



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE E
ENFERMAGEM

ENSAIO CLÍNICO DE ENFERMAGEM ACERCA DO ESTABELECIMENTO DE
METAS DE BEM-ESTAR PARA PESSOAS HIPERTENSAS FUNDAMENTADO EM
IMOGENE KING

SARA TACIANA FIRMINO BEZERRA

FORTALEZA-CE
2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

SARA TACIANA FIRMINO BEZERRA

**ENSAIO CLÍNICO DE ENFERMAGEM ACERCA DO ESTABELECIMENTO DE
METAS DE BEM-ESTAR PARA PESSOAS HIPERTENSAS FUNDAMENTADO EM
IMOGENE KING**

**Dissertação apresentada à Coordenação
do Curso de Mestrado Acadêmico
Cuidados Clínicos em Saúde, do Centro de
Ciências da Saúde da Universidade
Estadual do Ceará, como requisito parcial
para a obtenção do Grau de Mestre.**

**Orientadora: Profa. Dra. Lúcia de Fátima
da Silva**

**Linha de Pesquisa: Concepções Teórico-
Filosóficas de Saúde e Enfermagem**

**FORTALEZA-CE
2010**

B Bezerra, Sara Taciana Firmino Bezerra

Ensaio clínico de enfermagem acerca do estabelecimento de metas de bem-estar para pessoas hipertensas fundamentado em Imogene King/Sara Taciana Firmino Bezerra. – Fortaleza, 2010.

127p. ; Il.

Orientadora: Lúcia de Fátima da Silva

Dissertação (Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1.Enfermagem. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Teoria de Enfermagem

SARA TACIANA FIRMINO BEZERRA

**ENSAIO CLÍNICO DE ENFERMAGEM ACERCA DO ESTABELECIMENTO DE
METAS DE BEM-ESTAR PARA PESSOAS HIPERTENSAS FUNDAMENTADO EM
IMOGENE KING**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Aprovada em: 25/02/2010

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará

Profa. Dra. Viviane Martins da Silva
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes
Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará

Dedico essa conquista à mãe mais dedicada, mais guerreira, mais protetora e mais gentil – Cacilda.

Agradecimentos

A Deus, esse pai onipresente e que sabe dar o que é preciso no tempo correto;

A minha Mãe, pelo incentivo e apoio incondicionais;

A Evanilson, pelo companheirismo, compreensão e ajuda em todos os momentos;

A meus irmãos, pela força, pela coragem de sempre buscarmos uma melhor perspectiva de vida;

À tia Marlinda, pelas palavras sábias e conselhos nos momentos de decisão;

À Profa. Vilani, pelo incentivo contínuo e amizade marcante;

À Profa. Lucia, por acreditar no meu potencial e investir no meu sucesso, pela tranquilidade com que conduziu a construção dessa conquista, pelos ensinamentos, pela pessoa humana que é.

RESUMO

A Hipertensão Arterial configura-se como uma doença cardiovascular crônica com alta prevalência na sociedade brasileira, dessa forma, é um grande desafio para a saúde o seu controle. A equipe multidisciplinar presente na atenção primária visa o acompanhamento dessa clientela, e a enfermagem, disciplina que assume o cuidado da pessoa, tem papel importante no Programa de Controle da Hipertensão Arterial. Ainda assim, vê-se a dificuldade encontrada na adoção de estilos de vida que promovam saúde e bem-estar. Assim, a fim de prestar cuidado clínico de enfermagem na atenção primária em saúde com clientes hipertensos, o presente estudo volta-se para uma proposta de cuidado interativa entre enfermeiro e hipertenso, com base no referencial teórico de Imogene King, enfermeira que elaborou a Teoria do Alcance de Metas. Por meio desta teoria, enfermeira e cliente interagem, traçam metas de saúde, e discutem meios para o alcance dessas metas. Dessa forma, a pesquisa aqui elaborada propõe o cuidado de enfermagem fundamentado na Teoria do Alcance de Metas com clientes hipertensos. Realizou-se ensaio clínico em uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) do município de Fortaleza – CE. A população foi composta por hipertensos cadastrados em uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) desta unidade. Formaram-se dois grupos – um grupo experimental e um grupo controle. A amostra contou com 40 hipertensos com 20 em cada grupo. Como instrumentos de coleta de dados utilizou-se: roteiro de identificação dos pacientes (dados sociais, anamnese e exame físico); roteiro de observação não-participante da consulta de enfermagem realizada na unidade com os pacientes do grupo controle; um Roteiro de Consulta de Enfermagem (MOREIRA, 2003); um Roteiro Meta-Orientado de Enfermagem com a Lista de Problemas, Lista de Metas e Processo de Intervenção (BEZERRA, 2006) com o grupo experimental. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a setembro de 2009. Com o grupo controle, coletaram-se os dados de identificação e exame físico e observou-se a consulta de enfermagem no primeiro dia de coleta de dados. Com o grupo experimental, realizou-se a interação enfermeira (pesquisadora) com os hipertensos, mensalmente durante quatro meses. Durante a consulta, eram detectados problemas de saúde, estabelecidas metas mútuas, discutidos meios de obtenção das metas e, nos meses seguintes, avaliava-se se as metas eram atingidas totalmente, parcialmente ou não atingidas e se deveriam ser reformuladas. Ao final dos quatro meses, todos os participantes foram reavaliados quanto aos dados de anamnese e exame físico. Os aspectos ético-legais da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados em acordo com a Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o Protocolo No. 08133595-4. Os resultados obtidos foram: a maior parte dos pacientes são mulheres 24 (60%); a predominância dos hipertensos foi de adultos entre 38 e 59 anos; a maioria dos participantes é casada (57,5%); os hipertensos têm a escolaridade diversificada, de analfabetos ao ensino superior; a maior parte é católica (82,5%); em sua maioria são aposentados (67,5%); têm uma renda familiar média de dois salários mínimos; mais pessoas do grupo controle que não realizavam atividade física; nos dois grupos, havia mais clientes que declararam ter a vida sexual ativa; os pacientes já realizam o controle do consumo de sal na dieta; a maior parte dos hipertensos estudados faz o controle da ingestão de doces e massas; cinco participantes declararam-se fumantes; a prática do etilismo esteve presente em 9 participantes do estudo; a PAS esteve dentro dos parâmetros limítrofes para 16 clientes hipertensos; no caso da PAD, esse contingente foi de 21 (52,5%) indivíduos com o valor alterado; 14 hipertensos com bradicardia; 6 (15%) apresentaram o IMC normal em igual quantidade para os dois grupos; encontrou-se que 12 (30%) estavam com essa medida da cintura normal. Na observação da consulta de enfermagem com o grupo controle encontrou-se alta incidência nas medidas da PA, peso, altura, dados referentes à família, caindo a avaliação quanto percepção/acompanhamento de saúde, nutrição e metabolismo, exercícios e atividades, consumo de saúde, açúcar e mudanças no estilo de vida. Não se verificou abordagem quanto às eliminações; padrão de sono/repouso;

autoconceito; papéis e relacionamento; sexualidade e reprodução; estresse; crenças e valores; nem a aferição do pulso; frequência cardíaca; IMC; cintura; quadril e relação cintura-quadril. Com o grupo experimental, durante os quatro meses de acompanhamento foram detectados problemas (46), estabelecidas metas (49) e negociadas as intervenções (242) nas variáveis: percepção geral da saúde; nutrição e metabolismo; eliminações; exercícios e atividades; autoconceito; sono e repouso; estresse; crenças e valores; mudanças no estilo de vida; exame físico; dados referentes à família; e uso da medicação. A comparação entre o grupo experimental e o grupo controle, ao final dos quatro meses de acompanhamento demonstrou que: apesar de serem resultados sutis, houve diferença estatisticamente significativa para o grupo experimental quanto a pressão arterial sistólica ($p=0,006$); para o grupo controle na pressão arterial diastólica ($p=0,024$), mesmo com maior diferença de média no grupo experimental; não houve diferença estatisticamente significativa para frequência cardíaca, pulso, IMC, cintura/quadril, apesar da redução maior no grupo experimental. Para as variáveis controle do consumo de sal ($p=0,004$), carboidratos ($p=0,004$), prática de atividade física ($p<0,001$), houve diferença estatisticamente significativa para o grupo experimental em relação ao controle, mas não para a variável prática da atividade sexual ($p>0,999$). Desses resultados, pôde-se concluir pela viabilidade da utilização da Teoria do Alcance de Metas na atenção primária pela enfermeira, de forma a colaborar para o controle, apesar de lento, contínuo para os pacientes hipertensos, pois se demonstrou resultados mais otimistas para a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial, com melhorias no bem-estar da clientela.

Descritores: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Teoria de Enfermagem; Hipertensão.

ABSTRACT

Arterial Hypertension is a chronic cardiovascular disease with high prevalence in Brazilian society and its control is a great challenge for health. The multidisciplinary team present in primary care seeks the follow-up of this clientele, and nursing, discipline that takes over personal care, has important role in the Arterial Hypertension Control Program. We verified the difficulty found to adopt lifestyles that promote health and well-being. So in order to perform clinical nursing care in primary health care with hypertensive customers, the present study adopts an interactive care proposal between nurse and hypertensive patient, based in Theory of Goals Attainment. Through this theory nurse and customer interact, trace health goals, and discuss means to reach them. The elaborated research proposes the nursing care based in the Theory of Goals Attainment with hypertensive customers. Clinical rehearsal was carried out in a Basic Health Unit of the Regional Executive Secretariat IV (SER-IV) of the city of Fortaleza-CE-Brazil. The population was composed by hypertensive patients registered in a Family Health Program (FHP) team of this unit. Two groups were formed - an experimental and a control group. The sample was composed by 40 hypertensive patients, 20 in each group. As instruments of data collection we used: guide of patients' identification (social data, anamnesis and physical exam); guide of non-participant observation of nursing consult carried out in the unit with patients from the control group; a Nursing Consult Guide; a Nursing Goal-guided Route with the List of Problems, List of Goals and Intervention Process with the experimental group. Data collection happened from February to September 2009. With the group control, identification and physical exam data were collected and the nursing consult was observed in the first day of data collection. With the experimental group, nurse (researcher) interaction took place with hypertensive patients, monthly during four months. During consults problems of health were detected, mutual goals established, means of accomplishing goals discussed, and in following months it was evaluated if the goals were reached totally, partially or not reached and if they should be reformulated. By the end of four months, all participants were revalued regarding anamnesis data and physical exam. Ethical-legal aspects of research involving human beings were respected according to the Resolution 196 of 1996 of the National Health Council and the project was approved by the Ethical Committee in Research of the State University of Ceará. The results obtained were: most of patients are female 24 (60%); prevalence of hypertensive belonged to adults between 38 and 59 years; most of participants are married (57.5%); hypertensive have diversified education, from illiterates to superior education; most are Catholic (82.5%); retired (67.5%); have family income average of two minimum wages; more people from the control group didn't practice physical activity; in the two groups there were more customers that declared having active sexual life; the patients already control the salt consumption in their diet; most of the studied hypertensive control candies and masses intake; five participants declared smoking; alcohol consumption was present in 9 participants of the study; systolic blood pressure was inside of the bordering parameters for 16 hypertensive customers; in diastolic blood pressure this number was of 21 (52.5%) individuals with altered value; 14 hypertensive with bradycardia; 6 (15%) presented normal BMI in equal amount for the two groups; 12 (30%) costumers had normal waist measure. In the nursing consult observation with the group control were found high incidence in measures of blood pressure, weight, height, family referring data, decreasing the evaluation on health perception/follow-up, nutrition and metabolism, exercises and activities, health consumption, sugar and changes in lifestyle. Approach was not verified regarding eliminations; sleep/rest pattern; self-concept; roles and relationship; sexuality and reproduction; stress; beliefs and values; pulse measurement; heart frequency; BMI; waist; hip; and waist-hip ratio. In the experimental group, during the four months of follow-up problems were detected (46), goals established (49) and interventions negotiated (242) in the variables: general perception of health; nutrition and metabolism; eliminations; exercises and activities; self-concept; sleep and rest; stress; beliefs and values; changes in lifestyle; physical exam; family referring data; and use of medication. The comparison between experimental and control group at the end of four months of follow-up showed that: in spite of being subtle results there were differences

statistically significant for the experimental group like systolic blood pressure ($p=0.006$); diastolic blood pressure ($p=0.024$) for the control group, even with larger average difference in the experimental group; there were no differences statistically significant for heart frequency, pulse, BMI, waist/hip, in spite of larger reduction in the experimental group. For the variables: salt consumption control ($p=0.004$), carbohydrates ($p=0.004$), practice of physical activity ($p<0.001$), there were differences statistically significant for the experimental group regarding control, but not for practice of sexual activity ($p>0.999$). From these results we concluded by the viability of use of the Theory of Goals Attainment in primary care in nursing, in order to collaborate for the continuous control, even if slow, for hypertensive patients, because it demonstrated more optimistic results for the adherence to the treatment of Arterial Hypertension, with improvements in the clientele's well-being.

DESCRIPTORS: Nursing. Nursing Care. Nursing Theory. Hypertension.

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Figura 1. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório	28
Figura 2. Diagrama esquemático da Teoria do Alcance de Metas	45
Figura 3. Divisão geográfica de Fortaleza nas Secretarias Executivas Regionais	56
Figura 4. Divisão geográfica da SER IV nos seus bairros	58
Tabela 1. Análise do perfil social de clientes com Hipertensão Arterial participantes de ensaio clínico. Fortaleza-CE, 2009.....	70
Tabela 2. Linha de Base sobre o perfil de clientes hipertensos participantes de ensaio clínico. Fortaleza-CE, 2009.....	75
Tabela 3. Resultados da observação não-participante da Consulta de Enfermagem realizada dos participantes do grupo controle. Fortaleza- CE, 2009.....	82
Tabela 4. Comparação das médias das variáveis clínicas dos grupos controle e experimental ao final da intervenção. Fortaleza-CE, 2009.....	111
Tabela 5. Comparação das médias das diferenças entre o grupo controle e o grupo experimental ao final do acompanhamento. Fortaleza-CE, 2009.....	114
Tabela 6. Comparação das proporções das variáveis clínicas dos grupos controle e experimental ao final da intervenção. Fortaleza-CE, 2009.....	115
Quadro 1. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental nos quatro meses referentes à variável Percepção Geral de Saúde. Fortaleza – CE, 2009.....	88
Quadro 2. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental nos quatro meses de acompanhamento, referente à variável Nutrição e Metabolismo. Fortaleza- CE, 2009.....	90
Quadro 3. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental nos quatro meses de acompanhamento, referente à variável Eliminações. Fortaleza-CE, 2009.....	93
Quadro 4. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento, referente à variável Exercícios e Atividades. Fortaleza-CE, 2009.....	95
Quadro 5. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento, referente à variável Autoconceito. Fortaleza-CE, 2009.....	98
Quadro 6. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento, referente à variável Sono e Repouso. Fortaleza-CE, 2009.....	98
Quadro 7. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento, referente à variável Estresse. Fortaleza-CE, 2009.....	100

Quadro 8. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento, referente à variável Crenças e Valores. Fortaleza-CE, 2009.....	102
Quadro 9. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento, referente à variável Mudanças no estilo de vida. Fortaleza-CE, 2009.....	102
Quadro 10. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento, referente à variável Exame Físico. Fortaleza-CE, 2009.....	104
Quadro 11. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento, referente à variável Dados referentes à família. Fortaleza-CE, 2009.....	106
Quadro 12. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento, referente à variável Uso da Medicação. Fortaleza-CE, 2009.....	108

SUMÁRIO

Lista de Figuras, Tabelas e Quadros.....	11
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	22
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1 O conceito de saúde e a influência da Saúde Coletiva na construção do Sistema Único de Saúde – novas perspectivas na produção da saúde.....	23
3.2 Cuidado de enfermagem à pessoa com hipertensão arterial no Sistema Único de Saúde.....	27
4 REFERENCIAL TEÓRICO	38
4.1 Um pouco da teorista	41
4.2 Teoria de Alcance de Metas	43
<i>4.2.1 Processo de Enfermagem</i>	<i>48</i>
<i>4.2.2 Instrumento do Processo de Enfermagem.....</i>	<i>51</i>
5 METODOLOGIA	54
5.1 Tipo de estudo.....	54
5.2 Local do estudo.....	56
5.3 A equipe do PSF.....	61
5.4 População e Amostra.....	62
5.5 Instrumento de Coleta de Dados.....	63
5.6 Protocolo de Coleta de Dados.....	64
5.7 Organização e Análise dos dados	67
5.8 Aspectos ético-legais.....	68
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	69
6.1 Apresentação dos participantes do ensaio clínico.....	70
6.2 O acompanhamento de enfermagem realizado com o cliente hipertenso pela equipe da Unidade de Saúde (Grupo Controle).....	82
6.3. O acompanhamento do hipertenso com fundamentação na Teoria do Alcance de Metas (Grupo Experimental).....	85
6.4 Comparação dos grupos controle e experimental após quatro meses de acompanhamento.....	111
7 CONCLUSÕES.....	119
8 REFERÊNCIAS	121
9 APÊNDICES.....	128
10 ANEXOS	133

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde passou por várias transformações ao longo de sua história, tendo hoje uma representação que supera a mera ausência de doença. Para tanto, foi necessário um movimento que, no Brasil, foi denominado Reforma Sanitária, promovido por intelectuais, políticos e sociedade civil organizada, por meio da participação popular, os quais buscavam a garantia dos direitos relacionados à saúde.

Iniciativas brasileiras ainda na década de 1970, como os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), em Salvador; a Saudicidade, em Curitiba; Em defesa da vida, em Campinas, promoveram em suas realidades, a reorganização do Sistema de Saúde e, de forma semelhante, participaram do movimento pela Reforma Sanitária. De modo que Silva Júnior (2006, p. 27) analisa que “os elementos que estruturam essas propostas oferecem alternativas mais abrangentes à problemática sanitária brasileira que o modelo hegemônico e suas reformas”.

Esse movimento levou a Constituinte a incluir na Constituição Federal de 1988, o capítulo VIII, da Ordem social, e na seção II, referente à Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que no artigo 196 define:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1989, p.96).

O SUS é então, resultado dessas reivindicações que tornaram a saúde direito de todos, mediante políticas que respondam aos problemas de saúde da população, aliando medidas preventivas e assistenciais com uma perspectiva de avaliar os fatores determinantes que influenciam a condição de cada ser, permitindo a reflexão da realidade vivenciada pela pessoa.

Neste sentido, a Saúde Coletiva emerge como um novo paradigma de promoção da saúde, diferente da antiga Saúde Pública, centrada no indivíduo, na doença, na cura. Há uma convergência para o desenvolvimento de políticas de saúde que vão além do corpo biológico, voltando-se para os

corpos sociais, requerendo, portanto, distintos saberes para sua concretização. Segundo Matumoto, Mishima e Pinto (2001, p. 235),

a Saúde Coletiva busca a conformação de uma prática de saúde a partir da convivência de saberes diversos e trabalhadores de diferentes áreas de formação, possibilitando olhar seu objeto, esse sujeito social, a partir de focos não coincidentes, dispostos pelos diferentes saberes e práticas que se transformam nessa mesma convivência.

A Saúde Coletiva torna-se, então, uma prática social, que valoriza as inter-relações dos sujeitos e é nessa dinâmica que a Enfermagem se introduz como uma prática de relações entre o profissional e os usuários, inseridos num contexto também social. A Enfermagem exerce, na equipe, parte da assistência prestada, seja ao indivíduo, família ou comunidade, que corresponde ao cuidado direto ou indireto. O cuidado refere-se, desta forma, à especificidade do trabalho da Enfermagem dentro desta construção interdisciplinar.

Ao assumir o cuidado como núcleo de competência, a enfermagem transita entre diferentes campos de conhecimento para a execução do seu trabalho, em busca de tecnologias que interrelacionem a equipe com a família, num processo de transformação da realidade (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Assim, a Enfermagem é uma profissão estratégica na equipe de saúde, por valorizar o relacionamento interpessoal, chave para um processo terapêutico, que coloca o sujeito como centro, a fim de reconhecer e atender a suas necessidades e de promover o bem-estar.

Construir o sistema complexo de cuidados a partir da aquisição de saberes e competências, baseado na convicção de um novo referencial que dá conta das intersubjetividades, interações e dinamicidades, abre espaços para novas práticas que contemplem a sensibilidade e o engajamento social (ERDMANN et al., 2007, p. 185).

Trata-se de um cuidado clínico que resgata o sujeito como centro da atenção dando-lhe voz, contexto, subjetividade. Em acordo com Favoreto (2006), esta posição nos evoca uma discussão de termos essenciais à assistência em saúde, tais como a efetividade, continuidade e terminalidade e, ainda, valoriza as relações entre os sujeitos envolvidos nos projetos do cuidado. Segundo Campos (2003, p. 54), “a reforma de clínica moderna deve assentar-se sobre um

deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito portador de alguma enfermidade”.

Valoriza o senso comum trazido das comunidades pertencentes à sua atuação, buscando novas formas de saber e conhecer, aliando ao conhecimento técnico-científico, a clínica do sujeito, seu conhecimento do mundo. “...A construção da Clínica de forma ampliada ou da Clínica do Sujeito é compreendida como produto da relação entre a tecnobiociência e o saber prático, que requer a emergência de novos saberes e/ou a ressignificação dos antigos” (FAVORETO, 2006, p. 210).

Para o desenvolvimento deste cuidado clínico na enfermagem, muito tem a contribuir Imogene King, com a Teoria do Alcance de Metas, idealizada em 1981. Para ela, o indivíduo está inserido em três sistemas interativos: pessoal (consigo mesmo e o ambiente), interpessoal (com o outro) e social (entre os grupos e sociedade), e utilizando-os, a enfermeira organiza o seu cuidado a partir da compreensão do cliente como um parceiro, elemento essencial para o alcance do objetivo que é a promoção da sua saúde.

A Teoria de King orienta uma interação enfermeira-cliente em que os dois têm papéis importantes na busca da saúde, estabelecendo, juntos, objetivos reais e alcançáveis pelo paciente, condizentes com seu ambiente social. Quando os dois sujeitos estão concentrados na situação, a fim de estabelecerem metas de saúde, ocorre a transação, definida como comportamentos dirigidos a metas.

É, portanto, um método participativo em que a enfermeira utiliza esses elementos preconizando a obtenção de metas definidas pelo paciente e por ela, por meio da transação em uma situação de enfermagem. Deste modo,

a Teoria de Imogene King torna-se de grande utilidade para os profissionais de Enfermagem, pois é um instrumento de investigação, orientação e educação, auxiliador na visão dos fatores que influenciam o ambiente e a qualidade de vida das pessoas, levando a uma avaliação do próprio cuidado (BEZERRA, 2006, p.27).

É neste sentido que é colocada a proposta de utilizar, na presente investigação, a Teoria do Alcance de Metas no contexto da Saúde Coletiva, ao entender que ela contribui, de forma efetiva e eficaz, no cuidado clínico de pessoas,

famílias e comunidades, na situação de adoecimento da Hipertensão Arterial, em acordo com os princípios preconizados pelo SUS.

Isto por defender que a Teoria de King é um instrumento de desenvolvimento do cuidado clínico em Enfermagem, por valorizar o indivíduo no seu contexto social, familiar, por buscar suas potencialidades, por proporcionar o empoderamento e a autonomia do sujeito.

Assim questiona-se: como a implementação de intervenções de enfermagem com base na Teoria de Alcance de Metas de Imogene King contribui para o bem-estar de clientes hipertensos inseridos no contexto da Saúde Coletiva?

A hipótese apresentada é a de que o estabelecimento de metas, mediante a intervenção de enfermagem baseada no processo de interação proposta por King, colabora para o alcance da meta bem-estar desta clientela.

Desse modo, propõe-se a utilização da Teoria de Alcance de Metas como uma possibilidade de sistematizar o cuidado de enfermagem a clientes hipertensos no âmbito da Saúde Coletiva.

Dessa forma, objetivou-se realizar ensaio clínico, por meio da implementação de intervenções de enfermagem, com base na Teoria de Imogene King (1981), junto a pacientes hipertensos cadastrados no Programa Saúde da Família, por meio do cuidado clínico a essa clientela, com vistas às metas de bem-estar em saúde.

No caso especial da Hipertensão Arterial, o cuidado clínico de Enfermagem está focalizado no seu controle, prevenindo suas complicações, incentivando o autocuidado e autonomia da sua clientela. Controle que se dá tanto pelo tratamento não-medicamentoso, por meio do controle de peso; padrão alimentar; redução do consumo de sal; moderação no consumo de álcool; exercício físico; abandono do tabagismo; controle do estresse psicoemocional, como também com a utilização de fármacos (diuréticos, inibidores adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina - ECA, bloqueadores do receptor de Adenosina Trifosfato 1 - AT₁, vasodilatadores diretos e inibidores da endotelina) (V DIRETRIZES, 2006).

A mudança no estilo de vida para hábitos adequados à saúde é uma dificuldade encontrada naquelas pessoas que, em geral, têm uma vida sedentária, muitas vezes associada ao consumo de cigarro e de bebidas alcoólicas, transformando-se num dos grandes desafios da assistência de enfermagem: buscar formas de despertar o interesse nessa clientela sobre a necessidade de modificações nas atividades de vida diária, para se tornar mais saudável, levando-a à adesão e ao tratamento, com vistas a uma qualidade de vida que lhe permita a prevenção de novos agravos à saúde (BEZERRA, 2006, p. 12).

A intenção desse cuidado tem se direcionado, portanto, para alcançar adesão da população à promoção e manutenção da saúde, assim como, prevenção primária e secundária do adoecimento. Adesão compreendida como as situações em que a pessoa assume comportamentos saudáveis, mesmo que estes modifiquem seu estilo de vida. A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é compreendida por Araújo e Garcia (2006, p. 269), como

um fenômeno que se evidencia pela participação ativa do paciente no plano terapêutico, considerada o atributo crítico do conceito, uma vez que o paciente não se constitui em um mero cumpridor de recomendações médicas; ao contrário, é visto como sujeito do processo, ou seja, um ser que toma decisões e assume, juntamente com os profissionais que o assistem, a responsabilidade pelo tratamento.

Por sua relevância epidemiológica e social, a temática da Hipertensão Arterial é de preocupação pública, merecendo investigações que visem à redução do risco cardíaco, cerebral, renal e vascular. Segundo as V Diretrizes (2006), a hipertensão é responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico e a 25% daquelas por doença coronariana.

Para Guedes (2005, p. 11), “ser portador de doença crônica significa viver constantemente com atenção a seus sinais e sintomas, muitas vezes em uso contínuo de medicamentos e enfrentando mudanças no estilo de vida”.

Para o controle da Hipertensão Arterial, o Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde incorporou às atenções primária e secundária, o Programa de Controle da Hipertensão Arterial, mediante medidas preventivas, de promoção da saúde e de controle dessa doença, incluindo a disponibilização de medicamentos e acompanhamento mensal dos pacientes.

Paralelamente, a utilização do tratamento medicamentoso também é importante e deve ser acompanhado pelos profissionais de saúde para os necessários ajustes e uma boa adesão dos usuários; porém deve ser aliado ao tratamento não medicamentoso, cujo objetivo é minimizar os fatores de risco para hipertensão e, dessa forma, reduzir a incidência e amenizar os impactos físicos, emocionais, sociais e econômicos das doenças cardiovasculares (SILQUEIRA et al, 2007, p. 332).

Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde, coordenar estes esforços e, à enfermeira em especial, a prática da Educação em Saúde, como ferramenta de trabalho que conduz à adesão consciente ao tratamento da Hipertensão Arterial. Segundo Figueredo et al. (2005, p. 31), “Educação em Saúde nada mais é que o exercício de construção da cidadania”. Pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a promoção e a manutenção da saúde.

De acordo com Guedes, Silva e Freitas (2004, p. 662),

no Brasil, a educação em saúde tem dois pressupostos. O primeiro refere-se às medidas preventivas e curativas que visam a obtenção da saúde e o enfrentamento das doenças; o segundo, às estratégias da promoção da saúde como construção social da saúde e do bem-estar.

Neste sentido, ela não se configura como a transmissão de conhecimento somente, mas também, a adoção de práticas que buscam a autonomia dos sujeitos na condução da sua vida.

Sendo assim, uma das alternativas para concretização desse cuidado clínico se dá pela fundamentação teórica proposta por Imogene King (1981), que subsidia a interação entre enfermeira e cliente, promovendo transações, resultando no bem-estar do cliente.

Nesse contexto, o objetivo do cuidado clínico de Enfermagem, de maneira especial na área da saúde coletiva encontra-se na busca pela melhoria na qualidade de vida das pessoas, como condição de bem-estar, o que refletirá na sua saúde e que se faz a partir de uma abordagem educativa e reflexiva.

É uma abordagem ampliada que valoriza as relações humanas e os valores construídos por elas através do tempo. Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à

própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar.

Segundo Barbosa et al. (2004, p.13),

A saúde sendo promovida de forma coletiva abrangendo todas as classes sociais e faixas etárias, englobando os mais variados assuntos direta ou indiretamente contribuirá para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Esse é um anseio de toda e qualquer sociedade e é a expressão maior da cidadania, além de constituir-se no marco que todos nós precisamos alcançar.

Pesquisas anteriores desenvolvidas durante a graduação, como a identificação de fenômenos de enfermagem do CIPESC na prática educativa de hipertensos na atenção primária (BEZERRA; GUEDES, 2004); a identificação dos conceitos dos sistemas pessoal e interpessoal do Modelo Conceitual de Imogene King em pacientes hipertensos (BEZERRA; SILVA, 2005); a experimentação do cuidado de enfermagem a pacientes submetidos à Revascularização do Miocárdio fundamentado na Teoria do Alcance de Metas de Imogene King (BEZERRA, 2006); e a participação no Grupo de Pesquisa em Educação, Saúde e Sociedade (GRUPESS), incentivaram a busca pela melhoria do cuidado de enfermagem a clientes hipertensos, a partir de uma abordagem educativa e promotora da saúde.

A atuação como enfermeira do Programa Saúde da Família, colaborou para a compreensão das dificuldades de adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Além disso, o Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos de Saúde permitiu desenvolver reflexões acerca da problemática, instigando e motivando a estudar mais sobre o assunto.

A proposta deste estudo torna-se de grande relevância para a sociedade, por buscar a melhoria da qualidade do atendimento à comunidade, e neste particular para a clientela hipertensa e suas famílias, por meio do qual, será potencializado o encontro profissional-cliente, em relações horizontalizadas, possibilitando a participação e, portanto, o controle social do cuidado recebido.

Em consequência, a Enfermagem, como profissão, poderá consolidar o reconhecimento profissional no meio social onde está inserida, sendo valorizada pelos que são por ela assistidos, proporcionando ao profissional a satisfação do trabalho prestado, que gera ânimo para buscar sempre mais conhecimento.

Além disso, esta abordagem promove o cuidado de Enfermagem embasado em uma de suas teorias, o que viabiliza o fortalecimento da Enfermagem como ciência.

2 OBJETIVOS

- Testar a hipótese de que o estabelecimento conjunto de metas de saúde, mediante práticas clínicas na interação enfermeiro-hipertenso fundamentadas na Teoria de Alcance de Metas de Imogene King, colabora para o controle da doença.
- Comparar os resultados dessa interação com o cuidado cotidiano de enfermagem desenvolvido institucionalmente.
- Avaliar a repercussão de um conjunto de práticas clínicas baseadas na Teoria do Alcance de Metas no cuidado de clientes hipertensos na atenção primária em saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura explora a temática da Hipertensão Arterial como uma preocupação das políticas públicas da saúde brasileira. Para tanto, inicia-se buscando conceituar a saúde, em acordo com a visão atual, de dinamicidade e influências internas e externas do ser humano. Em seguida, faz-se uma reflexão da influência da saúde coletiva na construção ideológica e política do SUS e finaliza-se com a Hipertensão Arterial como área estratégica da Política Nacional de Atenção Básica, discutindo a abordagem interdisciplinar, incluindo o papel da enfermeira, discutindo o cuidado de enfermagem a essa clientela, refletindo sobre as lacunas e dificuldades do desenvolvimento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, reconhecendo os desafios deste cuidado.

3.1 O conceito de saúde e a influência da Saúde Coletiva na construção do Sistema Único de Saúde – novas perspectivas na produção da saúde

A Saúde ampliou-se conceitualmente, superando a ausência de doença. Para Coelho e Almeida Filho (2003, p. 102), “a saúde implica, sim, uma quantidade moderada de sofrimento, com predomínio de sentimentos de bem-estar. Ela é um ideal desejado, mas também uma realidade concreta”. Para eles, a promoção da saúde está em atividades que gerem bem-estar ou evitem riscos, respeitadas as condições de escolha e criação dos indivíduos.

De acordo com Fang et al. (2009), o *status* de saúde está associado com o comportamento e com o ambiente de trabalho e do lar, os quais são determinados pelo *status* socioeconômico da pessoa, não sendo determinantes fáceis de mensuração, mas uma síntese da saúde, educação e do ambiente físicosocial.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986, p. 4), o sentido da saúde é

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Neste sentido, a saúde é uma construção histórica, devendo ser conquistada pela população, por meio de lutas organizadas. Nesta Conferência, também é confirmado que a saúde deve ser garantida pelo Estado, caracterizada nas condições dignas de vida, com acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Dessa forma, a saúde é vista como uma produção individual e coletiva e que gera equilíbrio entre a pessoa e o ambiente onde está inserida. Segundo Bresciani (2000, p. 437),

a saúde é considerada sempre mais à luz de projeto de recuperação ou manutenção do bem-estar físico, psíquico e social da pessoa. A atenção da intervenção médica deslocou-se para a prevenção da doença, entendida como esforço de identificar e eliminar as causas, ou pelo menos, reduzir os riscos de incidência.

Há, portanto, uma inversão do foco do atendimento, passando à saúde dos indivíduos, e não somente, ao combate à doença. Significa defender a saúde em seu ambiente social e econômico, requerendo, para tanto, empenho político e comunitário, a fim de eliminar discriminações, de proteger a população dos riscos de doença contra os quais as pessoas sozinhas não teriam como se defender (BRESCIANI, 2000).

Neste sentido, tanto profissionais de saúde, como a população em geral, devem estar engajados num projeto de promoção da saúde que viabilize a concretização da cidadania, por meio do controle social, com apoio do governo.

A reorganização dos serviços de saúde no Brasil relaciona-se à organização da sociedade, ao surgimento de novas demandas sociais, contextualizando-as com os aspectos sócio, econômico e político. Para Campos (2006), a principal mudança no modelo assistencial brasileiro, durante a década de

1980, foi o crescimento dos serviços públicos municipais, particularmente por meio do incremento da atenção básica.

A Saúde Coletiva surge como uma nova perspectiva de superação da crise da saúde pública. Tambellini (2003) discorre que a “Saúde Coletiva” surge – como uma invenção - do movimento ideológico preventivista, este entendido como processo de criação e reconstrução conceitual, científica e técnica. Portanto, assim como a Medicina Preventiva, a Saúde adjetivada como “Coletiva” brota da ação acadêmica de formação de novas maneiras de pensar e agir no espaço da saúde pública, alicerçada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e controle social, fundamentos éticos do SUS.

É necessário, portanto, profissionais de saúde com competência e sensibilidade para o trabalho em equipe, disponíveis a uma luta agregadora de valor ético, mediada pela produção e gestão do conhecimento científico-tecnológico do cuidar em saúde; atores que incorporem as relações existentes entre as necessidades e os problemas de saúde individuais e coletivos às decisões políticas e técnicas disseminadoras de planos de gestão e de cuidado no cotidiano da atenção à saúde.

Neste sentido, deve-se buscar a valorização de cada campo disciplinar, com vistas a buscar o que cada profissão tem a contribuir no papel assumido do cuidado ao indivíduo, família e comunidade, que configuraria a mudança do modelo assistencial em saúde preconizado pelo SUS. Essa dinâmica transcende a abordagem curativa, hospitalocêntrica, fragmentada em especialidades do modelo biomédico sobre a equipe de saúde (PIRES, 2005).

Substituindo este modelo, foi colocada uma assistência em saúde coletiva, por meio da qual a interdisciplinaridade seria valorizada, onde cada profissional contribuiria com seu saber para o manejo das ações em saúde, na perspectiva paradigmática desse novo campo de conhecimento e práticas. Nesse cenário, a saúde coletiva propõe mudanças, de forma que os profissionais envolvidos no cuidado tenham competência técnica e política sobre o seu objeto de trabalho.

O SUS, em sua lei orgânica, nº 8.080 de 1990, artigo 198, apresenta como diretrizes, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos assistenciais; a descentralização e participação comunitária. “A integralidade busca uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 456).

Essas políticas direcionaram a assistência em saúde, tendo como um dos seus programas principais, objetivando a descentralização, o Programa de Saúde da Família (PSF). Este teve início a partir de 1994, no Estado do Ceará.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2007, p. 12).

Por meio do trabalho em equipe, a atenção se constrói com práticas gerenciais e sanitárias, direcionando-se a comunidades delineadas territorialmente, delimitada pela responsabilidade sanitária da equipe, usando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, caracterizando-se como a porta de entrada preferencial do sistema, por desenvolver a coordenação do cuidado, promoção do vínculo com continuidade do tratamento.

Segundo Araújo e Rocha (2007), a implantação do PSF, por si só, não garante a integralidade da assistência; essa depende de modificações na forma de produção do cuidado pelos diversos profissionais. “Na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 459).

Neste sentido, o programa se consolida e traz resultados positivos à medida em que as práticas dos profissionais envolvidos com o cuidado se interrelacionam promovendo a interdisciplinaridade. Dessa forma, o cuidado promovido pela enfermagem torna-se de grande valia para a comunidade a ser atendida.

3.2 Cuidado de Enfermagem à pessoa com Hipertensão Arterial no SUS

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por seu perfil epidemiológico, tem sido estudada sob diferentes perspectivas, com o intuito de se desenvolver uma prática profissional que proporcione a sua prevenção ou controle por meio de mudanças de estilo de vida ou adesão ao tratamento, respectivamente.

A partir da década de 1960, as doenças cardiovasculares superaram as infecto-contagiosas como primeira causa de morte no país.

As doenças cardiovasculares constituem uma importante causa de morte nos países desenvolvidos e também naqueles em desenvolvimento, onde o seu crescimento significativo alerta para o profundo impacto nas classes sociais menos favorecidas e para a necessidade de intervenções eficazes, de baixo custo e de caráter preventivo (SILQUEIRA et al., 2007, p. 332).

Dentre as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial é a mais frequente, com cerca de 17 milhões de portadores, ou seja, 35% da população com 40 anos e mais. Seu surgimento é cada vez mais precoce e crescente, estimando-se entre crianças e adolescentes por volta de 4% (BRASIL, 2006). De acordo com dados da Secretaria de Saúde do Ceará, em 2004, em nosso Estado, o número de óbitos por doença hipertensiva chegou a 1.248, por doença isquêmica do coração foi de 2.314 e de 3.456 por doença cerebrovascular (CEARÁ, 2005).

A Hipertensão Arterial caracteriza-se por apresentar índices elevados e sustentados da pressão arterial, aumentando o risco de lesão em órgãos-alvo como coração, cérebro e rins. A “Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p. 14).

Por constatar que os limites da pressão arterial, considerados normais são arbitrários, deve-se considerar também a presença de fatores de risco, lesões em órgão-alvo e doenças associadas, há uma classificação, a fim de minimizar os falsos diagnósticos, tanto da hipertensão quanto da normotensão, importando as repercussões na saúde dos indivíduos e no custo social envolvido (V DIRETRIZES, 2006).

O diagnóstico da Hipertensão Arterial, em geral, se faz de forma casual, por consulta de rotina de outros adoecimentos, podendo já existir complicações da doença, ou por queixas diversas, o que confirma a necessidade de que a medida da PA seja rotina tanto na consulta médica, quanto na de enfermagem.

A seguir, apresentamos a Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos).

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-149	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	>180	>110
Hipertensão Sistólica isolada	>140	<90

Figura 1. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (V DIRETRIZES, 2006, p. 10).

O controle da Hipertensão constitui um desafio aos pacientes em virtude das mudanças de estilo de vida necessárias; e aos profissionais de saúde, sobretudo aos enfermeiros, que têm sua ação pautada no cuidado contínuo aos indivíduos, cuidado este permeado pelo desenvolvimento de estratégias com o intuito de conduzir o indivíduo ao autocuidado e conseqüente adesão à terapêutica.

“Por ser uma doença incurável, a hipertensão arterial exige várias mudanças com vistas ao seu controle e estas dependem de decisão individual” (GUEDES, 2005, p. 143). A Hipertensão Arterial é considerada uma doença silenciosa, justamente por mascarar sua sintomatologia, o que contribui para dificuldade de adesão ao tratamento.

Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. A despeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares (BRASIL, 2006, p.8).

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem contribuído para onerar os custos do sistema de saúde. De acordo com Toledo; Rodrigues; Chiesa (2007), no Brasil, em 1998, ocorreram 1.150.000 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de 475 milhões de reais. As conseqüências da não-adesão ao tratamento da HA configuram-se como: aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, aposentadorias precoces por invalidez (SANTOS et al., 2005). Toledo; Rodrigues; Chiesa (2007) acrescentam ainda internações, óbitos e comprometimento da qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis.

Assim, faz-se necessário uma abordagem em saúde que contemple os diversos elementos envolvidos no processo de adoecimento da Hipertensão Arterial: as expressivas transformações na vida dos indivíduos nas esferas emocional, familiar, social e econômica, considerando que a maior parte constitui-se de usuários do SUS, dentre os quais estão embutidas dificuldades socioeconômicas e culturais que podem tornar-se empecilhos à adesão terapêutica adequada.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, na Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), prioriza-se as seguintes áreas estratégicas de atuação: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Na Atenção Primária a Saúde (APS), no que se refere à Hipertensão Arterial, a promoção do autocuidado e adesão ao tratamento deve ser um dos principais objetivos a serem implementados pela estratégia de saúde da família. Segundo a Lei 8080/90, tal desenho organizativo atua como porta de entrada e propõe um novo modelo de atenção a saúde baseado nas ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 1990).

Além disso, as Unidades Básicas de Saúde – UBS devem garantir os princípios da Atenção Básica, recomendando-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes (BRASIL, 2007). Como sabido, a equipe deve constar de médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de

saúde, com avaliação do risco cardiovascular e atendimento à hipertensão arterial e diabetes mellitus (BRASIL, 2006).

O enfermeiro, inserido na equipe multiprofissional, tem atividades diversas, devendo segundo Brasil (2006):

1 - Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;

2 - Realizar Consulta de Enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;

3 - Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos;

4 - Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);

5 - Solicitar, durante a Consulta de Enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;

6 - Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;

7 - Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades;

8 - Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades;

9 - Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades;

Portanto, o enfermeiro assume papel importante dentro das políticas nacionais de saúde, participando do cuidado prestado na atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família.

Um dos desafios da equipe, no tratamento anti-hipertensivo é, portanto, a melhor adesão ao tratamento, tendo como grande estratégia, a educação em saúde, no sentido de ensinar o cliente sobre sua doença e os modos de viver melhor, viabilizando recursos e meios para se manter em tratamento (FALCÃO; GUEDES; SILVA, 2006).

A Educação em Saúde objetiva, assim, a reorientação dos serviços de saúde, entendendo esta como resultado das condições de educação, emprego, renda, segurança, moradia, lazer, acesso aos serviços de saúde, entre outras, devendo ser desenvolvida por meio de propostas pedagógicas libertadoras, a fim de despertar o indivíduo para os direitos de cidadania (GUEDES; SILVA; FREITAS, 2004).

Constitui, assim, um grande desafio à atenção básica, em que a equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, pressupõe vínculo com a comunidade, considerando toda a diversidade envolvida nos processos sociais (BRASIL, 2006).

A doença hipertensão arterial, pelas suas características de doença crônica e de não causar alterações físicas exarcebadas, levando os indivíduos a terem sinais e sintomas desconfortáveis, necessita de constante aconselhamento para que seus portadores possam entender e aceitar as orientações necessárias para o seu tratamento. Tais orientações, para serem mais facilmente compreendidas e aceitas pelos pacientes, exigem desses alguns aspectos cognitivos que a educação pode contribuir para o seu entendimento (MANZINI; SIMONETTI, 2009, p. 119).

Neste sentido, o profissional de saúde deve estar consciente de seu papel na assistência, assim como o cliente deve estar consciente de sua responsabilização pelo tratamento adequado.

Mesmo com o reconhecimento da Enfermagem como profissão que contribui para o acompanhamento do cliente hipertenso na adesão ao tratamento, evidencia-se uma lacuna entre teoria e prática uma vez que são elevados os índices de não adesão e a presença de complicações (MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

Segundo Guedes (2005, p. 120),

Jamais um profissional de saúde poderá escolher sozinho a melhor opção para seu cliente portador de uma condição crônica de saúde, porque nessa situação o estará alijando do processo terapêutico. Afinal, é ele cliente quem tomará medicamentos, fará dieta, atividade física, abandonará álcool e fumo. Todas tarefas que na nossa cultura fazem parte do lado bom e prazeroso da vida.

Para tanto, a realização de Consultas de Enfermagem tem sido uma atividade largamente utilizada na prática assistencial. Segundo Manzini e Simonetti

(2009), esta é uma modalidade de cuidado que permite o acompanhamento das mudanças no estilo de vida, tão necessárias para o controle da doença, além do reforço das orientações.

Todavia, a Consulta de Enfermagem não tem se dado de forma sistemática. É sabido que a utilização do Processo de Enfermagem fornece um caráter profissional à consulta, organizando a abordagem do cliente e definindo a competência da enfermeira. Assim, a Consulta de Enfermagem sem sistematização acaba não tendo objetivos próprios e sendo realizada como uma fase preliminar à consulta médica (pré-consulta) ou mesmo complementar (pós-consulta). A enfermeira, por não ter marcos referenciais específicos para a abordagem do cliente, centra a sua consulta em fatores isolados, que representam risco para a situação clínica (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Diante da complexidade da práxis da Enfermagem, um instrumento metodológico é imprescindível para a realização de um cuidado de qualidade, o qual se dá pelo Processo de Enfermagem, implementado por meio da sistematização da assistência de enfermagem. Nesse contexto, o Processo de Enfermagem é uma tecnologia que permite realizar, de forma sistemática e dinâmica, um cuidado humanizado, dirigido a resultados de baixo custo. Possibilita compreender, descrever e/ou explicar como nossa clientela responde aos problemas de saúde e processos vitais, além de determinar que aspectos exigem intervenções de Enfermagem (ALFARO-LEFREVE, 2005).

Uma outra forma de atuação da enfermeira é a Educação em saúde, definida por Candeias (1997) como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Por combinação, refere-se à junção de experiências de aprendizagem do cotidiano com intervenções educativas, que devem ser sistematicamente planejadas a possibilitar mudanças comportamentais positivas para saúde de pessoas, grupos ou comunidades.

Na contramão da idealizada educação em saúde, observa-se na prática uma educação normativa, conteudista, cientificista, enunciada no imperativo, baseada em uma relação linear entre saber instituído e comportamento. As

abordagens educativas existentes têm enfoque na cura, na prevenção de doenças, reproduzindo a assistência queixa-conduta, por meio de prescrições multifatoriais, desenvolvendo interações em nível desigual. Para Maciel e Araújo (2003, p.211), “é necessário que a enfermeira busque estratégias para estimular a mudança de comportamento por parte do paciente, pois a adoção apenas de medidas de orientação não é suficiente para que esses pacientes mudem seu comportamento”.

Daí a necessidade de superação do caráter meramente instrumental, individualista e focado na doença proposto pela educação tradicional tendo em vista a adoção de uma educação libertadora, que desenvolva consciência crítica e instrumentalize indivíduos e comunidades na conquista de sua cidadania e na tomada de decisões (FREIRE, 1993; OLIVEIRA, 2005). Atentamos para a compreensão da educação em saúde como um momento de construção compartilhada de conhecimentos entre educador e educando.

Considerando que o processo educativo é um processo político, cujos métodos e técnicas devem favorecer a desalienação, a transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos, a educação em saúde não deve ser exclusivamente informativa, todavia levar os usuários a refletirem sobre as bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão, e sim, como um direito social (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007, p.236).

A realização de atividades coletivas como grupos de autoajuda e de atividades físicas apresentam impactos positivos no tratamento, entretanto, têm sido pouco divulgados na produção científica da Enfermagem.

Há pouca regularidade nas atividades educativas, espaço potencializador no estabelecimento de mudança de comportamento para exercício da cidadania, o que ultrapassa a mera orientação prescritiva. Santos et al. (2005), colocam como justificativa para a baixa demanda a pequena divulgação, poucos recursos, acomodação e desmotivação.

Para Rolim e Castro (2007), o cliente hipertenso, na sua relação com o cuidador, deve-se priorizar: interações e conexões positivas exigindo da enfermeira paciência, harmonia, calma, afetividade e afirmação, aceitação mútua, respeito mútuo e comunicação eficaz.

O paciente hipertenso frequenta a Consulta de Enfermagem por aspectos de ordem emocional. Esses clientes apresentam dificuldade em procurar a instituição para fazer “profilaxia”, sendo um fator que prejudica o trabalho educativo do enfermeiro nos ambulatórios (CADE, 1999).

Segundo Lyra Júnior et al. (2006), o enfermeiro é identificado como elemento de confiança, podendo o paciente compartilhar seus problemas pessoais, e fisiológicos, necessitando, não apenas de esclarecimentos quanto à Hipertensão, mas também de alguém disposto à escuta para amenizar suas ansiedades.

Sobre a percepção do cliente hipertenso acerca de sua doença e tratamento, há apreensão moderada do conhecimento dado pelo profissional, referente à prática da caminhada, da dieta hipossódica e do uso correto da medicação. Apesar de informados, referem diferentes motivos para o não atendimento das orientações: comodismo, doenças associadas, pouca segurança, falta de tempo, desgaste físico e mental para realização de exercícios físicos; dificuldades sócio-econômicas para a alimentação adequada; dependência química para o fim do tabagismo e etilismo, efeito adverso das drogas para o uso sistemático das medicações (ROLIM; CASTRO, 2007).

Santos et al. (2005), constataram que, quanto maior o tempo de tratamento, menor o uso sistemático das medicações, principalmente nas pessoas idosas. Assim, uma avaliação da influência dos medicamentos na qualidade de vida dos hipertensos é imprescindível na busca de alternativas para maior adesão. Ainda assim, segundo os autores, a receita ainda é um dos principais fatores do comparecimento dos hipertensos à consulta médica.

No mesmo trabalho, evidenciou-se o desconhecimento e a busca de informações por parte dos pacientes. Porém, as condutas profissionais são, em sua predominância higieno-dietéticas, exigindo mudanças de hábitos ou estilo de vida. Falta sensibilidade para informar o paciente sobre o que é a Hipertensão, a fim de capacitá-lo a tomar decisões conscientes sobre seu comportamento de busca de saúde.

Outra forma de cuidado discutida na literatura volta-se à temática da visita domiciliária, que se dá em sua maioria em um contexto de abordagem familiar. A

família é um importante sistema de apoio, podendo servir de alicerce ao indivíduo em seu enfrentamento individual cotidiano. Daí a necessidade desse momento de interação enfermeiro-cliente-família. Assim, a família necessita de informações sobre o processo de adoecimento de forma a ajudar o parente portador da doença.

Segundo Guedes e Araújo (2005), sobre as intervenções em crises hipertensivas e com acompanhamento domiciliar, utilizando uma fundamentação teórica de enfermagem, foi garantido uma autonomia do profissional, no sentido de alcançar adaptação do paciente no seu viver de portador de doença crônica, o qual tornou as condutas mais objetivas e oportunas.

A doença traz limitações, mas essas são perfeitamente compatíveis com a manutenção de sua qualidade de vida. Desde que o paciente seja orientado em relação aos cuidados que deve tomar e os faça de forma consciente, e que a família seja esclarecida a favorecer esta independência, nada impede que os portadores de doenças crônicas levem uma vida comum (MOREIRA, ARAÚJO; PAGLIUCA, 2001, p. 83).

Para King (1981), Programas de Educação em Saúde aumentariam sua efetividade se eles fossem designados para dar às pessoas o que elas querem e correlacionar essa informação com o que os estudos epidemiológicos mostram como fatores essenciais para a saúde. Decisões podem ser tomadas em um plano que combine as metas das pessoas com os fatores que promovem saúde. Assim, aborda a Educação em Saúde como possibilidade de desenvolver estratégias para a manutenção da saúde em indivíduos e comunidades.

No que diz respeito a propostas de atendimento de Enfermagem à clientela hipertensa, a literatura coloca que os grupos melhoram sua adesão ao tratamento, em relação ao consumo de sal, tabagismo, etilismo, exercícios físicos e ao estresse. Os pacientes reconhecem suas potencialidades, havendo inclusive participação da equipe.

Há estudos voltados para situações experimentais, que apresentam propostas de cuidado de enfermagem voltados à clientela hipertensa:

A implementação de tecnologias relacionais de cuidado comprovou que a ênfase nas relações interpessoais enfermeira/paciente/família foi um dos fatores a propiciar o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão pelos participantes, mesmo quando a resolução de problemas estruturais do serviço se mostrou inalterada, demonstrando a necessidade de um cuidar integral, sistêmico e interativo (MOREIRA; ARAÚJO, 2004, p.275).

Fica claro que os hipertensos têm consciência dos hábitos inadequados, porém, sentem-se desmotivados a mudanças, em virtude da cronicidade de suas doenças (MANTOVANI; MOTTIN; RODRIGUES, 2007). Essa afirmativa corrobora com Guedes (2005, p. 138), ao afirmar que “as ações de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial não alcançam os resultados esperados em virtude da baixa adesão ao tratamento”. Apesar de pessimista, essa realidade mostra que as estratégias utilizadas até agora, não têm mostrado a eficácia esperadas necessitando de novas ferramentas que contribuam para os resultados esperados para o controle da Hipertensão Arterial.

Assim, confirma-se a falta de adesão, demonstrada pelo pouco conhecimento, ausência de medidas de autocuidado, sendo fortalecida pela ausência de sintomas da doença, conferindo-lhe um caráter silencioso que faz com que os pacientes se acomodem à condição de cronicidade.

Há possibilidades de mudanças, por meio de condutas de busca e de valorização do outro, seja no ambiente familiar, nas atividades de grupo, ou nas unidades de saúde, promovendo, assim, adesão do cliente hipertenso ao tratamento.

Para uma ação efetiva contra a hipertensão, deveríamos aliar a educação, o trabalho e o fator social, não de cada indivíduo, mas de seu contexto familiar. A hipertensão deve ser combatida por meio da conscientização das pessoas que uma boa qualidade de vida deve ser a prioridade do Estado para seus cidadãos (MOURA; BRAGA, 2003, p. 237).

Portanto, o cuidado de Enfermagem deve ser refletido, buscando visualizar falhas que dificultam a melhoria da assistência prestada à sua clientela, no

sentido de contribuir para o seu controle e para a qualidade de vida dos hipertensos e seus familiares.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Os enfermeiros, preocupados com a clareza de suas ações, têm investido em produção de conhecimentos que favoreçam o desenvolvimento de práticas fundamentadas cientificamente, aliando teoria e prática, utilizáveis no cotidiano dos diversos cenários em que atuam. Para Iyer, Taptich e Bernochi-Losey (1993, p.10), “a ciência da Enfermagem está baseada numa ampla estrutura teórica. O processo de enfermagem é o método através do qual essa estrutura é aplicada à prática de enfermagem”. As Teorias de Enfermagem, construídas a partir de Florence Nithingale, permitiram um constructo epistemológico do cuidado, a fim de conduzir a uma prática eficiente e resolutive que promova o reconhecimento profissional e social.

Segundo Coberllini (2007, p. 174),

As teorias de enfermagem surgem nos EUA, mais fortemente, a partir da década de 1950. É o enfoque da construção do corpo de conhecimentos específicos da enfermagem, expresso por uma terminologia variada como: a natureza específica da enfermagem, a formalização de conceitos e teorias, a construção de marcos teóricos de referência, de modelos etc. e no qual as enfermeiras brasileiras encontraram um espaço para se projetar, sair de uma prática artesanal, um intelectual ‘amador’ para um universal, como se isso tudo se resolvesse.

Assim, sendo o objeto de Enfermagem o cuidado do paciente, as ações profissionais dos enfermeiros estão voltadas para promover sua reabilitação e equilíbrio. Portanto, elas necessitam de conhecimentos para realizar seu trabalho com competência, posto que se trata de um serviço dirigido à saúde do homem. Dessa forma, a Enfermagem é uma disciplina prática, suas teorias, devem ser, por isso, voltadas para a prática.

Segundo Leopardi (2006, p.14),

o saber da enfermagem tem sido analisado em bases pragmáticas e empíricas, para avaliar sua possibilidade tecnológica para a realização de ações, cujos resultados sejam previsíveis e avaliáveis. Faz-se necessário ir além, buscando uma análise também de suas bases filosófico-ideológicas, pois que não se pode considerar os fazeres separados dos modos de pensar.

Neste sentido, o estudo de Teorias de Enfermagem, realizado por meio da compreensão dos seus conceitos e processos, permite uma análise do seu significado interno, ou seja, pelos elementos componentes dos conceitos, captar sua natureza, objeto e finalidade.

Uma teoria, como termo geral, é uma noção ou idéia que explora experiências, interpreta observações, descreve relações e permite fazer projeções. Como padrões mentais sobre a realidade, permite distinguir significados em relação às coisas do mundo real, pela organização e articulação do conhecimento (LEOPARDI, 2006, p.117).

Assim, a Teoria de Enfermagem é o conhecimento próprio da profissão, com fundamentação filosófica e ideológica, com metodologia e ação adequadas à sua finalidade. Portanto, a teoria de enfermagem volta-se à necessidade de desenvolver conhecimentos para realizar seu trabalho com competência e legitimidade.

Porém, a conjuntura atual revela algo bem contraditório. As produções de Enfermagem voltam-se mais para a academia, realizadas nas pós-graduações, do que voltadas à prática, para a melhoria de qualidade da assistência e dos serviços. Mas de que valem essas pesquisas se não forem aplicadas, validadas e incorporadas à prática?

Os enfermeiros assistenciais, auxiliares e técnicos de enfermagem não utilizam, ou mesmo não têm acesso aos conhecimentos construídos na academia. Estes, por sua vez, não se constroem voltados para a prática, para a mudança, não causando impacto na realidade.

De acordo com Guedes e Araújo (2005), nos discursos dos profissionais, a utilização de referencial teórico em sua prática é inviável, preferindo o cuidado pautado pelo “senso comum”; queixam-se da falta de tempo, de valorização profissional, deixando-os desmotivados em sua prática. Em conseqüência, cria-se um abismo entre o sistema formador e o mercado, quase sempre resistente em dar condições para o enfermeiro utilizar suas teorias como fundamentação para o trabalho.

Porém, segundo Leopardi (2006, p. 149),

...esta tensão não tem sido um antagonismo real, trata-se de um conflito necessário para a evolução de qualquer profissão. Nele é que precisamos buscar as respostas para as questões centrais da enfermagem, encontrando os caminhos para uma resolução, não pela negação de um pelo outro processo, mas pela práxis, como conjunção sintetizadora.

Desse modo, a teoria deve refletir a prática de Enfermagem, enquanto esta deve estar fundamentada teoricamente, num processo dinâmico de conciliação e conflito que leva ao seu crescimento, enquanto ciência.

Neste sentido, a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King emerge como alternativa de aliança entre teoria e prática, já que possibilita sua utilização junto aos pacientes dando-lhes a oportunidade de participar ativamente do processo saúde-doença-cuidado.

...o cliente é considerado um agente ativo no processo saúde-doença, cabendo ao enfermeiro, fundamentalmente, estabelecer interações propositadas com esses clientes, para o estabelecimento conjunto de metas, consoantes às prioridades individuais. Da mesma forma se apresenta a proposta do PSF, voltada a que os enfermeiros possam criar condições para o desenvolvimento de potencialidades das pessoas, de suas famílias e da comunidade, acreditando que estas podem e devem exercer o controle social sobre os serviços de saúde e se autocuidarem (MOURA; PAGLIUCA, 2004, p.274).

Esta teoria, que será apresentada a seguir, permite a utilização de conceitos na realidade do cotidiano do cuidado de enfermagem.

4.1 Um pouco da teórica

Uma das propostas teóricas da Enfermagem foi idealizada por Imogene King, a partir de 1964. Imogene King nasceu em 30 de janeiro de 1923, em West Point, Iowa, nos Estados Unidos.

Segundo Messmer e Palmer (2008), King não pretendia ser enfermeira. No entanto, “seu tio, o cirurgião da cidade, ofereceu para pagar prestações para a sua escola de enfermagem”. Ela viu na enfermagem, uma forma de fugir da vida na cidade pequena, iniciando uma carreira formidável.

Sua educação básica foi concluída em 1945, na Escola de Enfermagem do Hospital St. John, em St. Louis, Missouri. Graduou-se em Ciência da Educação de Enfermagem em 1948 e tornou-se doutora em Enfermagem em 1957, na Universidade de Columbia, Nova Iorque.

De 1945 a 1951, King trabalhou como instrutora clínica em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola de Enfermagem St. John., envolvida com uma nova proposta de ensino da Enfermagem, movendo “esforços para mudar o currículo de um modelo médico para um modelo de Enfermagem” (MESSMER; PALMER, 2008).

Depois do seu doutorado, King trabalhou como professora assistente na Universidade de Loyola. De 1966 a 1968, ela era assistente de Bolsas de Investigação Branch na Divisão de Enfermagem, na Secretaria de Recursos Humanos da Saúde e Bem-estar. Em 1968, King já era professora e diretora da Escola de Enfermagem da Universidade do Estado de Ohio. Ainda atuou como professora de graduação novamente da Universidade de Loyola e do Colégio de Enfermagem da Universidade do Sul da Flórida.

Mesmo aposentada, King viajou por todos os Estados Unidos, Canadá, Japão, Alemanha e Suécia, consultando enfermeiros, estudantes, apresentado-se em congresso. “King recebeu prêmios de muitas organizações em honra dos seus contributos para a Enfermagem. Em 2005, foi nomeada “lenda viva” pela Academia Americana de Enfermagem... Em 1997, ela recebeu uma medalha de ouro do governador da Flórida por contribuir para o avanço da Enfermagem nesse estado.

Em 1989, ela recebeu doutoramento honorário da Universidade de Loyola, onde seus arquivos estão guardados” (MESSMER; PALMER, 2008).

King faleceu no dia 24 de dezembro de 2007, em Pasadena, Flórida, EUA, sendo homenageada com a seguinte frase "Que todos nós hoje queimemos uma vela para a luz que a ilustre Imogene deixou sobre nós com seu sorriso, conhecimento e paixão em todos os dias” (MESSMER; PALMER, 2008).

No dia 19 de janeiro de 2008, no Fort Madison, Iowa, King foi novamente homenageada por amigos, parentes e colegas de trabalho. Sete rosas irlandesas verdes simbolizavam as sete décadas de sua carreira de enfermeira. A Lâmpada Nightingale da Universidade de Pittsburgh, a foto da sua formatura e uma foto atual ficaram expostos nos memoriais.

A teoria de Imogene King evoluiu a partir da década de 1960, fruto de trabalhos publicados como resultado da percepção da autora sobre a enorme quantidade de conhecimentos disponíveis às enfermeiras e a dificuldade que isso traz na escolha dos fatos e conceitos, relevantes a uma determinada situação (MACHADO; LOPES; VIEIRA, 2005).

Segundo Messmer; Palmer (2008), King foi pioneira no campo da Enfermagem teórica, principalmente por aliar teoria e prática clínica. Da sua biografia, infere-se que ela possui vasto conhecimento nas áreas de domínio cognitivo e experimental.

4.2 Teoria de Alcance de Metas

King utiliza os conceitos dos três sistemas para formular uma Teoria de Enfermagem que preconiza a obtenção de metas definidas pelo paciente e pela enfermeira por meio da transação na situação de enfermagem. É um método participativo, dinâmico, que torna o paciente um ser atuante no seu processo de saúde-doença-saúde.

A teorista resume a estrutura conceitual da seguinte forma: indivíduos compreendem o sistema pessoal relacionando-se com o meio ambiente; interagindo com outras pessoas, forma díades, tríades, pequenos e grandes grupos formando o sistema interpessoal; os grupos que apresentam interesses e necessidades comuns formam as organizações, evoluindo para comunidades e sociedades configurando o sistema social. “A tese principal da estrutura é a de que cada ser humano percebe o mundo como uma pessoa total, fazendo transações com indivíduos e coisas no ambiente” (KING, 1981, p.141). A percepção toma lugar em cada mundo concreto da pessoa e é uma parte essencial da vida.

Considerando como conceitos abstratos seres humanos, ambiente, saúde e sociedade, King expõe que, o conhecimento desses conceitos colabora na interação da enfermeira com o cliente, no entendimento de como os seres desenvolvem suas atividades de vida diária nos vários papéis que assumem nos sistemas em que estão inseridos.

A teoria de Alcance de Metas descreve a natureza das interações enfermeira-cliente, propositais, para mutuamente estabelecer metas, explorar e acordar meios que conduzem ao alcance das metas. Sua estrutura conceitual e teorias são baseadas no princípio de que os seres humanos interagem com o meio ambiente com a finalidade de atingirem o estado de saúde que lhe permita desenvolver seus papéis sociais (KING, 1981).

Como pressupostos específicos, King aborda que:

- As percepções, metas, necessidades e valores da enfermeira e do cliente influenciam o processo de interação;

- As pessoas têm o direito de conhecer sobre si mesmas e de participar das decisões que influenciam suas vidas, saúde e os serviços da comunidade, podendo aceitar ou rejeitar o cuidado de saúde;
- Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de obter informações que ajudem os indivíduos a fazer decisões informados sobre seu cuidado de saúde;
- As metas dos profissionais de saúde e as dos receptores do cuidado podem ser incongruentes.

A teoria deriva da estrutura conceitual do sistema interpessoal, utilizando os conceitos de interação, percepção, comunicação, transação, papel, estresse, crescimento e desenvolvimento.

As interações são permeadas pela comunicação verbal e não-verbal, havendo troca e interpretação de informações; pelo compartilhamento de valores, necessidades e desejos de cada membro levando a transações; pelas percepções de cada participante e pelos estressores que influenciam cada pessoa na situação (KING, 1981). Sendo a Enfermagem um processo de interação, tem-se que, por meio da comunicação, a enfermeira explora meios e acordos para obtenção de metas estabelecidas.

De acordo com Guedes (2005, p. 122), “confiança e aproximação são atributos fundamentais para comunicar à pessoa adoecida a doença, seu prognóstico e tratamento. Desse modo, para a boa adesão ao tratamento, deve haver entre ambas as partes interessadas uma cumplicidade franca e honesta”.

A seguir, apresenta-se um diagrama esquemático da teoria de alcance de metas.



Figura 2. Diagrama esquemático da Teoria de Alcance de Metas (King, 1981, p. 157).

Os comportamentos observáveis nessa interação são:

- 1- Reconhecimento das condições apresentadas, como um problema de saúde, social ou relacionado ao homem;
- 2- Operações ou atividades relacionadas à situação ou condições, como decisões sobre metas;
- 3- Motivação para exercer algum controle sobre os eventos na situação para alcançar objetivos, como acordos nos meios para alcançá-los.

Nas interações enfermeira-cliente, há coleta de informações, observação e medição de parâmetros do cliente, interpretação e nova troca de informações, em que é a enfermeira que agora partilha informações pertinentes com o cliente; este observa a enfermeira, questiona, participa do estabelecimento de metas. Desse modo, a interação é percebida como eventos que alguém valoriza, quer ou deseja, fazendo com que o atendimento traga resultados mensuráveis das situações de enfermagem. King coloca que “esta teoria deveria servir como um modelo de prática relacionado às interações enfermeira-cliente e, neste sentido, uma teoria normativa” (1981, p. 144).

As proposições da teoria de alcance das metas são:

1. Se a acurácia perceptual está presente nas interações enfermeira-cliente, ocorrerão transações;
2. Se enfermeira e cliente fazem transações, metas serão alcançadas;
3. Se metas são alcançadas, ocorrerá satisfação;
4. Se metas são alcançadas, ocorrerá cuidado efetivo de Enfermagem;
5. Se as transações são feitas nas interações enfermeira-cliente, aumentará o crescimento e desenvolvimento;
6. Se as expectativas e as performances de papel são percebidas pela enfermeira e paciente como congruentes, ocorrerão transações;
7. Se conflito de papel é experimentado pela enfermeira ou cliente ou ambos, ocorrerá estresse nas interações enfermeira-cliente;
8. Se enfermeiras com conhecimento e habilidades especiais transmitem informações apropriadas aos clientes, ocorrerá estabelecimento e alcance de metas mútuas.

Os limites internos da teoria são: a enfermeira e o cliente não se conhecerem; a habilitação para o exercício da profissão pela enfermeira; as necessidades de cuidado por parte do cliente; que ao se encontrarem, colabora para o estabelecimento mútuo de metas; e interação para o alcance dessas metas. Já os limites externos são: a interação entre duas pessoas; a habilitação do profissional de enfermagem e pacientes com necessidades de cuidados de enfermagem; e que essas interações ocorram em ambientes naturais (KING, 1981).

Para a teórica, esses limites não restringem a teoria a tempo e espaço, já que as interações enfermeira-cliente podem ocorrer em qualquer situação de enfermagem.

Segundo George (2000) apud KING (1981), a teórica desenvolveu proposições previsivas: ambos devem ter exatidão perceptiva, saberem os seus papéis na interação e comunicação que levem à transação; esta leva à obtenção de metas, desenvolvendo o crescimento e desenvolvimento mútuo, efetivando a assistência de enfermagem.

A Teoria de Imogene King torna-se de grande utilidade para os profissionais de Enfermagem, pois é um instrumento de investigação, orientação e

educação, auxiliando na visão dos fatores que influenciam o ambiente e qualidade de vida das pessoas, levando a uma avaliação da própria assistência.

4.2.1 Processo de Enfermagem

A Enfermagem atua na promoção, na manutenção, na restauração da saúde e no atendimento a doentes, feridos e aos que estão morrendo. Para tanto, a enfermeira utiliza-se do Processo de Enfermagem, conhecendo, planejando, implementando e avaliando o seu atendimento.

O mecanismo para que ocorra o Processo de enfermagem, foco da teoria de King, é dado pela **interação proposital**, por meio da qual há troca de informações, definição de objetivos mútuos, participação nas decisões sobre os meios para que os mesmos sejam alcançados, implementação de planos e avaliações, levando às transações (LEOPARDI, 1999).

Durante o encontro, há a interação interpessoal, entre enfermeiro e paciente, dependente de interesses comuns que levam a um acordo no planejamento terapêutico. Para que a interação aconteça, é necessário que as percepções do enfermeiro e do paciente estejam intactas, a fim de que juntos estejam conscientes dos propósitos do outro, em uma dada situação. Ao não interagirem adequadamente, o encontro não terá resolubilidade (BEZERRA, 2006, p. 25).

Moreira (2003, p. 38) sistematizou o Processo de Enfermagem de King, o qual compreende:

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

Na primeira etapa, de encontro, inicia-se o processo interacional, com o objetivo de viabilizar confiança no paciente para que ele compartilhe seus problemas e percepções da sua saúde.

A partir daí, o enfermeiro conhece o problema real do indivíduo estabelecendo os problemas ou Diagnósticos de Enfermagem (necessidades do cliente). Neste momento, deve ocorrer um retorno ao paciente. É interessante que ele seja informado sobre o seu problema (causas, tratamentos, prognóstico) sendo desenvolvida Educação em Saúde que ocorre efetivamente quando as necessidades de informação do cliente são supridas e colaboram com a promoção da saúde.

Quando o paciente está munido de conhecimento, ele é capaz de identificar e concordar, através de julgamento crítico, com outras metas propostas pelo profissional. Ele define as metas que são alcançáveis para a sua realidade, procurando junto ao profissional, estratégias que facilitem sua plena realização.

Juntos, enfermeiro e cliente implementam um plano de enfermagem, que viabiliza uma adaptação do paciente no tempo e no espaço em acordo com suas possibilidades e respeitando suas limitações.

King (1981) defende que a Enfermagem necessita de um registro próprio no cuidado ao paciente, caracterizado por se tratar de um processo sistemático de implementação do plano de cuidado de enfermagem e dos resultados alcançados, dando ênfase às metas a serem alcançadas (MOREIRA; ARAÚJO, 2002).

Ao final do processo e continuamente nas interações subseqüentes, é realizada uma avaliação, a qual permite um apoio no processo de conseguimento de metas, optando-se por outros meios, aprimorando as metas estabelecidas e atingindo o objetivo principal da Enfermagem: a promoção da saúde.

A fim de concretizar esse processo, o teste da teoria de Imogene King foi proposto, seguindo algumas fases, procurando responder a três questionamentos:

1. Quais elementos nas interações enfermeira-paciente conduzem a transações?
2. Que relações entre esses elementos conduzem a transações?

3. Quais as variáveis essenciais nas interações enfermeira-paciente que resultam em transações?

Em seu livro, King (1981) coloca um estudo que conclui que enfermeira e paciente exibem comportamentos interativos e recíprocos e ainda, o conhecimento de percepção é essencial para que as enfermeiras compreendam as interações. Quando uma meta é atingida nas interações, há uma implicação que ela foi valorizada pela enfermeira e pelo paciente.

Na resposta à primeira pergunta, aparecem sete elementos que são: 1) a identificação de um problema, preocupação ou distúrbio no ambiente do paciente, 2) estudo da situação, 3) troca de informações, 4) metas, 5) exploração dos meios para resolver o problema e atingir a meta, 6) mudanças para implementação de um plano e alcance da meta, e 7) foi chamado de critério ou variável dependente porque se as transações ocorrerem, as metas são atingidas e os resultados podem ser mensurados.

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

4.2.2 Instrumento do Processo de Enfermagem

O instrumento é chamado de Registro de Enfermagem Meta-Orientado e consiste de cinco elementos prioritários: uma base de dados; uma lista de problemas; uma lista de metas, um plano, e notas de evolução.

Segundo King (1981, p. 165),

a base de dados é composta por todas as informações reunidas sobre a pessoa na entrada do sistema de cuidado de saúde, incluindo a história de Enfermagem e assistência de saúde; o histórico e exame físico; os resultados de exames laboratoriais e raios x e outros como a família e o trabalho.

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

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

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

O quarto elemento no registro de Enfermagem é um plano baseado na assistência do problema. King usa um formato de Weed (1969), chamado SOAP (S – Dados subjetivos; O – Dados objetivos; A – Assistência do problema; P – Plano), que ajuda a descrever e avaliar problemas.

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

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

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

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

Segundo Leopardi (1999), o plano se constitui na lista de ações necessárias para o alcance dos objetivos, quais sejam, a recuperação, o controle ou manutenção do estado de saúde do cliente, individual e contínuo.

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

Assim, King apresenta uma teoria, um Processo de Enfermagem e um sistema de registro, promovendo uma base teórica, demonstrando um modo de interação de enfermeiras com clientes.

No curso dessas interações, informações são compartilhadas, há estabelecimento mútuo de metas, e clientes são chamados a participar das decisões sobre os meios para alcançar as metas. Um plano é implementado. Há assistência e avaliação contínuas através das interações, observações e mensurações da enfermeira (KING, 1981, p. 176).

Esse instrumento para a Enfermagem ajuda no crescimento de habilidades na formação dos Diagnósticos de Enfermagem, no aperfeiçoamento das percepções, nas interações com o paciente de forma resolutiva, a fim de que os

indivíduos participem da tomada de decisão que influenciam suas vidas e sua saúde.

Portanto, a Teoria do Alcance de Metas é uma alternativa para a sistematização da assistência de enfermagem, por meio do Processo de Enfermagem proposto pela autora, o qual viabiliza um cuidado planejado, individualizado e contínuo.

5 METODOLOGIA

Conforme comprovado em estudo realizado com clientes hipertensos (BEZERRA; SILVA, 2006), estes sofrem alterações em seus sistemas pessoal, interpessoal e social, demonstrando que o processo interacional influencia suas percepções acerca da saúde, doença, qualidade de vida. King (1981), por meio de sua teoria, possibilita o desenvolvimento do processo de enfermagem a ser utilizado de forma a melhorar o estado de saúde das pessoas, permitindo sua plena participação em todo o processo de assistência. Nesta perspectiva, desenhamos o presente estudo conforme delineado na sequência.

5.1 Tipo de estudo

A fim de confirmar a hipótese proposta neste estudo, realizou-se um ensaio clínico com clientes portadores de Hipertensão Arterial. De acordo com Hulley et al. (2008), nesse tipo de estudo o pesquisador aplica uma intervenção e observa seus efeitos sobre os desfechos, podendo demonstrar causalidade. Dessa forma, desenvolveu-se uma proposta de cuidado de enfermagem fundamentada teoricamente para observar se a mesma promove uma melhor adesão do cliente hipertenso ao tratamento levando ao alcance da meta geral de bem-estar dos pacientes atendidos.

Este ensaio clínico caracteriza-se como do tipo randomizado simples em que há a randomização de números iguais de participantes para cada grupo, seguindo à amostragem aleatória simples. Dessa forma, não houve pareamento das características ou variáveis específicas. Após a formação dos grupos, realizou-se avaliação estatística a fim de avaliar se as diferentes frequências para as variáveis estudadas eram estatisticamente significantes.

Para tanto, foram formados dois grupos de hipertensos, de igual número, sendo denominados de grupo controle e experimental. “Em um ensaio clínico, o investigador compara o desfecho em grupos de participantes que recebem diferentes intervenções” (HULLEY et al., 2008, p.165). Neste estudo, o desfecho se apresenta ao haver melhoria nas variáveis físicas e nas mudanças no estilo de vida de clientes hipertensos, a partir da assistência desenvolvida com fundamentação na

Teoria do Alcance de Metas em relação ao grupo de hipertensos que recebem a assistência sem fundamentação teórica.

Nesta pesquisa, o grupo controle passou pelo processo de observação, no que diz respeito à assistência de enfermagem recebida no cotidiano na unidade. O grupo experimental passou pela intervenção proposta com base na Teoria de Alcance de Metas de Imogene King. Assim, ao final do processo, pôde-se comparar os resultados entre os dois grupos, no que diz respeito ao desfecho das variáveis iniciais da clientela hipertensa.

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em Fortaleza–CE. Segundo dados do IBGE (2008), a capital cearense conta com uma população de 2.431.415 pessoas em 2007, com área de 313 Km². Fortaleza responde pela gestão plena do sistema municipal, sendo a principal macrorregional do Estado. Está ainda dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), como pode ser visualizado a seguir.

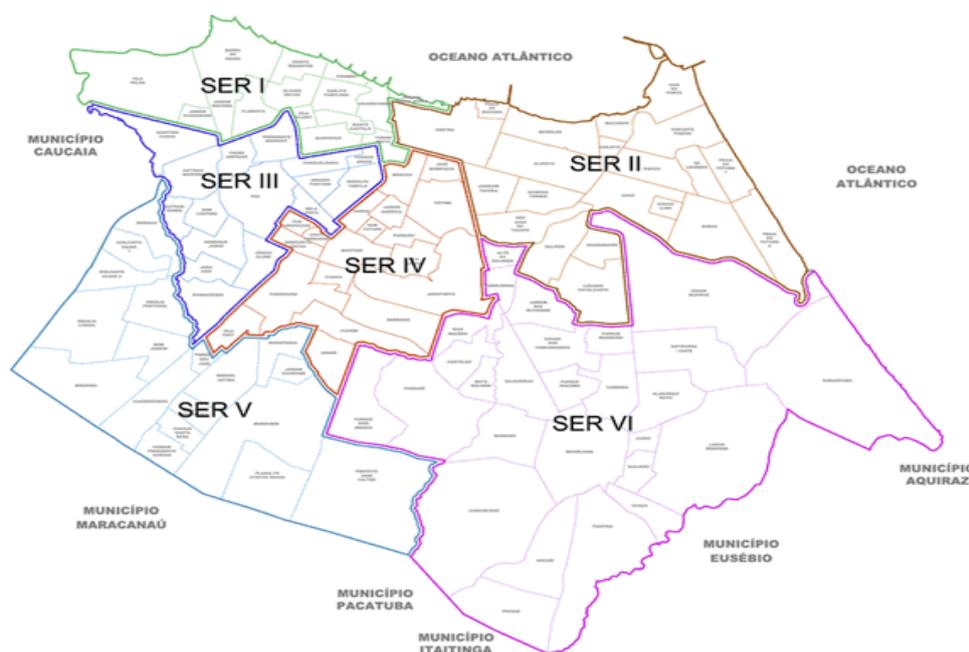


Figura 3. Divisão geográfica de Fortaleza nas Secretarias Executivas Regionais (FORTALEZA-CE, 2008).

A área da cidade escolhida para a realização da pesquisa foi a SER IV, a qual, de acordo com dados da Prefeitura de Fortaleza (2008), foi inaugurada em 25 de abril de 1997, abrangendo 19 bairros; seu perfil socioeconômico é caracterizado por serviços, com uma das maiores feiras livres da cidade, a da Parangaba, e vários corredores comerciais, entre eles o da Avenida Gomes de Matos, no Montese.

Os bairros pertencentes a esta regional são: José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery.

Segundo dados da Prefeitura de Fortaleza (2008), a população da SER IV é de cerca de 280 mil habitantes. O bairro mais populoso é o da Parangaba, com

cerca de 30 mil habitantes e o menos populoso é o Dendê com apenas 2.120. Concentra oito áreas de risco, possui a segunda maior emergência do Estado do Ceará, o Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira, mais conhecido como Frotinha da Parangaba.

A SER IV conta com 18 estabelecimentos de saúde sendo: 3 Unidades Básicas de Saúde – UBASF, 8 Centros de Saúde, 1 Centro de Atenção Psicossocial, 1 Centro de Referência do Idoso, 1 Centro de Assistência à Criança, 1 Hospital de Traumatologia, 1 Centro de Zoonoses e 1 Departamento de Tecnologia de Dengue.

A Unidade Básica da Saúde da Família (UBSF), campo de estudo, escolhida por localizar-se próximo à Universidade Estadual do Ceará (UECE) é elo de ligação entre a UECE e a comunidade, e tem em sua vizinhança, uma escola pública e um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD).

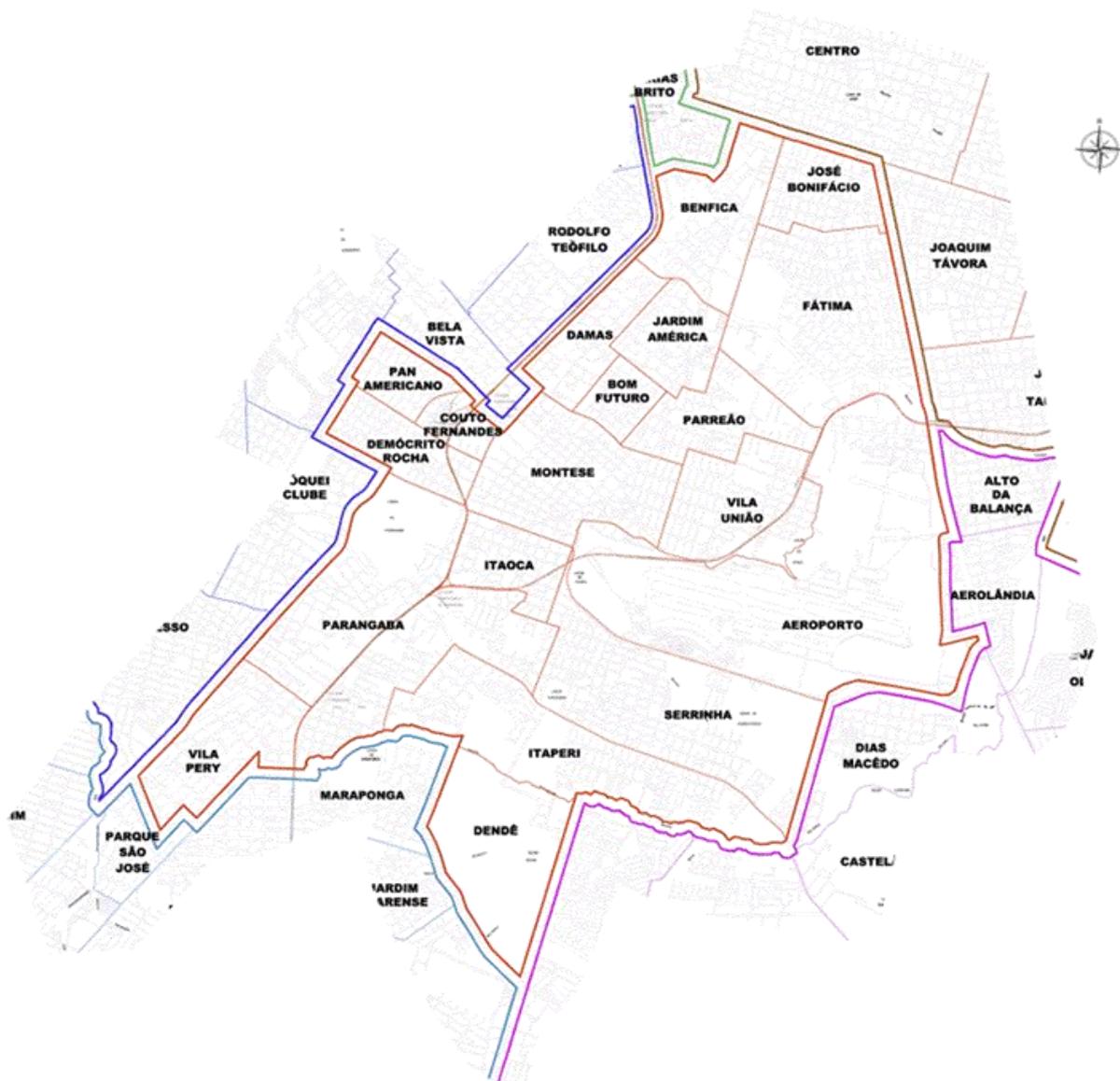


Figura 4. Divisão geográfica da SER IV nos seus bairros (FORTALEZA, 2008).

A estrutura física da unidade de saúde foi inaugurada em 31 de março de 2005, e compreende:

- 1 recepção e 5 minirrecepções (uma para cada equipe);
- 1 sala para a Coordenação;
- 13 consultórios (para enfermeiros e médicos), 3 consultórios de dentista; 1 consultório para psicólogo;
- 1 Farmácia;
- 1 sala para Serviço Social;
- 1 escovódromo;
- 2 salas de preparo -1 infantil e 1 adulto - (para aferição de pressão arterial, peso, altura, glicemia);

- 1 sala de observação;
- 1 sala de curativo;
- 1 sala de nebulização;
- 1 sala para entrega de exames (Papanicolau, Baciloscopia e HIV);
- 1 sala para coleta de exames;
- 1 ambulatório;
- 1 sala de vacina;
- 1 sala de expurgo
- 1 sala de esterilização;
- 1 sala de estar/repouso;
- 19 banheiros (sendo dois para cadeirantes);
- 1 lanchonete;
- 1 sala para o Conselho Local de Saúde;
- 1 almoxarifado;
- 1 estacionamento
- 1 sala de aula;
- 1 auditório;
- 1 copa/cozinha;
- 1 sala para raio x.

A Unidade conta com 110 funcionários, que estruturam cinco equipes do PSF, assim apresentados:

- 1 Coordenadora;
- 1 Vice-coordenadora;
- 2 Agentes Administrativos;
- 16 Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- 6 Enfermeiras;
- 8 Auxiliares de Enfermagem;
- 9 Médicos;
- 7 Dentistas;
- 6 Auxiliares de Consultório de Dentista;
- 1 Farmacêutico;
- 2 Funcionários para a Farmácia;
- 1 Assistente Social;
- 1 Psicóloga;
- 1 Nutricionista;
- 32 Funcionários (recepção, limpeza, portaria);
- 2 Porteiros;
- 1 profissional para informações gerais;
- 1 Motorista;

Além dos programas preconizados pelo SUS, para as equipes do PSF, a unidade oferece o atendimento nas seguintes especialidades: ortopedia,

neuropediatria e pediatria, na área médica; e canal, raios x e endodontia na área de saúde bucal.

Como em todo o município de Fortaleza-CE, o sistema informatizado facilita o registro, a marcação das consultas, solicitação de exames nos diversos atendimentos realizados pelas equipes do PSF.

5.3 A equipe do PSF

A equipe do PSF escolhida para a realização do estudo conta com uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, três ACS, um clínico geral médico, duas médicas residentes em Saúde da Família e uma médica preceptora da residência médica em Saúde da Família.

A enfermeira da equipe na pesquisa tem 46 anos de idade, formou-se em 1995, especializou-se em Ginecologia/Obstetrícia, e Epidemiologia. É concursada no Município de Fortaleza escalada no Hospital de Infectologia São José, e no Programa Saúde da Família também pelo município de Fortaleza. A mesma ainda trabalhou 5 anos no Hospital Geral Dr. Valdemar de Alcântara.

O atendimento ao cliente hipertenso, na equipe escolhida para coleta de dados é realizada, pela enfermeira ou pela médica, nos dias de quinta-feira. Os pacientes fazem a consulta a cada dois meses, quando recebem o medicamento para o controle hipertensivo, alternando uma consulta médica e uma consulta de enfermagem. Assim, os clientes só retornam às consultas de enfermagem a cada quatro meses.

5.4 População e amostra

A população constou de clientes hipertensos cadastrados em uma equipe de Saúde da Família. Por meio de cadastro realizado pela enfermeira da equipe existem, atualmente, 121 clientes hipertensos. A randomização foi feita nos quatro primeiros meses da coleta de dados. Assim, os pacientes marcados para o dia do atendimento, foram selecionados aleatoriamente para inclusão no grupo experimental ou no grupo controle.

Segundo Creswell (2007, p. 162),

como forma de controle, os pesquisadores atribuem aleatoriamente as pessoas para os grupos. Quando um grupo recebe um tratamento e outro grupo não o recebe, o autor do experimento pode isolar se é o tratamento, e não as características das pessoas do grupo (ou outros fatores), que influencia o resultado.

A amostragem foi selecionada aleatoriamente, na medida em que os clientes chegavam para a consulta de rotina. Dessa forma, não foi realizado pareamento, de acordo com as variáveis a serem estudadas. Após convite para participar no estudo, o hipertenso era inserido alternadamente no grupo controle ou no grupo experimental.

O critério de inclusão foi estar regularmente cadastrado no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Hipertensão Arterial da Equipe de Saúde da Família e a confirmação pela enfermeira da equipe de que o paciente é acompanhado regularmente pela mesma.

O critério de exclusão foi ter associado Diabetes Mellitus e a não capacidade cognitiva para interação e comunicação adequadas, a qual é um dos limites abordados na Teoria do Alcance de Metas (KING, 1981).

5.5 Instrumento de Coleta de Dados

Foram utilizadas duas modalidades para coletar os dados: observação não participante para o grupo controle e a assistência de enfermagem fundamentada na teoria com o grupo experimental.

Para o grupo controle, fez-se a observação não-participante de uma Consulta de Enfermagem, utilizando um roteiro de observação como Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice 1).

Para o grupo experimental, lançou-se mão de um Roteiro de Consulta de Enfermagem (Anexo 1), criado por Moreira (2003). Além disso, foi organizado um Roteiro Meta-Orientado de Enfermagem (Apêndice 2), constando os dados das Lista de Problemas, Lista de Metas e Processo de Intervenção, já utilizado em monografia de término de Curso de Graduação em Enfermagem (BEZERRA, 2006).

5.6 Protocolo de Coleta de Dados

A investigação foi realizada no período de janeiro a setembro de 2009, a fim de realizar o acompanhamento contínuo dos dois grupos participantes do estudo por quatro meses, comparando o cuidado de Enfermagem prestado pelos profissionais da equipe (grupo controle), com a proposta de assistência direta com a pesquisadora, com base na Teoria de King (grupo experimental), estudando sua viabilidade, vantagens e dificuldades de implantação.

A coleta de dados iniciou-se já com a aceitação para participação no estudo, em que foi respondido formulário, com as informações socioeconômicas dos participantes e realizado exame físico com as variáveis de comparação com o grupo experimental. Todas as variáveis dos dois grupos, experimental e controle, foram coletadas pela pesquisadora que realizou o estudo.

Com o grupo controle, foi realizada observação não-participante de uma consulta de enfermagem recebida pelo cliente, por meio de roteiro estruturado tipo Check-list, já no primeiro encontro. Ao final de quatro meses, os clientes foram chamados para realizar novo exame físico com as variáveis escolhidas para comparação com o grupo experimental.

Para o grupo experimental, não foi modificada a rotina de atendimento recebida pela equipe do PSF. Ao longo da coleta, consultas de enfermagem com a pesquisadora eram realizadas em dias livres, que não coincidisse com o dia de atendimento.

O cuidado de enfermagem realizado com os hipertensos do grupo experimental seguiu o Processo de Enfermagem, proposto por Imogene King (1981).

Em cada consulta do hipertenso do Grupo Experimental era elaborada a Lista de Problemas, a partir dos problemas detectados e compartilhados na interação. Com a Lista de Problemas discutida, era preenchida a Lista de Metas, procurando solucionar ou minimizar o problema. Por meio da Lista de Metas, eram discutidos meios que viabilizassem o alcance das mesmas, as quais foram avaliadas nos meses posteriores.

Para desenvolver o cuidado de enfermagem, durante a consulta utilizou-se como estratégia a Educação em Saúde. Conforme afirmam Guedes, Silva e Freitas (2004, p. 663), as enfermeiras “tentam compreender o processo de adoecer destas pessoas e parecem encontrar, na estratégia de educação em saúde, a possibilidade de modificar hábitos não saudáveis praticados por estes grupos populacionais”.

A cada 30 dias, os pacientes foram consultados novamente, sendo realizada avaliação das condições gerais dos mesmos com vistas a detectar suas conquistas em relação à adesão ao tratamento. Portanto, cada paciente foi assistido durante quatro meses, totalizando quatro consultas de enfermagem com a pesquisadora, fundamentada na Teoria do Alcance de Metas.

Assim, o tempo de tratamento dos dois grupos (experimental e controle) foi o mesmo, já que ao completar os quatro meses do início da coleta de dados com cada participante, era realizada a avaliação final de cada um deles, pela pesquisadora, a partir das variáveis apresentadas a seguir.

Assim, para constituir a Linha de Base dos dois grupos participantes do ensaio clínico, foi preenchido formulário (Apêndice 3) com dados de identificação do paciente tanto para o grupo controle como para o grupo experimental; dados antropométricos; hábitos de vida, medicações utilizadas, e os conceitos do paciente com relação ao consumo de sal, carboidratos e gordura; atividade física; trabalho; atividade sexual e adesão à medicação, os quais podem influenciar na adesão ao tratamento.

Foram variáveis de identificação: sexo, idade, estado civil, estágio da Hipertensão Arterial, cujos valores de classificação estão expostos na tabela da página 17 e variáveis antropométricas: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência abdominal, circunferência do quadril, relação cintura-quadril, pressão arterial, pulso, frequência cardíaca.

O IMC foi avaliado de acordo com as V Diretrizes de Hipertensão Arterial (2006): $IMC = \text{peso(kg)} / \text{altura}^2(\text{m})$. Considera-se, portanto, sobrepeso quando o IMC está acima do esperado para a altura do indivíduo, cujo critério de classificação é $25 \leq IMC < 30 \text{kg/m}^2$ e obesidade $IMC \geq 30 \text{kg/m}^2$.

No que se refere às circunferências da cintura (C= no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca lateral) e do quadril (Q= ao nível do trocanter maior) e cálculo da relação cintura/quadril (C/Q). Considerou-se como limite de normalidade: para mulheres: C=88cm e C/Q=0,85; para homens: C=102cm e C/Q=0,95 (V DIRETRIZES, 2006).

Para a mensuração do peso, usou-se uma balança eletrônica digital e analógica Modelo Wind Mea 07710, Plenna Especialidades Ltda., Brasil, sob licença da MSI Inc., U. S. A., com o indivíduo vestido com roupas leves e sem sapatos.

A medida da altura foi tomada com o indivíduo sem sapatos e sem meias, posicionado de pé sobre a superfície do estadiômetro. Procede-se a medida até o milímetro mais próximo.

A pressão arterial foi medida pelo método indireto, com esfigmomanômetro BD, com o certificado do Inmetro 2003 e estetoscópio Bic, e seguiu todos os passos preconizados nas V Diretrizes de Hipertensão Arterial (Anexo 2).

Essas variáveis foram acompanhadas em cada paciente do grupo experimental nos quatro meses em que o mesmo estava inserido no estudo. Com os participantes do grupo controle, foram coletadas as mesmas informações ao entrarem do estudo e ao se completar quatro meses depois de sua inserção na pesquisa. Esses dados foram compilados e organizados, constituindo um banco de dados de comparação, tabulados no Microsoft Office Excel 2007, cujo intuito era avaliar a mudança ou não nos dois grupos participantes.

Assim, após cada mês, e ao final do processo, os dois grupos foram comparados, no que diz respeito às variáveis colocadas anteriormente que configuram a melhoria do estado de saúde dos mesmos.

Infelizmente, no último mês de coleta de dados, um paciente do grupo experimental veio a óbito por ataque cardíaco fulminante, segundo informações de familiar, e um paciente do grupo controle saiu da área de abrangência da equipe do PSF, sendo excluídos do estudo.

5.7 Organização e Análise dos dados

Os dados foram organizados em tabelas e quadros. Calcularam-se as média e desvio padrão e a medida de proporção, razão de chances, com seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Foram realizados os testes t de Student para a comparação de duas proporções, tanto para dados independentes como para dados emparelhados. Para todas as análises inferenciais foram consideradas como estatisticamente significante com $p < 0,05$. Os dados foram processados no software SPSS versão 14.0.

Nos quadros são apresentados os resultados da interação da pesquisadora com os pacientes hipertensos do Grupo Experimental. Todos os resultados são discutidos à luz da Teoria do Alcance de Metas bem como na literatura sobre a adesão dos hipertensos ao tratamento.

5.8 Aspectos Ético-legais

Respeitaram-se os aspectos ético-legais para realização de pesquisa com seres humanos, segundo a Resolução nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Os pacientes cadastrados na equipe foram convidados a participar do estudo e aqueles que aceitaram foram informados sobre o mesmo, sua justificativa, objetivos, e procedimentos; da submissão aos riscos mínimos e os benefícios esperados; a forma de acompanhamento e assistência; esclarecimento, antes e durante o curso da pesquisa sobre a possibilidade de inclusão em grupo controle ou experimental; da liberdade de participar ou desistir em qualquer etapa, sem que isso lhes trouxesse qualquer tipo de prejuízo; e da garantia do anonimato. Ao final, solicitou-se a assinatura de Termo Livre Pós-Esclarecimento de cada participante (Apêndices 4 e 5).

Foram respeitados os princípios da beneficência ao grupo experimental, o qual se deu pelo acompanhamento com um cuidado fundamentado teoricamente, durante os seis meses do estudo; e da mão-maleficência ao grupo controle, já que continuou recebendo a assistência de Enfermagem desenvolvida institucionalmente.

Estabelecemos com meta, ainda, a divulgação dos resultados do estudo em espaços científicos, como congressos, simpósios, encontros, além da comunidade onde o mesmo foi realizado de acordo com a Resolução 196 (BRASIL,1996), com o intuito de dar retorno por meio de benefícios para as pessoas e a comunidade onde a pesquisa é realizada.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 40 clientes hipertensos, acompanhados durante quatro meses, no que se refere à adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial e melhoria do bem-estar. Apresentamos, na sequência, os dados de identificação que demonstram o perfil dos participantes do estudo dos dois grupos (controle e experimental), já que “o conhecimento detalhado sobre cada fator de risco, suas associações e importância podem propiciar a criação de estratégias, visando interferir diretamente nesses fatores” (OLIVEIRA et al., 2008, p.166). Dessa forma, permite o conhecimento destes hipertensos.

6.1 Apresentação dos participantes do ensaio clínico

Inicia-se a apresentação dos resultados com o perfil dos pacientes hipertensos participantes do ensaio clínico, tanto do grupo controle quanto do grupo experimental, quanto às variáveis sociais, presentes na Tabela 1.

Tabela 1. Análise do perfil social de clientes com Hipertensão Arterial participantes de ensaio clínico. Fortaleza-CE, 2009.

Variável	Grupo		RC(IC _{95%})	
	Controle	Experimental		
Sexo				1,52 (0,43; 5,43)
Masculino	9	45,0	7	35,0
Feminino	11	55,0	13	65,0
Idade				1,56 (0,42; 5,76)
38-59	14	70,0	12	60,0
60-77	6	30,0	8	40,0
Estado Civil				1,23 (0,35; 4,31)
Casado	12	60,0	11	55,0
Solteiro/Divorciado/Viúvo	8	40,0	9	45,0
Escolaridade				1,52 (0,42; 5,43)
Até o Ens. Fund. Comp.	13	65,0	11	55,0
Até o Ens. Méd. Comp.	7	35,0	9	45,0
Religião				3 (0,51; 17,7)
Católica	15	75,0	18	90,0
Evangélica/Espírita	5	25,0	2	10,0
Trabalha				
Não	15	75,0	14	70,0
Sim	5	25,0	6	30,0
Renda (R\$)				1,23 (0,35; 4,31)
300,00 - 800,00	8	40,0	9	45,0
801,00 - 2300,00	12	60,0	11	65,0

n=40 * RC (Razão de chance); IC (Índice de confiança)

Como se pode observar na Tabela 1, para as variáveis apresentadas, houve diferenças quanto à sua frequência nos grupos estudados, porém essa diferença não foi estatisticamente significativa, já que o **p** foi maior do que 1 em todas elas. A partir dos dados apresentados, pode-se inferir que:

- A maior parte dos pacientes são mulheres;

No presente estudo, houve maioria do sexo feminino com 24 (60%) mulheres. Esse resultado condiz com a literatura, quando a investigação de Manzini

e Simonetti (2009) encontrou 58,9% de mulheres; houve 92,6% em Oliveira et al. (2008); 85,33% em Carvalho e Baldissera (2004); além de 81% dos participantes em Teixeira et al. (2006); e 73,1% mulheres em Vasconcelos et al. (2007).

Esses resultados chamam atenção já que as V Diretrizes de Hipertensão Arterial (2006) afirmam que a maior prevalência da HAS é para o sexo masculino, porém, essa diferença não é preditiva de risco (V DIRETRIZES, 2006; OLIVEIRA; et al., 2008). De acordo com Sousa, Sousa e Scochi (2006), a subidentificação do sexo masculino se deve ao fato de os homens procurarem menos os serviços de saúde que as mulheres. Além disso, segundo Assis et al. (2009), estas, além de serem maioria na população brasileira, são as que mais freqüentam o SUS, não só como usuárias, mas também como acompanhantes das crianças, de outros membros da família e de pessoas da vizinhança.

...O comportamento preventivo pode ser mais aceito e seguido pela mulher por supor que a percepção deste gênero em se manter saudável é mais evidente e é impulsionada pelo aspecto cultural e social da preocupação materna em relação aos cuidados com a prole; a mulher pode se cuidar mais porque pode acreditar que só assim poderá garantir a continuidade do zelo pelos filhos, apontando o receio das incapacidades funcionais advindas de doenças crônicas ou a morte como ameaças ao status de cuidadora... (CARVALHO; BALDISSERA, 2004, p. 105).

- A predominância dos hipertensos é de adultos entre 38 e 59 anos;

Em Vasconcelos et al. (2007), observou-se que o predomínio dos hipertensos foi na faixa etária de 50 a 69 anos de idade. O envelhecimento populacional e o conseqüente aumento da expectativa de vida justifica a faixa etária do estudo com bastantes idosos (35%), já que, de acordo com BRASIL (2006), aproximadamente, 65% dos idosos brasileiros são hipertensos.

Segundo Oliveira et al. (2008, p. 163), “diversos estudos revelam uma grande proximidade dos fatores de risco para a doença coronariana e suas complicações, já que é sabido que, dentre os fatores de risco alteráveis para eventos coronarianos, a hipertensão arterial é forte contribuinte”.

- A maioria dos participantes é casada (57,5%);

No que se refere ao estado civil, como em outras investigações sobre Hipertensão Arterial, a maioria é casada (MANZINI; SIMONETTI, 2009; OLIVEIRA; et al., 2008, REZA; NOGUEIRA, 2008; VASCONCELOS et al., 2007). Porém houve

uma porcentagem significativa de viúvos, 9 (22,5%) da amostra, o que condiz com Oliveira et al. (2008), que encontrou 37% dos participantes viúvos.

Oliveira et al. (2008, p. 166) afirmam que “entre os indivíduos casados, o risco coronariano encontrado foi moderado, enquanto que para os solteiros, separados e viúvos, a maioria dos indivíduos apresentou risco potencial ou estava sem risco de desenvolvimento de doença coronariana”. Além disso, vivem com o cônjuge 18(45%) ou com outros membros da família 16(40%).

- A escolaridade se mostra diversificada;

Observa-se que os participantes têm baixa escolaridade com 24 (60%) pessoas com até o ensino fundamental completo. Proporção aproximada foi encontrada por Teixeira et al. (2006) quando identificaram 65% dos pacientes com o ensino fundamental, 24% com o ensino médio e apenas 5% possuíam ensino superior. Pode-se inferir que o aumento da escolaridade é inversamente proporcional à porcentagem de hipertensos.

Para Teixeira et al. (2006, p. 380), este fato é importante na problemática da hipertensão, uma vez que há necessidade de compreensão para adesão efetiva ao tratamento; além disso, a alta incidência de analfabetos funcionais na população brasileira reafirma a necessidade de educação em saúde no incentivo à essa adesão.

...as orientações aos clientes são dirigidas para as mudanças de hábitos, atitudes e comportamentos, que por vezes funcionam como determinantes importantes do binômio saúde-doença, e não devem estar separados do contexto psicossocial e histórico do indivíduo (FAÉ et al., 2006, p. 33).

- A maioria é católica (82,5%);

Porcentagem aproximada também foi encontrada por Vasconcelos et al. (2007), em pesquisa também realizada na cidade de Fortaleza - CE, em que 82,1% dos hipertensos eram católicos, o que demonstra a predominância ainda de católicos em nosso estado.

- A maioria é aposentada (67,5%);

Vasconcelos et al. (2007), encontraram 20% aposentados e 65,5% trabalhadores do lar. Na pesquisa aqui elaborada, os participantes do estudo que trabalham são: vendedores ambulantes (8), comerciantes (4), costureira (3), marmiteira (1), manicure (1), auxiliar doméstica (1), limpador de condomínio (1),

supervisor (1), operador de máquina (1). Em estudo sobre o perfil de mulheres hipertensas, detectou-se profissões também de baixa remuneração como: auxiliar de serviços gerais, doméstica, costureira e dona de casa, com renda individual e familiar de 1 e 3 salários mínimos, respectivamente. Além disso, 48,8% dessas mulheres são as principais responsáveis pela renda da família (ASSIS et al., 2009).

- Têm uma renda familiar, em média, de dois salários mínimos.

A média de um a quatro salários mínimos em 70,4% dos participantes foi encontrada no estudo de Vasconcelos et al. (2007). Oliveira et al. (2008) realizaram trabalho com idosos hipertensos e encontrou 51,9% com renda familiar de um salário mínimo, proveniente da aposentadoria ou pensão, representando a única fonte de renda da família. Esse dado confirma as baixas condições sócio-econômicas da população brasileira que utiliza o SUS. Teixeira et al. (2006) referiram que 39% dos sujeitos aposentados, tanto pelo tempo de serviço, como em razão de doença incapacitante.

No nosso estudo, tem-se que a renda varia de R\$ 300,00 a R\$ 2.300,00, com pessoas ainda na fase produtiva. É um resultado divergente do encontrado na literatura, por demonstrar melhores condições sócio-econômicas, ainda que baixas.

Embora a associação entre tratamento inadequado da hipertensão e agrupamentos sociais menos favorecidos encontre-se bem estabelecida na literatura, as condições socioeconômicas relativas à baixa escolaridade e baixa renda da amostra não impediram o êxito do programa (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007, p. 373).

De acordo com Fang et al. (2009), o status de doença crônica de populações com baixas condições sócio-econômicas produz diferenças nos comportamentos, na política social e no ambiente social. Defendem que o direito nacional contra a pobreza poderia eliminar os efeitos desta na saúde, a fim de reduzir as iniquidades e os custos com as doenças crônicas no sistema de cuidados de saúde.

No presente estudo defende-se a ideia de que a orientação, o conhecimento necessário para adesão ao tratamento antihipertensivo, depende da comunicação estabelecida na interação enfermeiro-hipertenso, utilizando-se, para tanto, de linguagem apropriada à realidade social da clientela, sendo necessário o conhecimento dos pacientes a serem acompanhados.

Na Tabela 2, a seguir, apresenta-se o perfil de saúde/bem-estar apresentados no primeiro contato com os clientes de ambos os grupos, com fatores de risco modificáveis para a Hipertensão Arterial. É sabido que “as condições de vida urbana contribuem sensivelmente para o surgimento do mal-estar social e dos agravos crônicos e degenerativos, e fazem das doenças cardiovasculares um problema da modernidade” (TEIXEIRA et al., 2006, p.379).

Pode-se antecipar que, para a randomização dos participantes do estudo, que ocorreu aleatoriamente, as variáveis apresentam diferentes frequências, porém as mesmas não são estatisticamente significantes, como se pode observar a seguir, na Tabela, que traz os fatores de risco para Hipertensão Arterial.

Tabela 2. Linha de Base sobre o perfil de clientes hipertensos participantes de ensaio clínico. Fortaleza-CE, 2009.

Variável	Grupo				RC (IC _{0,95})
	Controle		Experimental		
	N	%	N	%	
Atividade Física					2,85 (0,78; 10,48)
Sim	6	30,0	11	55,0	
Não	14	70,0	9	45,0	
Atividade Sexual					1,52 (0,42; 5,43)
Sim	11	55,0	13	65,0	
Não	9	45,0	7	35,0	
Sal					0,78 (0,53; 1,07)
Pouco	14	70,0	18	90,0	
Normal	6	30,0	2	10,0	
Açúcar (doces)					0,5 (0,11; 2,09)
Controla	18	90,0	16	60,0	
Muito	2	10,0	4	20,0	
Fuma					1,59(0,24; 10,7)
Sim	3	15,0	2	10,0	
Não	17	85,0	18	90,0	
Bebe					1,33(0,3; 5,93)
Sim	5	25,0	4	20,0	
Não	15	75,0	16	80,0	
PAS					2,33 (0,64; 8,54)
Até 139mmHg	6	30,0	10	50,0	
140mmHg ou mais	14	70,0	10	50,0	
PAD					1,83 (0,52; 6,43)
Até 89mmHg	9	45,0	12	60,0	
90mmHg ou mais	11	55,0	8	40,0	
Frequência Cardíaca					1
Bradycardia <70	7	35,0	7	35,0	
Normocardia 70-110	13	65,0	13	65,0	
IMC					1,0 (0,18; 5,63)
Normal <25,0	3	15,0	3	15,0	
25,0 ou mais	17	85,0	17	85,0	
Cintura					1
Normal	6	30,0	6	30,0	
Acima do Normal	14	70,0	14	70,0	
Relação cintura/quadril					1
Normal	1	5,0	1	5,0	
Acima do Normal	19	95,0	19	95,0	

n=40

* RC (Razão de chance) e IC (Índice de Confiança)

Como se pode perceber, para as variáveis, há aspectos positivos do estilo de vida dos hipertensos, tanto no grupo controle, quanto no grupo experimental. Como já comentado, essas diferenças entre os dois grupos não apresentaram significância estatística. Portanto, espera-se que não interfiram após o acompanhamento dos pacientes com base na teoria de enfermagem.

Assim, os resultados apresentados indicam que:

- Havia, no início da pesquisa, mais pessoas do grupo controle que não realizavam atividade física;

Entre as pessoas que praticam alguma atividade física tem-se: 4 no grupo controle e 5 no grupo experimental fazem caminhada de 1 a 7 vezes por semana; 1 do grupo experimental corre 2 vezes por semana; 1 do grupo experimental pedala diariamente; 1 do grupo controle dança 2 vezes por semana; 1 do grupo controle e 4 do experimental fazem ginástica com o corpo de bombeiros de 2 a 5 vezes por semana.

Em investigação sobre mulheres hipertensas, encontrou-se que 68,18% da amostra não praticava exercícios físicos regularmente (ASSIS et al., 2009). Teixeira et al. (2006) encontraram 54% dos participantes não praticavam ou faziam atividade física raramente, enquanto que 46% realizavam exercícios de modo regular.

Faé et al. (2006) colocam, sobre a adesão ao tratamento antihipertensivo, que os clientes aderentes praticavam exercícios regulares, referindo vantagens como o bem-estar físico e mental, redução do peso e controle da PA. Por outro lado, os não aderentes se queixavam de tontura durante a prática de exercícios físicos e falta de tempo para essa atividade.

- Nos dois grupos, havia mais clientes que declararam ter a vida sexual ativa.

Referente à atividade sexual, encontrou-se predominância de frequência de 1 a 3 vezes por mês (7 do grupo controle e 6 do experimental); 1 do grupo controle e 4 do grupo experimental, de 4 a 6 vezes por mês; 3 do grupo controle e 3 do grupo experimental, de 8 a 15 vezes por mês.

Teixeira et al. (2006) referiram que 45% não realizam atividade sexual; 37% realizam raramente, 34% consideram a relação satisfatória, refletindo a realidade do universo feminino idoso. Para os autores “quando o sujeito se encontra

ajustado na sua vida sexual, com seu prazer e desejo, ocorre um reflexo expressivo em seu bem-estar” (TEIXEIRA et al., 2006, p. 382).

A alta incidência de pessoas com a atividade sexual ativa, ainda pode ser explicada pela faixa etária dos hipertensos do estudo, com predominância de adultos em relação aos idosos.

- Os pacientes já realizam o controle do consumo de sal na dieta e poucos, nos dois grupos, não fazem o controle, consumindo a mesma quantidade de sódio que o restante da família.

O consumo de sal é um componente que sabidamente interfere nos níveis pressóricos, elevando-os. Assim, concordamos com Teixeira et al. (2006, p. 381), ao afirmarem que “se faz necessário encontrar formas criativas e prazerosas na alimentação, pois o gosto e o bem-estar são importantes para a saúde”.

Na presente pesquisa, o consumo de sal demonstrou-se sob controle por 32 (80%) dos participantes, o que diferiu do encontrado em estudo anterior, sobre o consumo de sal de pacientes submetidos à revascularização miocárdica, no início da interação, em que, mesmo hipertensos, o consumo de sal foi admitido por 8 (44,44%) pacientes como sendo muito, acrescentando sal na dieta além daquele utilizado no preparo dos alimentos (BEZERRA, 2006).

Em Simonetti, Batista e Carvalho (2002), 62,5% dos hipertensos disseram que controlam a quantidade de sal na alimentação. Teixeira et al. (2006) encontraram 64% dos sujeitos com utilização de pouco sal e 8% utilizam dieta hipersódica.

Para Faé et al. (2006), os pacientes hipertensos aderentes ao tratamento manifestam conhecimento sobre a importância da dieta hipossódica e sobre a sua contribuição para o controle da pressão arterial, enquanto que os não aderentes desconhecem o motivo da dieta prescrita e não explicam o fato de fazerem dieta.

- Também para o controle do consumo de carboidratos na dieta, encontrou-se que a maior parte dos hipertensos estudados mantém este cuidado com o uso de doces e massas ingeridos diariamente.

Embora este controle tenha sido assumido pela população estudada, 18 no grupo controle e 16 no grupo experimental, houve dificuldade para a ingestão de frutas na dieta. Isso pode ser justificado pela baixa renda familiar dos participantes,

além de uma carência de informação acerca de seguir uma dieta equilibrada, mesmo com poucos recursos financeiros.

- No que se refere ao tabagismo, cinco participantes declararam-se fumantes, constituindo 12,5% da amostra da pesquisa.

Sobre este aspecto, tem-se que no grupo controle, dos três tabagistas, 1 fuma 1 cigarro/dia; 1 fuma 1 carteira/dia e 1 fuma 2 cartelas/dia. Além disso, 2 referem que fumam há cerca de 30 anos e 1 há pelo menos 40 anos. No grupo experimental, 1 paciente fuma 3 cigarros/dia e 1 fuma 5 cigarros/dia. Referente ao tempo, estes relatam ser tabagistas há 3 anos e 25 anos. Na pesquisa de Teixeira et al. (2006), 46% referiram ser tabagistas e, destes, 47% consumiam menos de um maço/dia, 36% um maço/dia e 17% de dois a quatro maços de cigarro por dia.

Dos não fumantes, encontrou-se que 4 do grupo controle e 8 do grupo experimental já tinham fumado antes, mas todos abandonaram o hábito há mais de 1 ano.

- A prática do etilismo esteve presente em 9 hipertensos.

Com relação ao etilismo, encontrou-se no grupo controle, que 2 praticam o hábito 2 vezes por mês, 2 clientes praticam 4 vezes por mês e 1 oito vezes por mês. No grupo experimental, os quatro relatam que bebem cerca de uma vez por mês. Entre mulheres hipertensas, encontrou-se na literatura que 19,7% referem ingerir bebida alcoólica (ASSIS, et al., 2009). Em Chaves (2008), 53,4% ingeriam bebida alcoólica, a maioria pelo menos uma vez na semana. Em Teixeira et al. (2006), 63% declararam não fazer uso de bebida alcoólica, 34% bebiam eventualmente e, 3%, frequentemente.

- A PAS esteve dentro dos parâmetros limítrofes para 16 clientes hipertensos, o que indica uma alta taxa de não controle do restante da amostra.

No que se refere à PAS, encontrou-se que 16 (40%) dos participantes, estavam normais. Araújo e Guimarães (2007) encontraram uma média de 155,9mmHg para a PAS com desvio padrão de 5,8. Em estudo com idosos hipertensos, 66,7% tinham a pressão arterial ótima ou normal (OLIVEIRA et al., 2008). Na pesquisa de Barroso et al. (2008), a média de PAS dos hipertensos foi de 145,3 para o grupo estudo e de 141,7 para o grupo controle, o que demonstra uma

PA acima dos parâmetros esperados para pacientes acompanhados por algum programa de controle da Hipertensão.

- No caso da PAD, 21 (52,5%) indivíduos com o valor acima do preconizado para o controle da Hipertensão Arterial.

A média de PAD foi de 95,3 mmHg na pesquisa de Araújo e Guimarães (2007). Os valores da PAD na pesquisa de Barroso et al. (2008) foram de média de 89,8 para o grupo estudo e de 88,4 para o grupo controle, de forma que se pode dizer que os mesmos tinham, em média, este parâmetro dentro dos limites preconizados para o controle da doença.

- 14 hipertensos apresentaram bradicardia no exame físico.

Ao se avaliar a frequência cardíaca, 7 hipertensos em cada grupo de estudo apresentou bradicardia. Isso pode estar relacionado com o número de idosos no estudo, mas também a uma predisposição a problemas cardíacos, já que alterações no ritmo cardíaco estiveram presentes em três desses pacientes com bradicardia.

- Apenas 6 (15%) apresentaram o IMC considerado normal em igual quantidade para os dois grupos.

Na pesquisa de Vasconcelos et al. (2007), 43,5% dos participantes apresentavam sobrepeso e 37,1% obesidade. Em Araújo e Guimarães (2007), houve uma média de 29,8 e desvio padrão de 5,8 para mais e para menos (28,1 para homens e 30,1 para as mulheres), o que denota que os pacientes, participantes da presente investigação estavam com sobrepeso, em média, com predominância de obesidade nas mulheres.

Isso mostra que, mesmo sabendo do risco do peso para a Hipertensão, os clientes mantêm níveis elevados de peso para a altura corporal. Em estudo com mulheres, mostrou-se que “há relação entre a obesidade e a hipertensão arterial diastólica (...) a pressão arterial está significativamente associada ao excesso de peso” (ARAÚJO; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2007, p. 247).

Estudo de mulheres hipertensas, 39,39% apresentaram o IMC com valor entre 25 e 29,9 (ASSIS et al., 2009) e pesquisa de Chaves (2008) com homens motoristas e cobradores de ônibus, 49,5% estavam com sobrepeso e 23,4% com obesidade.

Esses fatores são apontados por estudos pregressos que mostram a significância da obesidade quanto à gênese da hipertensão arterial, aumentando seu poder quando associada à alimentação inadequada e ao sedentarismo, expondo esses indivíduos a alterações cardiovasculares e, conseqüentemente, a maior risco de morbidade e mortalidade (CHAVES, 2008, p. 373).

- Também foram avaliadas as medidas de cintura, quadril e relação cintura/quadril.

Encontrou-se que 12 (30%) estavam com a medida da cintura normal. Em estudo do perfil de mulheres hipertensas 59,09% estavam com a circunferência abdominal acima do padrão normal e apenas 2 (5%) clientes estavam com a relação cintura/quadril dentro dos parâmetros esperados.

Para Araújo e Velásquez-Meléndez, (2007, p. 243),

...a combinação desses dois indicadores (circunferência da cintura e IMC) pode ser mais efetiva na predição de agravos à saúde, como doenças coronarianas, diabetes mellitus e distúrbios no metabolismo de lipídios relacionados ao desenvolvimento de sobrepeso/obesidade, do que quando usados isoladamente.

Sabe-se que aliado ao tratamento não medicamentoso, existem medicações anti-hipertensivas utilizadas, no sentido de controlar os níveis pressóricos, devendo ser acompanhadas pelos profissionais de saúde. As medicações utilizadas pelos hipertensos são: **diuréticos** tiazídico Hidroclorotiazida e de Alça, Furosemida; **antagonistas adrenérgicos** beta-bloqueadores Propranolol; **antagonistas do sistema renina-angiotensina** inibidores da Enzima conversora de angiotensina Captopril, Atenolol, **bloqueador de canais de cálcio** Fenilalquilaminas Verapamil e Diidropiridinas Nifedipino. E ainda Ácido Acetil Salicílico, fundamental para hipertensos com doença arterial coronária (V DIRETRIZES, 2006); o hipolimpemiente Sinvastatina que “demonstrou grande benefício sobre a morbidade e mortalidade cardiovasculares, independente da presença de hipertensão arterial, síndrome metabólica, diabetes ou doença aterosclerótica” (V DIRETRIZES, 2006, p. 33) Isossorbida; Digoxina; Diclofenaco; Omeprazol. Esses pacientes tomam medicamentos, no mínimo, duas vezes ao dia, e com associação de pelo menos duas drogas antihipertensivas.

Em média, esses pacientes tomavam 1,6 medicamentos (=ou- 0,45). Quanto ao número de doses tomadas por dia, 19% usavam uma vez ao dia; 50% duas vezes e 31% três doses diárias. Em relação ao número de medicação antihipertensiva, 43,3% tomavam apenas um medicamento, 53,7% tomavam dois medicamentos e 3% três medicamentos (VASCONCELOS et al., 2007, p. 328).

Sobre o uso do tratamento farmacológico tem-se que de 20% a 80% dos pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial não tomam suas medicações como prescritas, aproximadamente 75% dos americanos não aderem às mudanças no estilo de vida recomendadas (VOILS et al., 2008).

Essas foram as variáveis modificáveis verificadas nos participantes do ensaio clínico, pois considera-se que elas são importantes para o planejamento do cuidado de enfermagem. “A atitude terapêutica do cuidado procura encorajar o cliente a rever seu estilo de vida, sua percepção e maneiras de se relacionar em seu contexto social, de modo a encontrar recursos e novas maneiras de viver com satisfação” (TEIXEIRA et al., 2006, p. 381).

As variáveis foram avaliadas no início e no estudo e ao final dos quatro meses de coleta com cada participante nos dois grupos a fim de subsidiar a comparação das mudanças no estilo de vida dos hipertensos inseridos neste ensaio clínico.

6.2 O acompanhamento de enfermagem realizado com o cliente hipertenso pela equipe da Unidade de Saúde (Grupo Controle)

A Consulta de Enfermagem é rotina aos clientes hipertensos. Como já apresentado, a pesquisadora realizou a observação não-participante da assistência de enfermagem, utilizando um check-list das avaliações da anamnese, exame físico e orientações realizadas pela enfermeira da unidade. Os resultados dessa observação são apresentados a seguir, na Tabela 3.

Tabela 3. Resultados da observação não-participante da Consulta de Enfermagem realizada dos participantes do grupo controle. Fortaleza-CE, 2009.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO	SIM	%
PA	19	95
Peso	19	95
Altura	19	95
Dados referentes à família	10	50
Percepção/Acompanhamento geral da saúde	9	45
Nutrição e Metabolismo	7	35
Exercícios e Atividades	7	35
Consumo de sal	4	20
Consumo de carboidratos	3	15
Mudanças no estilo de vida	2	10

n=20

Neste estudo, observou-se a consulta realizada pela enfermeira da equipe do PSF com o paciente hipertenso no primeiro dia de coleta de dados.

Vê-se na Tabela 3, uma alta incidência nas consultas de enfermagem da verificação das medidas da PA, peso, altura, dados referentes à família, caindo as avaliações quanto percepção/acompanhamento de saúde, nutrição e metabolismo, exercícios e atividades, consumo de saúde, açúcar e mudanças no estilo de vida. Ainda assim, há que se questionar porque ainda houve um paciente que realizou a consulta de enfermagem sem a medida da pressão arterial, informação imprescindível para a consulta de enfermagem a essa clientela específica.

Como preconizado pelas V Diretrizes (2006), o enfermeiro que acompanha o hipertenso deve: medir a PA seguindo a técnica padrão ouro, investigar sobre fatores de risco e hábitos de vida (idade, fatores socioeconômicos, sal, obesidade, álcool, sedentarismo), orientar sobre o uso regular dos medicamentos prescritos, orientar sobre hábitos de vida pessoais e familiares e

encaminhar ao médico pelo menos duas vezes ao ano, ou quando a pressão arterial não estiver controlada. Na primeira consulta, deve-se ainda investigar dados como sexo e etnia, que não sofrem mudanças ao longo do tempo. “Estudos experimentais demonstram elevação transitória da pressão arterial em situações de estresse, como o estresse mental, ou elevações mais prolongadas, como nas técnicas de privação do sono” (V Diretrizes, 2006, p. 22).

Não se verificou durante a coleta de dados a abordagem da enfermagem nas seguintes variáveis: eliminações; padrão de sono/repouso; autoconceito; papéis e relacionamento; sexualidade e reprodução; estresse; crenças e valores; nem a aferição do pulso; frequência cardíaca; IMC; cintura; quadril e relação cintura-quadril.

Em estudo realizado por Felipe, Abreu e Moreira (2008), na mesma unidade de saúde, encontrou-se que, na anamnese houve identificação de tratamento prévio, de ingestão de substâncias hipertensoras e a existência de fatores de risco associados, porém houve lacuna quanto à descrição de características sociodemográficas, duração do quadro hipertensivo, história familiar, sintomas de dano em órgãos-alvo ou hipertensão secundária. Houve a verificação da pressão arterial e do peso em 100% das consultas, porém não foi realizada a ausculta cardíaca e pulmonar. Além disso, não houve o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem.

Tem-se que “a questão que norteia o atendimento aos pacientes portadores de hipertensão arterial é a mudança no estilo de vida com a adoção de hábitos rotineiros mais saudáveis, visando proporcionar-lhes melhor qualidade de vida” (SILQUEIRA et al., 2007, p. 334).

Em estudo anterior sobre as ações de enfermagem, confirmadas por enfermeiras da atenção primária, com base no Projeto das Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), as ações são classificadas em ações nos eixos: atender, informar, observar e gerenciar, de forma a desenvolver a assistência ao cliente hipertenso (BEZERRA; GUEDES, 2006).

Na literatura, tem-se que as intervenções de enfermagem registradas nos prontuários dos clientes, nas consultas de enfermagem, voltam-se para “o modelo tradicional biomédico, não assumindo o enfermeiro sua verdadeira responsabilidade, qual seja, educar para a transformação emancipatória do portador de hipertensão arterial” (COSTA; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2008, p. 487).

De acordo com a investigação, as intervenções mais freqüentes foram: verificar a pressão arterial (26,4%); o peso (22,3%); a glicemia (21,8%); a altura (8,8%); encaminhar ao cardiologista (1,8%); ao odontologista (1,2%); à nutrição (1,0%); orientar para diminuir peso, sobre a dieta, encaminhar ao oftalmologista (0,8%); encaminhar ao nefrologista (0,7%), manter cuidados (0,5%) (COSTA; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2008).

Isso confirma, como no presente estudo, a carência de atitudes imprescindíveis à consulta de enfermagem a todos os clientes, como também, as deficiências quanto aos registros de enfermagem.

Os dados coletados na anamnese e exame físico dos hipertensos do grupo controle no início e no final da coleta de dados serão utilizados para comparação com os dados do grupo experimental das variáveis estudadas e estão apresentados nas Tabelas 4 e 5.

6.3 O acompanhamento do hipertenso com fundamentação na Teoria do Alcance de Metas (Grupo Experimental)

Utilizando as mesmas variáveis da observação não participante, realizaram-se quatro Consultas de Enfermagem com os clientes hipertensos do grupo experimental, com o qual se prestou o cuidado de enfermagem tendo como fundamentação a Teoria de King, que apresenta o Processo de Enfermagem, já abordado no Referencial Teórico, como ferramenta que sistematiza o cuidado a ser prestado à sua clientela.

A enfermagem tem procurado desenvolver sua prática com base no método científico, adotando a sistematização da assistência como forma de trabalho, o que torna possível a atenção individualizada, ordenada e dirigida a resultados. As etapas de levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, prescrição de intervenções e avaliação dos resultados obtidos têm sido objeto de diversos estudos que têm como meta o aprimoramento da arte da enfermagem e a ampliação dos conhecimentos científicos de forma a atender mais adequadamente à clientela sob seus cuidados (VASCONCELOS et al., 2007, p. 327).

A Consulta de Enfermagem era iniciada pela apresentação da enfermeira/pesquisadora que conduzia a interação. Para incentivar a participação do paciente, era pedido que o mesmo informasse como se sentia naquele momento, expondo suas queixas. Segundo Carvalho e Baldissera (2004, p. 102),

investigar as queixas comuns do paciente hipertenso no nível ambulatorial parece, portanto, ser o caminho para a reflexão das condições que levam o indivíduo a procurar atendimento na atenção básica de saúde, contribuindo assim para o planejamento das ações de saúde para este grupo de indivíduos.

No primeiro encontro, buscou-se, por meio da interação, atingir a transação, qual seja, a decisão quanto às mudanças e tomada de decisão. Para tanto, os problemas de saúde detectados eram discutidos quanto às repercussões trazidas ao estado de saúde dos indivíduos. Ao mesmo tempo, eram negociadas metas de saúde, a fim de melhorar ou minimizar os problemas identificados e buscavam-se métodos que possibilitassem a obtenção dos objetivos pretendidos.

Mês a mês, as metas eram avaliadas quanto ao seu alcance total, parcial ou não atingidas, a fim de orientar a continuidade do cuidado quanto à revisão ou manutenção das metas elaboradas. A maior parte das metas era atingida ainda do primeiro mês sendo mantidas nos meses subsequentes, a partir da redução da

frequência de algumas práticas como: o consumo de gordura, reduzir ingestão de sal, praticar atividade física, melhorar padrão de sono, entre outras. Por outro lado, algumas metas foram modificadas a cada mês, e em alguns casos, não foi atingida ao final dos quatro meses de acompanhamento, como a meta de aumentar a atividade física. Isso confirma a dificuldade de realizar mudanças nas atividades de vida diária pelos pacientes com doenças crônicas.

Vale destacar que o acompanhamento mensal contribuiu para uma maior aproximação e avaliação das metas acordadas na interação. Defende-se a ideia de que o encontro contínuo facilita a retomada das metas de saúde, estabelecidas ao longo das interações. Em estudo sobre a assiduidade da consulta ambulatorial, concluiu-se que “os pacientes assíduos apresentaram uma maior taxa de controle da pressão arterial quando comparados aos faltosos (30% vs. 8%, respectivamente, $p=0,02$)” (COELHO et al., 2005, p. 158).

Além disso, o conhecimento deve contribuir para a adesão à terapêutica. Portanto, a educação em saúde se faz necessária de modo a munir o paciente de informação sobre a sua doença, sobre o seu estado de saúde, sobre as condutas que melhoram este estado e as mudanças necessárias para o controle da pressão arterial.

Para Guedes (2005, p.114),

na situação de doença a pessoa precisa obter conhecimentos sobre sua enfermidade, seus sintomas e agravos, sobre o tratamento e sua duração, no intuito de iniciar um processo de amadurecimento de idéias e assimilação da realidade para em seguida tomar suas decisões e mostrar seus posicionamentos. Cabe aos profissionais colaborar, esclarecer e apontar caminhos adequados para o alcance das metas estabelecidas em acordo com paciente.

De acordo com Faé et al (2006), foi constatado que os pacientes hipertensos com adesão ao tratamento apresentaram mais conhecimento que os não aderentes no que se refere: à dieta, aos benefícios da prática de exercícios físicos e atividades de lazer, ao enfrentamento de problemas interativos, à percepção dos sintomas de alteração da pressão arterial e menos efeitos colaterais do tratamento farmacológico.

Portanto, a orientação é ferramenta imprescindível ao cuidado de enfermagem no sentido melhorar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial. Para Machado, Stipp e Leite (2005), o paciente necessita compreender seu estado

de saúde, o que pode se dá por meio da reeducação do paciente para modificações no estilo de vida, isso devido à gravidade do problema e à ausência do diagnóstico precoce, o que denomina de intervenção primária.

O conhecimento adquirido pelo paciente permite a percepção de risco à saúde, a fim de conduzi-lo à adesão ao tratamento. Segundo Guedes (2005, p. 33), “pode-se definir comportamento preventivo como ações que o indivíduo executa com a finalidade de manter sua saúde ou evitar adoecimentos”.

A seguir, apresentamos os dados com a Lista de Problemas, Lista de Metas e Lista de Intervenções, construídas a partir da interação enfermeira-cliente durante o acompanhamento. Segundo Bezerra (2006, p.24), “a situação de enfermagem ocorre quando o indivíduo procura ajuda no serviço de saúde, sendo atendido pelo profissional de enfermagem”.

Não foram encontrados problemas de enfermagem no que diz respeito às variáveis Papéis e relacionamento e Sexualidade e reprodução dos participantes do estudo.

Para discussão dos problemas de enfermagem encontrados no presente estudo, traça-se um paralelo com o estudo de Vasconcelos et al. (2007), que estabeleceu diagnósticos de enfermagem com pacientes hipertensos.

A partir dos resultados apresentados a seguir, pode-se inferir que os pacientes hipertensos têm desafios quanto à adesão ao tratamento, tanto medicamentoso quanto ao não-medicamentoso, o que envolve a necessidade de modificações positivas no estilo de vida adotado, ou seja, que ocorram transações no processo interativo.

O primeiro momento da consulta com os pacientes do grupo experimental era a exposição espontânea do mesmo sobre a sua percepção sobre o estado de saúde. Consideraram-se todas as queixas verbalizadas pelo paciente, ainda que as mesmas não estivessem relacionadas diretamente com a Hipertensão Arterial. Porém, compreendeu-se que essas queixas importavam para o paciente.

Sobre a Percepção/Comportamento Geral da Saúde, durante a Consulta de Enfermagem, os pacientes tinham a oportunidade de demonstrar como se sentiam naquele momento e expor suas queixas, independente de essas queixas estarem relacionadas ou não com a Hipertensão Arterial. Por meio do Quadro 1, pode-se perceber que os pacientes verbalizam variadas queixas, mas principalmente álgicas, no primeiro encontro da interação. Em estudo sobre as queixas de pacientes hipertensos, encontrou-se uma prevalência maior de queixas ginecológicas, enquanto que as queixas álgicas têm maior frequência na consulta médica (CARVALHO; BALDISSERA, 2004).

As queixas iniciais dos participantes do grupo experimental justificam a dificuldade de exercer atividades físicas regulares. A dor (na coluna, nos ossos, nas pernas, nos pés, cefaléia) nesses pacientes, além de outros problemas identificados, podem colaborar para o **Risco de Quedas** um diagnóstico de Enfermagem encontrado do estudo de Vasconcelos et al. (2007) com clientes hipertensos.

Assim, o controle da dor nessa clientela, com grande incidência de idosos, deve ser investigada, diagnosticada e tratada pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, enquanto componente imprescindível para adesão adequada ao tratamento da Hipertensão Arterial.

As metas elaboradas para as queixas voltam-se para medidas de busca de saúde, por meio do acompanhamento de profissional de saúde com competência para tal, podendo ser generalistas ou especialistas.

As intervenções negociadas colocam o paciente como protagonista da sua saúde, já que ele assume a meta para ser atingida. São medidas de baixa complexidade, dentro das possibilidades de realização para a pessoa, pois ela aceita como viáveis.

A seguir, no Quadro 2, apresenta-se os resultados da variável Nutrição e Metabolismo.

Quadro 2. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental nos quatro meses de acompanhamento, referente à variável Nutrição e Metabolismo. Fortaleza-CE, 2009.

1° Encontro				Alcance da Meta	1° Mês	Alcance da Meta	2° Mês	Alcance da Meta	3° Mês	Avaliação Final	
Variável	Problema	Meta	Intervenção		Intervenção		Intervenção		Intervenção		
Nutrição e Metabolismo	Nutrição maior que as necessidades	Melhorar padrão alimentar	Alimentar-se de pequenas porções de 3 em 3 horas	Sim						Sim	
			Inserir frutas na dieta	Sim						Sim	
			Inserir verduras na dieta	Sim	Melhorar padrão alimentar	Sim	Fazer a janta mais leve	Sim		Sim	
	Dieta desequilibrada		Retirar o miolo do pão	Sim	Reduzir ingestão de carboidratos	Sim				Sim	
			Evitar frituras	Sim						Sim	
			Reduzir porções das refeições	Sim	Manter dieta equilibrada	Sim			Reduzir ingestão de carboidratos	Sim	
			Reduzir ingestão de carboidratos	Sim	Inserir frutas na dieta	Sim				Sim	
			Comer menos banana de 4 para 2				Equilibrar dieta	Sim		Sim	
			Preferir alimentos cozidos	Sim	Reduzir ingestão de carboidratos	Sim				Sim	
	Consumo excessivo de gordura	Controlar consumo de gordura	Reduzir consumo de carne de porco para 3 vezes ao mês	Sim					Sim		
	Consumo excessivo de sal	Controlar ingestão de sal	Não acrescentar sal no prato já preparado	Sim					Sim		
	Baixa ingestão de líquido	Aumentar ingestão de líquido	Beber pelo menos 1 litro de água Comer sucos, frutas	Sim	Controle do Ácido úrico	Sim	Procurar consulta médica	Sim			Sim
							Solicitar exames				
							Aumentar ingestão de líquidos				
	Taxa de ácido úrico acima do normal	Controle da taxa e ácido úrico	Reduzir ingestão de proteína animal (carne vermelha)	Sim	Procurar consulta médica Realizar exame para ver taxa	Sim					Sim

A alimentação é um aspecto importante para o paciente hipertenso, uma vez que o peso interfere na hemodinâmica do mesmo. Nesse sentido, o controle alimentar se faz necessário, como mudança a ser administrada no tratamento da Hipertensão. A dificuldade encontrada pelos pacientes hipertensos se refere à interrupção de práticas que tinham ao longo de toda a sua vida, principalmente ao controle da ingestão de carboidratos, representados pelos doces, massas etc. Isso se reflete no IMC dessa clientela, em geral, com sobrepeso e muitas vezes obesidade.

Em pesquisa realizada por Vasconcelos et al (2007), com clientes hipertensos, Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais foi um diagnóstico de enfermagem apresentado sem associação com as variáveis sócio-demográficas dos participantes. Esse problema/Diagnóstico de Enfermagem mostra-se presente e deve ser previsto pelos enfermeiros, a fim de planejar condutas junto ao paciente para o controle e equilíbrio da dieta, o que contribuirá para o tratamento não-farmacológico da Hipertensão.

O consumo de lipídios contribui para a instabilidade nas taxas de colesterol e triglicérides, fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Esse é outro problema que deve ser valorizado na interação enfermeiro-hipertenso, no sentido de orientar o paciente, e acordar junto a ele meios de fazer o controle da ingestão dos alimentos ricos em gorduras, além de outras estratégias agem como proteção da função cardíaca, como a prática de atividade física.

Em pesquisa com pacientes hipertensos, Guedes (2005) encontrou que 85,4% (88) dos participantes do estudo referiram que ingerir alimentos ricos em lipídios dificulta o controle da hipertensão arterial, o que denota que os hipertensos têm conhecimento do risco da ingestão de alimentos gordurosos.

Ainda referente à dieta, a ingestão hipersódica é fator que interfere diretamente nos níveis pressóricos. Portanto, o controle do sal na alimentação do hipertenso deve ser acompanhado e administrado do sentido de reduzi-lo a quantidades aceitáveis e até recomendadas para uma alimentação saudável.

Os problemas de saúde para a variável Nutrição e Metabolismo são da ordem de desequilíbrio dos alimentos ingeridos, principalmente no que se refere à ingestão de carboidratos, lipídios e sal.

Buscou-se elaborar metas de reeducação alimentar, a fim de que os hipertensos pudessem compreender os benefícios de uma alimentação equilibrada, utilizando a comida ingerida no cotidiano, mas sem comprometer a renda familiar, em geral, desfavorável.

As intervenções visam a inserção de frutas, de baixo custo, no cardápio diário, a redução da ingestão de alimentos desfavoráveis como as gorduras saturadas, massas, e o controle da ingestão de sal na dieta.

Nutrição e Metabolismo foi uma variável que necessitou de reformulações nas intervenções nos meses seguintes do acompanhamento, mas que ao final, as metas foram alcançadas, e que sabidamente, a longo prazo, serão vistos os seus resultados.

Quanto à orientação para aumento da ingestão hídrica, a paciente que recebeu esta orientação não apresentava sinais clínicos de Riso para sobrecarga cardíaca, nem registros de Insuficiência Cardíaca Congestiva nas descrições médicas.

Na sequência, aborda-se os resultados da variável Eliminações, no Quadro 3.

Quadro 3. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental nos quatro meses de acompanhamento, referente à Variável Eliminações. Fortaleza-CE, 2009.

1° mês				Alcance da meta	2° Mês	Alcance da meta	3° Mês	Alcance da meta	4° Mês	Avaliação Final
Variável	Problema	Meta	Intervenção		Intervenção		Intervenção		Intervenção	
Eliminações	Constipação	Melhorar padrão alimentar	Inserir fibras na dieta	Sim					Sim	
			Reduzir ingestão de alimentos constipantes							
			Aumentar ingestão hídrica							
			Comer alimentos laxantes (mamão, laranja)							
		Praticar atividade física	Fazer caminhada	Sim						
	Incontinência urinária	Providenciar cirurgia de períneo	Procurar equipe de saúde para pedir encaminhamento	Não	Comparecer a consulta médica marcada (SUS)	Não	Comparecer a consulta médica marcada (privado)	Sim	Realizar exames solicitados	Sim
	Risco para constipação	Melhorar padrão alimentar	Inserir fibras na dieta	Sim					Sim	
Aumentar ingestão hídrica										
Comer alimentos laxantes (mamão, laranja)										

No estudo de Vasconcelos et al. (2007), o Diagnóstico de Enfermagem Constipação foi citado como presente nos pacientes hipertensos, porém sem associação com variáveis sócio-demográficas e de medicamentos.

Outro problema relacionado às eliminações foi Incontinência Urinária, mas associado à necessidade de perineoplastia. Neste sentido, é necessário um acompanhamento do paciente em todos os aspectos do processo saúde-doença, a fim de fomentar oportunidades de solução dos problemas da clientela.

Sobre as eliminações, os problemas, diversas vezes, foram vistos pelos pacientes, como normais, não aparecendo uma busca pela melhoria deste aspecto na saúde. A Educação em Saúde foi uma ferramenta fundamental, pois despertou o paciente para a importância das eliminações urinárias e intestinais da pessoa, de forma a aceitar as metas de melhoria.

As intervenções foram traçadas com vistas a mudanças nas atividades de vida diária dos hipertensos, a busca pela cirurgia como componente necessário à recuperação das funções urinárias, com menos repercussão na vida da mulher. Ainda assim, algumas metas não foram alcançadas, de forma que, espera-se desses pacientes que a intervenção sirva para a manutenção dessa busca constante para a promoção da sua saúde.

No Quadro 4, traz-se o cuidado no que se refere à variável Exercícios e Atividades.

Quadro 4. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento referente à Variável Exercícios e Atividades. Fortaleza-CE, 2009.

1° mês				Alcance da meta	2° Mês	Alcance da meta	3° Mês	Alcance da meta	4° Mês	Avaliação Final
Variável	Problema	Meta	Intervenção		Intervenção		Intervenção		Intervenção	
Exercícios e Atividades	Sedentarismo Pouca atividade física	Iniciar atividade física (caminhada)	Iniciar caminhada por pelo menos 10 minutos ao dia	Sim	Aumentar para 15 minutos	Sim	Manter atividade física	Não	Trocar atividade física (natação)	Não
				Sim	Aumentar para 15 minutos	Sim	Aumentar frequência para 3 x semana	Não	Aumentar frequência para 3 x semana	Sim
				Sim	Aumentar para 15 minutos	Sim	Aumentar para 20 minutos	Não	Fazer caminhada 3 x semana	Sim
				Não	Iniciar caminhada de 10 min em dias alternados	Sim	Manter atividade física	Sim	Fazer caminhada diária	Sim
		Aumentar atividade física	Participar de atividades com grupo de bombeiros 2x semana	Sim	Regularizar atividade física	Não	Fazer caminhada	Sim		Sim
			Fazer caminhada de 20 minutos ou mais	Sim	Manter atividade física	Não	Voltar a fazer atividade	Sim		Sim
Sexualidade	Suspensão da atividade sexual	Regularizar prática sexual	Conversar com esposa sobre a prática	Sim						Sim

Apareceu o Diagnóstico Intolerância à atividade, como componente que prejudica a prática de exercícios físicos (VASCONCELOS et al., 2007), tal como identificado no presente estudo.

Na nossa pesquisa, o sedentarismo foi um problema de saúde percebido pelos pacientes como necessário de mudança. Apesar disso, os problemas de ordem patológica como a Osteoporose prejudicaram a prática de atividade física. Além disso, a prática da atividade sexual, apareceu como problema em um paciente. Apesar de outros pacientes do estudo não exercerem mais essa atividade, não era colocada como um problema que necessitasse de intervenções.

As metas de saúde para essa variável voltam-se para o início, manutenção ou aumento da atividade física ou retorno da atividade sexual. Foram metas plausíveis, aceitas e/ou propostas pelos pacientes de forma que facilitou sua obtenção.

Para tanto, as intervenções eram individualizadas, em acordo com as condições físicas, psicológicas, e disponíveis para as pessoas. As condições sócio-econômicas não permitiram a utilização de outras possibilidades como a hidroginástica proposta pela paciente, mas que não foi efetivada pois não conseguia inserir no orçamento familiar os custos desta atividade.

As intervenções necessitaram de acompanhamento e recondução durante os quatro meses de acompanhamento. Houve progressões e regressões quanto à atividade física. A época do ano no início da coleta de dados (chuvoso) dificultava a prática regular da caminhada, além de aumentar o risco de quedas para os idosos.

Ainda assim, houve boa adesão às intervenções e, ao final dos quatro meses, somente um hipertenso continuava sedentário, mesmo tendo demonstrado a intenção não concretizada, por motivos financeiros, de fazer a hidroginástica. Esses resultados demonstram que o acompanhamento e incentivo contínuos pelo profissional de saúde promove a tomada de decisão e manutenção de atividades diárias de produção da saúde.

No estudo de Manzini e Simonetti (2009), com clientes hipertensos, utilizando o referencial teórico de Orem, na Teoria do Autocuidado, encontrou-se como problemas de enfermagem: o controle ineficaz do regime terapêutico em relação à alimentação e ao sedentarismo (48,2%); nutrição alterada (ingestão maior

do que as necessidades corporais (67,9%); negação da doença (14,85%); pesar frente ao tratamento (10,7%).

Aborda-se, em seguida, o resultado da variável Autoconceito, no Quadro 5. A variável Sono e Repouso é discutida, a partir dos resultados apresentados no Quadro 6.

Quadro 5. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento referente à Variável Autoconceito. Fortaleza-CE, 2009.

1° mês				Alcance da meta	2° mês	Alcance da meta	3° Mês	Alcance da meta	4° Mês	Avaliação Final
Variável	Problema	Intervenção	Intervenção		Intervenção		Intervenção		Intervenção	
Autoconceito	Distúrbio de autoconceito	Melhorar situação de saúde	Seguir as metas pretendidas	Sim						Sim

Quadro 6. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento referente à Variável Sono e Repouso. Fortaleza-CE, 2009.

1° mês				Alcance da meta	2° mês	Alcance da meta	3° Mês	Alcance da meta	4° Mês	Avaliação Final	
Variável	Problema	Meta	Intervenção		Intervenção		Intervenção		Intervenção		
Sono e Repouso	Padrão de sono perturbado	Melhorar padrão de sono	Ler antes de dormir	Sim	Fazer crochê	Sim				Sim	
			Seguir prescrição médica	Sim	Não dormir de dia	Sim				Sim	
			Ouvir música	Sim	Ver TV	Sim				Sim	
			Aumentar tempo de sono à tarde	Não	Ficar em ambiente tranquilo	Sim				Sim	
			Organizar horário de sono	Sim	Manter conduta	Sim				Sim	
			Descansar à tarde	Não	Dormir à tarde em dias alternados	Sim					
					Parar de assistir a programas policiais						
		-	-	Seguir prescrição médica	Sim	Não dormir à tarde	Sim			Sim	
						Tomar suco de maracujá					
						Tomar chás relaxantes					
		Controlar ansiedade	Pensar em algo relaxante antes de dormir	Sim	Manter conduta	Não	Não dormir de dia	Sim			Sim
	Ler antes de dormir										
	Ouvir música										
Ronco	Melhorar padrão de sono	Reduzir o peso Reduzir 1cm de cintura	Não	Reduzir o peso Mudar de posição durante o sono	Sim					Sim	

Distúrbio de autoconceito apareceu em uma paciente, e estava relacionado a dificuldade de aceitar sua condição de saúde. A meta de melhorar sua situação de saúde por meio do seguimento das metas estabelecidas na primeira interação foi suficiente para controlar este distúrbio do autoconceito, de forma a aderir satisfatoriamente ao acompanhamento proposto nos quatro meses que se seguiram.

O déficit quanto à compreensão do processo saúde-doença foi observado em estudo com hipertensas, no sentido de deficiência de conhecimento, desinteresse e falta de motivação para os aspectos ligados à hipertensão arterial, podendo estar associado aos diferentes significados de ser hipertenso (MANZINI; SIMONETTI, 2009, p. 119).

Portanto, estes aspectos devem ser valorizados pelo profissional enfermeiro, a fim de facilitar a tomada de decisão, no que se refere às mudanças no estilo de vida e no autoconceito de ser hipertenso, no sentido de melhorar o estado de bem-estar da clientela hipertensa. Para Guedes (2005, p.122), “ao saber-se acometida por doença crônica, não surpreende a pessoa ter momentos de total insatisfação com suas condições de vida, por não saber conviver com a situação e não se sentir saudável”.

Um problema diagnosticado nos pacientes deste estudo foi o padrão de sono perturbado, e para atingir a meta de melhorar o padrão de sono, estratégias simples foram acordadas com os hipertensos, que se mostraram eficazes para a melhora do sono e repouso dos mesmos. Vasconcelos et al. (2007) também identificaram o Diagnóstico Padrão de sono perturbado que apresentou associação com o estado civil (solteiro). Guedes (2005) detectou que os pacientes hipertensos apresentaram dificuldade para dormir, não dormem em quantidade e qualidade suficientes.

Para este problema, a principal meta era melhorar a qualidade e quantidade de sono e reduzir a ansiedade. Negociou-se o horário para o sono direcionado a cada paciente em acordo com a sua necessidade e disponibilidade.

Neste aspecto, a família era um componente importante para colaborar com a condução das intervenções, já que um ambiente silencioso, tranquilo, é necessário para a melhoria do sono.

Na sequência, apresentam-se os resultados da variável Estresse, presentes no Quadro 7.

Quadro 7. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento referente à Variável Estresse. Fortaleza-CE, 2009.

1° Mês				Alcance da meta	2° mês		Alcance da meta	3° Mês		Alcance da meta	4° Mês		Avaliação Final					
Variável	Problema	Meta	Intervenção		Intervenção	Intervenção		Intervenção	Intervenção									
Estresse	Ansiedade/ Estresse	Fazer atividades de lazer Aliviar a tensão causada pelos problemas	Fazer crochê ou atividade similar	Não	Fazer crochê	Sim	Manter condutas	Sim				Sim						
			Assistir televisão (programas religiosos)	Sim	Manter conduta	Sim												
			Afastar-se de ambientes estressantes	Sim														Sim
			Passear na casa de filhos	Sim	Manter cuidados com plantas, pássaros	Sim	Sair de casa	Sim									Sim	
			Conversar/brincar com netos	Sim			Assistir TV											Sim
			Ir à praia	Sim	Manter conduta	Sim											Sim	
			Ir à igreja/Ler a Bíblia	Sim	Manter conduta	Sim											Sim	
			Viajar	Não														Não
			Resolver problema com o marido	Sim														Sim
			Sair para pedalar	Sim														Sim
	Estresse relacionado à Tensão Pré-Menstrual (TPM)	Aliviar tensão pré-menstrual	Iniciar/manter atividade física	Sim									Sim					
			Aumentar ingestão hídrica															

O fator de estresse apareceu neste estudo nos pacientes participantes do ensaio clínico, relacionado ao cuidado de parentes (marido, filho), sem se dar o direito a atividades de lazer; e também relacionado Tensão Pré-Menstrual (TPM).

As metas pretendidas visam a redução do estresse, muitas vezes relacionados á responsabilidade pelo cuidado de outros membros da família. Assim, a busca pela solução de problemas familiares, o controle desses problemas ou a convivência estável com eles foram elaboradas. As atividades de lazer estavam suspensas, não havia tempo, disposição para realizá-las.

As intervenções eram práticas simples que promoviam prazer nos pacientes, como cuidar de plantas, caminhar, ler, sair do ambiente estressante, para recuperar a motivação para o cotidiano da vida.

Para os pacientes aderentes ao tratamento, há o reconhecimento do lazer como atividades fora de casa, como a prática de exercício físico e os passeios, enquanto que os não aderentes declararam atividades de lazer, as atividades do dia-a-dia, como ver TV, ficar em casa com a família ou estudar, ou seja, com dificuldades de dissociar as atividades do cotidiano das recreativas, vislumbrando situações de lazer (FAÉ et al., 2006).

Teixeira et al. (2006) relataram que 41% dos hipertensos consideraram-se estáveis, 59% tinham algum tipo de transtorno emocional (25% estressados, 23% ansiosos, 6% deprimidos e 5% outros), tendo a ausência de atividades de lazer que poderiam contribuir para amenizar tal comportamento.

Percebe-se que os aspectos emocionais motivam a mudança, pois envolve o desejo e a satisfação pela vida. Os problemas mentais e a presença de poucas atividades prazerosas indicam um comprometimento com a satisfação do viver, coadjuvante às condições do contexto social, gerador de contradições (TEIXEIRA, et al., 2006, p. 383).

Na sequência, apresentam-se os resultados das variáveis Crenças e Valores e Mudanças no Estilo de Vida, sendo as mesmas discutida após os Quadros 8 e 9.

Quadro 8. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento referente à Variável Crenças e Valores. Fortaleza-CE, 2009.

1° Mês				Alcance da meta	2° mês	Alcance da meta	3° Mês	Alcance da meta	4° Mês	Avaliação Final
Variável	Problema	Meta	Intervenção		Intervenção		Intervenção		Intervenção	
Crenças e valores	Conflito religioso, relacionado a preconceito à sua condição de divorciada e não possibilidade de casar-se novamente	Refletir sobre os dogmas religiosos	Refletir se isso tem prejudicado sua qualidade de vida	Sim						Sim

Quadro 9. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento referente à variável Mudanças no estilo de vida. Fortaleza-CE, 2009.

1° Mês				Alcance da meta	2° mês	Alcance da meta	3° Mês	Alcance da meta	4° Mês	Avaliação Final
Variável	Problema	Meta	Intervenção		Intervenção		Intervenção		Problema	
Mudanças no estilo de vida	Tabagismo	Eliminar/reduzir o hábito	Comer algo ao ter vontade de fumar	Não	Comer algo ao ter vontade de fumar	Sim	Diminuir ingestão de doces	Sim		Sim
			Eliminar o hábito completamente	Não	Reduzir para 2cig/dia	Sim	Reduzir para 1cig/dia	Sim		Sim
			Reduzir o hábito para no máximo 10 cigarros ao dia	Sim	Reduzir o hábito para no máximo 7cig/dia	Sim	Reduzir para no máximo,5cig/dia	Não	Reduzir para no máximo 5cig/dia Fazer outras tarefas	Sim

No estudo sobre diagnósticos de enfermagem em clientes hipertensos, Disposição para bem-estar espiritual aumentado apareceu, mas sem associação com as variáveis sócio-demográficas (VASCONCELOS et al., 2007). Esse diagnóstico traz uma dimensão positiva do paciente, enquanto que no ensaio clínico, o problema esteve numa dimensão negativa, já que a paciente mostrou-se emocionalmente incomodada, pelo preconceito social, por ser divorciada, e não poder se casar novamente na religião em que é praticante assídua. Nessa situação, somente com a opinião bem resolvida para que o aspecto religioso não interfira no estado de bem-estar da cliente, o que foi discutido ao longo dos quatro meses de acompanhamento.

O Tabagismo foi mais um problema de paciente do grupo experimental deste ensaio, em que a interação enfermeiro-hipertenso foi acordada mês a mês, a fim de gradativamente, reduzir o consumo de cigarro em dois participantes do estudo. Um deles conseguiu, nos quatro meses, eliminar o hábito, enquanto que para o outro, esse tempo não foi suficiente. Apesar disso, a hipertensa conseguiu reduzir o consumo de 15 cig/dia para 4 cig/dia. Ao final do processo, ficou acordada ainda a redução gradativa até a eliminação do hábito, mesmo com o fim do acompanhamento.

Quadro 10. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento referente à Variável Exame Físico. Fortaleza-CE, 2009.

1° Mês				Alcance da meta	2° mês	Alcance da meta	3° Mês	Alcance da meta	4° Mês	Avaliação Final	
Variável	Problema	Meta	Intervenção		Intervenção		Intervenção		Problema		
Exame Físico	IMC acima do normal	Normalizar IMC Reduzir 1 k Reduzir 2 k Reduzir 0,5 k	Fazer caminhada 20 min	Sim	Reduzir ingestão de massas	Sim	Manter caminhada (40min)	Sim	Manter caminhada 3x semana	Sim	
					Manter a caminhada (30min)						
			Realizar caminhada de 1 hora	Sim	Manter atividade	Sim					Sim
			Correr diariamente	Sim							Sim
			Diversificar dieta	Não	Controlar a alimentação	Não	Tomar leite desnatado	Não	Reduzir massas	Não	
			Inserir frutas na dieta	Sim	Diversificar a dieta	Sim	Reduzir porções	Sim			Sim
			Participar das atividades do corpo de bombeiros	Sim	Manter exercícios com bombeiros	Sim	Manter exercícios com bombeiros	Não	Voltar a fazer exercícios		Sim
			Pedalar diariamente	Sim							Sim
			Aumentar tempo de caminhada, frequência e apressar o passo	Sim							Sim
	Pressão arterial alterada	Controlar a PA	Seguir corretamente os horários das medicações	Não	Seguir prescrição medicamentosa	Sim			Rever medicação	Sim	
			Controlar a ansiedade	Não	Afastar-se de ambientes estressantes	Sim	Voltar a correr	Sim		Sim	
							Reduzir ingestão de bebidas alcoólicas				
			Iniciar/manter atividade física	Sim	Manter atividade física	Sim	Perder peso	Sim	Voltar às atividades de bombeiros	Sim	
			Reduzir ingestão de sal	Não	Controlar dieta	Sim	Controlar alimentação	Sim	Reduzir ingestão de sal	Sim	
	Cintura acima do normal para o sexo	Reduzir medida da cintura	Correr diariamente	Sim	Manter corrida diária	Não	Manter condutas	Sim	Fazer esteira, caminhada	Sim	
			Fazer caminhada								
			Participar das atividades do corpo de bombeiros								
			Fazer dieta equilibrada								Sim
	Pele ressecada	Hidratar pele	Usar hidratantes na pele	Parcial	Beber mais líquido	Sim	Beber mais líquido	Não	Beber mais líquido (1,5l)	Sim	
	Edema de MMII	Reduzir edema	Repousar com MMII elevados Fazer massagens	Sim	Manter conduta	Sim				Sim	
Dentição prejudicada	Iniciar tratamento	Marcar consulta com dentista	Não	Marcar consulta com dentista	Não	Marcar consulta com dentista	Não		Não		

No exame físico, os problemas identificados estão presentes em outros estudos sobre a Hipertensão Arterial, relacionados ao peso, cintura e que estão associados ao estilo de vida das pessoas, principalmente à alimentação e ao sedentarismo. Portanto, o IMC acima das referências normais foi confirmado em ASSIS et al. (2009); BARROSO et al. (2008); ARAÚJO; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ (2007); VASCONCELOS et al. (2007).

Sobre o IMC, as metas de redução de peso eram acordadas. Os pacientes entendiam e sentiam a necessidade de tal resultado. Apesar disso, houve dificuldade nesta meta, mesmo com a prática de atividade física e com as melhorias na alimentação apresentadas anteriormente. A redução do peso foi conseguida nos primeiros dois meses, mas depois recuperado, havendo uma diferença mínima para este aspecto nos quatro meses, mesmo com adesão às intervenções propostas.

A medida da cintura de acordo com o sexo do participante também foi avaliada ao longo dos quatro meses de acompanhamento, e as metas de redução gradativa dessas medidas eram avaliadas. Os meios para alcançá-las negociados no processo interativo eram colocados principalmente pelo cliente, que já apontava a medida pretendida no próximo encontro. Ainda assim, os resultados de redução dessa medida foram pequenos, quando se pensa nos resultados ideais das pessoas.

Quadro 11. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento referente à Variável Dados referentes à família. Fortaleza-CE, 2009.

1° Encontro				Alcance da meta	1° mês	Alcance da meta	2° Mês	Alcance da meta	3° Mês	Avaliação Final
Variável	Problema	Meta	Intervenção		Intervenção		Intervenção		Intervenção	
Dados referentes à família	Estresse Filha com depressão Neto adolescente "trabalhoso" Ansiedade com o horário de trabalho da filha Filho "trabalhoso" Irmão drogado Marido dependente de cuidados constantes Irmão alcoolista Filho alcoolista	Controlar ansiedade Conciliar cuidado do marido e de si Ajudar no cuidado do irmão Ajudar no cuidado do filho	Fazer atividades de lazer	Sim	Manter	Sim				Sim
			Aconselhar mas não se preocupar	Sim	Incentivar reconciliação da filha com esposo	Sim				Sim
			Ler	Sim						Sim
			Assistir TV (programas religiosos)	Sim						Sim
			Ouvir música	Sim						Sim
			Cuidar da filha e de si	Sim	Ir com a filha ao CAPS	Sim				Sim
			Pedir ajuda ao ACS para ter visita da equipe	Não	Falar com ACS para cadastro no CAPS AD	Não	Procurar assistente social da unidade	Não		Não
			Resolver problema da filha	Não	Resolver problema da filha	Sim				Sim
			Tentar não se estressar com o neto/	Sim						Sim
			Fazer atividades relaxantes à noite	Sim						Sim
			Tentar tranquilizar-se enquanto a filha não chega	Sim						Sim
			Pedir ajuda ao ACS para marcar visita da equipe	Sim						Sim
			Ir à missa, estabelecer horários para repouso, atividade física e lazer	Sim	Acompanhar filha com problema de saúde	Sim	Ir à missa	Sim	Fazer caminhada	Sim
Conversar com o filho para procurar CAPS AD	Sim			Auxiliar e incentivar o filho no tratamento	Sim		Sim			

No que se refere ao sistema sóciofamiliar, vários problemas foram relatados pelos pacientes, principalmente quando um membro da família tinha um problema a ser discutido e resolvido pelo grupo familiar. Neste aspecto, vêem-se claramente os sistemas pessoais de cada membro familiar interagindo.

Nesses momentos, o estresse é um componente presente, muitas vezes chegando a ser negativo, mas por meio da interação enfermeiro-paciente, algumas metas foram acordadas e os meios foram discutidos a fim de melhorar o estado de bem-estar do cliente, e conseqüentemente, isso se abre para o ambiente da família.

Portanto, o profissional de enfermagem pode se tornar um componente de agregação para a família, promovendo oportunidades de discussão e produção do bem-estar familiar.

Para finalizar a apresentação dos resultados da interação com o grupo experimental, aborda-se a variável Uso da medicação, no Quadro 12 e a seguir.

Quadro 12. Lista de Problemas, Metas e Intervenções do Grupo Experimental do ensaio clínico nos quatro meses de acompanhamento referente à Variável Uso da Medicação. Fortaleza-CE, 2009.

1° Encontro				Alcance da meta	1° mês	Alcance da meta	2° Mês	Alcance da meta	3° Mês	Avaliação Final
Variável	Problema	Meta	Intervenção		Intervenção		Intervenção		Intervenção	
Uso da medicação	Uso incorreto da prescrição Mudança da dosagem da medicação por conta própria	Seguir prescrição medicamentosa	Levar remédios para o trabalho	Sim						Sim
			Antecipar consulta médica	Sim	Rever medicação	Sim				Sim
					Mostrar curva pressórica ao médico					
			Seguir calendário das medicações	Não	Seguir horários acordados	Sim	Controlar dose e horário das medicações	Sim	Passar por consulta médica	Sim
	Pedir ajuda à filha para lembrar	Sim						Sim		
	Tosse relacionada à medicação	Controlar a tosse	Procurar consulta médica	Não	Procurar consulta médica	Sim				Sim
			Observar o que sente quando tosse	Sim						Sim
	Risco para Gripe	Prevenir Gripe	Tomar vacina da gripe	Sim						Sim

O uso do tratamento medicamentoso também foi averiguado em cada paciente e identificou-se o uso incorreto da prescrição em alguns pacientes, associados ao esquecimento, a não estar com a medicação presente nos horários estabelecidos, a não utilização da medicação por estar com a PA nos parâmetros normais.

As metas relacionaram-se à adesão e à prescrição medicamentosa. Para esse acordo, mais uma vez, a educação em saúde foi ferramenta de cuidado clínico. Foi necessário discutir a importância do remédio para o controle da pressão arterial e a meia-vida do medicamento para perceber a importância de tomar conforme a prescrição, utilizando linguagem coloquial para a compreensão do paciente.

As intervenções para o alcance dessas metas procuraram auxiliar o hipertenso a não esquecer a medicação ao sair de casa, levar o medicamento para o trabalho. Além disso, com um paciente, foi elaborado um calendário das medicações, como os horários dos medicamentos, que seriam lembrados durante o dia.

A adesão ao tratamento farmacológico aumentou de cinco para dez pacientes no estudo de Moreira (2003), após intervenção fundamentada em King. Os problemas então encontrados estavam associados ao esquecimento, e a resistência em tomar a medicação por não ver importância na mesma.

A baixa adesão ao regime antihipertensivo, é citado como a principal razão para o controle inadequado da pressão arterial e tem sido associado com os eventos adversos das drogas e hospitalizações (NEAFSEY et al., 2009).

Em estudo sobre adesão ao tratamento antihipertensivo, os sujeitos classificados como aderentes referiram bom relacionamento com a família, colegas de trabalho e vizinhos, enquanto que os não aderentes demonstraram dificuldades nessa convivência, concluindo que “os não aderentes, quanto à interação humana, estão inseridos em ambiente mais conflitante e tenso, e esse, por sua vez, pode dificultar a adesão ao tratamento, à medida que desvia a atenção do indivíduo das práticas necessárias à sua condição clínica” (FAÉ et al., 2006, p. 34).

Na presente investigação, porém, estratégias negociadas foram eficazes no contorno desse problema, fazendo com que os pacientes seguissem a prescrição médica, mesmo com a PA normal. Usava-se a justificativa de que só tomando a

medicação, poder-se-ia avaliar o tratamento farmacológico, com a possibilidade de redução de doses das drogas.

Em estudo sobre a assiduidade à consulta médica, encontrou-se que dos 220 pacientes hipertensos considerados assíduos, 200 (90,0%), referiam o uso adequado da prescrição medicamentosa, mas apenas 33% dos pacientes apresentavam a pressão arterial controlada (COELHO et al., 2005). Isso demonstra que a ênfase no tratamento medicamentoso não se mostra suficiente para o controle da Hipertensão Arterial, necessitando de abordagens multidisciplinares, valorizando os vários aspectos do ser hipertenso para uma melhora da doença.

6.4 Comparação dos grupos controle e experimental após os quatro meses de acompanhamento

Após os quatro meses de acompanhamento, os grupos foram avaliados segundo as variáveis apresentadas, considerando como estatisticamente significante as diferenças das variáveis quando o $p < 0,05$, o que pode ser visualizado na Tabela 4.

Tabela 4. Comparação das médias das variáveis clínicas dos grupos controle e experimental ao final da intervenção. Fortaleza-CE, 2009.

VARIÁVEL	INÍCIO		FINAL		Diferença de Médias	P
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio padrão		
PAS						
Grupo Controle	149,9	20,46	140,47	19,55	9,47	0,026
Grupo Experimental	137,3	18,05	126,15	13,44	11,20	0,006
PAD						
Grupo Controle	91,32	12,02	86,95	10,75	4,37	0,024
Grupo Experimental	88,85	13,44	83,00	9,93	5,85	0,103
FC						
Grupo Controle	72,53	10,58	73,95	10,716	-1,42	0,499
Grupo Experimental	73,95	13,65	76,25	11,22	-2,30	0,286
Pulso						
Grupo Controle	72,95	11,69	74,58	9,50	-1,63	0,424
Grupo Experimental	73,90	13,68	77,55	11,69	-3,65	0,100
IMC						
Grupo Controle	29,45	4,17	29,39	4,24	0,707	0,06
Grupo Experimental	28,95	3,31	28,37	3,35	0,358	0,58
Cintura/Quadril						
Grupo Controle	0,98	0,49	0,98	0,52	0,001	0,333
Grupo Experimental	0,96	0,44	0,95	0,41	0,006	0,152

No presente estudo, houve diferença estatisticamente significante para a PAS os dois grupos, porém, como se pode observar na Tabela 4, houve maior redução deste parâmetro no grupo experimental, com maior diferença de médias. Isto indica que, o acompanhamento fundamentado na Teoria do alcance de metas trouxe resultados mais positivos no que se refere à PAS.

Resultado interessante houve com a PAD, para a qual o p foi estatisticamente significante para o grupo controle, mas não para o grupo experimental. Apesar disso, pode-se perceber redução nos níveis da PAD, em

ambos os grupos, com uma diferença de médias também maior no grupo experimental. Para ambas as pressões, os resultados após os quatro meses de acompanhamento foram melhores no grupo experimental.

Araújo e Guimarães (2007, p.372) encontraram em pesquisa com pacientes hipertensos, após um ano de acompanhamento em programa de controle da doença em uma unidade básica de saúde que “30 (28,9%) pacientes apresentavam PA>140/90mmHg, contrastando com 77 (57,0%) (p<0,01) no final do estudo, significando aumento de 97,2% no percentual de normalização da PA”. Os autores afirmam que, para tanto, faz-se necessário a reorganização do cuidado desenvolvido pela equipe, buscando maior integração e valorização de cada saber centrado no binômio médico-enfermeiro, no caso do PSF (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

Em estudo realizado por Barroso et al. (2008), sobre a prática de atividade física programada com idosos hipertensos, observou-se que para o grupo orientado, a medida casual da PA apresentou discreta redução dos valores, tanto da PAS quanto da PAD, principalmente ao final dos seis meses de acompanhamento, sem entretanto, atingir significância estatística. Na visão dos autores, “esses números demonstram que a atividade física supervisionada foi capaz de manter os níveis pressóricos semelhantes aos valores basais após seis meses sem o uso de medicamentos hipotensores” (BARROSO et al., 2008, p.331).

Os autores concluíram que

programas de atividade física supervisionada podem ser úteis na implementação do tratamento não-farmacológico de HA e que, nesta amostra, a associação dos exercícios aeróbicos com os resistidos e de flexibilidade se mostrou segura, apontando para uma opção na prescrição do exercício nos indivíduos com este perfil (BARROSO et al., 2008, 332).

No estudo de Moreira (2003), os participantes da intervenção de enfermagem fundamentada na Teoria do Alcance de Metas reduziram seus níveis pressóricos, tanto sistólicos quanto diastólicos. Segundo a autora isso significou “um ganho incalculável para esses pacientes e comprova a validade da implementação da tecnologia de cuidado pautada no cunho interacionista” (MOREIRA, 2003, p. 206). Corrobora com o presente estudo, que produziu melhoras nos níveis pressóricos quando comparados com o início do processo interativo, como também quando comparado com um grupo que não sofreu tal intervenção.

Como referido, alguns pacientes apresentaram bradicardia e também taquisfigmia, mas a média da FC e pulso foram aproximadas para os dois grupos e mantiveram-se relativamente estáveis após os quatro meses de acompanhamento. Dessa forma, as diferenças não são estatisticamente significantes para os dois grupos.

Quanto ao IMC, verificou-se que os pacientes estavam, em média, com sobrepeso, próximos à obesidade, e que a redução do peso, mesmo incentivada, e conquistada por alguns pacientes do grupo experimental, nos primeiros meses de acompanhamento, não mantiveram essa diminuição. Consequentemente, em ambos os grupos, o IMC não teve diferença estatisticamente significativa nos quatro meses de acompanhamento, porém apresentaram discreta redução das médias, com melhor desempenho no grupo experimental, em que a diferença de média foi de 0,58. “No entanto, é necessário entender que não se trata de um processo fácil e linear, pois requer desejo e motivação para mudança” (TEIXEIRA et al., 2006, p. 381).

Moreira (2003), por meio de intervenção de enfermagem, chegou ao seguinte resultado: onze pessoas reduziram seu IMC, seis permaneceram com o mesmo IMC quatro aumentaram o peso. No estudo de Barroso et al. (2008), o IMC também não apresentou redução de suas medidas durante o acompanhamento, o que não mostrou surpresa aos pesquisadores, “com base em experiência prévia com os pacientes da Liga da Hipertensão onde temos observado grandes dificuldades em atingir e manter as metas de redução do peso em pacientes hipertensos, mesmo naqueles que aderem às orientações para a prática de atividade física” (BARROSO et al., 2008, p. 331).

No que se refere à relação cintura/quadril, conforme apresenta a Tabela 4, não houve redução estatisticamente significativa das medidas, tanto para o grupo controle como para o grupo experimental. Porém, houve redução maior no grupo experimental, com maior diferença de médias e ficando mais próximo da significância estatística. Mais uma vez, configura-se a dificuldade de que, as mudanças no estilo de vida (alimentação mais saudável, prática de atividade física) tragam resultados rápidos nas medidas de cintura, quadril e IMC.

Para essas variáveis, também comparou-se se as mudanças no grupo experimental tiveram significância estatística em relação ao grupo controle como se pode verificar na Tabela 5.

Tabela 5. Comparação das médias das diferenças entre o grupo controle e o grupo experimental, ao final do acompanhamento. Fortaleza-CE, 2009.

Variável	Diferença de Médias	Desvio Padrão	p	Test t
PAS				
Grupo Controle	9,47	17		
Grupo Experimental	11,2	16	0,746	-1,72
PAD				
Grupo Controle	4,37	7,7		
Grupo Experimental	5,85	15,3	0,707	-1,48
Frequência Cardíaca				
Grupo Controle	-1,42	8,97		
Grupo Experimental	-2,30	9,37	0,767	0,87
Pulso				
Grupo Controle	-1,63	8,69		
Grupo Experimental	-3,65	9,45	0,493	2,01
IMC				
Grupo Controle	0,61	0,69		
Grupo Experimental	0,11	0,55	0,787	-0,05
Cintura/Quadril				
Grupo Controle	-0,006	0,27		
Grupo Experimental	0,006	0,19	0,1	-0,01

Como se pode observar na Tabela 5, para as variáveis estudadas, não houve diferença estatisticamente significativa para as mudanças fisiológicas, conseguidas pelos participantes do grupo experimental, comparando-se com as mudanças das mesmas no grupo controle, o que permite inferir que, apesar das mudanças positivas ocorridas nos dois grupos não se pode afirmar que o acompanhamento fundamentado na Teoria de Alcance de Metas é mais eficaz para o controle da Hipertensão Arterial, mas apenas que pode ser utilizado como ferramenta de cuidado.

Também comparou-se os hábitos de vida dos participantes do estudo no que se refere ao consumo de sal, carboidratos, prática de atividade física e atividade sexual, como se pode observar na Tabela 6.

Tabela 6. Comparação das proporções das variáveis clínicas dos grupos controle e experimental ao final da intervenção. Fortaleza-CE, 2009.

Variável	Antes	Depois	Diferença de Proporções	p	p intergrupos	Diferença de Proporções
	Proporção	Proporção				
Controle do sal						
Grupo Controle	0,7	0,65	0,05	0,5		
Grupo Experimental	0,9	1,0	-0,1	0,436	0,004	-0,32
Controle de Açúcar						
Grupo Controle	0,6	0,65	-0,05	0,5		
Grupo Experimental	0,6	1,0	-0,4	0,108	0,004	-0,32
Atividade física						
Grupo Controle	0,3	0,4	-0,1	0,395		
Grupo Experimental	0,55	0,95	-0,4	0,1	<0,001	-0,53
Atividade sexual						
Grupo Controle	0,55	0,55	0	1,0		
Grupo Experimental	0,65	0,55	0,1	0,419	>0,999	0,03

Ao final dos quatro meses de acompanhamento, o controle da ingestão de sal foi confirmado por 100% dos participantes do grupo experimental, enquanto que somente por 65% dos hipertensos do grupo controle. Essa diferença foi estatisticamente significativa, já que o $p < 0,05$, tanto quando se compara o grupo experimental com ele mesmo $p = 0,436$, como quando se compara com o grupo controle $p = 0,004$. O mesmo foi encontrado em estudo anterior com pacientes pós-revascularizados, em que todos os pacientes, após intervenção de enfermagem, também fundamentada na Teoria do Alcance de Metas, controlaram a ingestão de sal na dieta (BEZERRA, 2006).

Moreira (2003), em sua intervenção com hipertensos, também utilizando a Teoria do Alcance de Metas, afirma que a maioria dos participantes já tem preocupação com a quantidade de sal ingerida na dieta, porém, configura-se como insuficiente para manter o controle dos níveis pressóricos. No presente estudo, os

pacientes melhoraram significativamente os níveis pressóricos permanecendo controlados.

Também para a ingestão de carboidratos, que inclui algumas frutas, doces, massas, tem-se que os hipertensos do grupo experimental desenvolveram controle na ingestão desses alimentos, enquanto que 34% dos participantes do grupo controle não obtiveram este resultado, tendo diferença estatisticamente significante $p=0,004$. No estudo com pacientes submetidos à Revascularização do Miocárdio, obteve-se resultado semelhante, com 100% dos pacientes do grupo experimental desenvolvendo o controle da ingestão de carboidratos.

Esses resultados denotam que a educação em saúde, referente à dieta, com estimulação contínua de metas a serem atingidas, traz benefícios quanto ao equilíbrio na alimentação de pacientes hipertensos, mesmo que isso não resulte em perda de peso, como já discutido anteriormente. Acredita-se que, ainda assim, a regulação da alimentação colabora para o controle da pressão arterial.

Quanto à atividade física, apenas um paciente do grupo experimental terminou o estudo sem a prática de exercícios físicos regulares, enquanto que no grupo controle, nove pessoas não tinham essa prática. Houve diferença estatisticamente significante para o grupo experimental, quando comparada com o grupo controle, com um $p<0,001$.

Mais uma vez, defende-se que o estímulo, a educação em saúde, promovem subsídios para a tomada de decisão para mudanças nas atividades de vida diária que promovam a saúde. O paciente do grupo experimental que não praticava atividade física, não o fazia, por ter Osteoporose. Além disso, pretendia realizar hidroginástica, porém, as condições sócioeconômicas não permitiam, impedindo-o de seguir as recomendações, mesmo sabendo de sua importância.

Moreira (2003), conseguiu em seu estudo, reduzir a não adesão de quatorze para um paciente para os intervalos de médio, limítrofe e extremo de adesão para a atividade física, o que confirma que a interação entre enfermeiro e paciente, fundamentada na Teoria do Alcance de Metas contribui para a adesão do tratamento da Hipertensão Arterial.

A prática da atividade sexual foi um dado interessante. Por apresentar uma grande parte de pessoas na faixa etária de idosos, a prática sexual não era uma atividade da vida diária regular. Além disso, alguns pacientes eram viúvos(as) e referiram não se preocupar com este aspecto da vida. Apenas uma pessoa do grupo experimental, passava por problemas quanto à atividade sexual, por causa da esposa que estava na menopausa e se recusava a tal prática. Foi estimulado o diálogo e depois de um mês a prática sexual do casal se regularizou.

Na pesquisa de Voils et al. (2008), 5 pacientes referiram espontaneamente o problema com atividade sexual. Os homens relataram que a atividade sexual reduz o estresse causado pela pressão arterial alta. Além disso, os pacientes afirmam que as medicações antihpertensivas interferem no desejo e habilidade para a atividade sexual. Independente de ser casado ou não, o paciente hipertenso busca estratégias de manutenção da potência sexual, por meio de suspensão do medicamento por conta própria até a próxima consulta, ou tomar somente um tipo de medicação em lugar de associação medicamentosa. As mulheres não referem desconforto neste aspecto, não sendo uma prioridade na sua vida.

Neafsey et al. (2009), utilizaram um programa de worksite para desenvolver educação em saúde com clientes hipertensos, com vistas à adesão ao tratamento farmacológico, cujos resultados mostraram satisfação dos participantes na faixa etária de 45 a 60 anos. O Programa de Educação ajudou adultos trabalhadores com hipertensão e identificaram comportamentos que podem ajudá-los na adesão ao regime terapêutico e reduzir os comportamentos adversos da auto-medicação.

A partir dos resultados apresentados, percebem-se mudanças sutis nas atividades de vida diária dos pacientes hipertensos, mudanças otimistas de promoção da saúde com conseqüente prevenção das complicações provocadas pela Hipertensão Arterial.

O acompanhamento contínuo associado às metas de saúde estabelecidas conjuntamente pelo profissional enfermeiro e paciente permite

avaliação do processo saúde-doença, possibilitando o ajuste do planejamento de intervenções de enfermagem e melhorando o padrão de saúde do indivíduo.

Assim, o comportamento de busca da saúde adotado pelas pessoas depende do modo como elas entendem o seu processo saúde-doença, e como percebem o risco que a sua doença traz, permitindo a adesão ao tratamento. “Inegavelmente, o comportamento preventivo é um desafio para o ser humano em geral, diante das possibilidades e da liberdade do indivíduo para agir de diferentes modos” (GUEDES, 2005, p.33).

Os parâmetros de saúde acompanhados e avaliados durante a pesquisa permitem afirmar a validade da Teoria do Alcance de Metas como meio que fundamenta o cuidado de enfermagem a pacientes hipertensos no contexto da saúde coletiva. Portanto, o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família pode utilizá-la como ferramenta de cuidado, além dos instrumentos apresentados neste estudo, a fim de munir o profissional de meios eficazes para a assistência ao paciente hipertenso.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo tinha como objetivo, realizar um conjunto de ações com base na Teoria do Alcance de Metas, a partir da interação enfermeiro-paciente com a clientela hipertensa da uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Ao final do processo, pode-se afirmar que este objetivo foi alcançado, pois se utilizou toda a proposta da Teoria, por meio do Processo de Enfermagem, na Consulta de Enfermagem da clientela pretendida.

A Teoria do Alcance de Metas de Imogene King é viável ao atendimento de Enfermagem ao paciente hipertenso, por valorizar o cliente e por torná-lo participante ativo do processo interativo, decisivo e transacional de toda a interação para mudanças no estado de bem-estar do mesmo.

O outro objetivo do estudo era comparar os resultados da interação fundamentada da Teoria de King, com o atendimento de enfermagem realizado na equipe da Estratégia Saúde da Família selecionada. Neste aspecto, também consideramos o objetivo plenamente atingido, já que os mesmos parâmetros foram gradativamente comparados entre os dois grupos (controle e experimental), chegando-se à conclusão de que a fundamentação teórica trouxe mais resultados positivos na adesão do cliente hipertenso ao seu tratamento, tanto o medicamentoso quanto o não medicamentoso, principalmente com o controle da PAS com $p=0,006$ no grupo experimental, no controle do consumo de sal ($p=0,004$) e prática da atividade física ($p<0,001$) quando comparado com o grupo controle.

As limitações ocorridas no estudo configuram-se no pouco tempo de acompanhamento dos grupos, impedindo uma avaliação das intervenções em longo prazo. Além disso, admite-se como limitação a avaliação dos dois grupos realizada pela própria pesquisadora. Assim, assume-se o viés de possíveis parciaisidades nessa avaliação.

Os resultados do estudo implicam que o acompanhamento mais freqüente e mais próximo do enfermeiro com a clientela hipertensa, promove uma vigilância positiva, já que ambos interagem com vistas a um resultado sempre positivo e

progressivo, buscando-se uma maior adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial e conseqüente promoção do bem-estar dos mesmos.

Finaliza-se este estudo com a confiança de que o cuidado clínico de enfermagem contribui sobremaneira para a clientela hipertensa, e com humildade de apresentar uma proposta de cuidado a ser avaliada, discutida e aprimorada pelos pares, a fim de melhorar a assistência de enfermagem a esta clientela.

8 REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo; trad.: Regina Garcez. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ARAÚJO, C. M.; VELÁSQUES-MELÉNDEZ, J. G. Fatores associados à combinação do índice de massa corporal e circunferência da cintura em mulheres. **Rev. Min. Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 242-247, jul/set, 2007.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 259-272, 2006.

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 368-374, 2007.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ASSIS, L. S.; et al. A atenção da enfermeira à saúde cardiovascular de mulheres hipertensas. **Esc. Anna Neri Rev. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 256-270, abr/jun, 2009.

BARBOSA, M. A.; et al. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v 06, n 01, p. 09-15. 2004. Disponível em: <http://fen.ufg.br>. Acesso em 10/11/2007.

BARROSO, W. K. S. et al. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 54, n. 4, p. 328-333, 2008.

BEZERRA, S. T. F. **Pacientes submetidos à Revascularização Miocárdica**: proposta de cuidar fundamentada em King. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE, 2006.

BEZERRA, S. T. F.; GUEDES, M. V. C. Ações de Enfermagem identificadas no projeto CIPESC e encontradas na prática educativa de clientes hipertensos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n.2, 2006.

BEZERRA, S. T. F.; GUEDES, M. V. C. **Fenômenos de Enfermagem identificados no projeto CIPESC e encontrados na prática educativa de clientes hipertensos**. Universidade Estadual do Ceará. Relatório de Iniciação Científica. Fortaleza-CE, 2004.

BEZERRA, S. T. F.; SILVA, L. F. de. **Cuidados de enfermagem à pessoa hipertensa: fundamentação na consecução de metas**. Universidade Estadual do Ceará. Relatório de Iniciação Científica. Fortaleza-CE, 2005.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Rio de Janeiro: FAE, 1989. 176p.

BRASIL. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080**. Ministério da Saúde. Brasília, set. 1990.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria 648/GM de 28 de março de 2006. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Série E. Legislação de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4, Brasília, 4 ed, 2007.

BRASIL. **Resolução 196/96**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996. (mimeo.).

BRESCIANI, C. Saúde: abordagem histórico-cultural. In: **__O mundo da Saúde**. São Paulo, ano 24, v.24, n. 6, Nov-dez, 2000.

CADE, N. V. O trabalho desenvolvido pelo enfermeiro: expectativa e percepção de hipertensos em tratamento ambulatorial. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 7, n. 2, jul-dez, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. 3 ed. Hucitec, São Paulo, 2006.

CAMPOS, G. W. S. A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In **_ Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CARVALHO, M. D. B.; BALDISSERA, V. D. A. Queixas mais comuns no ambulatório de controle da hipertensão arterial. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar.**, Umuarama, v. 8, n. 2, p. 101-106, mai/ago, 2004.

CEARÁ. Secretaria de Saúde; Coordenadoria de Políticas em saúde, Núcleo de Epidemiologia/Análise de Saúde. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB Ceará**, v. 4, 2005.

CHAVES, D. B. R. Fatores de risco para Hipertensão Arterial: investigação em motoristas e cobradores de ônibus. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 3, p. 370-376, jul/set, 2008.

COBERLLINI, V. L. Fragmentos da história de enfermagem: um saber que se cria na teia do processo de submissão teórica. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 60, n. 2, mar./ apr., 2007.

COELHO, E. B. et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. 3, p. 157-1161, set., 2005.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Análise do conceito de saúde a partir da Epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G; GOMES, M. H. A. **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 101-113.

COSTA, F. B. C.; OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L. Intervenções de enfermagem em portadores de hipertensão arterial: análise documental. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 4, p. 482-488, out/dez, 2008.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução ROCHA, L. O. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248p.

DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL V. Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). São Paulo, 2006.

ERDMANN, A. L. et al. Construindo um modelo de sistema de cuidado. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 180-185, 2007.

FAÉ, A. B. et al. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 32-36, jan./mar., 2006.

FALCÃO, L. M.; GUEDES, M. V. C; SILVA, L. F. Portador de Hipertensão Arterial: Compreensão Fundamentada no Sistema Pessoal de Imogene King. **Rev. Paul. Enf.**, v. 25, n. 1, p. 46-51, 2006.

FANG, R. et al. Disparities e chronic disease amog Canada's Low-Income populations. **Preventing chronic disease –public health research, practice, and policy**, v. 6, n. 4, october 2009.

FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006.

FELIPE, G. F.; ABREU, R. N. D. C.; MOREIRA, T. M. M. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial atendido no Programa Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 4, p. 620-627, 2008.

FIGUEREDO, N. M. A. et al, **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005.

FORTALEZA. Secretaria Executiva Regional IV, 2008, Disponível em: http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=53 acesso em 05/12/2008

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1993.

GEORGE, J. B. e colaboradores. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GUEDES, M. V. C. **Comportamentos de pessoas com hipertensão arterial: estudo fundamentado no modelo de crenças em saúde**. Tese. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. 2005. 168p.

GUEDES, M. V. C.; ARAÚJO, T. L. Crise hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no Modelo Teórico de Roy. **Acta Paul. Enf.**, v. 18, n. 3, p. 241-246, 2005.

GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C. Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 6, p. 662-665, Nov./dez., 2004.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. Tradução DUNCAN, M. S. Porto Alegre: Artmed, 3 ed., 2008, 384p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008, <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> acesso em: 05/12/2008

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Trad. GARCEZ. R. M. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

KING, J. M. **A theory for nursing: systems, concepts, process**. Tampa, Florida, Delmar Publishers, 1981, 181p.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006. 396p.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999, 228p.

LYRA JÚNIOR, D. P. et al. A Farmacoterapia do idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 3, p.435-441, mai-jun, 2006.

MACHADO, M. F. A. S.; LOPES, M. V. O.; VIEIRA, N. F. C. Estrutura de sistemas abertos de Imogene King: consistência semântica do conceito percepção em estudos empíricos. **OBJN**, v.4, n.3, 2005.

MACHADO, S. C.; STIPP, M. A. C.; LEITE, J. L. Clientes com hipertensão arterial: perspectiva da gerência do cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 9, n.1, p. 64-71, abr., 2005.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.11, n.2, p. 207-214, mar-abr, 2003.

MANTOVANI, M. F.; MOTTIN, J. V.; RODRIGUES, J. Visita domiciliar de enfermagem com atividades educativas no tratamento da pressão arterial. **Online Braz. J. nurs. (Online)**,_V. 6, n.1, abr., 2007.

MANZINI, F. C.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da Teoria do Autocuidado de Orem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 114-120, jan-fev, 2009.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 233-241, jan.-fev. 2001.

MESSMER P.; PALMER J. In honor of Imogene M. King. Reflections on Nursing Leadership Honor Society of Nursing, **Sigma Theta Tau International**. Primeiro trimestre de 2008.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e saúde coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

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

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L.; PAGLIUCA, L. M. F. Alcance da Teoria de King junto a famílias de pessoas portadores de hipertensão arterial sistêmica. **R. gaúcha Enferm.** V.22, n.1, 2001.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. de. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. **Rev. Latino-am. Enfermagem.** , jan-fev, 10(1):97-103, 2002.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. Verificação da eficácia de uma proposta de cuidado para aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Acta Paul. Enferm.**, v. 17, n.3, p. 268-277, jul-set, 2004.

MOURA, M. A. V.; BRAGA, M. F. C. Cuidado de enfermagem: ao cliente supostamente sadio: descobrindo a hipertensão arterial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.7, n. 2, p.231-238, agosto, 2003.

MOURA, E. R. F.; PAGLIUCA, L. M. F. A Teoria de King e sua interface com o programa “Saúde da Família”. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.38, n. 3, p. 270-279, 2004.

NEAFSEY, P. J. et al. A pilot program at the worksite to reduce adverse self-medication behaviors. **Patient Preference and Adherence**, v.3, p. 277-286, 2009.

OLIVEIRA, D.L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p.423-431, maio-junho, 2005.

OLIVEIRA, C. J. de; et al. Avaliação do risco coronariano em idosos portadores de hipertensão arterial em tratamento. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2008.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 10, n. 4, out-dez, 2005.

ROLIM, M. O.; CASTRO, M. E. Adesão às orientações fornecidas no Programa de Controle da Hipertensão: uma aproximação aos Resultados Padronizados de Enfermagem. **Online Braz. J. nurs. (Online)**. v.6, n.1, abr, 2007.

SANTOS, Z. M. S. A., et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto & contexto enferm.** V 14, n. 3, jun-set, 2005.

SILQUEIRA, S. M. F. et al. A consulta de enfermagem como estratégia para a mudança no estilo de vida de pacientes hipertensos. **Rev. Min. Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 331-337, jul/set, 2007.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2006, 143p.

SIMONETI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. de. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n.3, Ribeirão Preto, mai-jun, 2002.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K.T.; SCOCHI, M.J. Hipertensão arterial e Saúde da Família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, p. 496-503, 2006.

TAMBELLINI, A. T. Questões Introdutórias: razões, significados e afetos – expressões do “Dilema Preventivista”, então e agora? In: AROUCA, S. **O Dilema Preventivista**: contribuições para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP-Fiocruz, 2003. p. 48-58.

TEIXEIRA, E. R. et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 378-384, dez, 2006.

TOLEDO, M. M., RODRIGUES, S. C., CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto enferm.** , Florianópolis, v. 16, n. 2. P. 233-8, abr./jun, 2007.

VASCONCELOS, F. F. et al. Associação entre diagnósticos de enfermagem e variáveis sociais/clínicas em pacientes hipertensos. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 326-332, 2007.

VOILS, C. I. et al. Selective adherence to antihypertensive medications as a patiente-driven to preserving sexual potency. **Patient preference and Adherence.** v. 2, p. 201-206, 2008.

9 APÊNDICES

APÊNDICE 1

Roteiro de Observação Não Participante

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

INICIAIS: NATURALIDADE: DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

1. Sexo: () 1Masculino () 2Feminino Idade:___
2. Estado Civil: () 1 Solteiro () 2Casado () 3Divorciado () 4Viúvo
3. Escolaridade: () 1 Analfabeto () 2Alfabetizado () 3Ensino Fundamental incompleto
() 4 Ensino Fundamental completo () 5Ensino Médio incompleto () 6Ensino Médio completo ()
7Ensino Superior incompleto () 8Ensino Superior completo () 9Pós-graduação
4. Religião: () 1 Católica () 2 Evangélica () 3Outra
5. Trabalha: () 1Sim () 2Não () 3Aposentado Profissão do ativo:
6. Usa medicamentos anti-hipertensivos? () 1Sim () 2Não
7. Se sim, quais?
8. Vive com: () 1Cônjuge () 2Outros membros da família () 3Amigos () 4Sozinho () 5Outros Especificar:

CONSULTA DE ENFERMAGEM

ANAMNESE E EXAME FÍSICO	SIM	NÃO
Percepção/acompanhamento geral da saúde		
Nutrição e Metabolismo		
Consumo de sal		
Consumo de carboidratos		
Eliminações		
Exercícios e Atividades		
Cognição e Percepção		
Sono e Repouso		
Autoconceito		
Papéis e Relacionamento		
Sexualidade e Reprodução		
Estresse		
Crenças e Valores		
Mudanças no Estilo de Vida		
Dados Referentes à Família		
Pulso		
PA		
FC		
Peso		
Altura		
IMC		
Cintura		
Quadril		
Relação Cintura/Quadril		

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa intitulada **METAS DE BEM-ESTAR DE PESSOAS HIPERTENSAS: cuidado clínico em saúde coletiva baseado em King**. Com a mesma, pretendemos desenvolver uma assistência de Enfermagem participativa, junto a pacientes com Hipertensão Arterial, avaliando a utilidade da Teoria de King no cuidado desta clientela e o impacto da assistência de enfermagem na adesão ao tratamento desses pacientes. Dessa forma, gostaríamos de convidar para participar desta pesquisa, através da permissão para observação da consulta de enfermagem, realizada a clientes hipertensos dessa equipe de saúde da família.

Informamos da liberdade de participar ou não do estudo. Além disso, a pesquisa não traz prejuízo ao atendimento da instituição e você pode desistir no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Cumpre-nos ressaltar que sua identidade será totalmente preservada.

Outrossim, esclarecemos que a pesquisa será enviada para publicação em periódicos científicos.

Qualquer dúvida, entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Nome: **Sara Taciana Firmino Bezerra**

Telefone: (85) 32742638

Orientadora da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE PÓS-ESCLARECIDO

Tendo sido informado sobre a pesquisa **METAS DE BEM-ESTAR DE PESSOAS HIPERTENSAS: cuidado clínico em saúde coletiva baseado em King**, concordo, voluntariamente, em participar da mesma.

Nome: _____(Pesquisado (a))

Assinatura: _____(Pesquisado (a))

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa intitulada **METAS DE BEM-ESTAR DE PESSOAS HIPERTENSAS: cuidado clínico em saúde coletiva baseado em King**. Com a mesma, pretendemos desenvolver uma assistência de Enfermagem participativa, junto a pacientes com Hipertensão Arterial, avaliando a utilidade da Teoria de King no cuidado desta clientela e o impacto da assistência de enfermagem na adesão ao tratamento desses pacientes. Dessa forma, gostaríamos de convidar para participar desta pesquisa aqui na Unidade Básica de Saúde, entrando no grupo experimental, aceitando a realização do exame físico, em que será aferida a pressão arterial, peso, altura, relação cintura-quadril, o acompanhamento, durante quatro meses, pela consulta de enfermagem com a pesquisadora.

Informamos da liberdade de participar ou não do estudo. Além disso, a pesquisa não traz prejuízo ao seu atendimento pelos demais profissionais da instituição e você pode desistir no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Cumpre-nos ressaltar que sua identidade será totalmente preservada.

Outrossim, esclarecemos que a pesquisa será enviada para publicação em periódicos científicos.

Qualquer dúvida, entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Nome: **Sara Taciana Firmino Bezerra**

Telefone: (85) 32742638

Orientadora da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE PÓS-ESCLARECIDO

Tendo sido informado sobre a pesquisa **METAS DE BEM-ESTAR DE PESSOAS HIPERTENSAS: cuidado clínico em saúde coletiva baseado em King**, concordo, voluntariamente, em participar da mesma.

Nome: _____(Pesquisado (a))

Assinatura: _____(Pesquisado (a))

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 4 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa intitulada **METAS DE BEM-ESTAR DE PESSOAS HIPERTENSAS: cuidado clínico em saúde coletiva baseado em King**. Com a mesma, pretendemos desenvolver uma assistência de Enfermagem participativa, junto a pacientes com Hipertensão Arterial, avaliando a utilidade da Teoria de King no cuidado desta clientela e o impacto da assistência de enfermagem na adesão ao tratamento desses pacientes. Dessa forma, gostaríamos de convidar para participar desta pesquisa aqui na Unidade Básica de Saúde, entrando no grupo controle, aceitando a realização do exame físico, em que será aferida a pressão arterial, peso, altura, relação cintura-quadril, a observação da consulta de enfermagem realizada na unidade durante quatro meses de acompanhamento.

Informamos da liberdade de participar ou não do estudo. Além disso, a pesquisa não traz prejuízo ao seu atendimento pelos demais profissionais da instituição e você pode desistir no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Cumpre-nos ressaltar que sua identidade será totalmente preservada.

Outrossim, esclarecemos que a pesquisa será enviada para publicação em periódicos científicos.

Qualquer dúvida, entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Nome: **Sara Taciana Firmino Bezerra**

Telefone: (85) 32742638

Orientadora da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE PÓS-ESCLARECIDO

Tendo sido informado sobre a pesquisa **METAS DE BEM-ESTAR DE PESSOAS HIPERTENSAS: cuidado clínico em saúde coletiva baseado em King**, concordo, voluntariamente, em participar da mesma.

Nome: _____(Pesquisado (a))

Assinatura: _____(Pesquisado (a))

Assinatura do Pesquisador

10 ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

ANAMNESE E EXAME FÍSICO	PROBLEMAS E NECESSIDADES	METAS (curto, médio e longo prazos)	INTERVENÇÕES	METAS ALCANÇADAS	REDEFINIÇÃO DE METAS
PERCEPÇÃO/ACOMPANHAMENTO GERAL DA SAÚDE				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
NUTRIÇÃO E METABOLISMO				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
ELIMINAÇÕES				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
EXERCÍCIOS E ATIVIDADES				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
COGNIÇÃO E PERCEPÇÃO				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
SONO E REPOUSO				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
AUTOCONCEITO				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
PAPÉIS E RELACIONAMENTO				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
ESTRESSE				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
CRENÇAS E VALORES				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
EXAME FÍSICO				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
DADOS REFERENTES À FAMÍLIA				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar
USO DE MEDICAÇÃO				Totalmente () Parcialmente () Não atingida ()	Sim () Não () Especificar

Fonte: Moreira (2003).

Anexo 2

Preparo do paciente para a medida da pressão arterial

1. Explicar o procedimento ao paciente
2. Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo
3. Evitar bexiga cheia
4. Não praticar exercícios físicos 60 a 90 minutos antes
5. Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar 30 minutos antes
6. Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado
7. Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito
8. Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido
9. Solicitar para que não fale durante a medida

Procedimento de medida da pressão arterial

1. Medir a circunferência do braço do paciente
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço
3. Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial
5. Estimar o nível da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida)
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30mmHg o nível estimado da pressão sistólica
8. Proceder a deflação lentamente (velocidade de 2 a 4mmHg por segundo)
9. Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação
10. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff)
11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero
13. Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas
14. Informar os valores de pressão arterial obtidos para o paciente
15. Anotar os valores e o membro

Fonte: V DIRETRIZES (2006).



UECE

Universidade Estadual do Ceará
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Av. Paranjana, 1700 Campus do Itaperi CEP. 60.740-000 Fortaleza-Ce
Fone: 3299.2790 E-mail: cep@uece.br

Fortaleza-CE, 12 de maio de 2008

Título: Fundamentos do cuidado clínico de enfermagem na área cardiovascular: adaptação no infarto, alcance de metas na hipertensão arterial e análise de dor cirúrgica.

Processo No. 08133595-4

Interessada: Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva

PARECER

Estudo acerca dos fundamentos teóricos de enfermagem no cuidado clínico da enfermeira voltado para a adaptação da pessoa infartada à sua nova condição de vida: para o estabelecimento de metas de estilo de vida saudável para pessoas portadoras de hipertensão arterial; assim como, para a análise da resposta dolorosa a um procedimento de enfermagem realizado no pós-operatório imediato da cirurgia cardíaca. O presente projeto ampliado de pesquisa abrange três aspectos importantes no âmbito do cuidado clínico de enfermagem às pessoas acometidas de adoecimentos cardiovasculares em três sub-projetos: 1) identificação de Diagnósticos de Enfermagem, à luz do modo fisiológico da Teoria de Adaptação de Roy, como subsídio para o planejamento e implementação do cuidado clínico de enfermagem a pacientes infartados; 2) A utilização dos pressupostos da Teoria de King para o alcance de metas por parte dos portadores de hipertensão arterial, com vistas ao controle do adoecimento, bem como à prevenção de complicações, objetivando a melhoria do seu bem estar em saúde; e 3) A análise das alterações nos sinais vitais de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, mediante a intensidade de dor referida. O Subprojeto 1 tem por objetivo geral identificar os principais Diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia II de NANDA, presentes em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica, à luz dos nove componentes do modo fisiológico do modelo de adaptação de Calista Roy; o Subprojeto 2 tem por objetivos: Analisar a utilização da Teoria de Imogene King com clientes portadores de hipertensão arterial acompanhados em uma Unidade da estratégia Saúde da Família e Comparar os resultados alcançados por meio desta proposta ao processo desenvolvido institucionalmente; e o Subprojeto 3 tem por objetivo geral analisar as alterações nos sinais vitais de pacientes em PO de cirurgia cardíaca, mediante intensidade de dor referida. O estudo será do tipo exploratório, pois irá investigar as dimensões de um determinado fenômeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais se relacionam; e descritivo, uma vez que após os contatos iniciais, se procederá ao estudo aprofundado do perfil de adaptação física e, conseqüentemente, dos Diagnósticos de Enfermagem presentes nos portadores de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica. Utilizará uma abordagem dos dados de natureza quantitativa. Trata-se também de um estudo experimental a ser desenvolvido com clientes portadores de hipertensão arterial cadastrados nas equipes da estratégia Saúde da Família da Policlínica Nascente (Secretaria Regional IV, do município de Fortaleza-CE).

O referido projeto é relevante e de interesse para as instituições envolvidas (A UECE, via Curso de Enfermagem é a instituição responsável pela pesquisa, a Secretaria de Saúde de Fortaleza, por meio da Policlínica Nascente, e um hospital privado os locais de aplicação) O orçamento está explícito, em valores monetários, importando em cerca de R\$ 14.100,00, contendo despesas de capital e de custeio, mas sem fonte de financiamento definida, tendo sido submetido a PROPGPq da UECE. Os TCLE estão adequados aos três subprojetos. O projeto está bem estruturado e é relevante, havendo retorno para o sujeito e comunidade. O projeto atende aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e, portanto, pode ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP-UECE.



Prof. Dra. Maria Siete Bessa Jorge
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

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](#)