RJ), com 12,9%, enquanto os menores estão em Aracaju (SE) e Vitória (ES), com 8,1% e 8,2%, respectivamente. Já a prevalência de sobrepeso nas capitais variou de 23%, em Natal (RN), a 33,5%, no Rio de Janeiro.

Em relação à faixa etária, todas as capitais apresentaram o mesmo comportamento quanto à prevalência de excesso de peso. O estudo mostrou que os brasileiros maiores de 50 anos são os mais atingidos por esse problema. Apenas quatro cidades tiveram prevalências inferiores a 50% nessa faixa etária: Belém (47,6%), Natal (47%), João Pessoa (49,5%) e Vitória (46%). Em São Paulo e Florianópolis, a prevalência de excesso de peso após os 50 chegou aos 60%.

Pachú et al. (2003, p.204) afirmaram que a prevalência e o número de novos casos com excesso de peso corporal vêm crescendo de forma alarmante nos últimos anos, apresentando-se como um dos principais fatores de risco para morbimortalidade cardiovascular.

Comparativamente à análise do índice de massa corpórea, a obesidade abdominal ou central (gordura visceral) é a que mais se correlaciona com disfunções metabólicas. A simples medida da circunferência da cintura é critério adequado para definir a obesidade abdominal. Os valores de circunferência considerados normais são menores que 90 cm para homens e menores que 80 cm para mulheres (AZEVUM; GUIMARÃES; PIEGAS, 2006).

A obesidade do tipo visceral reproduz um acúmulo excessivo de gordura abdominal e está associado com diversas alterações metabólicas, configurando a Síndrome Metabólica. Esta é constituída por três ou mais associações entre os seguintes fatores: hipertensão arterial, obesidade abdominal, dislipidemia aterogênica, alteração do mecanismo da glicose e microalbuminúria (AZEVUM; GUIMARÃES; PIEGAS, 2006).

A síndrome metabólica apresenta importância significativa porque confere aumento do risco cardiovascular em pacientes previamente isentos de doença cardiovascular. Estima-se que, atualmente, 21,8% a 25% dos adultos norte-americanos – o que representa cerca de 47 milhões de pessoas – apresentem critérios para o diagnóstico da síndrome metabólica, de acordo com os critérios definidos pelo “National Cholesterol Education Program” (NCEP) (AZEVUM; GUIMARÃES; PIEGAS, 2006).

A representação da obesidade para DAC foi revelada por Framingham, em 1983, como sendo um fator de risco nas doenças cardiovasculares, não apenas a arterial coronariana, mas também contemplando a insuficiência cardíaca, o acidente vascular encefálico, a hipertensão arterial sistêmica, as dislipidemias, a tolerância diminuída à glicose e presença de hipertrofia ventricular esquerda. A título de exemplo, numa clientela de obesos, 60% apresentam hipertensão arterial sistêmica, havendo estreita relação entre os índices antropométricos e os níveis de pressão arterial, presença de sobrepeso, em população adulta, adolescente e infantil (PACHÚ et al., 2003).

Estudos relacionados aos fatores de risco no Brasil e no mundo vêm sendo desenvolvidos, mas a ritmos diferenciados. Estudos internacionais conseguem ter uma representatividade populacional melhor, são multicêntricos, apresentam maiores insumos e incentivos à compreensão destes fatores, vista a obesidade prevalente em sua população.

No Brasil, temos alguns estudos mais isolados, mais específicos, e menos representativos, porém desenvolveram-se algumas pesquisas que evidenciaram um perfil populacional capaz, por exemplo, de apontar os fatores de risco para DAC.

Diversos estudos têm sido realizados para verificar a associação entre indicadores antropométricos de obesidade e risco coronariano elevado (RCE). A maioria deles demonstra

que os indicadores de obesidade central são mais associados ao RCE do que os indicadores de obesidade total.

O estudo AFIRMAR no Brasil foi um marco, pois demonstrou que os fatores de risco clássicos são os responsáveis pelo aparecimento do infarto do miocárdio em nossa população. Esse estudo caso-controle avaliou 1.279 casos de infarto agudo do miocárdio pareados com o mesmo número de controles sadios, não portadores de doença arterial coronária.

Após análise multivariada, os seguintes fatores de risco foram identificados como independentes relacionados ao aparecimento do infarto agudo do miocárdio: tabagismo atual, glicemia (126 mg/dl), relação cintura/quadril, história familiar de doença arterial coronária, LDL-colesterol, hipertensão arterial e diabetes mellitus relatados (BERTOLAMI, M.C; BERTOLAMI, A, 2006).

Azevum e colaboradores (AZEVUM; GUIMARÃES; PIEGAS, 2006), em estudo caso-controle baseado em hospital e envolvendo 271 casos com infarto agudo do miocárdio e 282 controles, demonstraram clara associação independente do fator de risco obesidade abdominal analisada por meio da relação cintura-quadril.

O estudo INTERHEART, que envolveu 52 países e teve importante participação do Brasil, analisou, em 15.152 casos que apresentaram infarto agudo do miocárdio, quais os fatores de risco que apresentavam associação independente com o evento. Demonstrou que perfil lipídico anormal, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, obesidade abdominal (avaliada pela circunferência abdominal) e fatores psicossociais se associaram de forma positiva com o infarto agudo do miocárdio (BERTOLAMI, M.C; BERTOLAMI, A, 2006).

O Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA Brasil) é um estudo de coorte multicêntrico que pretende investigar e monitorar homens e mulheres entre 35 e 74 anos por um período de até 20 anos. O ELSA Brasil tem por objetivo suprir lacunas de conhecimento sobre a incidência de doenças crônicas - entre elas o diabetes e as doenças cardiovasculares, com 15 mil voluntários, funcionários e docentes de seis instituições públicas de ensino superior e pesquisa das regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil: Fundação Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro), Universidade de São Paulo e as Universidades Federais da Bahia, do Espírito Santo, Minas Gerais, do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2007).

Da mesma forma, é realizado um estudo denominado ARCANJO (Avaliação do Risco Cardiovascular nos Cardiologistas do Rio de Janeiro) com objetivo de conhecer o perfil da saúde dos profissionais cardiologistas do estado do Rio de Janeiro, numa parceria entre Sociedade de Cardiologia do estado do Rio de Janeiro (SOCERJ) e Fundação do Coração (FUNCOR).

A obesidade, considerada na atualidade uma epidemia em vários países industrializados é um dos maiores problemas de saúde das sociedades contemporâneas, estando relacionada com elevadas prevalências e incidências de doenças cardiovasculares (hipertensão, doença arterial coronariana e doenças cerebrovasculares), diabetes e cálculos biliares, entre outras (LESSA; PITANGA, 2007, p.239).

A obesidade, mais atualmente caracterizada pelos índices de massa corpórea e circunferência abdominal, acaba sendo um componente que somado a outros fatores ou isolado, agrega riscos ao desenvolvimento da doença cardiovascular, sendo, portanto, um importante alvo quanto às medidas de controle e redução de riscos à manifestação clínica das doenças arteriais coronarianas.

### **Contribuições do estudo**

A enfermagem desenvolve um importante papel no cuidado de clientes hospitalizados com doença arterial coronariana. Assim, espera-se que seus profissionais constituam um grupo especializado e qualificado dentro das instituições de saúde, intervindo de forma compartilhada junto a outros profissionais, na recuperação e reabilitação desses sujeitos.

Porém, embora as práticas educativas sejam reconhecidamente uma das atribuições do profissional de enfermagem, constituindo também as vertentes quanto ao paradigma centrado na promoção da saúde, é escassa a divulgação dos resultados de sua atuação na identificação das necessidades dos clientes com doença arterial coronariana, no âmbito ambulatorial, ao tratar da obesidade, considerando a dimensão multifatorial: política, social, econômica, comportamental.

O controle dos fatores de risco que normalmente potencializam as chances de manifestações clínicas de isquemia miocárdica depende da participação ativa da pessoa com DAC. Nesse sentido, ela pode ser incentivada a partir das inter-relações com os profissionais de saúde entre os quais Santos et al. (2008) destacam o enfermeiro, por estar constantemente mais próximo do cliente e na sua prática de cuidar/educar se comprometer em prover-lhe informações que o levam à reflexão, à tomada de consciência, às interferências sobre o seu estilo de vida e à autonomia para o cuidar de si.

Porém, a ansiedade para que outras propostas sejam articuladas e considerem a realidade das condições de vida em que os sujeitos encontram-se inseridos, é um desafio para

superação de um modelo de prevenção que responsabiliza isoladamente a adesão ou não a terapêutica orientada pelo profissional.

Visando enfatizar atos intervencionistas futuros da enfermagem, a representação dessa classe de profissionais na luta travada contra o modelo biomédico, mas que incorpore outras dimensões, a perspectiva deste estudo é que se torne um alicerce para o aprofundamento de estudos futuros, visando elementos para fundamentar filosófica, teórica e tecnologicamente a reconstrução das práticas de cuidar, educar e pesquisar dessa profissão.

A necessidade de incentivar a consulta de enfermagem de forma sistematizada inclui a avaliação dos resultados obtidos com as intervenções de enfermagem. Desse modo, objetiva-se a contribuição para a redução dos índices de obesidade através da orientação para o autocuidado, no campo da pesquisa, lembrando que a sistematização da assistência de enfermagem, no desenvolvimento da consulta, pelo enfermeiro, requer a qualificação profissional, em termos de competência, habilidade e interação com o cliente, além de decisão institucional para ser realizada em sua amplitude.

Portanto as pesquisas visando cuidar além de investigar junto ao cliente podem contribuir para demonstrar que o esforço envidado por pesquisadores pode ser incorporado como uma meta a ser alcançada no campo institucional.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1 Obesidade como fator de risco para doença arterial coronariana

O termo “fator de risco” agrega um valor mensurável, representativo de uma relação causal com uma enfermidade e significativo quanto ao prognóstico ou risco futuro do cliente. Esse termo surgiu pela primeira vez a partir da divulgação dos achados do Framingham Heart Study em 1948. Inseriu a ideia de multifatores causais, com importâncias diferentes para os vários fatores envolvidos na determinação da doença cardiovascular.

Muitos estudos apontam que os fatores de risco trazem imediata relação com a adoção do estilo de vida. A literatura indica que existe um enorme lapso de tempo entre a exposição aos fatores de risco e o desenvolvimento de doenças, e demonstra também que a exposição aos diversos fatores de risco cardiovascular começa na infância e na adolescência (BRANDÃO et al., 2006, p. 508).

Nos indivíduos mais jovens, os fatores de risco modificáveis têm importância crucial porque eles tendem a se repetir e a se agravar com o passar dos anos. A prevenção primária precoce nessas populações é, portanto, uma medida de saúde pública, principalmente em países mais pobres por tratar de estratégias rápidas, seguras e custo-efetivas (BRANDÃO et al., 2006, p. 508).

Porém, Fizman e Matos (2003), em sua publicação, elucidaram sobre as ideias relacionadas às estratégias de prevenção para doenças cardiovasculares e promoção de saúde. Eles reconheceram a prevalência dos fatores de risco nas populações ocidentais, mas admitem que isso explica apenas pequena proporção da variância das DCV.

Os autores afirmam que as quedas da mortalidade por DCV observadas a partir da década de 1960 nos países desenvolvidos, e década de 1970 no Brasil, não foram acompanhadas pelas quedas destes mesmos fatores de risco, tampouco pelo controle, já conhecido.

Esses autores buscam associar outros elementos causais e alcançam a lógica das desigualdades sociais como norteadores para adoecimento da população:

Os dados associando as condições de vida inadequadas, devido ao baixo nível socioeconômico da população, às doenças cardiovasculares são irrefutáveis...as estratégias de controle das DCV baseadas apenas nos aspectos de estilo de vida, que colocam a

responsabilidade para o controle dos fatores de risco apenas no paciente, terão pouca influência na morbimortalidade (FISZMAN; MATOS, 2003, p.134).

Ainda que se tenha como foco as ações de controle dos fatores de risco, de forma isolada, essa clientela nunca se verá saudável porque sempre haverá novos “controles” a serem realizados, e uma população cada vez mais acometida e submetida ao “controle” dos mesmos. A abordagem e cura superficial da população ganha espaço, perdendo-se a causa como alvo estratégico.

A cura não seria uma utopia, embora ainda esteja distante, porque já foi demonstrado através de estudo que existe uma população, os índios Yanomami no Brasil, que não apresentam hipertensão arterial, obesidade ou hipercolesterolemia, sem o uso de qualquer medicamento, indicando que é possível alcançar o objetivo de ter uma população que não apresente os fatores de risco citados (CARVALHO et al., 1992).

A abordagem das doenças cardiovasculares, incluindo a DAC, gera a necessidade de aprofundamento sobre os fatores comportamentais (ambientais e organizacionais), mas também as condições de vida à que a população encontra-se submetida.

O esforço, portanto, é de que as ações em saúde não se reduzam às estratégias de mudanças do estilo de vida, mas diferentemente, coloque o cliente como corresponsável de sua sensibilização junto a atuação do profissional, estendendo-se à formulação de políticas, atividades comunitárias, sensibilização dos serviços de saúde, enfim, estratégias coletivas que permitam modificações ambientais e sociais (FISZMAN; MATOS, 2003, p.139).

Apesar de cada fator poder atuar de forma independente, seus efeitos variam de pessoa a pessoa, isolados ou associados entre si. Os mais conhecidos são objetos de programas isolados ou verticais de controle: hipertensão arterial, hipercolesterolemia, obesidade, tolerância reduzida à glicose e diabetes, que tanto podem ser considerados como doença ou fatores de risco de DCV.

Prevalentes na cultura ocidental, acrescentam-se à estes aspectos aqueles considerados comportamentais como inatividade física, tabagismo, alcoolismo e consumo de alimentos ricos em gordura animal.

Existem várias formas de classificação dos fatores de risco cardiovasculares, agrupando de acordo com as alterações fisiológicas, quanto à importância na determinação da doença ou, conforme abordaremos nesse estudo, quanto à possibilidade de serem modificáveis por alguma intervenção.

Os fatores de risco não modificáveis constituem a idade, sexo, história familiar positiva para doença arterial coronariana.



Os modificáveis são considerados a hipertensão arterial; diabetes mellitus; dislipidemia; tabagismo; sedentarismo; obesidade; hábitos alimentares; uso excessivo do álcool; condições de vida; classe econômica; condições ambientais; hipertrofia ventricular esquerda; estresse psicossocial, sendo os dois últimos não relacionados à este estudo.

Existem ainda os fatores de risco muito pouco modificáveis que relacionam hiperhomocisteinemia ou resistência à aspirina, por exemplo.

Cada fator de risco desempenha um papel no desenvolvimento da doença e seu efeito é potencializado quando o indivíduo possui mais de um fator. Destaca-se que a relação entre esses fatores é probabilística, ou seja, sua presença aumenta a probabilidade de desenvolvimento da doença, porém pessoas com fatores de risco podem não desenvolvê-la.

A afirmativa é de que, de fato, a adição de cada fator de risco aumenta o risco para DAC de maneira exponencial. Corroborando Colombo, Gallani e Rigacci (2005, p. 286), parece inquestionável a identificação desses fatores já na fase da manifestação isquêmica, com vistas ao desenvolvimento de práticas educativas.

A obesidade, nesse contexto, é uma desordem multifatorial com determinantes genéticos e ambientais mundialmente difundidos, sendo considerado um problema de saúde pública, uma epidemia em vários países industrializados, estando relacionada às elevadas prevalências e incidências de doenças cardiovasculares, inclusive e principalmente, a arterial coronariana (LESSA; PITANGA, 2007, p. 240).

O papel da obesidade generalizada como fator de risco cardiovascular ainda é controverso, mas a melhor explicação para associação entre doença cardíaca isquêmica e obesidade é que esta ocorreria num subgrupo de obesos, ou seja, nas pessoas que apresentassem adiposidade localizada na região abdominal ou central, mesmo na ausência de adiposidade generalizada.

A maioria dos estudos indica que os riscos coronarianos elevados estão mais associados à obesidade central, do que à generalizada e de acordo com Lessa; Pitanga (2007, p.240) são diversos os indicadores de obesidade total e central. Esta última pode ser medida através de:

- Espessura de dobras cutâneas no tronco e nas extremidades;
- Medidas de circunferências de cintura e quadril;
- Tomografia computadorizada;
- Ultrassonografia abdominal;

- Ressonância magnética nuclear.

Mais recentemente, no início da década de 90, foi proposto o índice de conicidade (índice C) como indicador para avaliação da obesidade e distribuição da gordura corporal. Este índice utiliza como variáveis o peso, a estatura e a circunferência da cintura.

A razão circunferência cintura-quadril (RCCQ), apesar de ser sensível para a distribuição da gordura corporal, poderá apresentar problemas em virtude da provável variação conjunta nas circunferências de quadril e cintura, durante o processo de redução do peso corporal.

Por outro lado, sugere-se que a medida da circunferência da cintura (CC) está mais fortemente associada ao nível de tecido adiposo abdominal visceral do que à RCCQ, utilizando-se a tomografia computadorizada como método de referência.

Além disto, pesquisas demonstram que a circunferência da cintura pode ter vantagens sobre outras medidas de obesidade na predição do risco cardiovascular, porém novos estudos ainda serão necessários para confirmação desta hipótese.

Para avaliação da obesidade generalizada, o indicador mais utilizado é o índice de massa corporal (IMC), ainda que não reúna condições para avaliação da distribuição da gordura corporal, além de nem sempre estimar de forma correta padrões de obesidade em alguns subgrupos populacionais, como, por exemplo, atletas.

Andrade et al. (2008, p.312) esclarecem que, embora o IMC seja uma medida simples, conveniente e até agora válida para estudo da obesidade, medidas de obesidade central (principalmente circunferência abdominal e relação cintura-quadril alteradas) têm se mostrado mais relacionadas tanto com risco coronariano elevado quanto com infarto agudo do miocárdio. Apesar disso, o IMC é o índice antropométrico até agora mais utilizado na cardiologia intervencionista para seguimento clínico após intervenção coronariana. Serão a associação, o IMC e a circunferência abdominal os critérios utilizados para mensuração neste estudo.

## 1.2 Estratégias de controle da obesidade

Relacionado aos Programas de tratamento da obesidade, o Ministério da Saúde vem manifestando uma preocupação sobre o assunto. Junto à Organização Pan-Americana de

Saúde (OPAS) e OMS - publicou na obra “Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados” (2004) um capítulo sobre obesidade, relacionando as evidências e fantasias a respeito.

Nela, Wannmacher (2004) realiza algumas observações interessantes, ao iniciar referindo que obesidade não se trata de um assunto meramente estético, mas importante fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, dentre outros. Refere que o controle da obesidade, embora não reduza a taxa de mortalidade, previne e controla essas doenças crônicas.

Vale sempre lembrar que ser obeso ou acima do peso significa a exposição a uma série de outros problemas de saúde. Pessoas obesas sobrecarregam a coluna e os membros inferiores. A longo prazo, elas tendem a apresentar degenerações (artroses) de articulações da coluna, quadril, joelhos e tornozelos.

E continua ao dizer que as estratégias de controle da obesidade têm falhado, no sentido de manter reduzido o peso atingido com a intervenção, o que tem provocado um sentimento de incerteza por parte de clientes e profissionais. Esse controle atualmente é realizado através de medidas não medicamentosas, cirúrgicas e medicamentosas.

É importante relacionar que a adoção de estilo de vida saudável deve ser encorajada a todas as pessoas, no sentido de manter a saúde. A restrição calórica, aumento das atividades físicas e terapia comportamental são estratégias bem avaliadas no sentido amplo da vida saudável, que transcende a obesidade ou qualquer outro fator de risco cardiovascular.

Quanto à isso, a Portaria nº 399/2006, que divulgou a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e aprovou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, citou enquanto prioridade a ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável, incluindo também o combate ao tabagismo.

Os tratamentos cirúrgicos são eficazes e possivelmente custo-efetivos, mas devem se restringir à obesidade mórbida, sujeitos com IMC igual a 40 ou, com IMC entre 35 e 40 associado às comorbidades. São candidatos, pessoas incapazes de manter perda de peso após adequadas medidas não cirúrgicas, sem contraindicações para anestesia e cirurgia, e devidamente motivadas para engajar-se em longo seguimento. A cirurgia supera na manutenção de longos prazos a perda do peso, mas pode ter inconveniências relacionadas à intervenção cirúrgica, peri e pós-operatório.

Com relação às cirurgias bariátricas, a Portaria nº 1.569/07 do Ministério da Saúde instituiu as diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência

ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Ela garante e assegura a qualidade das cirurgias bariátricas, visando alcançar impacto positivo na sobrevivência, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na realização do tratamento cirúrgico da obesidade, cuja assistência nessa modalidade se dará por meio dos hospitais credenciados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave.

Existem, atualmente, 53 Centros Nacionais de Referência para Cirurgia Bariátrica, onde destes, quase 50% são localizados na região sudeste do país. No Rio de Janeiro o Hospital Geral de Ipanema e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho são exemplos de instituições contempladas.

Wannmacher (2004) ainda cita a conclusão de estudos que apresentam redução de cerca de 10% do peso através de medidas medicamentosas, porém, os mesmos estudos evidenciaram ganho do peso num período de um a três anos após cessação do tratamento. Além disso, as medicações nunca devem ser utilizadas isoladamente. Um dos critérios é a adoção de medidas coadjuvantes direcionadas às mudanças no estilo de vida, como restrição dietética importante e acentuação das atividades físicas em indivíduos com IMC superior à 30 kg/m<sup>2</sup> em que medidas não farmacológicas realizadas adequadamente, por um período mínimo de três meses, não levaram à redução do peso. Em presença de comorbidades a medicação pode ser prescrita ao sujeito com IMC igual ou superior a 27 kg/m<sup>2</sup>.

Dentre os fármacos de escolha, têm-se a anfetamina e seus muitos derivados, como o primeiro anorexígeno utilizado no manejo da obesidade, apresentando uma eficácia aguda, mas sem respostas a longo prazo. Os efeitos adversos, como estimulação central e estimulação simpática periférica (aumento da pressão arterial, arritmias) os fazem entrar e sair de circulação para comercialização de forma frequente, principalmente nos Estados Unidos.

Há também o Orlistat, um inibidor seletivo da lipase pancreática que demonstrou, em estudos, diminuir a absorção de gorduras da dieta em um terço. Porém, as restrições já se iniciaram e, no Reino Unido, há licença para uso em período limite de dois anos, pois mais que isso, as experiências são insuficientes. A sibrutamina, indicada para obesos com dificuldade de controlar a vontade de comer representa outro grupo de fármaco, com efeitos adversos também difundidos como perda do sono, irritabilidade, impaciência, excitação e boca seca (WANNMACHER, 2004, p. 3). Também no Reino Unido sua licença é permitida para uso não superior a um ano.

O Ministério da Saúde lançou o “Projeto Brasil Saudável” em 2005, para estimular a população a adotar modos de vida diferente, com ênfase na atividade física, na reeducação

alimentar e no controle do tabagismo. O Brasil Saudável envolveu um conjunto de ações, desde campanhas publicitárias (em rádios, TVs, *outdoors*, revistas e jornais) — convocando a população a mudar seus hábitos — até a implantação de mais de 230 núcleos para a prática de atividades físicas em todas as capitais do país. Com o projeto, o Ministério da Saúde cumpre o compromisso com as diretrizes e as ações previstas na Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, lançada em 2004 pela OMS.

Também em 2005, com o slogan "Excesso de peso sobrecarrega seu coração", o Ministério da Saúde deu continuação da campanha "Pratique Saúde", que abrangeu temas como hipertensão arterial e diabetes previamente, tratando especialmente do assunto obesidade que, veiculado na mídia durante um período, resgatou informações educativas sobre hábitos alimentares saudáveis, controle de peso e a importância da prática de exercícios físicos. A campanha objetivou contribuir com a meta da OMS, de reduzir em 2% ao ano o número de mortes por doenças crônicas.

Em novembro de 2007 houve um encontro entre o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (ABIA), onde se desdobrou um acordo de cooperação. Paralelamente ao trabalho do grupo técnico, a entidade e seus associados se comprometeram a colaborar em ações de saúde pública.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) iniciou a avaliação do perfil nutricional de 23 tipos de alimentos industrializados, como embutidos, laticínios, salgadinhos prontos, biscoitos, bebidas, farinhas e refeições prontas. O Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) ficou encarregado de analisar 40 amostras de cada alimento selecionado para saber qual a quantidade de açúcar, gorduras saturadas e trans, sódio, ácido fólico e ferro.

Um dos reflexos do alto teor de açúcar, sal e gordura nos alimentos é o sobrepeso, já encarado em todo o mundo como epidemia, e que atinge cerca de 40% da população brasileira, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além disso, sofrem de obesidade 12,7% dos brasileiros. De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), divulgada pelo Ministério da Saúde, 6,6% das crianças com menos de cinco anos têm excesso de peso.

### 1.3 Desnutrição na infância e obesidade: uma realidade causal

De acordo com Carvalho e Guimarães (2005) famílias de baixo poder aquisitivo também estão expostas à obesidade, ao contrário do senso comum, que relaciona obesidade à mesa farta. A doença também é de natureza social e pode ter relação com desnutrição na infância, não havendo somente uma relação de excesso ao tratar de obesidade.

A confirmação é da Pesquisa de Orçamentos Familiares, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada entre 2002 e 2003, com apoio do Ministério da Saúde, que divulgou dados relativos a aspectos nutricionais e medidas antropométricas da população brasileira.

Este estudo contribuiu para a identificação do estado nutricional da população, relativos aos adultos maiores de 20 anos, baseado nas aquisições de alimentos e bebidas consumidas em domicílio. Evidenciou que dos 38,6 milhões de brasileiros que estão acima do peso, 10 milhões são obesos. Dentre algumas conclusões trazidas no estudo, houve referência ao consumo excessivo de açúcares e gorduras saturadas pelos brasileiros, e ao contrário, consumo insuficiente de frutas e hortaliças.

As famílias mais pobres são afetadas à medida que não tem condições/ hábitos do consumo de alimentos adequados, e sim, de alimentos que tenham menor custo, quase sempre de qualidade nutricional questionada, tornando-se tão expostos à obesidade quanto às pessoas com mais facilidade de acesso a uma alimentação adequada. Carvalho e Guimarães (2005, p.2) citaram:

Para famílias de baixo poder aquisitivo, comprar alimentos de baixa qualidade nutricional e elevada densidade energética a preços mais acessíveis nos supermercados, lanchonetes e bares — é mais viável economicamente do que adquirir verduras, frutas, legumes e carnes magras.

A diminuição da desnutrição em adultos e aumento de obesos é tendência no país desde os anos 80, conhecido entre especialistas por transição nutricional, consequência do aumento da expectativa de vida, associado às mudanças de padrões comportamentais, alimentares, sociais, culturais e tecnológicos (CARVALHO; GUIMARÃES, 2005).

Citam que as mudanças de padrão alimentar no Brasil têm sido favoráveis aos problemas associados à subnutrição (aumento na disponibilidade de calorias *per capita* e da participação de alimentos de origem animal na alimentação); desfavoráveis no que se refere à

obesidade (aumento de alimentos ricos em gorduras e açúcares e diminuição no consumo de cereais, leguminosas e frutas, verduras e legumes).

O desafio, no entanto, que discorre sobre a alta prevalência de obesidade entre adultos, assim como e assustadoramente entre crianças, é a projeção de um futuro provável de doenças vinculadas à obesidade, assim como mais profundamente, as mudanças nos hábitos de vida, que esbarram em segmentos industriais poderosos.

Na verdade, pensar no combate à obesidade isoladamente, dissociando a desnutrição é, no mínimo, incoerente. São condições diretamente proporcionais à medida que os esforços, programa ou projetos de prevenção e controle serão insuficientes no combate efetivo de ambas. Conforme elucidaram Carvalho e Guimarães (2005), ambas são dívidas sociais prioritárias, cada uma ao seu modo. Enquanto fome e desnutrição são remanescentes, a obesidade é dívida social emergente. É importante que a abordagem tenha veracidade sobre as realidades da população, quando pensado coletivamente.

#### **1.4 Breve abordagem sobre transição epidemiológica e nutricional**

A obesidade é considerada uma doença integrante do grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), de difícil conceituação, gerando aspectos polêmicos quanto à sua própria denominação, seja como doenças não infecciosas, doenças crônicas-degenerativas ou como doenças crônicas não transmissíveis, sendo esta última a conceituação atualmente mais utilizada (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Lessa (1998) referiu que as DCNT são caracterizadas por doenças com história natural prolongada, múltiplos fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos desconhecidos, causa necessária desconhecida, especificidade de causa desconhecida, ausência de participação ou participação polêmica de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte.

Enquanto agravo nutricional, a desnutrição era assumida como um problema relevante para os países em desenvolvimento, e a obesidade seria para países desenvolvidos. Atualmente, tanto os países desenvolvidos como os países em desenvolvimento não se

apresentam como unidades homogêneas, quer para a prevalência da desnutrição, quer para a obesidade. Ao contrário, podem ser caracterizados em uma fórmula mista tanto de excesso de peso quanto de déficit nutricional.

A partir da década de 60, modificações nos padrões de morbimortalidade da população vêm sendo objetivamente estudadas e analisadas sob o enfoque dos processos de Transição Demográfica, Transição Epidemiológica e Transição Nutricional. Na busca do entendimento sobre a transição demográfica, foi verificado que modificações no nível do desenvolvimento de cada sociedade correspondiam a modificações no padrão de morbimortalidade (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Em países em desenvolvimento, estes padrões se apresentam com redução das doenças infecciosas e crescente aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que ganham destaque nas causas de óbitos. O aumento da vida média e o envelhecimento populacional aumentam a probabilidade de acometimento de DCNT, normalmente associadas com idades mais avançadas.

A Transição Epidemiológica é o resultado das variações comportamentais dos padrões de morbimortalidade e fecundidade, que determinam mudanças na estrutura populacional, ao se processarem as alterações na maneira de adoecer e morrer. Laurenti (1990) definiu a Transição Epidemiológica como uma evolução gradual dos problemas de saúde caracterizados por alta morbidade e mortalidade por doenças infecciosas que passa a se caracterizar predominantemente por doenças crônicas não transmissíveis.

A Transição Nutricional integra os processos de Transição Demográfica e Epidemiológica. De acordo com Popkin et al. (1993) a Transição Nutricional é um processo de modificações sequenciais no padrão de nutrição e consumo, que acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações. No entanto, o processo de Transição Epidemiológica/Nutricional, ainda não se concluiu. Apesar do aumento significativo das causas de morte por DCNT, a prevalência de doenças infecciosas como causa ainda é significativa.

Em países como o Brasil, com grande extensão territorial, significativo número de habitantes e diferenças socioeconômicas e culturais, a heterogeneidade destes processos é bastante visível e complexa. Pode-se dizer que “em média” o Brasil está no estágio intermediário da Transição Demográfica/Epidemiológica/Nutricional, porém sem uniformidade em todo o país.

Os níveis de transição das Regiões Sul e Nordeste, por exemplo, são paradoxais, com uma grande variabilidade na proporção de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias. O



aumento dos valores da mortalidade proporcional por DCNT e causas externas vem mostrando que o país está avançando na transição, com números próximos a, ou ultrapassando, 50% das causas de morte.

Ainda existem controvérsias quanto à concepção de transição, sendo que Araújo (1992) e outros autores discordam da ideia de Transição Epidemiológica, considerando que, em sua definição, passar de um estágio para o outro, não se aplica em países como o Brasil, onde grandes diferenças socioeconômicas coexistem e a estrutura heterogênea da sociedade brasileira (e de outros países em desenvolvimento) seria a causa das modificações temporais dos padrões de morbimortalidade.

Considera-se, no entanto, a mudança do modo de vida tradicional para o moderno, como consequência da incorporação de tecnologias. Neste sentido, a Transição Nutricional parece estabelecer uma falsa dicotomia entre a utilização de tecnologia e a realização do processo econômico, desconsiderando a historicidade do processo social com a incorporação de melhorias nas condições de vida, os investimentos sociais, melhorias ambientais.

Prata (1992) alerta que, em países como o Brasil, onde as desigualdades sociais são relevantes e persistentes o recrudescimento das doenças infecciosas em regiões de infra estrutura e condições de vida deficientes, pode assumir novamente uma parcela considerável entre as causas de morte. Neste cenário, quando se analisa a distribuição das DCNT, é possível identificar sua desigualdade na distribuição social. As incidências e prevalências se apresentam desiguais entre Regiões e grupos populacionais brasileiros, sendo que o grupo social de baixa renda apresenta maiores índices de DCNT, como hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.

A forma predominante de se conceber saúde foi, por longa data, a persistência de um modelo biomédico, onde compreender a saúde significava inexistência de doença. Esse modelo de assistir culminou em segmentação do corpo humano, dividido em partes passíveis de investigação e intervenção curativa.

O aumento da expectativa de vida da população, enquanto fenômeno global, evidenciou o envelhecimento do brasileiro de forma superficial, porque resultaram de desenvolvimento e intervenção de tecnologia médica, em detrimento aos avanços das políticas públicas de melhoria à qualidade de vida.

Isso significa dizer que a população como um todo vive mais, porém coexistindo em condições de pobreza, submetidos às mazelas sociais em decorrência do atraso econômico, e/ou da má distribuição de renda no país (GONÇALVES; SCHIER, 2005). Mendes et al.

(2007) fazem referência a uma visão do mundo que suportou as conquistas do passado, mas que se revela incompetente para nossos dias.

As especialidades relacionadas à biologia, fisiologia e demais áreas médicas obtiveram importante progresso em virtude desse modelo ou paradigma, no qual a tecnologia dura relacionada aos equipamentos e maquinários passa a caracterizar um modo de assistir à saúde, provocando longevidade à vida das pessoas. Quanto a isso, Shiratori et al. (2004, p.617) referiram:

Dentre as consequências desse desenvolvimento evidenciou-se um aparato técnico, tecnológico e terapêutico capaz de aumentar a expectativa de vida humana, medida em termos de quantidade, promover cura de algumas doenças antes consideradas fatais e permitir a realização de diagnósticos cada vez mais precoces e específicos... em contrapartida, a assistência à saúde tornou-se cada vez mais complexa, dispendiosa, menos resolutiva e socialmente excludente.

O conhecimento por tanto tempo produzido no meio científico, reduzido aos avanços técnicos e tecnológicos, não foi passível de se compartilhar com a população, excluindo-as em grande parte por não deter discernimento para decidir sobre sua saúde, qualidade de vida e bem-estar. Grundy e Souza (2004, p.1355) contribuíram nesse sentido:

Essa abordagem reducionista, em geral não leva em consideração outros fatores que influenciam a saúde tais como o ambiente físico e social onde os problemas de saúde ocorrem. Considerando-se que a saúde envolve inúmeras variáveis relativas ao indivíduo e ao meio ambiente, sua interpretação exige um enfoque mais amplo, não sendo, portanto, apropriado o enfoque reducionista.

A exclusão social, esclarecida pelos autores, manifesta-se de maneiras diversas: impossibilidade de acesso aos serviços de saúde, déficit de conhecimento da população quanto às revoluções científicas e suas implicações para a vida cotidiana, ou mesmo sobre a terapêutica onde se incluem as formas de prevenir danos à saúde, de promoção e otimização da qualidade de vida.

### **1.5 Orientação de enfermagem: uma estratégia do cuidar ampliada**

No processo de reestruturação das práticas de saúde e da ampliação do processo saúde-doença, muito se tem pensado sobre o conceito e aplicabilidade do autocuidado ao longo do desenvolvimento das práticas educativas.

As próprias estratégias globais de saúde vêm propor uma transição no modo de se pensar em organizações de saúde, valorizando as ferramentas do cuidado de enfermagem, enquanto parte integrante do processo de sobrevivência da vida humana.

O cuidado de enfermagem, conforme afirmam Sartor et al. (2005, p.269) constitui a essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar do outro ser. Com relação ao modo de se fazer enfermagem, eles destacam:

O cuidado de enfermagem baseia-se em ações que se estendem ao longo da construção da cidadania, porque potencializa a expressão do cidadão em sua existência social. O cuidado ao longo da vida social fomenta autonomia e dignifica o ser e ao readquirir a autonomia do ponto de vista do estar saudável, a enfermagem promove e se insere na humanização da vida.

Gauthier e Hirata (2001) relataram que a enfermeira envolvida com comunidades que educa para o autocuidado desenvolve um papel diretamente político, ao facilitar a autonomia de grupos sociais geralmente alvos de políticas públicas assistencialistas, que as mantêm na dependência das falhas do sistema de saúde.

Na perspectiva de cidadania, Gauthier e Hirata (2001, p.123) nos trazem a afirmativa de que compromisso ético orienta a atuação de enfermeiras educadoras. Para tanto, eles completam:

Quando se trata de cuidar em enfermagem, a relação educativa está sempre presente: cuidando de ti, tenho a obrigação moral de te ensinar a te cuidar a ti mesmo, a não ser que eu queira te manter na dependência do meu saber, do meu poder, o que seria contrário à própria definição do cuidar.

A educação funciona como um agente de transformação da realidade porque confere movimento reflexivo, emergindo sobre a consciência dos indivíduos atitudes e ações que irão evoluir sobre suas condições de saúde ou doença, resultando em autonomia. Ao se permitir e perceber sendo responsável por si mesmo, o indivíduo exerce o autocuidado, visando o seu bem-estar.

Gonçalves e Schier (2005, p. 274), ao emitirem seus relatos de uma pesquisa experimental sobre práticas educativas de autocuidado, realizados com familiares e idosos hospitalizados enfatizaram:

É uma prática essencialmente educativa participativa que mobiliza pessoas a tomar consciência do novo, do desconhecido, na medida em que temas emergem na discussão podem levar o grupo como um todo, e cada um como participante, a novas tomadas de consciência. Estas podem provocar mudanças de atitude e comportamento mais saudáveis,

resultando em autonomia, independência e interdependência para um viver cuidando em família de modo mais satisfatório possível.

Grundy e Silva (2004) acrescem sobre a educação em saúde, destacando que esse movimento envolve a transmissão de informações relativas à saúde, visando a mudança de comportamento e a adoção de estilo de vida saudável, em que o indivíduo passa ser o principal responsável pelo seu estado de saúde, sendo uma estratégia que compõe o cenário de promoção da saúde. Pela comunicação comungamos com outrem algo que temos em comum. A comunicação é mais do que simples emissão e recepção de mensagens; envolve a relação, o contexto e a percepção.

A promoção da saúde se diferencia porque transcende as atividades e decisões individuais para ser uma atividade coletiva, envolve prevenção, educação, participação de diferentes setores da sociedade. Trata-se de uma perspectiva estratégica ampliada, onde o incentivo à autonomia para o autocuidado não significa apenas uma ideia reducionista à adesão terapêutica e responsabilização do sujeito, a partir das práticas educativas realizadas pelo profissional de saúde envolvido. Ela resgata o compromisso do profissional e da sociedade na exigência e participação na formulação de políticas públicas que favoreçam as condições ambientais, físicas, políticas, socioeconômicas, e permitam aos sujeitos lançar mão dos conhecimentos compreendidos para elevar os níveis de saúde, sem agredir o sentido de sua vida apreendido ao longo do tempo.

O educar segundo o conceito de promoção da saúde, junto às pessoas adultas, pressupõe uma aprendizagem mais significativa. Isso porque o adulto é entendido como o ser histórico que, herdeiro da sua infância, saído da adolescência, a caminho da velhice, continua o processo de socialização do seu ser e da sua personalidade, e que procura acabar-se, completar-se a cada dia, exatamente por ser o homem um ser inacabado (ARRUDA apud CABRAL; KOERICH; MANCIA, 2004).

São seres que querem saber por que precisam aprender, têm opinião própria e se responsabilizam por seus próprios atos e decisões. Possuem diferentes experiências de vida, quantitativa e qualitativamente acumuladas. Tornam-se prontos para o aprendizado quando julgam que está na hora de aprender, onde a motivação deriva das forças internas necessárias para melhor qualidade de vida e reforço da autoestima (CABRAL; KOERICH; MANCIA, 2004).

A compreensão de que o ser humano, enquanto pessoa, coexiste com outros, significa considerar o envolvimento de comunicação com o mundo, ações, o exercício do desejo

humano de saber, buscar a verdade, abordar questões mais complexas e necessitar da construção de competências por parte dos profissionais.

Borges e Japur (2008) relatam que esse entendimento sugere que, na questão do cuidado, não basta os profissionais, detentores da informação, oferecê-la ao cliente e sua adesão à saúde ocorrerá (ou não) na dependência do compromisso deste com a saúde.

Em sua publicação, ao referirem as razões pela não adesão ao tratamento de usuários num Programa de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), Borges e Japur (2008) colocaram que quando os clientes sofrem de descaso no atendimento, subestimação das enfermidades, mau acompanhamento dos casos, ou discordam da terapêutica proposta claramente equivocada, eles não dão continuidade às orientações demandadas. Não pela ausência do autocuidado, mas pela falta do cuidado dos profissionais com que eles se inter-relacionaram.

A reflexão quanto as necessidade de execução de estratégias de educação em saúde são inquestionáveis, relacionados ao autocuidado da mesma forma, porém reflexão maior deve ser debruçada à forma como as inter-relações tem se dado nos ambientes de saúde para prática de ações educativas, de forma que as condições ambientais favoreçam a realização de tais práticas.

Conforme configuraram Borges e Japur (2008), a não adesão ao tratamento indicado não pode ser entendida isoladamente como irresponsabilidade do cliente, e à falta do mesmo ao autocuidado. A não adesão passa a se deslocar de algo que o cliente faz sozinho e, portanto, responsável por isto, para algo que o cliente faz em sua relação com o momento interativo do encontro entre trabalhadores de saúde e usuários.

Quais circunstâncias sociais, econômicas, culturais, ele se vê inserido, e de que forma isso favorece, interfere, transforma as suas ações para elevar seus níveis de saúde, são questionamentos fundamentais numa perspectiva de promoção da saúde, que atingem diretamente as práticas educativas exercidas atualmente.

Caetano e Soares (2007) enfatizaram que a enfermagem sempre teve e terá grandes preocupações com os cuidados prestados a uma pessoa em uma variedade de situações relacionadas à saúde, como o estado geral, o bem-estar, a qualidade de vida, dentre outras. Esse cuidado inclui papéis significativos na educação para a saúde, dentro da promoção da saúde, e a prevenção de doenças, bem como o cuidado individual do paciente, visto que este é o maior responsável pela manutenção de sua saúde e prevenção das doenças.

O papel da enfermagem é significativo porque ela se coloca como coparticipante direta na difusão de medidas preventivas à população por incluir, em suas principais atribuições, a

atenção primária à educação em saúde, atividades educativas, informativas e interativas direcionadas à população.

Portanto, a implementação de estratégias baseadas na promoção de um estilo de vida saudável requer esforço coordenado entre os provedores de cuidados com a saúde, tais como o enfermeiro e outros profissionais de saúde, o sistema escolar, outros órgãos governamentais, as indústrias como a de alimentos e a farmacêutica (CAETANO; SOARES, 2007).

Silva (2006) considerou que o enfermeiro, ao utilizar reflexão crítica sobre a estratégia empregada, ponderação das informações e meios didáticos propícios, pode contar com a educação em saúde como instrumento de promoção à saúde e estímulo ao autocuidado; entende-se que a educação em saúde e promoção da saúde caminham juntas, onde a conscientização é o primeiro passo para o autocuidado.

## **1.6 Promoção da Saúde e autocuidado segundo a Teoria de Nola Pender**

Nola Pender nasceu em 1941, em Michigan, Estados Unidos, e se interessou desde muito jovem – com apenas 7 anos de idade – com a profissão de enfermagem, ao observar os cuidados, também de enfermagem, que sua tia recebeu durante sua hospitalização (SAKRAIDA, 2003).

O desejo de proporcionar cuidados aos demais evoluiu, e através de sua experiência e graduação em enfermagem, em 1962, ela acreditava que o objetivo da enfermagem era ajudar as pessoas a cuidar de si mesmas. Obteve o título de PhD. em 1969 pela Universidade do Noroeste em Evanston, Illinois.

Nola Pender, desde então, tem revolucionado os conhecimentos sobre a promoção da saúde através da sua pesquisa, sua docência, suas apresentações e seus escritos (SAKRAIDA, 2003). A exemplo disto, em 1975, ela publicou “*Um modelo conceptual de conducta para la salud preventiva*” que constituiu uma base para estudar o modo em que os indivíduos tomam as decisões sobre o cuidado de sua própria saúde, dentro do contexto da enfermagem. Este artigo identificava fatores que haviam influenciado a tomada de decisões e sobre as ações dos indivíduos para prevenção da enfermidade.

Em 1982, publicou o modelo original de promoção da saúde, a primeira edição de “*Health Promotion in Nursing Practice*”, tendo passado por uma revisão e subsequente

publicação de sua 2ª edição em 1996. Em 2002, foi publicada a 4ª edição do Modelo de Promoção à Saúde - MPS.

De acordo com Sakraida (2003), Pender e colaboradores concluíram um estudo com duração de seis anos, financiado pelo Instituto Nacional da Saúde na *Northern Illinois University de Dekalb*, que evidenciou a validade do Modelo de Promoção à Saúde. A equipe de pesquisa desenvolveu um instrumento, o perfil do estilo de vida promotor da saúde, para estudar a conduta de promoção da saúde dos adultos que trabalham, aposentados, pacientes em reabilitação cardíaca e pacientes com câncer, tratados em ambulatório.

- Fontes teóricas do Modelo de Promoção à Saúde

As bases teóricas que Nola Pender utilizou referem-se aos próprios conhecimentos de enfermagem, desenvolvimento humano, psicologia experimental e educação. Eles a levaram a utilizar uma perspectiva holística e psicossocial da enfermagem e ao aprendizado da teoria como bases para o Modelo de Promoção à Saúde - MPS.

Sakraida (2003) esclarece que a teoria do aprendizado social de Albert Bandura, que colocou a importância dos processos cognitivos na decisão das condutas, correspondeu grande importância para o MPS. Essa teoria, atualmente denominada teoria cognitiva social, inclui: auto-atribuição, auto-avaliação e auto-eficácia, sendo esta uma construção central para o MPS.

O modelo de valorização das expectativas da motivação humana também é considerado, afirmando que a conduta racional e econômica é importante para o desenvolvimento do modelo.

A teoria de Fishbein da ação fundamentada, que afirma que a conduta é uma função de atitudes pessoais e normas sociais, vem a compor as bases teóricas da MPS desenvolvida por Nola Pender e colaboradores (SAKRAIDA, 2003).

O MPS não se limita a explicar a conduta de prevenção à doença, conforme Sakraida (2003) compara com o modelo de crença/construção da saúde. Aquele modelo se diferencia deste porque não cabe o medo ou a ameaça como fonte de motivação para a conduta sanitária. Por esse motivo, se amplia o MPS para abranger as condutas que fomentam a saúde, e se aplica de forma potencial ao longo de toda a vida.

- Aplicação de dados empíricos

O Modelo de Promoção da Saúde – MPS – identifica conceitos relevantes sobre as condutas de promoção da saúde e integra os resultados das pesquisas de Pender e seus colaboradores de tal maneira que facilite a geração de hipóteses comprováveis.

Desde a publicação do primeiro MPS, em 1987, houve algumas adaptações e evoluções quanto alguns aspectos conceituais e práticos de promoção da saúde, configurando a evolução de suas bases teóricas.

O MPS revisado (em 1996) inclui três variáveis, antes não consideradas, que influenciam o indivíduo, e se compromete com as condutas de promoção da saúde: o afeto relacionado com a atividade, o compromisso por um plano de ação, e as demandas e preferências contrapostas imediatamente.

O MPS oferece um paradigma para o desenvolvimento de instrumentos, a exemplo do perfil do estilo de vida promotor da saúde, ou a balança entre custo/benefício do exercício físico, todos utilizados ao longo das pesquisas de Nola Pender. O estilo de vida promotor da saúde é um instrumento que permite a valorização da saúde dos indivíduos, de importante utilidade para a assistência de enfermagem, tanto em apoio, quanto em educação aos clientes.

Esse Modelo identifica, principalmente, os fatores cognitivos e perceptuais como os principais determinantes diretos das condutas de promoção à saúde, conforme se descreve (SAKRAIDA, 2003):

- Conduta previamente relacionada: A frequência da mesma conduta ou similar do passado. Os efeitos diretos e indiretos da probabilidade de se comprometer com as condutas de promoção da saúde.
- Fatores pessoais: Categorizados como biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Estes fatores são preditivos de certa conduta e estão marcados pela natureza, da consideração de metas de condutas:
  - *Fatores pessoais biológicos*: Incluem variáveis como a idade, o sexo, o índice de massa corporal, o estado de puberdade, o estado de menopausa, a capacidade aeróbica, a força, a agilidade e o equilíbrio.
  - *Fatores pessoais psicológicos*: Incluem variáveis como a autoestima, a automotivação, a competência pessoal, o estado de saúde percebido e a definição de saúde.



- *Fatores pessoais sócio-culturais*: Incluem variáveis como a raça, a etnia, a aculturação, a formação e o estado socioeconômico.
- Benefícios percebidos da ação (conduta de saúde): Os resultados positivos antecipados, que se produziram desde a conduta de saúde.
- Barreiras percebidas da ação: Bloqueios antecipados, imaginados ou reais, questões pessoais da adaptação de uma determinada conduta.
- Autoeficácia percebida: O juízo da capacidade pessoal de organizar e executar uma conduta promotora da saúde. A autoeficácia percebida influencia sobre as barreiras de ação percebidas, de maneira que a melhor eficácia leva às percepções menores das barreiras para o desempenho desta conduta.
- Afeto relacionado com a atividade: Os sentimentos subjetivos positivos e negativos que se dão antes, durante e depois da conduta, baseados nas propriedades dos estímulos da conduta em si. O afeto relacionado com a atividade influencia na autoeficácia percebida, o que significa que, quanto mais positivo é o sentimento subjetivo, maior é o sentimento da eficácia. Pouco a pouco, o aumento de sentimentos de eficácia pode gerar maior afeto positivo.
- Influências interpessoais: Os conhecimentos acerca das condutas, crenças ou atitudes dos demais. As influências interpessoais incluem: normas (expectativas mais importantes das pessoas), apoio social (instrumental e emocional) e modelo (aprendizagem indireta mediante a observação dos demais comprometidos com uma conduta em particular). As fontes primárias das influências interpessoais são as famílias, os casais e os cuidadores de saúde.
- Influências situacionais: As percepções e cognições pessoais de qualquer situação ou contexto determinado que possam facilitar ou impedir a conduta de saúde. Incluem as percepções das opções disponíveis, características da demanda e traços estéticos, em torno do que se propõe, para que se desenvolvam certas condutas promotoras da saúde. Essas influências podem ser diretas ou indiretas sobre a saúde.

- Compromisso com um plano de ação: O conceito da intenção e da identificação de uma estratégia planejada leva à implantação de uma conduta de saúde.
- Demandas e preferências – contrapostas imediatas: As demandas contrapostas são aquelas condutas alternativas, mediante as quais os indivíduos têm um baixo controle porque existem contingentes ao redor, como o trabalho ou as responsabilidades do cuidado com a família. As preferências contrapostas são condutas alternativas, mediante as quais os indivíduos possuem um controle relativamente alto, positivo, como o bem-estar ótimo, o cumprimento pessoal e a vida produtiva. Os exemplos de conduta de promoção da saúde são: manter uma dieta saudável, realizar exercício físico, de forma regular, controlar o estresse, conseguir um descanso adequado e um crescimento espiritual, e construir relações positivas.

A seguir se encontra relacionado o diagrama de Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender revisado, ilustrando como os fatores cognitivos e perceptuais de um indivíduos são relacionados e podem conduzir às condutas de promoção da saúde:

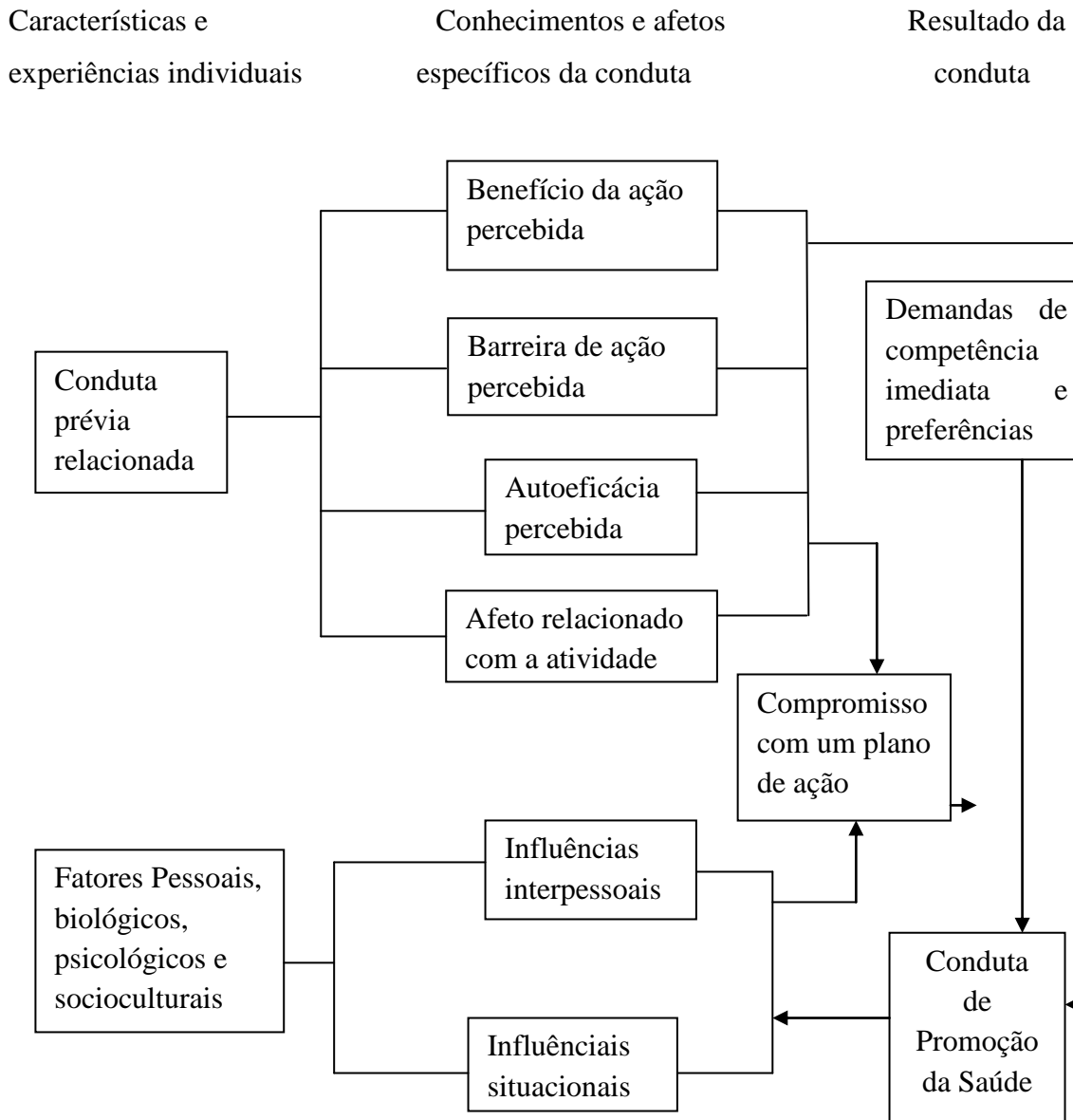


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Fonte: SCHOOL OF NURSING FACULY. Nola J. Pender. Disponível em:

<<http://www.nursing.umich.edu/faculty/pender/chart.gif>>. Acesso em: jan. 2010.

- Principais pressupostos da Teoria

A saúde é considerada um estado altamente positivo. Considera-se que o indivíduo segue uma trajetória determinada por sua saúde. A definição de saúde para si mesmo, tem mais importância, a pessoa é o centro do modelo. Cada pessoa é definida de forma única por seu próprio padrão cognitivo-perceptivo e seus valores variáveis.

## 1.7 Doença arterial coronariana

### 1.7.1 Fisiopatologia da doença arterial coronariana

De acordo com o paradigma citado por Mesquita (2003), há um modelo “continuum das doenças cardiovasculares”, iniciando com fatores de risco, evoluindo para placa aterosclerótica e, posteriormente para formas clínicas, como angina e infarto agudo do miocárdio, progredindo para insuficiência cardíaca e terminando como evento fatal (Figura 1).

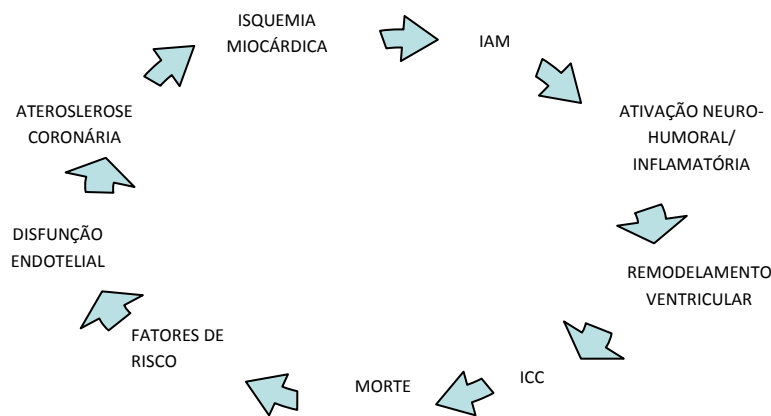


Figura 2 - Continuum da doença cardiovascular.

Fonte: Mesquita (2003, p. 8)

O conceito de síndrome coronariana (SC), manifestação clínica da DAC traz em si, um denominador comum: um evento agudo sobre uma placa aterosclerótica vulnerável. O cliente apresenta, então, algum grau de desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio para a musculatura cardíaca, que é provocado pela diminuição da luz do vaso coronariano, devido a um complexo processo de formação de trombos.

Oliveira (2003) enfatiza que a oclusão coronária é dependente do equilíbrio dinâmico entre forças pró-coagulantes e anticoagulantes e o substrato anatômico e a reologia dos elementos do sangue.

O conceito de placa vulnerável emerge, e são identificados fatores que tornam a placa ateromatosa susceptível à instabilidade. A placa vulnerável apresenta rico conteúdo lipídico, fina capa fibrosa, muita atividade inflamatória e baixo conteúdo de colágeno na matriz extracelular, não havendo necessidade de ser grandemente estenótica na arteriografia. Placas

menores por vezes apresentam maior estresse circunferencial, podendo se instabilizar com mais facilidade.

Este processo envolve um número extraordinário de inter-relações entre: parede do vaso, mecanismo de coagulação, vários ativadores e inibidores, diminuição do fluxo sanguíneo e envolvimento do sistema enzimático plasminogênio-plasmina (SHERRY; MARDER apud CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2005).

Oliveira (2003) completa, ao referir que são sugeridos vários fatores trombogênicos atualmente: o grau de lesão da placa (erosão), o seu grau de estenose (geometria), o substrato tissular (riqueza de lipídios), a superfície do trombo residual (recorrência) e a ação vasoconstrictora.

Também são referidos os fatores sistêmicos na trombogenia, como o colesterol, o fibrinogênio, as plaquetas ativadas e fibrinólise alterada, as catecolaminas (fumo, estresse, cocaína), e até mesmo um componente infeccioso (clamídia).

Outras circunstâncias podem levar ao desequilíbrio entre a demanda e a oferta ao miocárdio, configurando uma insuficiência coronariana. É o caso da anemia, do hipertireoidismo, hipovolemia, hipoxemia e infecções. Nestas circunstâncias ainda ocorrem a doença valvar, bem como as arterites, a ponte do miocárdio e a doença embólica. (OLIVEIRA, 2003).

As manifestações clínicas da coronariopatia decorrerão da presença da placa aterosclerótica e o grau de obstrução que ela provoca.

Sherry e Marder apud Cintra, Nishide e Nunes (2005) referem que quando uma placa oblitera parcialmente a luz de um ou mais vasos arteriais coronários, o aumento da demanda de oxigênio pelo miocárdio (em situações que levam à elevação da frequência cardíaca, como exercício físico, estado febril etc.) gera um desequilíbrio transitório entre oferta e consumo, pois a artéria parcialmente obstruída não consegue suprir uma determinada região miocárdica de acordo com suas necessidades, ocorrendo então a dor de origem isquêmica.

Quando cessa o estímulo, a região volta a ser suprida de acordo com sua demanda, regredindo assim o quadro de isquemia – é o que chamamos de angina estável.

Quando sobre uma placa ocorre um espasmo e/ou formação de um pequeno trombo, que é rapidamente lisado, ocorre um desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio pelo miocárdio; nesse caso em decorrência da diminuição da oferta. Esse quadro configura a manifestação clínica que denominamos angina instável; ocorre em repouso e à mínimos esforços.

Quando sobre a placa forma-se um trombo, que oblitera totalmente a luz do vaso, inicia-se um processo tempo-dependente de disfunção e morte celular na área miocárdica dependente daquele vaso. Configura-se então o quadro de infarto agudo do miocárdio (IAM). Quanto maior tempo permanecer a oclusão, maior a extensão do miocárdio comprometido.

O IAM pode repercutir complicações de extrema importância à vida do indivíduo e ao agravamento do quadro de doença, sendo referidas algumas situações de acordo com Colombo, Gallani e Rigacci (2005):

- Extensão: aumento da área infartada;
- Expansão: Dilatação/ adelgaçamento na área do infarto, regional e significativa, sem nova necrose, observada nas primeiras horas após o infarto. Pode determinar conseqüências imediatas na função e estruturas cardíacas;
- Reinfarto; após o primeiro infarto, o risco de um novo evento aumenta em torno de três a seis vezes, e dentre de cinco anos, o risco de qualquer evento de DAC é de 80%.
- Instabilidade elétrica: algumas arritmias estão quase sempre presentes na fase aguda do infarto do miocárdio, sendo que a condução elétrica arritmica pode se propagar de uma região isquêmica para não-isquêmica, assim como produtos metabólicos liberados no miocárdio isquêmico possuem atividade eletrofisiológica e podem ser arritmogênicos;
- Complicações mecânicas: ruptura do septo interventricular, insuficiência valvar por ruptura dos músculos papilares e cordoalha tendínea, e ruptura miocárdica e tamponamento cardíaco.

A perda da função contrátil ventricular já é observada dentro de alguns segundos após a obstrução aguda. Os padrões de alteração são os seguintes:

*Hipocinesia*: diminuição da força contrátil, podendo ser segmentar ou difusa;

*Acinesia*: ausência da contração, também podendo ser segmentar ou difusa;

*Discinesia*: movimento paradoxal, ocorrendo abaulamento da parede no momento da sístole. Indica tendência a formação de aneurismas, contribui para diminuição do débito cardíaco.

### 1.7.2 A importância da unidade de dor torácica: diagnóstico e abordagem do cliente com doença arterial coronariana

Os cuidados dispensados aos clientes com DAC são realizados cada vez mais por profissionais especializados, dos quais se requer capacidade de trabalho, iniciativa, profundidade de conhecimento e aprendizado nas novas técnicas, associadas ao julgamento inteligente, à observação e ao contato direto à beira do leito, que nunca devem ser substituídos por qualquer equipamento (COLOMBO; GALLANI; RIGACCI, 2005, p.284).

Para tanto, a criação de uma Unidade especializada se fez necessária, já na década de 60, com o propósito de servir como uma área especializada no atendimento a clientes acometidos por IAM e suas principais complicações – a Unidade Coronariana (UCO).

Essa Unidade foi considerada um marco no tratamento do infarto agudo do miocárdio (IAM), pois com o maior controle das arritmias fatais, e atendimento de todo paciente com doença cardíaca grave e potencialmente recuperável, houve redução significativa da mortalidade.

Essas Unidades se difundiram e estão presentes hoje em 2000 centros nos Estados Unidos e 50 centros no Brasil, fundamentado num plano de rapidez, acurácia e redução de custos. O modelo idealizado refere-se a um atendimento sistematizado de abordagem à dor torácica, baseado no quadro clínico e dados do eletrocardiograma, traçando rotas propedêuticas com reflexos terapêuticos, durante as primeiras horas de atendimento ao paciente (OLIVEIRA, 2003).

Porém, o que se observa na prática clínica é um excesso de admissões hospitalares em Unidade Coronariana (também chamada de Unidade de Dor Torácica), que irão se configurar desnecessárias e em alto custo. De acordo com Oliveira (2003, p. 37) esses são os números:

Cerca de 30% dos pacientes internados terão o diagnóstico conclusivo da doença cardíaca isquêmica, aproximadamente 40% de casos relacionados a patologias do sistema gastroentérico e outros 30% relacionados à parede torácica ou pericárdio. Em contrapartida, 2 a 5% de casos de infarto agudo do miocárdio são liberados da emergência para o domicílio sem diagnóstico confirmado, com alto índice de complicações e morte.

Colombo, Gallani e Rigacci (2005) referem que é grande a responsabilidade do enfermeiro durante sua atuação numa UCO, onde se destaca a importância de deter o conhecimento técnico-científico, sua habilidade no relacionamento interpessoal, e sua capacidade de liderança.

Uma boa atuação também considera a complexidade compreendida pelos sujeitos que sofrem da doença, porque além da gravidade manifestada clinicamente e suas complicações imediatas ou tardias, o órgão coração está carregado de simbolismo e significados subjetivos, frequentemente associados à fonte de vida e sede das emoções, conforme expressam Kristensen e Padilha (2006, p. 233).

As fantasias e crendices populares sobre a doença e também sobre possíveis procedimentos são muitas, e podem interferir com bastante intensidade na maneira com que os pacientes as enfrentam, sendo a cardiopatia comumente associada com ansiedades relacionadas à morte (KRISTENSEN; PADILHA, 2006).

Desta forma, o lidar com o medo e ansiedade é tão importante e repercussivo, quanto o controle e terapêutica debruçados sobre os sinais e sintomas clínicos. Compreendendo a ansiedade como uma resposta à percepção do perigo, e diferentemente disso, o medo como uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida e de origem não conflituosa, o conforto psíquico-emocional são aliados a todo o empenho estratégico para abordagem clínica.

Propõe-se que a abordagem terapêutica hospitalar para doença arterial coronariana apresente imediata definição diagnóstica e manuseio do cliente, visando a reperfusão ou minimização do dano miocárdico, objetivando reduzir a mortalidade da doença cardíaca isquêmica aguda (OLIVEIRA, 2003).

Uma conduta estratégica importante também valoriza a sensibilidade do cuidador frente ao respeito da existência humana, a simbologia do coração quanto a sentimentos de coragem, fraqueza, amor e ódio, que, por muitas vezes, fazem parte do discurso dos sujeitos adoecidos.

Os aspectos diagnósticos são desenvolvidos baseados numa sistemática avaliação do cliente com dor torácica, tendo como objetivos determinar se a dor é de caráter anginoso ou não, determinar os casos definitivamente não isquêmicos, identificar os fatores de risco cardiológicos e as comorbidades relevantes. Para tanto, Oliveira (2003), didaticamente, reservou-se às seguintes etapas:

- Anamnese e exame clínico: a dor que é classicamente descrita é referida como “pressão” (ou queimação) precordial ou retroesternal, com irradiação à mandíbula, membro superior esquerdo, acompanhada dos mais conhecidos como a sudorese profusa, a dispnéia e os vômitos. Fatores precipitantes normalmente são esforço, emoção e frio. Normalmente a angina tem duração de 10 a 20 minutos, e o IAM por mais de 30 minutos.



- Eletrocardiograma (ECG): É a principal fonte isolada de informação de um evento coronário, sendo de baixo custo com exequibilidade ampla. Exerce papel fundamental na avaliação do cliente com dor torácica, tanto pelo baixo custo e ampla disponibilidade, como pela relativa simplicidade na interpretação.

O recente desenvolvimento e adoção da monitorização contínua da tendência do segmento ST têm sido demonstrados como valiosa importância na identificação precoce de isquemia de repouso.

O tempo de chegada, ou seja, da porta de entrada da instituição, até a realização do ECG é de 5 minutos para atendimento padrão ouro. O IAM está presente em 80% dos achados de supra em ST e 20% dos achados de infra em ST. O ECG pode ser normal em até 5% dos pacientes com dor torácica e evento coronariano agudo.

Ao utilizar o supradesnível ou infradesnível de ST como critério diagnóstico ou mesmo outra alteração isquêmica da onda T, a sensibilidade do ECG pode ser de até 90%, podendo chegar a 95% quando se realizam ECGs seriados com intervalos de 3 a 4 horas, de acordo com a I Diretriz sobre Dor Torácica da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002).

- Marcadores de injúria miocárdica: São marcadores séricos que devem ser detectáveis rapidamente a partir do início dos sintomas. Deseja-se que tenham queda entre 24 e 48 horas para que sejam úteis o estudo de novo eventos, que apresentem níveis séricos proporcionais à injúria miocárdica, que sejam de alta especificidade, úteis na estratificação, de custo baixo e execução simples. Os marcadores exequíveis nos centros médicos são: mioglobina (rápida detecção com 1 hora de oclusão coronária), CKmb (detecção de 4 a 6 horas de oclusão) e troponina (muito sensível e específico após 12 horas).
- Ecocardiograma: recomendados em situações de instabilidade hemodinâmica, para diagnóstico diferencial e busca de alteração segmentar quando ECG não diagnóstico.

- Radiografia de tórax: Diagnóstico diferencial, como tromboembolismo pulmonar (TEP), aorta e pneumopatia.
- Teste ergométrico: afastados os casos de angina de alto risco e IAM, pode definir o prognóstico do paciente com dor torácica podendo, nestes casos, ser nas primeiras horas de chegada à unidade de emergência.
- Cateterismo cardíaco: é um método diagnóstico para doença coronariana, de alto custo, disponibilidade menor nos serviços de emergência, mas reservados para IAM com supra ST ao ECG, nos casos elegíveis à reperfusão com intervenção coronária percutânea (imediatamente); para casos de alto risco para prognóstico adverso, ou intratabilidade clínica nas primeiras 48 horas; ou ainda estratificação funcional demonstrando maior risco.

Enquanto abordagem terapêutica, a adoção de medidas gerais durante a intervenção de enfermagem é recomendada para controle da dor e ansiedade; adequação da dieta; repouso; avaliação hemodinâmica; oxigenoterapia, se indicado. Compreende, portanto:

- Identificação do cliente, e já precocemente, evidenciar presença de fatores de risco;
- Levantar a queixa principal e história pregressa, com ênfase à dor: tipo, localização, presença ou não de irradiação, intensidade, fator desencadeante, existência de fator de alívio, duração.
- Rápida monitorização de ECG (risco para arritmias), instalação de acesso venoso periférico de grosso calibre, manter cliente em repouso, e oferta de oxigênio a fim de manter a saturação acima de 90%, quando necessário.
- Estar atento para sinais de disfunção ventricular, manifestado por congestão pulmonar em diferentes níveis; sinais de choque; assim como a dosagem de níveis séricos renais como uréia e creatinina, ou ainda favorecer hábitos intestinais que evitem sobrecarga de trabalho cardíaco, são aspectos que demandam vigilância no cuidado do cliente com evento coronariano agudo.

A pronta analgesia com morfina diminui o trabalho respiratório e a ansiedade, devendo-se observar restrições à hipovolemia e doença pulmonar obstrutiva crônica.

O ácido acetilsalicílico (AAS) deve ser administrado imediatamente à chegada na Unidade, atendendo às restrições com hipersensibilidade, asma, hemofilia e doença péptica ativa, sendo um importante antiplaquetário.

Os nitratos são de utilização universal para redução da pré-carga e o alívio dos sintomas isquêmicos. Tem efeito na remodelagem ventricular quando utilizados nas primeiras horas do IAM que não recebeu tratamento de reperfusão, devendo-se monitorar a pressão arterial.

Encontramos ainda a abordagem terapêutica com fármacos como Heparina e sua ação anticoagulante, Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina, Bloqueadores dos Canais de Cálcio, Sulfato de Magnésio, Trombolíticos, dentre outros.

Valoriza-se cada vez mais o protocolo ou modelos diagnósticos e sistematização estratégica para o manejo do cliente com síndrome coronariana aguda. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) recomenda que os mesmos sejam implementados em todas as salas de emergência ou unidades de dor torácica, visando obter eficácia e eficiência na identificação dos sintomas, avaliação clínica, diagnóstico e conduta terapêutica no menor tempo possível.

A abordagem do cliente com suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA) na sala de emergência inicia-se pela rápida avaliação das características da dor torácica e de outros sintomas concomitantes, pelo exame físico e pela imediata realização do ECG (em 5-10min após a chegada ao hospital).

Se o paciente estiver em vigência de dor e o ECG evidenciar supradesnível do segmento ST, deve-se iniciar imediatamente um dos processos de recanalização coronariana: trombolítico ou angioplastia primária. Se o ECG não evidenciar supradesnível do segmento ST, mas apresentar alguma alteração compatível com isquemia miocárdica, iniciamos o tratamento anti-isquêmico usual e estratificamos o risco de complicações, que orientará o tratamento adequado a seguir.

Se o ECG for normal ou inespecífico, mas a dor torácica for sugestiva ou suspeita de isquemia miocárdica, o tratamento anti-isquêmico pode ser iniciado ou então protelado (principalmente se a dor não mais estiver presente na admissão), o uso de aspirina está indicado.

O tratamento inicial tem como objetivo agir sobre os processos fisiopatológicos que ocorrem na SCA e suas consequências, e compreende: 1) contenção ou controle da isquemia miocárdica; 2) recanalização coronariana e controle do processo aterotrombótico.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 Tipo de estudo

Adotou-se um estudo epidemiológico, descritivo, tipo série de casos. Foi operacionalizado um único encontro com os clientes, com a proposta de atendimento através da consulta de enfermagem. A intenção inicial, nesse momento foi elucidar as condições socioeconômicas e sua relação com a obesidade apresentada pela clientela abordada, sem desconsiderar os fatores comportamentais relatados (fatores de risco para doença cardiovascular, por exemplo).

Durante a mesma consulta, num segundo momento, foram realizados levantamentos de informações que traduziram as necessidades de saúde, manifestadas pelo indivíduo. Essa circunstância levou à geração de diagnósticos de enfermagem, fazendo uso daqueles aceitos e propostos pela North American Nursing Diagnoses Association (NANDA<sup>®</sup>), conforme relacionados por Doenges, Moorhouse e Murr (2009) e uma relação de prescrições individualizadas de enfermagem para o autocuidado. A partir da autopercepção dos clientes, fez-se a aplicação do diagrama de modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, relacionando parcialmente os fatores cognitivos e perceptuais: conduta prévia, fatores pessoais, influências situacionais e propostas de conduta de promoção à saúde.

Corresponde a uma limitação do estudo descritivo, a utilização parcial do processo de enfermagem, bem como do Modelo de Promoção da Saúde, por não ter sido possível verificar os resultados das ações realizadas/propostas.

Uma pesquisa descritiva não se preocupa em estabelecer a causa do fenômeno, e sim demonstrá-lo, tendendo a ser uma investigação altamente realista e menos artificial (BECK; HUNGLER; POLIT, 2004). Assim, os estudos descritivos resumem o estado do fenômeno, examinam os relacionamentos entre as variáveis, mas não envolvem a manipulação de variáveis, principalmente a independente.

Destaca-se a importância e o cuidado em estabelecer conclusões de causa ou efeito entre as variáveis. A mera existência de uma relação entre as variáveis é insuficiente para garantir a conclusão que uma causou à outra, por mais forte que essa relação seja.

## 2.2 Cenário do estudo

Para realizar esta investigação foi disponibilizado um consultório pertencente ao ambulatório do Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), com atendimento centrado na Policlínica Piquet Carneiro, uma unidade integrante da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A Policlínica é o maior posto de assistência médica da América Latina, com 15 mil m<sup>2</sup> de área útil. Até meados da década de 90 apresentava um perfil ambulatorial, mas após convênio de cogestão entre Ministério da Saúde e UERJ tornou-se um espaço de formulação, implementação, testagem e avaliação de modelos de saúde, através da integração ensino/serviço de pesquisa com a perspectiva de desospitalização, enfatizando práticas de saúde preventivas e resolutivas (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2009).

O consultório dispunha de recursos para mensuração de pressão arterial, cadeiras para clientes, acompanhantes e profissionais, uma maca e mesa para as anotações. Os recursos materiais necessários à mensuração do Índice de Massa Corporal ou Circunferência Abdominal, composto por balança e fita métrica graduadas em centímetros encontravam-se centralizados na sala de pré-consulta, exercida pelos profissionais técnicos em enfermagem, que se ocupavam do registro destes parâmetros, além dos sinais vitais.

Ao acessar ambos os espaços obteve-se contribuição para esta pesquisa, à medida que os clientes ao concluírem o atendimento na pré-consulta eram direcionados aos consultórios para consulta médica e de enfermagem, proposta naquele momento.

## 2.3 Amostra do estudo

Os clientes selecionados encontravam-se regularmente cadastrados no ambulatório para tratamento e acompanhamento de Doença Arterial Coronariana (DAC) pelo serviço de cardiologia da Policlínica/HUPE/UERJ.

Dentro das subdivisões existentes neste ambulatório, optou-se por abordar clientes sem história recente de revascularização do miocárdio, denominada Coronária I, baseado na ênfase nas orientações e condutas clínicas do profissional sobre a situação de saúde

apresentada pelo cliente, mediante inexistência de perspectiva imediata de condutas terapêuticas invasivas.

O atendimento de clientes de Coronária I era realizado, até aquele momento, às segundas-feiras, tendo o período de coleta de dados ocorrido em 07 dias de consulta de enfermagem, entre 16 de fevereiro de 2009 e 06 de julho deste ano.

A consulta médica é agendada previamente, registrada pelo secretário do Serviço contendo nome, contato telefônico e número de registro do prontuário dos clientes. Através do número de registro, houve direcionamento ao Arquivo Médico da policlínica para organização de amostra intencional e sistemática, basicamente selecionada através de leitura do prontuário, atendendo à faixa etária estabelecida. Uma vez definidos ambos os sexos com idades entre 50 e 70 anos, esperava-se contemplar um grupo onde conhecidamente, começava a manifestar clinicamente a doença cardiovascular (a partir da 5ª década de vida).

Os prontuários foram analisados sob duas circunstâncias: leitura dentro do Arquivo Médico, 96 horas antes da data agendada para atendimento dos clientes agendados em Coronária I; ou no próprio dia de atendimento, 02 ou 03 horas antes do primeiro horário agendado para atendimento dos mesmos. A partir desta leitura, selecionavam-se os sujeitos que atenderiam aos critérios de inclusão deste estudo e que poderiam submeter-se à consulta de enfermagem, caso viessem a concordar, atendendo aos requisitos éticos.

Os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos estão relacionados abaixo:

#### Inclusão

- A. Ser regularmente cadastrado no ambulatório para Doença Arterial Coronariana da Policlínica Piquet Carneiro/HUPE;
- B. Ter entre 50 e 70 anos de idade;
- C. Ambos os sexos;
- D. Ter condições de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) com capacidade de compreensão preservada.

#### Exclusão

- A. Ter incapacidade ou falta de interesse para cooperar com o estudo e/ou assinar o TCLE ou qualquer condição suficientemente grave que dificulte a participação no estudo (déficit cognitivo, problemas relacionados com a fala e audição e problemas locomotores).

Ao considerar os 07 dias de operacionalização da consulta de enfermagem no ambulatório de Coronária I, 120 clientes estavam agendados para atendimento, e destes 46 indivíduos tinham menos que 50 ou mais que 70 anos de idade. Dos que atenderam os

critérios de inclusão, somaram-se 74 pessoas. Quatro (4) clientes não compareceram à consulta agendada.

Um número considerável de clientes optou por não aguardar pela abordagem da pesquisadora, pois a complexidade em garantir uma abordagem que permita a valorização de integralidade da pessoa, de suas diversas necessidades, de sobrepor-se à doença, gerou períodos entre 45 e 90 minutos de atendimento para cada indivíduo.

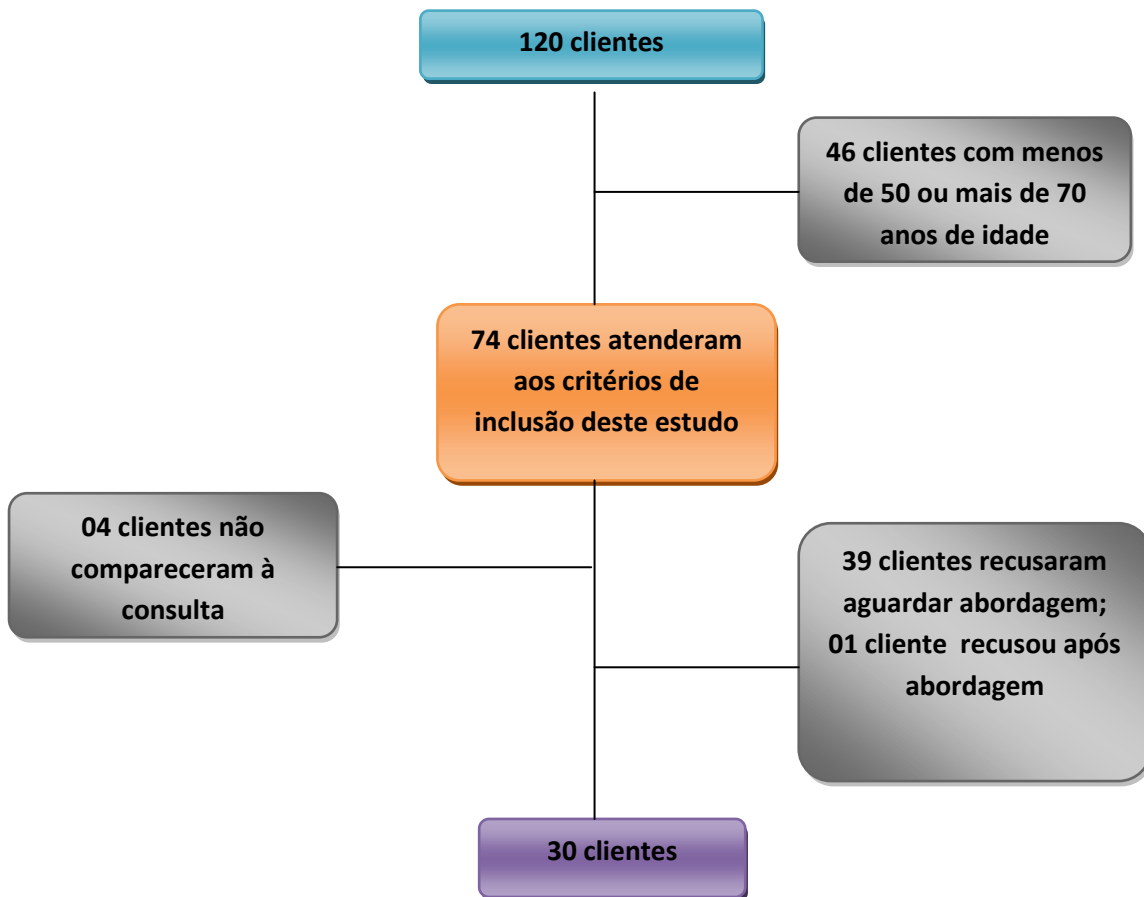


Figura 3 – Seleção da amostra. Rio de Janeiro, Policlínica

Fonte: Piquet Carneiro/HUPE/UERJ – CORONARIA I, julho 2009.

## 2.4 Estratégia de pesquisa

Visando um instrumento de operacionalização da prática do profissional enfermeiro, bem como atuação direta e independente, apropriamo-nos da consulta de enfermagem, enquanto parte fundamental desta prática (SANTOS; CORRÊA; ALBUQUERQUE, 2008).

Esta consulta permite ao enfermeiro a utilização de tecnologias que valorizam a sensibilidade e intuição durante o cuidar do cliente. Além disso, para Padilha, Silva e Borestein (2005), seu enfoque na integralidade da pessoa transpõe a questão da doença, possibilitando um cuidado que privilegia a subjetividade, o lazer, a espiritualidade, o ambiente, o estilo de vida do cliente como fatores de orientação para identificar diagnósticos de enfermagem e elaborar planos de cuidados aderentes à realidade do cliente.

Entende-se que esta atividade de sistematização da assistência de enfermagem se caracteriza como um instrumento metodológico e tecnológico para o cuidar, conforme afirmam Garcia e Nóbrega (2004), pois confere ao enfermeiro uma prática na qual ele delimita seu fazer específico- o cuidado de enfermagem, utilizando sua competência e habilidades na interação com o ser humano. Recorda-se, que a autonomia do enfermeiro para realizar esta atividade encontra-se regulamentada na Lei n. 7.498/86 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1987) que formalizou uma prática implementada desde 1925, que era reconhecida na comunidade da área da saúde como entrevista pós-clínica.

Utilizando-se de recursos disponíveis no ambulatório e dando seqüência ao trabalho já realizado, obteve-se importante contribuição da equipe técnica de enfermagem para mensuração de medidas antropométricas, durante a pré-consulta implementada. Para mensuração do IMC foi utilizado o cálculo  $\text{Peso/Altura}^2$ ; para cálculo da circunferência abdominal foi utilizado uma fita métrica com graduações em centímetros sobre a distância média entre a última costela flutuante e a crista ilíaca.

## **2.5 Técnica de Pesquisa**

A técnica de pesquisa utilizada foi a entrevista, caracterizada, porém, em dois momentos. Inicialmente utilizou-se um Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice B) com perguntas estruturadas para identificar a relação entre obesidade e condições socioeconômicas de clientes com DAC.

Para a composição do instrumento de coleta de dados, foram selecionadas variáveis do problema formulado, a saber: características socioeconômicas: situação ocupacional, escolaridade, renda familiar e número de dependentes, condições de habitação, saneamento básico; fatores comportamentais: qualidade da dieta e prática regular de exercício físico;



fatores de risco para obesidade: histórico familiar, parâmetros antropométricos (IMC, CA) e alguns fatores de risco modificáveis.

Também fez parte da entrevista, lançando mão de questões não estruturadas, uma Ficha Clínica (Apêndice C e D) onde, no ato do desenvolvimento de um processo de identificação/solução de problemas de saúde, podem-se registrar dados subjetivos relatados, sentidos ou, simplesmente, nos quais os clientes acreditavam.

O processo de enfermagem é uma combinação dos elementos mais desejáveis da arte da enfermagem com importantes elementos de método científico (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2009). Neste processo composto, atualmente, por cinco etapas, foi possível alcançar três destas: investigação, diagnóstico de enfermagem e planejamento. A partir deste momento foram formuladas as intervenções de enfermagem para o atendimento de necessidades de autocuidado entre clientes com doença arterial coronariana.

## **2.6 Organização e Tratamento Estatístico**

Os bancos de dados foram criados a partir de planilhas do programa EXCEL, caracterizando cada cliente entrevistado aos fatores de risco: hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitus; sedentarismo; ingestão de álcool; dislipidemia; da mesma forma às variáveis referentes às condições socioeconômicas e aos fatores comportamentais.

O programa estatístico utilizado foi o SPSS, técnica estatística que descreve duas ou mais variáveis simultaneamente, originando tabelas que refletem a distribuição conjunta de duas ou mais variáveis com um número limitado de categorias ou valores distintos (MALHOTRA, 2001).

## **2.7 Variáveis do Estudo**

De acordo com Vieira (1998), as variáveis são características ou condições das unidades de população, podendo assumir valores diferentes em diferentes unidades. Foram classificadas em dois tipos: qualitativas ou categóricas e quantitativas ou numéricas.

As variáveis categóricas nominais são definidas quando os dados são distribuídos em categorias mutuamente exclusivas, mas são indicadas em qualquer ordem (Sim/Não, por exemplo):

- Fatores de risco: Hipertensão arterial; Tabagismo; Diabetes mellitus; Sedentarismo; Ingestão de álcool; Dislipidemia;
- Escolaridade
- Cor
- História familiar de obesidade
- Estado conjugal
- Número de dependentes da renda;
- Sexo
- Características relacionadas à residência: tipo, número de cômodos, encanamento de água, coleta de lixo.

As variáveis quantitativas contínuas são expressas numericamente, os dados encontram-se em categorias não exclusivas, porém assumem um valor de qualquer intervalo:

- Índice de Massa Corporal (peso;altura), Circunferência Abdominal, que caracterizarão a obesidade e/ou sobrepeso;
- Idade;
- Renda familiar.

## 2.8 Aspectos Éticos

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto considerou a pesquisa dentro dos padrões éticos de pesquisa em seres humanos, conforme a Resolução nº. 196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, aprovando a realização desta em 10 de dezembro de 2008, sob o Protocolo nº. 223328.

Todos os clientes selecionados para participar deste estudo, obtiveram seu consentimento livre e esclarecido (apêndice A), e aceitaram serem sujeitos desta pesquisa, após leitura detalhada, esclarecimentos e informações quanto aos objetivos e aplicabilidade para fins de pesquisa dos dados coletados.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Acometimento da obesidade e os fatores de risco

Utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) para mensuração da obesidade nos sujeitos do estudo, o que representa um importante critério de definição de obesidade, de acordo com a referência adotada pela Organização Mundial de Saúde (2006) e amplamente utilizados na prática clínica e em estudos nacionais e internacionais sobre o tema.

Da mesma forma, não se poderia ignorar a relevância quanto à mensuração da obesidade abdominal, que comprovadamente estudos revelaram apresentar maior impacto nas alterações e disfunções metabólicas, sendo considerados ambos os critérios, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos sujeitos segundo os critérios de IMC e obesidade segundo Circunferência abdominal.

<b>Critérios para obesidade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Circunferência abdominal (CA)	26	86,6
Índice de Massa Corporal (IMC)	8	26,7
Sobrepeso segundo IMC	11	36,7

Fonte: Rio de Janeiro, HUPE/Policlínica Piquet Carneiro, 2009. (N=30)

Evidenciou-se que, ao utilizar os critérios de obesidade, sobrepeso ou normalidade segundo IMC, 8 (26,7%) clientes atenderam critérios para obesidade, da mesma forma que 11 (36,7%) atenderam para sobrepeso, correspondendo a padrões acima do peso tido como adequados.

Tal fato alerta para a necessidade de orientação para o autocuidado a fim de coibir o número crescente de pessoas nessa situação que leva ao desequilíbrio das dimensões corporais, destacando-se a emocional, além de outras doenças crônicas, na qual se configura a doença arterial coronariana (AZEVEDO; GUIMARÃES, 2006).

Considerando a avaliação segundo a circunferência abdominal (CA) esse dado é ainda mais alarmante, correspondendo à maioria de 26 (86,6%) sujeitos, em tratamento ambulatorial, com critérios para obesidade abdominal. Em clientes com obesidade segundo critérios para IMC também foram constatados obesidade abdominal. Seu descontrole conduz principalmente à morbimortalidade cardiovascular em função das importantes alterações metabólicas provocadas pelo excesso de gordura abdominal (AZEVUM; GUIMARÃES, 2006).

Tal fato alerta para a necessidade de orientação para o autocuidado a fim de coibir o número crescente de pessoas nessa situação que leva ao desequilíbrio das dimensões corporais, destacando-se a emocional, além de outras doenças crônicas, na qual se configura a doença arterial coronariana (DAC) (AZEVUM; GUIMARÃES, 2006).

Considerando a avaliação segundo a circunferência abdominal (CA) esse dado é ainda mais alarmante, correspondendo à maioria de 26 (86,6%) sujeitos, em tratamento ambulatorial, com critérios para obesidade abdominal. Em clientes com obesidade segundo critérios para IMC também foram constatados obesidade abdominal. Seu descontrole conduz principalmente à morbimortalidade cardiovascular em função das importantes alterações metabólicas provocadas pelo excesso de gordura abdominal (AZEVUM; GUIMARÃES, 2006).

Tal desequilíbrio tem proporcionado medidas corretivas através de educação alimentar que, se mal sucedidas, culminam em dispendiosas e traumatizantes cirurgias estéticas, independente do sexo da pessoa obesa (AZEVUM; GUIMARÃES, 2006).

No grupo do estudo, percebeu-se que 18 (60%) pessoas apresentaram-se com obesidade abdominal, mas com critério de normalidade segundo IMC, o que sugere um importante trabalho educacional a ser realizado pelo enfermeiro para subsidiar o reconhecimento destas pessoas em apresentar este fator desviante de saúde. Estudos (ANDRADE et al., 2008; LESSA; PITANGA, 2007) têm revelado que o excesso de peso abdominal está mais relacionado ao risco coronariano elevado e ao infarto agudo do miocárdio, mesmo na ausência de adiposidade generalizada.

Considerando que se trata de um grupo com a doença coronariana e os elevados riscos de sua recorrência, o enfermeiro pode agir através da educação à saúde com objetivo de evitar uma nova manifestação clínica. Pela informação e incentivo à conscientização do indivíduo, lançando mão de sua própria vivência prévia, espera-se alcançar mudanças de comportamentos e adoção de estilo de vida saudável (SAKRAIDA, 2003; GRUNDY; SILVA, 2004; GONÇALVES; SCHIER, 2005; BORGES; JAPUR, 2008).

A Tabela 2 destaca dados correspondentes a outros fatores de risco para doença cardiovascular considerados neste trabalho e identificados nos sujeitos de pesquisa através da consulta de enfermagem:

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos por fatores de risco biológicos e comportamentais para doença cardiovascular.

Fatores de risco	N	%
<b>Biológicos</b>		
HAS	25	83,3
Diabetes mellitus	8	26,7
Dislipidemia	15	50
<b>Comportamentais</b>		
Etilismo	2	6,7
Tabagismo	2	6,7
Sedentarismo	20	66,7
Não segue dieta recomendada pelo profissional de saúde	9	30
Não mantém atividade física regular	20	66,7

Fonte: Rio de Janeiro, HUPE/Policlínica Piquet Carneiro, 2009. (N=30)

Associando outros fatores de risco à ocorrência de obesidade nos sujeitos da pesquisa, identificou-se que a maioria 25 (83,3%) deles apresenta hipertensão arterial sistêmica. A minoria de 2 (6,7%) pessoas refere, igualmente, tabagismo e etilismo, 8 (26,7%) relataram ser diabéticos, 9 (30%) informaram não seguir a dieta recomendada pelo profissional de saúde, 20 (67%) afirmaram não exercer atividade física ou exercer atividade física de forma irregular, enquanto a metade- 15 (50%) tem diagnóstico de dislipidemia.

Campana et al. (2006), em um estudo observacional com jovens e suas famílias para entender o comportamento dos fatores de risco cardiovascular ao longo dos anos, ressaltam a importância dos mesmos para o desenvolvimento de alterações do aparelho cardiovascular. Diversos achados relacionados sinalizaram que a dislipidemia, a hipertensão, o tabagismo, a hiperglicemia e a obesidade produzem danos às artérias, que se iniciam em fases precoces.

Mesquita (2003), Campana et al. (2006), Brandão et al. (2006) concordam ao afirmar a existência de um enorme lapso de tempo entre a exposição aos fatores de risco e o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Ações de enfermagem devem subsidiar a detecção precoce destes fatores e a orientação quanto ao risco de lesão da artéria potencializado por cada fator, levando ao

adoecimento de jovens, mais tardiamente. Ao grupo que contém a especificidade da amostra deste estudo, já manifestada e diagnosticada a doença coronariana, os cuidados se mantêm com a finalidade de evitar uma nova recorrência.

Não se pode ignorar os altos custos atribuídos às avaliações clínicas, manejo da patologia, perda ou incapacidade produtiva, impactos sobre a subsistência, o sofrimento psíquico e sobrecarga emocional de indivíduos, suas famílias e sociedade a cada manifestação clínica apresentada.

Identificou-se que 90% dos clientes com doença arterial coronariana possuem mais de um fator de risco associado, sendo que deste grupo 14 (53,3%) possuem três ou mais fatores de risco relacionados; 12 (45%) clientes com obesidade abdominal apresentam três ou mais fatores de risco associados; Entre aqueles com obesidade, segundo IMC, 3 (37,5%) apresentam três ou mais destes fatores de risco.

A obesidade do tipo visceral que se caracteriza pela compressão excessiva de gordura na região abdominal pode conduzir a Síndrome Metabólica, constituída de hipertensão arterial, dislipidemia aterogênica, alteração do mecanismo da glicose e microalbuminúria, entre outras alterações (AZEVEDO; GUIMARÃES, 2006).

Ainda são predominantes as políticas públicas assistencialistas, que mantêm as pessoas adoecidas pelas falhas do sistema de saúde (GAUTHIER; HIRATA, 2001). Estudos apontam para uma política institucional de saúde, centrando o cuidado de enfermagem em ações para prevenir, adequadamente, a obesidade, incentivando as pessoas para adotar o autocuidado à saúde (SAKRAIDA, 2003; PEREZ; ROMANO, 2004).

Isso inclui a conscientização dos sujeitos sobre a importância de ter o conhecimento e a autonomia para controlar os fatores de risco, sabendo-se que o risco coronariano aumenta a cada fator que se soma. Conforme sinalizaram Gauthier e Hirata (2001), facilitar a autonomia e ter ética são formas de educar em saúde para o autocuidado das comunidades e desenvolver um papel diretamente político pelo enfermeiro.

Dos sujeitos, 66,7% relatam seguir a dieta recomendada pelo profissional de saúde, seja ele médico, enfermeiro ou nutrólogo, afirmando que mudaram a qualidade dos alimentos ingeridos, principalmente após manifestação clínica da doença coronariana.

Ao contrário do senso comum, a obesidade não está somente relacionada à mesa farta, embora isso seja mais que uma lógica, uma realidade de muitas sociedades, principalmente de países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, mais da metade da população norte-americana apresenta sobrepeso ou obesidade (ATALA; COLOMBO, 2004).

No entanto, no estudo realizado pelo IBGE e Ministério da Saúde-Pesquisa de Orçamentos Familiares, (2002-2003) - identificou-se o estado nutricional da população com bases nas aquisições de alimentos e bebidas consumidas em domicílio, concluindo haver entre os brasileiros, um alto consumo de açúcares e gorduras saturadas e consumo insuficiente de frutas e hortaliças (CARVALHO; GUIMARÃES, 2005).

As famílias mais pobres também são afetadas porque consomem alimentos com preços mais acessíveis, que nem sempre correspondem ao de melhor qualidade nutricional (CARVALHO; GUIMARÃES, 2005). A transição nutricional diz respeito à mudança sequencial no padrão de nutrição e consumo, estando intimamente relacionada à mídia e poderosos segmentos industriais que ditam uso, hábitos, tipo de alimento e seu preparo. O próprio contexto sociocultural mediará a oferta e disponibilidade de alimentos com alto teor energético (açúcares e gorduras) que acabam superando as reais necessidades fisiológicas.

A partir destes contextos (econômicos, socioculturais, tecnológicos) tem-se a transição epidemiológica, enquanto resultado de variações comportamentais dos padrões de morbimortalidade e fecundidade. O Brasil pode ser caracterizado como uma fórmula mista tanto de excesso de peso e acometimento de DCNT, com prejuízos provocados pela subnutrição. A desnutrição em adultos e aumento da obesidade é tendência no país desde os anos 80.

Nesse sentido, ressalta-se o prejuízo que a Transição Nutricional, consequente de transformações econômicas, sociais, demográficas e sanitárias, vem ocasionando nos padrões nutricionais das pessoas (VASCONCELOS; LAPA; CARVALHO, 2006.)

Destaca-se no contexto de indivíduos obesos a educação nutricional, que se efetua pelo diálogo entre o cliente, portador de uma história de vida, que procura ajuda para solucionar problemas de alimentação. O enfermeiro que se propõe ao exercício da educação nutricional, pode promover o desenvolvimento da capacidade de compreender práticas e comportamentos, e os conhecimentos ou as aptidões resultantes desse processo contribuem ao proporcionar condições para que possa tomar decisões para resolução de problemas mediante fatos percebidos (RODRIGUES; BOOG, 2006).

O autocuidado é inerente à vida, à sobrevivência dos humanos, pois independe da identificação de doenças ou traumas biológicos, psicológicos, econômicos ou sociais. Constitui uma obrigatoriedade do viver, assim como o aprender a viver, sendo indispensável à sobrevivência no mundo com qualidade (SANTOS; SARAT, 2008).

Referindo-se à atividade física regular, a maioria de 20 (66,7%) entrevistados informou não praticar atividade física de forma regular, ou seja, no mínimo três vezes na

semana. Ao considerar pessoas com obesidade segundo IMC, estes sujeitos correspondem a 05 (62,5%) que não mantêm atividade física regular; 18 (69,2%) pessoas obesas, segundo critério para CA também não possuem hábito da atividade física regular. Estudiosos orientam quanto à necessidade de políticas públicas para assegurar que todos tenham oportunidade de eleger opções mais saudáveis, no que se refere à ingestão de alimentos e práticas de atividades físicas regulares (MONTEIRO, 2004; KOURY; CARVALHO, 2008).

Atendendo às políticas públicas de saúde, a sistematização da assistência de enfermagem é imprescindível centrando-se na consulta de enfermagem, no caso do acompanhamento ambulatorial, para orientar as necessidades de autocuidado a esses clientes (SANTOS; MAZONI; CARVALHO, 2009).

Quanto às características sociodemográficas, dos sujeitos, destacam-se os dados da Tabela 3:

Tabela 3- Distribuição dos sujeitos por características sócio-demográficas.

<b>Variáveis</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	15	50
Feminino	15	50
<b>Idade (anos)</b>		
50   60	6	20
60   70	24	80
<b>União estável</b>		
Sim	20	66,7
Não	10	33,3
<b>Etnia</b>		
Branca	25	83,3
Parda	05	16,7

Fonte: Rio de Janeiro, HUPE/Policlínica Piquet Carneiro, 2009. (N = 30)

Relacionando algumas características sociodemográficas, observou-se que metade 15 (50%) dos sujeitos entrevistados se distribui equitativamente no sexo masculino e no feminino.

No Brasil, estudos realizados em décadas anteriores, como o Estudo Nacional de Despesa familiar na década 70 e Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição na década de 80,



concluíram uma tendência ao maior acometimento da obesidade na mulher idosa, do que no homem idoso (FERREIRA, MAGALHÃES, 2006). Atualmente, estudos apontam uma distribuição homogênea da obesidade entre os sexos na população, independente da faixa etária.

Neste trabalho, a minoria de 6 (20%) entrevistados situou-se na faixa etária de 50-60, enquanto a maioria de 24 (80%) corresponde à de 60-70.

Mesquita (2003) afirmou existir um longo período entre o início do processo aterosclerótico, nos primeiros anos de vida, e suas manifestações clínicas, usualmente a partir da quinta década de vida. A história natural da doença, sua localização e velocidade de progressão dependerão do número de fatores de risco presentes em certo indivíduo.

Quanto ao envelhecimento, Silva et al. (2006) esclareceram que, alguns fenômenos físicos são referem-se ao processo fisiológico do envelhecimento, enquanto outros, denotam um processo de envelhecimento mal sucedido em meio às condições sociais e econômicas desfavoráveis.

A maioria dos sujeitos de pesquisa declarou união estável e ser de cor branca, correspondendo a 20 (66,7%) e 25 (83,3%), respectivamente. Apenas a minoria de 5 (16,7%) declarou de cor parda.

A classificação utilizada pelo IBGE corresponde à maior parte dos termos utilizados pela população em perguntas abertas, sendo as adotadas neste estudo. A determinação de um indivíduo quanto a sua própria etnia perpassa por um contexto subjetivo, sendo caracterizado muito fortemente pela auto- percepção. De acordo com Chor e Lima (2005) são marcantes as “tendências branqueadoras” de autoclassificação étnico/racial no Brasil. Observa-se no grupo abordado essa tendência ao clareamento, uma vez que os sujeitos se auto-percebem exclusivamente pardos e brancos.

Tabela 4 – Medidas de Tendência Central dos sujeitos por idade, peso e altura.

<b>Característica</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio-padrão</b>
Idade	69	65	64	6
Peso	76	73,2	71	13
Altura	1,71	1,63	1,62	0,08

Fonte: Rio de Janeiro, HUPE/Policlínica Piquet Carneiro, 2009. (N = 30)

Os dados representados na Tabela 4 corroboram com os da Tabela 3, pois mostram que o grupo do estudo, embora pequeno, é composto por pessoas com 69 anos, peso correspondente à 76kg e altura igual a 1,71m de média. Considerando essas variáveis destaca-se a homogeneidade do grupo, principalmente quanto à altura, comprovada pelo desvio padrão, conforme se observa na Tabela 4.

### **3.2 Condições socioeconômicas e obesidade: fatores de risco para doença coronariana**

Conforme apontaram Fizman e Matos (2003), Monteiro (2003), Monteiro, Conde e Castro (2003), Gonçalves e Schier (2005), a desigualdade social em países considerados emergentes como o Brasil reflete-se na saúde através de problemas que convivem lado a lado, à medida que é evidente a persistência de doenças infecto-contagiosas e desnutrição provocadas por padrões inaceitáveis de moradia, saneamento básico, políticas educacionais ou imunização com cobertura falha e pobreza, levando mais facilmente à condição de adoecimento de um grupo.

Esses países coexistem com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que, normalmente apresentam-se através da interação de múltiplos fatores complexos, a saber: causa necessária desconhecida, amplo período de latência e curso assintomático prolongado (LESSA, 1998).

A obesidade, por se enquadrar nas DCNT, apresenta um vasto conjunto de fatores biomédicos, genéticos, comportamentais, sociais, culturais que a define. Porém, as mesmas mazelas sociais, que sustentam a desnutrição, formatam uma população que caminha cada vez mais rápido para o excesso de peso. Os determinantes como emprego, renda, escolaridade, nível profissional, condições de habitação são importantes fatores condicionantes ao adoecimento e morbimortalidade (FISZMAN; MATOS, 2003).

Nesse sentido, a tabela 5 apresenta dados relacionados às condições socioeconômicas considerados nesta pesquisa.

Tabela 5 – Distribuição dos sujeitos por características socioeconômicas

Características	IMC					TOTAL		CA				TOTAL		
	Adequado		Sobrepeso		Obeso		N	%	Adequado		Obeso		N	%
N	%	N	%	N	%	N			%	N	%	N		
<b>Situação Ocupacional</b>														
Sim	8	72,7	3	27,3	1	12,5	12	40,0	-	-	7	26,9	7	23,3
Não	3	27,3	8	72,7	7	87,5	18	60,0	4	100,0	19	73,1	23	76,7
<b>Escolaridade</b>														
Ensino fundamental	7	63,6	9	81,8	7	87,5	23	76,6	4	15,4	19	73,1	23	76,7
Ensino médio	4	36,4	2	18,2	1	12,5	7	23,3	-	-	7	26,9	7	23,3
<b>Renda Familiar</b>														
Mais de ½ a 1 salário mínimo	4	36,4	1	9,1	4	50,0	9	30,0	3	75,0	6	23,1	9	30,0
Mais de 1 a 2 salários mínimos	2	18,2	6	54,6	3	37,5	11	36,7	1	25,0	10	38,5	11	36,7
Mais de 2 a 5 cinco salários mínimos	4	36,4	4	36,4	1	12,5	9	30,0	-	-	9	34,6	9	30,0
Mais de 6 salários mínimos	1	9,1	-	-	-	-	1	3,3	-	-	1	3,8	1	3,3
<b>Número de dependentes</b>														
1 à 2	3	27,3	4	36,4	4	50,0	11	36,7	1	25	10	38,5	11	36,7
3 à 4	6	54,5	6	54,5	4	50,0	16	53,3	3	75	13	50,0	16	53,3
5 à 6	2	18,2	1	9,1	-	-	3	10,0	-	-	3	11,5	6	20,0
<b>Moradia</b>														
Próprio	10	90,9	10	90,9	6	75,0	26	86,7	4	100,0	22	84,6	26	86,7
Aluguel	1	9,1	1	9,1	1	12,5	3	10,0	-	-	3	11,5	3	10,0
Outros	-	-	-	-	1	12,5	1	3,3	-	-	1	3,8	1	3,3
<b>Número de cômodos</b>														
Até 3	1	9,1	1	9,1	1	12,5	3	10,0	1	25,0	2	7,7	3	10,0
4 à 5	7	63,6	9	81,8	7	87,5	23	76,7	3	75,0	20	76,9	23	76,7
6 à 7	3	27,3	1	9,1	-	-	4	13,3	-	-	4	15,4	4	13,3
<b>Água encanada</b>														
Não	-	-	1	9,1	-	-	1	3,3	-	-	1	3,8	1	3,3
Sim	11	100,0	10	90,9	8	100,0	29	96,7	4	100,0	25	96,2	29	96,7
<b>Coleta de lixo</b>														
Não	1	9,1	1	9,1	-	-	2	6,7	-	-	2	7,7	2	6,7
Sim	10	90,9	10	90,9	8	100,0	28	93,3	4	100,0	24	92,3	28	93,3

Fonte: Rio de Janeiro, HUPE, Policlínica Piquet Carneiro, 2009. (N=30)

Observa-se na tabela 5, que referente à situação ocupacional da amostra, a maioria dos clientes em tratamento ambulatorial declarou não possuir atividades ocupacionais, correspondendo a 23 (76,7%) pessoas. Recordam-se as Tabelas 3 e 4 que mostram a distribuição dessas pessoas, majoritariamente na faixa de 60 e 70 anos. Portanto, ressalta-se que grande parte dos sujeitos encontrava-se aposentados. Associa-se a esse fato, que atividades de importante impacto energético favorecem a manifestação clínica isquêmica da doença arterial coronariana.

Trata-se de um problema de impacto social para si próprio, suas famílias e mais amplamente sobre a sociedade, quando repentinamente a vida profissional é interrompida, uma vez que manifestada a doença, a atividade profissional poderá vir a ser um fator condicionante ao adoecimento, principalmente por ser este um grupo com a doença diagnosticada.

Matos e Fizman (2003) já afirmavam com relação à situação ocupacional, que são preocupantes os ônus econômicos das doenças cardiovasculares e seus fatores de risco devido ao alto custo para sociedade, para a família, para os indivíduos, quando o capital social e humano é atingido por longos períodos de deficiência, mortalidade prematura, assistência e métodos diagnósticos caros; a força de trabalho da maioria dos países é afetada, podendo ser evitáveis.

Com relação à escolaridade, observou-se que pessoas com escolaridade mais baixa apresentaram maior obesidade. Dessas, 7 (87,5%) que cursaram até o ensino fundamental atendem critérios para obesidade segundo IMC. Da mesma forma, 19 (73,1%) pessoas com obesidade segundo critério de circunferência abdominal, apresentaram nível de escolaridade até o ensino fundamental. Há uma diferença entre os grupos, embora não haja diferença estatisticamente significativa.

O ensino médio foi o maior nível de escolaridade registrado nesta amostra. Entre todas as variáveis a sua distribuição representou a minoria entre os grupos. À exceção das 4 (15,4%) pessoas da amostra consideradas normais pelo critério de circunferência abdominal, que cursaram exclusivamente o fundamental. Um achado importante é que estes mesmos sujeitos encontram-se com excesso de peso no critério IMC – sobrepeso ou obesidade – o que reforça a associação baixa escolaridade e excesso de peso desta amostra.

Uma vez considerado, em décadas anteriores, o acometimento da obesidade em pessoas com maior renda, melhores situações ocupacionais, e nível de escolaridade mais elevado, a obesidade que tanto se relacionava à excessos, hoje é considerada uma

consequência importante de maus hábitos, piores escolhas à saúde, proveniente de quem detém menor discernimento e menor nível de escolaridade.

O risco de obesidade foi ascendente em todos os níveis de escolaridade até o final da década de 80, tendendo à ascensão máxima para ambos os sexos com maior escolaridade (MONTEIRO; CONDE; CASTRO, 2003). A obesidade, sem dúvida, foi por muito tempo considerada um acometimento relacionada à excessos, fartura, e portanto, pertencente ao grupo que detivesse maior renda e status socioeconômico.

A partir deste período, tendendo aos dias atuais, o aumento da obesidade foi máximo para indivíduos sem escolaridade, o que tem determinado progressão acelerada dos estratos menos favorecidos da população brasileira (MONTEIRO; CONDE; CASTRO, 2003)

A renda familiar dos abordados, em consulta de enfermagem situa-se, em sua maioria, nas menores faixas consideradas por esse estudo, correspondendo à 20 (66,7%) pessoas recebendo até 2 salários mínimos.

O aumento da expectativa de vida da população, enquanto fenômeno global, evidenciou o envelhecimento do brasileiro de forma superficial, porque resultaram de desenvolvimento e intervenção de tecnologia médica, em detrimento aos avanços das políticas públicas de melhoria à qualidade de vida.

Isso significa dizer que a população como um todo vive mais, porém coexistindo em condições de pobreza, submetidos às mazelas sociais em decorrência do atraso econômico, e/ou da má distribuição de renda no país (GONÇALVES; SCHIER, 2005). Mendes et al. (2007) fazem referência a uma visão do mundo que suportou as conquistas do passado, mas que se revela incompetente para nossos dias.

As especialidades relacionadas à biologia, fisiologia e demais áreas médicas obtiveram importante progresso em virtude desse modelo ou paradigma, onde a tecnologia dura relacionada à equipamentos e maquinários se inseriram no modo de assistir à saúde, provocando longevidade à vida das pessoas. Quanto a isso, Shiratori et al. (2004,p.617) referiram:

Dentre as consequências desse desenvolvimento evidenciou-se um aparato técnico, tecnológico e terapêutico capaz de aumentar a expectativa de vida humana, medida em termos de quantidade, promover cura de algumas doenças antes consideradas fatais e permitir a realização de diagnósticos cada vez mais precoces e específicos ... em contrapartida , a assistência à saúde tornou-se cada vez mais complexa, dispendiosa, menos resolutiva e socialmente excludente.

A exclusão social, esclarecida pelos autores, manifesta-se de maneiras diversas: impossibilidade de acesso aos serviços de saúde, déficit de conhecimento da população quanto às revoluções científicas e suas implicações para vida cotidiana, ou mesmo sobre a terapêutica em que se encontram incluídas, as formas de prevenir danos à saúde, de promoção e otimização da qualidade de vida. Não se pode desconsiderar que a amostra se compõe de clientes assistidos na rede pública de saúde, que carregam o ônus de se submeter a toda falta de recurso tecnológico, material e humano existentes.

O conhecimento por tanto tempo produzido no meio científico, reduzido aos avanços técnicos e tecnológicos, não foi passível de se compartilhar com a população, excluindo-as em grande parte por não deter discernimento para decidir sobre sua saúde, qualidade de vida e bem-estar. Grundy e Souza (2004, p.1355) contribuíram nesse sentido:

Essa abordagem reducionista, em geral não leva em consideração outros fatores que influenciam a saúde tais como o ambiente físico e social onde os problemas de saúde ocorrem. Considerando-se que a saúde envolve inúmeras variáveis relativas ao indivíduo e ao meio ambiente, sua interpretação exige um enfoque mais amplo, não sendo, portanto, apropriado o enfoque reducionista.

Com relação ao excesso de peso por IMC, tem-se 7 (87,5%) sujeitos com renda familiar até 2 salários mínimos: 4 (50%) pessoas com obesidade encontram-se na faixa de até 1 salário mínimo; outros 3 (37,5%) sujeitos obesos a renda soma mais de um a dois salários mínimos.

Com relação à CA, 16 (61,5%) indivíduos têm renda até 2 salários mínimos: 10 (38,5%) sujeitos com obesidade relataram ter renda na faixa entre mais de um a dois salários mínimos e 6 (23,1%) pessoas também obesas informaram ter renda na faixa entre  $\frac{1}{2}$  e 1 salário mínimo.

Referente aos dados de sujeitos com padrão de normalidade para IMC, apenas um deles referiu possuir renda correspondente a uma faixa maior que 5 salários, correspondendo à mesma pessoa que aparece com obesidade, segundo critérios de CA. Atendendo aos critérios de normalidade por CA, todos os sujeitos possuem renda familiar até dois salários mínimos.

Diversos autores sinalizaram (MONTEIRO; CONDE; CASTRO, 2003; SIVIEIRO; SCATENA; COSTA, 2005) que a obesidade predomina entre pessoas com maior renda. Porém, existe uma tendência no crescimento da obesidade em grupos populacionais sem distinção de classe social, devido à transição dos padrões alimentares, com o aumento do consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares e diminuição no consumo de cereais,

leguminosas e frutas, verduras e legumes (CARVALHO; GUIMARÃES, 2005). A OMS (2006) destaca a diminuição da atividade física devido à natureza cada vez mais sedentária de diversas ocupações dos adultos. Diante da relação educação e doença, indivíduos com maior escolaridade assumem melhores escolhas para sua saúde.

O número de dependentes da renda familiar declarados pelos clientes em consulta de enfermagem foi em sua maioria composta por 3 a 4 dependentes. Foram 4 (50%) pessoas obesas por IMC e também 13 (50%) pessoas obesas segundo CA que informaram 3 a 4 dependentes da renda familiar. Das pessoas com sobrepeso, de acordo com IMC, 6 (54,6%) também informaram igual quantitativo de dependentes da renda familiar.

Observa-se neste grupo, um perfil de famílias compostas por 3-4 pessoas, dependendo de uma renda que oscila em até 2 salários mínimos. No Brasil, ainda é fortemente observado a marcante desigualdade social, com forte subsídio de concentração de renda numa pequena faixa populacional em detrimento à maioria; a pobreza, medida pela insuficiência de renda, alcança mais de um quarto da população brasileira e dissemina-se por todas as regiões e áreas do país (MONTEIRO, 2003).

As residências dos indivíduos em tratamento ambulatorial são em sua totalidade construídas em alvenaria. Do grupo entrevistado, apenas 01 (12,5%) pessoa com critério de obesidade, 01 (9,1%) dos entrevistados com critério de sobrepeso e 01 sujeito com critério de normalidade, todos segundo IMC, declararam residir em imóvel alugado. Quanto aos indivíduos com critério de obesidade segundo CA, são 03 (11,5%) as pessoas que declararam residir também de aluguel. As outras 22 pessoas (84,6%) com critério de obesidade, assim como as 04 (100%) com critério de normalidade, ambas segundo CA relataram residir em imóvel próprio.

Do grupo abordado, 23 (76,7%) dos sujeitos declararam ter 4 a 5 cômodos em sua residência.

Com relação ao encanamento de água, apenas 01 (9,1%) sujeito com critério para sobrepeso segundo IMC informou não ter água encanada em sua residência. Os demais, independente da variável obesidade, sobrepeso ou normalidade, considerando critérios de IMC ou CA, declararam ter água encanada em suas residências.

Ao discorrer sobre a coleta regular de lixo, evidenciou-se que apenas 01 (9,1%) cliente com critério para sobrepeso segundo IMC e 01 (9,1%) pessoa com critério de normalidade segundo CA não possuem serviço de coleta de lixo regular aonde residem. Das pessoas com obesidade segundo CA, apenas 2 (7,7%) informaram, da mesma forma, não terem coleta regular de lixo em suas residências.

### **3.3 Necessidades de autocuidado: prescrições/ orientações de enfermagem**

Atualmente pode-se afirmar que o autocuidado é indispensável à sobrevivência humana, porque a depender de ações deflagradas pelos próprios indivíduos, têm-se ou não, níveis mais elevados sobre o controle de sua saúde.

Por viverem assumidamente em um padrão social onde o estilo e hábitos de vida tendem ao sedentarismo, ao consumo de alimentos ofertados de maneiras mais rápidas, ricos em componentes calóricos, pobres em vitaminas, a distanciá-los da atividade física regular, a opção por suas ações competem com o desejado hábito de vida saudável.

Justamente por pertencer a esse padrão social é que se salienta o caráter multifatorial que a obesidade é constituída e as razões pelas quais se reforça a prática do autocuidado, sendo possível durante abordagem aos sujeitos desta pesquisa fazer emergir aspectos de domínios físico, psicológico e social.

Quanto ao domínio físico, destaca-se no quadro 1:



LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES DO CLIENTE	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÕES – ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO
1) Dor no peito aos pequenos esforços ou em repouso;	1) Dor aguda	1) Observar a caracterização da dor quanto ao tipo, intensidade, duração, momento em que ocorre; evitar esforço para diminuir o gasto energético; conversar sobre a dor com os especialistas; controlar a medicação para a dor, de acordo com recomendações do especialista.
2) Peso elevado, abdome aumentado, desconforto, pouco condicionamento físico	2) Nutrição desequilibrada: consumo maior do que as necessidades corporais;	2) Tomar ciência do aumento dos riscos para desenvolvimento de doenças do aparelho cardiovascular, alguns tipos de câncer e diabetes; alimentar-se com produtos ricos em vitaminas, fibras e minerais, com baixo teor calórico (açúcares e gorduras); praticar atividades físicas, no mínimo três vezes por semana.
3) Queixas do aparelho músculo-esquelético: algia em articulações de ombros, joelhos e calcâneo, nas regiões cervico-toraco-lombar, em articulação coxo-femural; pelve, quadril (história pregressa de fratura pós-queda da própria altura); História de artrite ou artrose; História de tendinite;	3) Dor Crônica	3) Fazer exercícios físicos regularmente (alongamento, relaxamento, caminhada com baixo impacto); adotar postura corporal adequada postural; Adaptar a residência para medidas contra quedas: evitar tapetes, utilizar pisos antiderrapantes, local de descanso mais próximo do banheiro possível, corrimão ou apoio em boxes e próximo aos vasos sanitários; procurar assistência fisioterápica.
4) Alteração da marcha por seqüela de Acidente Vascular Encefálico (AVE);	4) Deambulação prejudicada	4) Manter maior período de deambulação, alternando com repouso (evitar fadiga); recorrer à utilização de dispositivos auxiliares como muleta e tornar-se mais independente; manter cuidados que minimizem riscos para novo evento vascular: adesão à dieta rica em vitaminas, fibras e minerais, com baixo teor calórico (açúcares e gorduras), manter terapia medicamentosa; procurar assistência fisioterápica;
5) Disartria (seqüela de AVE)	5) Comunicação verbal prejudicada	5) Manter comunicação através da fala com familiares e amigos; procurar assistência fonoaudiológica.
6) Déficit visual (seqüela AVE);	6) Percepção sensorial perturbada relacionada a alteração da acuidade visual	6) Manter-se ao lado de familiares ao andar na rua, principalmente se utilizando meios públicos de transporte; assinar documentos na presença de pessoas de confiança; organizar móveis e utensílios da residência sem trocar o lugar de permanência dos mesmos; Adaptar a residência para medidas contra quedas: evitar tapetes, utilizar pisos antiderrapantes, local de descanso mais próximo do banheiro possível, corrimão ou apoio em boxes e próximo aos vasos sanitários; lançar mão de prótese ocular (óculos com receita do oftalmologista).

Quadro 1 - Dados da Consulta de Enfermagem segundo diagnóstico NANDA®, por domínio físico, de clientes com doença arterial coronariana (continua).

Fonte: Rio de Janeiro, Policlínica Piquet Carneiro, novembro 2009.

7) Cefaléia persistente após traumatismo craniano leve;	7) Dor crônica	7) Fazer atividade física regular; aumentar ingestão hídrica diária; alimentar-se com produtos ricos em vitaminas, fibras e minerais, sem açúcar, gordura, condimento oleosos, pouco sal; evitar alimentos e sucos industrializados (contém conservantes com potássio); evitar medicação sem receita médica; ter acompanhamento ambulatorial com especialistas (médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social).
8) Má conservação do estado dentário;	8) Dentição prejudicada	8) Higiene oral rigorosa após todas as refeições; procurar assistência com dentista.
9) Epigastralgia;	9) Dor crônica	9) Alimentar-se com pequenas porções, em curtos períodos; evitar frituras, bebidas gasosas, cafeína, chocolate, alimentos ácidos; evitar ingerir alimentos antes de dormir. Procurar especialista para investigação.
10) Tonteira associada à Labirintite	10) Confusão crônica	10) Controle do ambiente, eliminação de fatores desencadeantes de estresse, manutenção de ambiente harmônico; investigar e aderir terapia medicamentosa com especialista.
11) Ardência ao urinar, odor fétido, urina concentrada, em indivíduos com infecção urinária de repetição;	11) Risco para infecção urinária.	11) Aumentar ingestão de líquidos; intensificar higiene íntima; higiene em sentido único, em direção ao ânus principalmente mulheres; cuidado durante lavagem e secagem de roupa íntima: mantê-los separados de outras peças, estender em ambiente arejado, não deixar em contato com paredes e/ou refrigeradores; manter troca frequente de absorvente íntimo; procurar especialista para investigar infecção urinária.
12) Edema em membros inferiores;	12) Volume de líquido excessivo; Ou	12) Controlar ingestão de líquidos de acordo com tolerância; atentar para sinais de cansaço; evitar gasto energético;
	Perfusão tissular ineficaz periférica	Realizar atividade física regular; adesão à dieta rica em vitaminas, fibras e minerais, com baixo teor calórico (açúcares e gorduras).
13) Tendência à constipação ou constipação crônica;	13) Constipação intestinal	13) Aumentar ingestão de líquidos diariamente; adesão à dieta rica em vitaminas, fibras e minerais, com baixo teor calórico (açúcares e gorduras); atividade física regular.
14) Dificil controle glicêmico	14) Controle ineficaz do regime terapêutico	14) Manutenção de dieta sem açúcar; atividade física regular.
15) Sedentarismo	15) Estilo de vida sedentário	15) Ciência do aumento dos riscos para desenvolvimento de doenças do aparelho cardiovascular, alguns tipos de câncer e diabetes; realização de atividade física regular, caso não haja contra-indicação médica.

Quadro 1 - Dados da Consulta de Enfermagem segundo diagnóstico NANDA®, por domínio físico, de clientes com doença arterial coronariana (conclusão).

Fonte: Rio de Janeiro, Policlínica Piquet Carneiro, novembro 2009.

O comprometimento do aparelho músculo-esquelético, sem dúvida, correspondeu a uma prevalência bastante significativa. Neste caso, tivemos 56,3% dos sujeitos que expressaram um conjunto de problemas.

Os clientes abordados ainda são reflexos de uma faixa etária (acima dos 50 anos) que sofre com os prejuízos das doenças crônicas e degenerativas, devido ao próprio estilo de vida assumido em sociedades ocidentais e contemporâneas, num país em desenvolvimento que ainda têm uma forma de se oferecer saúde através de medidas curativistas, se sobrepondo sobre as estratégias preventivas.

Para o obeso essas queixas são na verdade agravantes, porque é conhecido o fato de que o excesso de peso sobre a estrutura muscular e óssea causa interferência sobre a qualidade do desempenho da função da estrutura em questão, além de significar fatores de risco para graves doenças (principalmente as cardiovasculares) que se somam à obesidade.

O aumento da expectativa de vida da população no Brasil, enquanto fenômeno global, evidenciou o envelhecimento do brasileiro de forma superficial, porque resultaram de desenvolvimento e intervenção de tecnologia médica, em detrimento aos avanços das políticas públicas de melhorias à qualidade de vida (GONÇALVES; SCHIER (2005).

Quanto ao domínio psicológico, também surgiram algumas queixas dos clientes, expressas no quadro 2:

LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES DO CLIENTE	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÕES- ORIENTAÇÕES PARA o AUTOCUIDADO
1) Medo da morte de ente querido – perda potencial de alguém significativo	1) Sentimento de pesar antecipado.	1) Estabelecer clima de franqueza e confiança na relação; favorecer e incentivar o discurso a respeito; revisar as experiências de perdas passadas e admitir que são sentimentos aceitos.
2) Relações de conflito no convívio familiar – estresse devido necessidades não atendidas	2) Ansiedade moderada	2) Rever a história familiar; monitorar respostas físicas (frequência cardíaca, náusea, dor abdominal, dor torácica, lombar ou cervical, movimentos com mão ou braço, pé...); incentivar a realização de técnicas de relaxamento: alongamento, terapias alternativas.

Quadro 2 - Dados da Consulta de Enfermagem segundo diagnóstico de enfermagem NANDA® por domínio psicológico de clientes com doença arterial coronariana.

Fonte: Rio de Janeiro, HUPE/Policlínica Piquet Carneiro, 2009.

Fatores desencadeantes do desequilíbrio emocional deflagram um sofrimento psíquico intenso e determinam a relação conflituosa entre o indivíduo e sua saúde, a medida que deixam de exercer atividades que exigem cautela e dedicação para sua adequada manutenção.

Somando-se à ansiedade, preocupação, quanto mais se mantiver a oferta de alimentos, maior será a procura, a demanda por ele.

Perez e Romano (2004) subsidiam quanto às consequências sociais e psicológicas graves provocadas por desequilíbrios provocados por origem genética, metabólica, ambiental, comportamental, que podem levar ao desenvolvimento de doenças como a obesidade. Os mesmos esclarecem que o funcionamento psíquico do ser humano determinará a relação que ele terá com o alimento, suas preferências e a rotina de suas refeições.

Quando o equilíbrio é atingido, melhores escolhas e hábitos de saúde são mais facilmente almejados, levando às condutas mais saudáveis. Havendo desequilíbrio, se estabelece o distanciamento dessas práticas.

Da mesma forma, emergiram na consulta de enfermagem informações de domínio social:

LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES DO CLIENTE	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÕES – ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO
1) Recusa em manter uso regular de medicações.	1) Desobediência à adesão	1) Ouvir atentamente sobre as queixas e comentários do cliente; sobre suas percepções/entendimento da situação; ciência do aumento dos riscos para desenvolvimento de doenças do aparelho cardiovascular, alguns tipos de câncer e diabetes
2) Pouco esclarecimento acerca dos parâmetros de normalidade dos batimentos cardíacos	2) Conhecimento deficiente	2) Compreender as alterações fisiológicas dos batimentos cardíacos para intervir nas possíveis alterações; ficar vigilante ao surgimento de sintomas como tonteados, desmaios ou cansaço; procurar estar na companhia de outras pessoas; rever terapia medicamentosa com especialista.
3) Ingesta insuficiente de água	3) Adaptação prejudicada	3) Ouvir atentamente sobre as queixas e comentários do cliente; sobre suas percepções/entendimento da situação; aumentar gradativamente a ingestão hídrica de água para 2 à 3 litros/dia, se não houver contra-indicação (perda de função ventrículo esquerdo, comprometimento renal..).
4) Dificuldade em aderir dieta balanceada	4) Adaptação prejudicada	4) Ouvir atentamente sobre as queixas e comentários do cliente; sobre suas percepções/entendimento da situação; optar por alimentos de preferência pessoal; adesão à dieta rica em vitaminas, fibras e minerais, com baixo teor calórico (açúcares e gorduras); prática de atividades físicas regulares.
5) Renda insuficiente para manutenção de terapia medicamentosa	5) Adaptação prejudicada	5) Ouvir atentamente sobre as queixas e comentários do cliente; sobre suas percepções/entendimento da situação;

Quadro 3 - Dados da Consulta de enfermagem segundo os diagnósticos NANDA®, por domínio social, de clientes com doença arterial coronariana.

Fonte: Rio de Janeiro, HUPE/Policlínica Piquet Carneiro, 2009.

A oferta excessiva de alimentos calóricos pela cultura ocidental é favorecida pela mídia, pelas fábricas destes produtos e é sustentada por uma sociedade consumista, que não tem discernimento para delimitar o que significa necessidade humana fisiológica e seus excessos. Junto a isso, nos deparamos com esse mesmo estilo de vida que pouco admite dispensar tempo e energia em atividades físicas saudáveis.

### **3.4 Recomendações para o autocuidado conforme elementos do Diagrama da Teoria de Nola Pender**

As orientações para a prática do autocuidado tiveram como ponto de partida a auto-percepção dos indivíduos com relação às suas necessidades. A consulta de enfermagem se constituiu em importante instrumento tecnológico e metodológico, possibilitando a expressão verbal de queixas, colocações, desabafos e até indignações que remeteram à identificação de diversos problemas, a partir da classificação da NANDA®, aqui descritos segundo os domínios físicos, psicológicos e sociais.

As necessidades de autocuidado encontradas nos clientes com doença arterial coronariana, sujeitos do estudo correspondem aos fatores impeditivos para exercer o autocuidado. No Modelo de Promoção da Saúde teorizado por Nola Pender, segundo descreve Sakraida (2003), esses fatores exercem influência sobre as condutas da pessoa, no sentido da adoção do autocuidado. Do mesmo modo, o modelo aponta as relações de mau comportamento para exercê-lo.

Tal Modelo subsidia essa prática, identificando, principalmente, os fatores cognitivos e perceptuais dos indivíduos como os principais determinantes diretos das condutas de promoção à saúde. Portanto, ele oferece um paradigma para o desenvolvimento de instrumentos, onde se insere o estilo de vida promotor da saúde como um dos instrumentos que permite a valorização dos indivíduos de importante utilidade para o cuidar de enfermagem, tanto em apoio, como em educação aos clientes.

Os fatores cognitivos e perceptuais estão expostos a seguir, através do diagrama do Modelo de Promoção a Saúde de Nola Pender (parcial):

Características individuais  
e experiências

Fatores específicos  
cognitivos e afetivos

Resultado das condutas

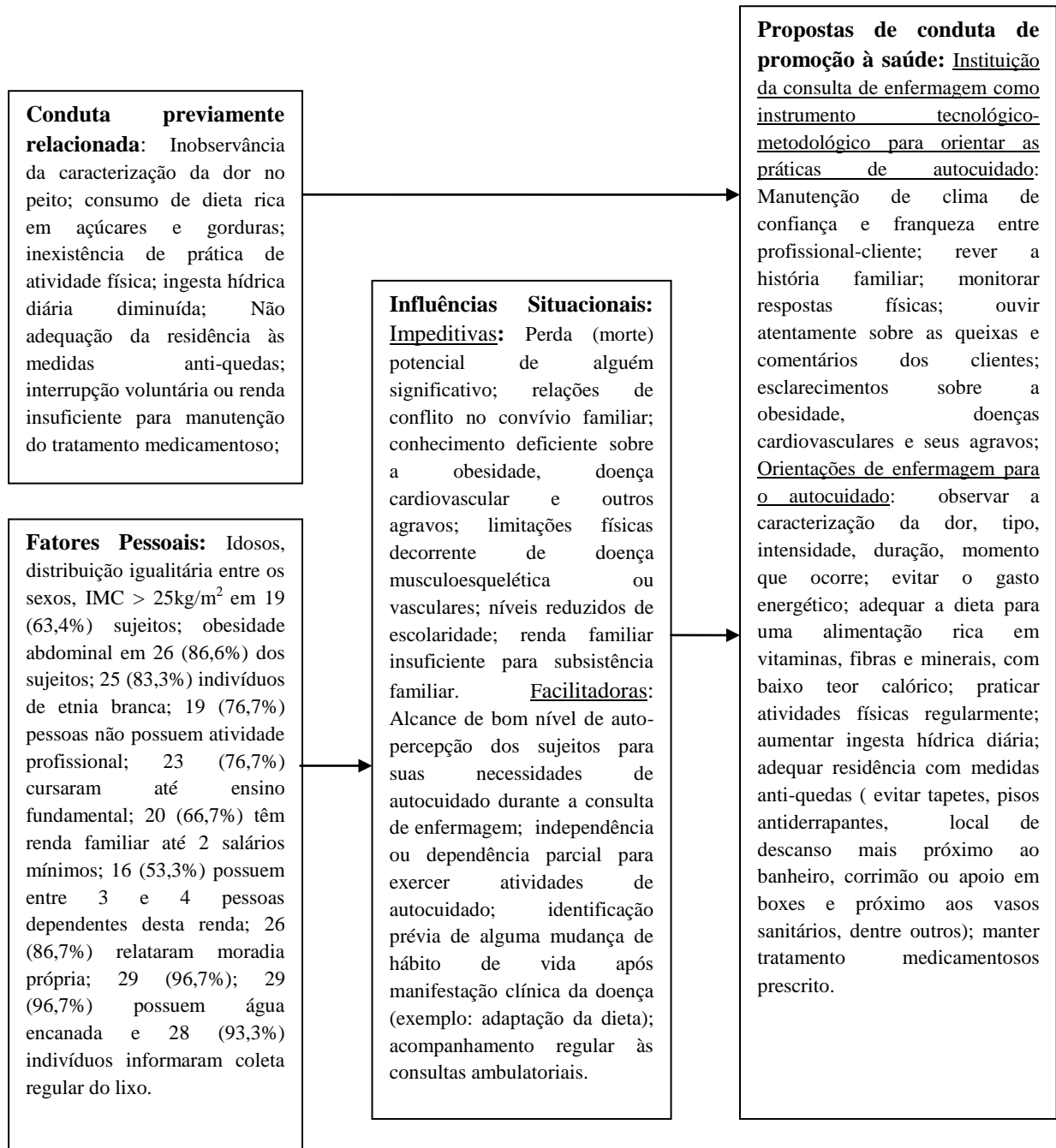


Figura 4 – Aplicação dos elementos do Diagrama de Nola Pender  
Fonte: Rio de Janeiro, HUPE/Policlínica Piquet Carneiro, 2009

No domínio físico, destacam-se os fatores pessoais de origem biológicas, segundo Nola Pender (SAKRAIDA, 2003) e o Modelo de Promoção da Saúde, que vem subsidiar as intervenções de enfermagem sobre o autocuidado do cliente com DAC:

- a) Em caso de dor, observar a caracterização da dor, tipo, intensidade, duração, momento em que ocorre; evitar o gasto energético através de esforços; investigar com especialista; fazer uso de controle medicamentoso para a dor, de acordo com recomendações do especialista.
- b) Deixar o cliente ciente do aumento dos riscos para desenvolvimento de doenças do aparelho cardiovascular, alguns tipos de câncer e diabetes;
- c) Orientar para adesão à dieta rica em vitaminas, fibras e minerais, com baixo teor calórico (açúcares e gorduras);
- d) Incentivar à prática de atividade física regular: ênfase aos exercícios de alongamento, relaxamento, com baixo impacto; exercitar adequação postural;
- e) Adaptar a residência para medidas contra quedas: evitar tapetes, utilizar pisos antiderrapantes, local de descanso mais próximo do banheiro possível, corrimão ou apoio em boxes e próximo aos vasos sanitários; lançar mão de prótese ocular, recomendado pelo especialista.
- f) Aumentar ingestão hídrica diária.
- g) Alimentar-se com pequenas porções, em curtos períodos; evitar frituras, bebidas gasosas, cafeína, chocolate, alimentos ácidos; evitar ingerir alimentos antes de dormir.

No domínio psicológico, utilizando a Teoria de Nola Pender, destacam-se o estado de saúde percebido e a definição de saúde compreendida pelos sujeitos. Procura-se recomendar enquanto medidas de autocuidado:

- a) Estabelecer clima de franqueza e confiança na relação entre profissional-cliente, profissional-familiar, cliente-familiar;
- b) Favorecer e incentivar o discurso a respeito dos problemas de origem emocional, relacionados à autoestima, automotivação ou competência pessoal;
- c) Revisar as experiências de perdas passadas e admitir que sejam sentimentos aceitos (o entendimento ou estado de saúde percebido, a redefinição de saúde).
- d) Rever a história familiar;



- e) Monitorar respostas físicas (frequência cardíaca, náusea, dor abdominal, dor torácica, lombar ou cervical, movimentos com mão ou braço, pé...) às situações que demandam estresse;
- f) Incentivar a realização de técnicas de relaxamento: alongamento, terapias alternativas.

Nola Pender destaca que os fatores pessoais sociais correspondem, entre outros, ao estado socioeconômico (SAKRAIDA, 2003) em que se encontram inseridos os sujeitos.

No grupo abordado, a maioria das pessoas com critério de obesidade (segundo IMC ou CA) moram em imóveis próprios, construídos em alvenaria, compostos por quatro ou cinco cômodos, onde 3 à 4 pessoas são dependentes de uma renda familiar de até dois salários mínimos e a escolaridade predominante corresponde até o ensino fundamental.

Gauthier e Hirata (2001) elucidam sobre o papel da enfermeira como educadora algo diretamente político, justamente por facilitar a autonomia de grupos que se encontram em desvantagem social: baixa escolaridade e renda insuficiente para o sustento familiar.

Afinal, depende da capacidade cognitiva e perceptual dos sujeitos a escolha por melhores opções sobre sua saúde, de forma que o coloque como corresponsável por seu estado também de saúde (FIZSMAN; MATOS, 2003). Nola Pender referiu que são estes os principais determinantes diretos das condutas de promoção da saúde (SAKRAIDA, 2003).

Resgata-se Grundy e Souza (2005) porque referem sobre uma prática educativa para o autocuidado que mobilizam pessoas a tomar consciência e podem levar o grupo à tomada de medidas mais saudáveis.

No domínio social, destaca-se que o enfermeiro possa ouvir atentamente sobre as queixas e comentários do cliente ou sobre suas percepções e entendimento das situações, considerando que a realidade socioeconômica percebida, constitui uma dimensão que extrapola as opções pessoais. Consiste, fundamentalmente, em deixar o cliente ciente sobre a proporção coletiva e a dependência de políticas públicas com investimento em saúde, educação, remuneração, qualidade no trabalho, tipo de moradia, dentre outros.

## 4 CONCLUSÃO

A obesidade é considerada uma epidemia mundial, de difícil controle, com causas multifatoriais, tornando-se atualmente um grave problema de saúde pública, visto que seus fatores condicionantes apresentam aspectos de origem genética, metabólica, ambiental e comportamental, com consequências sociais e psicológicas graves; nesta investigação buscou-se entender a relação entre obesidade e condições socioeconômicas numa clientela com doença arterial coronariana em tratamento ambulatorial.

A obesidade abdominal e o sobrepeso de acordo com critérios de índice de massa corporal foram os mais expressivos nos sujeitos desta pesquisa, correspondentes a 86,6% e 36,6% sujeitos acometidos, respectivamente.

Assumindo que a enfermagem tem um importante papel como educadora no contexto da promoção da saúde junto às pessoas e a sociedade, verificou-se a possibilidade de um cuidar/ pesquisar utilizando a consulta de enfermagem, que identificou as características sociodemográficas e socioeconômicas dos clientes com doença arterial coronariana.

Apesar de admitir as limitações referentes ao tamanho da amostra, foi descrito um breve perfil dos 30 clientes abordados, onde se verificou a presença igualitária de ambos os sexos, que se declaram de cor branca. A idade média do grupo correspondeu a 69 anos, não apresentam situação ocupacional e convivem em união estável com seus cônjuges. Possuem ensino fundamental, recebem até 2 salários mínimos, que compartilham com seus dependentes e residem em moradias de alvenaria próprias, com água encanada e coleta regular de lixo.

Observou-se que pessoas com baixa escolaridade apresentaram maior obesidade, o que sugere menor discernimento para escolhas que elevem seus níveis de saúde, distanciando-os das práticas para exercer o autocuidado e contribuindo para a permanência do quadro de obesidade, a recorrência da manifestação clínica da DAC, assim como o risco do adoecimento de outras doenças graves. Sugere-se também a coexistência do grupo em condições de pobreza, por falta de renda, submetidas à assistência à saúde cada vez mais socialmente excludente.

Na tentativa de se institucionalizar a consulta de enfermagem no campo desta pesquisa os sujeitos foram abordados seguindo três etapas dessa sistematização do cuidar em enfermagem, que permitiu o estabelecimento de diagnósticos classificados pela NANDA<sup>®</sup> e a

proposição de prescrições de enfermagem compatíveis com as necessidades de autocuidado entre clientes com doença arterial coronariana.

A consulta de enfermagem favoreceu a autopercepção e conseqüente verbalização das necessidades para o autocuidado dos clientes, que foram descritas segundo os domínios físicos, psicológicos e sociais.

Para orientar as práticas de autocuidado no domínio físico, destacou-se a observação da caracterização da dor; adequação da dieta para uma alimentação rica em vitaminas, fibras e minerais, com baixo teor calórico; pratica de atividades físicas regularmente. No domínio psicológico, o estabelecimento de clima de franqueza e confiança na relação entre profissional-cliente, profissional-familiar, cliente-familiar. No domínio social que o enfermeiro possa ouvir atentamente a verbalização do cliente, suas percepções e entendimento das situações, considerando que a realidade socioeconômica percebida, constitui uma dimensão que extrapola as opções pessoais.

Considerando o diagrama do Modelo de Promoção a Saúde de Nola Pender (parcial), este permitiu identificar condutas previamente relacionadas, os fatores pessoais e as influências situacionais impeditivas e facilitadoras para as condutas que levem à promoção da saúde, no exercício do autocuidado.

Portanto, visando incentivar nos clientes com doença arterial coronariana uma de conduta de promoção de autocuidado para qualidade de vida, propõe-se instituir, no campo da pesquisa, a consulta de enfermagem nas fases de diagnóstico, intervenção e avaliação, haja vista sua eficácia na autopercepção dos clientes quanto aos problemas de saúde, sendo esse o passo inicial para se obter uma mudança efetiva para hábitos de vida saudáveis.

## REFERÊNCIAS

AGUILLAR, O.M.; COLOMBO, R.C.R. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.2, p.69-82, abr. 1997.

ANDRADE, P.M.P. et al. Obesidade e intervenção coronariana: devemos continuar valorizando o índice de massa corporal? **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 90, n.5, p. 311-316, 2008.

ARAÚJO, J.D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 1, n.2, p. 5-16, 1992.

ARAÚJO, M.F.M.; BESERRA, E.P.; CHAVES, E.S. O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v.19,n.4,out./dez. 2006.

ARAÚJO, R.G. et al. Dislipidemia, inflamação e aterosclerose. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.15, n.6, nov./dez, 2006.

ARRUDA, A.L.G. O enfermeiro na educação de adultos em pré-operatório: uma abordagem andragógica. 1999. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999 apud CABRAL, L.C.; KOERICH, M.S.; MANCIA, J.R. Educação permanente no contexto da enfermagem e da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.57, n.5, p.605-610, set./out. 2004.

ATALA, M.M; COLOMBO, F.M.; Síndrome metabólica como fator de risco para insuficiência cardíaca. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.4, p.616-29, 2004.

AZEVUM, A.;GUIMARÃES, H.P.; PIEGAS, L.S. Obesidade abdominal e síndrome metabólica. , **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**,v.16, n.1, jan./mar. 2006.

BECK, C.T.; HUNGLER, B.P.; POLIT,D.F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.

BERTOLAMI, M.C.; BERTOLAMI, A. Epidemiologia das displipidemias. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.16, n.1, jan./mar. 2006.

BORGES, C.C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Revista Texto-Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.1, p.64-71, jan./mar. 2008.

BRANDÃO, A.A. et al. Níveis lipídicos em uma série de casos da cidade do Rio de Janeiro. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, v. 18, n.6, p.547-558, nov./dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil saudável. **Rev. Saúde, Brasil**. Brasília, DF, p. 6-7, jul. 2005.

BRASIL. Secretaria de ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Elsa Brasil**: Ministério da Saúde, Secretaria de ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 48 p.

\_\_\_\_\_.Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1569 de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jul 2007. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1569.htm>>. Acesso em 28 set. 2008

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 fev 2006. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)>. Acesso em 28 set 2008.

BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, p. 177-185, 1999. Sup.2.

BUSS, P.M.; IGNARA, R.M. **Promoção da saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall Declaração de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 1996.

CABRAL, L.C.; KOERICH, M.S.; MANCIA, J.R. Educação permanente no contexto da enfermagem e da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.57, n.5, p.605-610, set./out. 2004.

CAETANO, J.A.; SOARES, E. Qualidade de vida de clientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Esc. Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v.11,n.1, p. 30-7, mar. 2007.

CAMPANA et al. Pressão arterial e o perfil antropométrico e metabólico de indivíduos jovens acompanhados por 16 anos, estratificados pelo comportamento da pressão arterial: estudo do Rio de Janeiro. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, nov./dez. 2006.

CARVALHO, J.J.M.et al. Ausência de fatores de risco de doença coronária em índios Yanomami e influência da aculturação da pressão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.59, p. 275-283, 1992.

CARVALHO, M.F.C.C; GUIMARÃES, R. Duas faces de insegurança alimentar. **Rev. Saúde, Brasil**. Brasília, DF, v. 104, p.1-7, jan. 2005.

CHOR, D; LIMA, C.R.A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n. 5, p.1586-1594, set./out. 2005.

CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005, 671 p.

COELHO, O.R.; COELHO FILHO, O.R.. Estratégia na abordagem das dislipidemias nas síndromes coronarianas agudas. , **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.15, n.6, nov./dez. 2005.

COLOMBO, R.C.R.; GALLANI, M.C.B.J.; RIGACCI, S.B. O paciente coronariopata. In: CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005. 671 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM.(Brasil). Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõem sobre a regulamentação do exercício da enfermagem dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun 1986. Seção I. fls 9273-9275.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 24 set. 2008.

COSTA et al. Obesidade em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. **Acta Paul. Enferm.**, v.22, n.1, jan./fev. 2009.

COUTINHO, W.F.; CABRAL, M.D. A farmacoterapia da obesidade nos consensos. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, São Paulo, v.44, n.1, fev. 2000.

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F.;MURR, A.C. **Diagnósticos de enfermagem: Intervenções, prioridades, fundamentos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, 725p.

FERRAZ, F. et al. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n.5, p. 607-610, set./out. 2005.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Obesidade no Brasil: Tendências atuais. **Revista Portuguesa de saúde Pública**, v. 24, n.2, jul./dez.2006.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Práticas de enfermagem: Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas.** São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003. 72 p.

FISZMAN, R.; MATOS, M.F.D. Estratégias de reavaliação para doenças cardiovasculares e promoção da saúde. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, v. 16, n.2, p.133-140, abr./jun. 2003.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processos e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: Instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções.** São Paulo: Atheneu. 2004. p.159-79.

GAUTHIER, J.; HIRATA, M. A enfermeira como educadora. In. SANTOS, I. et al. **Enfermagem Fundamental: Realidade, questões, soluções.**Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 2001.

GONÇALVES, L.H.T.; SCHIER, J. Grupo “Aqui e Agora”- Uma tecnologia leve da ação sócio-educativa de enfermagem. **Revista Texto-Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.2, p.271-279, abr./jun. 2005.

GRUNDY, E.; SOUZA, E.M. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20,n.5, p. 1354-1360, set./out. 2004.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional do Brasil.** Rio de Janeiro, 2004

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELENDÉZ, G. A Transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p. s4-s5. 2003. Supl. 1

KOURY, J.C., CARVALHO, C.N.M. A obesidade como problema de saúde pública. In: SANTOS, I et al . **Enfermagem e Campos de Prática em saúde coletiva.** São Paulo: Atheneu; 2008. p 157-175.

KRISTENSEN, C.H.; PADILHA, R.V. Estudo exploratório sobre medo e ansiedade em pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco. **Revista Psico**, Porto Alegre, v.37, n.3, p. 233-240, set./dez. 2006.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of canadians:** a working document. Ottawa, April, 1974.

LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1, 1990, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Abrasco; 1990. p.143-65.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade:** epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998. 284p.

LESSA, I.; PITANGA, F.J.G. Associação entre indicadores antropométricos de obesidade e risco coronariano em adultos na cidade de salvador, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.2, p.239-248, 2007.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing:** uma orientação aplicada. Porto Alegre: 3. ed. Bookman. 2001. 720 p.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002. v.1, 493 p.

MENDES, I.A.C. et al. O referencial da educação popular na ação gerencial e de liderança do enfermeiro. **Revista Texto-Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 303-306, abr./jun. 2007.



MESQUITA, E.T. **Paciente vulnerável:** Epidemias cardiovasculares emergentes. Rio de Janeiro: Lápis de Cor, 2003. 122p.

MONTEIRO, C. A. Socioeconomic status and obesity in adults populations of developing countries: a review. **Public Health Reviews- bulletin of the World Health Organization.** OMS, v.82, n.12, p.940-6, Dec, 2004.

MONTEIRO, C.A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil: implicações para políticas públicas. **Estudos avançados.** São Paulo, v.17, n.48, p.7-20

MONTEIRO, C.A. et al. ENDEF e PNSN: Para onde caminha o crescimento físico da criança brasileira? **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, p.85-95, 1993. Supl.1

MONTEIRO, C.A., CONDE, W.L., CASTRO, I.R.R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v.19, S67-S75, 2003. Sup.1

OLIVEIRA, G.M.M. **Abordagem da doença coronariana:** aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. Rio de Janeiro: Ed. Edson Abdala Saad. 2003. 123p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesidad y sobrepeso.** Nota descriptiva, n.311, set. 2006.

PACHÚ, C.O. et al. Obesidade, genes e meio ambiente na complexa rede causal da doença cardiovascular aterotrombótica. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro,** v.16, n.2, p. 204-209, jul./set. 2003.

PADILHA, M.C.S.; SILVA, D.G.V.; BORESTEIN, M.S. Enfermagem ambulatorial: o cliente em condição crônica de saúde In: SANTOS, I dos (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar:** realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu. 2004. p.159-79.

PEREZ, G.H.; ROMANO, B.W. Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. **Rev SOCESP,** v.14, n.4, jul./ago. 2004.

PINHEIRO, A.R.O; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 17, n.4, p. 523- 533, out./dez. 2004.

POPKIN, B.M. et al. The nutrition transition in China: a cross-sectional analysis. **Eur J Clin Nutr,** v. 47, p. 333-346, 1993.

PRATA, R.P. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 8, n.2, p. 168-75, 1992.

RODRIGUES, E.M.; BOOG, M.C.F. Problematização como estratégia de educação nutricionais com adolescentes obesos. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n. 5, p. 923- 931, 2006.

SAKRAIDA, T.J. El Modelo de Promoción de la salud. In: TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Modelo y Teorías en enfermería**. 5. ed. Elsevier Science, 2003.

SANTOS, D.S., MAZONI, S.R., CARVALHO, E.C. Emprego da taxonomia da NANDA no Brasil: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE On Line.**, v.3, n.1, p. 107-13, 2009.

SANTOS, I et al. **Enfermagem em campos de prática de saúde coletiva**. São Paulo:Atheneu, p. 271-280, 2008.

SANTOS, I. SARAT, C.N.F. Modalidades de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicação científicas de enfermagem brasileira. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.16,n.3, p. 313-8, jul./set. 2008.

SANTOS, I; CORRÊA, L.A; ALBUQUERQUE, D.C. A consulta de enfermagem através da escuta sensível e diagnósticos para o autocuidado do cliente com insuficiência cardíaca. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem e Campos de Prática em Saúde Coletiva**. São Paulo, Ed. Atheneu, p. 271-281. 2008.

SARTOR, V.V. et al. O cuidado em enfermagem – Uma aproximação teórica. . **Revista Texto-Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.2, p.266-270, abr./jun. 2005

SAUPER, R.et al. Educadores-educandos propõem um programa de educação continuada centrado no cuidado humano para um hospital. **Revista Texto-Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n.1, p.429-440, jan./abr. 1999.

SCHOOL OF NURSING FACULY. Health Promotion Model. Disponível em: <<http://www.nursing.umich.edu/faculty/pender/chart.gif>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

SHERRY, S.; MARDER, V.J. Thrombosis, fibrinolysis, and thrombolytic therapy: a perspective. **N Engl J Méd**, v.318, n. 24, p. 1512-1520, 1988 apud CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005, 671 p.

SHIRATORI, K.S. et al. Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v.57, n.5, p. 617-619, set./out. 2004.

SILVA, E.V. et al. Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. **REME-Rev. Min. Enf.**, Minas Gerais, v. 10, n.1, p. 46-53, jan./mar. 2006.

SILVA, J.L.L. Educação em saúde e promoção da saúde: A caminhada dupla para a qualidade de vida do cliente. **Informe-se em promoção da saúde**, v.1, n.1, p. 3, jul-dez, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 27/12/09.

SILVA, N.A.S; SOUZA, N.R.M.; MATOS, M.F.D. Fatores de risco cardiovascular: a complexa relação causal entre saúde e doença como base conceitual para intervenção e controle. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.167-180, jul./set. 2004.

SIVIERO, I.M.P.; SCATENA, M.C.M., COSTA, M.L. Fatores de risco numa população de infartados. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.13, p.319-24, 2005

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Unidades de Saúde: Policlínica Piquet Carneiro. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.uerj.br/modulos/kernel/index.php?modulo=carneiro>> Acesso em: 30 dez. 2009.

VASCONCELOS, V.L.; LAPA, T.M.; CARVALHO, E.F. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em adolescente masculinos nas macrorregiões do Brasil, 1980-2000. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, p. 417-24, dez. 2006.

VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística**. 3. edição Ed.Campus, , 1998.

WANNMACHER, L. Obesidade: Evidências e fantasias. **Rev. Uso racional de medicamentos: temas relacionados**, Brasília, DF, v.1, n.3, p. 1-6, fev. 2004.

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UERJ  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: MESTRADO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) de prontuário nº \_\_\_\_\_, torno-me ciente e de acordo em participar da pesquisa intitulada “*Obesidade numa população com doença coronariana: cuidado de enfermagem sob a perspectiva das condições socioeconômicas*”, que tem os seguintes objetivos: determinar a prevalência da obesidade numa clientela com doença arterial coronariana em acompanhamento ambulatorial; verificar a relação entre obesidade e condições socioeconômicas de clientes com doença arterial coronariana em acompanhamento ambulatorial.

Os esclarecimentos referentes à pesquisa supracitada foram previamente cedidos pelas pesquisadoras: Enf<sup>a</sup> Carla dos Santos Soares, mestranda da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e por sua orientadora, Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Iraci dos Santos, Livre-Docente e Professora Titular de Pesquisa em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Declaro, portanto, estar ciente que em nenhum momento estarei exposto(a) a riscos, nem tampouco receberei algum benefício em participar desta pesquisa, e que poderei recusar ou desistir de participar da mesma sem nenhum prejuízo para a minha pessoa.

Compreendo também que as informações obtidas por meio de instrumento de coleta de dados serão para fins científicos, com utilidade apenas para trabalhos e eventos acadêmico-científicos, ou publicações dos resultados da pesquisa em periódicos científicos, sem qualquer identificação que possa comprometer minha preservação física e moral.

Tendo em vista o exposto, concordo em participar do referido estudo.

Atenciosamente,

---

Pesquisadora

---

Entrevistado(a)

**APÊNDICE B** – Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UERJ  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: MESTRADO

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**1) Identificação:** \_\_\_\_\_

1.1) Sexo:            M ( )            F ( )

1.2) Idade: \_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses.

1.3) Cor: Branca ( )    Preta ( )    Parda ( )    Amarela ou Indígena ( )

1.4) União Estável: Não ( )            Sim ( )

**2.0) Situação Ocupacional:**

2.1.) Ocupação profissional: Não ( )            Sim ( )

**3.0) Escolaridade:**

Ensino fundamental incompleto ( )            Ensino fundamental completo ( )

Ensino médio incompleto ( )            Ensino médio completo ( )

Nível superior incompleto ( )            Nível superior completo ( )

**4.0) Renda familiar:**

Até 1/4 salário mínimo ( )            Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo ( )

Mais de 1/2 a 1 salários mínimos ( )    Mais de 1 a 2 salários mínimos ( )

Mais de 2 a 5 salários mínimos ( )    Mais de 5 salários mínimos ( )

4.1) Número de dependentes da renda familiar: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( )

Mais de 7 ( )

**5.0) Condições de habitação:**

5.1) Residência em alvenaria: Não ( ) Sim ( )

5.2) Atualmente reside em: Próprio ( ) Aluguel ( ) Favor ( )

5.3) Quantos cômodos possui sua residência: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( )  
Mais de 7 ( )

5.4) Em sua residência, a água é encanada? ( ) Não ( ) Sim

5.5) Em sua residência, existe coleta regular do lixo? ( ) Não ( ) Sim

**6.0) Alguns hábitos**

6.1) Segue a dieta recomendada pelo profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutrólogo):

( ) Não ( ) Sim

6.2) Realiza alguma atividade física regularmente, no mínimo, três vezes na semana:

( ) Não ( ) Sim

**7.0) Parâmetros antropométricos**

7.1) Peso: \_\_\_\_\_ 4.2) Altura: \_\_\_\_\_

7.3) IMC: \_\_\_\_\_

7.4) Circunferência abdominal: \_\_\_\_\_

7.5) Conclusão: ( ) Normal

( ) Sobrepeso

( ) Obesidade

**8.0) Alguns Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana**

<b>FATORES DE RISCO</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
8.1) Hipertensão arterial		
8.2) Ingestão de álcool		
8.3) Diabetes Mellitus		
8.4) Dislipidemia		
8.5) Tabagismo		

## APÊNDICE C – Ficha clínica



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UERJ  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: MESTRADO



## FICHA CLÍNICA

1) Identificação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

2) Data do Cadastro no ambulatório Piquet Carneiro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

3) Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_

4) No momento: Sintomático ( )                      Assintomático ( )

5) Motivo da Consulta / Queixa Principal:

5.1) Atual:

---



---



---

5.2) Pgressa:

---



---



---

6) Medicções em uso: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

7) Alergia: \_\_\_\_\_

8) Exame Físico:

**Pele e mucosas:**

Coloração: Coradas ( )                      Descoradas ( ) \_\_\_\_\_

Palidez: Não ( ) Sim ( ) \_\_\_\_\_

Cianose: Não ( ) Sim ( ) \_\_\_\_\_

Icterícia: Não ( ) Sim ( ) \_\_\_\_\_

Hidratação da pele: Tugor mantido ( ) Tugor semipastoso ( )

Tugor pastoso ( )

Hidratação das mucosas/ língua: Úmidas ( ) Secas ( )

**Sistema músculo esquelético:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sistema Neurológico:**

Nível de consciência: \_\_\_\_\_

Nível de Orientação: \_\_\_\_\_

Déficits: Motor ( ) \_\_\_\_\_

Sensorial ( ) \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**Sistema Respiratório:**

Frequência Respiratória: \_\_\_\_\_ Ritmo: \_\_\_\_\_

Tosse: Ausente ( )

Presente ( ) Tipo: Seca ( ) Úmida ( ) Produtiva ( )

Não produtiva ( )

Ausculata respiratória: \_\_\_\_\_

**Sistema Cardiovascular:**

Frequência Cardíaca: \_\_\_\_\_ Ritmo: \_\_\_\_\_

Ausculata cardíaca: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ mmHg

Pulsos: Presente amplo ( ) \_\_\_\_\_

Presente filiforme ( ) \_\_\_\_\_

Ausente ( ) \_\_\_\_\_

**Sistema Genitourinário:** \_\_\_\_\_



**Sistema Gastrointestinal:**

Hábito intestinal: \_\_\_\_\_

Abdome: Inspeção: Plano ( )      Globoso ( )      Escavado ( )

Palpação: Flácido ( )      Contraído ( )

Ausculta abdominal: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – Processo de enfermagem**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UERJ  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: MESTRADO

**PROCESSO DE ENFERMAGEM**

LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

## ANEXO - Parecer do Comitê de Ética da UERJ



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Rio de Janeiro, 10 de dezembro de 2008

Do: Comitê de Ética em Pesquisa  
Profª. Patrícia Maria C. O. Duque  
Para: Aut. Carla dos Santos Soares  
Orient. Profª. Iraci dos Santos

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (2297-CEP/HUPE) "OBESIDADE NUMA POPULAÇÃO COM DOENÇA CORONARIANA: CUIDADO DE ENFERMAGEM SOB A PERSPECTIVA DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Profª. Patrícia Maria C. O. Duque  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)