



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE

LARIZA MARTINS FALCÃO

CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL:  
fundamentação no sistema interpessoal de King

FORTALEZA - CEARÁ

2007

LARIZA MARTINS FALCÃO

**CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL:  
fundamentação no sistema interpessoal de King**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

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

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

FORTALEZA - CEARÁ

2007

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE

CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL:  
fundamentação no sistema interpessoal de King

Autora: Lariza Martins Falcão

Aprovada em: 26 / 02 / 2007

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lúcia de Fátima da Silva (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Maria Coelho Damasceno (1<sup>a</sup> Examinadora)  
Universidade Federal de Fortaleza - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Vilani Cavalcante Guedes (2<sup>a</sup> Examinadora)  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thereza Maria Magalhães Moreira (Examinadora Suplente)  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Este estudo contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

## DEDICATÓRIA

A Deus e a Nossa Senhora, por estarem sempre presentes, iluminando e guiando meus passos, e, principalmente, dando-me coragem para superar os obstáculos desta caminhada.

Aos meus pais, Rejane e Luiz, por serem meus grandes exemplos, e, pelos ensinamentos que me ajudaram a andar pela vida e a escolher os caminhos para realizar minhas conquistas com responsabilidade e honestidade.

Ao meu companheiro e amigo Marcelo, fonte de alegria e amor em minha vida. Seu apoio foi essencial nos momentos mais difíceis desta trajetória.

Aos meus irmãos, Patrícia, Luian e Pedro Luiz, pelo carinho e incentivo constantes.

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Dra. Lúcia de Fátima, minha orientadora, pelas sugestões, observações, ensinamentos e paciência com que sempre me atendeu. E, principalmente, por todo o conhecimento a mim transmitido, tão útil à minha formação pessoal e profissional.

Aos membros da banca, Dra. Marta Maria Coelho Damasceno, Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes e Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira, pelas valiosas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

Aos docentes e discentes do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, por colaborarem para a minha formação.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Sociedade, pelo crescimento compartilhado.

Aos funcionários Rosa Amélia, Aroldo e Rafaela Martins, por terem me ajudado sempre que precisei.

Aos profissionais integrantes da instituição do estudo, pela disposição e atenção durante a coleta de dados.

A todos aqueles que não foram aqui mencionados, mas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse estudo.

## RESUMO

O estudo objetivou identificar os conceitos do sistema interpessoal do Modelo Conceitual de King, a partir dos discursos de clientes com hipertensão arterial, sobre sua interação com enfermeiras e demais profissionais de saúde em um Serviço Público de Saúde, analisar a contribuição deste relacionamento para sua adesão ao tratamento e controle da hipertensão arterial, e analisar, também, o cuidado educativo da enfermeira por ocasião da consulta de enfermagem à pessoa com hipertensão arterial, à luz do conceito de papel de King. A investigação caracterizou-se como um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa. Teve como lócus uma instituição pública de saúde especializada em atendimento ambulatorial de nível secundário à pessoa com hipertensão arterial, situada na cidade de Fortaleza-CE. A amostra foi aleatória e constou de 21 pessoas com hipertensão arterial, classificadas como de alto risco, acompanhadas na instituição há, no mínimo, um ano. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados o formulário, a entrevista por pautas e a observação simples. Os dados provenientes dos formulários foram analisados estatisticamente e os dados advindos das entrevistas foram transcritos, lidos e analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo. Cumpriram-se todos os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos. No referente aos conceitos do sistema interpessoal de King, foi possível evidenciar que a relação interpessoal entre profissional da saúde, em especial enfermeira, e o cliente, ocorrem diante de situações passíveis de favorecer o alcance de metas, ou mesmo dificultar a adesão terapêutica. Entre os conceitos sobressai o de transação, o qual pode ser compreendido como o resultado final dos demais conceitos. Entretanto este conceito foi identificado em apenas dois dos participantes, isto porque a instituição não assiste o cliente com o propósito de alcançar metas. Segundo percebeu-se, para se obter transação faz-se necessário que ocorra interação positiva entre profissional e cliente, esta mediante uma comunicação terapêutica, cada um assumindo seu papel. Desse modo, são minimizadas as situações de estresse desta interação. Conforme se conclui, é indispensável uma compreensão dos conceitos do sistema interpessoal de King com vistas a se entender de forma mais detalhada a interação entre profissional de saúde e cliente. Assim, conseqüentemente, os profissionais poderão refletir sobre seu processo interativo com os clientes no intuito de superar os obstáculos desta interação, e sempre com o propósito do alcance de metas.

**Descritores:** Cuidado; Hipertensão Arterial; King - Modelo Conceitual.

## ABSTRACT

The study had as goal the concepts of the interpersonal system of King Conceptual Model, from the speech of arterial hypertension clients, about their interaction with nurses and other health professionals in a Public Health Service, analyze the contribution of this relationship to their entry into the treatment and control the arterial hypertension, and also analyze the educative care of the nurse in occasion of the nursing appointment to the person with arterial hypertension from the concept of King. The investigation was characterized as a study of descriptive nature with qualitative approach. It had as place study, a public health institution specialized in ambulatorial cases of secondary levels to a person with arterial hypertension placed in Fortaleza-CE. The sample was aleatory and had twenty-one arterial hypertension people, classified as high risks, accompanied by the institution for, at least, a year. As information collection instruments were used the form, the agenda interviews and simple observation. The data came from the forms were statistically analyzed and the data came from the interviews were used transcriptions, read and analyzed according from the techniques of contents with human beings were done. Referring to the concepts of King Interpersonal System was possible to observe that the interpersonal relation between the health professional, the nurse in a special way and the patient occur in reach goals situations or difficult the therapeutic entry. Among the concepts the dealing is in evidence, what can be understood as a final result of the other concepts. In the meantime, this concept was identified in only two participants, this occur because the institution does not attend the patient with the objective of reach goals. As perceived, to obtain the dealing is necessary to exist a positive interaction between the professional and the patient through a therapeutic communication, each one making its role. This way, the stress situations of this interaction are minimized. To conclude, it is essential the comprehension of the concepts of King Interpersonal System in order to understand the health professional and the client. So, in consequence, the professionals will reflect on their interactive process with the client to overcome the obstacles of this interaction and always with the objective of reach goals.

**Descriptors:** Care; Arterial Hipertension; King Conceptual Model.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da freqüência dos sujeitos segundo características pessoais no campo amostral. Fortaleza-CE, 2006.....p.47

Tabela 2 - Distribuição da freqüência dos sujeitos segundo os fatores de risco para hipertensão arterial no campo amostral. Fortaleza-CE, 2006.....p.51

Tabela 3 - Distribuição da freqüência dos sujeitos segundo os fatores de risco cardiovascular no campo amostral. Fortaleza-CE, 2006.....p.53

Tabela 4 - Classe de anti-hipertensivos para o uso clínico nos participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2006.....p.56

Tabela 5 - Classificação da pressão arterial dos participantes do estudo, conforme as V Diretrizes Brasileiros de Hipertensão Arterial. Fortaleza-CE, 2006.....p.58

## **LISTA DE QUADRO**

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial para adultos acima de 18 anos.....p.23

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	8
LISTA DE QUADRO.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	21
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1 Hipertensão arterial.....	22
3.2 Fatores de risco para hipertensão arterial.....	25
3.3 Tratamento da hipertensão arterial.....	27
3.4 Adesão terapêutica da pessoa com hipertensão arterial.....	30
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	33
4.1 A teórica Imogene King.....	33
4.2 O modelo conceitual de King.....	33
4.3 O sistema interpessoal de King.....	35
4.4 Natureza do estudo.....	39
4.5 Lócus do estudo.....	40
4.6 População e sujeitos do estudo.....	41
4.7 Coleta de informações.....	42
4.8 Organização e interpretação das informações.....	44
4.9 Aspectos éticos gerais.....	46
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	47
5.1 A população estudada.....	47
5.2 Identificação dos conceitos do sistema interpessoal de King.....	59
6 CONSIDERAÇÕES ANALÍTICAS.....	97
7 REFLEXÕES FINAIS.....	103
8 REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICES.....	111
ANEXOS.....	117

# 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) têm se configurado em nosso país como um grave problema de saúde pública e em decorrência dos seus elevados índices de morbi-mortalidade. Este fato lhes atribui relevância epidemiológica e social. Deste modo, tais agravos se tornam preocupação tanto no âmbito da saúde coletiva como no cuidado na clínica hospitalar.

O enfoque nas DCNTs, no cenário brasileiro, iniciou-se nas últimas décadas quando estas passaram, a partir de 1980, a liderar as causas de óbitos no país, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias. Tal fenômeno justificou-se mediante processo de transição demográfica (diminuição das taxas de fecundidade e natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida), e pelo processo de transição epidemiológica (urbanização, maior e melhor acesso aos serviços de saúde e aos meios diagnósticos, bem como mudanças culturais expressivas) que culminaram no aumento das taxas de mortalidade por DCNT (BRASIL, 2005).

Outro fator de relevância, quando se trata das DCNTs, são seus elevados custos para o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que estas doenças são de longa duração, e quando não prevenidas ou tratadas de forma adequada, apresentam complicações. Por tanto, estes adoecimentos podem gerar custos diretos – no sistema de saúde; e custos indiretos – pelo aumento do absenteísmo, aposentadorias precoces e perda da produtividade (BRASIL, 2005). Estas doenças também pesam no orçamento dos países de maior renda e constituem enorme encargo social e econômico (BRASIL, 2006).

No contexto das DCNTs, sobressai a hipertensão arterial pois ela está associada à origem de muitas DCNTs, e é considerada uma das causas mais importantes de redução da qualidade e expectativa de vida das pessoas acometidas pela doença (MAGRO; SILVA; RICCIO, 1999; BRASIL, 2006). Além disto, representa 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% por doença arterial coronariana, podendo vir a provocar complicações renais e vasculares periféricas (BRASIL, 2006; V DIRETRIZES, 2006).

Com base nos estudos realizados no Brasil, a hipertensão arterial apresenta uma prevalência estimada em cerca de 20% na população adulta (BENSEÑOR; LOTUFO, 2004) e, aproximadamente, 66% das pessoas com mais de 60 anos (SOARES; JACOB FILHO, 2004). Em relação à população urbana adulta brasileira, essa prevalência varia de 22,3% a 43,9% (V DIRETRIZES, 2006). Já com base em medidas casuais da pressão arterial, estudos apontam prevalências de 40% a 50% na população adulta com mais de 40 anos de idade (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial pode ocorrer em qualquer idade e em situações diversas. Contudo, é mais incidente em homens com até 50 anos, em mulheres após os 50, em diabéticos e, principalmente, em pessoas com histórico de doença na família. Nos idosos, a prevalência é de 65%, e em mulheres com idade superior a 75, a incidência pode atingir 80% (RIERA, 2000). Segundo o autor afirma: “A hipertensão arterial constitui a primeira causa isolada de aposentadoria em nosso país, sendo estimada em 19% do total. E a segunda maior causa circulatória de internação, logo após a insuficiência cardíaca congestiva” (RIERA, 2000, p.3).

Lessa (1998) acrescenta que a prevalência da hipertensão arterial aumenta com a idade e sua magnitude depende dos atributos biológicos/demográficos das populações, do estilo de vida predominante em cada uma delas, do ambiente físico e psicossocial, das características da organização dos serviços e das respectivas interações entre esses vários elementos.

Normalmente a descoberta da hipertensão arterial se dá de modo quase acidental, porquanto ela se desenvolve de forma insidiosa, assintomática e silenciosa. Desse modo, a verificação da pressão arterial é a única maneira pela qual se pode diagnosticar precocemente a doença. Isto faz com que apenas 50,8% das pessoas hipertensas brasileiras reconheçam sua doença. Destas 40,5% se encontram em tratamento, e apenas 10,4% com os níveis pressóricos controlados (<140/90 mmHg) (V DIRETRIZES, 2006).

Ao se referir ao assunto, Amodeu (1995) faz um alerta, qual seja, a procura dos serviços de saúde pela população está relacionada à presença de sintomas. Conseqüentemente, na maioria das vezes, há um diagnóstico tardio associado quase sempre com lesões em órgãos-alvo, pois o mais comum na hipertensão arterial é a assintomaticidade. Este quadro transforma a hipertensão arterial num problema de saúde pública, uma vez que quando não diagnosticada precocemente e/ou iniciado tratamento o mais breve possível com vistas à

diminuição dos níveis pressóricos, ela pode reduzir a expectativa e a qualidade de vida dessas pessoas.

Como afirmam Robbim, Kumar e Cotran (1996), a elevação da pressão arterial é uma preocupação na área da saúde pública por três grandes motivos: é muito comum, suas conseqüências são generalizadas e, algumas vezes, catastróficas, além da doença permanecer assintomática por muitos anos.

Resumidamente, a hipertensão ocasiona transformações expressivas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica, pela possibilidade de agravo em longo prazo (PIERIN; MION Jr., 2001).

Diante desta realidade, tais agravos impõem grandes desafios aos responsáveis pela condução da saúde pública no nosso país. O primeiro destes desafios é priorizar a vigilância e a prevenção das DCNTs e o segundo é conhecer o modo de manifestação dessa epidemia na população (BRASIL, 2005). É preciso considerar ainda que mesmo diante das altas tecnologias de saúde, no referente aos métodos diagnósticos e terapêuticos hoje conhecidos, continuamos nos deparando com o crescente aumento destas ocorrências.

Assim, investir na prevenção de complicações e na educação das pessoas acometidas pela hipertensão arterial tem sido considerado fator relevante pelas instituições de saúde, com vistas a propiciar uma melhor qualidade de vida para os hipertensos, reduzindo suas complicações, bem como evitando a hospitalização destas pessoas.

Nesta perspectiva, a intervenção dos profissionais de saúde tem se direcionado para alcançar a adesão da população aos cuidados de promoção e recuperação da saúde, assim como prevenção primária e secundária em face do adoecimento real ou potencial.

Adesão é compreendida como as situações em que a pessoa assume comportamento de alterar estilo de vida, seguir esquemas terapêuticos e dietéticos, usar corretamente os medicamentos quando necessário, mantendo, portanto, comportamentos correspondentes ao por ela atribuído às recomendações dos profissionais de saúde (WHO, 2003).

Neste sentido, a adesão é percebida como um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e cuidados de assistência médica. Portanto, o desafio da adesão ao tratamento é

caracterizado como uma tarefa que exige envolvimento e participação dos clientes e dos profissionais de saúde (PIERIN; STRELEC; MION Jr., 2004).

Contudo, como lembra Araújo (2002), a adesão em si não depende unicamente do cliente, mas do conjunto de elementos constituintes deste processo, ou seja, do conjunto cliente-profissional de saúde-sistema de saúde.

Por conseguinte, os profissionais de saúde necessitam realizar seu cuidado de forma interdisciplinar, mediante apropriação de conhecimentos holísticos sobre a população-alvo, além de obter informações sobre a doença desta clientela e, a partir destes saberes, manter um processo investigativo contínuo de modo a subsidiar este cuidado prestado.

Isto porque, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2003), para controlar e prevenir as condições crônicas, as pessoas precisam estar informadas sobre estes agravos, motivadas para mudar comportamentos de longo prazo e preparadas para autogerenciar sua cronicidade de condição.

Diante de toda essa problemática, como enfermeira, temos nos preocupado com o cuidado prestado a clientes com condições crônicas de saúde e, de maneira particular, às pessoas com hipertensão, em especial quando se trata de contribuir para sua adesão ao tratamento e à prevenção das possíveis complicações. O nosso interesse pelo tema surgiu de inquietações ao longo do curso de graduação em enfermagem, quando por meio da participação em grupo de pesquisa, programas de extensão e estágios extracurriculares, inquietava-nos perceber a dificuldade que as pessoas enfrentavam em frente daqueles processos de adoecimento. Assim surgiu o interesse em aprofundar o estudo destas questões.

Tal curiosidade culminou na realização de estudos, ainda como estudante de graduação, direcionados para melhor conhecer as pessoas com hipertensão arterial. Entre os trabalhos dos quais tivemos oportunidade de participar, podemos citar Falcão e Guedes (2001), cujo objetivo primordial foi analisar a adaptação da pessoa com hipertensão arterial ao tratamento não-farmacológico. Conforme este revelou, 46,0% da amostra considerou o seguimento dietético como a ação mais difícil de ser praticada para a adesão terapêutica; seguido-se a esta, encontrou-se a redução de ingestão de sal (34,0%).

Também em Falcão e Guedes (2003a), desenvolvido com vistas a conhecer a população hipertensa atendida nos postos de saúde da cidade de Fortaleza-CE, traçamos um perfil desta população. O dado mais alarmante foi saber

que apesar do tratamento farmacológico ser seguido por 97,5% dos pesquisados, e o tratamento não-farmacológico por 95% destes, os níveis de pressão arterial da população estudada continuavam alterados em 66,7% deles.

Em outro estudo, Falcão e Guedes (2003b), pesquisamos algo que nos inquietava em relação à cefaléia e sua associação com as crises hipertensivas. Conforme concluímos, a cefaléia é o sintoma mais comum nas crises hipertensivas, embora não possa ser considerada como um sintoma necessário para identificação das referidas crises.

Já no estudo desenvolvido por Falcão, Amorim e Guedes (2003), procedemos a um levantamento estatístico do perfil de mortalidade por doenças hipertensivas no Estado do Ceará, no período de 1996-2001. Na ocasião, observamos uma linha crescente em relação ao coeficiente de mortalidade por doenças hipertensivas no Estado do Ceará no período pesquisado.

Além disso, como aluna do curso de graduação em enfermagem, em estágios curriculares e extracurriculares, tivemos a oportunidade de prestar cuidados diretos à clientela com hipertensão arterial, tanto em processo de hospitalização como em acompanhamento ambulatorial.

Estas experiências, seja durante a realização de trabalhos científicos ou durante a prestação de cuidados diretos à clientela hipertensa, foram muito importantes para nosso crescimento pessoal e profissional, à medida que nesta trajetória foram levantadas algumas inquietações referentes ao cuidado direcionado a esta clientela.

Para a busca de resposta às nossas inquietações, temos dado prosseguimento ao estudo da enfermagem, em especial, com amparo em teorias próprias da profissão para melhor compreender o cuidado de enfermagem que vem sendo prestado às pessoas hipertensas.

Como sabemos a enfermagem evolui e continua enriquecendo seus conhecimentos como ciência do cuidar, com o objetivo de ajudar os indivíduos a enfrentarem situações de conflitos e aprender modos de adaptação para mudanças em suas atividades diárias, tornando-os mais saudáveis e, conseqüentemente, conseguindo adesão terapêutica e de cuidado.

Assim, para o alcance de meta de atingir a cientificidade do cuidar, as enfermeiras buscam as teorias de enfermagem, a exemplo da de Meleis (1991, p.17), definida como “uma conceitualização articulada e comunicada da realidade

inventada ou descoberta na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem”.

Entre as teorias de enfermagem hoje conhecidas, mencionamos a de Imogene King, por considerarmos que ela se adequa fielmente à fundamentação do cuidado às pessoas hipertensas, por algum tempo, foco da nossa atenção como enfermeira. A teoria de King consubstancia o cuidado à pessoa hipertensa, em especial aos que não apresentam adesão à terapêutica, em virtude de adotar metas comuns entre enfermeira-cliente no intuito de enfrentar dificuldades, transformando esta não adesão em cumprimento do tratamento (MOREIRA; ARAÚJO, 1999).

No respeitante a esta teoria, evidenciamos seu Modelo Conceitual de Sistemas Abertos, no qual o indivíduo está inserido em três sistemas interativos: o pessoal, ou seja, consigo mesmo; o interpessoal, em que ele interage com outros indivíduos; e o social, na reunião de grupos formando as sociedades (KING, 1981).

Diante destes ensinamentos e na tentativa de aperfeiçoar o cuidado de enfermagem às pessoas com hipertensão arterial, realizamos a pesquisa que serviu de monografia para graduação como enfermeira (FALCÃO, 2004). Nesta, o objetivo foi descrever os conceitos do sistema pessoal (percepção, crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, espaço e tempo) do Modelo Conceitual de Imogene King nos clientes com hipertensão arterial, com vistas a uma melhor compreensão deste ser. Ao concluir este estudo, parte dele foi publicado como artigo (FALCÃO; GUEDES; SILVA, 2006).

Nos referidos estudos chegamos à conclusão de que o conceito de percepção havia sido demonstrado de forma subjetiva pelos participantes acerca de sua doença, dificultando assim na adesão à terapêutica proposta. Já o conceito de crescimento e desenvolvimento foi evidenciado pela evolução lenta da doença e seu aparecimento repentino e o de imagem corporal esteve relacionado principalmente ao medo de adquirir seqüelas decorrentes da hipertensão arterial. Outro conceito, espaço, foi mostrado como um fator capaz de favorecer ou mesmo dificultar na adesão ao tratamento, enquanto tempo foi fortemente relacionado ao conceito de percepção. Com isto, segundo constatamos, este último conceito influencia diretamente todos os demais conceitos do sistema pessoal de King quando se trata do grupo estudado (FALCÃO, 2004; FALCÃO; GUEDES; SILVA, 2006).

Com base neste trabalho de monografia surgiram outros questionamentos. Entre eles, a necessidade de aprofundar a análise da relação estabelecida entre

profissional de saúde, com particular atenção entre enfermeira e cliente, com vistas a conhecer peculiaridades desta relação que venham a contribuir para a adesão desta clientela ao tratamento e ao cuidado cotidiano com o adoecimento.

Esta decisão adveio da percepção segundo a qual cabe aos profissionais de saúde empreender esforços para ajudar seus clientes a encontrar os melhores modos de controle de seus processos mórbidos, restando-lhes o dever de junto com o cliente estabelecer metas para o alcance destes objetivos.

Para tanto, a relação que o profissional de saúde estabelece com os seres cuidados deve ser suficientemente efetiva neste intuito, e tal atendimento deve ser sempre voltado às necessidades individuais do cliente. À enfermeira, em especial, compete a prática de cuidados clínicos à clientela de modo a ensinar-lhe formas de bem-viver.

Assim, os profissionais que cuidam de pessoas hipertensas têm a responsabilidade de estabelecer estreita proximidade com esta clientela, sobretudo em decorrência das dificuldades relatadas quanto à sua adesão terapêutica, pois, de acordo com o revelado por dados estatísticos, no Brasil, 30 a 40% dos clientes que iniciam a terapêutica anti-hipertensiva decidem por abandoná-la, fato analisado como ápice da falha da adesão ao tratamento (GUERRA, 1998).

Uma perspectiva para minorar problemáticas como esta é vislumbrada no ensinamento de King (1981), quando a teórica refere que a interação enfermeira-cliente orienta todo o processo de enfermagem, de modo que, juntos, eles podem estabelecer metas a serem alcançadas. Como observamos, o envolvimento profissional ajuda o cliente a desenvolver a confiança necessária na enfermeira e sua participação ativa o faz sentir-se útil e engajado no tratamento.

Dessa forma, a enfermeira pode e deve estabelecer uma interação interpessoal com o cliente. Esta interação requer o interesse de ambas as partes, mediante interação com vistas à transação, atuando por meio de comunicação terapêutica, desempenhando papéis e gerenciando estresse, na busca de uma melhor qualidade de vida do cliente. A propósito, os termos interação, transação, comunicação, papel e estresse constituem os conceitos do sistema interpessoal descrito por King (1981).

De acordo com King (1981), o conceito de interação é definido como comportamentos observáveis de duas ou mais pessoas; a transação é considerada como um processo de interação dirigido às metas; a comunicação é o processo pelo

qual a informação é dada de uma pessoa para a outra; o papel é o modo de funcionamento aprendido e dinâmico em cada pessoa, com propósito de interação e transação, e o estresse pode ser entendido como um estado dinâmico, no qual o ser humano interage com o meio, para obter o balanço do crescimento, desenvolvimento e desempenho.

No cenário do cuidado dispensado às pessoas hipertensas, conhecer a sua doença, a assistência disponível, a importância do tratamento farmacológico e não-farmacológico são necessidades básicas para a adesão do cliente ao novo estilo de vida a ser seguido. Nesta perspectiva, compreender o cliente e ajudá-lo a compreender-se é o papel da enfermeira como educadora em saúde, ao atuar na promoção, prevenção, recuperação e/ou reabilitação do cliente.

Portanto, para cumprir devidamente este papel, a relação estabelecida com o cliente deve fundamentar-se no Sistema Interpessoal de King (1981). Como proposto, a interrelação entre profissional e cliente somente se estabelecerá se eles interagirem entre si, desempenharem seus papéis habilmente e, por meio de comunicação terapêutica, reduzirem o estresse e alcançarem a transação que viabiliza atingir as metas firmadas em parceria.

Ainda com enfatizamos, o cuidado de enfermagem deve ser compreendido pela relação estabelecida entre o cuidador (enfermeira) e o ser cuidado (cliente), de modo que, conjuntamente, eles busquem as melhores estratégias de promover saúde, bem como de enfrentar as situações de adoecimento.

Neste sentido, o foco da presente investigação se voltou para a identificação dos conceitos do sistema interpessoal contidos no Modelo Conceitual de Imogene King (1981), quais sejam: interação, comunicação, papel, estresse e transação, nos discursos de pessoas hipertensas acerca da relação estabelecida com profissionais de saúde. Com esta identificação pretendemos viabilizar a análise da contribuição que este relacionamento pode trazer para sua adesão ao tratamento e controle da hipertensão arterial, como também os entraves desta relação.

A intenção foi obter clareza para o questionamento: Como a relação interpessoal estabelecida entre profissional de saúde, em particular a profissional enfermeira, e pessoa hipertensa pode contribuir para a adesão da clientela ao tratamento e ao controle da hipertensão arterial?

Segundo nosso pressuposto inicial, a relação interpessoal formada entre profissional de saúde e pessoa hipertensa pode contribuir para sua adesão à terapêutica e controle da hipertensão arterial desde que ambas se pautem em uma interação mediada por comunicação efetiva, cada um assumindo seu papel, de modo a atingirem transação de metas, com o menor estresse possível.

Nesta perspectiva, a nosso ver, esta relação entre profissional de saúde e cliente hipertenso será melhor conduzida quando o profissional passar a compreender os conceitos que fazem parte do sistema pessoal da clientela assistida, pois, conforme King (1981), os conceitos do sistema pessoal devem ser usados para entendermos a interação entre os seres humanos.

Assim, este estudo induz a um trabalho intelectual, no qual o profissional tem a oportunidade de crescer e transformar-se num ser crítico, capaz de questionar suas próprias atitudes e, assim, transformar algumas delas e participar de forma mais ativa nos cuidados prestados a esta clientela.

Ainda conforme acreditamos, pesquisas como estas são importantes, pois contribuem para uma melhor assistência ao cliente com hipertensão arterial, e propicia organizar e valorizar os cuidados a ele prestados. Além disso, por meio da compreensão dos conceitos do sistema interpessoal do Modelo Conceitual de Imogene King da pessoa com hipertensão arterial, teremos subsídio para apresentar propostas que direcionem o cuidado voltado a esta clientela, evidenciando um compromisso mais estreito com a qualidade da assistência.

Para o desenvolvimento da pesquisa ora elaborada, recorreremos a várias fontes e efetuamos buscas na Biblioteca Virtual em Saúde, especificamente nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF) no período de 1995 a 2005 na tentativa de localizar trabalhos que utilizaram o Modelo Conceitual e/ou a Teoria de Alcance de Metas de Imogene King a pessoas com hipertensão arterial ou mesmo a outros grupos específicos. Encontramos 21 publicações que utilizaram este como referencial teórico, entretanto apenas cinco direcionaram seus estudos à clientela hipertensa.

Destes, dois trabalhos foram do tipo reflexivo, e um deles tentou refletir sobre o alcance da teoria de King junto a famílias de pessoas hipertensas (MOREIRA; ARAÚJO; PAGLIUCA, 2001) e o outro refletiu sobre o cuidar a partir da

proposta do Modelo Conceitual e da Teoria de Alcance de Metas de Imogene King (MOREIRA; ARAÚJO, 2002a).

Em determinada pesquisa do tipo estudo de caso, adotou-se a teoria de King a um cliente com hipertensão arterial. Conforme as autoras concluíram, a adesão foi facilitada sensivelmente quando se aplicou esta teoria (MOREIRA; ARAÚJO, 1999). Os demais trabalhos foram pesquisas do tipo exploratório-descritivo. Em um objetivou-se compreender a não adesão ao tratamento da hipertensão a partir do modelo de King (MOREIRA; ARAÚJO, 2002b) e em outro descreveram-se as relações interpessoais das pessoas com hipertensão arterial não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde (MOREIRA; ARAÚJO, 2002c).

Segundo pudemos concluir, com base na nossa busca, utilizaram este referencial teórico junto a clientes com hipertensão arterial. Além disso, merece ser considerado o elevado índice de hipertensos não aderentes ao tratamento, pois a não adesão leva ao aumento das complicações nos clientes e, conseqüentemente, a uma redução da qualidade e expectativa de vida do cliente hipertenso e ao aumento dos custos com saúde.

Diante destas limitações, urge ampliar a produção tanto quantitativa como qualitativa de estudos direcionados ao cuidado das pessoas com hipertensão arterial. Dessa forma, será possível contribuir para o aumento da adesão destes clientes à terapêutica e ao cuidado, com vistas a melhorar-lhes a qualidade de vida, bem como para reduzir os gastos hospitalares referentes às complicações por esta doença.

## **2 OBJETIVOS**

- Identificar os conceitos do sistema interpessoal do Modelo Conceitual de King, a partir dos discursos de clientes com hipertensão arterial, sobre sua interação com enfermeiras e demais profissionais de saúde em um Serviço Público de Saúde;
- Analisar a contribuição deste relacionamento para sua adesão ao tratamento e controle da hipertensão arterial;
- Analisar o cuidado educativo da enfermeira por ocasião da consulta de enfermagem à pessoa com hipertensão arterial, à luz do conceito de papel de King.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Para consubstanciar o conhecimento acerca da entidade mórbida hipertensão arterial, desenvolvemos na presente investigação, um levantamento de informações que permite melhor compreensão do seu processo epidemiológico, clínico e terapêutico.

#### **3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL**

A hipertensão arterial constitui-se um problema de saúde pública no Brasil, tanto pela sua alta prevalência em nossa sociedade, seus elevados índices de morbidade e mortalidade, como pela baixa adesão dos seus portadores ao tratamento. Moreira (1999) acrescenta que a hipertensão arterial representa um problema de saúde pública por seu diagnóstico dar-se quase sempre tardio e seu controle apresentar-se ainda complexo em decorrência da sua magnitude.

Como asseverado por determinados autores: a hipertensão arterial pode ser resultado da atividade aumentada do sistema nervoso simpático ligado à disfunção do sistema nervoso autônomo, ou de acréscimo na função do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em expansão do volume de líquido extracelular e resistência vascular sistêmica elevado. Pode ser resultado, ainda, da reabsorção renal de sódio, cloreto e de água ligada a uma variação genética nas vias pelas quais o rim manuseia o sódio; ou da vasodilatação diminuída das arteríolas relacionada à disfunção do endotélio vascular e/ou da resistência à ação da insulina (SMELTZER; BARE, 2002).

Para se identificar a hipertensão, a única forma possível é mediante a verificação da pressão arterial. Entretanto isto geralmente não ocorre, e a maioria dos clientes hipertensos só procuram orientação médica e/ou de enfermagem quando se manifesta algum sintoma da doença.

Com base neste princípio, faz-se necessário recomendar a verificação da pressão arterial da população em geral, pelo menos uma vez ao ano, pois, desse

modo, a doença poderá ser diagnosticada precocemente, evitando-se sua descoberta repentina (BRASIL, 2001).

Por ser uma doença considerada de caráter multigênico e multifatorial, a hipertensão arterial, quando não tratada adequadamente, acarreta danos no organismo, principalmente em órgãos-alvo, como o coração, vasos, rins e cérebro.

Existem critérios para a classificação dos níveis pressóricos. Entre estes critérios mencionamos o das V Diretrizes (2006). De acordo com essas diretrizes, a classificação dos níveis pressóricos, em pessoas adultas acima de 18 anos, apresenta-se como demonstrado no quadro a seguir:

QUADRO 1 - Classificação da pressão arterial para adultos acima de 18 anos

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
<b>HIPERTENSÃO</b>		
Estágio 1 (leve)	140 – 159	90 – 99
Estágio 2 (moderada)	160 – 179	100 – 109
Estágio 3 (grave)	≥ 180	≥ 110
Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

FONTE: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006.

Em relação às crianças e aos adolescentes, a avaliação clínica da medida da pressão arterial deve ser realizada após os 3 anos de idade ou em circunstâncias especiais de risco antes desta idade. Estes níveis são avaliados conforme uma tabela, a qual utiliza como parâmetros a idade, o percentil de estatura e os valores das pressões arteriais para sua classificação. Para os idosos devem ser observados três aspectos passíveis de influenciar no resultado de seus níveis de pressão arterial, tais como: hiato auscultatório, pseudo-hipertensão e a hipertensão do avental branco, que é mais freqüente nesta faixa etária (V DIRETRIZES, 2006).

Conforme recomendado, para a verificação dos níveis tensionais devem ser seguidos alguns critérios, quais sejam: preparo adequado do cliente, técnicas

padronizadas de medida da pressão arterial e equipamento calibrado (Anexo 1). Além disto, devemos observar também: a largura da bolsa de borracha do manguito, a qual deve corresponder a 40% da circunferência do braço, e seu comprimento, que deve envolver 80% a 100% da circunferência do braço. Além disso, o valor da pressão diastólica deve ser determinado na fase V de Korotkoff (V DIRETRIZES, 2006).

Quanto à classificação da hipertensão arterial, pode ser primária ou secundária. Ela é considerada primária quando não apresenta claramente sua razão etiológica para tal ocorrência, e ocorre entre 90 e 95% dos casos de hipertensão arterial; e secundária quando possui uma causa definida, representada por 5 a 10% dos casos (ARAÚJO, 1999; SMELTZER; BARE, 2002; V DIRETRIZES, 2006).

As V Diretrizes (2006) advertem sobre a verificação dos níveis tensionais nas pessoas hipertensas durante as consultas. Segundo recomendam, devem ser realizadas pelo menos três medidas da pressão arterial, com intervalo de um minuto entre elas: a média das duas últimas é a pressão arterial do indivíduo. Ademais, na primeira avaliação, torna-se imprescindível a medição em ambos os membros superiores. Em caso de diferença, utiliza-se sempre o braço com maior valor de pressão arterial para análise com as medidas subseqüentes (V DIRETRIZES, 2006).

Em resumo, o diagnóstico da hipertensão arterial depende, exclusivamente, dos seus níveis pressóricos. Com base nesses dados, reforça-se a necessidade da verificação da pressão arterial pelo menos uma vez no ano para aquelas pessoas consideradas normais. Para aquelas cujos níveis tensionais encontram-se na faixa limítrofe recomenda-se serem avaliados em um intervalo menor de tempo, e aqueles já classificados como hipertensos devem ser acompanhados ambulatorialmente para início, o mais breve possível, da terapêutica anti-hipertensiva.

Nesta perspectiva, com vistas a reduzir as chances do aparecimento das complicações são indispensáveis, parte dos profissionais de saúde, a identificação precoce e a abordagem adequada dos fatores de risco, principalmente na população de alto risco (V DIRETRIZES, 2006).

A seguir, como esclarecimento, fazemos uma breve exposição dos fatores passíveis de contribuir tanto para alterar os níveis pressóricos, como para elevar os riscos cardiovasculares.

### 3.2 FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A gênese das doenças cardiovasculares está, segundo Bloch (1998), relacionada aos riscos estruturais, comportamentais, a distúrbios metabólicos e a fenômenos socioeconômicos-culturais. Entre estes, destacam-se os constitucionais, como sexo, raça, idade, hereditariedade; os comportamentais, como tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, estresse emocional e uso de contraceptivos orais pelas mulheres; e os distúrbios, como obesidade, hipercolesterolemia, diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Nesta mesma lógica, a hipertensão arterial apresenta alguns fatores que podem propiciar seu surgimento ou mesmo influenciar no aumento dos níveis pressóricos. Estes fatores são classificados como genéticos e ambientais.

Em relação aos fatores genéticos, além da herança familiar, devemos ainda ter em mente uma visão crítica acerca de outros fatores como sexo, idade e raça. Tais fatores não são decorrentes apenas da herança genética em comum, mas, também, do ambiente e do estilo de vida no qual seus companheiros e/ou familiares estão inseridos. Assim, uma análise dos fatores ambientais é essencial para verificar sua influência no desenvolvimento da hipertensão arterial. Entre estes, podemos citar os seguintes:

*Quantidade de sal utilizada na dieta:* o sal é o principal responsável pelo aumento dos valores da pressão arterial, e o nível pressórico é diretamente proporcional ao consumo de sal, seja em pessoas normotensas como hipertensas (V DIRETRIZES, 2006). Aconselha-se ingerir até 6 gramas de sal ao dia. Destes 4 gramas oriundas do próprio cloreto de sódio, e os demais 2 gramas deveriam provir dos próprios alimentos ingeridos (IV DIRETRIZES, 2002).

*Prática do tabagismo:* caracteriza-se como responsável por uma série de doenças, sobretudo o aumento dos riscos coronarianos advindos da aterosclerose, em decorrência da ação da nicotina. O tabagismo, além da sua associação direta com as doenças coronárias, também está associado a uma maior incidência e mortalidade por doenças cerebrovasculares e vascular de extremidade (IV DIRETRIZES, 2002; JARDIM; MONEGO; SOUSA, 2004). Ainda como acrescentam as V Diretrizes (2006), o fumo é o único fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovascular.

*Hábito de ingerir bebidas alcoólicas:* esta prática vem sendo considerada a principal causa secundária de hipertensão arterial, e é também responsabilizada por resistência à terapêutica anti-hipertensiva entre as pessoas hipertensas submetidas à terapêutica medicamentosa (RIEIRA, 2000). Além disto, favorece as doenças cardiovasculares, o acidente vascular cerebral e a hipertensão arterial (JARDIM; MONEGO; REIS, 2004).

*Nível de colesterol na corrente sangüínea:* o colesterol está presente e se faz necessário para o bom funcionamento do nosso organismo. Entretanto seu excesso, níveis superiores a 200 mg/dl na corrente sangüínea, pode causar desenvolvimento de ateromas intravasculares responsáveis por problemas vasculares. As dislipidemias como a hipercolesterolemia e a hipertrigliciridemia associada a baixos níveis de HDL-colesterol são importantes fatores de risco cardiovascular (IV DIRETRIZES, 2002). Níveis elevados de colesterol, juntamente com hipertensão arterial, representam mais que 50% do risco atribuível para ocorrência de doença coronária (V DIRETRIZES, 2006).

*Diabetes mellitus:* está associada diretamente à hipertensão arterial, e a pessoa diabética, ao não manter compensação dos níveis glicêmicos, tem grandes chances de desenvolver elevação da pressão arterial (IV DIRETRIZES, 2002). Como afirmam Cruzeta, Utimura e Zatz (1998), a prevalência de hipertensão em indivíduos diabéticos é duas vezes maior que em uma população de não-diabéticos, e estima-se que entre 35% e 75% das complicações do diabetes são decorrentes da hipertensão arterial. Ademais, a associação entre hipertensão arterial e diabetes nas pessoas tem como conseqüência o grande aumento do risco cardiovascular (V DIRETRIZES, 2006).

*Obesidade:* o excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão arterial, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos. Enquanto isso, a diminuição de peso reduz os valores dos níveis pressóricos (V DIRETRIZES, 2006). Segundo acrescenta Rieira (2000), a perda de 4,5 kg em termos absolutos reduz os níveis pressóricos na maioria dos hipertensos obesos, como também potencializa o efeito da queda de pressão arterial das drogas anti-hipertensivas administradas.

*Vida sedentária:* o sedentarismo ou a inatividade física, junto à dieta e ao tabagismo, apresenta-se como um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2001). Além disto, as pessoas que

são sedentárias apresentam um risco de, aproximadamente, 30% em desenvolver a hipertensão arterial quando comparadas às pessoas ativas (V DIRETRIZES, 2006).

*Comportamento de estresse:* atualmente fala-se muito do estresse ou tensão emocional como fator de risco para aumentar a incidência da hipertensão arterial, porém ainda não está comprovado seu papel na gênese dessa doença (RIEIRA, 2000; IV DIRETRIZES, 2002). Esta tensão ou estresse emocional pode ser definida como qualquer influência, seja ela decorrente de uma demanda exógena ou endógena, capaz de levar ao agravamento da pressão arterial, via liberação excessiva de catecolaminas pelo sistema nervoso autônomo e pela medula supra-renal (RIEIRA, 2000).

*Uso de medicamentos:* alguns medicamentos são responsáveis pelo desenvolvimento da hipertensão arterial, ou pelo menos se constituem em fatores agravantes, como é o caso dos hormônios femininos, dos corticóides, dos anorexígenos, dos antidepressivos tricíclicos, antiácidos ricos em sódio, entre outros (RIEIRA, 2000). Ainda como as V Diretrizes (2006) acrescentam a hipertensão é duas a três vezes mais comum em usuárias de anticoncepcionais orais, principalmente entre as de mais de 35 anos e obesas.

Com base no conhecimento destes fatores de risco e sua associação com a elevação dos níveis pressóricos, o profissional de saúde terá maior subsídio para identificá-los mais facilmente, bem como para ajudar o hipertenso em seu tratamento. Neste intuito, apresentaremos agora os tipos de tratamento anti-hipertensivo.

### **3.3 TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Como referido, a hipertensão arterial, por se enquadrar entre as doenças crônicas não transmissíveis e por agir de forma silenciosa, apresenta alta prevalência de morbi-mortalidade em nossa sociedade, além de trazer seqüelas aos órgãos vitais (cérebro, coração, retina, vasos, rins). Estes, uma vez lesados, levam a um estado irreversível, podendo até ocasionar a morte. Portanto, é imprescindível tanto a obtenção do diagnóstico desta doença o mais precoce possível, como o início imediato do seu tratamento.

Isto porque, embora esta doença não tenha cura, ela tem tratamento. Diante da situação, é de extrema necessidade a adesão do cliente ao tratamento, seja o não-farmacológico, seja o farmacológico. Independente do tipo de tratamento, o hipertenso deverá segui-lo por toda a vida.

Conforme as V DIRETRIZES (2006), o objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbi-mortalidade cardiovascular do cliente hipertenso, aumentada em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. Assim, o tratamento deve ser iniciado imediatamente após sua descoberta, pois quanto mais cedo for iniciado, melhores serão os resultados e menores suas possíveis complicações.

Com esta finalidade, a decisão terapêutica deve ser baseada na confirmação diagnóstica de hipertenso, seguindo-se a estratificação de risco do cliente, a qual levará em conta os valores de pressão arterial, a presença dos fatores de risco cardiovascular, as lesões em órgãos-alvo e a presença de doenças cardiovasculares (V DIRETRIZES, 2006).

No que tange à estratificação de risco, pode-se classificar o cliente hipertenso como risco baixo, ou seja, aquele sem fatores de risco e sem lesão em órgãos-alvo; risco médio, aquele que já possui algum fator de risco, exceto diabetes mellitus, e não apresenta lesão em órgãos-alvo; e o risco alto, no caso de pessoas que possuem lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificada e/ou diabetes mellitus (IV DIRETRIZES, 2002).

Assim, a estratégia terapêutica, seja ela por meio do tratamento não-medicamentoso isolado e/ou associado ao tratamento medicamentoso, deve ser individualizada de acordo com a estratificação de risco, a meta do nível de pressão arterial a ser alcançada e pelo grau do risco cardiovascular (V DIRETRIZES, 2006).

Nesta perspectiva, o tratamento não-farmacológico atua mediante a modificação nos hábitos alimentares e do estilo de vida, auxiliando no controle dos fatores de risco, bem como na redução dos níveis de pressão arterial e na prevenção das complicações. Ademais, pode agir de modo preventivo para aqueles que ainda não foram diagnosticados como hipertensos mas apresentam fatores de risco para esta doença. Este tratamento é indicado para qualquer pessoa, pois não oferece risco de vida e tem um custo financeiro relativamente baixo quando comparado ao uso de medicamentos.

Para o tratamento não-farmacológico, recomendam-se algumas medidas não-medicamentosas. As principais são as seguintes: controle do peso; padrão alimentar com base em uma dieta rica em frutas e vegetais e alimentos de baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais; redução do consumo de sal; moderação no consumo de bebidas alcoólicas; prática de atividade física diária; abandono do tabagismo e controle do estresse psicoemocional (V DIRETRIZES, 2006).

Por depender de mudanças no estilo de vida do cliente, a adoção de medidas não-medicamentosas torna-se trabalhosa e requer que este cliente se mantenha consciente de ser portador desta doença. Também é preciso que ele entenda e participe de forma ativa em seu tratamento. Além disso, é indispensável uma forte relação cliente-profissional da saúde, sem desprezar o envolvimento dos familiares do doente. Desse modo, todos poderão ajudar o hipertenso na modificação do estilo de vida, e na manutenção desta modificação por toda a vida.

Quanto ao tratamento farmacológico ou medicamentoso, baseia-se no uso de drogas anti-hipertensivas, as quais, quando associadas ao tratamento não-medicamentoso, objetivam a redução da pressão arterial para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica. Outro objetivo é a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, respeitando sempre as características individuais, a presença de comorbidade e a qualidade de vida de cada cliente em tratamento farmacológico (V DIRETRIZES, 2006).

É preciso cuidado na escolha do medicamento anti-hipertensivo. Deve-se avaliar sua eficácia por via oral, sua tolerância, permitir a administração em menor número de tomadas diárias, o uso combinado com outros fármacos anti-hipertensivos. Recomenda-se considerar, também, a condição socioeconômica do cliente, uma vez que o sistema público no Brasil não disponibiliza, para distribuição aos seus usuários, todas as classes de anti-hipertensivos (V DIRETRIZES, 2006).

Sobre custos monetários dos medicamentos, a afirmação a seguir ressalta:

Medir a pressão arterial na prática assistencial, convencer o cliente hipertenso e conduzi-lo para o controle da doença são os principais passos para se conseguir redução de custos monetários ao indivíduo, ao sistema de saúde, à previdência social e aos diversos setores da economia, possibilitando, precocemente, ganhos na qualidade de vida (LESSA, 2001, p.96).

Em suma, a nosso ver, a adesão terapêutica é o passo mais importante para que as pessoas com hipertensão arterial consigam uma melhor qualidade de vida. Neste sentido, exploraremos, na próxima seção, questões referentes à adesão terapêutica desta clientela.

### **3.4 ADESÃO TERAPÊUTICA DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Diante dos dados estatísticos que comprovam a baixa adesão ao tratamento (GUERRA, 1998), seja ele farmacológico ou não, melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial constitui um dos grandes desafios dos profissionais da saúde, como também das organizações da saúde.

Em face desta realidade, abordar questões relacionadas à adesão ao tratamento da hipertensão é essencial. Assim, para facilitar o alcance desta adesão, visualizamos a necessidade de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar na assistência destes clientes, isto porque a doença é multifatorial e requer orientações voltadas para vários objetivos.

Ainda de acordo com as V Diretrizes (2006), o trabalho junto aos hipertensos exige coragem, determinação e contínua autocrítica por parte dos profissionais de saúde com vistas ao alcance dos objetivos.

Sob este olhar, enfatizamos a importância do papel da enfermeira em relação a este cliente, pois como profissional ela é responsável pela consulta de enfermagem. Esta consulta tem por finalidade, além da verificação dos níveis pressóricos, investigar os fatores de risco e hábitos de vida, orientar sobre a doença, o uso regular de medicamentos prescritos pelo médico e sobre hábitos de vida pessoal e familiar (V DIRETRIZES, 2006).

Estas ações são de grande valor quando almejamos adesão terapêutica, pois mesmo dispondo de uma vasta gama de medicamentos anti-hipertensivos eficientes, como demonstram os dados, os hipertensos permanecem com seus níveis pressóricos alterados.

Assim, confirma-se a importância da participação da enfermeira no gerenciamento do tratamento de clientes com hipertensão arterial. O papel desta profissional extrapola, sobremaneira, a simples aferição da pressão arterial (MOREIRA, 1999). Além disto, a profissional enfermeira, por possuir maior proximidade com o cliente, é vista como uma pessoa mais acessível.

Outro fator relevante neste processo de adesão terapêutica é a satisfação do cliente. Contudo, comumente ele é menosprezado na avaliação do cuidado em saúde. Em corroboração a este comentário, conforme constatado no estudo realizado por Cade (1999), a receptividade era um dos principais motivadores para que os clientes freqüentassem um programa de controle de hipertensão arterial, pois ali eles encontravam espaço para se expressarem, além dos aspectos referentes à doença física, às ansiedades, frustrações e dificuldades vivenciadas no cotidiano em relação à sua doença e ao tratamento.

Ao se pronunciar sobre adesão, Araújo (2002) afirma que esta é influenciada pelos fatores relacionados ao cliente, à terapêutica e ao sistema de saúde. No respeitante ao cliente, mencionam-se os seguintes antecedentes: sexo, idade, grau de instrução, situação financeira, estado civil, experiência anterior com a doença, percepção acerca da doença, desejo de aprender sobre a doença e tratamento, acesso a fonte de informações, motivação para seguir as recomendações e apoio familiar.

Quanto aos antecedentes sobre a terapêutica, são os seguintes: freqüência de dosagem e horário de tomadas, eficácia em relação aos sinais e sintomas, incidência de efeitos colaterais, grau de tolerância aos efeitos colaterais, custo econômico e capacidade de adaptação ao novo estilo de vida.

Já os antecedentes do sistema de saúde são assim descritos: condição de acesso ao serviço de saúde, disponibilidade de medicamentos, existência de serviço de referência para casos complicados, busca ativa de casos, sistema de controle da clientela registrada, freqüência de consultas e satisfação do hipertenso com o atendimento.

Outros fatores, porém, podem influenciar na adesão dos clientes ao tratamento anti-hipertensivo. Como exemplo, podem ser citados os apresentados por Pierin, Strelec e Mion Jr (2004): cliente; aspectos psicossociais; doença; crenças, hábitos de vida e culturais; tratamento; instituição; relacionamento com a equipe de saúde e condições concomitantes (tais como diabetes mellitus, obesidade, insuficiência renal).

Enquanto isto, Moreira e Araújo (2002b), ao utilizar o modelo conceitual de Imogene King (1981), identificaram como principais dificuldades individuais para o seguimento do tratamento a falta de tempo e a rapidez das consultas médicas. Em relação à interação cliente-profissional de saúde foi possível perceber dificuldade de

comunicação entre eles. Esta dificuldade é capaz de gerar desprazer no cliente. Também foi identificado estresse excessivo, no contato com alguns membros familiares, motivado por impasses financeiros.

Diante desta realidade, como podemos perceber, o problema da adesão nem sempre é fácil de detectar; mais difícil, ainda, é quantificá-la. Neste intuito, é indispensável somar esforços para identificar os clientes que não aderem ao tratamento proposto (PIERIN; STRELEC; MION Jr., 2004). Ante tantos desafios, exigem-se do profissional de saúde paciência, tolerância, boa comunicação e reforço das mensagens sobre estilo de vida saudável. Exigem-se, também, conhecimentos sobre os mais recentes avanços em farmacoterapia para intervir neste processo de não adesão terapêutica do cliente (MOREIRA, 1999).

Portanto, como evidenciado, são diversos os fatores passíveis de dificultar a adesão terapêutica do cliente com hipertensão arterial. Contudo, mediante o conhecimento desses, compreendidos a partir dos sistemas do Modelo Conceitual de Imogene King, poderemos propiciar um melhor entendimento do ser portador de hipertensão arterial, bem como favorecer uma interação mais efetiva entre cliente e profissional de saúde, com vistas à ocorrência de transação, esta facilitadora do processo de adesão do cliente à sua terapêutica.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 4.1 A TEORISTA IMOGENE KING

Imogene King nasceu nos Estados Unidos, em 1923, e completou sua educação básica em enfermagem em 1946, na Escola de Enfermagem do Hospital St. John, em St. Louis, Missouri. Em 1948, recebeu o grau de bacharel em ensino de enfermagem e em 1957 conquistou o título de mestre em enfermagem pela St. Louis University. Em 1961, obteve o título de doutora pelo Teacher's College, da Columbia University, em New York. A seguir, cursou pós-doutorado em desenho de pesquisa, estatística e computação, e em 1980 foi condecorada com o título honorário de Ph.D. Trabalhou na enfermagem como administradora, educadora e assistencial. Atualmente está aposentada pela University of South Florida e continua a atuar como consultora, trabalhando na aplicação mais profunda de sua teoria (LEOPARDI, 1999; GEORGE, 2000).

King publicou, em 1971, o livro **Toward a theory for nursing: general concepts of human behavior**, no qual classifica a enfermagem como disciplina e ciência aplicada. Em 1981, publicou seu segundo livro: **A theory of nursing systems, concepts, process**, quando ampliou a estrutura original e expandiu a bibliografia utilizada. Neste livro, a teorista descreve a atuação da enfermeira mediante a compreensão de que o ser humano deve ser visto em três sistemas interatuantes (o pessoal, o interpessoal e o social), e que a interação enfermeira-pessoa é fundamental para o estabelecimento e alcance de metas de saúde, propiciando o desenvolvimento de potencialidades do ser (LEOPARDI, 1999; GEORGE, 2000).

### 4.2 O MODELO CONCEITUAL DE KING

Na tentativa de atingir metas que levem à melhoria da qualidade de saúde e de vida de sua clientela, as enfermeiras vêm buscando apoio nas teorias de enfermagem que devem orientar seu processo de cuidado. Como é notória, a história do desenvolvimento das teorias e do pensamento teórico, na enfermagem,

iniciou-se com os escritos de Florence Nightingale, nos meados do século XIX, e refloresceu nos anos 1950. Estas teorias servem para orientar a prática de enfermagem ao descrever, explicar ou prever os fenômenos (GEORGE, 2000).

De acordo King (1981), teoria é definida como um conjunto de conceitos, definições e proposições que inter-relacionados apresentam uma sistemática, qual considera elementos essenciais em um grupo de investigação entre variáveis específicas. Ou, ainda, teorias de enfermagem podem ser definidas como uma construção, a partir de uma prática idealizada, que visa aperfeiçoar a assistência de enfermagem (BARNUM, 1998).

Entre as teorias de enfermagem fazemos alusão à Teoria de Alcance de Metas, de Imogene King (1981). Nela, o foco da enfermagem é o cuidado dos seres humanos em interação com o ambiente, e a meta consiste em ajudar os indivíduos a preservarem a saúde para que, assim, possam executar bem seus papéis.

Nesta perspectiva, a teórica conceitua o homem como um sistema semi-aberto, em interação constante com o ambiente. Ele não pode ser assistido individualmente sem envolver sua família. Já a enfermagem, ela a define como um processo de interação humana entre enfermeira e cliente, por meio da qual cada um percebe o outro e a situação (KING, 1981).

Esta teoria é derivada de uma estrutura conceitual cuja finalidade é organizar os conceitos que representam o conhecimento essencial que pode ser usado por outras disciplinas e constituir teorias a partir desta estrutura, testando-as na visão da enfermagem como saber científico (KING, 1981).

Como mencionamos, nesta estrutura conceitual de King (1981) o foco de cuidado é o ser humano enquanto a saúde é definida como ajuste contínuo a estressores no ambiente interno e externo para otimização dos recursos da pessoa para alcançar um potencial máximo para viver.

A estrutura conceitual de King é determinada pela interação dinâmica e constante de seus três sistemas: o pessoal, o interpessoal e o social (KING, 1981). Na figura a seguir podemos observar esta interação.

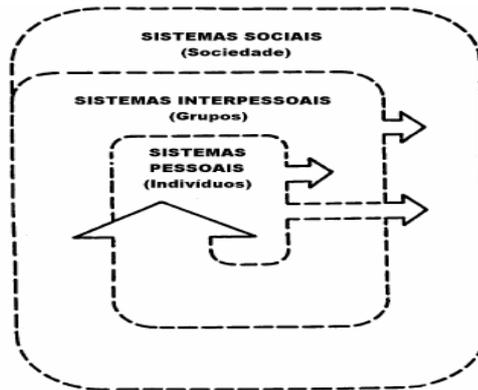


FIGURA 1 – Estrutura conceitual de Imogene King (1981)

Cada um dos sistemas do Modelo Conceitual de King é constituído por conceitos próprios que os caracterizam. No sistema pessoal são identificados conceitos relevantes para a compreensão do ser como pessoa. São eles: percepção, self, imagem corporal, crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço. No sistema interpessoal constam conceitos que ajudam na compreensão da interação entre os seres humanos, quais sejam: interação, transação, comunicação, papel e estresse. No sistema social englobam-se conceitos que tentam compreender grupos com interesses e necessidades comuns, a exemplo dos seguintes: organização, poder, autoridade, status e tomada de decisão (KING, 1981).

Considerando os sistemas do Modelo Conceitual de Imogene King, conforme apresentados, descrevemos, a seguir, cada um dos conceitos integrantes do sistema interpessoal. Este sistema se refere à compreensão da interação entre seres humanos, e corresponde ao foco do estudo ora elaborado, voltado à perspectiva de análise da relação interpessoal estabelecida entre pessoas hipertensas e profissionais de saúde que as atendem em um centro de referência em hipertensão arterial. Inclui, também, a contribuição que este relacionamento pode trazer para a adesão destas pessoas ao tratamento da doença.

#### 4.3 O SISTEMA INTERPESSOAL DE KING

O sistema interpessoal é formado pelo agrupamento de indivíduos em díades, tríades ou em pequenos ou grandes grupos, e nele são identificados conceitos que relacionam seres humanos dinâmicos que vivem em interações contínuas com o ambiente. Como afirma King (1981), com o aumento do número de

indivíduos aumenta também a complexidade das interações. Neste sistema identificamos os seguintes conceitos, de acordo com esta autora:

Interação – por interação entendem-se como comportamentos observáveis em duas ou mais pessoas, em presença mútua. Esse processo interativo entre duas ou mais pessoas representa uma seqüência de comportamentos verbais e não-verbais que são direcionados a metas. Cada indivíduo em uma interação traz consigo conhecimentos pessoais, necessidades, metas, expectativas, percepções e experiências passadas que influenciam esse relacionamento. A interação tem como características ser recíproca, unidirecional, irreversível, dinâmica e possuir uma dimensão espaço-temporal. No processo interativo, dois indivíduos identificam metas e os meios para alcançá-las mutuamente. Uma das formas mais elevadas de interação é a fala. Quando uma pessoa interage com outra acontece uma ação, da qual advém uma reação, pois essa pessoa reage em presença da outra. Esta reação vai determinar se a interação vai continuar ou não. Caso continue, ocorrerá uma transação. Na enfermagem as interações acontecem na relação entre enfermeira e cliente em uma situação de enfermagem. Nesta situação deve haver interação recíproca no estabelecimento de um sistema interpessoal positivo, e esta interação é influenciada pelo desempenho dos papéis individuais. Para as enfermeiras entenderem as interações humanas, elas precisam entender as percepções das interações entre as pessoas, as informações comunicativas e os valores das transações nas situações de enfermagem. O conhecimento das interações humanas ajuda as enfermeiras a reunir informações precisas e relevantes sobre o cliente.

Transação – este é um processo de interação no qual os seres humanos comunicam-se com o ambiente para atingirem metas que são valorizadas, ou seja, são comportamentos humanos dirigidos a metas. Acontecem em situações nas quais os seres humanos participam ativamente em eventos e esta participação ativa na situação para alcançar uma meta provoca mudanças nos indivíduos. Nesse caso, ocorre uma transação. A transação é sempre necessária por ocasião da formação de díades no sistema interpessoal. Ela é valorizada pelos indivíduos porque a meta é significativa e é digna de realização. Na transação o conceito de percepção é essencial, pois ao estudarmos a interação humana percebemos que cada indivíduo tem sua realidade de mundo baseada em suas percepções. Mencionadas percepções são influenciadas por algumas variáveis como situação, experiências passadas e percepções dos indivíduos sobre a realidade. Diante disto, a enfermeira

deve encontrar algo de comum com o cliente para interagir com ele e assim promover transação, ao invés de tentar impor seus valores e percepções.

Comunicação – este termo significa o intercâmbio de pensamentos e opiniões entre os indivíduos. É considerado um processo pelo qual há troca de informações entre uma pessoa e outra, sendo esta transmitida diretamente ou não. Esta informação pode ocorrer de modo verbal, pelo contado direto, ou não-verbal, por meio de gestos, expressões faciais, ações e postura de ouvir e sentir. A comunicação pode ter características, tais como: verbal, não-verbal, situacional, perceptual, transacional, irreversível e dinâmica. Independente da característica, a comunicação interpessoal é complexa e faz parte de todas as interações humanas. Este tipo de comunicação baseia-se na linguagem. A função prioritária da linguagem em uma sociedade é desenvolver e manter relações humanas e facilitar o funcionamento ordenado dos grupos humanos e das sociedades, e propiciar a comunicação. O conceito de comunicação é fundamental para o cuidado de enfermagem, posto este exige habilidade e conhecimento da comunicação para reunir informações precisas sobre o comportamento do ser humano. Deste modo, a enfermeira tem a responsabilidade de manter uma comunicação aberta com o cliente para mutuamente traçarem metas e alcançá-las.

Papel – por papel compreende-se uma construção relevante em cada um dos três sistemas dinâmicos interatuantes no modelo conceitual de King. O conceito de papel tem posição no capítulo do sistema interpessoal porque papéis identificam relações interativas e modos de comunicação. Papel pode ser considerado um conceito essencial no sistema pessoal porque o comportamento das pessoas é influenciado pelo conceito de self, que inclui percepções, necessidades e metas. O conceito de papel requer indivíduos para se comunicarem com outras pessoas e interagirem com o propósito de caminhar para alcançar metas. É caracterizado como dinâmico e muda de situação para situação. É situacional, pois depende da situação vivenciada e das pessoas envolvidas na interação. Papel pode ser definido como um conjunto de comportamentos esperados daqueles que ocupam uma certa posição no sistema social, ou como o conjunto de procedimentos ou regras que definem as obrigações e direitos inerentes a uma posição organizacional, ou mesmo como uma relação com um ou mais indivíduos interagindo em situação específica com um propósito em comum. A enfermeira é instruída no seu papel durante sua formação nas escolas de enfermagem e, mais tarde, ao participar do seu grupo profissional. O

papel da enfermeira pode ser definido como uma interação entre dois ou mais indivíduos em uma situação de enfermagem na qual o profissional de enfermagem usa o conhecimento, as habilidades e os valores identificados como pertinentes à enfermagem para identificar metas em cada situação e para ajudar os indivíduos a alcançá-las. Portanto, o conhecimento da enfermeira sobre seu papel profissional é muito importante, pois facilita seu desempenho no sistema de cuidado à saúde. Existem conflito de papéis em um sistema interpessoal, ou seja, a não adequação do eu ao papel a ser desempenhado, pode aumentar a tensão ou estresse no ambiente, interferindo de forma positiva ou não nas interações humanas.

Estresse – este parece ser um componente essencial na vida humana. É definido como um estado de dinamicidade no qual indivíduos interagem com o ambiente em busca de um equilíbrio que propicie crescimento, desenvolvimento e desempenho de papéis. Envolve trocas de energia e de informação entre a pessoa e o ambiente para regular e controlar os estressores. Contudo, o estresse pode ser positivo ou negativo, e, pode, simultaneamente, ajudar o indivíduo a atingir o ponto de realização ou esgotá-lo. Quanto aos estressores, podem ser categorizados da seguinte forma: físico, ambiental, químico, psicológico, emocional e social. O estresse tem algumas características: universal, pois não está limitado em tempo ou lugar; dinâmico, pois a percepção influencia a resposta da pessoa; dimensão espaço-temporal, porque o aumento do nível de estresse ocorre em momentos e situações determinados; subjetivo, pessoal e individual, pois varia conforme a percepção e a interpretação de determinado evento de vida. Com base no conhecimento do conceito de estresse, as enfermeiras podem se sensibilizar para a identificação dos estressores nas situações de enfermagem. Assim, as enfermeiras, ao atuarem como observadores às respostas aos estressores, ou melhor, identificando as causas de tensão, poderão fazer sua intervenção.

Após esta explanação dos conceitos do sistema interpessoal do Modelo Conceitual de King (1981), os quais nos guiaram no referencial teórico, descreveremos, a seguir, os passos metodológicos do estudo.

#### 4.4 NATUREZA DO ESTUDO

Com base nos pressupostos teóricos de King (1981), a presente investigação caracteriza-se como um estudo de natureza descritiva, com ênfase na abordagem qualitativa, cujos objetivos foram os seguintes: analisar o processo de interação das pessoas com hipertensão arterial com os profissionais de saúde que as assistem e a contribuição desta relação para sua adesão terapêutica.

Conforme Gil (1999, p.44), a pesquisa descritiva tem como “objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômenos ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. Leopardi (2001b, p.139) acrescenta que esta pesquisa é “caracterizada pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações”.

Ainda conforme outros autores, pesquisas com abordagem qualitativa são especialmente produtivas quando objetivam descrever e explicar os fenômenos poucos estudados, sendo a identificação do comportamento humano seu principal interesse (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Assim, a abordagem qualitativa tenta:

Compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua insatisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejo. Atenta-se, portanto, ao contexto social no qual o evento ocorre (LEOPARDI, 2001a, p.135).

Complementarmente, afirma Richardson (1999, p.80):

Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades dos comportamentos dos indivíduos.

A pesquisa qualitativa considera como sujeito do estudo a pessoa, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados, ou seja, seu objeto é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação (MINAYO, 2004).

Portanto, a nosso ver, a utilização da abordagem qualitativa foi de grande relevância neste estudo, uma vez que os dados nele priorizados são entrevistas

realizadas com os participantes da pesquisa. Diante disto, por meio da abordagem qualitativa, fomos capazes de identificar as particularidades do processo interativo entre pessoa com hipertensão arterial e profissional de saúde.

#### **4.5 LÓCUS DO ESTUDO**

A investigação teve como lócus uma instituição pública de saúde pertencente à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, situada na cidade de Fortaleza, especializada em atendimento ambulatorial de nível secundário à pessoa com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Quanto à opção do estudo na referida instituição pública, deu-se, como citado, em virtude de esta ser referência no tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus no Estado do Ceará, atuar na atenção à saúde como rede secundária, assim como possuir uma equipe multiprofissional que objetiva assistir esta clientela. Esta equipe multiprofissional é formada por enfermeiras, médicos, odontólogos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos e fisioterapeutas.

Na instituição, direcionamos nossa pesquisa ao setor denominado de leito-dia, o qual destina seu atendimento a clientes que apresentam quadros clínicos de crise hipertensiva ou de hiper ou hipoglicemia durante sua consulta ambulatorial. A estrutura física do setor é composta por sete cadeiras-leito, onde os clientes são medicados e permanecem com monitorização da pressão arterial ou de glicemia, por até um dia, sob acompanhamento de médicos e enfermeiras. O funcionamento da unidade ocorre das 7 às 17 horas e 30 minutos, de segunda a sexta-feira, exceto feriados.

Durante este acompanhamento, de acordo com os níveis de pressão arterial e glicêmico, é adotada a devida conduta. Se os níveis monitorizados voltarem a apresentar valores classificados normais, os clientes recebem alta do leito-dia e são encaminhados para agendamento de nova consulta ambulatorial. Caso contrário, quando a pressão arterial ou o nível glicêmico do cliente em observação permanecem em níveis que ponham em risco sua vida, ele é referenciado para um possível internamento em hospital da rede pública.

#### 4.6 POPULAÇÃO E SUJEITOS DO ESTUDO

A população foi composta por pessoas com hipertensão arterial, classificadas como de alto risco, acompanhadas na instituição pública em estudo, que compareceram ao setor leito-dia em virtude de alguma urgência apresentada em seus níveis pressóricos e/ou glicêmicos.

Sobre a classificação de alto risco seguiram-se critérios estabelecidos pelas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002). Para que a pessoa com hipertensão arterial seja classificada assim, ela deverá possuir a pelo menos uma ou mais das características a seguir:

- presença de lesão em órgãos-alvo (episódios isquêmicos ou acidente vascular cerebral, nefropatias, retinopatias hipertensivas, doença vascular arterial de extremidades);
- presença de doença cardiovascular (hipertrofia do ventrículo esquerdo, angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio, revascularização do miocárdio prévia, insuficiência cardíaca);
- presença de diabetes mellitus.

Consoante mencionamos, optamos por investigar clientes com hipertensão arterial, classificados como de alto risco. Esta opção foi motivada pelo prognóstico sombrio destes clientes quando não controlados seus níveis pressóricos, além de requererem maior atenção por parte dos profissionais da saúde.

A hipertensão arterial é considerada um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares e, quando seus níveis pressóricos não são mantidos controlados, podem advir complicações tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidade (V DIRETRIZES, 2006).

Para ser incluído no estudo, os clientes deveriam enquadrar-se em alguns critérios: apresentar o perfil estabelecido de hipertenso classificado como de alto risco, ter idade igual ou superior a 18 anos, aceitar participar da pesquisa, além de estar em acompanhamento ambulatorial na instituição de estudo há, no mínimo, um ano.

Este tempo foi estabelecido pelo fato de acreditarmos que seja o mínimo necessário para o cliente ter um vínculo com a instituição e com os profissionais de saúde que o assiste. O critério de exclusão no estudo foi não atender aos critérios de inclusão ou não estar em condições físicas e mentais adequadas para participar da pesquisa.

Segundo mencionamos, a amostra foi aleatória e constou de 21 participantes. Este número foi definido pelo critério de saturação, ou seja, quando as informações se tornaram expressivamente repetitivas, na avaliação do pesquisador, dos seus supervisores e dos pares acadêmicos, e sem nenhum acréscimo qualitativo ao objetivo do estudo proposto (TURATO, 2003).

#### **4.7 COLETA DE INFORMAÇÕES**

Inicialmente avaliamos o prontuário do cliente com vistas a verificar se ele preenchia os requisitos exigidos para compor a população do estudo, conforme critérios de inclusões (Apêndice 1). Logo em seguida, identificadas estas pessoas, nos aproximamos delas, explicamos os objetivos do estudo e metodologia, e mediante seu consentimento, após assinatura do termo de consentimento, iniciávamos a coleta de dados propriamente dita.

Como instrumentos de coleta de dados utilizamos, primeiramente, um formulário (Apêndice 2) direcionado a identificar os participantes da pesquisa. Referido questionamento havia sido preenchido por meio de dados coletados diretamente do cliente e complementado com dados provenientes do prontuário (níveis pressóricos e dados antropométricos, exceto circunferência abdominal). Quanto aos níveis pressóricos registrados, ocorreram por ocasião do início de cada entrevista, sendo estas medidas anotadas com base em uma única aferição.

Considerando um valioso instrumento de coleta, o formulário é definido como uma lista de perguntas, abertas ou fechadas, destinada à coleta de dados, cujo preenchimento é realizado pelo próprio investigador. Entre as vantagens do formulário destacam-se: a assistência direta do investigador, a possibilidade de comportar perguntas mais complexas e a garantia da uniformidade na interpretação dos dados e dos critérios pelos quais são fornecidos (BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2001).

Após o preenchimento do formulário, procedemos à coleta de dados por meio de uma entrevista por pautas (Apêndice 3), a qual, com anuência do pesquisado, foi gravada em fita cassete com a finalidade de obter falas de forma mais fidedigna dos entrevistados.

Segundo Minayo (2004), por meio da entrevista o discurso pode ser revelador de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, mediante um porta-voz, as representações de grupos determinantes, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Além disso, a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas um momento de interação no qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza dessas relações entre entrevistado e entrevistador.

Durante as entrevistas, conforme percebemos, a existência de ruídos e a presença próxima do profissional de saúde da instituição aguçavam a ansiedade do participante. Com isto, conseqüentemente, havia interrupção do fluxo livre de idéias, e o cliente mostrava certo grau de inibição ao expressar suas idéias. Por esta razão, algumas entrevistas obtidas são curtas e, de modo geral, menos densas.

Diante destas situações, quando havia interrupção do fluxo de idéia, tentávamos voltar a atenção do participante para a entrevista mediante reformulação da pergunta anterior. Ademais, para facilitar a interação entre pesquisado e pesquisador, dávamos oportunidade ao cliente para se manifestar livremente, evitando qualquer interrupção no fluxo das respostas.

Concomitantemente, a todo processo de coleta de dados, exercitávamos a observação simples, na qual a comunicação não-verbal e a paraverbal do cliente e da enfermeira foram percebidas e avaliadas, bem como foram observadas suas interações durante as consultas de enfermagem. Estes dados serviram para favorecer maior assimilação das informações obtidas pelos participantes.

Consoante Minayo (2004) e Gil (1999), a observação constitui parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa e sua principal vantagem, em relação a outras técnicas, é que os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação. Deste modo, a subjetividade, que permeia todo o processo de investigação social, tende a ser reduzida.

De acordo, porém, com Richardson (1999), as principais vantagens da observação são: possibilidade de obter a informação no momento em que ocorre o

fato; os acontecimentos são percebidos diretamente pelo pesquisador, sem nenhum tipo de intermediação; é o meio mais direto de estudar uma ampla variedade de fenômeno; estuda satisfatoriamente comportamentos humanos que dificilmente seriam estudados de outra forma e é o método de coleta de dados que menos exige do sujeito em estudo.

Nesta perspectiva, utilizamos a observação para facilitar a compreensão do nosso objeto de estudo, pois o foco de atenção do nosso estudo é o processo de interação da pessoa com hipertensão arterial e os profissionais de saúde que a assistem.

Em face da realidade vivenciada, utilizamos a técnica de triangulação de métodos com vistas a reforçar a credibilidade do estudo, pois, como definido por Leopardi (2001a, p.254), esta técnica é “um processo de garantir confiabilidade a dados coletados através de uma combinação de procedimentos e metodologias no estudo do mesmo fenômeno”. Assim, ao realizar a captação dos dados mediante esses três métodos, pudemos obter dados mais precisos do processo interativo entre cliente e profissional da saúde, em particular, a profissional enfermeira.

#### **4.8 ORGANIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES**

De posse dos dados provenientes do formulário, estes foram organizados em tabelas com freqüências absolutas e percentuais e analisados por meio da estatística-descritiva. Estes dados serviram para caracterizar a população estudada, além de constituírem subsídio para embasar os dados coletados por meio das entrevistas.

Os dados provenientes das entrevistas foram transcritos, lidos e analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo. Para Richardson (1999), a análise de conteúdo é definida como a busca de compreender os conteúdos manifestos e ocultos. Neste caso, os dados podem ser organizados e analisados de forma categorial ou na forma temática.

Ao se referir à análise de conteúdo, Bardin (1979, p.47) a define como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produto/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, ou seja, aquele que ultrapassa os significados manifestos (MINAYO, 2004). Assim, inicialmente, procedemos a uma leitura flutuante, para estabelecer maior contato com as falas dos participantes. Depois, lemos novamente os discursos para entendê-los mais profundamente.

Concluída esta fase, passamos à escolha da técnica de análise de conteúdo a ser utilizada e optamos pela técnica de enunciação, pois esta se apóia numa concepção da comunicação como processo e não como dado. Ela se assenta numa concepção do discurso como palavra em ato, uma vez que a produção de palavra é um processo (BARDIN, 1979).

Sobre esta técnica, Minayo (2004) acrescenta o seguinte: na análise de enunciação, no momento em que ocorre produção da palavra, elabora-se, ao mesmo tempo, um sentido e operam-se transformações. Por isso, o discurso não é um produto acabado, mas um momento de criação de significados com tudo o que isso comporta de contradições, incoerências e imperfeições (...) assim, nas entrevistas, a produção é ao mesmo tempo espontânea e constrangida pela situação.

Neste sentido, para operacionalização dos dados, Bardin (1979) organiza a análise dos dados em três etapas:

1 - Pré-análise: consiste em estabelecer contato com o material a ser analisado, deixando-se invadir por impressões e orientações dos conteúdos.

2 - Exploração do material: consiste essencialmente na codificação dos dados, ou seja, é a fase de transformação dos dados brutos com vistas a alcançar o núcleo de compreensão de texto.

3 - Tratamento dos resultados e interpretação: os resultados obtidos são tratados de maneira a se tornarem significativos e válidos.

Nesta perspectiva, após contato inicial com os discursos e repetidas leituras, foi possível separar trechos das entrevistas que se encaixavam conforme as definições dos conceitos do sistema interpessoal de King. Podemos, então, afirmar que os conceitos de interação, transação, comunicação, papel e estresse foram usados como categorias teóricas de análise para este estudo.

#### **4.9 ASPECTOS ÉTICOS GERAIS**

Conforme exigido, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, em cumprimento às disposições da Resolução 196/1996 (BRASIL, 1996), definidora das diretrizes e das normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Após avaliado, recebeu parecer favorável (Anexo 2).

Sobre o ingresso no campo de estudo foi procedido da autorização da diretora da instituição, mediante encaminhamento de ofício, juntamente com o projeto de pesquisa. O início da coleta de dados junto aos clientes hipertensos ocorreu depois do consentimento prévio deles e sua assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 4).

Pelo termo de consentimento foram asseguradas aos participantes a não maleficência, a confidencialidade e a privacidade dos seus depoimentos, e garantidas a não-utilização indevidas das informações, bem como o direito de desligar-se, a qualquer momento, da pesquisa sem risco de penalidade ou prejuízo. Ainda como recomendado, para preservar o anonimato dos participantes, em substituição ao nome de cada um, atribuímos-lhes a letra E, seguida do respectivo número: E1, E2... E21. Foi garantida também a devolução dos resultados às pessoas e à instituição envolvida na pesquisa.

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 A POPULAÇÃO ESTUDADA

De forma seqüencial apresentamos os resultados da pesquisa que permitiram analisar a população estudada quanto às suas características pessoais e clínicas.

TABELA 1 - Distribuição da freqüência dos sujeitos segundo características pessoais no campo amostral. Fortaleza-CE, 2006

VARIÁVEIS	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	12	57,2
Feminino	9	42,8
<b>Faixa Etária</b>		
38 - 49	2	9,6
50 - 59	5	23,8
60 - 69	8	38,1
70 - 79	6	28,5
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	1	4,8
Alfabetizado	3	14,3
Fundamental incompleto	9	42,8
Fundamental completo	3	14,3
Médio incompleto	2	9,5
Médio completo	2	9,5
Superior completo	1	4,8
<b>Estado Civil</b>		
Casado / união estável	14	66,6
Desquitado / divorciado	3	14,4
Viúvo	2	9,5
Solteiro	2	9,5
<b>Ocupação</b>		
Aposentado / pensionista	14	66,6
Em atividade	5	23,9
Desempregado	2	9,5
<b>Renda Familiar</b>		
1-2 salários mínimos/mês	7	33,3
3-4 salários mínimos/mês	11	52,4
7-16 salários mínimos/mês	2	9,5
Sem renda fixa	1	4,8

Na tabela 1, conforme podemos observar, em relação à característica sexo, 12 (57,2%) dos participantes são do sexo masculino. Este dado é relevante em virtude de termos identificado prevalência nas pessoas do sexo masculino. Embora o sexo não seja considerado fator de risco para hipertensão arterial (V DIRETRIZES, 2006), na maioria dos estudos a tendência é encontrar um percentual de mulheres superior ao de homens. Esta tendência ocorre tanto no caso de clientes em acompanhamento ambulatorial (CASTRO Valdênia; CAR, 1999; PIERIN; MION Jr.; FUKUSHIMA; PINTO; KAMINAGA, 2001; MOREIRA; ARAÚJO, 2001; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2002; PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003; FORTES; LOPES, 2004; CASTRO; SCATENA, 2004; MOREIRA; ARAÚJO, 2004) como no de clientes internados (REIS; GLASHAN, 2001).

Como verificamos, em nenhum dos estudos utilizados como referencial bibliográfico identificamos superioridade no percentual do sexo masculino quando comparado ao feminino. Até mesmo em um estudo que traça o perfil de clientes atendidos em crise hipertensiva, em um serviço de urgência, o percentual do sexo feminino (64,4%) foi superior ao do masculino (LIMA; SOUSA; PINTO; ARAÚJO, 2005).

No referente à idade das pessoas estudadas, variou entre 38 e 79 anos, com média de 62 anos. No entanto, a maior parte (66,6%) da amostra tem idade igual ou superior a 60 anos, ou seja, a maioria dos participantes pode ser considerada idosa. Isto talvez se justifique pelo fato de que, embora esta doença possa ocorrer em qualquer idade, sua prevalência tende a aumentar com o avanço da idade.

Conforme dados das V Diretrizes (2006), estima-se que pelo menos 60% dos idosos brasileiros sejam hipertensos. Estudo realizado por Firmo, Uchôa e Lima-Costa (2004) corrobora esta afirmativa, e nele, segundo consta, foi pesquisada a prevalência da hipertensão arterial em uma população de pessoas idosas, e constatado que 61,5% dos pesquisados possuíam a doença. Já no estudo de Fortes e Lopes (2004), realizado com clientes hipertensos acompanhados em um programa de saúde da família, conforme identificado, do total dos clientes, 69,4% possuíam idade superior a 60 anos.

Diante destes dados, mostra-se indispensável direcionarmos nossa atenção para esta faixa etária, pois, nos últimos dez anos, a população com idade

igual ou superior a 60 anos no Brasil aumentou 2,5 vezes mais (35%) em relação à população mais jovem (14%) (IBGE, 2000).

No respeitante à escolaridade, 9 (42,8%) têm apenas o ensino fundamental incompleto, 3 (14,3%) são alfabetizados, escrevem apenas o nome, e 1 (4,8%) não é alfabetizado. Dado similar a este foi encontrado no estudo realizado por Moreira e Araújo (2001), na cidade de Fortaleza, no qual a clientela era formada por clientes hipertensos classificados como não aderentes à terapêutica. Consoante as autoras identificaram, 62,0% desta clientela estavam compreendidos nas classes de não alfabetizados e naqueles com o ensino fundamental incompleto.

Em outro estudo, também realizado em Fortaleza, conforme percebido, 82,3% da amostra possui, no máximo, o ensino fundamental incompleto (FORTES; LOPES, 2004). Já estudo elaborado em São Paulo (CASTRO Valdênia; CAR, 1999) revela esta mesma realidade. Nele, de acordo com o identificado, 76,5%, dos hipertensos atendidos ambulatorialmente enquadram-se como sem alfabetização (29,4%) e ensino fundamental incompleto (47,1%).

Isto é preocupante, pois a nosso ver, a formação escolar básica é um alicerce para uma melhor compreensão do processo saúde-doença de modo geral e, neste particular, da hipertensão arterial, pois esta doença requer uma compreensão específica do seu desenvolvimento como fator de risco e doença para, conseqüentemente, provocar mudança nos hábitos de vida.

Além disso, segundo evidenciado em estudo de Brito (2003), a consciência de que a hipertensão arterial é uma doença grave e incurável é diretamente proporcional ao grau de instrução. Nesta lógica, a escolaridade pode interferir diretamente na assimilação das orientações necessárias para que o cliente possa aderir ao tratamento.

No aspecto estado civil, como identificamos, a maioria (66,6%) é de casados ou com união estável. Este fato pode contribuir para a adesão do cliente à terapêutica, como comprovado em alguns estudos, nos quais as pessoas com hipertensão arterial referem ser o apoio familiar um importante aliado para o seguimento do tratamento desta doença, enquanto a ausência de um companheiro favorece o estabelecimento de um sentimento de insegurança constante (CASTRO Valdênia; CAR, 1999; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2002). Brito (2003) corrobora esta afirmação ao acrescentar: a presença de um companheiro e/ou outros familiares

induz os hipertensos a acreditarem na gravidade da doença e a perceberem como não curável.

Contudo, segundo outros autores, este fato pode dificultar a adesão terapêutica. No estudo realizado por Firmo, Lima-Costa e Uchôa (2004), por exemplo, a família foi apontada pelos entrevistados como uma fonte de contrariedades e preocupações que provocam elevação da pressão arterial. Outro estudo, de Barbosa e Jorge (2000), também identificou que a família é motivo das maiores preocupações desta clientela.

Quanto à ocupação, segundo verificamos, 14 (66,6%) pessoas são aposentadas ou pensionistas. Tal dado era esperado pois este mesmo percentual é constituído por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Além destes, identificamos que 5 (23,9%) encontram-se em atividade e 2 (9,5%) estão desempregados.

Diante desta realidade, quando verificado o rendimento mensal, segundo identificamos, 14 participantes (66,6%) ganham, no máximo, 2 salários mínimos mensais, enquanto 10 (47,7%) recebem apenas 1 salário mínimo mensal. Já quando verificada a renda familiar, 18 (85,7%) possuem renda de 1 a 4 salários mínimos, 2 (9,5%) possuem renda superior a 7 salários mínimos e 1 (4,8%) não possui renda fixa. Além disso, duas pessoas vivem sozinhas e as demais convivem com 2 a 7 pessoas.

Diante destes dados refletimos sobre as condições financeiras de cada família, pois temos a consciência de que para se aderir aos novos hábitos de vida em decorrência da hipertensão arterial exige-se o consumo de alimentos apropriados, os quais geralmente são mais caros. Acrescenta-se, ainda, a compra dos medicamentos anti-hipertensivos, pois, muitas vezes, estes inexistem na instituição de saúde para distribuição gratuita à clientela.

No respeitante aos aspectos intervenientes no controle dos níveis pressóricos, bem como aos que contribuem para o risco cardiovascular, estão apresentados logo a seguir.

TABELA 2 - Distribuição da freqüência dos sujeitos segundo os fatores de risco para hipertensão arterial no campo amostral. Fortaleza-CE, 2006

<b>FATORES DE RISCO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sedentarismo</b>		
Sim	18	85,7
Não	3	14,3
<b>Alcoolismo</b>		
Sim	5	23,8
Não	16	76,2
<b>Estresse</b>		
Sim	10	47,6
Não	11	52,4
<b>Índice de Massa Corporal (IMC)</b>		
20,0-24,9	5	23,8
25,0-29,9	11	52,4
30,0-34,9	3	14,2
35,0-39,9	1	4,8
Não registrado	1	4,8

Conforme mostra esta tabela, a atividade física é praticada por apenas 3 (14,3%) dos participantes; os demais (85,7%) não realizam nenhuma atividade física, e destes, 2 (9,5%) referiram não a praticar em virtude de ordens médicas, por apresentarem, respectivamente, miocardiopatia dilatada e arritmia, e um deles ter passado, recentemente, por acidente vascular cerebral.

Este dado chama atenção, pois, segundo confirmado em estudo realizado por Bastos e Borenstein (2004), é unânime entre os hipertensos o reconhecimento de que o exercício físico contribui no controle dos níveis pressóricos. Entretanto, quase a totalidade das pessoas ora pesquisadas são sedentárias.

Diante desta realidade, o profissional de saúde, a enfermeira em particular, deve, cuidadosamente, trabalhar estas questões com os portadores de hipertensão arterial, a fim de convencê-los da necessidade da prática da atividade física como hábito de vida.

Como sabemos, a prática regular de exercício físico é recomendada para todos os hipertensos, e reduz a doença arterial coronariana, o acidente vascular cerebral e a mortalidade geral. Além disto, o exercício físico tem uma relação inversa com a incidência de hipertensão arterial, e, quando praticado regularmente, consegue reduzir a pressão sistólica/diastólica em até 6,9/4,9 mmHg (V DIRETRIZES, 2006).

Outro fator de risco avaliado nos participantes foi a ingestão de bebidas alcoólicas. Este dado nos pareceu favorável: apenas 5 (23,8%) pessoas referiram fazer uso de alguma bebida alcoólica. Entre estas, 4 o fazem de forma social e 1 afirmou ingeri-la todos os finais de semana. Este mesmo participante relatou que, às vezes, não faz uso corretamente dos remédios anti-hipertensivos, por não dispor de dinheiro para comprá-los.

Casos como este são impressionantes, pois, como percebemos, a prioridade deste cliente é o consumo de bebida alcoólica ao invés do seguimento do tratamento medicamentoso. Além disso, o álcool atenua o efeito dos fármacos anti-hipertensivos e a ingestão excessiva implica o aumento da doença cardiovascular, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial (RIEIRA, 2000; JARDIM; MONEGO; REIS, 2004).

Nesta perspectiva, o cuidado prestado pela enfermeira faz-se necessário sobretudo quando ela orienta sobre os efeitos maléficos do álcool e planeja, junto ao cliente, metas de redução ou mesmo interrupção da ingestão de bebidas alcoólicas. Segundo as V Diretrizes (2006), o recomendado é, pelo menos, limitar o consumo de bebidas alcoólicas a, no máximo, 30 g/dia de etanol para homens e 15 g/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso.

Ao serem questionados sobre presença ou não do estresse, 10 (47,6%) participantes referiram que se consideram estressados. Esta informação é preocupante por evidenciar uma relação positiva entre estresse emocional e aumento da pressão arterial (V DIRETRIZES, 2006). Ainda como estas diretrizes acrescentam, o estresse crônico também pode contribuir para o desenvolvimento da hipertensão arterial. Mesmo diante desta associação direta entre estresse e valores de pressão arterial, Jardim, Monego e Sousa (2004) afirmam que é muito difícil a avaliação do valor isolado do estresse como causador da hipertensão arterial.

Em prosseguimento da análise dos fatores de risco, em relação ao Índice de Massa Corporal identificamos variação entre 22,7 e 35,2 kg/m<sup>2</sup>, mas a maioria concentrou-se com sobrepeso (52,4%) e apenas 19,0% foi considerada como obesa (IMC ≥ 30,0 kg/m<sup>2</sup>). Este achado é favorável, porquanto 16 (76,2%) pessoas não são consideradas obesas, e como sabemos, o ganho de peso está fortemente associado ao aumento dos níveis pressóricos. Neste sentido, a meta prevista, entre os hipertensos, é alcançar o índice de massa corporal inferior a 25 kg/m<sup>2</sup> (V DIRETRIZES, 2006).

Quando se pretende cuidar de clientes obesos hipertensos, a melhor conduta é prover o cliente de informações claras sobre os benefícios da diminuição de peso. Para um maior comprometimento do indivíduo, os prazos necessários para se alcançar tais objetivos são importantes. Além disso, deve ser enfatizado o apoio familiar e psicológico neste processo (JARDIM; MONEGO; SOUSA, 2004).

Na tabela a seguir constam os fatores de risco no campo amostral.

TABELA 3 - Distribuição da freqüência dos sujeitos segundo os fatores de risco cardiovascular no campo amostral. Fortaleza-CE, 2006

<b>FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tabagismo</b>		
Sim	1	4,8
Não	20	95,2
<b>Diabetes Mellitus</b>		
Sim	20	95,2
Não	1	4,8
<b>Dislipidemia</b>		
Sim	17	81,0
Não	4	19,0
<b>Obesidade Central</b>		
Sim	12	57,1
Não	5	23,8
Não registrado	4	19,1
<b>Idade Acima de 60 Anos</b>		
Sim	14	66,6
Não	7	33,4
<b>História Familiar de Doença Cardiovascular</b>		
Sim	13	61,9
Não	8	38,1

Nesse aspecto, um dado positivo levantado na clientela estudada é que somente 1 (4,8%) pessoa faz uso do tabaco. Este dado é muito favorável, pois o tabagismo associado à hipertensão arterial potencializa o risco das cardiopatias isquêmicas e de outras doenças cardiovasculares, enquanto sua redução reduz estes riscos (IV DIRETRIZES, 2002; JARDIM; MONEGO; SOUSA, 2004). Diante desta afirmativa, as V Diretrizes (2006) recomendam que o tabagismo deve ser agressivamente combatido e eliminado da vida desta clientela.

Ainda como observamos, entre os pesquisados, quase a totalidade, 20 (95,2%), apresenta diabetes mellitus. O diagnóstico desta doença foi realizado entre cinco e vinte e seis anos atrás, com uma média de 14 anos. Quando comparamos o

tempo do diagnóstico da hipertensão arterial e diabetes mellitus, constatamos que 11 (55,0%) dos participantes tiveram seus diagnósticos simultâneos, 8 (28,0%) descobriram a diabetes mellitus primeiramente e apenas 1 (5,0%) descobriu inicialmente a hipertensão arterial, e somente depois teve o diagnóstico de diabetes mellitus.

Se a pessoa é portadora de hipertensão arterial e diabetes mellitus recomenda-se que a pressão arterial seja reduzida a valores inferiores a 130/80 mmHg, pois estes clientes têm alto risco para eventos cardiovasculares (V DIRETRIZES, 2006).

Nesta perspectiva, quando analisamos seus níveis pressóricos referentes à sua última consulta, correspondente à ocasião da realização da pesquisa, nos deparamos com o seguinte: apenas um único cliente apresenta o valor recomendado ( $\leq$  130/80 mmHg). Isto é alarmante, pois, como mencionado, estes hipertensos, quando permanecem com seus níveis pressóricos elevados têm grandes chances de desenvolver um evento cardiovascular.

Assim, os profissionais de saúde, orientados sobre esta questão, devem repassar estas informações para os clientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Desse modo, eles poderão se conscientizar e estabelecer este valor de níveis pressóricos como meta, sobretudo por ser este valor diferenciado dos que possuem apenas hipertensão arterial.

Outro fator, a dislipidemia, foi identificada em 17 (81,0%) pessoas da população estudada. Destas, apenas 3 (17,6%) afirmaram realizar corretamente as orientações dietéticas, 8 (47,0%) referiram fazer de modo parcial e 6 (35,4%) disseram não fazer nenhuma modificação em seus hábitos alimentares. Das pessoas dislipidêmicas, podemos identificar ainda que 9 (52,9%) seguem o tratamento medicamentoso, e 1 (5,9%) referiu ter parado por conta própria.

Isto também é preocupante pois as intervenções terapêuticas realizadas com vistas a reduzir conjuntamente a hipertensão arterial e os níveis lipídicos são capazes de diminuir a morbi-mortalidade em diversas condições de risco, e estas pessoas são beneficiadas de forma incontestável (V DIRETRIZES, 2006).

Quanto à obesidade central, caracterizada pela circunferência abdominal maior que 102 cm em homens e maior que 88 cm nas mulheres (V DIRETRIZES, 2006), foi achada em 12 (57,1%) da população estudada, sendo 4 (33,3%) homens e 8 (88,9%) mulheres. De acordo com as V Diretrizes (2006), a obesidade central é

um importante indicador de risco cardiovascular aumentado e está mais fortemente associada com os níveis de pressão arterial do que com a adiposidade total.

Em relação à idade dos participantes estudados, como já mencionamos, a maioria tem mais de 60 anos, portanto, é considerada idosa (66,6%). Quando associamos idade ao risco cardiovascular, identificamos que o risco absoluto de desenvolver esta doença aumenta, marcadamente, com o avanço da idade (V DIRETRIZES, 2006).

Diante desta realidade, os profissionais de saúde vivem uma grande dificuldade na prescrição destes clientes. Tal dificuldade advém dos seguintes motivos: muitas vezes, além da presença da hipertensão arterial, os clientes convivem com outras doenças, como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, nefropatia, doença na próstata, depressão, entre outras. Assim, requerem um tratamento bastante individualizado (SOARES; JACOB FILHO, 2004).

Ainda sobre fatores de risco cardiovasculares, analisamos a história familiar da doença cardiovascular, a qual foi relatada por 13 (61,9%) dos participantes. Entretanto, não foi levantado neste estudo se estes ocorriam com variação de sexo e/ou idade, como previsto nas V Diretrizes (2006).

De acordo com estas diretrizes, para a história familiar de doença cardiovascular ser considerada como fator de risco para o cliente é necessário que este evento tenha ocorrido no familiar do sexo feminino com menos de 65 anos e no masculino com menos de 55 anos.

Quanto à presença das doenças cardiovasculares nos clientes estudados, conforme identificamos, 3 (14,3%) dos participantes as possuem, e elas são assim distribuídas: uma revascularização miocárdia, uma revascularização miocárdia mais insuficiência cardíaca e uma hipertrofia cardíaca. Já a lesão em órgãos-alvo foi encontrada na maioria (80,9%) das pessoas pesquisadas.

Conforme as V Diretrizes (2006), para ser tomada a decisão terapêutica faz-se necessária a confirmação diagnóstica, seguindo-se da estratificação de risco, a qual leva em conta valores de pressão arterial, presença de fatores de risco cardiovascular, lesão em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares.

Como todas as pessoas participantes deste estudo são consideradas de alto risco, as terapêuticas recomendadas são o tratamento não-medicamentoso associado ao tratamento medicamentoso, enquanto a meta, mínima, dos valores da

pressão arterial é sua manutenção em níveis inferiores a 130/85 mmHg (V DIRETRIZES, 2006).

Nesta perspectiva, quando questionados se seguem ou não o tratamento não-medicamentoso, principalmente no relacionado ao aspecto dietético, apenas 3 (14,3%) responderam afirmativamente, 13 (61,9%) disseram realizar parcialmente e 5 (23,8%) afirmaram não realizar. Estas respostas evidenciam dificuldade para seguir as recomendações alimentares. Outras pesquisas corroboram estes achados. Podemos encontrar esta mesma dificuldade, por parte dos hipertensos, principalmente quanto à restrição de sal, nos estudos de Castro Valdênia e Car (1999) e Castro Vanda e Car (2000).

Quanto ao tratamento medicamentoso, é prescrito para todos (100%) os clientes pesquisados, mas 11 (52,4%) deles encontram-se em esquema de monoterapia e 10 (47,6%) devem fazer uso da associação de anti-hipertensivos. Deste, para 9 pessoas são prescritos dois anti-hipertensivos e para 1 delas é prescrita a associação de quatro drogas anti-hipertensivas.

No referente às classes medicamentosas utilizadas pelos clientes com hipertensão arterial no estudo, os dados se mostram como exposto a seguir.

TABELA 4 - Classe de anti-hipertensivos para o uso clínico nos participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2006

<b>ESQUEMA TERAPÊUTICO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>MONOTERAPIA</b>		
Diuréticos	1	4,8
Inibidores da ECA	8	38,0
Betabloqueadores	1	4,8
Bloqueados dos canais de cálcio	1	4,8
<b>ASSOCIAÇÕES</b>		
Diurético + inibidor da ECA	6	28,5
Diurético + inibidor adrenérgico	1	4,8
Inibidor da ECA + inibidor adrenérgico	2	9,5
Diuréticos + inibidor ECA + inibidor adrenérgico	1	4,8

N=21

Ao serem questionados sobre os nomes dos medicamentos usados, a maioria dos investigados (76,2%) referiu não saber quais eram estes nomes. Já em relação a fazer uso de todos os medicamentos, 9 (42,8%) responderam negativamente e alegaram os seguintes motivos: por não ter condições de comprar

os medicamentos quando estes faltam na instituição; por achar que não é preciso; por sentir dor no estômago; por esquecer; em virtude de problemas familiares e por questões relacionadas à ingestão de bebidas alcoólicas. Além disto, 10 (47,6%) pessoas referiram que geralmente fazem uso dos medicamentos prescritos, porém fora do horário recomendado pelo médico.

Estas respostas foram identificadas em outros estudos, a exemplo do realizado em Santa Catarina por Bastos e Borenstein (2004). Segundo mostraram os autores, os clientes hipertensos apresentam, no seu cotidiano, dificuldades quanto ao uso regular da medicação anti-hipertensiva, mesmo quando sabem da importância destes. Ainda segundo os autores, parece ser muito difícil para os hipertensos entender que a sua doença provoca mudanças em suas vidas e que há necessidade de fazer uso regular da medicação anti-hipertensiva, de forma sistemática, em geral, para o resto de suas vidas.

Já em estudo realizado na cidade de Recife, conforme evidenciado, muitos hipertensos interrompem a terapêutica, mostrando assim falta de compromisso individual. Isto, provavelmente, é decorrente da carência de motivação pessoal para o tratamento, do desconhecimento da doença e da negligência quanto à importância da adesão à terapêutica anti-hipertensiva (GARCIA, 2004).

Sob este olhar, é indispensável o cliente hipertenso ser orientado sobre a importância do uso contínuo da medicação, como da sua ação e dos seus prováveis efeitos colaterais. Também é essencial combinar com o cliente o melhor horário para a ingestão dos remédios, e avaliar sua interação com os alimentos, seus efeitos sobre o sono/repouso e sobre a diurese.

Salientamos, ainda, com vistas a conseguir maior adesão por parte das pessoas com hipertensão arterial à sua terapêutica, a necessidade da individualização da prescrição e das orientações não-medicamentosa, além da implementação de estratégias educativas. Em Brasil (2002), encontra-se que a principal causa de muitos clientes hipertensos manterem seus níveis pressóricos elevados é a descontinuidade da prescrição médica. Para o próprio benefício, todos os hipertensos devem manter-se informados sobre seus níveis pressóricos.

Na seqüência, está apresentada a classificação dos níveis pressóricos dos hipertensos estudados, com base nos valores de pressão arterial encontrados no dia da coleta de dados pela pesquisadora.

TABELA 5 - Classificação da pressão arterial dos participantes do estudo, conforme as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Fortaleza-CE, 2006

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Limítrofe	2	9,5
Hipertensão Arterial – Estágio 1	4	19,5
Hipertensão Arterial – Estágio 2	1	4,8
Hipertensão Arterial – Estágio 3	6	28,6
Hipertensão Arterial – Sistólica Isolada	8	38,1

N=21

Em relação aos níveis pressóricos verificados no momento das entrevistas, os participantes apresentam uma variação entre 120 até 230 mmHg para a pressão sistólica, e 70 a 130 mmHg para a diastólica. Assim, ao analisarmos os valores dos níveis pressóricos, conforme classificação das V Diretrizes (2006), identificamos que nenhum dos participantes encontra-se com seus níveis pressóricos classificados como normais ou ótimos (< 130/85 mmHg), e que 19 (90,5%) deles apresentam seus níveis pressóricos classificados como hipertensão arterial.

Estes dados são alarmantes e expressivos, pois todos fazem tratamento medicamentoso e são acompanhados na instituição há longo tempo (entre dois anos até dezoito anos). Mesmo assim continuam com níveis pressóricos alterados. Com base nestes dados, a nosso ver, a adesão ao tratamento pelos hipertensos é essencial no controle dos níveis pressóricos. Isto porque os valores dos níveis tensionais têm relação direta com o risco de morte e de eventos mórbidos (V DIRETRIZES, 2006).

Outro dado, de grande relevância, identificado no estudo, é o seguinte: 100% da amostra afirmou que sempre falta medicamento entre uma consulta e outra. Isto se deve ao fato de o medicamento ser dispensado para um período de 30 dias, enquanto o tempo médio de aprazamento entre uma consulta e outra varia de 3 a 13 meses, com uma média de 6 meses.

Diante desta situação, é quase impossível para os clientes, principalmente os que residem no interior do Estado do Ceará, comparecerem à instituição de saúde apenas para pegar os remédios para mais outro período de 30 dias. Esta ida à instituição é dificultada, na maioria das vezes, pelas condições financeiras dos clientes, como ficou explicitado claramente por um dos participantes quando questionado sobre sua conduta ao faltar os remédios. Na ocasião, ele relatou o

seguinte: “*O ruim é assim quando falta medicamento aqui, aí eu tenho que comprar fora e o dinheiro não dá. Aí às vezes até eu deixo de tomar, às vezes eu tenho esta dificuldade (...)*” (E10).

Do total dos participantes do estudo, 16 (76,2%) afirmaram que ao faltar os medicamentos prescritos eles se dirigem à instituição para aquisição gratuita. Entretanto, conforme 5 destes referiram, quando está em falta também na instituição eles deixam de realizar o tratamento medicamentoso. Já segundo 1 deles relatou, às vezes, não tem dinheiro nem para se deslocar para a instituição. Desse modo, não há como manter o tratamento medicamentoso.

No referente ao aprazamento de consulta, quando analisamos o tempo entre uma e outra, podemos observar a longa distância entre elas, e isto nos faz questionarmos sua influência sobre a adesão ao tratamento do cliente. Sobre o assunto, Pierin, Strelec e Mion Jr. (2004) assim se pronunciam: para que as pessoas com hipertensão arterial possam atingir e manter os níveis pressóricos controlados, o doente necessita de estímulos constantes para as mudanças do estilo de vida e o ajuste à medicação.

Após estas análises, e com fundamento no conhecimento adquirido sobre as características pessoais e clínicas, da população estudada, podemos, a partir de então, ter base para a análise dos conceitos do sistema interpessoal de King nesta clientela, conforme se segue.

## **5.2 IDENTIFICAÇÃO DOS CONCEITOS DO SISTEMA INTERPESSOAL DE KING**

Ao se conceber que o Modelo Conceitual de Imogene King compreende três sistemas em interação: pessoal, interpessoal e social, foca-se, nesta ocasião, a atenção para o sistema interpessoal que engloba a interação entre os seres humanos, seja esta formada por duas pessoas, três pessoas ou mesmo por pequeno grupo. Deste sistema fazem parte os seguintes conceitos: interação, transação, comunicação, papel e estresse (KING, 1981).

Nesta perspectiva, os conceitos do sistema interpessoal de King foram usados como categorias teóricas para análise dos discursos obtidos no estudo. Segundo observamos, as falas se mostraram tanto favoráveis para o estabelecimento e alcance de metas entre profissionais de saúde e cliente, como

desfavoráveis no processo em busca da adesão terapêutica. Passaremos, então, à análise dos mencionados conceitos:

## **INTERAÇÃO**

Cotidianamente, ao chegar à instituição em estudo, a princípio o cliente é atendido pelas pessoas da recepção, as quais confirmam a consulta médica pré-agendada. De modo geral, antes de ser encaminhado para o consultório médico, o cliente é atendido pela enfermeira. Antes disto, ele é pesado pela atendente do consultório de enfermagem. Somente após a consulta de enfermagem é encaminhado para a consulta médica. Feito o atendimento médico, o cliente volta novamente para a recepção para remarcar a próxima consulta e em seguida procura a farmácia para a dispensação dos medicamentos.

Além disso, quando identificada pela enfermeira e/ou médico a necessidade do atendimento por outros profissionais de saúde componentes da equipe multidisciplinar da instituição (odontólogo, nutricionista, assistente social, psicólogo, farmacêutico e fisioterapeuta), o cliente é encaminhado para o respectivo profissional.

Este fluxo de atendimento é alterado também se forem detectadas crises hipertensivas e/ou alterações nos níveis glicêmicos do cliente. Quando acontece isto ele é encaminhado para o setor de leito-dia para administração de medicamentos até a normalização dos seus níveis pressóricos e/ou glicêmicos.

Considerando que no encontro do cliente com estes diversos atores do ambiente estudado ocorre interação, procuramos identificar nas falas dos clientes com hipertensão arterial estudados relatos comprobatórios da existência de interação entre esses clientes e os profissionais de saúde que os atendem. A nosso ver, o processo interativo na instituição estudada pode ocorrer desde a entrada do cliente na instituição até a sua saída, incluindo, a interação dos clientes com o profissional de saúde durante as consultas.

Para King (1981), o conceito de interação é compreendido como os comportamentos observáveis em duas ou três pessoas, ou em grupos, em presença mútua. Essa interação é positiva no sentido de permitir uma relação de maior confiança entre os membros deste processo interativo, fazendo com que passem de

um momento de interação inicial a um de transação. Neste momento podemos dizer que já existe manifestação de um relacionamento mais estável entre eles.

Assim, como podemos apreender nos discursos desses clientes, quando questionados sobre a interação existente entre eles e os profissionais durante o fluxo de atendimento institucional, demonstram satisfação com o atendimento recebido. Os relatos a seguir revelam isto:

*“Aqui, não é fabulando não, é a pura realidade, o atendimento é ótimo. A primeira vez que eu vim aqui eu fiquei impressionado. Impressionado mesmo” (E4).*

*“Sempre sou bem atendida, não tem nada a dizer (...) É... eu não tenho do que me queixar daqui não. Eu acho bom” (E10).*

*“O atendimento aqui é muito ótimo. Eu sou muito bem recebido aqui, não resta dúvida. Sou muito bem recebido” (E11).*

*“Eu acho aqui para mim que foi uma das melhores coisas que já aconteceu em toda a minha vida, foi isto aqui” (E17).*

Conforme estas falas evidenciam, a interação existente, durante o fluxo de atendimento, de forma geral, satisfaz às expectativas dos clientes atendidos na instituição. Entretanto, o parâmetro utilizado pelos clientes para demonstrar satisfação da interação durante o fluxo de atendimento dá-se de modo subjetivo. Consoante percebemos, este nível de satisfação é atribuído pelos clientes em virtude de comparações com outras instituições de saúde nas quais eles já foram assistidos. No relato do E4, por exemplo, o cliente demonstra muito entusiasmo ao relatar seu atendimento na instituição, e relembra claramente seu primeiro atendimento, embora este tenha ocorrido há, aproximadamente, três anos.

Chamamos atenção para estes relatos, pois, a nosso ver, quando ocorre uma interação positiva, mesmo durante o fluxo institucional, esta pode vir a contribuir de forma benéfica na interação destes clientes com seus profissionais de saúde e, conseqüentemente, poderá facilitar na adesão terapêutica destes. Isto porque o cliente, ao se sentir satisfeito com o atendimento institucional, pode vir a se interessar por obter resultados positivos do controle de sua doença como resposta ao modo como é tratado.

Para termos uma visão mais detalhada desse fluxo de atendimento perguntamos aos clientes quais os profissionais que os atendiam. Eles responderam da seguinte forma:

*“Quando a gente entra passa pela nutricionista e vai para o médico. Aí depois vai para a enfermeira, aí depois vai ao médico” (E2).*

*“Quem me atende é a assistente social, a enfermeira, e depois o médico. A nutricionista também” (E4).*

*“Primeiramente é o pessoal lá de fora, da burocracia, ali daquele setor. Aí depois eu vou para a enfermeira. Aí depois vou para o médico, para a nutricionista. Já fui atendida por eles todos” (E5).*

*“A consulta da parte da enfermagem é muito boa. Eu não tenho do que me queixar daqui, tanto do médico, como do serviço social...” (E15).*

Diante destas falas, comprovamos a existência dos funcionários administrativos e dos seguintes profissionais de saúde na instituição estudada: enfermeiras, médicos, nutricionistas, assistentes sociais e atendentes. Além destes funcionários referidos pelos clientes, durante as observações foi possível constatar também a presença de odontólogos. Entretanto, a presença de farmacêuticos, fisioterapeutas e psicólogos não foi observada no período de coleta de dados.

Assim, quando nos deparamos com este quadro de funcionários ficamos muito entusiasmadas, porque o atendimento segue as recomendações das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006). Segundo estas recomendações, as pessoas com hipertensão arterial devem ser assistidas por uma equipe multiprofissional, pois esta doença, por ser multifatorial, requer orientações voltadas para vários objetos. Portanto, requer o trabalho de uma equipe multiprofissional (V DIRETRIZES, 2006).

Ainda constam nas V Diretrizes (2006), o trabalho da equipe multiprofissional contribui para oferecer ao cliente uma visão mais ampla do seu problema, dando-lhe conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida, e adesão real ao tratamento proposto com base no risco cardiovascular global.

Nesta perspectiva, a disponibilidade no serviço de uma equipe multiprofissional para o atendimento das pessoas com hipertensão é considerada como um dos fatores que antecedem a adesão ao tratamento (ARAÚJO, 2002).

Autores como Jardim, Sousa e Monego (1996) também enfatizam esta questão ao afirmarem que o atendimento dos hipertensos por uma equipe multiprofissional melhora, em muito, a adesão à terapêutica recomendada. Contudo, é importante lembrarmos que para a equipe multiprofissional poder assistir o cliente de forma holística, ambos devem ter em mente o mesmo objetivo.

Além da satisfação da interação durante o fluxo de atendimento institucional, de forma geral, e da identificação de uma equipe multiprofissional no atendimento ao cliente, identificamos também relatos que, sob nosso olhar, favorecem o alcance da adesão terapêutica, qual seja, a identificação de uma interação positiva, sob o olhar do cliente, entre ele e profissional de saúde que o assiste. Os relatos a seguir demonstram isto:

*“Bem... tratam-me com respeito. Nunca fui chamado atenção aqui, graças a Deus. Primeiro, eu não trato as pessoas com abuso. Eu conheço meu lugar. Então, eu tento tratar os funcionários bem” (E1).*

*“Eu nunca fui tratado com estupidez, eu nunca fui tratado com ignorância por ninguém” (E13).*

*“Meu atendimento é bom demais. Sou bem recebida, as minhas doutoras (profissionais) são ótimas, nunca entrei aqui para ver cara ‘feia’, me recebem muito bem, é ótimo” (E16).*

*“É ótimo, sou bem atendido, nunca reclamei, também não gosto de reclamar, mas também nunca ninguém me reclamou. Quando eu chego eu fico esperando até chegar a minha vez” (E17).*

Ao descrever a relação desta maneira os clientes com hipertensão arterial demonstram considerar que tanto são tratados de forma respeitosa, sem abuso nem arrogância por parte dos profissionais, como também se comportam de maneira semelhante, ou seja, cada um assume seu papel neste processo interativo.

Há, porém, um aspecto negativo nestes relatos: esta interação então classificada como bom atendimento é embasada apenas na boa recepção dos profissionais de saúde da instituição com as pessoas nela atendidas. Portanto, nesta interação, não é levada em consideração o real papel do profissional de saúde. Conforme King (1981), a interação deve ser efetivada no momento em que as pessoas assumem seus papéis neste processo.

Ante estes depoimentos, na nossa percepção, os clientes hipertensos desconhecem seus direitos e deveres neste processo interativo, ou seja, eles não desempenham seus papéis. Conseqüentemente, dificultam a interação na busca da adesão terapêutica.

Outro fato evidenciado nos discursos e comprovado durante as observações em campo que dificulta o processo interativo é a importância exacerbada atribuída à forma de dispensação da medicação pelos clientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Assim, quando questionados sobre o atendimento institucional, alguns clientes a consideram satisfatório pelo simples fato da instituição distribuir os medicamentos de forma gratuita.

Neste processo de adesão terapêutica, a medicação é vista como primordial enquanto o tratamento não-medicamentoso não é referenciado pelos clientes. Além disto, o fato de não pagarem pelas consultas é visto também como benéfico para esta interação. Podemos constatar isto nos relatos a seguir:

*“Para mim não tem defeito (atendimento). Eu acho bom. Muito bom. A gente chega, vai atendido, não vai voltar e vir outra vez. No dia que vem, vai atendido logo. Eu acho bom” (E3).*

*“Para mim é ótimo, não tenho o que dizer. Eu sou atendida desde 1991 e graças a Deus sou muito bem atendida. Bom, aqui no leito-dia, e lá fora [ambulatório]. Sempre tem remédio. Nunca fui mal atendida não, até agora” (E5).*

*“Eu tenho atendimento que não tenho em outro canto. Porque se eu for para outro canto eu tenho que comprar os remédios” (E6).*

*“O atendimento daqui é muito bom. Todo mundo é atendido (...) Aqui, Ave-Maria, o atendimento é ótimo. O atendimento aqui é muito bom (...) O atendimento daqui é ótimo. Sou muito bem atendido. Remédio de graça. Não pode ter coisa melhor” (E7).*

*“O atendimento é ótimo. Bom, eu acho bom. É gratuito. Eu sei que a gente espera, mas todo canto [lugar] tem isto. Então, para mim é bom” (E12).*

*“É ótimo. Sempre quando eu vou sou atendido, não tem problema nenhum” (E18).*

De modo geral, a população é desinformada sobre seus direitos e deveres, principalmente a de escolaridade mais baixa, a exemplo da deste estudo. Conforme a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, art 2º, a saúde é um direito

fundamental do ser humano, e o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1994). Portanto, em face desta lei, as pessoas com hipertensão arterial devem ser assistidas pelos profissionais de saúde existentes na instituição, e devem também ter o direito de obter subsídios para aderir ao tratamento, como é o caso do recebimento gratuito de medicamentos.

Entretanto, embora as pessoas possuam este direito, segundo percebemos nas falas e durante as observações, os clientes muitas vezes vão à instituição com o único objetivo: aquisição dos medicamentos de forma gratuita. Além disto, conforme mencionamos e observamos em conversas paralelas, existe o total desconhecimento dos clientes em relação a este direito.

Assim, como evidenciamos, os clientes consideram que a instituição tem um bom serviço apenas por sempre serem atendidos no dia marcado da consulta, ou seja, não voltam para suas residências sem o atendimento. Outro motivo da opinião favorável é a aquisição gratuita dos medicamentos. Isto é preocupante, pois a doença, por ser multifatorial, requer não só tratamento medicamentoso, mas principalmente mudanças de hábitos de vida.

Neste sentido, como afirmam Fortes e Lopes (2004), a distribuição de medicamentos ou de consultas baseada no repasse de informação não é suficiente para o devido controle da pressão arterial.

Contudo, a disponibilidade de medicamentos gratuitamente é apontada pelos hipertensos como um dos facilitadores no seguimento do tratamento (CASTRO Valdênia; CAR, 1999). A nosso ver, isto se explica pelas baixas condições socioeconômicas da população estudada, uma vez que os clientes, por terem uma renda tão baixa, não dispõem de meios para comprar os medicamentos necessários ao seu tratamento.

No relato de E12, por exemplo, fica bastante claro que esta pessoa considera o atendimento bom por ser este gratuito. Diante das atitudes destas pessoas evidenciamos sua desinformação sobre os próprios direitos. Para a maioria delas, o atendimento é um favor e não um direito garantido pela Constituição brasileira.

Em face do comportamento destes clientes, devem os profissionais de saúde buscar estratégias que levem a pessoa com hipertensão arterial a procurar o atendimento não apenas pela distribuição gratuita do medicamento, mas sim pela existência de algo a mais, pois, conforme King (1981), a interação é influenciada

pelos conhecimentos pessoais, necessidades, metas, expectativas, percepções e experiências passadas de cada indivíduo presente na interação.

No relato a seguir, apesar de isolado dos demais, podemos perceber interação positiva entre cliente e profissional da saúde, pois neste depoimento a cliente revela vários aspectos passíveis de favorecer a adesão terapêutica.

*“Para mim é ótimo, mas agora para os outros eu não sei. Para mim é ótimo. Ótimo porque eu chego, eu tenho médico, eu chego aqui eu tenho a medicação, eu chego aqui eu tenho boas conversas ‘que eu não faça isto, não faça aquilo’. Ou seja, é para o meu bem” (E13).*

Conforme percebemos por esta fala, ocorre algo além da simples gratuidade da consulta e dos medicamentos. Por exemplo, a cliente revela fazer parte do seu processo interativo a comunicação entre ela e o profissional de saúde da instituição que a assiste. Entretanto, de modo geral, o que realmente foi possível observar foi a procura, por parte dos clientes, de uma assistência voltada sobretudo, para a busca de medicamentos. Esta busca advém, particularmente da falta de condições materiais dos clientes para adquiri-los.

Neste sentido, com vistas a conhecermos de forma mais precisa as interações dos clientes com os profissionais de saúde da instituição, focamos nosso olhar na interação cliente-enfermeira, uma vez que, por sermos enfermeira, possuímos mais abertura nas consultas de enfermagem.

Para obter este conhecimento questionamos cada um dos participantes acerca de suas interações com as enfermeiras que os assiste. Diante deste questionamento, segundo percebemos nas falas, os clientes se mostram satisfeitos com suas relações, de modo a perceberem a relação com bons olhos, chegando em alguns momentos a demonstrarem a existência de vínculo afetivo com algumas das enfermeiras.

*“A minha relação com a enfermeira é ótima. A minha relação é a melhor possível (...) Elas são pessoas ótimas, maravilhosas” (E4).*

*“Ótima. Eu chego, dou bom dia, ela (enfermeira) me responde. Ela me atende direito, nunca tive problema nenhum com nenhuma enfermeira nem com ninguém” (E5).*

*“A minha relação com a enfermeira é ótima, né?!” (E7).*

*“Na consulta de enfermagem... Sou bem recebido, não sou mal recebido não. Sou bem recebido” (E11).*

*“É bom, é legal (atendimento). As enfermeiras atendem muito bem. Só isto mesmo” (E14).*

Pelas falas constatamos certa cordialidade por parte das enfermeiras integrantes da instituição com seus clientes. Contudo, isto não significa interação positiva, pois, conforme King (1981), a interação positiva entre dois indivíduos objetiva identificar metas e os meios para alcançá-las mutuamente. Ademais, é por meio da interação que o profissional de saúde poderá reunir informações precisas e relevantes sobre o cliente com vistas a conseguir traçar metas e identificar os meios para alcançá-las.

Conforme pudemos observar durante as consultas de enfermagem, as enfermeiras são realmente muito gentis com seus clientes. Todavia, elas se esquecem de aproveitar esta empatia para obter do cliente informações cotidianas que ajudem a traçar metas para o seguimento do tratamento e do controle da pressão arterial. Assim, suas consultas são focalizadas, principalmente, no repasse de informações sobre a doença.

Nesta perspectiva, a nosso ver, o cuidado ao portador de hipertensão arterial deve ser implementado com base na interação entre profissional de saúde e cliente. É necessário do profissional de saúde uma interação eficaz com o cliente no intuito de reunir o maior número de informações sobre ele, pois, desse modo será possível estabelecer metas junto ao cliente e alcançá-las.

Por conseqüência, para se conseguir uma interação voltada ao alcance de metas exige-se um vínculo afetivo permanente com um mesmo profissional, para que assim o cliente possa vir a ter maior proximidade e confiança no seu cuidador e, desse modo, possam interagir em busca da transação. Conforme acreditamos, isto só será possível, ou pelo menos se tornará mais fácil, mediante continuidade de atendimento pelo mesmo profissional.

Contudo, como constatamos durante as entrevistas e nas observações de campo, a continuidade do tratamento pelo mesmo profissional de saúde só se estabelece com o profissional médico, nos demais isto não prossegue. Os relatos a seguir são contundentes:

*“A doutora [médica] me trata bem, passa os remédios. A doutora que me atende da hipertensão é a Dra. K” (E1).*

*“Eu não sei, só sei o nome do Dr. P [médico]. Ele que me atende quase todas as vezes. Tem outros (profissionais) aí, mas eu não tenho decorado os nomes, não” (E3).*

*“Eu estou há muito tempo aqui (instituição) e só foram três médicos em todo o meu tempo” (E13).*

*“A Dra. X, a minha médica. E o Dr. Y, médico do coração. E as outras eu não estou lembrando dos nomes não. Porque sempre muda, sabe?! (...) Eu não sei os nomes delas. Na sala da glicemia, é?” (E6).*

*“O Dr. W [médico] é o doutor mais simpático, ele é da hipertensão e da diabetes. Os outros profissionais eu, a partir de nome, eu não conheço...” (E15).*

Esta continuidade do tratamento pelo mesmo profissional médico ficou bastante evidenciada durante as observações de campo, pois os clientes retornam, em regra, para o mesmo médico, ao contrário do ocorrido, por exemplo, na consulta de enfermagem. Deste modo fica clara a relação de interação positiva entre profissional médico e cliente. Conseqüentemente, os clientes com hipertensão arterial reconhecem os médicos que os atendem, sabem seus nomes e, em alguns casos, até mesmo suas especialidades.

Como observamos, esta interação médico-cliente é benéfica por favorecer a adesão terapêutica, pois, com o passar do tempo, tende a se estabelecer um vínculo afetivo entre ambos. Além disto o profissional de saúde terá como conhecer melhor seu cliente e, assim, acompanhá-lo durante as consultas com o objetivo de verificar se as metas estabelecidas estão sendo ou não alcançadas.

Contudo, para se conseguir o objetivo da adesão, é indispensável a interação positiva com todos os profissionais de saúde componentes da equipe multiprofissional e não apenas com um deles. Ao se manter a continuidade do tratamento apenas pelo mesmo profissional médico, o processo interativo com vistas à adesão terapêutica será dificultado.

As falas a seguir também deixam claro este fator dificultador da interação:

*“Quem me atende é a Dra. I [médica] e lá onde mede a diabete eu não sei o nome não, sempre muda, né!” (E10).*

*“Quem me atende é a Dra. T [médica]. E os (demais profissionais)... eu não sei os nomes deles não” (E11).*

*“Eu já estive aqui com o Dr. W [médico], há muito tempo com ele, os outros (profissionais) eu não me lembro não. São ótimos também (profissionais da saúde), mas eu não me lembro de nome não” (D13).*

*“Quem me atende é Dr. W [médico]. Os outros eu não sei não, porque toda vida é um diferente, né? A enfermeira, às vezes, a assistente social, muito difícil eu ir para a assistente social” (E14).*

*“Não me lembro dos profissionais que me atendem... Dr. R ou Dra. X [médicos]. A pressão, a pressão... eu não sei como é o nome dela. Eu não sei dizer como é o nome da pessoa que verifica a pressão” (E16).*

*“Quem me atende é o Dr. P [médico] e era o Dr. E [médico]. Ultimamente que eu vim eu fui atendido pela Dra. C [médica]. Os outros profissionais eu não sei por nome” (D19).*

Segundo pudemos observar, alguns clientes estabelecem maior aproximação com determinado profissional. No relato de E2, a seguir, percebemos claramente que com algumas enfermeiras ocorre interação de forma positiva, enquanto com outras isto acontece apenas de forma negativa à interação.

*“A enfermeira atende bem. Agora, tem aqui acolá, geralmente, acontece mesmo, ela não atende bem. Geralmente acontece. Geralmente muda de enfermeira. Mais de uma” (E2).*

Por este depoimento e de acordo com as observações, conforme foi possível constatar, mesmo possuindo o mesmo objetivo, o processo interativo entre cliente e enfermeira é influenciado pela empatia ocorrida entre as partes. Como percebemos, com determinada enfermeira o cliente interage de forma positiva. Entretanto, com outra, esta mesma interação não se mostra benéfica. Sob este olhar recomendamos o seguinte: quando conseguida uma interação positiva com determinado profissional esta deve permanecer, pois só assim poderemos chegar ao alcance de metas.

Alguns estudos confirmam estas afirmações. Em Moreira (1999), conforme identificado, os clientes com hipertensão arterial expressam a necessidade de continuidade do atendimento sempre pelo mesmo profissional. Desse modo, eles poderão manter um melhor vínculo afetivo com os profissionais de saúde e,

conseqüentemente, poderão atingir um nível de interação satisfatório com vistas à transação.

Outro estudo, de Guerra (1998), reforça a importância da interação entre profissional e cliente. Em sua dissertação, a autora aponta como principais fatores intervenientes no processo de adesão os seguintes: nível socioeconômico, crenças sobre saúde, valores culturais, complexidade do tratamento, aspectos relativos aos serviços de saúde e o relacionamento cliente-profissional. Este último é considerado de forte influência na adesão.

Portanto, como acreditamos, a descontinuidade do tratamento pelo mesmo profissional pode gerar diversas conseqüências negativas no processo interativo clientes-profissionais de saúde. Como exemplo, mencionamos a não existência de um vínculo afetivo entre eles, fator este considerado essencial para a adesão ao tratamento. Esta descontinuidade poderá gerar a não confiança do cliente em relação ao profissional, bem como o não estabelecimento de metas e a não adesão terapêutica do cliente com hipertensão arterial.

Além da descontinuidade do tratamento pelo mesmo profissional, outro aspecto negativo foi identificado nos depoimentos e durante as observações de campo, qual seja, apesar da existência de uma equipe multiprofissional na instituição, o atendimento dos clientes, às vezes, restringe-se apenas às consultas com os profissionais médicos e enfermeiras.

*“Os profissionais que me atendem são os médicos, as enfermeiras, a atendente. Graças a Deus aqui é muito bom” (E7).*

*“São as enfermeiras e os médicos que atendem” (E8).*

Isto talvez se deva ao fato de o médico ser o responsável pelo diagnóstico, pelas consultas terapêuticas e avaliação clínica dos clientes, enquanto a enfermeira responde pela consulta de enfermagem e acompanhamento do tratamento dos clientes hipertensos (V DIRETRIZES, 2006).

Evidentemente, estes profissionais são indispensáveis ao tratamento e acompanhamento às pessoas com hipertensão arterial. Todavia, o ideal é este doente ser sempre atendido por uma equipe multiprofissional, de maneira que todas conseguissem ampliar seu conhecimento sobre sua doença e tratamento e, conseqüentemente, aderir à terapêutica.

Ademais, existem casos mais extremos. Por exemplo, quando o cliente concentra suas consultas apenas no profissional médico, conforme evidenciado nas falas e na observação de campo. Estes casos foram identificados em muitos clientes, em especial, naqueles cuja doença diagnosticada era apenas a hipertensão arterial.

Esta realidade é assustadora pois, para que a pessoa com hipertensão arterial possa ser atendida por uma equipe multiprofissional ela tem, necessariamente, de apresentar outras patologias associadas. Além disto, como é notório, o melhor tratamento da hipertensão arterial é a prevenção de suas complicações e não seu tratamento. Nesse caso é indispensável a presença de uma equipe multiprofissional no tratamento destas pessoas.

Há situações, também, nas quais o hipertenso deve obrigatoriamente passar pela consulta de enfermagem, mas não passa. Esta situação foi observada durante a coleta de dados quando ocorria demora ou mesmo ausência da profissional enfermeira na instituição. Então, para não “perder” a consulta com o médico, o cliente é encaminhado diretamente para este.

Os depoimentos da seqüência corroboram estas afirmações:

*“Na enfermeira eu só passei a primeira vez para fazer o exame da diabetes. Para fazer o exame do dedo. Só uma vez, pois eu não era da diabetes. Eu vou mesmo é para a doutora [médica] (...) Eu não me lembro muito não (consulta de enfermagem). Foi no ano passado, no começo do ano, se eu não me engano, ou foi no ano retrassado. Eu não estou lembrada não, pois só foi uma vez” (E1).*

*“Não... é muito difícil (passar pela consulta com a enfermeira). Porque quando é para eu voltar eu volto direto para a consulta com a doutora [médica]” (E12).*

*“Às vezes eu passo na consulta de enfermagem, né?!” (E16).*

Este comportamento pode ter algumas explicações. Contudo, o mais plausível é o seguinte: nossa sociedade ainda está muito voltada para o modelo curativo, e concentra como foco das atenções o profissional médico. Ele é detentor da “cura” e através dele é que os medicamentos são prescritos para posteriormente serem dispensados.

Além da rotinização deste atendimento que dificulta a interação entre os profissionais de saúde e cliente, conforme evidenciamos nos depoimentos dos clientes, a consulta com outros profissionais de saúde componentes da equipe multidisciplinar muitas vezes é negligenciada, a exemplo da consulta com a nutricionista, como podemos ver nos relatos a seguir:

*“Há muito tempo que eu não vou para a dieta, para a nutricionista, há muito tempo que não vou. Era a nutricionista, mas eu nunca mais fui. Porque não me mandam” (E14).*

*“Eu ia para a nutricionista, mas agora não precisa mais. No começo eu ia para ela e ela me aconselhava muito a fazer caminhada, a dieta... No começo eu fazia tudo direitinho. Por isso que eu perdi muito peso” (E19).*

Como as falas revelam, o cliente sente a necessidade da consulta com a profissional nutricionista. Entretanto, ele não é encaminhado pelos outros profissionais de saúde. A enfermeira e o médico, de cujas as consultas o cliente é “obrigado” a participar, deveriam encaminhá-lo para orientações dietéticas mais detalhadas. Ou melhor, estes clientes deveriam ter um acompanhamento periódico com a nutricionista e demais profissionais de saúde haja vista ser a hipertensão arterial uma doença crônica e multifatorial.

Ainda em relação ao atendimento dispensado ao cliente, durante as observações de campo nas consultas de enfermagem constatamos que o cliente é pouco estimulado a expressar suas necessidades e expectativas no referente ao tratamento a ser cumprido. Diante disto, estas necessidades ficam “escondidas” e acabam passando despercebidas pelas enfermeiras no contato com os clientes assistidos no serviço.

Assim, alertamos os profissionais para prestarem mais atenção a seus clientes. Estes, muitas vezes, tentam expressar uma necessidade, mas os profissionais, geralmente, não estão dispostos a ouvi-los. Se o cliente for encaminhado para os demais profissionais de saúde da equipe multiprofissional da instituição, talvez haja interação entre eles e, conseqüentemente, uma interação capaz de favorecer a adesão terapêutica deste cliente.

Nas falas anteriores, conforme constatamos, claramente, a ausência de um dos profissionais de saúde integrantes da equipe multidisciplinar, no decorrer do

processo de cuidado, pode fazer com que o cliente venha a abandonar a adesão terapêutica, até então observada. Tal atitude pode ter conseqüências incalculáveis.

Chamamos atenção novamente para as orientações das V Diretrizes (2006), pois, segundo estas orientações, é importante a presença de uma equipe multiprofissional para o atendimento da clientela com hipertensão arterial. Além disto, estas diretrizes referem que os profissionais devem atuar dando motivação aos clientes para vencer o desafio de adoecimento, bem como ajudar na adoção de atitudes de mudança de hábitos de vida e na adesão ao tratamento.

Desse modo, conforme acreditamos, a equipe multiprofissional poderá interagir com seus clientes com vistas a oferecer mais orientações acerca da doença, contribuindo para um melhor entendimento e, por conseguinte, para que juntos possam traçar metas a serem alcançadas.

Entretanto, como observamos durante o processo interativo entre os clientes com hipertensão arterial e as enfermeiras e demais profissionais da área de saúde da instituição estudada, esta é uma interação que em alguns momentos dificulta o estabelecimento e o alcance de metas entre ambos.

Apreendemos que este déficit interativo seja decorrente principalmente da falta de compreensão pelos profissionais acerca do entendimento das interações humanas, pois conforme King (1981) este entendimento só será possível quando estes profissionais entenderem as percepções das interações entre as pessoas, as informações comunicativas e os valores das transações. Somente por meio deste conhecimento o profissional poderá reunir informações precisas e relevantes sobre o cliente. Neste sentido, é de grande importância para os profissionais de saúde adquirirem conhecimento dos conceitos do sistema pessoal de sua clientela. A nosso ver, isto ajudará a interação entre eles.

## **TRANSAÇÃO**

A interação entre clientela e profissionais de saúde, desde que positiva, pode levar à transação. Conforme King (1981) transação é definida como comportamentos humanos dirigidos a metas. A transação acontece em situações nas quais os seres humanos participam ativamente em um evento. Esta participação

ativa tem como objetivo central o alcance de uma meta. Quando uma transação é concebida, as tensões ou estresses são reduzidos em uma situação.

Assim, se ambos interagissem em direção à meta do alcance do controle dos níveis pressóricos, certamente alcançariam transação para atingir referida meta. Com base nesta compreensão, identificamos no estudo, mediante os depoimentos obtidos, apenas dois momentos aos quais classificamos como possibilidades de transação. Entretanto, durante as observações de campo, não foi possível constatar nenhum momento de transação.

Conforme supomos, isto ocorre, principalmente, em virtude de os profissionais da saúde da instituição em estudo não trabalharem com base no alcance de metas. Nossa afirmação fundamenta-se no seguinte: durante as consultas de enfermagem, observamos uma consulta rotinizada, na qual o foco principal é o repasse de informações sobre a doença. Deste modo, o cliente ficava em segundo plano. Isto se reflete na não participação ativa do cliente em seu tratamento e, conseqüentemente, no não alcance da transação.

Os momentos de transação identificados no nosso estudo estão apresentados nas falas a seguir:

*“O que ela [enfermeira] pede é o que os médicos pedem. Seguir a receita e seguir as orientações que elas dão para a gente lá na hora da consulta. Pede para ninguém comer açúcar, para ninguém comer sal, gordura e comer só os alimentos que não fazem mal. Aí se a gente fizer isto vai em frente mas se a pessoa teimar e for comer sal e for comer açúcar aí não dá (...) Eu sigo não completamente mas eu procuro, né? Já tirei o sal, tirei a gordura, tirei a cerveja, tirei o açúcar e estas coisas mais ou menos que eu tenho idéia que fazem mal eu não faço” (E7).*

*“Sigo. Tudo que diz eu sigo. É por isto que eu já melhorei muito depois que eu vim me tratar aqui. Assim em relação ao meu emagrecimento, que eu tinha diabetes e não ligava não. Para mim tanto fazia como tanto fez, entendeu? Depois que eu vim para cá é que eu caí na real, fui fazer as coisas como é para ser (...) Como nas horas certas, do jeito que é para ser, entendeu? Já tirei muita coisa, pão, macarrão, massa, essas coisas eu não como mais. Nem como bolo, nem tomo refrigerante, tomo café com adoçante, se eu tomar algum suco é com adoçante. De primeiro eu nem ligava, comia açúcar, comia bolo, era refrigerante, era tudo. Comida salgada eu não como não por causa da pressão (...) Eu não como comida salgada, nem gordurosa, essas coisas eu não como não. De primeiro eu comia panelada, comia tudo que vinha, agora eu não como mas nada disto” (E19).*

Consideramos estas falas como transações porque nelas encontramos relatos de modificações de hábitos de vida, principalmente de hábitos alimentares, dos clientes após iniciarem tratamento na instituição onde realizamos a pesquisa. Isto nos deixa muito satisfeitas, pois mesmo apesar de uma série de dificuldades vivenciadas pelos clientes estudados, no referente às baixas condições socioeconômicas, associadas à não realização de uma assistência de enfermagem na busca do alcance de metas, identificamos que alguns clientes buscam a adesão terapêutica.

Em contrapartida, são preocupantes os baixos índices de adesão terapêutica por parte das pessoas com hipertensão arterial. Diante desta realidade, temos consciência de que para se conseguir adesão do cliente ao seu tratamento é preciso enfrentar diversos fatores passíveis de intervir neste processo, como barreiras pessoais, interpessoais e sociais.

Com base na relação interpessoal entre cliente e profissional da saúde, conforme percebemos, para se conseguir alcançar a transação é indispensável uma boa interação entre eles, seguida de uma comunicação clara. Desse modo, eles poderão conhecer seu papel como portadores de uma doença crônica e, conseqüentemente, ter a capacidade de traçar metas junto com os profissionais de saúde. Como resultado destas metas, poderá ocorrer a adesão do cliente à própria terapêutica.

Traçar metas é essencial. Em estudo elaborado por Oliveira, Araújo, Melo e Almeida (2002), os autores concluem que ao trabalhar com o estabelecimento de metas e intervenções de enfermagem foram observadas substituição de respostas ineficazes por respostas adaptativas. Com isto, o cliente sentiu-se mais seguro e autoconfiante, repercutindo em melhora no autoconceito, desempenho de papéis e interdependência.

## **COMUNICAÇÃO**

O encontro do cliente com os profissionais do serviço se dá via processo de comunicação mediado por uma conversa, caracterizada como uma ocasião em que um emite uma mensagem e o outro responde, numa sucessão de discursos característicos de uma conversa.

Para King (1981), comunicação é um processo pelo qual uma informação é repassada de uma pessoa a outra. Ela é influenciada por metas, necessidades e expectativas das pessoas inter-relacionadas e é uma pretensão de trocas de informações em seu ambiente.

Com base nesta compreensão, passamos à identificação do processo comunicativo quer como requisito para a adesão do hipertenso ao tratamento, quer como empecilho para sua não ocorrência, a depender da forma como o processo se desenvolve. Iniciamos a discussão pela comunicação positiva identificada no estudo.

A comunicação sempre ocorre em uma interação de, no mínimo, duas pessoas. Neste sentido, para podermos avaliar a comunicação realizada, questionamos os clientes sobre se eles entendem ou não o que é dito durante as consultas. Como resposta a esta pergunta, eles referiram o seguinte:

*“Entendo o que eles dizem” (E2).*

*“Entendo o que é dito para mim” (E5).*

*“Consigo entender a orientação” (E6).*

Diante destas afirmativas, como constatamos, estas pessoas recebem informações dos profissionais de saúde, e estas, segundo elas, são entendidas. Sob este olhar, esperávamos que os clientes atendidos neste serviço, por entenderem as orientações, logicamente conseguiriam controlar seus níveis pressóricos e por conseguinte conseguiriam aderir à terapêutica. Entretanto, o que encontramos é a grande maioria dos entrevistados (90,5%) com níveis alterados de pressão arterial.

Procedemos esta comparação entre entendimento das informações e os níveis pressóricos em virtude de as V Diretrizes (2006) afirmarem que a medida da pressão arterial é o elemento-chave tanto para o estabelecimento do diagnóstico da doença, como para a avaliação da eficácia do tratamento. Nesta perspectiva, conforme constatamos, apesar de os clientes afirmarem entender as orientações fornecidas, eles não conseguiram normalizar seus níveis pressóricos.

Contudo, como asseverado por Pierin e Mion Jr. (2001), existe uma discrepância entre ter informação a respeito da doença e do tratamento e conseguir controlar a pressão arterial. Portanto, há diferença entre conhecimento e adesão. Enquanto o conhecimento é racional, a adesão é um processo complexo.

Assim, reforçamos novamente a necessidade de uma consulta de enfermagem voltada para o estabelecimento de metas, bem como a participação ativa do cliente na decisão terapêutica, pois, a nosso ver, somente desta forma os portadores de hipertensão arterial conseguirão aderir à terapêutica.

Sobre o assunto Pierin, Mion Jr., Fukushima, Pinto e Kaminaga (2001, p.15) acrescentam:

Cabe salientar que o fato das pessoas hipertensas estarem orientadas sobre a doença e tratamento não implica em efetivo seguimento do tratamento proposto, o que muitas vezes requer mudança de comportamento, constituindo-se um obstáculo para a adesão ao tratamento. As crenças de saúde, os aspectos culturais e comportamentais não são fáceis de manejar e modificar, requerendo de todos, cliente e grupo de saúde, devido empenho.

King (1981) complementa sua afirmativa. Segundo ressalta, o entendimento do conceito de comunicação é fundamental para a realização do cuidado, de modo que o profissional, ao manter uma comunicação aberta com o cliente, possa, mutuamente, traçar metas e obtê-las. Simonetti, Batista e Carvalho (2002) corroboram para ajudar na adesão terapêutica do cliente faz-se necessário que os profissionais promovam medidas que, além de informar, funcionem como estímulo para o envolvimento do indivíduo e sua família no tratamento.

No depoimento a seguir, embora a princípio, aparentemente o profissional tenha usado uma linguagem impositiva e ameaçadora, a cliente, conforme demonstrado na fala, conseguiu assimilar a comunicação como aclaradora para alertá-la e fazê-la aderir ao tratamento.

*“O médico disse que eu era uma mulher muito nova, que eu queria morrer muito cedo, que eu tinha que fazer as coisas do jeito como é para serem porque se não daqui há pouco iria estragar os meus rins, ia afetar minha vista, ia me estragar. Porque a diabetes, ele disse que mexe com todos os seus órgãos. Depois que eu conversei com ele é que eu fui cair na real e fazer as coisas” (E19).*

Nesta perspectiva, o profissional de saúde poderá contribuir decisivamente para ajudar no engajamento do hipertenso para o autocuidado. Com esta finalidade, deve manter um diálogo franco, demonstrando sensibilidade e capacidade de percepção (BASTOS; BORENSTEIN, 2004). Somente mediante uma comunicação

efetiva poderá ser conseguida uma interação positiva e, conseqüentemente, será possível chegar a uma transação.

King (1981) afirma que a comunicação interpessoal é complexa e faz parte de todas interações humanas. Além disto, a função prioritária da linguagem em uma sociedade é desenvolver e manter relações humanas e facilitar o funcionamento ordenado dos grupos humanos e das sociedades.

Entretanto, em alguns momentos podemos perceber, como, por exemplo, no relato a seguir, que ocorre déficit comunicativo na interação entre os clientes com hipertensão arterial e os profissionais de saúde.

*“Não sei não. Não sei o que a enfermeira fica falando não” (E6).*

Durante a observação de campo, conforme constatamos, realmente as consultas de enfermagem, muitas vezes, se realizam de forma ditadora e impositiva, e não levam em consideração as condições dos clientes assistidos, em especial, as socioeconômicas. Deste modo, a comunicação não será eficaz e conseqüentemente haverá relatos semelhantes ao ora exposto. Esta realidade nos preocupa pois, para nós, o diálogo vivo entre profissional de saúde e cliente constitui ponto-chave para que a comunicação entre eles seja efetivada, e, assim, sejam traçadas metas de adesão aos cuidados terapêuticos.

Como mostra o dia-a-dia, se não ocorre o diálogo aberto entre profissional e cliente, é impossível haver compreensão das informações por parte de ambos. Deste modo, a adesão ao tratamento se tornará mais difícil. Sobre o assunto, Moreira (1999) também identificou em seu estudo que na comunicação entre o profissional de saúde e o cliente hipertenso verifica-se um vazio, resultando assim na não mudança, ou seja, na não adesão terapêutica por parte dos clientes.

Além disto, nos depoimentos dos entrevistados, foi possível constatar outros déficits comunicativos durante as consultas de enfermagem. As falas a seguir corroboram esta afirmativa:

*“Na parte da enfermagem é só... manda entrar para o médico, essas coisas assim...” (E15).*

*“Eu sou bem atendida lá no peso, primeiro eu me peso, depois vou para a enfermagem, para verificar a diabetes como que está, a pressão. Aí eu não sei o nome delas. Mas eu sou muito bem atendida por todos” (E19).*

Nestes depoimentos, como podemos perceber, a relação entre enfermeira e cliente nem sempre é eficiente. Além do déficit interativo há o déficit comunicativo. Identificamos como déficit comunicativo, nos relatos anteriores, a ausência da identificação do profissional e a falta de diálogo entre as enfermeiras e os clientes durante a consulta.

Pela observação podemos também validar estas falas, pois, como constatado, as enfermeiras pecam por não se identificar para o cliente, particularmente porque a não continuidade do atendimento pela mesma enfermeira já é fato comprovado. Ademais, talvez por excesso de pessoas a serem atendidas, ou mesmo por descuido do profissional, o cliente é pouco incentivado tanto para expressar suas necessidades como para participar de forma ativa no seu tratamento. Isto, conseqüentemente, afetará de forma negativa a adesão terapêutica do cliente.

Já em outros depoimentos identificamos déficit comunicativo mais alarmante. Nestes, os clientes não identificaram nem mesmo os profissionais que os assistem. Esta afirmativa é comprovada nos relatos a seguir:

*“Eu acho que foi a enfermeira que me atendeu agora. O nome dela eu não sei” (E11).*

*“O nome do outro médico eu não me lembro agora não, mas agora quem me atende é a Dra. X [médica]. O nome dos outros profissionais eu não sei não. Eu acho que é a atendente” (E12).*

*“É o Dr. P [médico] e as doutoras ali na portaria quem verificam a minha pressão. Elas devem ser enfermeiras” (E17).*

*“Quem está me atendendo agora é o Dr. W [médico]. Os outros profissionais são os atendentes, o que é que a gente pode fazer? São os atendentes” (E21).*

Por meio destas falas percebemos novamente o total desconhecimento dos clientes acerca do nome das enfermeiras que os atendem. Eles não sabem sequer a categoria profissional de quem recebem assistência, pois, como presenciamos, após serem atendidos pela profissional enfermeira, nós lhes perguntávamos qual era aquela profissional, mas eles, não sabiam responder.

Esta realidade é inquietante e, talvez, seja reflexo principalmente da falta de diálogo entre as partes (enfermeira e cliente). Como a enfermeira não se identifica e não dá abertura para o cliente se comunicar, a interação entre eles é prejudicada. Aliado a isto, identificamos também a supervalorização pelos clientes portadores de hipertensão arterial da consulta com o médico, pois é nesta consulta que é feita a prescrição de medicamentos. Assim, alguns clientes dispensam pouca atenção às orientações fornecidas pela enfermeira durante a consulta de enfermagem, em virtude da pressa pela consulta médica, ou mesmo para o recebimento dos medicamentos (MACIEL, 2000).

Outro fator a dificultar este processo comunicativo entre enfermeira e cliente hipertenso é a realização da consulta de enfermagem em local inapropriado, a exemplo das consultas ocorridas no setor do leito-dia. Neste local, como seu objetivo é o atendimento de urgências hipertensivas e/ou diabéticas, a enfermeira não só exerce a função de assistente como faz a consulta, tudo isto em ambiente com excesso de ruídos.

Quanto às orientações recebidas durante as consultas, observamos novamente um déficit comunicativo entre profissionais de saúde e clientes, como mostram os relatos a seguir:

*“Para diabetes, por exemplo, é não comer doce, não comer certas coisas, pois faz mal. O demais tudo bem. Para hipertensão é quase a mesma coisa (...) [risos] (...) Porque quando chega é quase a mesma coisa. Não comer sal, comida gordurosa...” (E02).*

*“A dieta da pressão é mais fácil. Porque o problema é só o sal e a gordura. Você pode comer de tudo. Mas não pode comer sal e gordura. Já a diabetes é comer na hora certa, não deixar passar da hora. Não comer coisas doces” (E06).*

Notamos nestas falas uma visão um pouco distorcida acerca das orientações recebidas. Conforme evidenciamos, os clientes costumam associar o tratamento não-medicamentoso para diabetes mellitus apenas com a restrição de doces (açúcares), enquanto a hipertensão arterial fica associada apenas à restrição de sal e gordura.

Diante desta realidade, acreditamos que este déficit de compreensão das orientações seja decorrente, sobretudo, do fato de a comunicação transmitida pelos profissionais aos clientes ocorre de forma pontual, focalizando as orientações

principalmente na doença, sem considerar a individualidade das pessoas. Associado a isto, consoante constatamos, os clientes não conseguem comunicar-se de forma eficaz com seus cuidadores, talvez por déficit de informação pois como os profissionais, de modo geral, não dispõem de tempo para ouvi-los, há comprometimento do processo interativo entre eles.

Sobre as orientações, em especial no referente a novos hábitos de alimentação, segundo afirmam Maciel e Araújo (2003), o tema deve ser abordado dentro de um contexto mais amplo, levando em conta aspectos como os relacionados com a cultura, crenças e valores pessoais. Além disso, Rojas (2001) acrescenta que existe uma diferença nos códigos sociais de comunicação, pois o conhecimento científico encontra-se distante do senso comum, porque, comumente, o profissional de saúde ao comunicar-se com o cliente utiliza uma linguagem técnica e rotineira, incompatível com o conhecimento popular.

Outro autor, Moreira (1999) afirma que o déficit comunicativo entre hipertensos e profissionais de saúde é decorrente, na maioria dos casos, do não acordo entre eles em relação ao tratamento, ou seja, as preferências do cliente não são levadas em consideração, e, desse modo, dificultam a adesão.

Neste sentido, chamamos a atenção mais uma vez para a importância da compreensão dos conceitos do sistema pessoal na clientela assistida, uma vez que, com base na compreensão deste sistema, será possível uma visão mais ampla da pessoa. Assim, conseqüentemente, o profissional terá subsídio por meio da comunicação para traçar metas junto ao cliente.

## **PAPEL**

Na instituição de saúde, cada profissional desempenha um papel, na medida em que a cada um cabe a realização de atividades que viabilizam o funcionamento do setor. Ao mesmo tempo, ao cliente também cabe um papel. Este deve atuar como contribuidor no seguimento do seu tratamento, de modo a alcançar a meta traçada entre o profissional e ele próprio.

Como mostra a literatura, no contexto teórico de King (1981), o conceito de papel é definido como a posição e situação observadas na relação com outra pessoa. Para isto os indivíduos devem se comunicar uns com os outros e interagir

com o propósito de alcançar metas. Neste conceito analisamos apenas o papel da enfermeira dentro da equipe multiprofissional, uma vez que, como enfermeira, tivemos mais condições de analisar as consultas de enfermagem.

Para esta análise, tomamos como base a afirmativa de King (1981), qual seja, o papel da enfermeira deve ser definido como uma interação entre dois ou mais indivíduos em uma situação de enfermagem na qual o profissional de enfermagem usa o conhecimento, as habilidades e os valores identificados como pertinentes à enfermagem para identificar metas em cada situação e para ajudar os indivíduos a alcançá-las.

Nesta perspectiva, os pesquisados, quando interrogados em relação ao papel da enfermeira durante as consultas de enfermagem, somente foram capazes de descrever como as consultas aconteciam. Portanto, nenhum relato questionou o real papel da enfermeira. A nosso ver isto acontece em decorrência da incapacidade dos clientes de discutir qualquer conduta ou atitude de um profissional da saúde. Esta incapacidade advém, principalmente, da sua formação escolar. Deste modo, ao serem indagados sobre o papel da enfermeira durante as consultas de enfermagem, os clientes responderam o seguinte:

*“A consulta da enfermeira é boa. Ela conversa, faz umas perguntas. Pergunta se está normal, ou se não está (...) Ela pergunta se estou fazendo regime. Estou...” (E3).*

*“Na consulta de enfermagem, a enfermeira tira a pressão e tira o sangue para fazer o exame de sangue (glicemia)... Orienta, por exemplo: eu não como de manhã porque não gosto de comer pela manhã. Então ela orienta para comer porque eu não posso ficar sem comer. É uma das orientações dela. Eu não posso ficar sem comer. Tenho que deixar de fumar... [risos]. É uma das orientações. Não deixar de tomar o remédio” (E12).*

*“A consulta de enfermagem é boa. As enfermeiras são muito atenciosas. Lá dentro são muito atenciosas com a gente. Fazem perguntas: o que é que a gente come, o que não come, tudo isso. São bem atenciosas. Isso... Não tem reclamação nenhuma. Verifica glicemia e a pressão, aí ela manda passar para o médico” (E21).*

Nestas falas foi possível observar que faz parte da consulta de enfermagem a orientação dos clientes. Pelo relato de E12, segundo evidenciamos, a orientação está baseada nas necessidades diárias do cliente, como a falta de

ingestão alimentar em horários regulares e o hábito de fumar. Já no relato de E21 a enfermeira questiona o cliente sobre seus hábitos de vida.

Fica claro neste relato que a profissional enfermeira, embora em casos isolados, se preocupa com a situação real do cliente, pois investiga o cotidiano deste com vistas a obter subsídios para, junto com o cliente, estabelecer metas de adesão terapêutica.

Conforme Sousa (2004) para ser possível colocar em prática o papel de educadora em saúde da enfermeira, devem ser atendidas algumas exigências, tais como: recurso de pessoal, o qual deve estar comprometido com o processo, material educativo adequado e tempo suficiente para se estabelecer a necessária comunicação entre profissionais e clientes.

É importante ressaltar ainda que para haver um controle adequado da hipertensão arterial, não bastam apenas medidas de orientação; é preciso também o desenvolvimento de estratégias destinadas a auxiliar o indivíduo na mudança de atitudes contributivas para o controle da doença (OLIVEIRA; ARAÚJO; MELO; ALMEIDA, 2002).

Outros autores como Simonetti, Batista e Carvalho (2002) se manifestam sobre o assunto. Segundo afirmam, para que o hipertenso permaneça com seus níveis pressóricos os profissionais da área de saúde devem promover medidas para além da informação, de modo que funcionem como estímulo para o envolvimento do indivíduo e suas famílias no tratamento.

Em nenhum dos depoimentos, e nem durante a coleta de dados, identificamos a presença de outras atividades como trabalhos em grupos, ou estímulo à família para participar do tratamento do cliente. Isto é inquietante pois um dos grandes desafios para a equipe de saúde é propor uma terapêutica eficaz e de longo prazo, em virtude de ser a hipertensão arterial uma doença crônica, que requer do doente cooperação e participação no tratamento por toda a vida (CAR; PIERIN; MION Jr.; GIORGI, 1998).

Assim, ao assumir o compromisso de acompanhar clientes com hipertensão arterial, a enfermeira precisa ter em mente que a consulta de enfermagem não deve apenas focalizar a doença da pessoa, mas também atuar de forma mais abrangente. Por exemplo, ela pode trazer para o serviço membros familiares que convivem com o cliente, organizar grupos e promover palestras educativas.

Quanto ao trabalho em grupo de pessoas com hipertensão arterial, como ressaltado por Brito (2003), tem como objetivos ampliar conhecimentos, favorecer o tratamento e aumentar a adesão terapêutica do cliente. Já as palestras educativas, segundo Maciel e Araújo (2003), são muito importantes na medida em que desenvolvem a consciência educadora e transformadora de forma individual.

Aliado a isto, para se poder chegar ao alcance de metas, o cliente também deve reconhecer e assumir seu papel neste processo, pois conforme King (1981) para ocorrer uma transação é indispensável uma interação recíproca no estabelecimento de um sistema interpessoal positivo. Esta interação será fortemente influenciada pelo desempenho dos papéis dos indivíduos nela envolvidos.

Entretanto, segundo observamos em campo, as consultas de enfermagem costumam ocorrer de forma rápida. Evidenciamos, portanto, déficit interativo e comunicativo entre enfermeiras e clientes, pois as orientações de enfermagem, de certo modo, são transmitidas de maneira repetitiva, cansativa e desgastante, e quase sempre focadas principalmente na doença e não nas condições de vida das pessoas acometidas pela doença. Assim, as informações fornecidas a cada cliente que vem para a consulta de enfermagem, em geral, têm componente mecanicista e são pouco motivadoras. Além disto, o alcance de metas é dificultado em virtude de os clientes também não reconhecerem seu papel, e sentirem-se incapazes de questionar qualquer conduta ou atitude do profissional da saúde.

Ainda quando indagados sobre o papel da enfermeira, os clientes responderam o seguinte:

*“Na enfermagem, o que dizem geralmente é: tomar os remédios na hora certa, não comer comida salgada, orienta bem direitinho” (E2).*

*“Não comer nada doce. Fazer caminhada. Não fazer extravagância” (orientação da enfermeira) (E3).*

*“A enfermeira tira a pressão, tira a glicemia, olha a glicemia. Aí ela explica se der alta, como é, o que é para evitar. Evitar comer certas comidas, fazer a dieta direito, fazer caminhada. Para evitar acontecer alguma coisa. Coisas como cortar o dedo, cortar a perna. Ela explica bem direitinho, ter cuidado com os pés para não ferir, não andar com chinelo para não ferir os dedos, tudo isso (...) Ela orienta fazer a dieta, caminhar, ter cuidado com o sal” (E5).*

*“Não comer salgado, não comer gorduroso, não comer as coisas assim. Não colocar sal na comida, só um pouquinho. Comer nas horas certas. Comer mais verduras. Não comer carne de porco. Não comer doce” (orientação da enfermeira) (E6).*

*“Orienta normalmente dentro do problema. Orienta andar, comer normal. Comer dentro das especificações. Realmente foi a primeira coisa que ela [enfermeira] falou que foi ter um regime, se está seguindo o regime. Normalmente é assim que elas perguntam” (E8).*

*“É ótimo. Ela (enfermeira) me explica as coisas, como é que tenho que fazer. Explica como são as comidas, como é para ser, como fazer, aí tudinho ela me ensina, tudo como é para eu fazer (...) Orientam para eu ter cuidado com a minha doença porque se eu não tiver cuidado... Para eu me alimentar bem, para eu não comer coisa que não é para comer, como açúcar, e estas coisas” (E16).*

*“A consulta de enfermagem é boa, é ótima, nunca deu problema não. Ela (enfermeira) mede a glicemia, altura, peso e tira a pressão. Ela verifica a pressão, se estiver alta ela manda ter cuidado, se a glicemia estiver alta ela manda beber água antes de ir para o médico. Se tiver algum ferimento ela manda ter cuidado também, principalmente” (E18).*

*“A enfermeira mede a pressão e tira o sangue para ver como está a diabetes. Ela me orienta muita coisa. Se a minha pressão está muito alta, tem que fazer a dieta que o médico fala. Ela orienta bem. Me orienta as coisas que eu não devo fazer” (E20).*

Com base nestes depoimentos afirmamos que a enfermeira age de forma contraditória ao seu real papel, pois, conforme identificamos nestas falas e também durante as observações, a enfermeira impõe condutas ao cliente, tal como não lhe permitir expor sua realidade, bem como suas perspectivas e percepções sobre o tratamento a ele propiciado.

Diante desta realidade, a nosso ver, talvez seja gerada uma expectativa negativa em torno do tratamento, pois, como é possível identificar, os clientes possuem dificuldade na assimilação dessas orientações, uma vez que estas orientações não condizem com suas condições socioeconômicas. Assim, o tratamento não-medicamento proposto mostra-se distante do seu conhecimento, e por conseqüência, não é colocado em prática nem é valorizado pelo cliente hipertenso. Desta forma, nos depararemos, novamente, com a não adesão do cliente à terapêutica proposta.

Neste sentido acreditamos ser de grande importância o diálogo aberto entre cuidador e ser cuidado, pois só assim poderá ocorrer a troca de informações de modo que os profissionais de saúde possam estabelecer metas junto ao cliente com base na realidade deste.

Complementar a esta conduta, identificamos, também, depoimentos demonstrativos de autoritarismo e de punição por parte das enfermeiras durante as consultas de enfermagem. Isto poderá propiciar aumento do estresse no ambiente, afastando o cliente desta interação com a enfermeira, e, conseqüentemente, favorecendo entraves nos processos de interação e de comunicação entre ambos. Na fala a seguir podemos observar esta afirmativa:

*“É carão viu (...) Hoje ela [enfermeira] perguntou: você vai saber o que é bom, né?! Desse jeito. Aí eu disse: só se partir para a glória, porque se eu partir para a glória é o melhor jeito que tenho na minha vida” (E4).*

Consoante constatamos por este depoimento e por meio das observações, atitudes deste tipo só afastam o cliente do profissional de saúde, e deixam um sentimento de angústia e até mesmo de revolta em relação ao profissional. Bastos e Borenstein (2004) afirmam que o simples fato de alguém chegar e impor mudanças no seu hábito de vida pode levar o indivíduo ao abandono do tratamento. Por isso, ao propor mudanças aos hipertensos, é essencial conhecer, primeiro, seus hábitos, para, posteriormente, adequá-los, criando propostas alternativas e adaptações necessárias, capazes de facilitar mudanças. Estas, porém não devem ser tão radicais a ponto de privá-los de todos os seus prazeres.

Aqui fazemos uma advertência: durante as indagações sobre hábitos e práticas alimentares, se deve ter bastante cuidado pois, de acordo com estudo realizado por Maciel e Araújo (2003), muitas vezes, a indagação destes hábitos é feita ao cliente de forma fiscalizadora, e cobram-se comportamentos impostos como adequados, independente da participação do cliente. Se assim for entendido, o cliente tenderá à omissão da realidade com o objetivo de evitar punições.

Além disto, por não conseguir apoio nem motivação na enfermeira para mudar esta realidade, ou seja, para desempenhar seu papel, o doente exime-se da responsabilidade de adesão ao tratamento e coloca Deus como um aliado neste seu processo adaptativo. Por conseqüência, novamente ele não cumpre seu papel, e desse modo, entrava, ainda mais a adesão terapêutica.

Outros fatos foram observados e verificados nas falas. Por exemplo, para alguns clientes, as orientações apenas são fornecidas quando eles se encontram com seus níveis pressóricos e/ou glicêmicos alterados. Isto é preocupante, pois, como reiteramos, a hipertensão arterial é uma doença crônica que requer cuidados para toda a vida. Além disso, para não evoluir com complicações os níveis pressóricos devem estar controlados.

Deste modo, é dever da enfermeira atuar de forma educativa e principalmente estabelecer uma interação efetiva e uma comunicação que propicie o ensinamento destes cuidados antes mesmo do surgimento de complicações. Contudo, a consulta de enfermagem ainda está muito centrada no modelo tradicional, curativo, ou seja, o atendimento pouco é voltado para o processo educativo, como mostra o estudo de Maciel (2000).

Nas falas seguintes podemos identificar estas idéias:

*“Eu entro e dou a carteirinha. Aí ela vai e me chama para o peso. Depois do peso eu entro para realizar a glicemia e verificar a pressão. Lá ela manda eu ir para a Dra. xxx [médica]” (E6).*

*“A enfermeira só faz chamar pelo nome, chegando lá ela pergunta como é que eu estou (...) Pronto. Aí vai fazer o exame no dedo. Fura o dedo e diz deu tanto. Pronto, só isto. Ela não explica nada. Ela não diz o que fazer, o que faz mal, que não faça isto. Nada, nada, nada” (E9).*

*“A enfermeira mede a pressão e a glicemia, pede a receita anterior para ver as medicações e depois anota e diz o que deu e o que não deu, anota e pronto. Aí encaminha ao médico. Não orienta nada não (...) Orientação não. A enfermeira só diz quanto deu a pressão, quanto deu a diabetes, anota e encaminha para a doutora da diabetes. Elas não orientam não” (E10).*

*“A enfermeira consulta, ela faz a glicemia, tira a pressão e pronto. Faz algumas perguntas como ‘se eu tenho ferimento’. Só isto mesmo. Não, não orienta nada não (enfermeiras). Só manda eu ir para o médico. Quando sair dela eu ir para o médico” (E14).*

*“É normal a consulta (enfermagem), eu me sento, ela me atende, conversa comigo, pergunta como é que está minha pele, se eu estou sentindo alguma coisa... Pergunta se eu estou fazendo caminhada, se está tudo certo. Ai é pronto, ela só faz escrever e manda para o médico” (E19).*

Nestes relatos percebemos ausência de ações educativas por parte das enfermeiras, e evidenciamos, sendo evidenciado, durante as observações, apenas

realização de atividades consideradas como obrigatórias do serviço, ou melhor explicando, apenas são feitos procedimentos quantificáveis a serem demonstrados nos doentes que comprovam a produtividade do serviço, tal como a verificação da pressão arterial e de níveis glicêmicos, os quais são registrados no prontuário do cliente. Evidenciamos também, novamente, uma consulta generalizada e rotinizada, portanto, sem levar em conta a individualidade de cada cliente.

Deste modo, a nosso ver, a atividade educativa, papel essencial da enfermeira com este cliente, por requerer mais tempo do profissional e por não ser quantificada, ou por não constar na sua produtividade, é deixada de lado. Neste sentido, a enfermeira parece esquecer que sua função de educador em saúde é de extrema importância para estes clientes crônicos.

Para as pessoas, de modo geral, o estímulo é decisivo. Pierin, Strelec e Mion Jr., (2004) corroboram esta afirmação. Segundo mencionam, para que os níveis tensionais se mantenham controlados, o doente freqüentemente requer estímulo constante com vistas às mudanças do estilo de vida. Mais uma vez enfatizamos a necessidade permanente e de forma contínua da promoção de ações educativas por parte das enfermeiras, feitas, sobretudo, de forma individualizada.

Nesta perspectiva, a atividade educacional aliada à motivação advinda das enfermeiras é essencial para a adesão do cliente à terapêutica. Ao se referir ao assunto, King (1981) diz que o conflito de papéis em um sistema interpessoal, ou seja, a não adequação do eu ao papel a ser desempenhado, pode aumentar a tensão ou estresse no ambiente, e interferir de forma negativa nas interações humanas. Sousa (2004, p.169), complementa: “O profissional de saúde, educador, buscará identificar a presença das motivações e, na ausência delas, auxiliará na apresentação de motivos que sejam geradores de ação”.

Martins e Zaganel (2003) acrescentam que o papel da enfermeira deve ir além de orientar e informar. Ela deve trabalhar com o objetivo de conscientização do cliente, para que este participe de forma efetiva no seu cuidado. Assim, a enfermeira, ao realizar educação em saúde, conduz o cliente para o autoconhecimento e o desperta para o reconhecimento das suas reais necessidades.

Estes autores ainda afirmam o seguinte:

O cuidado educativo visa capacitar o cliente para a decisão, para a responsabilidade e vai acontecer na discussão concreta da realidade e dos problemas vivenciados por ela. A participação do cliente no cuidado educativo vai se efetivar pela comunicação, ou seja, na troca entre enfermeira e cliente, na interação entre as partes (MARTINS; ZAGONEL, 2003, p.306).

Diante desta realidade, lembramos à enfermeira, a importância do seu papel de educadora. Cabe-lhe atuar mediante ações educativas individuais e coletivas, na tentativa da adaptação do cliente à sua doença, promovendo orientações de prevenção das complicações e, sobretudo, agindo interativamente com o cliente na busca do estabelecimento de metas destinadas à adesão ao tratamento.

Como reiterado por King (1981), a situação entre enfermeiras e clientes deve ser orientada para metas, as quais somente serão efetivadas quando a percepção dessas interações forem precisas. Portanto, a compreensão do conceito de percepção é essencial para o entendimento do eu do cliente e do papel profissional da enfermeira.

Diante destas exigências, a enfermeira precisa ter conhecimento acerca da percepção do cliente, pois somente desta forma poderá repassar orientações condizentes com a realidade do cliente, ou seja, desta forma poderá facilitar o alcance da adesão terapêutica pelo cliente. Baseado no conhecimento da sua realidade, o cliente por certo começará a se aceitar como portador de uma doença crônica e, conseqüentemente, aceitará as orientações como importantes para o seu tratamento e as seguirá.

Contudo, as informações não devem ser exaustivas ou repassadas numa linguagem técnica. Elas devem ser simples, inteligíveis, verdadeiras e respeitadas, ou seja, de acordo com a capacidade intelectual e cultural de cada cliente. Assim, como enfatizamos novamente, neste processo a enfermeira deve assumir seu verdadeiro papel. Conforme King (1981), é muito importante que a enfermeira tenha conhecimento do seu papel profissional, pois isto facilitará seu desempenho no sistema de cuidado à saúde.

Nesta perspectiva, a enfermeira, ao colocar em prática seu papel de educadora, terá subsídio para conhecer melhor sua população assistida, bem como

conseguirá estabelecer metas possíveis de serem alcançadas com vistas à adesão terapêutica. Além disto, também ajudará o cliente a exercer seu papel.

Complementar ao papel de educadora, a enfermeira tem como responsabilidade a identificação precoce das necessidades do cliente. Com esta identificação, deverá encaminhá-lo a outros profissionais da equipe multiprofissional, uma vez que cada profissional responde por uma área determinada. Juntos, enfermeira e os demais membros da equipe multiprofissional poderão melhor assistir o cliente com hipertensão arterial. Desta forma, a enfermeira, ao encaminhar o cliente para outros profissionais atua de forma benéfica, porque lhe propicia a oportunidade de ser assistido especificamente pelos outros componentes da equipe multiprofissional. O relato a seguir é exemplo:

*“Sempre quando elas (enfermeiras) vêem que estou comendo, elas me mandam para o endocrinologista, aí lá ele passa a nutrição” (E10).*

Com base neste depoimento evidenciamos que a profissional enfermeira tem consciência desse seu papel, pois ao identificar uma necessidade do cliente e encaminhá-lo para outro profissional, ela agirá de forma a contribuir para o bem-estar do doente. Cabe, então, ao cliente a responsabilidade de procurar esta nova assistência para ajudá-lo na adesão terapêutica.

## **ESTRESSE**

O fato de portar a doença, por si só, já denota a possibilidade de estresse no seu portador. Contudo, os profissionais de saúde igualmente sofrem estresse ao assistir estes clientes e levá-los à condição de bem-estar. Além disso, a relação interpessoal estabelecida entre eles também é fator estressor.

Conforme anunciado, para King (1981), o conceito de estresse é definido como um estado de dinamicidade no qual indivíduos interagem com o ambiente em busca de equilíbrio que propicie crescimento, desenvolvimento e desempenho efetivo de papéis. Envolve troca de energia e informações entre as pessoas e o ambiente para regular e controlar os estressores.

Com base nesta compreensão, o estresse pode servir como algo positivo, quando o percebemos como decorrente de algo que se pretende alcançar. Outras

vezes, pode atuar como empecilho à adesão terapêutica, por exemplo, quando leva o cliente a despende energia em situações geradoras de angústia.

Ao entendermos estresse como algo a ser obtido, a exemplo da tentativa de se alcançar metas que foram traçadas junto aos profissionais de saúde, classificamos este estresse vivenciado pelo cliente como positivo, pois assim ser-lhe-á possibilitado crescimento e desenvolvimento. Neste sentido, podemos identificar estresse, de acordo com King (1981), nos depoimentos a seguir:

*“Tem que respeitar o que a enfermeira diz para poder não ficar ruim. Respeitar as comidas. Não comer açúcar, nem doce. Não comer coisas doces. Comer normal para não fazer mal” (E3).*

*“Se a gente fizer o que foi orientado vai em frente mas se a pessoa teimar e for comer sal e for comer açúcar aí não dá (...) Tem que seguir o que vai ser escrito na receita. Só tem este caminho. Tem que atender o que o médico manda fazer. Se não fizer se dá mal” (E7).*

*“Para o diabético mesmo tem que comer só uma coisa mais ligh. Para a hipertensão é a mesma coisa (...) Tudo que é pedido para a diabetes você faça que é para o seu fígado também. É a mesma coisa que a alimentação, andar para desmanchar a crosta de gordura que já se formou no meu fígado” (E8).*

Nestes discursos, como podemos observar, os clientes demonstram compreensão acerca da própria doença e mostram-se cientes da necessidade de aderir ao tratamento, seja este não-medicamentoso ou medicamentoso. Sob este aspecto, identificamos nestas falas estressores relacionados às dificuldades em relação à mudança de hábitos de vida. Diante deste fato, alertamos os profissionais de saúde a serem mais sensíveis a esta condição de estresse do cliente, para, assim, motivá-los a superar estas dificuldades surgidas no decorrer do tratamento.

De acordo com Cade (2001), a pessoa com hipertensão arterial apresenta como facilitador para adesão terapêutica o conhecimento do motivo da dieta, entretanto, constitui-se empecilho a dificuldade de manter a dieta regular. Desse modo, o profissional de saúde deve continuamente orientar o cliente sobre a manutenção da dieta, bem como motivá-lo a seguir a dieta recomendada, pois, caso contrário, predominarão relatos como estes:

*“A diabetes está alta, a pressão está alta, porque eu não faço a dieta direito. Eu tenho que fazer a dieta direito, se não a pressão não baixa, e eu não fico bem da diabetes” (E20).*

Aqui, consoante fica explícito, o cliente somente reconhece a necessidade de modificar hábitos de vida quando verifica que seus níveis pressóricos e/ou glicêmicos se encontram alterados. Neste caso, identificamos claramente no cliente hipertenso conflito de papel, pois ele não o cumpre de forma eficaz e, conseqüentemente gera estresse.

King (1981) menciona este conflito. Segundo afirma, o conflito de papéis em um sistema interpessoal, ou seja, a não adequação do eu ao papel a ser desempenhado, pode aumentar a tensão ou estresse no ambiente, interferindo de forma positiva ou não nas interações humanas.

Outros autores, como Firmo, Lima-Costa e Uchôa (2004), ao se referirem a esta situação de estresse, afirmam que o que constitui um problema para os hipertensos não é ter o diagnóstico de hipertensão, mas sim saber que a pressão está alta ou subindo. Apenas nestes momentos eles percebem a urgência da realização do tratamento anti-hipertensivo.

Em face desta realidade, advertimos os profissionais de saúde acerca da necessidade de trabalhar a percepção do cliente portador de hipertensão arterial quanto à sua doença. Compete-lhes desenvolver técnicas e estratégias individuais e grupais para que o cliente venha a conhecer sua doença, e, a partir de então, assuma a co-responsabilidade de aderir à terapêutica. Como consta em Fortes e Lopes (2004, p.26), um dos “maiores desafios para o portador de hipertensão arterial é aceitar a convivência com a cronicidade da doença, cuja superação é conseguida através da conscientização de sua nova condição de vida e da necessidade de controlar sua saúde”.

Ainda de acordo com estas autoras, o fato da doença não apresentar nenhuma sintomatologia pode significar para os hipertensos uma falsa crença de controle e conseqüente não adesão ao tratamento. Isto fica claro no relato a seguir:

*“A gente que é hipertenso pensa que tá bom porque esta doença ela não dá muito sintoma, nem a diabetes nem a hipertensão” (E07).*

Portanto, os profissionais de saúde devem atuar como esclarecedores do processo de adoecimento pela hipertensão arterial, pois mesmo quando as pessoas estão cientes da condição de portadores de hipertensão arterial, como verificamos no estudo ora realizado, nenhum delas se encontra com seus níveis pressóricos ótimos ou pelo menos normais.

Isto é preocupante, pois valores elevados de pressão arterial predis põem a complicações e, conseqüentemente, à diminuição da qualidade de vida destas pessoas. Moreira (1999) confirma que o esclarecimento da doença é o ponto inicial na manutenção do controle tensional adequado e na observância do tratamento. Com esta finalidade, é essencial uma comunicação efetiva entre cliente e profissional de saúde.

Aliadas a esta condição de estresse positivo, existem condições favoráveis ao estresse negativo nos clientes em estudo. Como ressaltamos, o estresse negativo pode dificultar o desempenho efetivo do papel do cliente em seu processo de adesão terapêutica.

Uma oportunidade para identificar o estresse negativo é durante o fluxo de atendimento na instituição, especificamente em relação à demora no atendimento. Embora os clientes mostrem-se satisfeitos com o fluxo de atendimento na instituição e com sua interação com os profissionais de saúde por ocasião das consultas, eles passam por momentos estressantes durante a espera pela consulta com o profissional da instituição.

Cotidianamente, após ser atendido pelas pessoas da recepção, o cliente é encaminhado para a consulta de enfermagem. A espera por esta consulta, como pelas demais, ocorre nos corredores da instituição, e os clientes não sabem qual é a ordem de chamada, nem a que horas o profissional irá chegar para iniciar os atendimentos. Além disto, os corredores da instituição não oferecem nenhum conforto, principalmente para os mais idosos, e ainda têm excessiva poluição auditiva. Consoante pudemos identificar, é comum a demora na fila de espera, principalmente em virtude do número excessivo de clientes para o mesmo profissional, ou até pela impontualidade do próprio profissional.

Os relatos a seguir confirmam estas observações:

*“É muito lento porque eu venho hoje e eles marcaram [consulta] para eu vir para o diabético só daqui há 2 meses. Mas mesmo assim eu tenho para onde ir” (E06).*

*“Aqui é muito bom. Só que você tem que vir com muita calma. É muita gente. É só você olhar meu cartão, o número é 14 mil e não sei quanto. Quer dizer que dali para traz já tem 14 mil, talvez não tenha tanto mais, né? Mas é 14 mil e para frente já soube que é 27 mil. Assim com 27 mil você não pode esperar muita coisa, mas é bom. Mesmo assim você é bem atendido. De toda forma você é bem atendido, embora com muita demora. Isto é normal...” (E08).*

*“Os médicos geralmente não chegam na hora, é muito difícil o médico chegar na hora, só um caso incomum. (...) Normalmente a gente chega e nada daquele horário (...) A consulta de enfermagem é muito boa, pois começa conversando. A gente nunca é mal atendido. Tá certo que a gente espera, que a coisa demora um pouquinho” (E8).*

*“Eu sou bem atendida, tirando a demora, porque tem muita gente, eu sou bem atendida” (E10).*

*“O atendimento é bom... tem vez que o doutor custa muito, tem dia que ele não vem” (E14).*

*“Aqui a única coisa que eu tiver para me queixar foi o tratamento dentário porque a médica, a dentista faltava muito. Eu marquei assim umas cinco vezes, e tive que fazer particular porque ela nunca vinha. Marcava essa consulta, aí três meses, mais três meses, mais três meses, eu nunca consegui, assim na parte do dentista” (E15).*

Este atraso do profissional, assim como o número excessivo de clientes para cada profissional com conseqüente demora no atendimento poderem gerar uma situação desconfortante e inibidora ao cliente, e podem, também, causar entraves no processo que antecede a consulta. Tal demora pode passar a idéia de descaso em relação ao cliente e/ou ao tratamento, o que é muito negativo no momento de se conseguir maior adesão à terapêutica.

Diante desta realidade, o profissional tem de ser sensível para perceber isto como algo negativo em seu processo de cuidar, pois o estresse, quando causa descrédito do profissional por parte do cliente, compromete a interação e conseqüentemente a busca da adesão.

Outro fator de estresse negativo identificável na clientela estudada é no referente às condições financeiras desfavoráveis dos clientes. Por si só, a condição financeira desfavorável gera uma série de repercussões negativas na vida do cliente, e, no caso das pessoas com hipertensão arterial, pode vir a dificultar a manutenção

do tratamento não-medicamentoso por parte delas. Os depoimentos da seqüência ilustram esta afirmação:

*“Tenho, assim, porque tem que comer tudo... frutas e verduras e tem dia que não tenho essas coisas. Aí eu como o que tem, mas só que pouco” (E10).*

*“A dieta é mais [risos] é mais complicada, né?! Porque a gente tem que comer fruta... Agora mesmo eu não estou comendo nada, gosto nem de lembrar de comida” (E14).*

*“Às vezes eu faço, né?! Porque eu não vou dizer para você que eu faço, porque às vezes falta (dinheiro). Às vezes falta, aí eu não vou dizer que eu faço não, eu não vou dizer. Quando tem, eu faço, quando não tem eu não faço” (E16).*

Esta mesma situação financeira pode vir também a influenciar na adesão medicamentosa, porquanto, em alguns momentos, a aquisição de medicamentos é feita pelo próprio cliente, por exemplo, quando falta na instituição, ou, ainda, em face da necessidade de retorno à instituição antes do aprazamento da consulta, quando os medicamentos recebidos se acabam. Isto, igualmente, pode gerar estresse, que conseqüentemente pode contribuir para a não adesão terapêutica do cliente, como mostram os discursos.

*“Porque eu estava sem dinheiro e como eu já vinha para cá... Recebo os remédios aqui só que acabaram semana passada. Aí eu deixei para tomar aqui (...) Remédio nenhum eu estava tomando pois estava faltando” (E1).*

*“O ruim é assim quando falta medicamento aqui, aí eu tenho que comprar fora e o dinheiro não dá. Às vezes até eu deixo de tomar, às vezes eu tenho esta dificuldade, porque não tenho [medicamento] e aqui [instituição] não tem” (E10).*

*“O remédio da pressão eu não estava tomando porque estava faltando no hospital. É muito caro também, eu havia comprado, mas não agüentei comprar mais, porque estava caro, muito caro. Então eu deixei para lá. Não comprei mais não” (E20).*

Assim identificamos a relação diretamente proporcional da não adesão com a renda familiar mensal, pois, de modo geral, para a aquisição de novos hábitos de vida exigem-se condições socioeconômicas favoráveis. Como destacam Firmo, Lima-Costa e Uchôa (2004), a dificuldade financeira é um fator impeditivo do acesso

do cliente ao serviço de saúde, tanto em virtude do deslocamento da sua residência para o serviço, como para a aquisição de medicamentos.

No estudo ora elaborado, segundo identificamos, 85,7% da população participante possui uma renda familiar de até 4 salários mínimos mensais. Já no estudo de Moreira e Araújo (2001), conforme consta, 90,5% dos hipertensos classificados como não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo recebiam de nenhum a 2 salários mínimos por mês. Além disto, de acordo com Moreira (1999) em seu estudo, a dificuldade financeira é responsável pelas principais fontes de estresse nesta clientela.

As V Diretrizes (2006) corroboram este achado ao referirem que o nível socioeconômico mais baixo está associado à maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares.

Diante desta realidade, quando os profissionais de saúde atuarem como observadores à resposta aos estressores, ou melhor, identificando as causas de tensão, será possível intervir neles e até compreendê-los (KING, 1981). Ademais, quando os profissionais assumirem por completo seu papel, conseguirão amenizar os estresses passíveis de ocorrer nesta interação. Desse modo, conseqüentemente, favorecerão o processo comunicativo e interativo com vistas à transação.

## 6 CONSIDERAÇÕES ANALÍTICAS

Ao longo deste estudo encontramos determinadas dificuldades sobretudo no referente à coleta de dados. Primeiramente, por não integrarmos o corpo clínico do local da pesquisa, enfrentamos alguns impasses na inserção no campo e no local onde ocorreram as entrevistas.

Outra dificuldade foi quanto ao levantamento dos critérios estabelecidos como características de cliente hipertenso classificado como de alto risco, pois esperávamos encontrar dados comprobatórios nos prontuários. Entretanto quando tivemos acesso a estes, conforme identificamos, dados como presença de doenças cardíacas e/ou lesão em órgãos-alvo raramente eram registrados pelos profissionais de saúde da instituição.

Mesmo assim, o estudo abrangeu 21 clientes com hipertensão arterial, todos de alto risco de acordo com a classificação das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Estes clientes estão em tratamento ambulatorial na instituição em estudo há, no mínimo, um ano.

Como mencionado, os dados apontam para o predomínio do sexo masculino (57,2%), com idade média de 62 anos, a maioria (66,6%) com idade igual ou superior a 60 anos. Da população estudada, 66,6% são casados ou têm união estável.

A escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto (42,8%), seguido de alfabetizados (14,3%), e não alfabetizado (4,8%). Em relação à renda, a maioria (66,6%) dos participantes possuem renda mensal de até 2 salários mínimos, enquanto a renda familiar não ultrapassa os 4 salários mínimos em 85,7% dos participantes.

Diante destes dados, nos questionamos sobre como deve ocorrer a ação educativa destes clientes, pois além da baixa escolaridade, fator passível de dificultar na assimilação das informações recebidas, eles não dispõem de condições socioeconômicas para mudar e assumir hábitos de vida considerados saudáveis e recomendados para se obter a adesão terapêutica.

No concernente aos fatores de risco associados à hipertensão arterial, identificamos o seguinte: 85,7% dos participantes do estudo são sedentários, 52,4%

encontram-se na faixa do sobrepeso (IMC= 25,0 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>), 23,8% fazem uso de bebidas alcoólicas, e 47,6% se consideram estressados.

Já em relação aos fatores de risco cardiovasculares, constatamos o seguinte: apenas 1 pessoa foi classificada como tabagista, quase a totalidade da população (95,2%) possui associação com o diabetes mellitus, e 81,0% encontram-se com seus níveis lipídicos alterados. Ademais, a obesidade central foi identificada em 66,6% dos participantes e a história familiar em 61,9%; a doença cardiovascular está presente em 14,3% deles e a lesão em órgãos-alvo em 80,9%.

Com base no referido, ao analisarmos adesão terapêutica como o seguimento ao tratamento não-medicamentoso percebemos o seguinte: 23,81% afirmaram não aderir, 61,9% o fazem de forma parcial e apenas 14,3% se mostram com adesão.

Ao analisarmos o aspecto do seguimento ao tratamento medicamentoso, 23,8% afirmaram não fazer uso de todos os medicamentos prescritos. Além disto, conforme ressaltamos os medicamentos recebidos não são suficientes para suprir a necessidade entre uma consulta e outra, haja vista que os clientes os recebem para um total de 30 dias e geralmente há uma demora mínima de 90 dias entre uma consulta e outra.

Ao prosseguirmos no trabalho, quando analisamos a adesão terapêutica como sinônimo de controle dos níveis pressóricos, constatamos que nenhum dos clientes apresenta adesão ao tratamento, pois, de acordo com a classificação dos níveis pressóricos citados pelas V Diretrizes (2006), nenhum cliente encontra-se com seus níveis classificadas como normais ou ótimos.

Ainda como percebemos, diante da análise das falas dos participantes do estudo na busca da identificação dos conceitos do sistema interpessoal de King, a relação interpessoal entre profissional da saúde, em especial enfermeira, e o cliente, ocorre em situações contraditórias. Estas ora favorecerem a adesão terapêutica, ora podem dificultá-la.

Com base no conceito de interação, conforme ressaltamos, este é importante no momento em que o profissional se detém sobre ele com vistas a obter informações precisas e relevantes a respeito do cliente, isto objetivando proporcionar uma ação, voltada a uma reação e posteriormente a uma transação.

Assim, ao analisarmos as falas dos clientes, bem como durante as observações de campo, identificamos que o fluxo de atendimento, quanto à

presença de uma equipe multiprofissional na instituição, favorece uma interação positiva. Entretanto, em nenhum momento foi possível identificar interação propriamente dita, pois durante as consultas não constatamos uma assistência orientada à identificação de metas e meios para alcançá-las.

Outra observação destacada refere-se à satisfação demonstrada pelos clientes em relação à gratuidade da consulta e do recebimento de medicamentos. Contudo, mesmo sendo demonstrada pelos clientes como favorável para a adesão terapêutica, não podemos considerar como interação, mas sim como um fator capaz de estimular e favorecer uma interação positiva, com vistas à transação.

Atualmente, a maioria das instituições trabalha com equipe multiprofissional. Esta pode ser bastante benéfica na adesão terapêutica do cliente, em virtude de propiciar subsídios para uma maior compreensão, por parte dos clientes hipertensos, do seu processo de saúde-doença. Como enfatizamos, a hipertensão arterial, por ser uma doença multifatorial, requer orientações tanto sobre o tratamento medicamentoso como sobre o não-medicamento. Conforme sabemos, a terapêutica medicamentosa, isoladamente, não garantirá a normalização dos níveis pressóricos.

Apesar da existência da equipe multiprofissional, segundo observamos, o desenvolvimento interativo entre profissional de saúde e cliente hipertenso restringe-se aos profissionais enfermeiras e médicos, e em alguns momentos esta interação se resume apenas ao profissional médico. A nosso ver, isto ocorre por ser o médico o único profissional pelo qual os clientes são obrigados a passar, pois os medicamentos só são dispensados mediante a receita médica. Além disto, evidenciamos que o tratamento não-medicamento não é valorizado pelos clientes, e a maioria desconhece sua importância.

Ainda consoante identificamos, há descontinuidade do tratamento pelo mesmo profissional, exceto do profissional médico, pois, em regra, o cliente volta para o mesmo médico. Isto com certeza afetará a interação entre o profissional de saúde e o cliente e, conseqüentemente, influenciará na adesão terapêutica, porquanto, para se conseguir uma interação positiva, faz-se necessário um vínculo afetivo entre profissional e cliente.

Além disto, a continuidade do tratamento pelo mesmo profissional será essencial para avaliar se as metas estabelecidas estão sendo alcançadas ou não.

Caso contrário, será preciso estabelecer novos meios que ajudem no alcance das metas e assim na adesão terapêutica.

Complementarmente à interação, ressaltamos o conceito de transação, o qual só pode ser evidenciado quando metas são valorizadas na busca da adesão terapêutica. Contudo, para se chegar à transação, exige-se a participação ativa do cliente na decisão das metas a serem alcançadas.

Entendemos transação como alcance das metas estabelecidas entre profissional de saúde e cliente. Para obtê-la devem ocorrer uma interação eficaz e uma comunicação terapêutica entre profissional e cliente. Nelas cada um dos participantes assume seus papéis com vistas a minimizar as situações de estresse e alcançar os objetivos traçados.

Sob este olhar, foi possível identificar apenas dois momentos que poderíamos classificar como uma transação, pois, como mencionamos, a instituição e seus profissionais não trabalham na busca do alcance de metas.

Quanto ao conceito de comunicação, seu alicerce é a troca de informações entre os participantes da interação, na qual a comunicação é estabelecida para manter as relações entre eles. Nesta perspectiva, como evidenciamos, apesar de alguns clientes afirmarem compreender as orientações recebidas pelos profissionais de saúde durante suas consultas, eles continuam com seus níveis pressóricos alterados. Assim, afirmamos, a despeito da comunicação estabelecida nesta interação, não significa que as orientações foram assimiladas e que os clientes realmente assumirão seus papéis.

Ainda consoante evidenciamos durante as falas e por meio das observações, há déficit comunicativo na relação profissional de saúde e cliente hipertenso, ou seja, ocorre um vazio neste processo comunicativo. Isto é confirmado pela ausência de identificação profissional, na qual o cliente, às vezes, não sabe sequer o nome da profissional, nem mesmo qual seu papel neste processo interativo.

Também, conforme mencionamos, o processo comunicativo se dá de maneira uniformizada, rotinizada e sem considerar as particularidades dos indivíduos. Portanto, os profissionais não estimulam os clientes a expressar suas perspectivas, angústias e dificuldades vivenciadas neste processo de adesão terapêutica. Conseqüentemente, como observamos, as orientações fornecidas aos

clientes são distorcidas por eles, pois, de modo geral, elas não fazem parte das condições de vida dos portadores de hipertensão arterial.

Diante de tais fatos, a nosso ver, esta distorção das informações dificulta ainda mais o processo interativo entre profissionais e clientes, e até compromete o alcance de metas, pois o processo de estabelecimento de metas deve ser realizado de forma bidirecional e não unidirecional. Nesta perspectiva, a comunicação torna-se essencial neste processo.

Outro conceito trabalhado, o do papel, está fortemente relacionado ao sistema pessoal, será influenciado por percepções, necessidades e metas de cada uma das pessoas em interação. Neste conceito analisamos apenas o papel do cliente e da enfermeira, porque como enfermeiras, tivemos melhor recepção nas consultas de enfermagem, bem como mais domínio para procedermos à análise.

Como integrante da equipe multiprofissional, a enfermeira deve manter clareza sobre seu papel para os clientes, pois desta forma ela conseguirá amenizar o estresse desta interação, bem como será capaz de ajudar o cliente na busca do alcance de metas. Conforme enfatizamos, para alcançar a transação é necessário que o cliente assuma seu papel.

Sob este prisma, segundo identificamos pelas falas, as enfermeiras orientam acerca da hipertensão arterial e do seu tratamento, mas, como constatamos, a grande maioria o faz de modo mecanicista, de forma pouco motivadora e centrada principalmente na doença e não no cliente.

Aliado a este cenário, também evidenciamos alguns depoimentos, que as orientações só são fornecidas quando os clientes se encontram com seus níveis pressóricos alterados. Ademais, observamos momentos de autoritarismo e ações punitivas por parte das enfermeiras por ocasião dos encontros com a clientela.

Estas profissionais precisam se policiar quanto a ações punitivas, pois tal atitude poderá levar os clientes a omitir informações acerca do tratamento, bem como dificultar o processo interativo.

Esta situação é muito preocupante uma vez que as orientações não devem apenas ser repassadas de uma pessoa a outra. A enfermeira deve assumir seu papel de educadora e agir de forma educativa, motivadora e, principalmente, traçando metas com seus clientes com vistas a alcançá-las. E o cliente deve assumir seu papel por meio da participação ativa no tratamento.

No seu dia-a-dia, a enfermeira deve manter-se atenta para agir de modo contínuo e preventivo, pois o mais importante na vida das pessoas com hipertensão arterial não é tratar complicações, mas sim preveni-las.

Outro aspecto observado e confirmado pelas falas dos clientes em relação ao papel da enfermeira é o seguinte: ela os encaminha a outros profissionais, e este papel é muito favorável quando se trata de clientes crônicos. Como mencionamos, estes clientes necessitam de uma assistência multidisciplinar.

Finalmente, mais um conceito do sistema interpessoal por nós analisado foi o estresse. Ele pode ser definido como a conseqüência da interação das pessoas com o ambiente na busca do equilíbrio. Assim, o estresse ora pode ser positivo e propiciar o alcance das metas estabelecidas, ora pode ser negativo e dificultar a adesão terapêutica.

Como estresse positivo podemos inferir o conhecimento do hipertenso quanto a alcançar as metas traçadas junto aos profissionais. Este processo se torna estressante, pois embora o cliente reconheça a necessidade de mudar hábitos de vida, ele reconhece também que estas são as melhores condutas para se conseguir uma boa qualidade de vida.

Já o estresse negativo foi evidenciado em dois momentos: quanto à demora no atendimento institucional, seja este decorrente do excesso de clientes para cada profissional ou mesmo pela demora do profissional; e quanto às condições financeira de cada cliente, pois mesmo que ele pretenda cumprir as metas estabelecidas, não conseguirá efetivá-las, em decorrência de motivos alheios à sua vontade.

Nestas situações, o profissional de saúde tem de ser sensível para perceber dificuldades e momentos de angústia do cliente e assim poder ajudá-lo. Entretanto, o profissional só conseguirá isto com base em uma comunicação aberta ao diálogo, livre de preconceitos, julgamentos e, principalmente, de comum acordo com o cliente.

## 7 REFLEXÕES FINAIS

Nesta etapa do estudo, debruçamos-nos sobre algumas reflexões. Entre estas: na relação entre profissionais de saúde e cliente portador de hipertensão arterial, quando se desenvolve por meio de uma comunicação terapêutica, na qual o profissional não está ali para julgar ou obrigar o cliente a seguir determinada conduta, e o cliente consegue compreender seu papel de doente crônico pode ser eficaz. Desse modo, o estresse será minimizado e a interação ocorrerá de forma efetiva com vistas à transação entre as partes.

Sob esta visão, consideramos que a assistência voltada para o estabelecimento de metas e meios é imprescindível para o alcance da adesão terapêutica por parte do cliente. Nesta perspectiva, os resultados desta pesquisa poderão ser úteis para o profissional de saúde, em particular a enfermeira. Se devidamente compreendidos e utilizados, tais resultados poderão levá-la a refletir sobre sua relação interpessoal com o cliente com hipertensão arterial e estimulá-lo na aderência ao tratamento.

Com este trabalho propusemo-nos analisar os conceitos do sistema interpessoal de King (1981) para a obtenção da adesão terapêutica. Acreditamos ter alcançado este objetivo. Portanto, o trabalho mostrou-se relevante e representa nossa contribuição como pesquisadoras.

Complementarmente, deixamos aos profissionais de saúde, enfermeiras em especial, uma sugestão: façam uso destes conceitos teóricos. Eles poderão auxiliar no cuidado cotidiano a clientela portadora de hipertensão arterial, com vistas a facilitar a adesão terapêutica do cliente.

O estudo não se encerra aqui. Esta não seria nossa pretensão. Ao contrário. Apenas iniciamos a caminhada. Embora o percurso seja longo, está aberto a mais investigações. Juntos com fundamentação no sistema interpessoal de Imogene King, poderemos cuidar melhor da pessoa com hipertensão arterial e poderemos, também, fazê-la aderente do próprio cuidado.

## 8 REFERÊNCIAS

AMODEU, C. Hipertensão arterial: como diagnosticar e tratar. **Revista Brasileira Médica**. São Paulo, vol.52, p.193-200, dez.1995.

ARAÚJO, G.B.S. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo**: análise conceitual. 2002. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa, 2002.

ARAÚJO, T.L. Hipertensão arterial: um problema de saúde coletiva e individual. In: DAMASCENO, M.M.C.; ARAÚJO, T.L.; FERNANDES, A.F.C. **Transtornos vitais no fim do século XX**: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. p.33-38.

BARBOSA, M.R.J.; JORGE, MSB. Vivenciando a hipertensão arterial: construção de significados e suas implicações para a vida cotidiana. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol.53, n.4, p.574-83, out./dez. 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARNUM, B.J.S. **Nursing theory**: analysis, application, evaluation. 5ª ed. New York: Lippincott, 1998.

BASTOS, D.S.; BORENSTEIN, M.S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol.13, n.1, p.92-9, jan./mar. 2004.

BECK, C.L.C.; GONZALES, R.M.B.; LEOPARDI, M.T. Detalhamento da metodologia. In: LEOPARDI, M.T. (org.). **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. cap.7, p.187-209.

BENSENÕR, I.M.; LOTUFO, P.A. A hipertensão arterial no contexto nacional e internacional. In: PIERIN, A.M.G. (org.). **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004. cap.2, p.11-26.

BLOCH, K.V. Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: LESSA, I. (org.) **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: HUCITEC - Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. p. 43-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis** - DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial de Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ação Básica. **Área técnica de diabetes e hipertensão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e diretrizes**. Lei 8080/90 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. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**: resolução 196/96. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, 2001.

BRITO, D.M.S. **Hipertensão arterial em adultos**: percepção da doença e interferência na qualidade de vida. 2003. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2003.

CADE. N.V. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.9, n.3, p.43-50, maio. 2001.

CADE, N.V. O trabalho desenvolvido pelo enfermeiro: expectativas e percepção de hipertensos em tratamento ambulatorial. **Revista de Enfermagem da UERJ**, vol.7, n.2, p.148-153, jul./dez. 1999.

CAR, M.R.; PIERIN, A.M.G.; MION Jr., D.; GIORGI, D.M.A. Crenças de saúde do cliente com hipertensão arterial. **Revista Paulista de Enfermagem**, vol.8, n.2, p.4-7, abr./maio/jun, 1998.

CASTRO, A.P.; SCATENA, M.C.M. Manifestação emocional de estresse do cliente hipertenso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.12, n.6, p.859-65, nov./dez. 2004.

CASTRO, Valdênia Dias; CAR, M.R. Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.33, n.3, p.294-304, set. 1999.

CASTRO, Vanda Dias; CAR, M.R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.34, n.2, p.145-53, jun. 2000.

CRUZERA, A.B.; UTIMURA, R.; ZATZ, R. A hipertensão no diabetes. **Revista Brasileira de Hipertensão**, ano 5, vol.5, n.4, p.261-266, out./dez. 1998.

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial - IV. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. Campos do Jordão, 2002.

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial - V. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial e Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo, 2006.

FALCÃO, L.M. **Compreendendo o Sistema Pessoal de King para uma melhor Assistência de Enfermagem ao Portador de Hipertensão Arterial**. Monografia (Graduação). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2004.

FALCÃO, L.M.; AMORIM, D.U.; GUEDES, M.V.C. Perfil de mortalidade por doenças hipertensivas no estado do Ceará no período de 1996 a 2001. **Revista da Sociedade Cearense de Cardiologia**, vol.4, p.54, 2003.

FALCÃO, L.M.; GUEDES, M.V.C. Cefaléia e Crise Hipertensiva: um estudo exploratório. In: **Anais do VIII Simpósio Norte-Nordeste de Dor; I Simpósio Internacional da SBED-IASP; Joint Meeting of IASP Council**, 2003b.

FALCÃO, L.M.; GUEDES, M.V.C. Estudo do processo adaptativo do cliente hipertenso ao tratamento não-farmacológico. In: **Anais da VI Semana Universitária da Universidade Estadual do Ceará**, 2001.

FALCÃO, L.M.; GUEDES, M.V.C. Perfil de portadores de hipertensão arterial atendidos em duas unidades de saúde em Fortaleza-CE. In: **Anais da VIII Semana Universitária da Universidade Estadual do Ceará**, 2003a.

FALCÃO, L.M.; GUEDES, M.V.C.; SILVA, L.F. Portador de hipertensão arterial: compreensão fundamentada no sistema pessoal de Imogene King. **Revista Paulista de Enfermagem**, vol.25, n.1, p.44-50, 2006.

FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F.; UCHÔA, E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.20, n.4, p.1029-40, jul./ago. 2004.

FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E., LIMA-COSTA, M.F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.20, n.2, p.512-21, mar./abr. 2004.

FORTES, A.N.; LOPES, M.V.O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol.13, n.1, p.26-34, jan./mar. 2004.

GARCIA, S.M.S. **Hipertensão arterial: aspectos da sexualidade, socioepidemiológico e clínicos**. 2004. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2004.

GEORGE, J.B. Imogene M. King. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médica Sul, 2000. p.169-83.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUERRA, E.M.D. **Recusa ao tratamento de hipertensão arterial: contribuição para o enfrentamento do diagnóstico** 1998. Dissertação (Mestrado). Fortaleza (CE): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / UFC. 1998.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2000**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000.

JARDIM, P.C.B.V.; MONEGO, E.T.; REIS, M.A.C. A alimentação do adulto com hipertensão arterial. In: PIERIN, A.M.G. (org.). **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004. cap.9, p.139-164.

JARDIM, P.C.B.V.; MONEGO, E.T.; SOUSA, A.L.L. A abordagem não medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. In: PIERIN, A.M.G. (org.). **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004. cap.8, p.119-138.

KING, I.M. **A theory for nursing: systems, concepts, process**. Ney York: Wiley, 1981.

LEOPARDI, M.T. Critérios de confiabilidade e validade. In: LEOPARDI, M.T. (org.). **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001b. parte II, cap.1, p.251-6.

LEOPARDI, M.T. Fundamentos gerais da produção científica. In: LEOPARDI, M.T. (org.). **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001a. parte I, cap.5, p.126-175.

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

LESSA, I. Não-adesão ao tratamento da hipertensão: conseqüências socioeconômicas para o indivíduo e para a sociedade. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION Jr., D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001, p.89-105.

LESSA, I. (org.) **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC - Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

LIMA, R.E.F.; SOUSA, A.C.V.; PINTO, M.R.S., ARAÚJO, T.L. Perfil dos clientes atendidos em crise hipertensiva em um serviço de urgência de Fortaleza. **Revista RENE**. Fortaleza, vol.6, n.3, p.9-14, set./dez. 2005.

MACIEL, I.C.F. **Fatores intervenientes na consulta de enfermagem a portadores de hipertensão arterial**: contribuições para as intervenções de enfermagem. 2000. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2000.

MACIEL, I.C.F.; ARAÚJO, T.L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.11, n.2, p.207-14, mar./abr. 2003.

MAGRO, M.C.S.; SILVA, E.V.; RICCIO, G.M.G. Percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação a sua doença. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, vol.9, n.1, p.01-35, jan./fev. 1999.

MARTINS, M.; ZAGONEL, I.P.S. A transição de saúde-doença vivenciada por gestantes hipertensas mediada pelo cuidado educativo de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol.12, n.3, p.298-306, jul./set. 2003.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing**: development and progress (2nd ed). Philadelphia: Lippincott, 1991.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MOREIRA, T.M.M. **Descrivendo a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial a partir de uma compreensão de sistemas**. 1999. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1999.

MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, T.L. Compreensão da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial a partir do modelo de King. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, vol.10, n.2, p.120-24, maio/ago. 2002b.

MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, T.L. Falta de adesão ao tratamento da hipertensão: características de uma clientela distinta. **Revista RENE**. Fortaleza, vol.2, n.2, p.39-46, jul./dez. 2001.

MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, T.L. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.10, n.1, p.97-103, jan./fev. 2002a.

MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, T.L. Sistema Interpessoal de Imogene King: as relações entre clientes com hipertensão não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. **ACTA Paulista Enfermagem**, vol.15, n. 3, p.35-43, jul./set. 2002c.

MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, T.L. Utilização da teoria de King na facilitação da adesão ao tratamento da hipertensão. **Cogitare Enfermagem**, vol.4, n.1, p.21-28, jan./jun. 1999.

MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, T.L. Verificação da eficácia de uma proposta de cuidado para aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **ACTA Paulista Enfermagem**, vol.17, n.3, p.268-77, jul./set. 2004.

MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, T.L.; PAGLIUCA, L.M.F. Alcance da teoria de King junto a família de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol.22, n.1, p.74-89, jan. 2001.

OLIVEIRA, T.C.; ARAÚJO T.L. Mecanismo desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.36, n.3, p.276-81, jul./ago. 2002.

OLIVEIRA, T.C.; ARAÚJO, T.L.; MELO, E.M.; ALMEIDA, D.T. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.10, n.4, p.530-6, 2002.

Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

PÉRES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, vol.37, n.5, p. 635-42, 2003.

PIERIN, A.M.G.; MION Jr., D. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

PIERIN, A.M.G.; MION Jr., D; FUKUSHIMA, J.T.; PINTO, A.R.; KAMINAGA, M.M. O papel de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.35, n.1, p.11-8, mar. 2001.

PIERIN, A.M.G.; STRELEC, M.A.A.M.; MION Jr., D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN, A.M.G. (org.). **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004. cap.16, p.275-290.

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

REIS, M.G.; GLASHAN, R.Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.9, n.3, p.51-7, maio 2001.

RICHARDSON, R.J. (org.). **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIERA, A.R.P. **Hipertensão Arterial**: conceitos práticos e terapêuticos. São Paulo: Atheneu, 2000.

ROBBIN, S.L.; KUMAR, V.; COTRAN, R.S. Vasos sanguíneos. In: ROBBIN, S.L.; KUMAR, V.; COTRAN, R.S. **Fundamentos de patologia estrutural e funcional**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. cap.11, p.414-456.

ROJAS, C.I.D. **Invadindo o coração**: representações sociais dos pacientes coronarianos frente ao cateterismo cardíaco. 2001. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2001.

SIMONETTE, J.P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L.R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.10, n.3, p.415-22, maio/jun. 2002.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner/Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOARES, A.M.; JACOB FILHO, W. Hipertensão arterial no idoso. In: PIERIN, A.M.G. (org.). **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004. cap.13, p.221-244.

SOUSA, A.L.L. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, A.M.G. (org.). **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004. cap.10, p.165-184.

TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

World Health Organization (WHO). Adherence to long term therapies: evidence of action. WHO, 2003.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA AMOSTRA

CHEQUE-LISTA Nº \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

1. Pessoa com hipertensão arterial classificada como de alto risco:

1.1. Doença cardíaca 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

( ) Infarto agudo do miocárdio ou angina do peito Data \_\_\_\_\_

( ) Revascularização miocárdica prévia Data \_\_\_\_\_

( ) Insuficiência cardíaca Data \_\_\_\_\_

( ) Hipertrofia do ventrículo esquerdo Data \_\_\_\_\_

1.2. Lesão em órgãos-alvo 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

( ) Nefropatia Data \_\_\_\_\_

( ) Retinopatia Data \_\_\_\_\_

( ) Doença vascular arterial de extremidade Data \_\_\_\_\_

( ) Episódio isquêmico ou acidente vascular cerebral Data \_\_\_\_\_

1.3. Diabetes mellitus 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

Ano do diagnóstico \_\_\_\_\_

2. Tempo de acompanhamento ambulatorial (>1 ano) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

Data da primeira consulta \_\_\_\_\_

3. Idade ( $\geq 18$  anos) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**APÊNDICE 2 – FORMULÁRIO Nº \_\_\_\_\_**

<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	
NOME:	PRONTUÁRIO:
1. Sexo 1 ( ) M 2 ( ) F	
2. Ano de nascimento _____	
3. Estado civil 1 ( ) solteiro 2 ( ) casado/união estável 3 ( ) desquitado/divorciado 4 ( ) viúvo	
4. Escolaridade 1 ( ) não alfabetizado 2 ( ) alfabetizado 3 ( ) ensino fundamental incompleto 4 ( ) ensino fundamental completo 5 ( ) ensino médio incompleto 6 ( ) ensino médio completo 7 ( ) ensino superior incompleto 8 ( ) ensino superior completo	
5. Atividade profissional (ocupação) _____	
6. Número de pessoas que residem em sua casa _____	
7. Pessoas que residem com você 1 ( ) companheiro(a) 2 ( ) filhos 3 ( ) netos 4 ( ) irmãos 5 ( ) genros/noras 6 ( ) pais 7 ( ) _____	
8. Renda mensal (salários mínimos) 1 ( ) um 2 ( ) dois 3 ( ) três 4 ( ) quatro 5 ( ) >cinco	
9. Renda familiar (salários mínimos) 1 ( ) um 2 ( ) dois 3 ( ) três 4 ( ) quatro 5 ( ) >cinco	
<b>DADOS FAMILIARES</b>	
10. Hipertensão arterial 1 ( ) mãe/pai 2 ( ) avós 3 ( ) irmãos 4 ( ) tios 5 ( ) não 6 ( ) não Sabe	
11. Diabetes mellitus 1 ( ) mãe/pai 2 ( ) avós 3 ( ) irmãos 4 ( ) tios 5 ( ) não 6 ( ) não Sabe	
12. Doença cardiovascular 1 ( ) mãe/pai 2 ( ) avós 3 ( ) irmãos 4 ( ) tios 5 ( ) não 6 ( ) não Sabe	
<b>DADOS SOBRE A SAÚDE</b>	
13.1 Ano do diagnóstico da HA _____	
13.2 Tratamento não-medicamentoso 1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) parcialmente	
13.3 Tratamento medicamentoso 1 ( ) Hidroclorotiazida 2 ( ) Indapamina 3 ( ) Captopril 4 ( ) Ramipril 5 ( ) Propranolol 6 ( ) Metildopa 7 ( ) Nifedipina 8 ( ) Verapamil 9 ( ) _____	
13.4 Faz uso de todos os medicamentos prescritos 1 ( ) sim 2 ( ) não	
13.5 Faz uso dos medicamentos no horário prescrito 1 ( ) sim 2 ( ) não	
14. Presença de diabetes mellitus 1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) não sabe	
14.1 Tratamento não-medicamentoso 1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) parcialmente	
14.2 Tratamento medicamentos 1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) parou	
15. Presença de colesterol alto 1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) não sabe	
15.1 Tratamento não-medicamentoso 1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) parcialmente	
15.2 Tratamento medicamentos 1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) parou	
<b>ESTILO DE VIDA</b>	
16. Atividade física 1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) não realiza _____	
17. Tabagismo 1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) parou _____	
18. Uso de bebidas alcoólicas 1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) parou _____	
19. Considera-se estressado 1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) não sabe analisar	

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS / LABORATORIAIS**

20. Peso (em kg) \_\_\_\_\_

21. Altura (em metros) \_\_\_\_\_

22. Circunferência abdominal \_\_\_\_\_

23. Níveis pressóricos nas últimas seis consultas de enfermagem / médica.

1-Ótima 2-Normal 3-Limítrofe 4-HA leve 5-HA moderada 6-HA grave 7-Sistólica isolada

23.1 \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Classificação \_\_\_\_\_

23.2 \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Classificação \_\_\_\_\_

23.3 \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Classificação \_\_\_\_\_

23.4 \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Classificação \_\_\_\_\_

23.5 \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Classificação \_\_\_\_\_

23.6 \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Classificação \_\_\_\_\_

### **APÊNDICE 3 – ENTREVISTA**

1. Como é seu atendimento na instituição?
2. Quais profissionais atendem você na instituição?
3. Como é seu relacionamento com os profissionais que cuidam de você?
4. Como é seu relacionamento com a enfermeira que cuida de você?
5. Que orientações você recebe durante a consulta de enfermagem?
6. O que você compreende das orientações de enfermagem?
7. Você costuma seguir as orientações de enfermagem? Por quê?

#### **APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: fundamentação no modelo conceitual de Imogene King. Nesta pesquisa pretendemos verificar como está sua saúde, identificando os conceitos pertencentes ao Modelo Conceitual proposto pela teórica Imogene King, bem como analisar se este modelo ajuda no cuidado de enfermagem aos clientes portadores de hipertensão arterial. Assim, gostaríamos de contar com a sua participação, permitindo que possamos realizar uma entrevista, a qual com sua anuência deverá ser gravada.

Informamos que a pesquisa não traz risco à sua saúde e garantimos que as informações que obteremos serão usadas apenas para realização do nosso trabalho, e, também, asseguramos que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre o estudo, inclusive para tirar dúvidas. Você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem que isto lhe acarrete qualquer penalidade ou prejuízo no seu tratamento. Finalmente, informamos que, quando apresentarmos o trabalho, não usaremos seu nome e nem daremos nenhuma informação que possa identificá-lo.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço. Nome: Lariza Martins Falcão. Endereço: Rua Assunção, 757/702, Centro, Fortaleza-CE. Telefone: (85) 32535122 ou 88039515 ou pelo e-mail: [larizamartins@yahoo.com.br](mailto:larizamartins@yahoo.com.br). Outras informações podem ser obtidas no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará pelo telefone (85)31019890 / 31019891.

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**ANEXO**

## **ANEXO 1 – PROCEDIMENTOS DE VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL CONFORME AS V DIRETRIZES (2006)**

### **PREPARO DO CLIENTE PARA A MEDIDA DE PRESSÃO ARTERIAL**

1. Explicar o procedimento ao cliente
2. Fazê-lo repousar 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, alimentos nem fumar até 30 minutos antes
6. Não estar com as pernas cruzadas
7. Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito
8. Posicionar o braço na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido
9. Solicitar que não fale durante a medida

### **PROCEDIMENTO DE MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL**

1. Medir a circunferência do braço do cliente
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço - a largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%
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
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 levemente – velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo
9. Determinar a pressão sistólica no momento do desaparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação

10. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff)
11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero
13. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas
14. Informar os valores de pressão arterial obtidos para o cliente
15. Anotar os valores - não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco – e o membro no qual foi verificada a pressão arterial.

A posição recomendada para a medida da pressão arterial é a sentada. Entretanto, a medida na posição ortostática e supina deve ser feita pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoólicos e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva.