

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE

DENIZIELLE DE JESUS MOREIRA MOURA

**CUIDADO CLÍNICO EM ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA
DA ADAPTAÇÃO DE ROY NAS COMPLICAÇÕES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

FORTALEZA-CE

2010

DENIZIELLE DE JESUS MOREIRA MOURA

**CUIDADO CLÍNICO EM ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA
DA ADAPTAÇÃO DE ROY NAS COMPLICAÇÕES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônicas

Orientadora: Profa. Dra. Maria Célia de Freitas

Fortaleza- CE

2010

Denizielle de Jesus Moreira Moura

**Cuidado Clínico em Enfermagem à Luz da Teoria da Adaptação de Roy
nas Complicações da Hipertensão Arterial**

Data da aprovação:

Profa. Dra. Maria Célia de Freitas - UECE
(Orientadora)

Profa. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes - UECE
(Membro Efetivo)

Prof. Dr. Marcos Venícius de Oliveira Lopes - UFC
(Membro Efetivo)

Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega - UFPB
(Membro Suplente)

A Deus, meu pai, meu criador, amigo fiel, a quem
devo todas as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Esta seção, em seu processo de produção, apresentou um nível bastante acentuado de dificuldade, em detrimento das várias pessoas que contribuíram para a efetivação deste trabalho. Assim, estão expostos aqui os sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para concretização da conclusão do Curso de Mestrado. Inicialmente, serão registradas algumas pessoas que foram imprescindíveis durante o desenrolar do curso e desta pesquisa.

Agradeço ao meu esposo, Emanuel Olívio, pelo companheirismo, dedicação e apoio incondicional, alegrando-me e fortalecendo-me nos momentos difíceis.

À minha admirável mãe, Maria Clara, à minha tia Marta, às minhas irmãs Danielle e Daiana, a minha querida sobrinha Estéfane que constituem meu porto-seguro e me incentivam a buscar crescimento pessoal e profissional.

À minha orientadora, Profa Dra. Maria Célia de Freitas, pela disponibilidade, incentivo e exemplo de profissionalismo e amor à profissão.

À banca examinadora, professoras Maria Vilani Cavalcante Guedes, Maria Miriam Lima da Nóbrega e Marcos Venícius Oliveira Lopes, pela valiosa contribuição neste trabalho e partilha de conhecimentos.

Às professoras do Mestrado Acadêmico de Enfermagem em Cuidados Clínicos, pelos conhecimentos e experiências compartilhadas durante o curso.

Às minhas amigas de turma, por cada sorriso e abraço, fundamentais para a concretização deste sonho.

À chefe do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional V, Terezinha Muniz, da Célula de Atenção Básica, Ednéia Miranda e a coordenadora do CSF Dom Antonio de Almeida Lustosa, Cátia Rosângela, pela liberação para realização do mestrado.

Aos agentes de saúde Marcos, Valderlane, Cristina, Jucilane, Jane, Dalva, Nila, Cícero, Glaucila e Aurení que me acompanharam durante as visitas domiciliares.

A todos aqui citados e aqueles que contribuíram para a realização do Curso de Mestrado: MUITO OBRIGADA!

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta elevados custos para o sistema de saúde, principalmente, por sua participação nas doenças cardiovasculares. Apesar da eficácia do tratamento, é excessivo o percentual de não adesão, ocasionando o surgimento de doenças associadas. Entendendo que o surgimento de complicações da HAS é decorrente da não adaptação à doença e ao tratamento, este estudo propõe-se a desenvolver, à luz da Teoria da Adaptação de Roy e com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) Versão 1, uma proposta de sistematização da assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão e complicações associadas. Pesquisa do tipo estudo de casos múltiplos, realizada com 45 hipertensos com doenças associadas, assistidos em uma unidade de saúde, da Secretaria Executiva Regional V. Na análise dos resultados, observou-se que a maioria dos participantes da amostra é do sexo masculino (51,2%); encontra-se em uma faixa etária entre 50 e 60 anos (42,2%, média de 63 anos e desvio padrão de 3,9); 66,7% são casados; e 49,0% possuem o ensino fundamental incompleto (média de 4,3 anos de estudo e desvio padrão de 3,9). Com relação ao perfil clínico-epidemiológico, 55,5% descobriram as complicações da HAS acerca de um a seis anos (média de 5,3 anos e desvio padrão de 4,4); destes, 51,5% descobriram ao apresentar sinais e sintomas da doença. Dentre os problemas adaptativos identificados segundo o modelo teórico de Roy, o sedentarismo é o mais presente (84,4% dos indivíduos), seguido de sobrepeso/obesidade (57,8%) e distúrbios no padrão de sono (42,2%). Os 71 diagnósticos de enfermagem identificados receberam a terminologia da CIPE[®] Versão 1.0 dentre os quais, 64,3% encontram-se no âmbito biológico. Os diagnósticos de maior prevalência são: Autocuidado Parcial (93,3%), Padrão de Exercício Diminuído (84,4%), Dentição Comprometida (82,2%), Aprendizagem Baixa (60,0%), Sobrepeso/Obesidade (57,7%), Conhecimento em Saúde Baixo (51,1%) e Não Aderência Total/Parcial ao Regime Dietético (48,8%). Para estes diagnósticos, propõem-se intervenções e resultados de enfermagem, fundamentados na CIPE[®]. Acredita-se que o desenvolvimento do processo de enfermagem com base na Teoria da Adaptação na atenção primária à saúde é viável e propicia um cuidado de qualidade. O uso de diagnósticos, intervenções e resultados fundamentados em uma nomenclatura de enfermagem contribui significativamente para a autonomia do (a) enfermeiro (a). Entretanto, para que esta seja uma atividade notória na enfermagem, é necessário um trabalho em equipe de forma que haja continuidade, não havendo percas em tentativas individuais.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem, Hipertensão, Teoria de Enfermagem, Classificação.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) presents high costs for the health system, mainly for its participation in cardiovascular diseases. In spite of the effectiveness of the treatment, the percentage of non adhesion is very high causing the appearance of associated diseases. Knowing that the appearance of complications of SAH is due to the non adaptation to the disease and the treatment, this study aims to develop, under the light of Roy's Adaptation Theory based in the International Classification for Nursing Practice (ICNP[®]) Version 1, a proposal for the systematization of the nursing assistance to patients with hypertension and associated complications. This is a research of the multiple case study type, carried out with 45 hypertensive patients with associated diseases, assisted in a health unit of the Regional Executive Office V. In the results analysis was observed that most of the participants of the sample were male (51.2%); in the age group from 50 to 60 years (42.2%, mean of 60 years and standard deviation of 3.9); 66.7% were married; and 49.0% had incomplete fundamental education (average of 4.3 years and standard deviation of 3.9). Regarding the clinical-epidemiological profile, 55.5% discovered the SAH complications about one to six years (average of 5.3 years); 51.5% of those discovered it when presenting signs and symptoms of the disease. Among the adaptation problems identified according to the theoretical model of Roy, sedentary lifestyle is the most present (84.4% of the individuals), followed by overweight/obesity (57.8%) and sleep pattern disorders (42.2%). The 72 nursing diagnoses identified received the ICNP[®] Version 1 terminology including, 64.3% are in the biological area, with the prevalence of: Partial Self-care (93.3%), Reduced Exercise Pattern (84.4%), Compromised Teeth (82.2%), Low Learning (60.0%), Overweight/Obesity (57.7%), Low Knowledge on Health (51.1%) and Total/Partial Non Adhesion to the Feeding Regime (48.8%). For these diagnoses are proposed nursing interventions and results based in the ICNP[®]. We believe that the development of the nursing process based on the Adaptation Theory in health primary care is viable and provides a quality care. The use of diagnoses, interventions and results based in a nursing nomenclature contributes significantly to the nurses' autonomy. However, for this to be a notorious nursing activity is necessary team work so that there is continuity, without loss in individual attempts.

KEYWORDS: Nursing Care, Hypertension, Nursing Theory, Classification.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	16
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3.1 Considerações sobre a hipertensão arterial.....	17
3.2 Teoria da Adaptação: desafios e possibilidades.....	21
3.3 O processo de enfermagem de Roy utilizando a terminologia da CIPE Versão 1.....	25
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	28
4.1 Natureza do estudo.....	28
4.2 Cenário do estudo.....	28
4.3 Sujeitos do estudo.....	28
4.4 Procedimentos e Instrumentos para a coleta dos dados.....	29
4.5 Análise	31
4.6 Aspectos éticos.....	32
5 ANÁLISE.....	33
5.1 Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos participantes do estudo.....	33
5.2 Avaliação de comportamentos.....	45
5.3 Elaborando os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem fundamentados na CIPE®	58
6.CONCLUSÃO.....	73
7 REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICES.....	82
A- Instrumento de coleta de dados.....	82
B- Roteiro de exame físico.....	87
C- Termo de consentimento livre esclarecido.....	88
D- Termo de fiel depositário.....	89

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 1 - Descrição dos participantes segundo classificação do índice de massa corpórea (IMC). Fortaleza-CE, 2009.....	41
Gráfico 2 - Descrição dos participantes dos sexos feminino e masculino, segundo classificação da circunferência abdominal. Fortaleza-CE, 2009.....	43
Gráfico 3 - Descrição dos participantes segundo classificação da pressão arterial. Fortaleza-CE, 2009.	44
Gráfico 4 - Frequência dos comportamentos de adaptação negativa no modo fisiológico em hipertensos com doenças associadas atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE. 2009.	46
Gráfico 5 - Frequência dos comportamentos de adaptação positiva no modo fisiológico em hipertensos com doenças associadas atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2009.....	47
Gráfico 6 - Frequência dos comportamentos de adaptação negativa nos modo de autoconceito, função de papel e interdependência em hipertensos com doenças associadas atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2009.....	56
Gráfico 7 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem fundamentados na CIPE identificados em hipertensos com doenças associadas atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE. 2009.....	61
Gráfico 8 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, fundamentados na CIPE® Versão 1, identificados em hipertensos com doenças associadas, atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2009.....	62
Figura 1- Processo de enfermagem de Roy identificados em hipertensos com doenças associadas atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE. 2009.....	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).....	18
Quadro 2 - Avaliação diagnóstica e decisão terapêutica na hipertensão arterial.....	19
Quadro 3 - Estratificação do risco individual do paciente hipertenso: risco cardiovascular adicional de acordo com os níveis da pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doença cardiovascular.....	20
Quadro 4 - Procedimento de medida da pressão arterial.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição da amostra, segundo características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2009.....	33
Tabela 2 - Descrição da amostra segundo características clínico-epidemiológicas. Fortaleza-CE, 2009.....	37
Tabela 3 - Descrição dos comportamentos/respostas associados aos estímulos focais e residuais identificados no modo adaptativo fisiológico oxigenação em hipertensos com doenças associadas, atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2009.....	48
Tabela 4 - Descrição dos comportamentos/respostas associados aos estímulos focais e residuais identificados no modo adaptativo fisiológico nutrição em hipertensos com doenças associadas, atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE 2009.	49
Tabela 5 - Descrição dos comportamentos/respostas associados aos estímulos focais e residuais identificados no modo adaptativo fisiológico eliminação em hipertensos com doenças associadas, atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2009.....	51
Tabela 6 - Descrição dos comportamentos/respostas associados aos estímulos focais e residuais identificados no modo adaptativo fisiológico atividade/repouso em hipertensos com doenças associadas, atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2009.	52
Tabela 7 - Descrição dos comportamentos/respostas associados aos estímulos focais e residuais identificados no modo adaptativo fisiológico proteção em hipertensos com doenças associadas, atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2009.	55
Tabela 8 - Identificação dos diagnósticos de enfermagem e planejamento dos seus respectivos resultados esperados e intervenções para hipertensos com complicações associadas, assistidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza-CE, 2009.	65

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta elevados custos para o sistema de saúde, principalmente, por sua participação em complicações como: doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, doença vascular de extremidades, dentre outras.

A partir da década de 1960, as doenças cardiovasculares superaram as infecto-contagiosas como primeira causa de morte no País. A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças, explicando 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral e 25% por Doença Arterial Coronariana (DBHA, 2006).

Dentre as doenças crônicas, destacam-se as cardiovasculares, responsáveis por 27,4% dos óbitos no Brasil, em 2003, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e violência (DBHA, 2006). No Ceará, o percentual correspondeu a 22% em 2004, correspondendo ao primeiro lugar dentre as causas de óbito (CEARÁ, 2008).

Inquéritos de base populacional, realizados em algumas cidades do Brasil, mostram uma prevalência de hipertensão arterial ($\geq 140/90$ mmHg) de 22,3% a 43,9% (DBHA, 2006). Estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 15 capitais do Brasil e o Distrito Federal, evidenciou uma prevalência crescente com o aumento da idade, variando de 7,4% a 15,7% em pessoas com idade entre 25 e 39 anos, de 26,0% a 36,4% naquelas entre 40 e 59 anos e de 39,0% a 59,0% em idosos (≥ 60 anos) (BRASIL, 2003).

Apesar das evidências da eficácia do tratamento anti-hipertensivo na redução das cifras pressóricas e da morbimortalidade cardiovascular, é excessivo o percentual de não adesão ao tratamento, ocasionando o surgimento de doenças associadas, tais como: doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, hipertrofia do ventrículo esquerdo, dissecção da aorta, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005; FUCHS, 2006).

Nessa perspectiva, a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial estabeleceu como objetivos para os programas e as políticas de controle da doença no País: reduzir a ocorrência de complicações, internações e mortes; diminuir a prevalência da doença hipertensiva; elevar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da hipertensão arterial; garantir acesso dos pacientes aos serviços básicos de saúde; e incentivar políticas e programas comunitários (DBHA, 2006).

Torna-se, então, indispensável a implementação de um cuidado de enfermagem pautado em ações que favoreçam à adesão ao tratamento, com vistas a promover a redução das cifras pressóricas e das complicações associadas.

O despertar por essa temática surgiu durante a graduação ao perceber a necessidade da sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária, principalmente, no que se refere às doenças crônicas. Foi desenvolvida uma monografia de graduação, cujo título foi: Teoria do déficit de autocuidado: um estudo com hipertensos em dificuldades de adesão ao tratamento (JESUS, 2004), concomitante, à participação do Grupo de Pesquisa em Educação, Saúde e Sociedade (GRUPESS), mais especificamente na área da saúde do idoso, ciclo de vida no qual essa doença tem sido mais prevalente.

Dentre as áreas estratégicas a serem trabalhadas pelas equipes de saúde da família, foi possível a identificação de uma série de hipertensos acometidos por complicações da HAS, demonstrando a ineficácia dos serviços de prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como a falta de adaptação dos pacientes à doença e tratamento. Dessa forma, o ingresso no Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde (2008), impulsionou a pesquisadora a conhecer esses hipertensos e a buscar estratégias resolutivas para o cuidado dispensado a esses indivíduos.

Dentre essas estratégias de cuidado, reconhecemos a sistematização da assistência de enfermagem como um instrumento de fundamentação científica para a prática do enfermeiro na atenção primária à saúde. Logo, a Teoria da Adaptação desenvolvida por *Sister Callista Roy* foi identificada como subsídio para o desenvolvimento de um cuidado terapêutico aos hipertensos acometidos por um novo processo de adoecimento, em virtude da não adaptação à HAS, ou seja, aos que, em virtude da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, desenvolveram complicações da HAS.

O hipertenso, ao receber o diagnóstico de doença crônica, é submetido a novos estímulos que vão de encontro à sua saúde e hábitos de vida, podendo responder positiva ou negativamente a eles. A não adaptação a esses estímulos, com conseqüente comportamento ineficaz, denota ausência de adaptação do cliente à doença e ao tratamento, estimulando o surgimento de complicações da hipertensão arterial. Esse fato permite-nos a identificação dentro desse grupo dos estímulos (focais e contextuais), a fim de conhecer as respostas (adaptativas ou ineficazes) que influenciam no processo de adaptação do hipertenso a sua nova condição de adoecimento.

O presente estudo visa desenvolver uma proposta de sistematização da assistência de enfermagem, fundamentada no Modelo de Adaptação de Roy (1999) e embasada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® Versão 1.0 (2007), em indivíduos acometidos por complicações da hipertensão arterial, assistidos na atenção primária à saúde.

A criação da CIPE, por sua vez, deu-se pela necessidade de uma nomenclatura que representasse a prática de enfermagem mundial. Esta foi uma solicitação feita pela Organização Mundial de Saúde para que a terminologia da prática de enfermagem fosse compatível e complementar a CID 10 (documento de utilização internacional que classifica as doenças e agravos).

Dessa forma, a realização de estudos que promovam a aplicabilidade prática da CIPE subsidiam a avaliação e consequente aperfeiçoamento dessa terminologia, além de contribuir para sua divulgação e utilização no ensino e em outras pesquisas.

Diante do exposto, pretende-se responder aos seguintes questionamentos: quem são os portadores de hipertensão arterial que desenvolveram complicações? A que estímulos internos e externos estão submetidos esses indivíduos? Quais respostas/comportamentos, adaptativos ou ineficazes, esses hipertensos têm desenvolvido frente a um novo evento de adoecimento? Que diagnósticos de enfermagem serão identificados nessa clientela? Que resultados poderão ser alcançados com a implementação da terapêutica? Que intervenções de enfermagem poderão ser implementadas visando à adesão à terapêutica e à melhoria das condições de vida?

Dentre os hipertensos assistidos na unidade de saúde que sediará este estudo, serão abordados aqueles com as seguintes complicações associadas à HAS: Hipertrofia Ventricular Esquerda (HVE); Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); Infarto do Miocárdio (IM); Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Insuficiência Renal Crônica (IRC) (DBHA, 2006; BRASIL, 2006).

Para essa clientela, essa é uma doença, antes não existente, que poderia ser evitada a partir da presença de respostas eficazes, evidenciadas pelo autocuidado, pela adaptação à doença, ao tratamento e ao meio circundante.

Esse conhecimento é necessário a fim de propor intervenções coerentes com a situação de ser hipertenso e desenvolver outras doenças associadas, auxiliando, dessa forma, na manutenção da adaptação e integração ao meio dessa clientela.

Nesse contexto, cabe ao (à) enfermeiro (a), em conjunto com a equipe de saúde da família, interferir nos estímulos focais e contextuais, proporcionando o fortalecimento de mecanismos de enfrentamento e de respostas adaptativas.

A sistematização da assistência de enfermagem, fundamentada em um referencial teórico-prático, é de suma importância para embasar a prática profissional, propiciando intervenções efetivas, de caráter técnico e científico.

Essa organização assistencial de enfermagem acarreta melhoria da qualidade de vida dos pacientes, além da satisfação dos profissionais, devido à produção de um cuidado sistematizado e de qualidade, além da redução dos custos com a assistência à saúde, em detrimento da redução da morbimortalidade advindas da hipertensão arterial.

2 OBJETIVOS

Geral

- Desenvolver, à luz da teoria da adaptação de Sister Callista Roy, com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) Versão 1, uma proposta de sistematização da assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão e complicações associadas.

Específicos

- Descrever as características sócio-demográficas e clínicas dos investigados;
- Averiguar os estímulos e os comportamentos/respostas (adaptativas ou ineficazes) que os participantes tenham desenvolvidos frente a um novo evento de adoecimento;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem para pacientes com hipertensão e complicações associadas fundamentadas na CIPE[®] Versão 1.0;
- Traçar as metas que poderão ser alcançados com a implementação da terapêutica;
- Propor as intervenções de enfermagem fundamentadas na CIPE[®] Versão 1.0 para pacientes com hipertensão e complicações associadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Considerações sobre a Hipertensão Arterial

O cuidado a pessoas com doenças crônicas é um grande desafio imposto aos profissionais de saúde, sendo constante na enfermagem em virtude de sua ação pautada no cuidado contínuo aos indivíduos.

A hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e destaca-se como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil, são cerca de 17 milhões de hipertensos, o que corresponde a 35% da população de 40 anos e mais (BRASIL, 2006). Com relação aos custos decorrentes de internação hospitalar, encontra-se em segundo lugar, dentre as internações por doenças cardiovasculares, com um percentual de 16,6 % do gasto total (BRASIL, 2008). O período de 2000 a 2004 foi responsável por 600.000 internações no Brasil (DBHA, 2006).

A incidência dessa doença de forma mais significativa coincide com a explosão demográfica dos grandes centros urbanos e, conseqüentemente, com o período de criação e expansão industrial. Dessa forma, a hipertensão pode ser considerada uma doença da civilização industrializada (ARAÚJO, 2002). Percebe-se também que o advento da tecnologia trouxe benefícios e prejuízos decorrentes das excessivas jornadas de trabalho, do estresse, da poluição ambiental, entre outros, com conseqüente crescimento de doenças influenciadas pelo estilo de vida.

A hipertensão arterial é definida como uma síndrome de caráter crônico, multifatorial, caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos, também denominada de assassina silenciosa devido à ausência de sinais e sintomas ao início da enfermidade. Com relação à pressão sanguínea, esta é definida como a força exercida pelo sangue contra qualquer área unitária da parede vascular (GUYTON; HALL, 2002; KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005). São considerados externos aos limites de normalidade os valores ≥ 140 mmHg para pressão sistólica e ≥ 90 mmHg para pressão diastólica, conforme evidenciado no Quadro 1. Os limites de pressões arteriais considerados normais são arbitrários e, na avaliação dos pacientes, deve-se considerar também a presença de fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e doenças associadas (DBHA, 2006; BRASIL, 2006; SMELTZER; BARE, 2006).

CLASSIFICAÇÃO*	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

*Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006.

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).

Dentre os fatores de risco associados ao surgimento da HAS, destacam-se: idade (aumento da idade determina a elevação linear da pressão arterial); etnia (maior incidência entre os negros); consumo excessivo de sal (dietas com elevado teor de sódio contribuem para elevação da pressão arterial); obesidade (excesso de peso corporal é fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos dessa doença); alcoolismo (consumo excessivo de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, estando a magnitude associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão); tabagismo (risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens); sedentarismo (indivíduos sedentários apresentam risco aproximado de 30% maior para desenvolver hipertensão em relação aos ativos) (DBHA, 2006; BRASIL, 2006; BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006; SMELTZER; BARE, 2006).

O caráter crônico da HAS requer tratamento durante toda a vida. Esse tratamento pode ser baseado em medidas farmacológicas e não farmacológicas, conforme exposto no Quadro 2.

Níveis pressóricos	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (< 10%/10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo.	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo.	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (10-20%/10 anos).
PA normal (<120/80)	Reavaliar em 2 anos.	Medidas de prevenção.	Medidas de prevenção.
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	Mudança de estilo de vida.	Mudança de estilo de vida.	Mudança de estilo de vida.
Estágio 1 (140-159/90-99)	Mudança de estilo de vida (reavaliar em até 12 meses).	Mudança de estilo de vida* (reavaliar em até 6 meses).	Tratamento medicamentoso
Estágio 2 ($\geq$ 160/ $\geq$ 100)	Tratamento medicamentoso	Tratamento medicamentoso	Tratamento medicamentoso

*Tratamento medicamentoso se múltiplos fatores de risco.

Fonte: Caderno de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2001.

Quadro 2 - Avaliação diagnóstica e decisão terapêutica na hipertensão arterial.

Qualquer que seja o tratamento proposto, um grande desafio aos profissionais de saúde é obtenção da adesão contínua às medidas recomendadas. Por seu caráter silencioso e pela necessidade de mudanças permanentes de hábitos de vida, a HAS traz consigo dificuldades de adesão ao tratamento. Segundo Sanchez, Pierin e Mion Jr., (2004); Busnello et al. (2001); Lahdenpera e Kyngas (2001); Andrade, Vilas-Boas, Chagas e Andrade (2002), a não adesão ao tratamento proposto tem atingido aproximadamente 50% dos pacientes. A ausência de controle da pressão arterial, inclusive em pacientes seguidos regularmente, é frequente. Segundo Lopes e Fortes (2004), essa não adesão envolve aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) apontam controle de 20% a 40% e acrescentam que a taxa de abandono, estágio mais elevado da não adaptação e falta de adesão, cresce de acordo com o tempo de tratamento.

Estudo realizado com 401 pacientes que abandonaram o tratamento farmacológico há pelo menos sessenta (60) dias evidenciou como principais causas para o abandono do

tratamento a normalização da pressão arterial, os efeitos colaterais das medicações, o esquecimento e o custo da medicação (ANDRADE et al., 2002).

A HAS, sobretudo com a presença de doenças associadas, requer uma abordagem multi e interdisciplinar. Por ser caracterizada como doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para diversas áreas da vida, terá seu tratamento mais efetivo com o apoio dos diversos profissionais de saúde, pois seus objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens.

Torna-se, então, imprescindível direcionar a atenção a pessoas com doenças associadas à HAS, devido à urgência em controlar seus níveis pressóricos, mantendo essas cifras, permanentemente, sob níveis aceitáveis, o que é possível com a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. O Quadro 3 mostra a estratificação de risco individual do paciente hipertenso a ser acometido por outras doenças cardiovasculares.

Fatores de risco	Pressão arterial				
	NORMAL	LIMÍTROFE	HAS ESTÁGIO 1	HAS ESTÁGIO 2	HAS ESTÁGIO 3
Sem fator de risco	Sem risco	adicional	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
Um a dois fatores de risco	Risco baixo	Risco baixo	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
Três ou mais fatores de risco ou lesão de órgãos-alvo ou diabetes melito	Risco médio	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
Doença cardiovascular	Risco alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006.

Quadro 3 - Estratificação do risco individual do paciente hipertenso: risco cardiovascular adicional de acordo com os níveis da pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doença cardiovascular.

Desse modo, destaca-se o (a) enfermeiro (a) devido à ação contínua junto a esses pacientes, proporcionando-lhes conhecimento e motivação para adoção de medidas de mudança de hábitos de vida e adesão ao tratamento. O desenvolvimento do *empowerment* nesses indivíduos é uma estratégia capaz de promover respostas adaptadas frente a um novo processo de adoecimento, atitude tão almejada pelos (as) enfermeiros (as).

3.2 Modelo da Adaptação de Roy: desafios e possibilidades

A Enfermagem é uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo-o de forma autônoma e/ou, na maioria das vezes, em equipe (MOURA; FONTENELE, 2008). Segundo Lopes et al. (2007), a enfermagem é uma profissão com relações complexas e multifacetadas, composta por uma grande variedade de elementos. Leopardi (2006), por sua vez, afirma que o cuidado de enfermagem tem o intuito de manter, restaurar ou promover a saúde, bem como ajudar a manter um padrão funcional em grau compatível com sensação de bem-estar. Barreto et al. (2004) complementam ao declararem que o seu cuidado transcende à dimensão biológica da pessoa, e tem como foco o ser que experiencia a doença, incluindo sua cultura, valores, crenças, modos de vida e sentimentos vinculados às suas necessidades de cuidado.

O cuidar é inerente à prática da Enfermagem. É definido como um construto abstrato complexo, mas que dá conta de explicar algo que diz respeito à natureza da enfermagem, enquanto arte e ciência prática e humana (NEVES, 2002). Cuidar é verbo cuja ação exige relação entre, no mínimo, duas pessoas: o cuidador e o ser cuidado, os quais são dotados de subjetividades, vivências e experiências que lhes conferem reflexões e possibilidades de mudanças acerca das ações desenvolvidas.

Diante da complexidade da práxis da enfermagem, um instrumento metodológico é imprescindível para a realização de um cuidado de qualidade, o qual vem sendo desenvolvido por meio da sistematização da assistência de enfermagem e implementado pelo processo de enfermagem do processo de enfermagem e implementado pela sistematização da assistência de enfermagem.

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 a clientela responde aos problemas de saúde e processos vitais, além de determinar que aspectos exigem intervenções de

enfermagem (ALFARO-LEFREVE, 2005; GARCIA; NÓBREGA, 2001). É realizado em etapas inter-relacionadas e interdependentes que simulam a metodologia científica e pode variar de acordo com a teoria que irá embasá-lo, são elas: histórico/investigação, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados, implementação e avaliação (LEOPARDI, 2006; ALFARO-LEFREVE, 2005).

A sistematização da assistência de enfermagem deve ser visualizada em uma perspectiva circular, pois, como metodologia de cuidado, requer não a valorização da integralidade humana por meio de dimensões sobrepostas, mas, sua interligação mediante uma relação hermenêutica (LOPES et al., 2007). A consulta de enfermagem, por sua vez, deve ser constituída como uma malha de cuidados ininterruptos, na qual uma lacuna deixada pela não valorização de algum aspecto desse homem multidimensional comprometerá a qualidade do cuidado prestado (MOURA et al., 2009).

Dessa forma, entende-se ser necessária a constante avaliação do processo de enfermagem, com o intuito de acompanhar as exigências do avançar da profissão, aprimorar o desempenho diário do enfermeiro, respaldar seus procedimentos técnicos realizados e promover crescimento profissional.

Assim, além do processo de desenvolvimento do trabalho, Oliveira, Lopes e Araujo (2006) afirmam que a adoção de teorias no cotidiano da enfermagem contribui para a construção do conhecimento científico e para a melhor elucidação do real papel do enfermeiro, com reflexo direto no processo de cuidar. As teorias desafiam as práticas existentes, uma vez que possibilitam criar novas abordagens e remodelar normas e princípios vigentes.

A enfermagem tem legado interdisciplinar nas teorias que vêm sendo constituídas, as quais proporcionam um caminho possível, embora não único, na busca de respostas que atendam às necessidades do cuidado humano. Sua compreensão crítica da realidade contribui para que a prática não se torne somente ação condicionada a modelos e técnicas.

Segundo Leopardi (2006), teoria é uma estrutura lógica que descreve a realidade, a partir de uma idéia central para a qual o autor converge o seu pensamento, elaborando um constructo epistemológico para os fenômenos que deseja compreender, explicar e descrever.

Logo, o Modelo da Adaptação desenvolvido por Sister Callista Roy baseia o desenvolvimento de cuidados a hipertensos acometidos por um novo processo de adoecimento, em virtude da não adaptação à condição de ser portador da hipertensão arterial, ou seja, indivíduos que, em virtude da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo,

desenvolveram complicações da HAS. Neste estudo, esses hipertensos são assistidos no âmbito da atenção primária à saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na ESF, a sistematização da assistência de enfermagem vem sendo amplamente substituída por protocolos que normatizam a assistência a uma determinada doença ou à atenção a um determinado ciclo de vida. Entretanto, não se pode desconsiderar a complexidade dos pacientes que apresentam uma gama de necessidades que vão além da doença em questão (MOURA et al., 2009).

O Modelo da Adaptação de Roy apresenta uma proposta de processo que inclui as seguintes fases: Avaliação de Comportamento, Avaliação de Estímulos, Diagnósticos de Enfermagem, Estabelecimento de Metas, Intervenção e Avaliação. Para realizar um estudo aprofundado, será estendido o processo de enfermagem até a fase de intervenção, a qual será embasada na nomenclatura da CIPE[®].

No modelo referencial de Roy (1999), têm-se quatro elementos: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem. A pessoa é entendida enquanto um ser biopsicossocial em constante exposição a estímulos, os quais desencadeiam mecanismos de enfrentamento inatos ou adquiridos, conferindo-lhe habilidades para adaptar-se às possíveis mudanças.

O ambiente é descrito como as circunstâncias, situações e influências que circundam e afetam o desenvolvimento de comportamentos individuais e grupais. A saúde é considerada um processo e um estado de ser e tornar-se uma pessoa integrada ao meio e adaptada em relação ao alcance de metas. A enfermagem, por sua vez, tem como finalidade promover respostas adaptativas e minimizar as respostas ineficazes (ROY; ANDREWS, 1999).

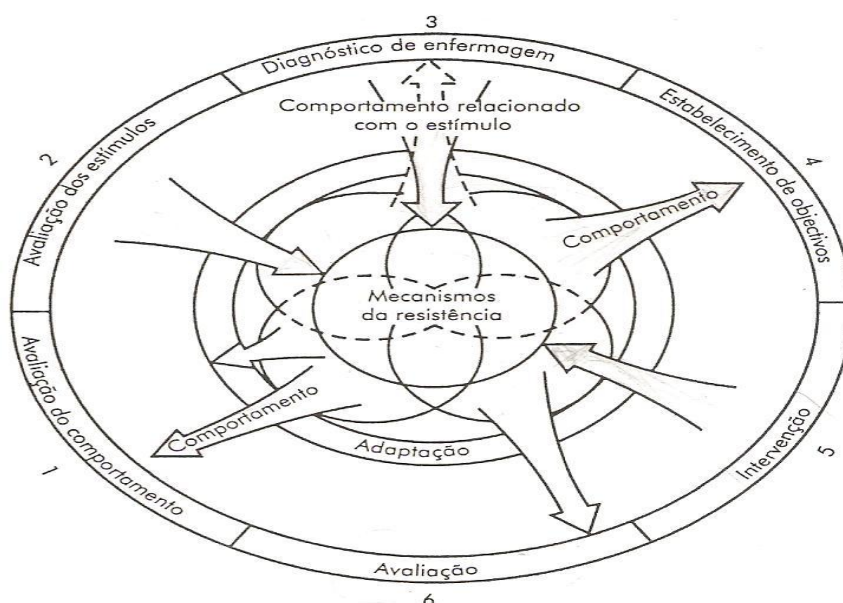
A relação indivíduo-ambiente é permeada por estímulos os quais induzem a comportamentos determinantes no processo saúde-doença. Roy e Andrews (1999) denominam esses estímulos de: focais (mudanças ou eventos que afetam diretamente à pessoa, tais como um processo de adoecimento); estímulos contextuais (todos os estímulos presentes que influenciam a resposta ao estímulo focal: ambiente no qual o indivíduo está inserido, sentimentos, percepções, dentre outros); e estímulos residuais (características inerentes a pessoa capazes de influenciar na situação, por exemplo: vivências do próprio indivíduo ou de familiares em situações semelhantes).

O surgimento constante de estímulos incita a necessidade de respostas adaptativas ou ineficazes por parte do indivíduo. Para isto, são acionados mecanismos de enfrentamento (modos inatos ou adquiridos de responder ao ambiente). Os mecanismos inatos são

geneticamente determinados, ou seja, são respostas fisiológicas ativadas de forma automática e inconsciente. Já os mecanismos adquiridos são desenvolvidos mediante processo de aprendizagem e desencadeiam respostas conscientes. Estão subdivididos em dois subsistemas: o regulador que envolve os sistemas químico, neuronal e endócrino; e o cognoscente que envolve quatro canais cognitivos-emocionais (ROY; ANDREWS, 1999).

Os comportamentos resultantes destes subsistemas são observados a partir de quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência. O modo fisiológico é voltado para o atendimento de necessidades básicas para a manutenção da integridade fisiológica, tais como: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade, repouso e proteção. Os processos complexos, desse modo, estão associados aos sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e endócrina. O modo de autoconceito é direcionado ao atendimento das necessidades psíquicas, enfoca-se nos aspectos psicológicos e espirituais. O modo de função de papel contempla as necessidades de integridade social, identifica os padrões de relação interpessoal refletidos pelos papéis primários secundários e terciários. E o modo de interdependência, por sua vez, atua sobre as necessidades afetivas, identificando os padrões de valor humano, afeição e amor (ROY; ANDREWS, 1999).

Esse primeiro momento de avaliação de comportamentos e estímulos é alcançado por meio da realização de uma minuciosa anamnese e exame físico, dos quais extraíram-se dados imprescindíveis para a determinação dos diagnósticos de enfermagem. As próximas etapas do processo de enfermagem com ênfase no modelo adaptativo, descrito por Roy, referem-se aos diagnósticos de enfermagem, ao estabelecimento de metas, à intervenção e avaliação, que serão descritos no tópico a seguir, fundamentados na terminologia da CIPE® Versão 1.0. A Figura 1 ilustra as etapas do processo de enfermagem do Modelo da Adaptação.



Fonte: ROY; ANDREWS, 1999

Figura 1: Fases do processo de enfermagem descrito por Roy e sua relação com o indivíduo enquanto um ser adaptativo.

3.3 O processo de enfermagem de Roy, utilizando a terminologia da CIPE® Versão 1

A CIPE® é uma terminologia combinatória da prática de enfermagem que proporciona a documentação sistemática dos trabalhos realizados com clientes, famílias e comunidades. Essencialmente, os componentes da CIPE® são os elementos da prática de enfermagem: o que os enfermeiros **fazem** com relação a certas **necessidades humanas** para produzir determinados **resultados** (intervenções, diagnósticos e resultados) (CIPE®, 2007).

Os diagnósticos de enfermagem, terceira fase do processo, refletem o julgamento clínico e raciocínio crítico do cuidado realizado pelo (a) enfermeiro (a). Para a composição dos diagnósticos e resultados, segundo a CIPE®, são recomendados a utilização obrigatória de um termo do Eixo **Foco** e um termo do Eixo **Julgamento**, podendo ser utilizados termos adicionais dos eixos Foco e Julgamento e dos demais eixos, se necessário (CIPE®, 2007).

É válido ressaltar que os comportamentos descritos no modelo teórico de Roy referem-se a respostas humanas, logo, se assemelham aos diagnósticos de enfermagem.

As etapas seguintes estão relacionadas ao estabelecimento de metas e à implementação das intervenções. Utilizando o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0, para construir uma afirmativa de intervenção de enfermagem, devem ser incluídos, obrigatoriamente, um termo do Eixo **Ação** e um termo do Eixo **Alvo**. Poderão ser incluídos termos adicionais de qualquer outro eixo, com exceção do Eixo **Julgamento**, se necessário

Após as intervenções, estas poderão ser avaliadas por meio da alteração dos diagnósticos, fatores etiológicos, estilo de vida, bem como das medidas antropométricas (pressão arterial, IMC, circunferência abdominal, relação cintura-quadril, entre outros). Convém ressaltar que a fase de avaliação não será contemplada neste estudo.

O cuidado de enfermagem envolve ações técnicas e relacionais, e essa interação faz a diferença em qualquer instância de saúde, ao passo em que a distancia do saber biomédico, o qual lida com a doença e não com o doente.

Urge, portanto, a apropriação de uma prática própria, dotada de valorização da subjetividade humana, da diversidade de saberes técnicos e populares, de produção de autonomia e de busca à promoção da saúde enquanto projeto de vida. Segundo Arruda (2005), é necessário observar a doença como um fenômeno que acarreta implicações afetivas, profissionais, familiares ou, em um âmbito mais restrito, pessoais para aqueles que o vivenciam.

Assim, Ayres (2004) alerta sobre a necessidade de fugir da inércia estéril do estar fazendo “corretamente”, a conhecida e segura parte técnica do trabalho. Percebe-se, em vista disso, uma emergente necessidade de promover um espaço de interação terapêutica nas diferentes esferas do atendimento ao cliente, reinvestindo energias e confiança em um convite ao novo, em busca da solução dos problemas vislumbrados na prática.

Acredita-se que o desenvolvimento do processo de enfermagem com base no Modelo Teórico da Adaptação na atenção primária à saúde é viável e propicia um cuidado de qualidade, por ser a adaptação uma característica inerente ao ser humano. Essa teoria tem como vantagens a consideração do homem em constante interação com seu meio, bem como a necessidade de ajustes e adaptações frente a possíveis eventos adversos.

O uso de diagnósticos de enfermagem pode contribuir significativamente para a autonomia do (a) enfermeiro (a). Entretanto, para que esta seja uma atividade notória na enfermagem, é necessário um trabalho em equipe de forma que haja continuidade, não havendo percas em tentativas individuais.

Por consequência, a sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde tende a promover melhoria nas condições de saúde do indivíduo, sobretudo, no âmbito da prevenção, além de satisfação profissional e, em um âmbito mais abrangente, na redução da morbimortalidade da HAS e das possíveis complicações advindas. Cabe aos (às) enfermeiros (as), portanto, desenvolver habilidades que incentivem à prática de construções

teóricas aprendidas na academia ou em outros processos de ensino-aprendizagem, incorporando-as ao fazer ações de natureza técnica-científica, relacional, ética e espiritual.

MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Natureza do estudo

Pesquisa do tipo estudo de casos múltiplos que, segundo Yin (2001), é a estratégia escolhida quando o foco do estudo se concentra em fenômenos contemporâneos inseridos em qualquer contexto de vida real. Tal estratégia contribui de forma inigualável para a compreensão de fenômenos individuais, sociais, organizacionais e políticos. Logo, tal metodologia faz-se pertinente, uma vez que possibilita uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos de vida real.

4.2 Cenário do estudo

Trata-se de um Centro de Saúde da Família, da Secretaria Executiva da Regional V, inserido no grande Bom Jardim que, juntamente, com outros três centros de saúde, atendem toda a comunidade residente nesse bairro. Tem 21 microáreas em sua área de abrangência, as quais se dividem em quatro áreas assistidas por quatro equipes de saúde. Com 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estando, portanto, dez microáreas não assistidas por esses profissionais. Dessa forma, o número de pessoas cadastradas por ACS é menor que o total de pessoas assistidas na unidade.

No ano de 1999, foi implantado o HIPERDIA, programa voltado para a assistência de hipertensos e diabéticos e, desde então, esses paciente são cadastrados nesse programa e recebem assistência em atividades de consultas individuais, educação em saúde, atividades de grupo e recebimento de medicações.

4.3 Sujeitos do estudo

A população é formada por indivíduos acometidos por complicações oriundas da hipertensão arterial, usuários de uma Unidade de Saúde da Família, da Secretaria Executiva da Regional V, no município de Fortaleza- CE.

Integraram o estudo os indivíduos assistidos por quatro equipes de saúde da família que atuam na referida unidade. Conforme citado no cenário do estudo, têm-se microáreas não assistidas por ACS, fato que dificultou a obtenção de dados reais sobre o total

de habitantes assistidos na unidade. O total de habitantes em questão correspondeu às pessoas cadastradas pelos 11 ACS que se encontravam em ativa no momento da investigação. Desse modo, dentre os 9.482 habitantes cadastrados, 488 possuem diagnóstico de hipertensão arterial e 49 diagnósticos de doenças associadas à hipertensão, sendo estes os sujeitos deste estudo. É válido frisar que, se considerar a prevalência de HAS de 20% da população adulta, pode-se inferir que há uma considerável sub-notificação.

Foram incluídos no estudo os sujeitos que tinham, no mínimo, 60 dias de tratamento; e excluídos os pacientes que mudaram de domicílio durante o desenvolvimento do estudo ou que apresentaram algum déficit neurológico que dificultassem a compreensão e comunicação.

Após seleção da amostra, foram identificados 45 pacientes, dentre os 49 com diagnósticos de doenças associadas à HAS. Destes, um paciente foi a óbito, dois pacientes mudaram de domicílio e um tinha déficits cognitivo e/ou neurológico por sequela de acidente vascular cerebral (AVC).

4.4 Procedimentos e instrumentos para a coleta dos dados

A pesquisa apresenta as etapas do processo de enfermagem de Roy até a proposição das intervenções. A coleta dos dados realizou-se de julho a setembro de 2009 com a utilização de um formulário e roteiro estruturado para entrevista.

O instrumento de coleta de dados constitui-se, em sua primeira parte, de um formulário, com os aspectos do modo adaptativo fisiológico. Em virtude da subjetividade dos demais modos adaptativos, foi formulado um segundo instrumento que consistiu em um roteiro de entrevista estruturada. Foi acrescentado também um roteiro de exame físico de forma a nortear e uniformizar os dados.

O formulário (1ª parte) contemplou dados de identificação, medidas antropométricas, além da investigação dos estímulos e respostas, enfocando o modo adaptativo fisiológico. Foi adaptado de um formulário elaborado por Lopes (1998) e testado durante um estudo de caso realizado como parte das atividades da disciplina Prática do Cuidado em Saúde e Enfermagem, no Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará.

O roteiro da entrevista (2ª parte) foi elaborado com base nas questões propostas por Roy e Andrews (1999) para investigação de estímulos e respostas nos modos adaptativos

de autoconceito, função de papel e interdependência. Este também foi avaliado e reformulado após testagem durante a realização do estudo de caso citado.

Foram realizados testes pilotos para verificação da adequabilidade do instrumento. Além disso, foi utilizada a observação no domicílio dos pacientes, de forma a apreender suas respostas não-verbais, bem como a dinâmica familiar.

As medidas antropométricas foram realizadas pela pesquisadora de forma padronizada por instituições de abrangência nacional ou internacional. Para avaliação do estado nutricional, foi utilizada a referência da Organização Mundial da Saúde para o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), que consiste no peso em Kg, dividido pelo quadrado da altura em metros. Os valores de referência são: normal (18,5- 24,9 Kg/m²), sobrepeso (25- 29,9 Kg/m²), obesidade grau I (30-34,9 Kg/m²), obesidade grau II (35-39,9 Kg/m²) e obesidade grau III (≥ 40 Kg/m²).

A aferição da pressão arterial está descrita no Quadro 4, conforme a padronização da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006).

- 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 ao 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 que o paciente 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 um 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 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg 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
12. Se os batimentos persistirem até nível zero, determinar a pressão diastólica no no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar os valores sistólica/diastólica/zero
13. Esperar um a dois minutos antes de novas medidas
14. Informar os valores de pressão arterial obtidos

Quadro 4 - Procedimento de medida da pressão arterial.

4.5 Análise

Após a coleta dos dados, estes foram organizados e analisados à luz da teoria da Adaptação de Roy e da literatura atualizada sobre hipertensão arterial. Os diagnósticos identificados e as metas e intervenções propostas foram desenvolvidas utilizando a CIPE® Versão 1.0.

Os diagnósticos de enfermagem foram formulados com uma composição mínima de termos dos eixos foco e julgamento conforme preconiza a CIPE® Versão 1.0. Na fase posterior, foram planejadas intervenções para os diagnósticos mais prevalentes, sendo propostas intervenções para os diagnósticos que atingiram uma frequência percentual de 45% da amostra.

4.6 Aspectos éticos

Com relação aos aspectos éticos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Ceará. Após aprovação, foi enviado ofício à unidade de saúde, local onde a pesquisa foi realizada. Aos participantes da amostra, foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual estavam descritos os objetivos do estudo e as garantias de liberdade para participar ou não sem riscos ou prejuízos na continuidade do tratamento. Foi solicitada também a permissão para a gravação das entrevistas.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos participantes do estudo

Ao propor um cuidado clínico a hipertensos com complicações associadas à hipertensão arterial, faz-se necessário conhecer suas características sócio-demográficas e clínicas, de forma a elaborar um cuidado individualizado e contextualizado, voltado para a realidade de cada paciente.

A seguir vê-se essa caracterização da amostra e suas possíveis relações com a hipertensão arterial.

Tabela 1 - Descrição das características sociodemográficas da amostra. Fortaleza-CE, 2009.

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	FA	%	Média*	Desvio padrão*
Sexo				
Masculino	23	51,2		
Feminino	22	48,8		
Faixa etária			63,0	11,3
40 - 50 anos	2	4,5		
50 - 60 anos	19	42,2		
60 - 70 anos	10	22,2		
70 - 80 anos	10	22,2		
80 -	4	8,9		
Raça				
Branco	14	31,1		
Não branco	31	68,9		
Estado civil				
Solteiro	2	4,5		
Casado	30	66,7		
Separado/divorciado	6	13,3		
Viúvo	7	15,5		
Escolaridade (anos de estudo)			4,3	3,9
Analfabeto	14	31,1		
Ensino Fundamental Incompleto	22	49,0		
Ensino Fundamental Completo	6	13,3		
Ensino Médio Incompleto	1	2,2		
Ensino Médio Completo	1	2,2		
Nível Superior	1	2,2		
Ocupação				
Aposentado	17	38,0		
Auxílio doença (INSS)	8	17,7		
Empregado	8	17,7		
Desempregado	12	26,6		

Total de participantes N= 45 *Os valores foram arredondados para uma casa decimal.

Com relação ao sexo, obteve-se o predomínio do sexo masculino (51,2%). Estudos realizados por Muniz Filha (2007) e Abreu (2007) em amostras com pacientes que apresentavam complicações associadas à HAS, identificaram-se que 53,3% e 67,1% dos participantes eram do sexo masculino, respectivamente. Oingman (2004) corrobora esses dados afirmando que as complicações da HAS são mais precoces e extensas entre os homens.

Estudos sugerem que o risco de complicações da hipertensão arterial, em geral, é maior em homens do que em mulheres. Pesquisa realizada com 622 hipertensos com diagnósticos de Hipertrofia Ventricular Esquerda (HVE), Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Insuficiência Renal Crônica (IRC) identificou uma maior prevalência de HVE em homens do que em mulheres com idade ≥ 49 anos, de AVC em homens brancos do que em mulheres brancas e de insuficiência renal em homens do que em mulheres (NOBLAT et al., 2004).

A diferença do percentual de homens em relação ao de mulheres foi pequena neste estudo, fato relacionado à interação existente entre sexo e faixa etária, que gera diferenças nas taxas de prevalência. A saber, a hipertensão arterial tem maior prevalência entre os homens até 50 anos, e, após essa idade, atinge mais frequentemente as mulheres, possivelmente pelas alterações hormonais oriundas da menopausa, as quais aumentam a morbimortalidade para as doenças cardiovasculares (DBHA, 2006).

Considerando que a maioria dos participantes possuía idade igual ou superior a 50, com uma média de 63,0 anos, é plausível o elevado percentual de mulheres. Além disso, as mulheres buscam mais os serviços de saúde, facilitando a notificação e diagnóstico das doenças.

A faixa etária da amostra variou entre 40 e 85 anos com uma média de 63,0 anos e desvio padrão de $\pm 11,3$ anos. Dos participantes 53,3% possuíam idade igual ou superior a 60 anos, o que evidencia a acentuada prevalência da hipertensão entre os idosos.

A multiplicidade de consequências da hipertensão arterial não controlada caracteriza-se como importante causa na redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. Investigação populacional, realizada em 15 capitais e no Distrito Federal, afirma que a frequência do relato da hipertensão auto-referida aumentou com a idade. A prevalência variou de 7,4% a 15,7% nas pessoas com idade entre 25 e 39 anos, de 26,0% a 36,4% naqueles entre 40 e 59 anos e de 39,0% a 59,0% nos idosos (60 anos ou mais) (BRASIL, 2003).

A idade foi considerada estímulo contextual para o sobrepeso/obesidade em mulheres na menopausa e, entre os idosos, torna a terapêutica mais complexa em virtude das

alterações fisiopatológicas do envelhecimento que podem requerer um maior número de medicações e, associadas a baixos níveis econômicos e de escolaridade (Tabela 1), dificultam a adesão à terapêutica.

Sabe-se que a prevalência da hipertensão arterial aumenta progressivamente com a idade (DBHA, 2006), entretanto, é preocupante o número de pessoas com complicações associadas à HAS em idade produtiva, ocasionando grandes custos financeiros para os sistemas de saúde e previdenciário. A idade mínima entre os participantes foi de 40 anos de idade, o que se torna muito precoce se considerar que são pessoas que já apresentam doenças associadas à hipertensão.

Vê-se, então, a importância de estratégias que visem à detecção precoce, tais como campanhas para aferição em massa da pressão arterial, consultas médicas e de enfermagem, exames ambulatoriais de rotina e verificação da pressão em todas as consultas realizadas.

Para a descrição da cor da pele, não foram estratificadas raças específicas para os não brancos. A miscigenação brasileira dificulta essa classificação. A maioria dos participantes foram classificados como não brancos (68,9%), reforçando a afirmação de que a raça negra é um fator de risco para a HAS.

Quanto à cor, negros e mulatos, tem sido considerada fator de risco para a hipertensão arterial, sobretudo as formas graves. Além disso, negros e mulatos hipertensos têm maior risco de lesão em órgão alvo, tais como o AVC, HVE e IRC, em relação aos brancos, com diferença racial maior para o acidente vascular cerebral não fatal (NOBLAT; LOPES; LOPES, 2004).

Com relação ao estado civil, a análise incide sobre a importância da presença ou não de um companheiro no enfrentamento de problemas de saúde. Dentre os participantes, observou-se um predomínio de casados (66,7%), o que pode estar associado a estímulos positivos ou negativos. Como estímulo positivo, cita-se a ajuda e o incentivo do (a) companheiro (a) na realização do tratamento, aceitação pessoal do paciente, bem como apoio na resolução de possíveis conflitos decorrentes da não adaptação à condição de adoecimento. Como estímulos negativos citam-se a ausência de diálogo, de aceitação e de companheirismo entre os casais, entre outros.

Em contrapartida, a ausência de um companheiro, como no caso dos solteiros (4,5%), viúvos (15,5%) e divorciados/separados (13,3%) pode estar atrelada à ausência de base familiar, dificultando o enfrentamento da doença.

Neste estudo, foram identificados tanto estímulos positivos como negativos na produção de comportamentos frente ao processo de adoecimento. Faz-se necessário, portanto, o reconhecimento, por parte do (a) enfermeiro (a), de pessoas significativas no âmbito familiar, de forma a potencializar essas relações e instituir a família como uma aliada na adesão ao tratamento.

A escolaridade vem sendo considerada um fator determinante na adesão ao tratamento. Mais da metade da amostra possuíam nível de escolaridade entre analfabeto (31,1%) e ensino fundamental incompleto (49,0%), esperado em uma amostra composta de pessoas com doenças associadas à hipertensão. Analisando pelos anos de estudo, obteve-se uma média de 4,3 anos de estudo e desvio padrão de 3,9 anos. Estudo que analisou a prevalência da hipertensão, segundo o tempo de estudo, afirmou que esta é significativamente menor naqueles com maior escolaridade, variando de 25,1% a 45,8% para os entrevistados com ensino fundamental incompleto e de 65,0% a 26,6% nos entrevistados com pelo menos o ensino fundamental completo (BRASIL, 2003). Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em São Leopoldo, Rio Grande do Sul (HARTMANN et al., 2007). O grau de instrução dos indivíduos é um estímulo contextual a ser considerado na elaboração e execução de atividades de educação para a saúde.

A ocupação pode influenciar no comparecimento ou não às consultas realizadas no período diurno. Apenas um pequeno percentual da amostra encontrava-se na ativa (17,7%). Fato relacionado à faixa etária da amostra que se encontrava dentro dos limites estabelecidos para a aposentadoria.

A presença de aposentados e pensionistas pode atuar como estímulo positivo para aqueles que utilizam seu tempo livre na realização de atividade de autocuidado, entretanto, traz a ociosidade àqueles pacientes sedentários.

Com relação à quantidade de salários recebidos, verificou-se que se trata de uma amostra com baixo poder aquisitivo, sobretudo, se relacionar o rendimento familiar e o número de residentes no domicílio. A média do rendimento familiar é de 1,6 salários mínimos com desvio padrão de 1,0 salário mínimo.

A análise das características clínico-epidemiológicas aponta para uma amostra com a presença de fatores de risco tais como: história familiar, obesidade, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo. É notório, também, o descaso com medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde, uma vez que a hipertensão arterial foi descoberta, prioritariamente, pela

presença de sinais e sintomas de pico hipertensivo ou com o surgimento de doenças associadas.

Tabela 2 - Descrição da amostra segundo características clínico-epidemiológicas. Fortaleza-CE, 2009

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS	FA	%	Média	Desvio Padrão
Tempo de descoberta da HAS			8,3	6,3
< 1 ano	3	6,7		
1 a 6 anos	15	33,3		
7 a 12 anos	19	42,2		
13 a 19 anos	3	6,7		
≥ 20 anos	3	6,7		
Não sabe/Não lembra	2	4,4		
Tempo de descoberta das complicações			5,3	4,4
< 1 ano	6	13,3		
1 a 6 anos	25	55,5		
7 a 12 anos	9	20,0		
13 a 19 anos	3	6,7		
≥ 20 anos	1	2,2		
Não sabe/Não lembra	1	2,2		
Como descobriu ser hipertenso				
Ao apresentar sinais e sintomas de pico hipertensi	15	33,3		
Ao apresentar sinais e sintomas das complicações	23	51,1		
Consulta médica da rotina ou verificou PA na farmácia	1	2,2		
Exame médico do trabalho/ habilitação para dirigir	3	6,7		
Não lembra	3	6,7		
Doenças associadas*				
Acidente vascular cerebral	22	48,9		
Infarto agudo do miocárdio	13	28,9		
Insuficiência cardíaca congestiva	3	6,7		
Hipertrofia do ventrículo esquerdo	14	31,1		
Insuficiência renal crônica	2	4,4		
Internações anteriores				
Sim	34	75,5		
Não	11	24,5		

Continuação Tabela 2 - Descrição da amostra segundo características clínico-epidemiológicas.
Fortaleza-CE, 2009

Motivo das internações*		
Pico hipertensivo	11	24,4
Doenças associadas à HAS	18	40,0
Revascularização do miocárdio/Angioplastia	7	15,5
Cateterismo	3	6,7
Outros	11	24,4
Antecedentes familiares de HAS		
Sim	32	71,1
Não	13	28,9
Antecedentes familiares de doenças associadas		
Sim	21	46,7
Não	24	53,3

*O percentual das doenças associadas à HAS e motivos da (s) internação (ões) está associado ao total da amostra (N=45), entretanto, obtive-se um percentual maior que 100%, uma vez que alguns pacientes apresentavam mais de uma doença associada à hipertensão arterial e/ou mais de um motivo de internação.

Com relação ao tempo de diagnóstico da hipertensão arterial, a maior parte dos participantes (42,2%) descobriu-se doente entre 7 e 12 anos, com uma média de 8,3 anos, mediana 7,0 anos e desvio padrão de $\pm 6,3$ anos. No que se refere às complicações, 55,5% foram diagnosticadas acerca de 1 a 6 anos, com uma média de 5,3 anos, mediana de 5,0 anos e desvio padrão de $\pm 4,4$ anos.

Conforme se observa, a mediana do tempo de descoberta da hipertensão arterial tende a se aproximar do tempo de descoberta das complicações, uma vez que a maior parte da amostra (40%) descobriu a hipertensão juntamente com os sintomas de doenças associadas.

Avaliar o tempo de diagnóstico e tratamento da hipertensão é importante, tendo em vista que esse tempo está relacionado à adesão ao tratamento. Estudo realizado com 401 hipertensos e que estavam sem tratamento com anti-hipertensivos por pelo menos 60 dias, identificou que quanto maior o tempo de diagnóstico de HAS, maior o grau de abandono do tratamento (ANDRADE et al., 2002; SOUZA et al., 2005).

Cerca de 16% a 50% das pessoas com diagnóstico de HAS que iniciam a terapêutica medicamentosa, descontinuam a medicação no primeiro ano de uso, e um número substancial daqueles que permanecem em uso da medicação o fazem inadequadamente (ANDRADE et al., 2002).

A não realização de atividades preventivas e de promoção da saúde explica também os excessivos percentuais de pessoas que descobriram a hipertensão em uma fase avançada, ou seja, por ocasião de sinais e sintomas de pico hipertensivo ou surgimento das doenças associadas, correspondendo a 33,3% e 51,1%, respectivamente.

Na avaliação de estímulos, dependendo da pessoa em questão, o tempo tanto pode ser estímulo positivo, contribuindo como facilitador do conhecimento e da conscientização do tratamento, como pode ser estímulo negativo para a não adesão.

Estratégias de busca ativa realizadas em nível da atenção primária são importantes aliadas na detecção e diagnóstico precoce. Para isso, é preciso a realização de campanhas educativas, aferição da PA em todas as consultas, incentivo à realização de atividade física e controle do peso. O ideal é que o diagnóstico seja realizado em aferições da pressão arterial de rotina e não por ocasião de sinais e sintomas, uma vez que a hipertensão arterial em seu estágio inicial é assintomática.

Estudo realizado por Moura et al. (2009) com objetivo de identificar as práticas de cuidado de enfermagem ao hipertenso na produção científica dos últimos dez anos, a consulta de enfermagem foi relatada como a principal prática de cuidado (56,6%). No que se refere à utilização da educação em saúde, percebe-se o predomínio de orientações individuais (33,3%), não ocasionando o impacto desejado na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Com relação às doenças associadas à HAS, tem-se um total absoluto de 54 episódios de doenças, revelando sobreposição de doenças em uma mesma pessoa. Entretanto, se considerar que alguns participantes tiveram a mesma doença mais de uma vez, esse valor tende a aumentar. Na Tabela 2 consta apenas um episódio de cada doença por pessoa. As doenças de maior ocorrência foram o acidente vascular cerebral (48,9%), seguido de hipertrofia do ventrículo esquerdo (31,1%) e infarto agudo do miocárdio (28,9%).

A HAS é o principal fator de risco para o acidente vascular cerebral, sendo responsável por 40% das mortes por essa doença (SMELTZER ; BARE, 2006; BERLLAN; ANGELIS; CINTRA, 2003; DBHA, 2006).

O AVC representa a terceira causa de morte em países industrializados e a primeira causa de incapacidade entre adultos. Foi a segunda causa de hospitalização por doenças cardiovasculares no Brasil (DBHA, 2006; FALCÃO et al., 2006).

A insuficiência cardíaca é um diagnóstico sindrômico, caracterizado pela incapacidade do coração de manter a perfusão adequada aos tecidos. Essa condição requer o

desenvolvimento de mecanismos adaptativos (taquicardia, o aumento das pressões de enchimento e do volume circulatório) e produz alterações estruturais como a hipertrofia e dilatação, comprometendo o desempenho contrátil do coração (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005; FOPPA, 2006). Como a amostra foi constituída por hipertensos com complicações em decorrência do não controle da PA, tem-se o elevado percentual de hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE), uma vez que a PA elevada impõe maior sobrecarga cardíaca.

No que se refere às cardiopatias, a HAS é responsável por 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica (FUCHS, 2004). Esta relação se dá pelo efeito lesivo da PA elevada sobre as artérias coronarianas. Ocorre uma modificação no endotélio vascular que propicia o início e a progressão da aterosclerose. O resultado final desse processo é o estreitamento da luz das artérias coronárias afetadas, ocasionando redução do fluxo sanguíneo e consequente Infarto Agudo do Miocárdio (RIGACCI; GALLANI; COLOMBO, 2003).

É válido ressaltar que essas complicações da HAS são responsáveis pela maior parte das internações entre os participantes. Encontrou-se que 75,5% dos pesquisados já se internaram, e destes, 40,0% foram devido AVC, 24,4% devido pico hipertensivo, 15,5% para se submeter a Revascularização do Miocárdio ou Angioplastia, 6,7% para realizar Cateterismo Cardíaco e 24,4% por outros motivos.

A presença de casos de HAS e de doenças associadas à HAS na família vem a ser um estímulo negativo não modificável, identificado em 71,1% e 46,7% da amostra, respectivamente. Esses valores elevados fortalecem a necessidade de atitudes preventivas diante de pessoas com histórico familiar de HAS ou outras doenças cardiovasculares.

É considerada forte fator de risco para HAS a história familiar de doença cardiovascular em mulheres com menos de 65 anos e homens com menos de 55 anos.

Para Barreto-Filho e Krieger (2003), dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos.

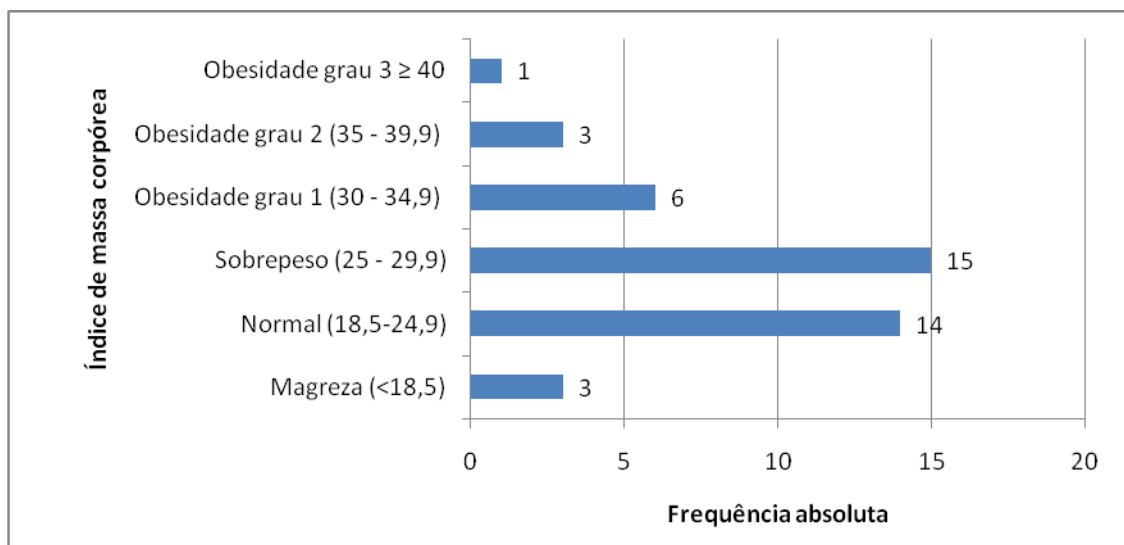


Gráfico 1 - Descrição dos participantes* segundo classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC). Fortaleza-CE, 2009.

* n = 42 com relação ao índice de massa corpórea e circunferência abdominal, n = 42, pois três paciente estavam acamados, impossibilitando a medição do peso, altura e circunferência abdominal.

A obesidade é uma doença que vem atingindo altas taxas de prevalência tanto em países desenvolvidos, como naqueles em desenvolvimento, excetuando-se os países de extrema pobreza. Trata-se um problema não apenas de caráter estético, mas de manutenção da saúde.

É uma doença de alta prevalência com importantes implicações sociais, psicológicas e médicas (SOUZA et al., 2003). Aproximadamente, 32% da população brasileira apresenta sobrepeso (Índice de Massa Corporal- IMC ≥ 25), sendo esta taxa de 38% para o sexo feminino e de 27% para o sexo masculino. A obesidade (IMC > 30) foi encontrada em 8% da população brasileira (SBC, 2007).

A obesidade, isoladamente, é considerada importante fator de risco cardiovascular, tendo implicações mais deletérias à saúde da população em virtude de sua associação com a hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias, também denominadas síndrome metabólica (CABRERA et al., 2005; SOUZA et al., 2003; CARNEIRO et al., 2003; FERREIRA; ZANELLA, 2000).

O Gráfico 1 confirma essas elevadas taxas de sobrepeso/obesidade entre os participantes: 33,3% dos indivíduos apresentam sobrepeso e 22,2% são obesos, ou seja, 55,5% dos indivíduos apresentam risco cardiovascular. Tais dados estão associados ao fato de a amostra ser constituída por hipertensos com doenças associadas, entre estas, o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, portanto, não se tem somente o risco cardiovascular e sim a doença já instalada.

Esses dados não foram correlacionados com o sexo, fator que determina diferenças nas taxas de prevalência, pois não faz parte dos objetivos deste estudo. Contudo, estudos com bases populacionais concordam que a obesidade é mais frequente entre as mulheres.

Estudos vêm sendo realizados no sentido de elucidar o impacto da obesidade como fator de risco cardiovascular. Carneiro et al. (2003) avaliaram 499 pacientes com sobrepeso e obesidade admitidos para tratamento no Ambulatório de Obesidade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Os dados revelaram altas taxas de prevalência de intolerância à glicose ou diabetes (21,8%), hipercolesterolemia (49,1%), hipertrigliceridemia (21,3%) e hipertensão arterial (43,8%) nessa população. Também a prevalência de hipertensão aumentou de 23% no grupo com sobrepeso para 67,1% ($p < 0,05$) em pacientes com obesidade grau três.

Associada à obesidade geral, avaliada a partir do índice de massa corpórea, é importante atentar para a adiposidade abdominal, avaliada pela medida da circunferência abdominal e que tem sido relacionada com a gênese da hipertensão arterial e resistência à insulina (FERREIRA ; ZANELLA, 2000).

Estudo com delineamento transversal de 1039 adultos ≥ 18 anos, escolhidos por amostragem aleatória, evidenciou que nos pacientes com e sem excesso de gordura abdominal, as frequências de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias foram, respectivamente de; 57,7%/32,0% ($p < 0,001$), 11,8%/6,4% ($p = 0,03$) e 32,2%/24,1% ($p = 0,005$) (SOUZA et al., 2003).

No presente estudo, 68,2% das mulheres apresentam circunferência abdominal ≥ 88 cm e 21,7% dos homens apresentam circunferência abdominal ≥ 102 cm, correspondendo a 44,4% do total da amostra com excesso de adiposidade abdominal (Gráfico 2).

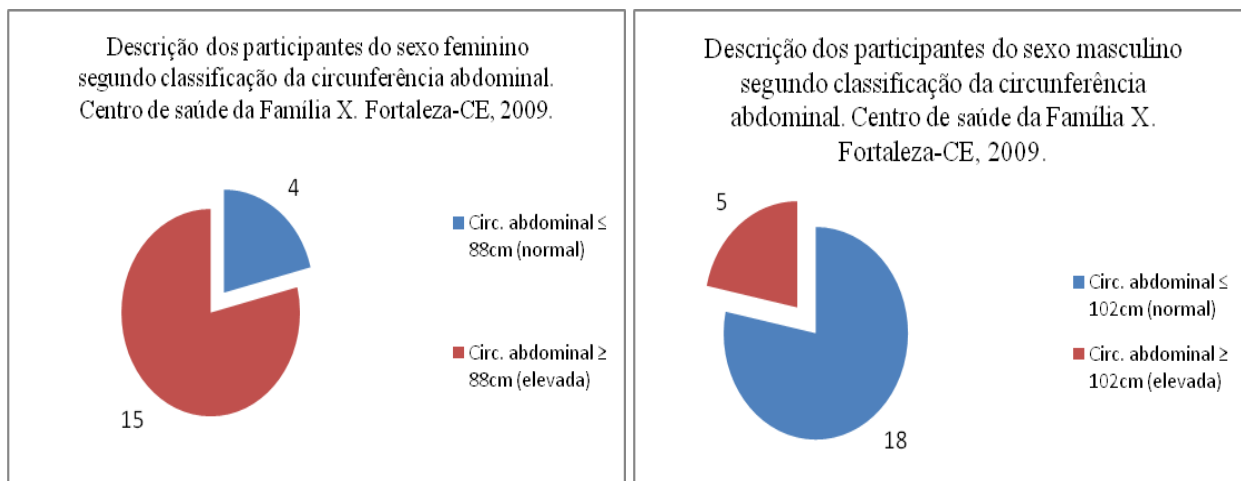


Gráfico 2 - Descrição dos participantes* dos sexos feminino e masculino, segundo classificação da circunferência abdominal. Fortaleza-CE, 2009

*n= 42. Com relação ao índice de massa corpórea e circunferência abdominal, obteve-se n=42, pois 3 pacientes eram acamados, o que impossibilitou a medição do peso, altura e circunferência abdominal.

É preocupante os elevados percentuais de pacientes com índice de massa corpórea e circunferência abdominal elevados. Segundo Roy e Andrew (1999), a obesidade é um problema adaptativo bastante comum no componente nutrição. Portanto, a necessidade de realização desses procedimentos como rotina nos atendimentos de saúde, de forma a avaliar seus riscos e orientar/incentivar atitudes preventivas como realização de atividade física e dieta hipocalórica.

Dados da DBHA (2006) sugerem que a redução de 5 a 10% do peso corporal inicial traz benefícios na redução da pressão arterial (PA).

Nesse contexto, as altas taxas de obesidade podem ocasionar o aumento das cifras pressóricas, conforme evidenciado no Gráfico 3.

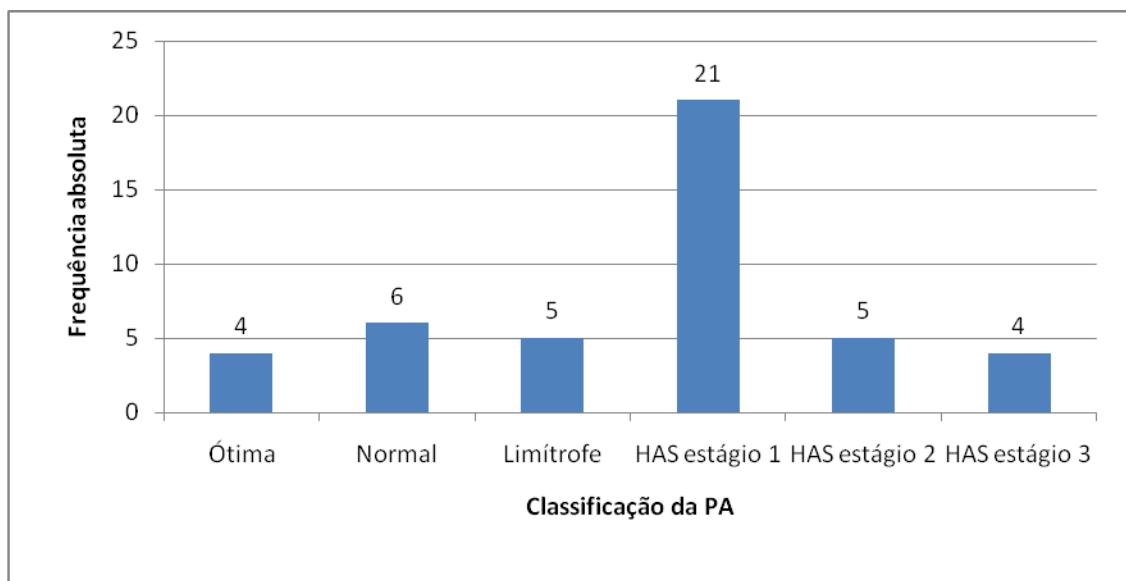


Gráfico 3 - Descrição dos participantes, segundo classificação da pressão arterial.

Fortaleza-CE, 2009

Apesar de a amostra ser constituída por hipertensos com doenças associadas, o que requer maior rigor na realização do tratamento e controle dos níveis pressóricos, é evidente a dificuldade dos pacientes em manter a pressão controlada.

Todos os participantes possuem conhecimento do diagnóstico de HAS e se encontram em tratamento farmacológico, entretanto, os níveis elevados de pressão arterial denotam falta de adaptação à doença e ao tratamento, sobretudo, às mudanças de estilo de vida.

Nesta pesquisa, os valores variaram de 110 a 200 mmHg para a PA sistólica e de 60 a 110 mmHg para PA diastólica, com uma média de 140 mmHg e 87 mmHg, respectivamente. Apenas 33,3% dos participantes tiveram sua PA controlada (ótima, normal ou limítrofe).

Apesar da eficácia da terapêutica anti-hipertensiva no controle da pressão arterial e na redução da morbimortalidade cardiovascular, estudos mostram baixos percentuais de controle da pressão arterial em virtude da baixa adesão ao tratamento. Conforme Andrade et al., (2002) menos de 1/3 dos hipertensos adultos têm sua PA adequadamente controlada.

Logo, a relação enfermeiro-paciente pautada no diálogo, na construção de vínculos, produção de autonomia e empoderamento dos conceitos sobre seu diagnóstico e tratamento devem ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo e controle da PA.

Roy e Andrews (1999) definem a pessoa enquanto um ser adaptativo em constante interação com os estímulos do meio ambiente, os quais produzem respostas adaptadas ou não. Essa concepção conduz o (a) enfermeiro (a) a refletir sobre a necessidade de conhecer o contexto no qual o paciente está inserido para o desenvolvimento de um cuidado individualizado e contextualizado a realidade deste.

O item a seguir descreve os comportamentos identificados entre os entrevistados. Esses comportamentos foram avaliados individualmente e servem como subsídios para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

5.2 Avaliação de comportamentos

A primeira fase do processo de enfermagem, segundo Roy, consiste na avaliação de comportamentos ou respostas da pessoa enquanto um sistema adaptativo. Essas respostas podem ser adaptadas ou ineficazes e sofrem influências de estímulos internos e externos descritos como focais, contextuais e residuais (ROY ; ANDREWS, 1999).

Os dados foram coletados mediante observação, medição e entrevista, englobando os quatro modos adaptativos. Os comportamentos identificados subsidiaram a elaboração dos diagnósticos, bem como o enfoque das intervenções de enfermagem.

No Gráfico 4, visualizam-se as frequências absolutas dos problemas adaptativos identificados nos cinco componentes do modo fisiológico, percebendo, assim, que, em um mesmo indivíduo, mais de um componente está afetado. Dentre esses, o de maior frequência foi o de atividade/repouso (77 episódios), refletindo alterações decorrentes de sequelas de doenças, bem como do alto percentual de indivíduos sedentários.

O componente nutrição também foi bastante afetado (74 episódios) e evidenciou pouca adaptação às mudanças alimentares exigidas no tratamento da hipertensão e das doenças associadas.

Ao analisar individualmente os problemas adaptativos, o sedentarismo torna-se mais evidente, estando presente em 84,4% dos indivíduos, seguido de sobrepeso/obesidade (57,8%), distúrbios no padrão de sono (42,2%), dieta normolipídica (33,3%), transporte inadequado de gases (33,3%) e dieta normossódica (24,4%).

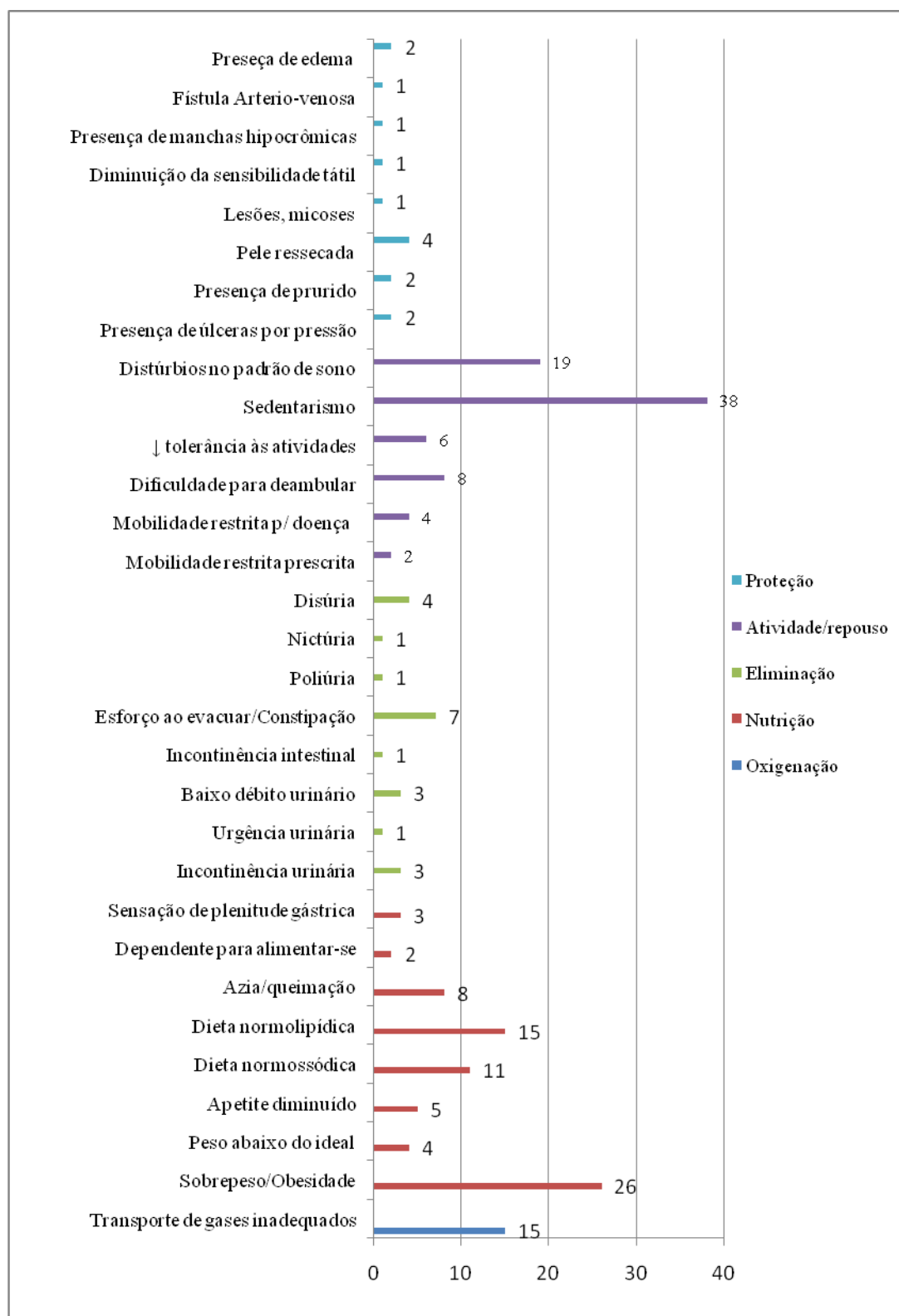


Gráfico 4 - Frequência dos problemas adaptativos no modo fisiológico em hipertensos com doenças associadas atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE. 2009

Com relação aos comportamentos de adaptação positiva, estes tiveram frequência em proporção inversa aos problemas adaptativos. Logo, os componentes de eliminação, proteção e oxigenação foram os mais presentes.

É evidente que esses indivíduos precisam conscientizar-se de seu processo saúde-doença de forma a adaptar-se às mudanças de estilo de vida necessárias ao tratamento.

É importante lembrar que o indivíduo portador de uma doença crônica trava consigo uma luta, em que aceitar ou negar o diagnóstico implicará em enfrentamento ou fuga da morte. A evolução desse processo pode ser descrita por meio dos mecanismos de enfrentamento desenvolvidos na adaptação da doença.

O tempo de adaptação diferirá entre os indivíduos, portanto, o tempo elevado de diagnóstico de HAS evidenciado na amostra não determina que estejam na fase de aceitação. É plausível afirmar que a presença de doenças associadas à HAS seja consequência da não adaptação ao tratamento.

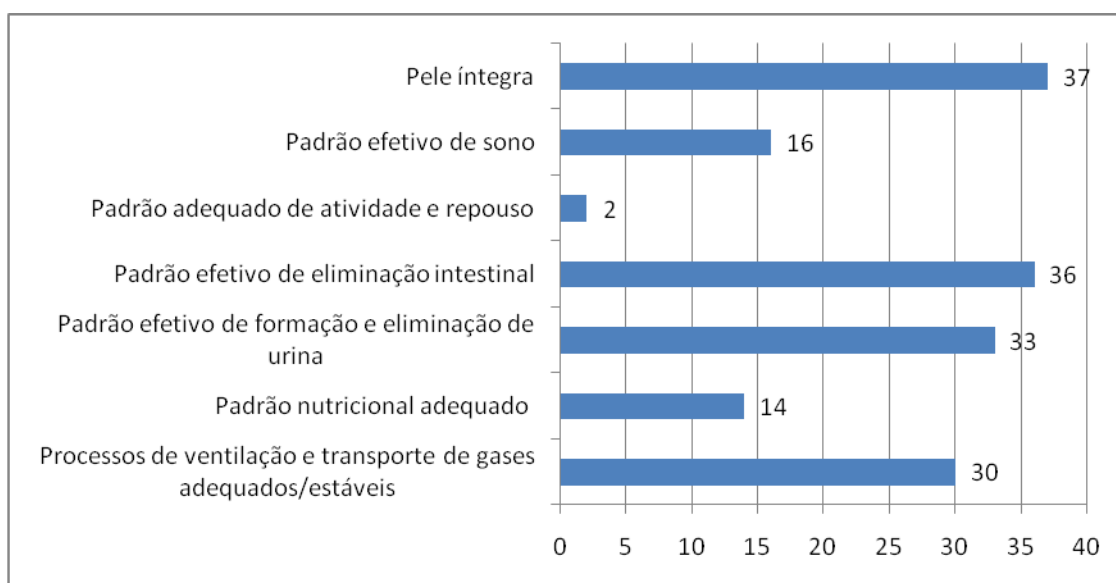


Gráfico 5 - Frequência dos comportamentos de adaptação positiva no modo fisiológico em hipertensos com doenças associadas atendidos em um Centro de Saúde da Família.

Fortaleza- CE. 2009

Roy e Andrews (1999) defendem o aspecto caleidoscópico da teoria, o qual se tornou evidente ao analisar, simultaneamente, comportamentos e estímulos conforme descrito na Tabela 3.

Os dados a seguir demonstram que um comportamento pode se tornar estímulo e um mesmo estímulo pode afetar vários comportamentos. Além disso, devido a forte influência de um

determinado estímulo sobre um problema adaptativo, percebeu-se que mais de um estímulo poderia ser considerado focal.

Tabela 3 - Descrição dos comportamentos/respostas associados aos estímulos focais e residuais identificados no modo adaptativo fisiológico oxigenação em hipertensos com doenças associadas atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE. 2009

INDICADORES DE ADAPTAÇÃO	FA	ESTÍMULOS FOCAIS	FA	ESTÍMULOS CONTEXTUAIS	FA
- Transporte de gases inadequado	15	- Dispnéia	5	- Sedentarismo	12
		- Redução do suprimento sanguíneo ao músculo cardíaco	6	- Idade	6
		- Tabagismo atual	3	-Tabagismo atual	3
		- Doença pulmonar	3	- Medo	1
		- Insuficiência cardíaca	3	- Restrição de movimentos devido à seqüela de AVC	2
		- Escoliose	1	- Ex-tabagismo	3
				- Obesidade	2
				- Exposição a alérgenos	1
				- Tosse produtiva	1

O transporte de gases inadequados relaciona-se à presença de doença cardíaca, tabagismo, doença pulmonar e escoliose. Os estímulos focais mais presentes foram dispneia e redução do suprimento sanguíneo cardíaco, identificados em pessoas que sofreram infarto agudo do miocárdio.

Dentre os estímulos contextuais, ressalta-se que a idade foi considerada uma alteração fisiológica do envelhecimento nos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Os demais estímulos contextuais afetam direta ou indiretamente o transporte de gases e função pulmonar de um modo geral.

Tabela 4 - Descrição dos comportamentos/respostas associados aos estímulos focais e residuais identificados no modo adaptativo fisiológico nutrição em hipertensos com doenças associadas, atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza-CE, 2009

INDICADORES DE ADAPTAÇÃO	FA	ESTÍMULOS FOCALIS	FA	ESTÍMULOS CONTEXTUAIS	FA
Sobrepeso/Obesidade	25	- Padrão alimentar maior que as necessidades corporais - Não adesão à dieta hipossódica - Não adesão à dieta hipolipídica	25 7 9	- Sedentarismo - Idade - Menopausa - Ansiedade/tensão emocional - Desmotivação - Falta de apoio familiar - Condições econômicas desfavoráveis	20 6 6 4 3 5 10
Peso abaixo do ideal	4	- Padrão alimentar menor que as necessidades corporais - Dor epigástrica	4 2	- Condições econômicas desfavoráveis - Ausência de dentes	3 3
Apetite diminuído	5	- Pouca disponibilidade de alimentos do agrado do paciente - Queimação - Dor epigástrica	2 1 3	- Condições econômicas desfavoráveis - Tosse seca persistente - Sensação de plenitude gástrica - Falta de apoio familiar - Pouca disponibilidade de alimentos do agrado do paciente - Ausência de dentes	5 1 3 2 3 2
Dieta normossódica	11	- Preferência por esses alimentos	11	- Desconhecimento - Idade - Falta apoio familiar	6 4 8
Dieta normolipídica	15	- Preferência por alimentos gordurosos	15	- Falta de apoio familiar	11
Azia/queimação	8	- Inflamação no estômago	9	- Uso de medicações - Ingestão de alimentos ácidos - Estresse/tensão emocional	7 9 4
Dependente para alimentar-se	2	- Diminuição do suprimento sanguíneo cerebral (sequela de	3	- Ausência de dentes	2

		AVC)			
Sensação de plenitude gástrica	3	- Alimentação inadequada - Má digestão	3 3	-Condições econômicas desfavoráveis - Sedentarismo	3 3

O mundo contemporâneo, industrializado, impõe ao indivíduo a necessidade de alimentos práticos, de rápido preparo, do tipo enlatados e conservas. Esses alimentos são compostos por alto teor de sódio, gorduras saturadas e carboidratos que, associados ao sedentarismo, aumentam o risco de síndrome metabólica (hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia).

Alimentar-se é um ato prazeroso e pode atuar como mecanismo de sublimação, daí as grandes taxas de obesidade no Brasil e no mundo. Essas elevadas taxas também foram evidenciadas neste estudo (55,5%), tendo como estímulos contextuais: sedentarismo, menopausa, ansiedade/tensão emocional, desmotivação pessoal, falta de apoio familiar, condições econômicas desfavoráveis e baixa escolaridade. Alguns desses estímulos têm seus mecanismos para elevação do peso sabidamente elucidados. No caso da ansiedade/tensão emocional, esta foi associada ao aumento do apetite nos momentos de estresse. A baixa condição financeira está relacionada ao baixo recurso para compra de alimentos saudáveis (frutas, hortaliças, carne branca), sendo os alimentos compartilhados por todos os membros da família, quer sejam saudáveis ou com diagnóstico de doenças crônicas.

A falta de apoio familiar foi identificada em indivíduos que referiram dieta normossódica e normolipídica em virtude da não aceitação, por parte dos familiares, de dieta com restrição de sódio e gordura.

A baixa escolaridade, por sua vez, contribui para a dificuldade de compreensão e conscientização da dieta a ser seguida.

Peso abaixo do ideal, apetite diminuído, azia/queimação e sensação de plenitude gástrica são problemas adaptativos sem relação direta com a HAS. Tratam-se de problemas individuais relacionados, sobretudo, a doenças gástricas, as quais apresentaram menor frequência.

Dietas normossódica e normolipídica estiveram presentes em 24,4% e 33,3% dos indivíduos, respectivamente, refletindo a necessidade de estratégias eficazes no alcance do tratamento dietético. Estudo realizado por Molina et al. (2003) aponta a correlação positiva entre o consumo de sódio e a elevação da pressão arterial.

Tabela 5 - Descrição dos comportamentos/respostas associados aos estímulos focais e residuais identificados no modo adaptativo fisiológico eliminação em hipertensos com doenças associadas, atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2009.

INDICADORES DE ADAPTAÇÃO	FA	ESTÍMULOS FOCAIS	FA	ESTÍMULOS CONTEXTUAIS	FA
Incontinência urinária	3	- Déficit neuromuscular devido à redução do suprimento sanguíneo cerebral	3	- Restrição dos movimentos devido a sequelas de AVC - Ambiente inadequado - Hemiplegia	3 1 2
Urgência urinária	1	- Disfunção do esfíncter urinário	1	- Estresse - Idade	1 1
Baixo débito urinário	3	- Diminuição da filtração glomerular	3	- Diminuição da ingestão hídrica	3
Poliúria	1	- Hiperglicemia	1	- Estresse	1
Disúria	4	- Doença renal de base - Infecção urinária - Obstrução da uretra	1 1 1	- Idade - Diabetes mellitus	2 2
Nictúria	1	- Infecção urinária	1	- Uso de diurético - Idade	2 1
Incontinência intestinal	1	- Déficit neuromuscular devido à redução do suprimento sanguíneo cerebral	2	- Restrição dos movimentos devido a sequelas de AVC	2
Esforço ao evacuar/Constipação	7	- Ressecamento das fezes - Diminuição da motilidade intestinal	4 5	- Dieta pobre em fibras - Condições econômicas desfavoráveis - Dor - Ingestão diminuída de líquidos - Uso de laxantes - Idade - Ambiente inadequado - Paciente restrito ao leito	7 6 4 3 2 4 1 1

Os problemas adaptativos relacionados à eliminação têm como principais fatores causais ou estímulos focais, a redução do suprimento sanguíneo cerebral, a hiperglicemia ou a insuficiência renal. Na realidade, o que se nota é o comprometimento de órgãos vitais (cérebro e rins), afetando o funcionamento de outros órgãos.

Nesse contexto, citam-se a incontinência urinária e intestinal como sequelas da redução do suprimento sanguíneo ocasionada pelo AVC. A poliúria é consequência da hiperglicemia (o paciente em questão encontrava-se com glicemia de 342 mg/dl, sendo encaminhado para avaliação médica). Urgência urinária, baixo débito urinário, disúria e nictúria são sinais e sintomas decorrentes da disfunção do sistema urinário.

Os seguintes fatores contribuem para esses problemas adaptativos e são considerados estímulos contextuais: sedentarismo, ambiente inadequado, hemiplegia, estresse, idade, redução da ingestão hídrica, diabetes mellitus, uso de diuréticos, dieta pobre em fibras, condições econômicas desfavoráveis, dor, uso de laxantes, ambiente inadequado, paciente restrito ao leito. Esforço ao evacuar/constipação foi o mais comum entre os problemas adaptativos da eliminação e constitui problemas individualizados sem relação direta com a hipertensão arterial.

Tabela 6 - Descrição dos comportamentos/respostas associados aos estímulos focais e residuais identificados no modo adaptativo fisiológico atividade/repouso em hipertensos com doenças associadas, atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2009.

INDICADORES DE ADAPTAÇÃO	FA	ESTÍMULOS FOCAIS	FA	ESTÍMULOS CONTEXTUAIS	FA
Mobilidade restrita prescrita	2	- Elevação da pressão arterial	2	- Obesidade - Estresse	1 2
Mobilidade restrita por sequela de doença	4	- Hemiplegia - Acamada devido à amputação em MIE	2 1	- Não movimentação ativa e passiva - Idade - Ausência de terapêutica de reabilitação	3 2 2
Dificuldade para deambular	8	- Déficit neuromuscular devido à redução do suprimento sanguíneo cerebral (sequela de AVC) - Hemiplegia - Dor	8 4 1	- Diminuição do tônus muscular - Obesidade - Limitação dos movimentos das articulações - Tontura - Idade	6 2 1 1 5
Diminuição da	6	- Déficit do suprimento	5	- Medo	1

tolerância às atividades		sanguíneo cardíaco - Dispneia - Dor em membros superiores e inferiores - Doença óssea de base - Doença pulmonar de base - Dor torácica	5 2 1 2 3	- Idade - Transporte de gases inadequados - Diminuição da mobilidade nas articulações - Tabagismo - Estresse	3 6 1 3 1
Sedentarismo	38	- Desmotivação - Dor em membros superiores e/ou inferiores - Prescrição médica - Doença óssea de base - Dificuldade de deambular (sequela de AVC) - Dor torácica - Dispneia - Rotina de trabalho - Tensão/medo de cair	19 9 3 1 5 2 4 3 3	- Falta de apoio familiar - Ambiente peri-domicílio inadequado (risco de violência, asfalto irregular) - Transporte de gases inadequados - Obesidade - Diminuição da mobilidade nas articulações - Tontura - Pouco conhecimento - Rotina de hemodiálise	12 14 5 4 2 1 27 1
Distúrbios no padrão de sono	19	- Dependência de medicações - Insônia - Ambiente inadequado - Alteração do relógio biológico - Excesso de trabalho - Nictúria	3 10 2 1 1 2	- Inquietação - Estresse/tensão emocional - Dificuldades econômicas - Uso de diurético	1 8 8 2

Os problemas adaptativos encontram-se interligados. O sedentarismo contribui para o excesso de peso e estes, quando presentes simultaneamente, aumentam o risco cardiovascular.

A realização de atividade física foi considerada em indivíduos que praticavam algum exercício com um tempo mínimo de 30 minutos, realizados de forma contínua na maior parte dos dias da semana (≥ 4 dias) (DBHA, 2006).

Apesar de 51,1% serem idosos, muitos dos pacientes referiram realizar atividades domésticas e/ou laborais fora do domicílio, entretanto, não consideramos como atividade física devido à dificuldade de mensuração de sua qualidade e quantidade.

Foram considerados sedentários 84,4% dos indivíduos e os estímulos focais envolvidos nessa situação são: desmotivação, dor em membros superiores e/ou inferiores, prescrição médica, doença óssea de base, dificuldade de deambular (sequela de AVC), dor torácica, dispneia, rotina de trabalho e tensão/medo de cair.

Dentre os estímulos contextuais, estão: a falta de apoio familiar, o ambiente peridomicílio inadequado (risco de violência, asfalto irregular), o transporte de gases inadequados, a obesidade, a diminuição da mobilidade nas articulações, a tontura e a baixa escolaridade.

Observa-se que muitos são os estímulos que influenciam essa situação, atentando, pois, para os relatos de desmotivação (relatada por 50,0% dos indivíduos sedentários); ou seja, dentre os sedentários, 50,0% afirmaram não querer ou não gostar de realizar atividade física.

Os demais problemas adaptativos relacionados à atividade são consequências das doenças associadas à HAS.

A mobilidade restrita por prescrição médica e a diminuição da tolerância às atividades deve-se à redução da demanda de oxigênio pelo miocárdio. O aumento da atividade orgânica aumenta as necessidades metabólicas, exigindo maior suprimento sanguíneo cardíaco. O comprometimento coronariano, evidenciado em pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, se associado à atividade física, pode ocasionar sintomas como dispneia e dor precordial.

Os problemas adaptativos mobilidade restrita por sequela de doença e dificuldade de deambular estão associados à redução do suprimento sanguíneo cerebral, ocasionado pelo acidente vascular cerebral.

O distúrbio no padrão de sono foi identificado em 42,2% do total da amostra, destes 52,6% têm idade ≥ 60 anos.

Ao longo do processo de envelhecimento ocorrem mudanças psicológicas, sociais e físicas, quer sejam decorrentes da idade ou de acometimento patológico. Dentre as alterações físicas, o padrão de sono destaca-se entre as mais frequentes queixas dos idosos.

Mudanças na velhice podem ser observadas em diversos níveis da arquitetura e qualidade do sono. Observa-se que, em grande parte dessa população, a eficiência do sono e o sono de ondas lentas diminuem; os despertares após início do sono aumentam e há dificuldade para adormecer novamente; os idosos tendem a acordar e levantam mais cedo; necessitam de cochilos breves durante o dia; e ainda, um aumento do uso de medicações hipnóticas

(OLIVEIRA et al., 2007; GEIB et al., 2003; OLIVEIRA et al., 2004). No Brasil, Ballone (2005) aponta uma prevalência de 50% de transtornos de sono em pessoas idosas.

Tabela 7 - Descrição dos comportamentos/respostas associados aos estímulos focais e residuais identificados no modo adaptativo fisiológico proteção em hipertensos com doenças associadas, atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2009

INDICADORES DE ADAPTAÇÃO	FA	ESTÍMULOS FOCAIS	FA	ESTÍMULOS CONTEXTUAIS	FA
Presença de úlceras por pressão	2	- Imobilidade no leito	2	- Ausência de mudança de decúbito - Falta de apoio familiar	2 2
Presença de prurido	2	- Hiperglicemia	1	- Higiene inadequada	2
Pele ressecada	4	- Desidratação	2	- Idade - Diabetes mellitus - Desidratação	2 2 2
Lesões, micoses	1	- Hiperglicemia	1	- Higiene inadequada	1
Diminuição da sensibilidade tátil	1	- Diabetes mellitus	1	- Idade	1
Presença de fístula arterio-venosa	1	- Hemodiálise	1		
Presença de edema	2	- Doença cardíaca - Doença renal	1 1		

Os problemas adaptativos relacionados à proteção ocorreram em decorrência de sequelas do acidente vascular cerebral hiperglicemia/diabetes mellitus, doença cardíaca ou renal. A pressão exercida na pele sobre a cama, sobretudo nas extremidades ósseas, presente em pacientes acamados, culminou com o desenvolvimento de úlceras por pressão que se agravaram devido à falta de apoio familiar na realização periódica de mudança de decúbito.

A hiperglicemia também foi responsável por problemas como presença de prurido, lesões/micoses e diminuição da sensibilidade tátil.

A insuficiência renal crônica tratada por meio da hemodiálise determinou a presença de fístula artério-venosa e edema.

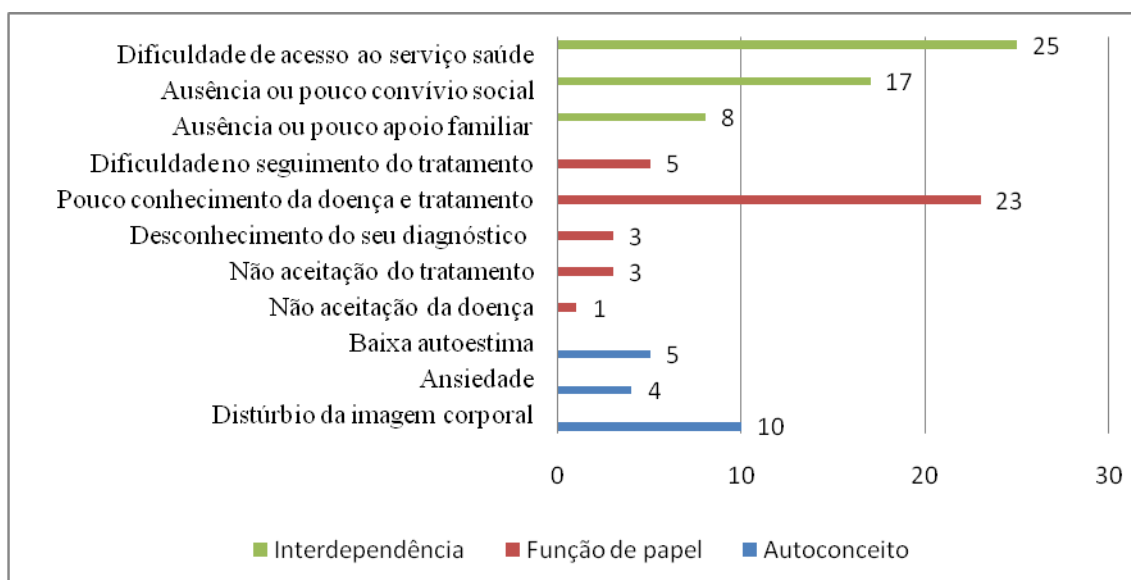


Gráfico 6 - Frequência dos problemas adaptativos nos modos de autoconceito, função de papel e interdependência em hipertensos com doenças associadas, atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2009.

No tocante aos modos adaptativos de autoconceito, função de papel e interdependência, houve dificuldade em identificar esses comportamentos. A investigação desses modos adaptativos perpassa pela compreensão de características psíquicas relacionadas à auto-imagem, desempenho de funções, relações afetivas e de convívio social.

Apesar das dificuldades, buscou-se realizar uma entrevista em profundidade de forma a apreender esses comportamentos.

Com relação à nomenclatura, foi necessário acrescentar alguns comportamentos não descritos na teoria de forma a contemplar todos os que foram identificados.

No modo de autoconceito, identificaram-se os comportamentos de distúrbio da auto-imagem, ansiedade e baixa auto-estima. Estes relacionam-se às restrições impostas pela doença e pela idade, causando alterações corporais e ociosidade, que culminam com sentimentos de tristeza e insatisfação com a condição de saúde, conforme descrito: - *Me sinto inútil.* - *Preciso de outras pessoas pra fazer as coisas por mim.* - *Não faço nada sozinha...* - *Não gosto do meu corpo.* - *É muito ruim não poder andar...* - *Queria ser independente.* - *É uma diferença muito grande.* - *Tenho impressão que envelheci uns 20 anos nesses último três anos...* - *Me sinto horrível.*

Desenvolver a melhora da auto-estima e auto-imagem deve estar entre os focos de intervenções, uma vez que as pessoas com esses sentimentos tendem a perceber o meio ambiente como negativo e ameaçador.

O Modelo de Adaptação de Roy (1999) define o modo de autoconceito como tendo duas subáreas: o eu físico e o eu pessoal. O eu físico inclui dois componentes: a sensação corporal e a imagem corporal. O eu corporal inclui três componentes: autoconsistência, auto-ideal e o eu moral-ético-espiritual. Estes objetivam apreender crenças e sentimentos que uma pessoa tem sobre si em um determinado momento.

O modo função de papel constitui um dos dois modos sociais, incide sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade. Sua necessidade básica é a integridade social (ROY; ANDREWS, 1999).

Os comportamentos identificados foram: não aceitação da doença, não aceitação do tratamento, desconhecimento do seu diagnóstico, pouco conhecimento sobre a doença e tratamento e dificuldade no seguimento do tratamento. Estes refletem desempenho inadequado de ações preventivas e de controle da doença. Três pessoas que estavam em tratamento relataram não saber o motivo da tomada dos remédios e desconheciam seu diagnóstico de hipertensão arterial.

- Eu sou nervosa. - Já tive medo de tudo, agora tô melhor. - Não posso saber que vou no médico ou ver alguém de branco que minha pressão sobe. - Não. Não gosto de tomar remédio e quero comer tudo. - É muito ruim a gente querer uma coisa e não poder comer.

O modo de interdependência envolve as relações interpessoais e inclui a capacidade de amar, respeitar e valorizar os outros, bem como de aceitar e responder ao amor, respeito e valor atribuído pelo outro. É um modo social e sua necessidade básica é a adequação afetiva (ROY; ANDREWS, 1999).

Os comportamentos identificados foram: ausência ou pouco apoio familiar, ausência ou pouco convívio social e dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Estes, assim como o modo de autoconceito, relacionam-se às restrições impostas pela doença e pela idade.

- Eu sou de pouca conversa. - Fico mesmo é em casa com minhas filhas. - O canto que ainda vou é na igreja, mas entro e saí sem falar com ninguém.

Ao serem questionados sobre apoio familiar obteve estas respostas:

- Não tenho uma pessoa certa. Antes era minha neta, mas agora ela casou. - Quem me ajuda é essa menina que é minha agente de saúde ou eu procuro alguém que possa ir comigo.

Essa visão geral dos comportamentos apresentados pelos participantes remete à necessidade de estratégias de comunicação efetivas que estimulem o reconhecimento de seu diagnóstico e das mudanças de estilo de vida necessárias ao tratamento.

5.3 Elaborando os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem fundamentados na CIPE[®]

A organização do planejamento e implementação do cuidado ao ser humano é de suma importância, pois influencia diretamente na qualidade do atendimento, na segurança da assistência prestada, na descrição da prática de enfermagem, na comunicação entre os enfermeiros e entre estes e os outros profissionais.

A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE[®]) representa uma ferramenta que produz informações para a descrição da prática de enfermagem, bem como para a tomada de decisão pelo enfermeiro, por meio de uma linguagem unificada e universal. Permite a elaboração de diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados aos cuidados prescritos, utilizando uma análise combinatória dos termos, o que lhe confere maior flexibilidade e adequação da nomenclatura às realidades individuais. Estas ações desencadeiam informações que contribuirão na formulação de políticas de saúde, na contenção de custos, na informatização dos serviços de saúde, no controle do próprio trabalho de enfermagem e nos avanços da profissão (ICN, 2008).

Benefícios e dificuldades foram identificados na utilização da CIPE[®]. Dentre os benefícios, citam-se: maior visibilidade à enfermagem, devido à capacidade de registrar a sua prática; apoio na tomada de decisão clínica; avaliação do cuidado prestado e dos resultados apresentados pelos pacientes; desenvolvimento de políticas de saúde e de subsídio de conhecimento através da pesquisa (CIPE, 2007).

Com relação às dificuldades, constatou-se que a ausência de características definidoras ou conceitos previamente definidos pode dificultar o raciocínio diagnóstico, sobretudo, no que se refere à especificação dos eixos julgamento ou tempo. Como exemplos, pode-se citar a diferenciação entre “Mobilidade comprometida” e “Mobilidade diminuída”, “Pressão sangüínea alta freqüente” e “Pressão sangüínea alta algumas vezes”.

Os termos atribuídos ao eixo julgamento são de grande importância no julgamento clínico de um fenômeno de enfermagem, pois é por meio de seu uso que se classifica o grau de comprometimento ou efetividade do fenômeno (FURTADO; NÓBREGA, 2007).

A escolha adequada dos diagnósticos presentes em cada indivíduo depende das habilidades clínicas do (a) enfermeiro (a), especialmente das envolvidas na acurácia diagnóstica. Essas habilidades irão nortear a escolha dos resultados e a proposição das intervenções. Diagnósticos pouco acurados podem culminar com a realização de intervenções

desnecessárias ou mesmo danosas para o paciente. Por isso, a preocupação com a acurácia dos diagnósticos estabelecidos deve estar entre as prioridades dos serviços de enfermagem (FONTES; CRUZ, 2007).

Estudo realizado por Pfeilsticker e Cadê (2008) buscou apreender os significados atribuídos a CIPE[®] por graduandos e docentes de uma instituição de ensino superior de enfermagem em Vitória/ES/Brasil. O resultado dessa análise revelou a CIPE[®] como um instrumento que promove a organização do cuidado, qualidade da assistência, autonomia e autoconfiança profissional, visibilidade das práticas de enfermagem e valorização da profissão. Como limites foram relatadas a resistência a mudança de referencial, a falta de domínio teórico-conceitual e a ausência de modelos institucionalizados.

Estudos que avaliam a aplicabilidade dos termos da CIPE[®] na prática de enfermagem permitem o aprimoramento dos termos utilizados, dando margem para o refinamento da nomenclatura. Estudos dessa natureza foram realizados por Silva, Malucelli, Cubas (2008) e Nóbrega et al. (2003). O primeiro estudo realizou um mapeamento dos termos do foco da prática, identificando as semelhanças e diferenças entre CIPE[®] 1.0 e versão beta 2 e entre CIPE[®] 1.0 e Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC[®]). O segundo estudo teve como objetivo identificar os termos empregados pela equipe de enfermagem nos registros dos prontuários dos pacientes para denominar os fenômenos de enfermagem e comparar com os constantes na CIPE[®] versão beta. Neste estudo, observaram-se termos empregados na prática e que não constavam na nomenclatura vigente à época, entretanto pode-se observar a descrição de alguns desses termos na nomenclatura atual.

Com relação à descrição dos diagnósticos na amostra em questão, seguiu-se a International Organization Standardization (ISO), norma ISO 18.104, que recomenda uma composição mínima de foco e julgamento os quais são o alvo das intervenções de enfermagem. Entretanto, a ausência de definição dos diagnósticos, citadas anteriormente, exigiu a definição de critérios para a elaboração de alguns diagnósticos, a saber:

- Padrão de exercício diminuído foi identificado entre os indivíduos que são restritos ao leito ou que não realizavam atividade física, seja por desinteresse ou por intolerância a exercício físico;
- Baixa aprendizagem foi identificada entre os indivíduos que têm menos de cinco anos de estudo;

- Baixo conhecimento em saúde está presente nos paciente que relataram apenas um ou nenhum conhecimentos sobre sua doença e tratamento;
- Baixo rendimento familiar foi considerado entre os indivíduos que apresentam renda mensal de até R\$ 140,00 por pessoa, obedecendo ao critério para inclusão no Bolsa Família (programa de inclusão social do Governo Federal que oferece ajuda de custo às famílias de baixa renda). O salário mínimo vigente à época era R\$ 465,00 (BRASIL, 2010).

Percebe-se pela leitura do Gráfico 7, que os diagnósticos aqui apresentados representam a compilação dos problemas adaptativos e dos estímulos focais, contextuais e residuais a seguir descritos.

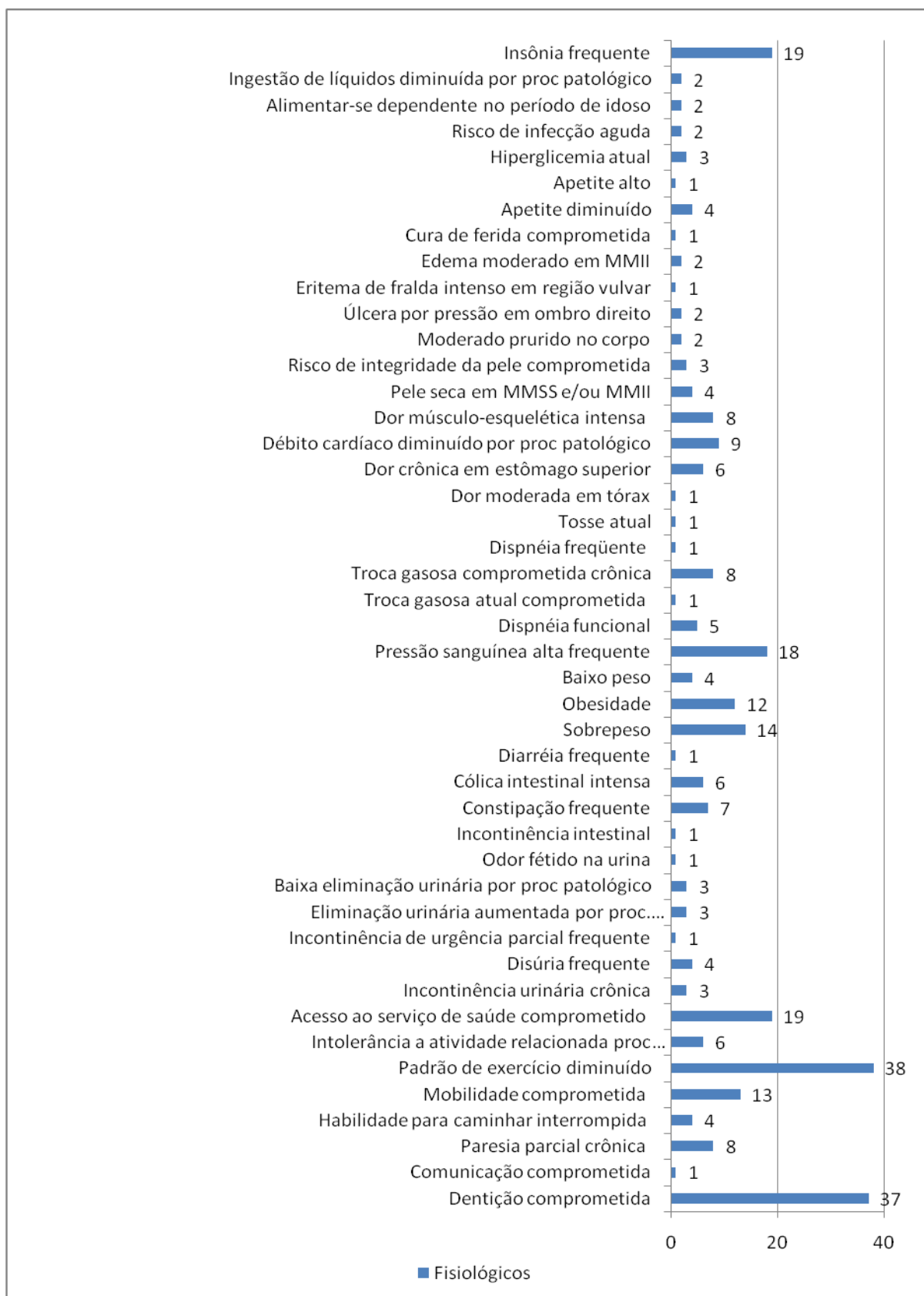


Gráfico 7 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem do modo adaptativo fisiológico, fundamentados na CIPE® Versão 1, identificados em hipertensos com doenças associadas, atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2009

Dentre os 71 diagnósticos de enfermagem identificados, 63,4% encontram-se no âmbito fisiológico, o que evidencia os prejuízos causados ao organismo pela pressão arterial não controlada (gráfico 7).

Essas alterações fisiológicas ocasionam alterações no autoconceito (corresponde a 12,7% do total dos diagnósticos), sobretudo, no que se refere à autoimagem e autoestima (gráfico 8).

Diagnósticos relacionados ao desenvolvimento de papéis, sobretudo os relacionados à realização do tratamento, correspondem a 15,5% do total (gráfico 8).

No modo de interdependência, identificamos diagnósticos relacionados a socialização dos indivíduos, bem como sua relação com os familiares e apoio no tratamento, correspondendo a 8,4% do total de diagnósticos (gráfico 8).

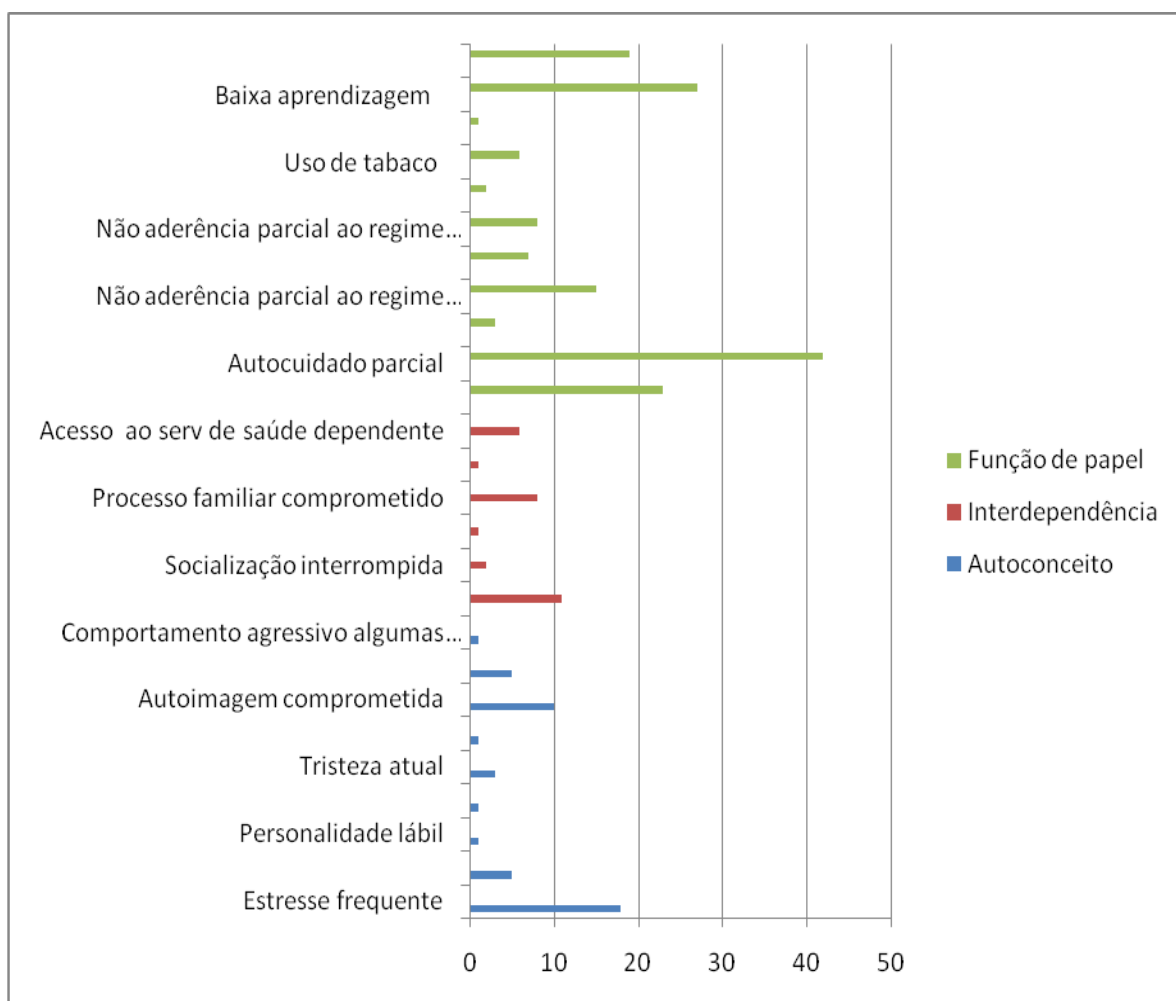


Gráfico 8 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, fundamentados na CIPE® Versão 1, identificados em hipertensos com doenças associadas, atendidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2009.

Obteve-se um número elevado de diagnóstico em virtude da flexibilidade na elaboração dos mesmos. Dessa forma, alterando apenas o eixo do julgamento, foi possível identificar diagnósticos como, por exemplo, “Não aderência total ao regime dietético” e “Não aderência parcial ao regime dietético”. Tal ocorrência confere maior individualidade e contextualização a essa nomenclatura.

Os diagnósticos “Autocuidado Interrompido”, “Socialização Interrompida”, “Habilidade Para Caminhar Interrompida”, estão presentes nos indivíduos restritos ao leito por sequela de AVC, nos quais sua movimentação ativa e independência foram cessadas pela doença.

A presença de alguns diagnósticos evidencia a baixa adesão ao tratamento não medicamentoso. Dentre esses diagnósticos cita-se: “Padrão de Exercício Diminuído” (presente em 84,4%), “Estresse Frequente” (40,0%), “Nervosismo Frequente” (11,1%), “Baixo Conhecimento em Saúde” (51,1%), “Autocuidado Parcial” (93,3%), “Não Aderência Parcial ao Regime Dietético” (33,3%), “Não Aderência Total ao Regime Dietético” (15,5%), “Não Aderência ao Regime Medicamentoso” (17,7%), “Uso de Álcool Algumas Vezes” (4,4%), “Uso de Tabaco” (13,3%), “Pressão Sanguínea Alta Frequente” (40,0%), “Obesidade” (26,6%) e “Sobrepeso” (31,1%).

Alguns diagnósticos têm relação direta com as complicações. As doenças cardíacas (insuficiência cardíaca congestiva, hipertrofia do ventrículo esquerdo e infarto agudo do miocárdio) são responsáveis pelos diagnósticos “Débito Cardíaco Diminuído por Processo Patológico”, “Dispneia Funcional” e “Intolerância a Atividade”.

O Acidente Vascular Cerebral ocasionou “Acesso ao Serviço de Saúde Comprometido ou Dependente”, “Mobilidade Comprometida Crônica” e “Paresia Parcial Crônica”.

A Insuficiência Renal Crônica, por sua vez, foi responsável pela diminuição do débito urinário, evidenciado pelo diagnóstico “Baixa Eliminação Urinária por Processo Patológico”.

Identificaram-se, também, diagnósticos relacionados a questões individuais ou relacionados a outras doenças sem relação direta com a doença em questão. Entretanto, convém citá-los no Gráfico 7, em virtude da abordagem integral e interdisciplinar requerida por esses pacientes.

A cronicidade e necessidade de mudança de estilo de vida imposta pela hipertensão arterial frequentemente ocasiona diagnósticos relacionados ao déficit de conhecimento, bem como reações de raiva, ansiedade e estresse. Tais problemas adaptativos ou fenômenos de enfermagem foram evidenciados neste estudo e são confirmados em outros estudos que identificaram diagnósticos de enfermagem em hipertensos.

Freitas e Oliveira (2006), Guedes e Araujo (2005) e Pavan et al. (2005), ao traçarem os diagnósticos de enfermagem de hipertensos que iriam se submeter a cateterismo cardíaco, hipertensos em crise hipertensiva e trabalhadores hipertensos de uma empresa de transporte urbano, respectivamente, identificaram os seguintes diagnósticos: medo, insegurança, apreensão, ansiedade, raiva, distúrbio no padrão de sono, baixa autoestima, déficit de conhecimento e nutrição alterada - mais do que as necessidades corporais. Nesses estudos, utilizou-se tanto a nomenclatura da NANDA como a da CIPE®.

A identificação de diagnósticos de enfermagem em um setor de internamento do Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM) Boqueirão em Curitiba- PR revelou, com maior frequência, os seguintes diagnósticos: Risco para Infecção (94%), Dor (62%), Risco de Integridade da Pele Prejudicada (38%), Mobilidade Corporal Comprometida (38%), Hipertensão (28%), Padrão Alimentar Comprometido (24%) (DRULA; OLIVEIRA; MAGALHÃES, 2008).

Consoante se observa, alguns diagnósticos são semelhantes, entretanto, não foi identificado em Bases de Dados de Enfermagem, sobretudo, na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), estudos que abordem, especificamente, a utilização da CIPE® Versão 1.0 em hipertensos com doenças associadas.

A adoção de um estilo saudável de vida é fundamental no tratamento de hipertensos, particularmente quando há síndrome metabólica. Os principais fatores individuais e ambientais modificáveis da hipertensão arterial são os hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade, tabagismo e consumo exagerado de álcool, podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular controlando esses fatores (DBHA, 2006).

Por ser uma doença multifatorial, a hipertensão arterial é uma excelente situação para o trabalho em equipe multiprofissional. Seu tratamento envolve orientações voltadas para vários objetivos, logo, objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens. A formação de uma equipe multiprofissional proporcionará essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular (DBHA, 2006).

Com relação ao planejamento dos resultados e intervenções, também seguiu-se a recomendação da norma ISO 18.104 que requer, obrigatoriamente, a inclusão de um termo do eixo Foco e do Julgamento para a elaboração dos resultados e um termo do eixo Ação e do Alvo para as intervenções.

Em virtude da grande variedade de diagnósticos identificados, optou-se por descrever as intervenções relacionadas aos diagnósticos que atingiram o percentil 45, ou seja, as que estiveram presentes em 45% dos indivíduos. Esse percentil foi estabelecido por ser representativo dos diagnósticos identificados na amostra.

Alguns diagnósticos aqui considerados importantes e com intervenções semelhantes foram agrupados, são eles: “Não aderência total ao regime dietético” e “Não aderência parcial ao regime dietético”, “Sobrepeso” e “Obesidade”. Juntos estes diagnósticos estão presentes em mais de 45% da amostra, sendo, pois, incluídos no planejamento das intervenções.

É válido ressaltar que algumas intervenções descritas na Tabela 8, as quais estão sublinhadas, são atividades realizadas na prática de enfermagem e não estão contempladas dentre os termos constantes na CIPE[®]. Em virtude de sua importância no cuidado ao paciente em questão, optamos por descrevê-las, atentando para a necessidade de inclusão de novos termos na CIPE[®], relacionados, sobretudo, aos eixos foco, julgamento e ação.

Tabela 8 - Identificação dos diagnósticos de enfermagem e planejamento dos seus respectivos resultados esperados e intervenções para hipertensos com complicações associadas, assistidos em um Centro de Saúde da Família. Fortaleza-CE, 2009.

DIAGNÓSTICOS ENFERMAGEM	DE	RESULTADOS ENFERMAGEM	DE	INTERVENÇÕES ENFERMAGEM	DE
Autocuidado parcial (93,3%)		Autocuidado total		- Ensinar regime dietético - Ensinar regime medicamentoso - Avaliar a realização do plano de cuidado - Encorajar o paciente à realização de atividades de autocuidado necessárias ao tratamento - Estabelecer uma rotina de atividades de autocuidado - Oferecer a família	

		conhecimentos em saúde necessários para auxiliar na tomada de decisões - Explicar a família sobre a importância da adesão ao tratamento.
Padrão de exercício diminuído (84,4%)	Padrão de exercício melhorado	- Ensinar exercício de músculos e articulações - Encaminhar para terapia de atividade - Avaliar os obstáculos para o exercício - <u>Assistir o indivíduo no desenvolvimento de um programa de exercício apropriado e que atenda às suas necessidades</u> - <u>Orientar o indivíduo sobre os benefícios do exercício</u> - Monitorar a aderência do indivíduo ao programa de exercício - Orientar o indivíduo a respeito da duração, frequência e intensidade desejada do exercício - Incentivar familiares na realização de exercício junto com o paciente
Dentição comprometida (82,2%)		- Orientar quanto à necessidade de uma rotina de higiene oral - Inspeccionar mucosa oral regularmente - Ensinar a escovação correta dos dentes ou prótese - Encorajar o uso do fio dental - Orientar a higiene da prótese regularmente - <u>Encaminhar ao odontólogo, se necessário</u>

Baixa aprendizagem (60,0%)	Melhora do aprendizado em saúde	- Avaliar habilidade de aprendizagem - Avaliar resposta psicossocial a instrução - <u>Estabelecer metas de aprendizagem mútuas e realistas</u> - Adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão do paciente - Organizar as informações em sequência lógica e com linguagem simples - Oferecer materiais de aprendizagem para ilustrar as informações - Encorajar a participação ativa do paciente - Reforçar as informações importantes - Realizar <i>feedback</i> dos conteúdos de aprendizagem
Sobrepeso/ Obesidade (57,7%)	Peso normal (IMC menor que 25 Kg/m ²)	- Identificar necessidade dietética - Incentivar a melhora de atitude sobre o estado nutricional - Orientar preparo dos alimentos - Encaminhar para terapia de grupo de obesidade - Incentivar realização de exercício - Determinar o peso ideal para o paciente (segundo IMC) - Relatar os riscos associados ao sobrepeso/obesidade - Relatar a relação entre exercício físico, ingestão alimentar e controle do peso - <u>Estabelecer metas mútuas e realistas</u> - Discutir com a família a

		necessidade de adoção de hábitos alimentares saudáveis
Baixo conhecimento em saúde (51,1%)	Conhecimento em saúde adequado	- Identificar conhecimento em saúde atual - Ensinar regime dietético - Ensinar regime medicamentoso - Orientar possíveis efeitos colaterais da medicação - Explicar sinal de pressão arterial alta - Orientar realização de exercício de músculos e articulações - Orientar controle do estresse - <u>Oferecer ambiente isento de ameaças durante as consultas</u> - Monitorar o estado emocional do paciente - Auxiliar o paciente a lidar com suas emoções - Auxiliar o paciente na aceitação da doença, se necessário
Não aderência total/parcial ao regime dietético (48,8%)	Aderência ao regime dietético	- Avaliar o nível de conhecimento do regime dietético - <u>Orientar o indivíduo sobre alimentos proibidos e permitidos</u> - Auxiliar o indivíduo a adaptar suas preferências alimentares ao regime dietético - Encaminhar ao serviço de nutrição, se necessário - <u>Orientar a família sobre a importância de uma alimentação saudável</u> - Conhecer possíveis crenças, sentimentos e atitudes do indivíduo em relação aos hábitos alimentares - <u>Incentivar o uso de dieta</u>

		<u>hipossódica e hipolipídica</u>
--	--	-----------------------------------

No processo de enfermagem descrito por Roy, as intervenções deverão auxiliar o indivíduo no desenvolvimento e na manutenção de um comportamento adaptativo. Ao propor intervenções de enfermagem aos diagnósticos identificados, é necessário reconhecer os estímulos focais, contextuais e residuais envolvidos na situação, uma vez que estes influenciam no surgimento ou supressão dos diagnósticos, além de ativar os mecanismos de enfrentamento que, por sua vez, determinam o comportamento.

Quando um comportamento adaptativo é identificado, as intervenções de enfermagem visam reforçar sua manutenção.

A abordagem integral na hipertensão arterial, sobretudo na presença de comorbidades, requer uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Os indivíduos que compõem este estudo são independentes para o autocuidado ou, apresentam algum grau de dependência que pode ser suprida pela família. Em consequência, as intervenções propostas têm a finalidade de prover as condições necessárias e encorajar o indivíduo a realizá-las, estando descrita no eixo “ação” da CIPE® dentro dos termos “atender”, “determinar” e “informar”.

A não adaptação à doença, evidenciada pela ausência do autocuidado em saúde é uma constante entre os hipertensos. Nessa perspectiva, para que este possa ser realizado de forma eficaz, é necessário conhecimento e conscientização do tratamento, entretanto, o perfil socioeconômico desfavorável identificado nessa amostra pode vir a ser um fator dificultador para o alcance do autocuidado.

O tratamento e, sobretudo, a prevenção de complicações da hipertensão arterial envolve educação em saúde e incentivo a mudanças de hábitos de vida. A aquisição do conhecimento é fundamental, mas é apenas o primeiro passo. A implementação efetiva das mudanças é lenta e gradual e requer envolvimento contínuo do profissional e paciente (DBHA, 2006).

A promoção do conhecimento em saúde dever ser realizada por meio de ações individualizadas e contextualizadas às necessidades do indivíduo e de ações coletivas que atuem no âmbito familiar, aumentando, assim, o espectro de ação, e a efetividade da intervenção proposta.

A baixa escolaridade evidenciada no diagnóstico de baixa aprendizagem demanda do (a) enfermeiro (a) uma linguagem compreensível, tendo o paciente espaço para expressar

seus anseios, medos, inseguranças e fortalecendo os laços de afinidade e confiança entre profissional e cliente.

Com relação às intervenções para a melhora do padrão de exercício, deve-se atentar que a atividade física é uma condição essencial para uma vida saudável. Entretanto, esta deve ser orientada respeitando a condição fisiopatológica de cada indivíduo e controle da pressão arterial. Segundo a V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2006), hipertensos em estágio três só devem iniciar o exercício após controle da pressão arterial.

A prática regular de exercícios físicos é recomendada para todos os hipertensos, inclusive aqueles sob tratamento medicamentoso, porque reduz a pressão arterial sistólica/diastólica em 6,9/4,9 mmHg. Além disso, o exercício físico pode reduzir o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral (DBHA, 2006).

Intervenções para o controle do peso também estão entre as ações propostas. Estudos já citados descrevem os prejuízos do sobrepeso/obesidade na hipertensão arterial. A meta das intervenções em médio prazo é alcançar índice de massa corpórea inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora, dados da V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2006) afirmem que a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial é suficiente para reduzir a pressão arterial.

A dentição comprometida é um fenômeno bastante frequente com o avançar da idade, entretanto o aumento do percentual identificado na amostra não está relacionado apenas à idade. A média (63 anos) e mediana (60 anos) encontram-se ao início da fase de idoso, portanto, infere-se que a dentição comprometida também esteja relacionada ao déficit de higiene.

A perda dos dentes influencia tanto em questões psicológicas, comprometendo a estética e auto-estima, quanto em questões de saúde em geral, devido às suas funções na mastigação, gustação, digestão e doenças na cavidade oral.

De acordo com Fagundes e Cunha (2004), as mudanças fisiológicas que ocorrem no envelhecimento (como as alterações da cavidade oral), podem interferir no consumo alimentar e, conseqüentemente, no estado nutricional. Devido a isto, alguns idosos podem ter alterações no paladar, ocasionando redução na ingestão de nutrientes ou aumento no uso de condimentos, especialmente sal e açúcar.

Conforme se observa na Tabela 8, também, sugere-se intervenções junto à família, em virtude de sua importância na adesão ao tratamento. Entende-se a família como parte essencial no cuidado de enfermagem em condição de cronicidade. Moreira, Araújo e Pagliuca

(2001) afirmam que em um sistema de parceria da equipe de saúde com a família, essas duas formam uma malha de cuidados com possibilidade de transformação do processo saúde-doença. Uma família com atitudes pró-ativas subsidia a enfermagem na detecção de problemas, participa na determinação dos objetivos do cuidado e colabora na implementação das intervenções.

Algumas intervenções não estão relacionadas aos diagnósticos descritos na Tabela 8, entretanto, é necessário descrevê-las em virtude de sua importância no tratamento da hipertensão arterial:

- Orientar sinais e sintomas de pico hipertensivo e como evitá-lo;
- Visitar os domicílios;
- Orientar higiene pessoal;
- Incentivar abandono do alcoolismo e tabagismo;
- Incentivar controle do estresse;
- Investigar fatores de risco.

No Brasil, a utilização dos diversos sistemas de classificação em enfermagem ainda é embrionária, restringindo-se a estudos científicos realizados nas graduações e pós-graduações. Ainda, são muitos os desafios para sua incorporação, de fato, na práxis de enfermagem. Estudo realizado por Nóbrega e Garcia (2005) ressalta três experiências exitosas, utilizando a CIPE®: projeto de implantação da linguagem CIPE®/CIPEESC no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde- SMS de Curitiba- PR; projeto de sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva em Florianópolis- SC; e o desenvolvimento de um instrumental tecnológico, tendo por base os termos da linguagem dos componentes da equipe de enfermagem, para a inserção em sistemas de informação de um hospital escola em João Pessoa- PB.

A elaboração conjunta de uma nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções para uma clientela específica subsidia a elaboração de catálogos da CIPE®. Estes catálogos definem-se como um subconjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para um grupo selecionado de cliente e prioridade de saúde, que tem como propósito tornar a CIPE® um instrumento para apoiar e melhorar a prática de enfermagem, o processo de tomada de decisão, a pesquisa e as políticas de saúde (CIPE, 2007). Os resultados deste estudo apontam para a possibilidade da construção, em pesquisa futura, de um Catálogo CIPE® para hipertensos atendidos na estratégia de saúde da família.

Contudo, muitas são as dificuldades relatadas na prática para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem, sobretudo no que se refere à disponibilidade de tempo e ao despreparo profissional. Estudo realizado por Hermida (2004) cujo objetivo foi identificar os fatores que dificultam a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e relatados na literatura científica, citou como principais dificuldades: preparo inadequado na graduação/despreparo do pessoal; carência de pessoal de enfermagem; falta de comprometimento, envolvimento e responsabilidade dos enfermeiros/desinteresse e desmotivação; e falta de tempo.

Lembre-se que há muito esses fatores são relatados como dificultadores para a implementação da SAE. Talvez seja pertinente questionar até que ponto as instituições de ensino têm discutido a implantação de estratégias visando à melhoria do ensino e a relação entre teoria e prática? Até onde os profissionais estão comprometidos com o crescimento da profissão, em busca de melhorias das condições de trabalho e dimensionamento adequado de pessoal?

A valorização da enfermagem enquanto profissão depende, primeiramente, dos profissionais que a fazem e de sua postura frente aos problemas que emergem. Daí, a necessidade de uma postura pró-ativa de comprometimento com um cuidado de qualidade e consequente bem-estar do paciente.

6 CONCLUSÃO

A proposição e implementação de um cuidado clínico fundamentado em uma teoria de enfermagem confere fundamentação científica a prática de enfermagem. Além disso, os registros dos fenômenos e das ações de enfermagem por meio de nomenclaturas como a CIPE® permitem maior visibilidade ao trabalho do (a) enfermeiro (a).

Benefícios e dificuldades foram encontrados na elaboração dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Ainda, são muitos os desafios para sua incorporação, de fato, na práxis de enfermagem.

Dentre as dificuldades, ressaltam-se problemas relacionados à semântica, bem como a ausência de definições dos termos, principalmente os elencados no eixo julgamento, em virtude das semelhanças entre alguns conceitos. Dessa forma, fez-se necessário estabelecer critérios com base na literatura que justifiquem a escolha de determinados diagnósticos de enfermagem.

Com relação às intervenções, identificam-se também intervenções presentes no cotidiano de enfermagem que foram elaboradas com termos não constantes na CIPE®, o que remete à necessidade de inclusão de novos termos.

No que se refere aos benefícios, por se tratar de uma terminologia combinatória, a CIPE® confere maior flexibilidade na elaboração dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, além de permitir um cuidado individualizado e contextualizado às necessidades de cada indivíduo.

A literatura sobre a CIPE® Versão 1.0, criada em 2005, ainda é incipiente e instiga ao aprofundamento dos conhecimentos sobre esse instrumento inovador em terminologias de enfermagem.

A pesquisa realizada é um passo na tentativa de construção de catálogos, incluindo diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, especificamente direcionados a hipertensos com doenças associadas à hipertensão arterial. A utilização desses catálogos tende a potencializar o planejamento e a implementação do processo de enfermagem.

Acredita-se que o desenvolvimento do processo de enfermagem na atenção primária à saúde, fundamentado na Teoria da Adaptação, desenvolvida por Sister Callista Roy, é viável e propicia um cuidado de qualidade, por ser a adaptação uma característica inerente ao ser humano.

Esta teoria considera o homem em constante interação com seu meio, bem como a necessidade de ajustes e adaptações frente a possíveis eventos adversos.

O uso de diagnósticos de enfermagem contribui significativamente para a autonomia do (a) enfermeiro (a). Entretanto, para que esta seja uma atividade notória na enfermagem, é necessária a condução do trabalho em equipe, de forma que haja continuidade e não se perca em tentativas individuais.

Portanto, a sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde tende a promover melhoria nas condições de saúde do indivíduo, sobretudo no âmbito da prevenção, além de satisfação profissional e, em um âmbito mais abrangente, na redução da morbimortalidade da HAS e das possíveis complicações advindas. Compete aos (às) enfermeiros (as), portanto, desenvolver habilidades que estimulem a prática de construções teóricas aprendidas na academia ou em outros processos de ensino-aprendizagem, incorporando ao fazer ações, de cunho técnico-científico, a natureza relacional, ética e espiritual.

REFERÊNCIAS

- ABREU, R. N. D. C. **Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas:** espaço para o cuidado clínico de enfermagem. 2007. 93 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.
- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem:** promoção do cuidado colaborativo. [trad.: Regina Garcez.] 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ANDRADE, J. P. et al. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arq. Bras. Cardiol.**, Salvador, v. 79, n.4, p. 375-9, 2002.
- ARAÚJO, G. B. S. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo:** análise conceitual. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.
- ARRUDA, L. P. O profissional da saúde e os dois lados da doença: da exclusão ao empoderamento do sujeito. **Rev. Virtual Textos & Contextos**, v.4, n.4, 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/995/775>> Acesso em: 28 nov. 2009.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, n.3, p. 16-29, set-dez, 2004.
- BARRETO-FILHO, J. A. S.; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Rev. Soc. Bras. Card. Estado de São Paulo**, v.13, n.1, p. 46-55, 2003.
- BARRETO, J. A. E. et al. **Para além das colunas de Hércules.** Sobral: Ed. UVA, 2004.
- BERLLAN, M. C.; ANGELIS, N. R. M.; CINTRA, E. A. Acidente Vascular Cerebral, Trauma Cranioencefálico, Trauma Raquimedular, Neuromiopatias- Aspectos Gerais. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo.** São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p. 391-406.
- BALLONE, G. J. **Transtornos do Sono em Idosos.** Disponível em: <www.psiqweb.med.br/geriat/sonogeri.html> Acesso em: 2005 nov. 21.
- BLOCH, K.V; RODRIGUES, C. S; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial- uma revisão crítica da literatura brasileira. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 13, n. 2, p. 134-143, 2006.

BRASIL. **Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário [da República Federativa do Brasil] 20 set 1990; Seção I, Pt. 1, p. 18055-59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária-Seminário do CONASS para construção de consensos.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **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. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia-Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.** Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 18 ago. 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Programa Bolsa Família.** 2010. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia. Acesso em: 25 jan. 2010.

BUSNELLO, R. G. et. al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.76, n. 5, p. 352-354, 2001.

CABRERA, M. A. S; WAJNGARTEN, M.; GEBARA, O. C. E.; DIAMENT, J. Relação do Índice de Massa Corporal, da Relação Cintura-Quadril e de Circunferência Abdominal com a Mortalidade em Mulheres Idosas: seguimento de 5 anos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, mai./jun., p. 767-775, 2005.

CARNEIRO, G. et. al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 49, n.3. São Paulo, jul/set., p.301-311, 2003.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Indicadores e Dados Básicos Para a Saúde.** Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/internet/>>. Acesso em: 18 ago. 2008.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de enfermagem - CIPE® Versão 1**. Tradução Heimar F. Marin. São Paulo (SP): Editora Argol, 2007. 203p. /Título original: ICNP® - International Classification for Nursing Practice – Version 1/.

DRULA, K. D.; OLIVEIRA, R. A. J.; MAGALHÃES, L. B. Diagnósticos de enfermagem no Centro Municipal de Urgências Médicas Boqueirão: utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Boletim de enfermagem**, ano 2, v.1, 2008.

FAGUNDES, R. L. M.; CUNHA, A. C. Avaliação do cardápio de sua implicação no estado nutricional em idosos. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, Ano XII, número 69, nov.-dez. 2004. Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=102> Acesso em: 14 dez. 2009.

FALCÃO, I. V; CARVALHO, E. M. F; BARRETO, K. M. L; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.4, n.1, jan./mar., p. 95-101, 2004.

FERREIRA, S. R. G.; ZANELLA, M.T. Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.7, n.2, abril/junho, p. 128-35, 2000.

FONTES, C. M. B.; CRUZ, D. A. L. M. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.41, n. 3, p.395-402, 2007.

FOPPA, M. Insuficiência cardíaca. In: DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 712-20.

FORTES, A. N.; LOPES, M. V. O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas em uma unidade básica de atenção à saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 13, n. 1, p.26-34, 2004.

FREITAS, M. C.; OLIVEIRA, M. F. Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do modelo de adaptação de Calista Roy. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 5. p. 642-46, set./out. 2006.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E. R. J. (Col.) **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.641-56.

- FURTADO, L. G.; NÓBREGA, M. M. L. Construção de banco de termos identificados em registros de enfermagem utilizando a CIPE®. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 9, n. 3, p. 630 - 655, 2007.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo**. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda- PE, 2000.
- GEIB, L. T.; CATALDO NETO, A.; WAINBERG, R. & NUNES, M. L. Sono e Envelhecimento. **Rev. Psiquiatr.**, Rio Grande do. Sul, v.25, n. 3, p. 453-465, 2003.
- 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. Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 241-246, 2005.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- HARTMANN, M.; DIAS-DA-COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A.; PATTUSSI, M. P.; TRAMONTINI, A. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, ago. p. 1857-1866, 2007.
- HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, nov./dez., v.57, n.6, p. 733-777, 2004.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES **Guidelines for ICNP® Catalogue development**. Geneva: ICN, 2008. Available from: http://www.icn.ch/icnp_Catalogue_Devlp.pdf
- JESUS, D. **Teoria do déficit de autocuidado**: um estudo com hipertensos em dificuldades de adesão ao tratamento. 88 p. Monografia (Graduação em Enfermagem). Curso de graduação em enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2004.
- KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N. **Bases Patológicas das Doenças**. Robbins & Kotran. Patologia. Saunders: Ed. Elsevier, 2005.
- LAHDENPERA, T. S.; KYNGAS, H. A. Levels of compliance shown by hypertensive patients their attitude toward their illness. **J. Adv. Nurs.**, v. 34, p.189-195, 2001.
- LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006

- LOPES, et.al. SAE como um novo fazer na atividade cuidativa da enfermagem com base na complexidade de Edgar Morin. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 109-113, jan./mar., 2007.
- LOPES, M. V. O. **Adaptação física e diagnósticos de enfermagem em mulheres com angina pectoris**. 1998. 145 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.
- MOLINA, M. C. B; CUNHA, R. S; HERKENHOFF, L. F; MILL, J. G. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.6, dez., p. 743-750, 2003.
- MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L; PAGLIUCA, L. M. F. Alcance da Teoria de King junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p.74-89, jan. 2001.
- MOURA, D. J. M.; OLIVEIRA, M. F. Cuidado de Enfermagem: uma reflexão a luz da epistemologia da complexidade. II ENCONTRO INTERNACIONAL TRABALHO E FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES. **Anais...** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2008.
- MOURA, D. J. M.; JORGE, M. S. B; AIRES, C. H.; FREITAS, M. C. Complexidade do cuidado de enfermagem: reflexões sobre a práxis na atenção primária à saúde. 61º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. **Anais...** Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 2009.
- MOURA, D. J. M., et.al. Cuidados de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. 15º SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM: conhecimento, cuidado e cidadania. **Anais...** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem, 2009.
- MUNIZ FILHA, M. J. M. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com complicações da hipertensão arterial internados em Unidades de Terapia Intensiva Coronariana**. 2007. 91 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2007.
- NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 79-92, dez., 2002.
- NOBLAT, A. C. B.; LOPES, M. B.; LOPES, G. B.; LOPES, A. A. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. **Arq. Bras. Cardiologia**, Salvador- BA, v.83, n.4, outubro, p. 308-13, 2004.

- NOBLAT, A. C. B.; LOPES, M. B.; LOPES, A. A. Raça e Lesão de Órgãos-Alvo da Hipertensão Arterial em Pacientes Atendidos em um Ambulatório Universitário de Referência na Cidade de Salvador. **Arq. Bras. Cardiol.**, Salvador- BA, v.82, n.2, p. 11-5, 2004.
- NÓBREGA, M. M. L. et. al. Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem. **Rev Eletr Enferm**, v. 5, n 2, p. 33-44, 2003.
- NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 2, mar./apr. 2005.
- OIGMAN, W. Redução do risco cardiovascular = pressão arterial + proteção cardiovascular. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 13, n. 3, p. 221-2, 2006.
- OLIVEIRA, B. H. D.; YASSUDA, M. S.; CUPERTINO, A. P. F. B.; NERI, A. L. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis sócio-econômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade - Estudo PENSA. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=645 Acesso em: 13 out. 2009.
- OLIVEIRA, T. C.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L. Modo fisiológico do modelo de adaptação de Sister Callista Roy: análise reflexiva segundo Meleis. **Online Brazilian J. Nursing** [online], v.5, n. 1, 2006. Disponível em: < http:// www.uff.br/objnursing > Acesso em: 18 jan. 2010.
- OLIVEIRA, J. et al. Aspectos clínicos da insônia do idoso. In: **Sono**. Sono normal e doenças do sono. R. Reimão. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2004. p. 295-296.
- PAVAN, R. M. S; SIVIERO, I. M. P. S.; TOLEDO, V.P.; DURAN, E. C. M. Diagnósticos de enfermagem em trabalhadores hipertensos de uma empresa de transporte urbano coletivo. **Rev. Eletr. Enferm.**, v 7, n. 2, p.173-178, 2005.
- PFEILSTICKER, D. C.; CADÊ, N. V. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: significados atribuídos por docentes e graduandos de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 236-42, abr./jun. 2008.
- RIGACCI, S. B; GALLANI, M. C. B. J.; COLOMBO, R. C. R. O paciente Coronariopata. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. p. 271- 304.

- ROY, S. C.; ANDREWS, H. A. **The Roy Adaptation Model**. 2. ed. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1999.
- SANCHEZ, C. G.; PIERIN, A. M. G.; MION Jr, D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 1, p. 90-98, 2004.
- SANTOS, Z. M. S; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 332-340, 2005.
- SILVA, R. R.; MALUCELLI, A.; CUBAS, M. R. Classificações de enfermagem: mapeamento entre termos do foco da prática. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 6, p. 835-40, nov./dec. 2008.
- SMELTZER, S. C., BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**. v. 88, Suplemento I, Abril 2007. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/#2009>>. Acesso em: 25 set. 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial**. Campos de Jordão: 2006. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>> Acesso em: 16 nov. 2007.
- SOUZA, L. J. et. al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v. 47, n.6, p. 669-676, 2003.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (1ª PARTE) - FORMULÁRIO

Data: ____/____/____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome(iniciais):
- Endereço:
- Data de nascimento/Idade: ____/____/____ Sexo: () F () M
- Escolaridade/anos de estudo:
- Religião: - Ocupação:
- Cor: () Branca () Não branca Estado civil:
- Renda familiar (em salários mínimos):
- Número de filhos: Número de pessoas residentes no domicílio:

2. HISTÓRIA DA DOENÇA

- Tempo de diagnóstico da Hipertensão Arterial:
- Como descobriu ser hipertenso:
- Doenças associadas*: () AVC () ICC () IAM () HVE () IRC
() Outra Qual? - Tempo de diagnóstico das complicações:
- Como descobriu as complicações?
- Número de internações: _____ Motivos:
- Antecedentes familiares
 - Existem casos de HAS na família () Sim () Não Quem:
 - Existem casos de doenças associadas à HAS na família () Sim () Não Se sim, quais:
_____ Quem:

3. EXAME FÍSICO (ENFOCANDO AS CATEGORIAS DO MODO ADAPTATIVO FISIOLÓGICO)

3.1 OXIGENAÇÃO

- Ventilação: FR= _____rpm Ritmo= _____
- Profundidade= _____

- Avaliação da estrutura torácica= _____

- Presença de doenças do sistema respiratório: () Sim () Não Qual:

_____.

- **Transporte de gases:** Frequência cardíaca e ritmo= _____;

- Coloração da pele e unhas= _____

- Pressão arterial: _____

- É fumante?

() Não () Sim , quantidades cigarros /dia _____

() Ex- fumante. Parou há _____ anos. Tempo de uso do fumo _____ anos.

3.2 NUTRIÇÃO

- Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

- Circunferência abdominal: _____

- Dentes

() uso de próteses () ausência de dentes () dor () sem alterações

- Boca

() xerostomia () língua saburrosa () halitose () descamação () gengivite

- Sintomas

() anorexia () disfagia () empachamento () azia

- Consome dieta hipossódica?

() Sim () Não () Às vezes

- Adiciona sal nos alimentos após o preparo?

() Sim () Não () Às vezes

- Consome frituras?

() Sim () Não () Às vezes Frequência por semana ou mês: _____

- Consome café?

() Sim () Não () Às vezes Frequência do consumo ao dia: _____

- Como está seu apetite atualmente?

() Aumentado () Diminuído () Conservado

3.3 ELIMINAÇÃO

- Avaliação dos hábitos intestinais (regularidade, controle dos esfíncteres, presença de cólicas abdominais, ruídos hidro-aéreos, uso de laxativos, esforço ao evacuar):

- Avaliação dos hábitos urinários (regularidade, controle dos esfíncteres, presença de dor):

- Consumo de bebida alcoólica: () Não () Sim, frequência (semanas):

3.4 ATIVIDADE E REPOUSO

- Prática regular de exercício físico

() Sim () Não, por quê?

- Sono/repouso: Dorme quantas horas por dia? _____; Tem sono satisfatório? () Sim () Não, por quê?

- Problemas que afetam o sono

() pesadelos () dependência de medicações () outros

- Tônus muscular

() diminuído () sem alterações

- Deambula

() sim () não () com ajuda

- Restrição de movimentos

() sim () não

3.5 PROTEÇÃO

- Avaliação da pele (temperatura, coloração, presença de lesões, umidade, odor, sensibilidade a dor e ao calor):

- Avaliar sistema imunológico (presença de doenças imunodeficientes):

() Não () Sim, qual: _____

4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

4.1 ESTRESSE

- Apresenta estresse com facilidade?

() Sim () Não

- Quais os principais motivos de estresse? _____

- Apresentou alguma mudança no que se refere ao controle do estresse após a descoberta da doença associada à HAS?

() Sim () Não Qual? _____

4.2 PRESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Medicamento prescrito	TURNO		
	Manhã	Tarde	Noite

4.3 . CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA

- O (a) senhor (a) tem conhecimento sobre a hipertensão arterial?

() Sim () Não Se sim, qual?

Assinalar a seguir os conhecimentos referidos.

() Conceito da HAS.

() Necessidade de tratamento medicamentoso.

() Necessidade de tratamento não- medicamentoso.

() Alimentação hipossódica e hipolipídica.

() Prática de exercício físico.

() Controle do estresse.

() Abandono do tabagismo.

() Redução do consumo de álcool.

() Doenças associadas à HAS

4.4. DESCREVER RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES RECENTES, SE HOUVER

* Acidente vascular cerebral = AVC; Insuficiência cardíaca congestiva= ICC; Infarto agudo do miocárdio= IAM; Hipertrofia do ventrículo esquerdo= HVE; Doença arterial coronariana= DAC; Insuficiência renal crônica= IRC.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (2ª parte) - Entrevista

1. MODO DE AUTOCONCEITO

- Eu físico (sensação corporal e imagem corporal)

Como se sente fisicamente?

Descreva como se vê fisicamente.

- Eu pessoal (autoconsistência, auto-ideal e eu moral-ético-espiritual)

Descreva suas características psicológicas.

O que você gostaria de ser ou fazer?

Como descreveria suas crenças espirituais?

2. MODO DE FUNÇÃO DE PAPEL

Você se reconhece enquanto um indivíduo hipertensão e que precisa de tratamento?

Que ações realiza para o controle da doença?

A doença trouxe-lhe privações em seu relacionamento social?

3. MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

- Outro significativo, sistemas de apoio e relações de dar e receber afeto.

Que é a pessoa mais importante em sua vida? Como é sua relação com essa pessoa?

Quem são as outras pessoas, grupos ou associações com quem mantém laços de amizade? Como se dá essa relação?

Alguém lhe ajuda no tratamento? Quem? Que tipo de ajuda recebe?

Você tem experiência de outras pessoas que vivenciaram situação parecida, ou seja, pessoas hipertensas que desenvolveram doenças associadas? Qual (is)?

APÊNDICE B - ROTEIRO DO EXAME FÍSICO

• OXIGENAÇÃO

- Ritmo da respiração: regular, respiração de Cheyne-Stokes, respiração de Biot, respiração de Kussmaul, respiração suspirosa.
- Expansibilidade torácica: eupneia, dispneia
- Avaliação da estrutura torácica: tórax simétrico, tórax em barril, tórax infundibuliforme, tórax cariniforme, tórax cônico ou em sino, tórax cifótico, tórax cifoescoliótico.
- Ritmo da frequência cardíaca: regular, irregular.

• NUTRIÇÃO

- IMC (índice de massa corpórea): $\frac{\text{peso}}{\text{altura}^2}$

• ELIMINAÇÃO

- Avaliação dos hábitos intestinais e urinários:
- Regularidade: regular ou irregular.
- Controle dos esfíncteres: incontinência ou continência (intestinal); continência, incontinência, urgência, nictúria, retenção (urinário).

• PROTEÇÃO

- Avaliação da pele:
- Temperatura: hipotermia, normotermia ou hipertermia.
- Presença de lesões: úlcera por pressão, queimadura, lesão pós-queda, lesão por perfuração.
- Umidade: hidratada, desidratada.
- Sensibilidade: tátil, térmica, dolorosa.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa **“Cuidado clínico em enfermagem à luz da Teoria da Adaptação de Roy nas complicações da Hipertensão Arterial”**. Caso concorde em participar, assinar ao final do documento. Será preservado o anonimato dos participantes. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Este projeto objetiva propor a sistematização da assistência de enfermagem a hipertensos que apresentam outras doenças advindas da hipertensão arterial, com base na Teoria da Adaptação proposta por Sister Callista Roy. Terá como benefícios a proposição de um cuidado individualizado e de qualidade, ajudando o indivíduo a manter-se adaptado à doença e ao tratamento.

Para tanto, será necessário realizar os seguintes procedimentos: histórico de enfermagem (anamnese e exame físico), identificação de diagnóstico de enfermagem e implementação de um plano de ações durante visitas domiciliares, consultas individuais na unidade de saúde e atividades grupais.

Solicito também a permissão para a gravação da entrevista a ser realizada como a primeira fase do estudo.

Durante a execução do projeto, você não terá prejuízo em suas consultas de rotina na unidade de saúde ou qualquer outro risco no tratamento. Sua participação também não implica em ônus ou gratificações financeiras. Qualquer dúvida, dano ou desconforto poderá ser relatado a pesquisadora pelo telefone 88659135 ou pessoalmente no Centro de Saúde da Família Dom Lustosa, além de informações no comitê de ética em pesquisa da UECE no número 31019890.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

- receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa;
- retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

Eu, *Nome do participante da pesquisa* declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

Assinatura: _____

Eu, *Nome do pesquisador*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

Assinatura: _____

Informo que este termo será feito em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Fortaleza, ____ de _____ de 2009

APÊNDICE D - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Fortaleza, de de 2009.

Prezado Chefe da Célula de Atenção Básica da Secretaria Executiva Regional V.

Venho por meio deste, solicitar autorização para que o estudo intitulado “**Cuidado clínico em enfermagem à luz da Teoria da Adaptação de Roy nas complicações da Hipertensão Arterial**”, que objetiva implementar a sistematização da assistência de enfermagem a pacientes hipertensos que desenvolveram complicações advindas da hipertensão arterial, a luz da teoria da adaptação de Sister Callista Roy, seja desenvolvido em um Centro de Saúde da Família da SER –V, o qual a pesquisadora trabalha.

Assim, eu, enfermeira Denizielle de Jesus Moreira Moura, pesquisadora responsável, precisarei ter acesso ao arquivo de dados dos pacientes desta Instituição, bem como permissão para coletar informações junto aos mesmos, através de entrevista e exame físico, durante o primeiro semestre de 2009.

Fica claro que todas as informações obtidas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional e que, a qualquer momento, poderá ser retirada a autorização para a pesquisa, caso suas recomendações não sejam atendidas.

Assinatura do Responsável pela Instituição

Eu, Denizielle de Jesus Moreira Moura, declaro que estou ciente das recomendações e comprometo-me a cumprir os preceitos da Resolução 196/96.

Pesquisadora responsável