



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ-UECE

MARIA JOSÉ MATIAS MUNIZ FILHA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM
COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL INTERNADOS
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA**

**FORTALEZA – CEARÁ
2007**

MARIA JOSÉ MATIAS MUNIZ FILHA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM
COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL INTERNADOS
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^{fa}. Dr^a. Thereza Maria Magalhães Moreira

Fortaleza – Ceará
2007

Universidade Estadual do Ceará

Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde

Título do Trabalho: Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Com Complicações da Hipertensão Arterial Internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana

Autora: Maria José Matias Muniz Filha.

Data da Defesa: 23 / 02 /2007.

Conceito Obtido: (X) Satisfatório
() Insatisfatório

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Thereza Maria Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará
Presidente

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará
1º Examinador

Prof^a. Dr^a. Maria Célia de Freitas
Universidade Estadual do Ceará
2º Examinador

Prof^a. Dr^a. Maria Vilani Cavalcante Guedes
Universidade Estadual do Ceará
Suplente

DEDICATÓRIA

A Deus

Responsável maior pela nossa existência.

Aos meus pais

Que são a base sólida da minha existência.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha orientadora Professora Thereza Maria Magalhães Moreira, pela paciência, amizade e por todos os novos conhecimentos adquiridos ao longo de nossa convivência.

Ao professor Paulo César, pela inestimável colaboração.

As minhas queridas irmãs, Mônica, Leila e Ocilene pelo estímulo e força durante toda caminhada.

As minhas amigas de hoje e sempre, Neide, Ana Célia e Edna.

A todas as colegas que juntamente comigo fazem parte da turma pioneira do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde.

Aos profissionais do Hospital de Messejana, que me receberam de forma tão acolhedora, contribuindo para realização deste estudo.

Aos docentes do Mestrado, em especial às coordenadoras pela sua garra e determinação.

Aos pacientes participantes deste estudo.

“O Senhor é meu pastor e nada me faltará...”.

SALMO 23

RESUMO

MUNIZ FILHA, M.J.M. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com complicações da hipertensão arterial internados em unidade de terapia intensiva coronariana.** 2007. 91 f. Dissertação (Mestrado). Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2007.

A hipertensão arterial se destaca como geradora de morbimortalidade cardiovascular. O estudo objetivou analisar os diagnósticos de enfermagem presentes em adultos com complicações da hipertensão arterial internados em unidade de terapia intensiva coronariana. Descritivo e transversal, com análise quantitativa, teve como amostra 30 pacientes portadores de hipertensão arterial que atendiam aos critérios de inclusão do estudo e internaram na unidade de terapia intensiva coronariana de um hospital, no período de junho a setembro de 2006. Foi utilizado um formulário contendo questões relativas às características sócio-demográficas e clínicas da clientela, além de perguntas referentes aos domínios da taxonomia multiaxial II da NANDA (2006) e de um roteiro para exame físico. Dentre as variáveis sócio-demográficas, tiveram maior prevalência pessoas do sexo masculino (53,3%), na faixa etária de 71 a 85 anos (43,3%), casados (56,7%), com escolaridade fundamental completa ou não (46,7%), com renda familiar entre um e dois salários mínimos (86,7%), aposentados ou pensionistas (73,3%) e católicos (73,3%). Quanto às variáveis clínicas: 83,3% tinham diagnóstico médico de hipertensão arterial há mais de um ano, 60% passaram por internação anterior em decorrência da doença arterial, 90% faziam uso de medicação anti-hipertensiva, 56,7% afirmaram não ser tabagistas e 86,7% negaram etilismo. Cerca de 53,4% apresentaram índice de massa corpórea-IMC acima de 25 kgm² e 53,4% tinham circunferência abdominal acima das cifras consideradas normais. Todos apresentavam diagnóstico médico de cardiopatias. Foram identificados 37 diagnósticos nos 13 domínios de enfermagem da NANDA. Utilizamos para fins de discussão 16 diagnósticos de enfermagem que se encontravam acima do percentil 60, sendo encontrados os seguintes percentuais na clientela: “Controle ineficaz do regime terapêutico” (100,0%), “Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais” (60,0%), “Padrão de sono perturbado (86,7%), Mobilidade física prejudicada” (100,0%), “Débito cardíaco diminuído” (100,0%), Perfusão tissular ineficaz” (96,7%), “Déficit no autocuidado” (100,0%), “Percepção sensorial perturbada” (100,0%), “Conhecimento deficiente” (60%), “Tristeza crônica” (76,6%), “Disposição para enfrentamento aumentado” (66,6%), “Disposição para religiosidade aumentada” (96,7%), “Risco de infecção” (100,0%), “Integridade da pele prejudicada” (90,0%), “Dor aguda” (73,3%) e “Insuficiência do adulto para melhorar” (o seu estado de saúde- 60,0%). Fizemos distribuições estatísticas com o uso dos testes não paramétricos *quiquadrado de Friedman* e *de Mann-Whitney*, associando a distribuição desses diagnósticos às variáveis estudadas. As variáveis sócio-demográficas que apresentaram significância estatística de distribuição foram faixa etária, escolaridade e renda familiar. Já as variáveis clínicas que mostraram distribuição estatística significativa foram: tempo de diagnóstico, lesão em órgão-alvo, índice de massa corpórea e circunferência abdominal. O Domínio 4, referente à Atividade/Repouso, apresentou o maior número de diagnósticos identificados, podendo indicar a presença de uma síndrome diagnóstica. Diante do exposto evidenciamos a importância da orientação em saúde para estes pacientes considerando suas características no tratamento farmacológico e não-farmacológico. Destacamos, ainda, que a sistematização da assistência de enfermagem focalizada na etapa diagnóstica facilita a implementação de ações específicas no cuidado ao cliente com hipertensão.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Hipertensão; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Muniz Filha, M.J.M. Nursing diagnostic in adults with arterial hypertension interned in a coronary intensive care unit. 2007 91 f. Dissertation (masters degree) academic masters degree in health's clinical care. health's science center. Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza. 2007.

The arterial hypertension is detached as a cause of cardiovascular morbidity and mortality. The study objectified to analyse the nursing diagnostic in adults with arterial hypertension interned in a coronary intensive care unit. Description and transversal line, with quantitative analysis, it had a sample of 30 patients carrying arterial hypertension who attended the study's criteria of inclusion and were interned in the coronary intensive care unit of a hospital, in the period of June to September of 2006. It was used a form that contained question related to the social-demographic and clinical characteristics of the clients, beyond questions referring to the multiaxial taxonomy II domain of the NANDA (2006) and a script for physical examination. Among the social-demographic variable, they had great prevalence the male people (53,3%), in the age group from 71 to 85 years (43,3%), married ones (56,7%), with complete basic schooling or not (46,7%), with familiar income between one and two minimum wages (86,7%), retired or boarder (73,3%) and catholics (73,3%). About the clinical variables: 83,3% had medical diagnostic of arterial hypertension for more than one year, 60% had a previous internment caused by the arterial illness, 90% were using an antihypertensive medication, 56,7% had affirmed not to be smoker and 86,7% had denied alcoholism. About 53,4% had presented index of corporal mass – IMC above 25 kg/m² and 53,4% had abdominal circumference above the normal ciphers. All of them presented medical diagnostic of heart illness. 37 diagnostics in the 13 nursing domains of the NANDA had been identified. we used for quarrel ends 16 nursing diagnostics that were above of 60 percentile, in the following percentages among the clients: inefficacious control of the therapeutic regimen (100%), unbalanced nutrition: more than the corporal necessities (60%), disturbed standard of sleep (86,7%) harmed physical mobility (100%), diminished cardiac debit (100%), inefficacious tissue perfusion, deficiency in self care (100%), disturbed sensorial perception (100%), deficient knowledge (60%), chronic sadness (76,6%), increased confrontation disposal (66,6%), increased religiosity disposal (96,7%), risk for infections (100%), skin integrity harmed (90%), acute pain (73,3%) and adults insufficiency to improve (their health's state – 60%). We made statistical distribution with the use of the tests of free dispensed quadrilateral of Friedman and Mann-Witney, associating the distribution those diagnostics to the studied variables. The social-demographics that presented significant statistics of distribution had been: age group, schooling and familiar income. Already the clinical variables that had shown significant statistic distribution had been: time of diagnosis, injury in the target organ, index of corporal mass and abdominal circumference. The 4 domain, that refers to the activity/rest presented the biggest identified diagnostic number, could indicate the presence of a diagnostic syndrome. Facing the exposed data, we evidence the importance of the orientation in health for these patient considering their characteristics in the pharmacologic and non-pharmacologic treatment. We still detach that the systematization of the nursing assistance focused in the diagnostic stage facilitates the implementation of specific actions to take care of the patients with hypertension.

Descriptors: Nursing Diagnostic; Hypertension; Intensive Care Unit.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRATC.....	8
LISTA DE QUADROS.....	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 GERAL.....	15
2.2 ESPECÍFICOS.....	15
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	16
3.1.1 Epidemiologia da hipertensão arterial.....	16
3.1.2 Fatores intervenientes para hipertensão arterial.....	18
3.1.3 Tratamento da hipertensão arterial.....	20
3.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	29
3.2.1 Diagnóstico de enfermagem como etapa do processo de enfermagem.....	31
3.2.2 Utilização do diagnóstico de enfermagem em pacientes com hipertensão arterial.....	36
4 METODOLOGIA.....	39
4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	39
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	39
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	41
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
7 REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES.....	82
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	83
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	88
ANEXO.....	89
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	90

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1:	Domínios e Classes da Taxonomia Diagnóstica II da NANDA (2006).....	35
QUADRO 2:	Distribuição dos participantes quanto a características sócio-demográficas (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação e religião). Centro Coronariano do Hospital X. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006.....	44
QUADRO 3:	Distribuição dos participantes quanto a características clínicas (tempo de diagnóstico, internação anterior, uso de medicação, tabagismo, etilismo, índice de massa corpórea - IMC e circunferência abdominal - CA). Centro Coronariano do Hospital X. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006.....	47
QUADRO 4:	Diagnósticos de enfermagem identificados nos participantes do estudo. Centro Coronariano do Hospital X. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006.....	51
QUADRO 5:	Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 60, características definidoras e fatores relacionados identificados nos participantes do estudo. Centro Coronariano do Hospital X. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006.....	56
QUADRO 6:	Pacientes segundo diagnósticos de enfermagem e características sócio-demográficas. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006.....	57
QUADRO 7:	Pacientes segundo diagnósticos de enfermagem e características clínicas (tempo de diagnóstico médico de hipertensão, lesão de órgão-alvo, internação anterior por hipertensão e uso de anti-hipertensivos). Centro Coronariano do hospital X. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006.....	64
QUADRO 8:	Pacientes segundo diagnósticos de enfermagem, Índice de Massa Corpórea (IMC) e Circunferência Abdominal (CA). Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006.....	68
QUADRO 9:	Pacientes segundo diagnósticos de enfermagem, etilismo e tabagismo. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA	–	<i>American Nursing Association</i>
AVC	–	Acidente vascular cerebral
AVE	–	Acidente vascular encefálico
CA	–	Circunferência abdominal
CECOR	–	Centro coronariano
DAC	–	Doença da artéria coronariana
ECA	–	Enzima conversora da angiotensina
HAS	–	Hipertensão arterial sistêmica
ICC	–	Insuficiência cardíaca congestiva
IMC	–	Índice de Massa Corporal
NANDA	–	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	–	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NO	–	Óxido nítrico
NOC	–	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
PA	–	Pressão arterial
PAD	–	Pressão arterial diastólica
PAS	–	Pressão arterial sistólica
RCQ	–	Relação cintura-quadril
SISNEP	–	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa
SPSS	–	<i>Statistical Package of Social of Science</i>
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UECE	–	Universidade Estadual do Ceará
UFC	–	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	–	Universidade de Fortaleza
UTI	–	Unidade de Terapia Intensiva

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a hipertensão arterial ocupa destaque na gênese das doenças cardiovasculares, atuando como causa primeira na morbimortalidade cardiovascular.

A hipertensão arterial é definida como uma síndrome de caráter crônico, multifatorial, caracterizada pelo aumento das cifras pressóricas arteriais. Possibilita alterações cardiovasculares e metabólicas, que podem levar a danos funcionais e estruturais de vários órgãos, principalmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos. Tem alta prevalência em nosso país, atingindo cerca de 20% da população adulta jovem e 50% da população idosa (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

Ante às conseqüências dessa doença para o organismo, torna-se importante a análise dos diagnósticos de enfermagem presentes nessa clientela com vistas a obtenção de melhores subsídios para o desenvolvimento de ações de enfermagem que visem prevenir ou controlar a ocorrência de complicações nesse grupo. Dessa forma, a intenção é analisar os diagnósticos de enfermagem presentes em adultos com hipertensão arterial internados em unidade de terapia intensiva.

Como diagnóstico de enfermagem, adotaremos o conceito proposto pela *North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA (2006), que o define como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde atuais (reais) e potenciais (risco) e aos processos vitais, que embasa a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

O interesse pela temática justifica-se por situações vivenciadas cotidianamente na prática profissional. Graduei-me pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) em 1994 e passei a trabalhar na enfermaria pediátrica de um hospital público, especializado em doenças cardíacas e pulmonares. À época discente do curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, interessei-me por cardiopatias. Posteriormente, em 1996, passei a trabalhar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de pós-operatório de cirurgia cardíaca adulta e pediátrica. Entre os anos de 1998 e 1999, lecionei as disciplinas Fundamentos de Enfermagem e

Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Federal do Ceará (UFC), enfocando, entre outras áreas, o cuidado de enfermagem em cardiologia. Em 2001, ingressei na primeira turma de Especialização em Enfermagem Cardiológica do Ceará, desenvolvida pela UECE. Desde 2003, leciono no curso de Especialização em Enfermagem Cardiovascular, acompanhando estágios nas UTIs adulto e pediátrica e ministrando aulas sobre cardiopatias congênitas. Com o ingresso no Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da UECE em 2005, optei por projeto de dissertação na área cardiovascular.

As ações de enfermagem hospitalares cotidianas desenvolvidas em pacientes portadores de hipertensão arterial direcionaram-me para análise dos diagnósticos de enfermagem presentes nesses pacientes. Tal decisão justifica-se por observar a aplicação do processo de enfermagem de forma incompleta (em três etapas – histórico, prescrição e evolução de enfermagem), além da dificuldade verbalizada de utilização de taxonomias diagnósticas por enfermeiros. Segundo Muniz Filha *et al* (2007), uma assistência de enfermagem planejada e com utilização diagnóstica propicia um trabalho mais funcional e detalhado, beneficiando o paciente no atendimento de suas necessidades.

Para aprimorar meus conhecimentos na área, cursei a disciplina optativa do mestrado “Diagnósticos de Enfermagem: tendências e problemas atuais”, participei de curso sobre classificação da prática de enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA, Nursing Intervention Classification – NIC e Nursing Outcomes Classification – NOC) e do curso de raciocínio clínico, bem como realizei levantamentos na literatura pertinente acerca do tema. Após tais experiências, aprimorei meu olhar sobre a sistematização da assistência de enfermagem, principalmente no que se refere à etapa diagnóstica.

Atualmente, sou professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) onde leciono a disciplina Clínica Geral e Cirúrgica I do quinto semestre, na qual procuro despertar nos discentes o interesse por uma enfermagem sistematizada, visivelmente capaz de desenvolver ações que repercutam na saúde dos indivíduos e coletividades.

Dessa forma, pretendo responder ao seguinte questionamento: quais

diagnósticos de enfermagem estão presentes em adultos com complicações da hipertensão arterial internados em unidade de terapia intensiva? Encontrar respostas para essa pergunta vai contribuir para otimizar a assistência de enfermagem à clientela em estudo, favorecendo o desenvolvimento de estratégias de cuidado eficazes.

A relevância deste trabalho repousa na identificação diagnóstica à clientela em estudo, na grande prevalência da hipertensão e no fato de que os diagnósticos são o elo entre as intervenções e os resultados esperados na ação de enfermagem. O estudo dos diagnósticos possibilita o raciocínio clínico e acurácia nas ações de enfermagem, favorecendo o estudo de fenômenos próprios da área. No tocante aos pacientes, tal identificação (diagnóstica) proporcionará a possibilidade de um plano de cuidados efetivo e individualizado, conforme as necessidades de cada pessoa, consolidando a assistência recebida e favorecendo, igualmente, a junção teórico-prática da enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar os diagnósticos de enfermagem presentes em adultos com complicações da hipertensão arterial internados em unidade de terapia intensiva coronariana.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as variáveis sócio-demográficas e clínicas dos participantes do estudo;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem presentes nesses pacientes, conforme a taxonomia II da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA, 2006);
- Verificar a distribuição diagnóstica por variáveis sócio-demográficas e clínicas nessa clientela.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

As doenças cardiovasculares têm ocupado posição de destaque em muitos países, decorrente de seu processo crônico de adoecimento, relevância epidemiológica e elevada morbimortalidade da população. Independente do nível de desenvolvimento do país, essas doenças têm se apresentado nos dias atuais, como primeira causa de óbito em população adulta (CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO..., 1998).

Dentre as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial é preocupante devido à necessidade de controle dos seus fatores de risco e dos níveis tensionais. Seu controle torna-se um desafio para portadores da doença, familiares e profissionais de saúde.

A aferição da pressão arterial é uma técnica desenvolvida por uma grande parcela da equipe de enfermagem. Torna-se, assim, essencial que se desenvolvam processos de ensino-aprendizagem contínuos para execução do procedimento, não só no meio acadêmico, mas, principalmente, junto aos profissionais médicos e de enfermagem que atuam diretamente nos serviços de saúde, lado a lado com o cliente hipertenso, os quais são responsáveis pela determinação diagnóstica da doença e instituição de terapêutica medicamentosa.

3.1.1 Epidemiologia da hipertensão arterial

Em consonância com as mudanças sócio-econômicas ocorridas de forma distinta nas diversas regiões brasileiras, passamos também por um processo de transição epidemiológica, que alterou o perfil da morbi-mortalidade da população do país, sendo que atualmente as causas principais de óbitos estão associadas às doenças crônico-degenerativas, tendo maior relevância às doenças cardiovasculares, entre as quais figura de forma importante a hipertensão arterial

(PIERIN, 2004).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, tendo como complicações importantes as lesões de órgãos-alvo (coração, cérebro, rins) e dos vasos. Esta multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas, o que a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. É responsável por 25% a 40% da etiologia multifatorial das doenças isquêmicas cardíacas e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (BRASIL, 2004).

A hipertensão e suas complicações são também responsáveis por alta frequência de internações. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas e foram a primeira causa de hospitalização no setor público entre 1996 e 1999 para as pessoas com idade entre 40 e 59 anos (17%) e entre aquelas com 60 ou mais anos (29%) (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, os gastos para tratamento e pagamento de pensões aumentam a cada ano. O Sistema Único de Saúde (SUS) gasta anualmente 500 milhões de reais com doenças cardiovasculares, principais responsáveis por óbitos no Brasil. Considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovascular, a hipertensão acarreta altos custos sociais, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio (BRASIL, 2004).

As doenças cardiovasculares no Brasil ocorrem predominantemente nas regiões de população mais pobre, como o sertão nordestino e a região amazônica, em decorrência da carência de assistência médica nessas áreas, além de ausência de controle dos fatores de risco, entre os quais se destaca a hipertensão arterial (PIERIN, 2004).

Os óbitos por doenças circulatórias no período de 2000 a 2004 no Brasil foram estimados em 1347902; na região Nordeste foi de 271300, no Estado do Ceará foi de 42044 e na cidade de Fortaleza foi de 11546 (BRASIL, 2005).

Diante da gravidade do problema, existe uma preocupação constante no

aperfeiçoamento dos métodos de diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, bem como na abordagem do perfil de risco dos pacientes.

É necessária, então, a realização contínua de estudos sobre pessoas com hipertensão, verificando os fenômenos de enfermagem presentes neste grupo e a implementação de estratégias de controle efetivas, com participação atuante da população por meio de ações combinadas de educação comunitária e de monitoramento dos indivíduos de alto risco, contribuindo para a queda da mortalidade.

3.1.2 Fatores intervenientes para hipertensão arterial

A hipertensão arterial, quando não controlada, causa lesões sistêmicas a partir de órgãos-alvo, podendo gerar seqüelas e até a morte. O risco para essas complicações aumenta paralelamente ao aumento da pressão arterial, tornando-se epidemiológico e clinicamente importante nos indivíduos cuja pressão arterial encontra-se elevada e naqueles que apresentam condições predisponentes, que podem ser estratificadas em fatores de risco ou fatores intervenientes. Dentre eles figuram como mais importantes os fatores genéticos e os ambientais.

Os fatores genéticos são aqueles de caráter incontrolável e estão relacionados ao sexo, raça, faixa etária e história familiar positiva para a doença.

A prevalência global da hipertensão entre homens e mulheres, sugere que o sexo não é um fator de risco para hipertensão. Contudo, diferenças nas características das populações de cada país determinam que o sexo masculino (Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Japão, China, México, Venezuela) ou feminino (Itália, Alemanha, Paraguai) estejam associadas a maior prevalência da doença arterial (FUCHS, 2006).

Quanto à raça, a prevalência da hipertensão arterial na população negra é mais elevada, bem como maior sua gravidade, particularmente quanto à incidência de hipertensão arterial maligna, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica. Este comportamento pode estar relacionado a fatores étnicos e sócio-

econômicos (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

No que condiz à faixa etária, estima-se que cerca de 15% a 20% da população adulta brasileira possa ser rotulada como hipertensa (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006). A ocorrência desta doença é favorecida com o aumento da idade, que contribui na elevação das cifras pressóricas. Ainda sobre idade, temos que nos idosos, fisiologicamente ocorre o enrijecimento da parede arterial. No entanto, níveis pressóricos elevados com pressão arterial sistólica acima de 140mmHg e de pressão arterial diastólica acima de 90mmHg, não são considerados fisiológicos. Já em crianças e adolescentes a hipertensão arterial não é uma entidade muito presente, mas sua prevalência pode variar de 2% a 13% respectivamente. Estudos brasileiros demonstram que a prevalência nessa faixa etária varia de 6% a 8%. Deve-se associar a ocorrência da hipertensão arterial à presença de outros fatores de risco como: obesidade, sedentarismo, erros dietéticos e tabagismo. Nesta faixa etária, em especial, há maior possibilidade de a hipertensão arterial ser de causa secundária, com maior prevalência das causas renais (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

A história familiar positiva para hipertensão arterial ou para qualquer outro fator de risco associado, como diabetes e a dislipidemia, possibilita a utilização de estratégia conjunta para prevenção de outros fatores de risco, reduzindo comorbidades.

Segundo Luna (1989), a hipertensão não deve ser tratada como um problema isolado, e sim fazendo parte, usualmente, de um conjunto de fatores de risco.

Os fatores ambientais são aqueles considerados modificáveis, entre eles podemos listar: o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, os erros dietéticos, a obesidade e o estresse.

É consenso que as modificações no estilo de vida favorecem a redução da pressão arterial. Por isso, elas são recomendadas a todos os indivíduos, com hipertensão ou não. Dentre essas modificações, podemos citar como relevantes, a redução do peso corporal, da ingestão de sal e do consumo de bebidas alcoólicas. Essas variáveis serão melhores abordadas no item seguinte.

Além dos já abordados, temos, ainda, que influenciam no controle da hipertensão arterial, os fatores contextuais, entre os quais podemos listar a escolaridade, o conhecimento acerca da doença, a acessibilidade aos serviços de saúde, a renda familiar (que, por vezes, é parca, não sendo possível a compra de medicamentos ou a adoção de dieta específica) e, ainda, a dificuldade de adesão a uma dieta sem sal, a não compreensão da gravidade da doença, as restrições no estilo de vida, bem como variáveis biopsicossociais.

Segundo Lopes e Fortes (2004), os principais motivos para o controle adequado da pressão arterial são a adesão ao tratamento em longo prazo por parte do paciente, a aceitação das modificações de seu estilo de vida e o tratamento farmacológico apropriado.

Neste aspecto, as equipes multidisciplinares das unidades de saúde têm papel fundamental no controle da morbi-mortalidade cardiovascular ao atuarem em programas de prevenção e controle dessas alterações de saúde.

3.1.3 Tratamento da hipertensão arterial

- Tratamento Não Medicamentoso

O tratamento não medicamentoso ou não farmacológico objetiva reduzir a morbi-mortalidade cardiovascular, por meio de mudanças no estilo de vida do paciente. Segundo Pierin (2004), um número razoável de pessoas com hipertensão poderá ser conduzido exclusivamente com este tipo de tratamento (40% do total). No entanto, vale ressaltar, que mesmo para indivíduos em tratamento medicamentoso, as medidas não farmacológicas são obrigatórias.

Atualmente, ainda nos deparamos com o tratamento voltado para o modelo biomédico, biologicista, que não considera os aspectos psíquicos e pessoais do indivíduo.

Assim, mesmo sob o prisma da clínica convencional, já há consenso quanto à influência de aspectos relacionados às características subjetivas e

mecanismos de enfrentamento utilizados pelo indivíduo, experiência prévia com a doença e atitude dos cuidadores da área de saúde, na evolução dos doentes (PIERIN, 2004).

Inicialmente podemos listar as principais vantagens do tratamento não farmacológico, que são: baixo custo e risco mínimo, redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco, aumento da eficácia do tratamento medicamentoso e redução do risco cardiovascular. Vejamos cada uma das medidas a serem adotadas:

Redução do peso corporal – O excesso de peso corporal contribui para o aumento das taxas pressóricas, à medida que aumenta a resistência dos vasos. Associado a isto há também o aumento das taxas de colesterol, levando a dislipidemia e potencializando os efeitos da hipertensão arterial sobre os órgãos-alvo (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

O aumento do peso corporal é um fator predisponente para hipertensão. O índice de massa corporal (IMC) deve ser inferior a 25 Kg/m^2 e a relação cintura-quadril (RCQ) inferior a 0,8 para as mulheres e a 0,9 para os homens, em razão de sua associação com risco cardiovascular aumentado (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

As recomendações genéricas para redução do peso corporal compreendem princípios dietéticos e programas de atividade física. Os princípios gerais da terapia dietética incluem: dieta hipocalórica balanceada, redução do consumo de gorduras saturadas visando à redução das taxas de colesterol, substituição de gorduras animais por óleos vegetais, redução do consumo de sal e de açúcares e utilização de alimentos ricos em fibras.

Redução da ingestão de sal/sódio – A hipertensão arterial é observada primariamente em comunidades com ingestão de sal superior a 100 mEq/dia . Além da redução da pressão arterial, alguns estudos demonstraram também benefícios da restrição salina na redução da mortalidade por acidente vascular encefálico e na regressão da hipertrofia ventricular esquerda. Além disso, pode reduzir, ainda, a excreção urinária de cálcio, contribuindo para prevenção da osteoporose em idosos (CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO..., 1998).

Os pacientes devem ser orientados a evitar a ingestão de alimentos processados industrialmente, utilizar o mínimo de sal no preparo dos alimentos, não colocar o saleiro à mesa durante as refeições e ainda, se houver boa aceitação, substituir o sal com cloreto de sódio por sal com cloreto de potássio ou gotas de limão.

Para que o efeito hipotensor se manifeste, é necessário o intervalo de, no mínimo, oito semanas.

Aumento da ingestão de potássio – Essa recomendação justifica-se pela possibilidade de o potássio exercer efeito anti-hipertensivo, ter ação protetora contra danos cardiovasculares e servir como medida auxiliar em pacientes submetidos à terapia com diuréticos. Isto desde que o paciente não seja suscetível a hiperpotassemia, portador de insuficiência renal ou utilize medicação à base de inibidores da enzima conversora da angiotensina ou bloqueadores de receptores da angiotensina II (CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO..., 1998).

Redução do consumo de bebidas alcoólicas – A ingestão excessiva de álcool contribui para a elevação da pressão arterial e da variabilidade pressórica. É fator de risco para acidente vascular encefálico, além de ser uma das causas de resistência à terapia anti-hipertensiva (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

Para indivíduos do sexo masculino, é aconselhável que o consumo não ultrapasse 30ml de etanol/dia. E para o sexo feminino e indivíduos de baixo peso, recomenda-se a ingestão de 15ml etanol/dia. Para aqueles que são dependentes do consumo alcoólico, a recomendação é o abandono da ingestão de bebidas alcoólicas (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

Exercício físico regular – No que concerne ao sedentarismo e estresse, a orientação para realização de atividade física é relevante para a redução da pressão arterial e da tensão emocional, já que os baixos níveis de condicionamento físico, aliados ao sedentarismo, estão associados a maior risco de óbitos por doenças cardiovasculares em homens saudáveis, independente dos fatores de risco convencionais (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

Concorre para redução da pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais associados a outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, pois reduz o peso corporal, possui ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse. Contribui, ainda, para a prevenção de riscos cardiovasculares em indivíduos normotensos, evitando que desenvolvam hipertensão (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

Abandono do tabagismo – O tabagismo é a mais importante causa modificável de morte, sendo responsável por um em cada seis óbitos. No Brasil, a prevalência do tabagismo é elevada. Em 1989, existiam 30,6 milhões de fumantes com idade superior a cinco anos, fato este que demonstra a magnitude do problema em nosso país (PIERIN, 2004).

Durante o ato de fumar, ocorre aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, além disso, a nicotina contribui para o enrijecimento da parede dos vasos. Os indivíduos fumantes possuem risco aumentado para doenças coronarianas e para a ocorrência de morte súbita. Adicionalmente, o tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lípides séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas (PIERIN, 2004).

Controle das dislipidemias e do diabetes melito – A associação de dislipidemia e diabetes melito com hipertensão é sabidamente deletéria, mesmo que essa associação não afete, necessariamente, os níveis de pressão arterial. A restrição de alimentos ricos em colesterol e gorduras, além dos açúcares simples, atua sobre os fatores de risco convencionais e auxilia no controle do peso corporal.

Suplementação de cálcio e magnésio – A suplementação de cálcio pela dieta contribui de forma modesta para a redução da pressão arterial (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

O magnésio, isoladamente, não possui ação específica sobre a pressão arterial, sendo recomendado seu uso apenas nos casos de deficiência.

Ante o exposto, é evidente a necessidade da mudança no estilo de vida para que as medidas não medicamentosas sejam seguidas. Importante se faz que

haja o envolvimento dos familiares e cuidadores neste processo, bem como da equipe multiprofissional de saúde, a fim de que as estratégias propostas sejam alcançadas.

- Tratamento Medicamentoso

O tratamento medicamentoso da hipertensão arterial é instituído naqueles pacientes nos quais as medidas não farmacológicas são incapazes de apresentar o resultado esperado. No entanto, vale ressaltar que, mesmo instituído o tratamento farmacológico, as mudanças no estilo de vida são condições essenciais para que o tratamento medicamentoso obtenha sucesso e os níveis pressóricos mantenham-se sob controle.

O principal objetivo do tratamento da hipertensão arterial é reduzir a morbi-mortalidade associada aos riscos cardiovasculares do paciente hipertenso. Assim, os agentes anti-hipertensivos utilizados no tratamento do paciente hipertenso devem permitir não apenas a redução dos níveis da pressão arterial, mas igualmente as taxas de complicações cardiovasculares.

O tratamento com fármacos visa reduzir os níveis de pressão para valores inferiores a 140mmHg para pressão sistólica e a 90mmHg de pressão diastólica, levando-se em consideração as características individuais de cada paciente.

Alguns dos princípios gerais para o tratamento medicamentoso, conforme recomendações das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), são de que o medicamento anti-hipertensivo deve ser tolerado bem por via oral; ter como preferência uma única dose diária; iniciar com as menores doses efetivas preconizadas, respeitar o período mínimo de quatro semanas para aumento da dose, substituição da monoterapia ou associação de fármacos (exceto em situações especiais) e considerar as condições sócio-econômicas.

Os anti-hipertensivos são classificados nos seguintes grupos:

Diuréticos – Seu mecanismo baseia-se, numa primeira fase, na depleção do volume e, a seguir, na redução da resistência vascular periférica. Estudos demonstraram sua eficácia na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares. Como anti-hipertensivos, são preferidos os diuréticos tiazídicos e similares em baixas doses. Os diuréticos de alça são mais utilizados para os casos de hipertensão associada à insuficiência renal e cardíaca (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

Os diuréticos poupadores de potássio são geralmente associados a tiazídicos e diuréticos de alça, sendo úteis na prevenção e tratamento de hipopotassemia. Em pacientes com redução da função renal pode levar à hiperpotassemia.

Como reações adversas, podem causar hipopotassemia, por vezes acompanhada de hipomagnesemia, podendo também induzir a arritmias ventriculares e a hiperuricemia. Podem causar também intolerância à glicose e promover aumento das triglicérides, dependendo da dose utilizada. No entanto, trata-se de um evento transitório e de importância clínica ainda não comprovada (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

Inibidores adrenérgicos – Os inibidores de ação central possuem como atividade a estimulação dos receptores alfa-2-adrenérgicos pré-sinápticos, como fazem a alfametildopa, a clonidina e o guanabenz ou os receptores imidazolínicos, como a monoxidina rilmedina, no sistema nervoso central, reduzindo o tônus simpático (RIERA, 2005).

A experiência favorável em relação ao binômio materno-fetal recomenda a alfametildopa como agente de escolha para tratamento de hipertensa grávida (RIERA, 2005).

Apresentam como reações adversas: sonolência, sedação, boca seca, fadiga, hipotensão postural e disfunção sexual. São contra-indicados na presença de disfunção hepática.

Alfa 1-bloqueadores – Apresentam baixa eficácia como monoterapia, devendo, portanto, ser associados com outros anti-hipertensivos. Pode induzir o

aparecimento de tolerância farmacológica, o que exige o uso de doses crescentes (SCHELLACK, 2005).

Suas reações adversas são: hipotensão postural, palpitações e, eventualmente, astenia.

Betabloqueadores – Seu mecanismo de ação envolve diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas (SCHELLACK, 2005).

São eficazes no tratamento da hipertensão arterial e também na redução da morbi-mortalidade cardiovascular. Constituem a primeira opção na hipertensão arterial associada à doença da artéria coronariana ou a arritmias cardíacas. São igualmente úteis em pacientes com cefaléia de origem vascular. São efeitos adversos desse grupo: broncoespasmo, bradcardia, distúrbios de condução atrioventricular, vasoconstricção periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

Podem causar intolerância à glicose, hipertrigliceridemia e redução do HDL-colesterol. São formalmente contra-indicados a pacientes com asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, e bloqueio atrioventricular de 2º e 3º graus. Devem ser utilizados com cautela em pacientes com doença vascular de extremidades (KATZUNG, 2006).

Vasodilatadores diretos – Atuam sobre a musculatura da parede vascular, causando vasodilatação, relaxamento vascular e conseqüente redução da resistência vascular periférica. São utilizados em associação com diuréticos e betabloqueadores, sendo a hidralazina e minoxidil os dois principais representantes do grupo. São contra-indicados como monoterapia, por promoverem retenção hídrica e taquicardia reflexa (KATZUNG, 2006).

Inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) – Atuam fundamentalmente pela inibição da enzima conversora da angiotensina, bloqueando a transformação da angiotensina I em angiotensina II, no sangue e nos tecidos. São eficazes no tratamento da hipertensão arterial e também reduzem a morbi-mortalidade cardiovascular entre hipertensos, em pacientes com insuficiência

cardíaca, com infarto agudo do miocárdio, em especial quando apresentam diminuição da fração de ejeção, pacientes de alto risco para doença arterosclerótica e são úteis na prevenção secundária do acidente vascular cerebral (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

Apresentam como reações adversas: tosse seca, alteração do paladar, aumento de uréia e creatinina em pacientes com a função renal reduzida e hiperpotassemia em indivíduos portadores de insuficiência renal crônica (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

Seu uso é contra-indicado na gravidez. Em adolescentes e mulheres em idade fértil, seu emprego deve ser cauteloso (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

Bloqueadores dos canais de cálcio – Seu mecanismo de ação consiste na diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares, causando redução da resistência vascular periférica (RANG; DALE; RITTER, 2001).

São anti-hipertensivos eficazes e reduzem a morbi-mortalidade em idosos.

Deve se dar preferência a bloqueadores dos canais de cálcio com ação de longa duração. Apresentam como efeitos adversos: cefaléia, tontura, rubor facial e edema periférico (RANG; DALE; RITTER, 2001).

Os diidropiridínicos de ação curta provocam estimulação simpática reflexa, extremamente deletéria para o sistema cardiovascular. O verapamil e o diltiazem podem provocar depressão miocárdica e bloqueio atrioventricular (RANG; DALE; RITTER, 2001).

Antagonistas do receptor AT₁ da angiotensina II – Antagonizam a ação da angiotensina II por meio de bloqueios específicos de seus receptores AT₁. São eficazes no tratamento de hipertensão arterial e possuem efeitos benéficos na insuficiência cardíaca congestiva (RANG; DALE; RITTER, 2001).

Os antagonistas do receptor AT₁ da angiotensina II apresentam bom perfil de tolerabilidade. Seus efeitos adversos são a tontura e, raramente, rache cutâneo

(RANG; DALE; RITTER, 2001).

Antagonista da endotelina – Em relação aos antagonistas da endotelina deve se recordar, em primeiro lugar, que há três tipos de endotelinas (a um - a mais potente, - a dois e a três) e há principalmente dois tipos de receptores - os receptores A (ETA) e os receptores B (ETB) (KATZUNG, 2006).

Os receptores A existem nas células musculares lisas vasculares os receptores B nestas e no endotélio. Os receptores A têm alta especificidade para a endotelina 1 e os receptores B têm afinidade semelhante para as três endotelinas. Aos bloqueadores destes receptores o que interessa é que induzam o bloqueio ou dos dois tipos de receptores (bosentan) ou principalmente os receptores da endotelina A (BO 123) (que provocam vasoconstricção das células musculares lisas vasculares) porque os ETB quando estimulados, embora possam levar a vasoconstricção, condicionam também a liberação de óxido nítrico (NO) das células endoteliais e a conseqüente ação vasodilatadora. Há, ainda, a possibilidade de inibir a endotelina através da inibição da endotelina sintetase responsável pela transformação da pró-endotelina em endotelina 1 no endotélio vascular (phosphoramidon) (KATZUNG, 2006).

Quanto aos esquemas terapêuticos, estes se organizam em monoterapia e terapia combinada. Na primeira, o tratamento deve ser individualizado e a escolha do medicamento se baseará nos seguintes elementos: mecanismo fisiológico predominante, características individuais, doenças associadas, condições sócio-econômicas do paciente, capacidade do agente a ser escolhido de influir sobre a morbidade e mortalidade cardiovasculares. Os anti-hipertensivos preferenciais para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial são: diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) e antagonistas do receptor AT_1 , da angiotensina II.

A dose deve ser ajustada até que se consiga a redução da pressão arterial em níveis satisfatórios para cada paciente, sempre inferior a 140/90mmHg. O ajuste deve ser feito, buscando-se a menor dose eficaz, ou até que surjam efeitos. Caso o objetivo não seja atingido, recomenda-se aumentar a dose do medicamento ou associá-lo com anti-hipertensivo de outro grupo. Se mesmo com a dose máxima,

ou na vigência de efeitos adversos, a pressão persista elevada, recomenda-se a substituição do fármaco como monoterapia. Se ainda assim, a resposta for inadequada, deve-se partir para terapêutica anti-hipertensiva combinada.

Na terapêutica anti-hipertensiva combinada, estudos recentes mostram que, em 2/3 dos casos a monoterapia não foi suficiente para reduzir as taxas pressóricas, havendo uma tendência atual para introdução mais precoce de terapêutica combinada de anti-hipertensivos como primeira escolha farmacológica, para pacientes com hipertensão em estágio II e III (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

O esquema anti-hipertensivo instituído deve, evidentemente, manter a qualidade de vida do paciente em padrões adequados, de modo a estimular a adesão do paciente ao tratamento instituído.

As associações de fármacos reconhecidas como eficazes são: betabloqueadores e diuréticos inibidores adrenérgicos centrais e diuréticos, inibidores da ECA e diuréticos, antagonistas da angiotensina II e diuréticos, bloqueadores dos canais de cálcio e beta bloqueadores, e bloqueadores dos canais de cálcio e inibidores da ECA.

Essas associações estão disponíveis no mercado em doses fixas, podendo ser úteis por reduzir o número de comprimidos administrados, estimulando assim, a adesão ao tratamento.

3.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Em relação ao conceito, “um diagnóstico é, basicamente, uma declaração que identifica a existência de um estado indesejável” (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993, p.58).

Diagnósticos de enfermagem, ou diagnósticos clínicos feitos por enfermeiras profissionais, descrevem problemas reais ou potenciais que as enfermeiras, devido à sua formação e experiência, conseguem tratar e estão autorizadas para tal (GORDON, 1994).

Conforme já referido, para fins de nossas discussões, neste trabalho, utilizaremos como conceito para os diagnósticos de enfermagem a definição da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2006), na qual os diagnósticos são definidos como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde atuais (reais) e potenciais (risco) e aos processos vitais, que fornece a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

Para estabelecer um diagnóstico de enfermagem, é necessário o seguimento de algumas fases, que estão envolvidas com o raciocínio diagnóstico. De acordo com Riesner (1986), o estabelecimento do diagnóstico é composto por duas fases:

Fase I, composta por análise e síntese. A análise é entendida como a separação do material/dados em partes e o exame crítico das mesmas, o qual define seus componentes essenciais e suas relações. Nesta fase, o diagnosticador percorre dois passos: Categorização dos dados e Identificação de dados divergentes (lacunas).

A síntese consiste na combinação das partes ou dos elementos em uma entidade única. É o processo de raciocínio no qual a inclusão é diretamente obtida das proposições dadas e princípios estabelecidos. Nesta fase, o diagnosticador desenvolve as seguintes atividades: agrupamento das evidências em padrões; comparação dos padrões a teorias, modelos, normas e conceitos; realização de inferências ou criação de hipóteses (fase de julgamento clínico propriamente dita); e estabelecimento de relações entre proposições ou causas.

Na Fase II são identificados os fatores que influenciam para as alterações inferidas. Ocorre o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem propriamente dito, onde há uma junção da categoria diagnóstica - que é o problema de saúde identificado (título do diagnóstico) -, dos fatores relacionados e das características definidoras.

De acordo com a NANDA (2006), os diagnósticos possuem os seguintes componentes: 1) Título – Fornece um nome para o diagnóstico de enfermagem. É uma frase concisa ou um termo que representa um padrão de indicadores e fatores

relacionados. Pode incluir modificadores como “alterado, prejudicado, déficit, ineficaz...”; 2) Definição – Expressa o significado claro e preciso do diagnóstico e auxilia a diferenciar um diagnóstico em particular de diagnósticos similares; 3) Características Definidoras – Referem-se aos indícios clínicos – sinais e sintomas subjetivos que, em conjunto, apontam para o diagnóstico de enfermagem; 4) Fatores Relacionados – São condições ou circunstâncias que podem causar ou contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico; e 5) Fatores de Risco – que podem ser ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou comunidade a um evento danoso.

3.2.1 Diagnóstico de enfermagem como etapa do processo de enfermagem

O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar ou prever como a pessoa (indivíduo, família ou comunidade), responde aos processos de saúde ou aos processos vitais, determinando que aspectos destas respostas exigem uma intervenção do enfermeiro.

A sistematização da assistência de enfermagem possibilita melhoria na prestação do cuidado para o indivíduo (paciente, família e comunidade), podendo ser aplicado tanto no âmbito hospitalar, como na saúde comunitária. A implementação dessa metodologia centra a assistência não mais nos procedimentos e técnicas padronizadas, mas nas necessidades globais do paciente. Sendo assim, a sistematização da assistência de enfermagem auxilia os profissionais a tomarem decisões, preverem e avaliarem consequências para as suas ações (POTTER; PERRY, 1996).

Segundo Vasconcelos (2005), o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem ajuda o profissional a coordenar suas observações, identificar os problemas e orientar o cuidado de enfermagem. Sua aplicação contribui para o crescimento da enfermagem como ciência, justificando suas ações.

Constitui uma atividade intelectual deliberada que auxilia a enfermeira na tomada de decisão, cujo foco reside na obtenção dos resultados esperados. Atualmente é desenvolvido em fases inter-relacionadas e interdependentes (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; PAUL; REEVES, 2000; CARPENITO, 2002;

ALFARO-LEFEVRE, 2005).

De acordo com a teoria em que se fundamenta, o processo de enfermagem se dá em etapas. Segundo Iyer, Tapich e Bernocchi-Losey (1993) o processo de enfermagem está organizado em cinco fases identificáveis:

- Histórico – Constitui a primeira fase do processo de enfermagem. Consiste na coleta de dados referentes ao cliente, ao sistema do cliente, da família ou à comunidade, com o propósito de identificar necessidades, problemas, preocupações ou reações humanas do cliente. É sistemático, e os dados são coletados por meio de entrevista, exame físico e outras fontes;
- Diagnóstico – Nesta fase os dados coletados por meio do histórico são analisados e interpretados criteriosamente. São identificadas necessidades, problemas, preocupações e reações humanas do cliente, que propiciam a determinação dos diagnósticos de enfermagem, servindo de base para as fases subseqüentes do processo de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem oferecem um método eficiente de comunicação dos problemas do cliente;
- Planejamento – Na fase de planejamento são desenvolvidas estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nos diagnósticos de enfermagem. Inicialmente, se estabelece a prioridade para os problemas identificados; é feita a fixação de resultados com o cliente, de modo a corrigir, minimizar ou prevenir os problemas, seguido do registro escrito de intervenções de enfermagem que levarão à consecução dos resultados propostos, bem como o registro dos diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções de enfermagem, de modo organizado, respeitando o plano de cuidados;
- Implementação – A implementação é o início e a conclusão das ações necessárias à consecução dos resultados, definidos durante o estágio de planejamento. As intervenções podem ser executadas por membros da equipe de saúde, pelo cliente ou por sua família. O plano de cuidados é utilizado como um guia. A implementação inclui o registro de atendimento ao cliente e sua interação com o ambiente. Esta documentação confirma que o plano de cuidados é executado e pode ser utilizado como instrumento de avaliação da eficácia do plano;

- Avaliação – É a última fase do processo de enfermagem. Trata-se de uma fase sempre em processo que determina o quanto as metas de cuidados foram alcançadas. A enfermeira avalia o progresso do cliente no que concerne aos resultados alcançados e institue, caso necessário, medidas corretivas e revisa os planos de intervenções de enfermagem.

Apesar da separação do processo de enfermagem em fases distintas, sabemos que essas fases são inter-relacionadas e interdependentes, o que torna impossível sua separação durante a aplicação do processo de enfermagem na prática.

Segundo Wanda Horta (1979), O processo de enfermagem tem como propósito principal oferecer uma estrutura na qual as necessidades individualizadas do paciente, família ou comunidade possam ser satisfeitas. Apresenta seis propriedades: 1) é intencional, pois está voltado a metas; 2) é sistemático, por envolver a utilização de abordagem organizada para alcançar um dado propósito; 3) é dinâmico por envolver mudanças contínuas; 4) é interativo, pois se baseia em relações recíprocas entre enfermeira e paciente; 5) é flexível, pois pode ser adaptado à realidade de enfermagem em qualquer local e porque suas fases ocorrem de forma seqüencial e concomitante; e 6) é baseado em teorias, pois é elaborado a partir de uma ampla base de conhecimentos, podendo ser aplicado a todos os modelos teóricos de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem consiste, portanto, na segunda fase do processo e representa um alicerce ao cuidado, pois possibilita a identificação de múltiplos problemas, propiciando a confecção de um plano de cuidados que atenda o indivíduo holisticamente, contribuindo para melhorar a qualidade da assistência prestada e para o crescimento da enfermagem como ciência, já que, como componente do processo, encontra-se embasado em teorias de enfermagem.

O termo diagnóstico de enfermagem foi utilizado pela primeira vez nos anos 50. Em 1960, Faye Abdellah introduziu um sistema de classificação para identificação de 21 problemas clínicos do paciente, o qual foi utilizado, na época, nos currículos de algumas escolas de enfermagem para auxiliar os estudantes a identificar os problemas do indivíduo, que exigiam intervenção de enfermagem

(IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

O processo de uniformização da linguagem de enfermagem teve início na década de 70, por meio da realização da Primeira Conferência do Grupo Norte-Americano para a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem em 1973. Ao término dos trabalhos, 34 diagnósticos foram aceitos e relacionados em uma lista experimental, sendo recomendação dessa Conferência que tais diagnósticos fossem submetidos a estudos de refinamento e testes de validação (CRUZ, 1994; MARTINS, 1996). No mesmo ano, a *American Nurse Association* (ANA) legitimou o uso do termo “diagnóstico de enfermagem”, no *Standards of Nursing Practice*, declarando que os “diagnósticos de enfermagem” derivam-se dos dados sobre o estado de saúde do cliente (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Desde 1973, as Conferências passaram a ser bienal, reunindo participantes para discussão e aprovação de diagnósticos de enfermagem, reais, potenciais ou de risco de saúde (GORDON, 1994; MARTINS, 1996).

Na quinta Conferência, em 1982, o Grupo Norte - Americano para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem foi convertido em Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA), a qual assumiu o trabalho das Conferências.

Segundo Guerra (1998), no Brasil, as primeiras considerações acerca do diagnóstico de enfermagem foram publicadas no final da década de 60 por Wanda Horta (1967). Em seu trabalho, a autora descreveu o processo de enfermagem, incluindo a etapa do diagnóstico, que envolve a identificação das necessidades básicas afetadas e a determinação do grau de dependência do paciente em relação à assistência recebida.

Em abril de 1998, após vários estudos e discussões, a Taxonomia I sofreu alterações e o Comitê de Taxonomia apresentou a Taxonomia II da NANDA (NANDA, 2006). Uma taxonomia é uma classificação, o estudo teórico de classificações sistemáticas, incluindo suas bases, princípios procedimentos e regras (CARPENITO, 2002).

Para que novos acréscimos possam ser feitos e com mais flexibilidade em

relação às nomenclaturas, a Taxonomia II está organizada em sete eixos, que seriam uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico (NANDA, 2006), são eles, a saber:

- 1 Eixo 1: O conceito diagnóstico;
- 2 Eixo 2: Tempo (de agudo a crônico, curta e longa duração);
- 3 Eixo 3: Unidade de cuidado (indivíduo, família, comunidade);
- 4 Eixo 4: Idade (de feto a idoso);
- 5 Eixo 5: Estado de Saúde (bem-estar, risco ou real);
- 6 Eixo 6: Descritor (limita ou especifica o significado do conceito diagnóstico);
- 7 Eixo 7: Topologia (partes/regiões do corpo).

A Taxonomia II da NANDA está organizada de forma multiaxial, com seus 13 domínios, 46 classes e 172 diagnósticos, como exposto no quadro 1.

QUADRO 1: Domínios e Classes da Taxonomia Diagnóstica II da NANDA (2006).

DOMINIOS		CLASSES
Domínio 1	Promoção da saúde	Classe 1: consciência e saúde Classe 2: controle de saúde
Domínio 2	Nutrição	Classe 1: ingestão Classe 2: digestão Classe 3: absorção Classe 4: metabolismo Classe 5: hidratação
Domínio 3	Eliminação	Classe 1: sistemas urinário Classe 2: gastrointestinal Classe 3: tegumentar Classe 4: pulmonar
Domínio 4	Atividade/Repouso	Classe 1: sono/ repouso Classe 2: atividade/ exercício Classe 3: equilíbrio de energia Classe 4: respostas cardiovasculares/ pulmonares
Domínio 5	Percepção/Cognição	Classe 1: atenção Classe 2: orientação Classe 3: sensação/percepção Classe 4: cognição Classe 5: comunicação
Domínio 6	Autopercepção	Classe 1: autoconceito Classe 2: auto-estima Classe 3: imagem corporal
Domínio 7	Relacionamento de papel	Classe 1: papéis do cuidador Classe 2: relações familiares Classe 3: desempenho de papel
Domínio 8	Sexualidade	Classe 1: identidade sexual Classe 2: função sexual Classe 3: reprodução
Domínio 9	Enfrentamento ao estresse	Classe 1: respostas pós-trauma Classe 2: respostas de enfrentamento Classe 3: estresse neurocomportamental
Domínio 10	Princípios de vida	Classe 1: valores Classe 2: crenças Classe 3: congruência entre valores/crenças/ações

Domínio 11	Segurança/Proteção	Classe 1: infecção Classe 2: lesão física Classe 3: violência Classe 4: riscos ambientais Classe 5: processos defensivos Classe 6: termorregulação
Domínio 12	Conforto	Classe 1: conforto físico Classe 2: conforto ambiental Classe 3: conforto social
Domínio 13	Crescimento/ Desenvolvimento	Classe 1: crescimento Classe 2: desenvolvimento

3.2.2 Utilização do diagnóstico de enfermagem em pacientes com hipertensão arterial

A hipertensão é considerada uma doença que requer ações dos diversos profissionais de saúde em caráter interdisciplinar. Quando associada com doenças cardiovasculares coexistentes, tem alargado a complexidade do atendimento a esses pacientes. Em especial, a enfermagem vem ampliando conhecimentos e ações voltadas ao seu cuidado nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, uma vez que os enfermeiros têm buscado sistematizar a assistência de enfermagem no atendimento a esta demanda. Há, no entanto, ainda de se ampliar os conhecimentos acerca desta temática, com a finalidade de nortear as ações e cuidados de enfermagem utilizados com esta clientela. Dentro deste contexto, surge como instrumento importante a utilização do diagnóstico de enfermagem.

O uso do diagnóstico de enfermagem, como classificação para os problemas em saúde, consiste em uma forma de uniformizar a linguagem de enfermagem, expande os limites da tomada de decisão da enfermeira e aumenta a sua autonomia profissional.

Os diagnósticos de enfermagem provêm, segundo Gordon (1979 *apud* CRUZ, 1996) os focos da ciência clínica de enfermagem. Eles expressam as necessidades de cuidados de enfermagem. Eles expressam para onde se dirigem os nossos “que fazeres”.

O diagnóstico de enfermagem aparece como um elo entre o plano de cuidados e as intervenções de enfermagem a que o paciente será submetido, bem como uma ponte para o sucesso dos resultados obtidos.

Para uma adequada definição dos diagnósticos identificados no indivíduo, torna-se necessária uma coleta de dados que contemple de uma maneira ampla toda a especificidade do paciente, aliado a isto, o exame físico deve ser acurado, a fim de que o diagnóstico elaborado seja adequado. Sendo assim, as intervenções propostas terão como meta o atendimento holístico do paciente.

Segundo Vasconcelos (2005), em sua dissertação sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes com hipertensão arterial atendidos em ambulatório, a principal finalidade da interação entre paciente e enfermeira é detectar as suas necessidades centrais, ajudando-o a encontrar soluções. Para isso, é importante que a enfermeira fique atenta às preocupações do paciente e que direcione a entrevista e o exame de modo que se desenhe um quadro claro de sua condição, fato que requer paciência e dedicação à totalidade e ao detalhe durante o levantamento de dados.

É essencial que se estabeleça entre a equipe de enfermagem, o paciente e seus familiares, um canal de comunicação adequado, pois será de grande ajuda se aqueles responsáveis pela assistência construírem uma relação de confiança, o que contribuirá de forma positiva para adesão ao tratamento, bem como no alcance dos objetivos propostos para o cuidado (MUNIZ FILHA *et al*, 2006).

Vasconcelos (2005) refere ainda que na comunicação com portadores de hipertensão arterial, observa-se que o contato contínuo entre o profissional de saúde e o paciente requer eficácia de tal ato, pois induzir tais pacientes a seguirem o tratamento, especialmente o não farmacológico, requer da enfermeira habilidades de comunicação.

Santos e Silva (2002) afirmam que as orientações de enfermagem, por meio de uma intervenção sistematizada, possibilitam a transformação da clientela em agente de autocuidado e multiplicadora das ações de autocuidado na família e na comunidade.

Diante do exposto, podemos afirmar que a utilização dos diagnósticos de enfermagem em pacientes portadores de hipertensão arterial internados em unidade de terapia intensiva coronariana, contribuirá para identificação dos problemas de saúde apresentados por esta clientela, contribuindo positivamente no planejamento

e implementação das intervenções de enfermagem, bem como na obtenção dos resultados esperados com o cuidado de enfermagem sistematizado. Além disso, funciona como uma organização científica da enfermagem, aumentando o campo de ação do enfermeiro, sem restringi-lo somente a técnicas e procedimentos.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Estudo de natureza quantitativa, do tipo descritivo e transversal, que foi realizado em um hospital público de referência para doenças do coração e pulmão em Fortaleza-Ceará. Segundo Wood e Haber (2001), as abordagens quantitativas são fundamentadas por crenças de que os seres humanos são um complexo de muitos sistemas corporais que podem ser medidos objetivamente, um de cada vez ou combinados. Nestes estudos fica evidente que o pesquisador concentrou-se na medição de uma ou mais características humanas, esforçando-se por isolar as características de interesse e obter um quadro claro e livre de contexto. Tais pesquisas podem ter um valor importante para a enfermagem. É descritivo, pois além de observar e registrar as incidências, também investiga as dimensões dos fenômenos apresentados.

Sua característica transversal se deve ao fato de que, segundo Reichert (2004), os estudos transversais investigam a presença de doenças ou aspectos positivos/ negativos da saúde em um grupo ou população em um dado momento.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), de referência para doenças do coração e pulmão, localizado em Fortaleza-Ceará, mais especificamente no bairro de Messejana. Trata-se de um hospital-escola, tendo residência médica em várias especialidades relativas às doenças torácicas e funciona como campo de prática para diversos cursos de nível médio e superior da área de saúde. Oferece serviços de ambulatório, internamento e cirurgias torácicas, do coração e pulmão e conta, ainda, com um programa de atendimento domiciliar (PAD), para os pacientes cadastrados pelo hospital. Possui capacidade de 263 leitos, em área física plana, de disposição horizontal, com dez unidades de internação tipo enfermaria, cinco unidades de terapia intensiva adulta e

duas pediátricas, um centro cirúrgico, uma emergência, um setor de hemodinâmica e uma unidade ambulatorial.

O estudo teve como foco a unidade coronariana por ser o lócus apropriado para nossa pesquisa, já que a clientela atendida possui o perfil para responder nossos questionamentos, pois, em sua grande maioria, são portadores de complicações da hipertensão arterial, necessitando de tratamento clínico intensivo.

A unidade caracteriza-se por ser um centro de terapia intensiva, denominado centro coronariano (CECOR), que recebe pacientes cardiopatas clínicos, com necessidade de tratamento intensivo. Possui seis leitos de internação clínica e um leito para pacientes de transplante cardíaco em pós-operatório tardio, posto de enfermagem, sala para implante de marca-passo temporário, copa, vestiários, repousos masculino e feminino e sala do setor administrativo.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é composta por pacientes de ambos os sexos que estavam internados no CECOR no período de junho a setembro de 2006, e que possuíam diagnóstico médico de hipertensão arterial.

Para se ter noção do número de pacientes atendidos foi realizado um levantamento da taxa de ocupação mensal de pacientes na unidade coronariana referente ao ano de 2005. Foram internados na unidade 408 pacientes, destes 244 (60,0%) eram portadores de hipertensão, sendo que a média em três meses equivaleu a cerca de 60 pacientes.

A amostra foi formada, dentre a população, por pacientes maiores de 18 anos, conscientes, orientados e que verbalizassem suas necessidades. Foram excluídos os pacientes que tinham perfil para pesquisa, mas que apresentaram contra-indicação para ser entrevistado devido à gravidade de seu quadro clínico e ainda aqueles que permaneceram por menos de 24 horas na unidade. Fizeram, portanto, parte de nossa amostra 30 pacientes, que se encontravam dentro dos critérios de inclusão previamente preconizados.

Durante o período de coleta de dados passaram pelo centro coronariano, cerca de 62 pacientes portadores de hipertensão. No entanto, destes, apenas 30 encontravam-se dentro dos critérios do estudo, pois os demais apresentavam algumas restrições, tipo: estar entubado, sob ventilação mecânica, afásico por seqüela de acidente vascular cerebral (AVC), um surdo-mudo, presença de quadro clínico instável, principalmente devido ao padrão respiratório, inviabilizando a entrevista. Encontramos também pacientes estrangeiros (um francês e um holandês), que devido à barreira de linguagem, não podemos entrevistar.

4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

O instrumento proposto para coleta de dados foi baseado na construção de Vasconcelos (2005), que trabalhou com pacientes hipertensos acompanhados em ambulatório. Foram necessárias adaptações para obtermos os resultados esperados, uma vez que a clientela em estudo encontrava-se internada em unidade de terapia intensiva coronariana. Trabalhamos com os 13 domínios de saúde da taxonomia II da NANDA (2006) e utilizamos um roteiro para exame físico baseado em JARVIS (2002), instrumento este necessário para identificação de sinais e sintomas clínicos. Vale ressaltar que as medidas antropométricas utilizadas foram as que estavam registradas no prontuário, ou aquelas que foram informadas pelo próprio paciente. Não realizamos mensuração destas medidas, devido à necessidade de repouso no leito ou ainda pela impossibilidade de alguns pacientes pela gravidade do quadro clínico. Além disso, utilizamos, além das informações fornecidas pelo próprio paciente, dados do prontuário relacionados a exames complementares e terapêutica farmacológica. Essas informações subsidiaram a identificação dos diagnósticos de enfermagem.

O instrumento é constituído pelos 13 domínios descritos na Taxonomia II da NANDA e encontra-se assim estruturado: 1) Parte I: inclui os dados referentes às características sócio-demográficas e clínicas dos participantes do estudo; 2) Parte II: Roteiro com perguntas referentes aos domínios da taxonomia II da NANDA para identificação dos diagnósticos; 3) Parte III: Roteiro para exame físico segundo Jarvis (2002) e impressões do entrevistador.

A coleta de dados ocorreu no período de 15 de junho a 27 de setembro de 2006, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital. É digno de nota o fato de a pesquisadora ter atuado como enfermeira na unidade de terapia intensiva em pós-operatório cardíaco no referido hospital nos últimos dez anos, o que facilitou o acesso à clientela em questão, além de possibilitar a aplicabilidade dos resultados obtidos com o estudo na própria população-alvo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram consolidados a partir da utilização do Programa *Statistical Package of Social of Science* (SPSS) versão 13.0.

Utilizamos os testes não paramétricos quiquadrado de Friedman e de Mann-Withney para distribuição estatística com os diagnósticos de enfermagem acima do percentil 60 e as variáveis estudadas.

Para a elaboração dos diagnósticos utilizamos as etapas do raciocínio diagnóstico de Risner (1986).

Inicialmente foi realizada a separação do material em partes para o exame crítico, a fim de se definir os achados e suas relações, o que proporcionou a identificação dos dados convergentes e divergentes em relação ao estudo. Foi realizado o agrupamento das evidências em padrões, seguido de inferência e levantamento de hipóteses (julgamento clínico) e por fim o estabelecimento de relações entre proposições ou causas. Posteriormente foram identificados os fatores que influenciaram para as alterações inferidas, ocorrendo o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, assim como, de toda a categoria diagnóstica, que é o problema de saúde identificado (título do diagnóstico), os fatores relacionados e as características definidoras.

Os diagnósticos foram identificados inicialmente pela pesquisadora e posteriormente, validados pela orientadora, buscando a acurácia do julgamento clínico.

Os diagnósticos identificados seguiram a descrição da taxonomia II da

NANDA (2006). Decidimos trabalhar apenas com os diagnósticos de enfermagem acima do percentil 60, a fim de se ter maior representatividade. Os resultados foram descritos em quadros.

A análise e discussão dos resultados foram realizadas por meio da utilização de literatura pertinente no que concerne aos diagnósticos de enfermagem e à hipertensão arterial, além da experiência da pesquisadora e da orientadora, a qual possui produção significativa na área de distúrbios cardiovasculares.

Para melhor descrição dos dados consideramos casados, aqueles que possuem união oficializada ou consensual, e para os solteiros incluímos também aqueles que fossem viúvos ou divorciados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho procurou atender a todos os aspectos ético-legais contidos na Resolução 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

Para tanto, os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido para o estudo. Tiveram seu sigilo de identidade assegurado e a garantia de que os dados somente serão divulgados coletivamente, de forma a não permitir identificações. Ainda assim, puderam desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso lhes trouxesse qualquer tipo de constrangimento ou prejuízo.

Vale ressaltar que o presente trabalho também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e está registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) com a folha de rosto de nº 89407.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram avaliadas 30 pessoas, que se encontravam dentro dos critérios de inclusão estabelecidos. Com o objetivo de caracterizá-los do ponto de vista sócio-demográfico, clínico e de ocorrência dos diagnósticos, apresentamos a seguir quadros com aspectos relevantes para essa caracterização. Inicialmente, abordaremos as características sócio-demográficas.

QUADRO 2: Distribuição dos participantes quanto a características sócio-demográficas (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação e religião). Centro Coronariano do Hospital X. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006.

VARIÁVEL	n	%
SEXO		
Feminino	14	46,7
Masculino	16	53,3
FAIXA ETÁRIA		
47 – 60	6	20,0
61 – 70	11	36,7
71 – 85	13	43,3
ESTADO CIVIL		
Solteiro	13	43,3
Casado	17	56,7
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	12	40,0
Ensino fundamental incompleto e completo	14	46,7
Ensino médio incompleto e completo	4	13,4
RENDIA FAMILIAR		
1 salário mínimo	15	50,0
2 salários mínimos	11	36,7
Mais de 2 salários mínimos	4	13,3
OCUPAÇÃO		
Aposentado/a ou pensionista	22	73,3
Outros	8	26,7
RELIGIÃO		
Católico	22	73,3
Não católico	8	26,7

No quadro anterior observamos que a maioria dos participantes era do sexo masculino (16=53,3%), o que reforça a epidemiologia da hipertensão, que se mostra prevalente em homens. A interação entre sexo e idade gera diferenças nas taxas de prevalência. Analisando estimativas globais de hipertensão, identificam-se taxas mais elevadas para os homens até 50 anos. Após essa idade, com a perda da proteção estrogênica, há uma elevação dos casos entre mulheres. Nos países da América Latina e Caribe, os homens apresentam maior prevalência que as mulheres em todas as faixas etárias (FUCHS, 2006).

Quanto à faixa etária, os participantes (80%=24) encontram-se, em sua maioria, entre 61 a 85 anos, com média de 67,5 anos e desvio padrão de 8,8. Estudos epidemiológicos brasileiros demonstraram que a prevalência da hipertensão arterial entre idosos, assim como em todo o mundo, é elevada. Cerca de 65% dos idosos são hipertensos e, entre mulheres com mais de 75 anos, a prevalência da doença chega a 80% (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO..., 2006).

No entanto, no estudo, é importante ressaltar que lidamos com pacientes internados em um centro coronariano e que, portanto, já devem conviver com a doença há muito tempo, ainda que não o saibam. Portanto, estas faixas etárias devem ser menores por ocasião do diagnóstico de hipertensão.

Em relação ao estado civil, 17 (56,7%) são casados, fato este que pode ser considerado relevante, uma vez que a rede de apoio familiar é fator colaborador para uma melhor adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Quanto à escolaridade, 12(40,0%) eram analfabetos, 14 (46,7%) possuíam ensino fundamental incompleto ou completo e quatro (13,4%) tinham ensino médio incompleto ou completo. O baixo nível de escolaridade é mais um componente que compromete o tratamento e o controle da hipertensão, pois dificulta a compreensão de informações em relação à doença arterial e sua terapêutica.

Vinte e seis (86,7%) possuíam renda familiar baixa, entre um e dois salários mínimos, com média de dois salários e desvio padrão de 1,74, algo comum em países em desenvolvimento como o Brasil, e considerado um fator dificultador da adesão ao tratamento, pois a renda parca não é suficiente para atender às

necessidades dietéticas e farmacológicas do portador de hipertensão arterial.

A condição sócio-econômica geralmente alia ganho salarial e nível educacional, tendo este binômio grande influência nos hábitos de vida, sociais, educacionais e na compreensão e aceitação da doença. Em estudo da Liga Baiana de Hipertensão e Aterosclerose, a prevalência da hipertensão arterial e do conhecimento sobre a pressão arterial foi, respectivamente, de 23,6% e 19,6% no estrato social mais elevado (A), 36,7% e 16,8% no estrato intermediário (B) e 39,6% e 21,4% no mais baixo (C) (GUIMARÃES, 2006).

Quanto à ocupação, 22 (73,3%) eram aposentados ou pensionistas, e, portanto deveriam possuir tempo livre, que poderia ser utilizado em benefício do tratamento.

Sobre a religião a maior parte dos participantes (73,3%=22) era de católicos, o que já se esperava, por se tratar o Brasil de um país de maioria católica.

Diante do exposto, podemos observar como as características sócio-demográficas possuem um forte elo com as doenças cardiovasculares, inclusive com a hipertensão, atuando por vezes como fatores de risco determinantes para sua prevenção e tratamento.

No quadro 3 discutiremos a distribuição dos participantes quanto às características clínicas.

QUADRO 3: Distribuição dos participantes quanto às características clínicas (tempo de diagnóstico, internação anterior, uso de medicação, tabagismo, etilismo, índice de massa corpórea - IMC e circunferência abdominal - CA). Centro Coronariano do Hospital X. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006.

VARIÁVEL	N.	%
TEMPO DE DIAGNÓSTICO DE HAS		
Até 1 ano	2	6,7
Mais de 1 ano	25	83,3
Não sabe informar	3	10,0
INTERNAÇÃO ANTERIOR EM DECORRÊNCIA DA HAS		
Sim	18	60,0
Não	12	40,0
USO DE MEDICAÇÃO ANTI-HIPERTENSIVA		
Sim	27	90,0
Não	3	10,0
TABAGISMO		
Sim	13	43,3
Não	17	56,7
ETILISMO		
Sim	4	13,3
Não	26	86,7
ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA-IMC		
18 - 25	14	46,6
25 - ∞	16	53,4
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL - CA		
Normal	14	46,6
Acima do normal	16	53,4
COMPLICAÇÃO DA HAS		
<i>Angina pectoris</i>	3	10,0
Infarto agudo do miocárdio	20	66,6
Insuficiência cardíaca congestiva	3	10,0
Arritmia cardíaca	3	10,0
Aneurisma dissecante de aorta	1	3,4

Habitualmente temos observado na prática que decorre um longo período de tempo até que o portador de hipertensão venha a apresentar sinais, sintomas e complicações a ela associadas. Daí seu estigma de *assassina silenciosa*, pois possui evolução insidiosa e progride de forma assintomática na maioria dos pacientes. No quadro 3, observamos que 25 (83,3%) pessoas possuem tempo de diagnóstico de hipertensão comprovado maior que um ano. Dezoito dos

participantes (60,0%) já foram submetidos à internação anterior em decorrência da doença arterial e 27 (96,7%) fazem uso de anti-hipertensivos orais cotidianamente. Diante deste fato, evidencia-se a possibilidade da falta de adesão ao tratamento não-farmacológico anti-hipertensivo, pois, mesmo em uso do tratamento medicamentoso instituído, os pacientes apresentaram complicações graves que culminaram em internações em um centro coronariano, sem contar a possibilidade de não adesão ao próprio tratamento farmacológico para a doença arterial.

Observa-se, ainda, que 13 (43,3%) dos participantes são tabagistas, mesmo com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) estabelecido. O estudo INTERHEART (2004 apud AMODEO et al., 2005), afirma que fumar um a cinco cigarros por dia resultou num aumento do risco relacionado às doenças cardiovasculares de 38%, enquanto fumar acima de 40 cigarros/dia multiplica o risco em 9,16 vezes. Uma redução do hábito de fumar foi correlacionada com uma marcada redução do risco para as doenças cardiovasculares.

Encontramos 13,3% (4) de etilismo entre os participantes. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas é um importante fator de risco de hipertensão e AVC. A hipertensão pode se agravar com a suspensão abrupta da ingestão de álcool, mas tende a diminuir com a ingestão de menores doses (GUIMARÃES, 2006).

Em relação ao índice de massa corporal (IMC), observa-se que 16 (53,4%) apresentam IMC acima de 25, sendo 12 (40,0%) com sobrepeso; e quatro (13,4%) com obesidade. Quanto à Circunferência Abdominal (CA), outro importante parâmetro para mensurar risco para doença coronariana, observa-se que 14 (46,6) pacientes encontram-se dentro das cifras de normalidade e 16 (53,3%) acima do considerado normal. Destes últimos, três (10,0%) eram do sexo masculino, com CA maior que 102 cm, e treze (43,3%) do sexo feminino, com CA maior que 88 cm.

A relação entre hipertensão arterial e obesidade é conhecida e documentada, sendo consenso que o aumento da pressão arterial, do peso e das taxas de lipídios e glicídios estão associados e colaboram, sobremaneira, para a morbimortalidade cardiovascular, fato observado em países desenvolvidos, naqueles em desenvolvimento e nos subdesenvolvidos (DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO..., 2004).

Resultados de inúmeros estudos epidemiológicos indicam a importância e a independência da obesidade como fator de risco para hipertensão. Segundo Mano (2004), estudos populacionais mostram que a prevalência da hipertensão dobra em adultos jovens e é pelo menos 50% maior nos adultos mais velhos (40 a 64 anos) com excesso de peso, quando comparados com indivíduos de peso normal. Os estudos de Framingham (Framingham Heart Study) revelam que o excesso de peso aumenta em oito vezes a incidência de hipertensão arterial. Calcula-se que para cada quilograma ganho de peso, a pressão arterial sistólica se eleve em 1mmHg (MANO, 2004; FUCHS, 2006).

A hipertensão é uma doença que lesiona o sistema vascular, causando alterações na estrutura arterial e diminuindo o aporte de sangue para órgãos-alvo, como o coração, o cérebro, os rins e os vasos, contribuindo para instalação de quadros mais graves (PIERIN, 2004). Tal gravidade é comumente encontrada em indivíduos que não controlam adequadamente seus níveis pressóricos, o que, em nosso contexto, consiste em um grande contingente (MOREIRA, 2003; SOUZA, 2006). Isto se dá porque, culturalmente, não fomos habituados a adotar comportamentos direcionados à prevenção de doenças, mas à sua cura, implicando na busca de assistência à saúde somente quando há sinais e sintomas instalados de doença.

No estudo, todos os participantes apresentaram problemas cardiovasculares, sendo 23 (76,6%) de doença isquêmica cardíaca. Tal ocorrência pode estar relacionada à presença de hipertensão arterial nesses pacientes.

A base fisiopatológica da isquemia cardíaca desencadeada pela hipertensão é o desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio para o músculo cardíaco. Devido às alterações estruturais e funcionais causadas pela hipertensão, ocorre redução da luz dos vasos coronarianos, diminuindo o aporte de sangue para o miocárdio. Na evolução da lesão vascular hipertensiva, instala-se o processo de aterosclerose em todo o leito vascular coronariano, reduzindo ainda mais o calibre vascular. Desse modo, na pessoa com hipertensão e descontrole pressórico ocorre a combinação da angina microvascular (desproporção entre fibra miocárdica e leito vascular coronariano) e a macrovascular (aterosclerótica), aumentando as chances

de isquemia miocárdica, o que pode culminar em infarto agudo do miocárdio (STEFANINI; RAMOS, 2005).

Os demais pacientes (7=33,4%) evoluíram com outras alterações cardíacas, dentre elas arritmias (3), aneurisma dissecante de aorta (1) e insuficiência cardíaca (3).

As arritmias podem ser causadas por distúrbios de geração ou da condução do impulso elétrico ou, ainda pela combinação de ambos, sendo assim, pacientes hipertensos, que geralmente evoluem com disfunção de ventrículo esquerdo, são possíveis candidatos a desenvolverem arritmia em algum período da vida (FENELON; PAOLA, 2006).

A insuficiência cardíaca é uma enfermidade progressiva desencadeada a partir de uma lesão inicial que acomete o miocárdio, com resultante perda de massa muscular ou, alternativamente, prejudica a habilidade desse miocárdio de gerar força e manter sua função contrátil adequada (BOCCHI; FERREIRA, 2005).

O prognóstico da insuficiência cardíaca é, em geral, ruim. Metade dos pacientes portadores do diagnóstico de insuficiência cardíaca morrerá em quatro anos; e dos pacientes com insuficiência cardíaca grave, mais de 50% morrerão em um ano (SIMÕES et al, 2005).

A hipertensão arterial é encontrada em 80% dos casos de dissecção da aorta e, por isso, sua presença é um fator na sua gênese (LUNA, 1989; JULIAN; COWAN, 2000). Ocorre comprometimento da camada íntima do vaso, com formação de um hematoma intramural e afastamento das camadas médias. O principal sintoma é dor precordial, que se irradia para região interescapular, abdominal e lombar. Em alguns casos, é discreta; a falta de ar e a síncope podem ser os primeiros sintomas. O tratamento indicado é geralmente cirúrgico. A mortalidade é alta e precoce, e as curvas temporais para o risco de óbito se contam em horas. É estimada, ao final da segunda semana, em 75%, sendo de 1% por hora nas primeiras 48 horas (BUFOLLO, 2005).

Observamos que, quanto às características clínicas, os participantes mostraram-se com achados semelhantes a outros estudos apontados na literatura, o

que nos leva a certificação da importância dessas características na gênese da hipertensão arterial.

A seguir no quadro 3, veremos os diagnósticos de enfermagem que foram identificados no estudo de acordo com os domínios da taxonomia II da NANDA.

QUADRO 4: Diagnósticos de enfermagem identificados nos participantes do estudo.
Centro Coronariano do Hospital X. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006

DOMÍNIOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE)*	N
1- Promoção da Saúde	-Controle ineficaz do regime terapêutico	30
	-Manutenção ineficaz da saúde	15
2 - Nutrição	-Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	18
	-Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	1
3- Eliminação e Troca	NENHUM "DE" NO PERCENTIL 60	00
	-Eliminação urinária prejudicada	6
	-Disposição para eliminação urinária melhorada	5
	-Constipação	11
	-Risco de constipação	1
	-Troca de gases prejudicada	13
4- Atividade/ Repouso	-Padrão de sono perturbado	26
	-Mobilidade física prejudicada	30
	-Débito cardíaco diminuído	30
	- Perfusão tissular ineficaz (24 cardíaca, 03 renal e 02 cerebral)	29
	-Déficit no autocuidado	30
	-Intolerância à atividade	16
5- Percepção/ Cognição	-Percepção sensorial perturbada	26
	-Conhecimento deficiente	18
	-Memória prejudicada	14
6- Autopercepção	NENHUM "DE" NO PERCENTIL 60	00
	-Sentimento de impotência	5
	-Baixa auto-estima situacional	10
	-Distúrbio na imagem corporal	4
7- Relacionamentos de papel	NENHUM "DE" NO PERCENTIL 60	00
	-Processos familiares interrompidos	6
	-Desempenho de papel ineficaz	6
	-Interação social prejudicada	9
8- Sexualidade	NENHUM "DE" NO PERCENTIL 60	00
	-Disfunção sexual	14
	-Padrões de sexualidade ineficazes	2
9- Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse	-Tristeza crônica	23
	-Disposição para enfrentamento aumentado (individual)	20
		00
10- Princípios de Vida	-Disposição para religiosidade aumentada	29
	-Religiosidade prejudicada	1
11- Segurança/ Proteção	-Risco de infecção	30
	-Integridade da pele prejudicada	27
	-Dentição prejudicada	8
	-Risco de queda	7
12- Conforto	-Dor aguda	22
	-Dor crônica	4
13- Crescimento/ Desenvolvimento	-Insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde)	18
		00

*MARCADOS NO QUADRO 4 OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ACIMA DO PERCENTIL 60 POR DOMÍNIO

No quadro 4, observamos os diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes hipertensos internados no centro coronariano. No total, foram identificados 37 diagnósticos de enfermagem distribuídos nos 13 domínios da Taxonomia II da NANDA.

No domínio 1 (Promoção da Saúde), encontramos o diagnóstico “controle ineficaz do regime terapêutico” (30 = 100,0%) e “manutenção ineficaz da saúde” (15=50,0%).

No domínio 2 (Nutrição), tivemos os diagnósticos “nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais” (18=60,0%) e “nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais” (1=3,3%).

No domínio 3 (Eliminação e Troca), identificamos os seguintes diagnósticos: “eliminação urinária prejudicada” (6=20,0%), “disposição para eliminação urinária melhorada” (5=16,6%), “constipação” (11=36,7%), “risco de constipação” (1=3,3%) e “troca de gases prejudicada” (13=43,3%).

No domínio 4 (Atividade/Repouso), observamos os diagnósticos, “padrão de sono perturbado” (26=86,7%), “mobilidade física prejudicada” (30=100,0%), “débito cardíaco diminuído” (30=100,0%), “perfusão tissular ineficaz” (29=96,7%, sendo 24 cardíacas, 3 renais e 2 cerebrais); “déficit no autocuidado” (30=100,0%) e “intolerância à atividade” (16=53,4%).

No domínio 5 (Percepção/Cognição), encontramos os diagnósticos, “percepção sensorial perturbada” (26=86,7%, sendo 24 visuais e 2 auditivas), “conhecimento deficiente” (18=60%) e “memória prejudicada” (14=46,6%).

No domínio 6 (Autopercepção), tivemos os diagnósticos “sentimento de impotência” (5=16,6%), “baixa auto-estima situacional” (10=33,3%) e “distúrbio na imagem corporal” (4=13,3%).

No domínio 7 (Relacionamento de Papéis), identificamos os diagnósticos, “processos familiares interrompidos” (6=20,0%), “desempenho de papel ineficaz” (6=20,0%) e “interação social prejudicada” (9=30,0%).

No domínio 8 (Sexualidade), observamos os diagnósticos “disfunção sexual” (14=46,6%) e “padrões de sexualidade ineficazes” (2=6,6%).

No domínio 9 (Enfrentamento/Tolerância ao Estresse), encontramos os diagnósticos “tristeza crônica” (23=76,6%) e “disposição para enfrentamento aumentado (individual)” em 20 participantes (66,6%).

No domínio 10 (Princípios de Vida), tivemos os diagnósticos “disposição para religiosidade aumentada” (29=96,7%) e “religiosidade prejudicada” (1=3,3%).

No domínio 11 (Segurança/Proteção), encontramos os diagnósticos risco de infecção (30=100,0%), “integridade da pele prejudicada” (27=90,0%), “dentição prejudicada” (8=26,7%) e “risco de queda” (7=23,3%).

No domínio 12 (Conforto), identificamos os diagnósticos “dor aguda” (22=73,3%) e “dor crônica” (4=13,3%).

E, finalmente no domínio 13 (Crescimento/Desenvolvimento), encontramos o diagnóstico “insuficiência para melhorar (o seu estado de saúde)”, presente em 18 participantes do estudo (60,0%).

No todo, o Domínio 4, referente à Atividade/ Repouso, apresentou o maior número de diagnósticos identificados, sendo a classe 4, correspondente às respostas cardiovasculares/ pulmonares, a mais representativa, o que é justificado pela ocorrência da hipertensão e pelo quadro clínico ora apresentado, uma vez ser os participantes do estudo portadores de doenças cardiovasculares com lesão em órgãos-alvo, o que se traduz fisiologicamente por alterações na função cardíaca, trazendo repercussões hemodinâmicas e respiratórias.

Observa-se, ainda, que os diagnósticos, “controle ineficaz do regime terapêutico” (domínio 1); “mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído e déficit no autocuidado” (domínio 4); e “risco de infecção” (domínio 11) estiveram presentes em todos os 30 participantes.

Do total dos 37 diagnósticos de enfermagem distribuídos nos 13 domínios da NANDA identificados, 16 foram estudados com maior profundidade nesta pesquisa por atingirem/superarem o percentil 60 de ocorrência, delimitado para a

inserção no estudo. As linhas sombreadas do quadro 4 destacam os diagnósticos de enfermagem neste percentil, a saber (aqui em ordem decrescente):

- 1) **Controle ineficaz do regime terapêutico (100%)** (1992): padrão de regulação e integração na vida diária de um programa de tratamento de doenças e seqüelas de doenças que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde (NANDA, 2006, p.69);
- 2) **Mobilidade física prejudicada (100%)** (1973, 1998): limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (NANDA, 2006, p.155);
- 3) **Débito cardíaco diminuído (100%)** (1975, 1996, 2000): quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais (NANDA, 2006, p.73);
- 4) **Déficit no autocuidado** para alimentação/ banho/ higiene/ higiene íntima **(100%)** (1980, 1998): capacidade prejudicada para desempenhar ou completar atividades de alimentação, de banho/higiene por si mesmo, suas próprias atividades de higiene íntima. (NANDA, 2006, p.36-38);
- 5) **Risco de infecção (100%)** (1986): Estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos (NANDA, 2006, p.137);
- 6) **Perfusão tissular ineficaz (96,7%)** (1980, 1998): diminuição na oxigenação, resultando na incapacidade de nutrir os tecidos no nível capilar (NANDA, 2006, p.189).
- 7) **Disposição para religiosidade aumentada (96,7%)** (2004): Capacidade de aumentar a confiança em crenças religiosas e/ou participar de ritos de uma fé religiosa em particular (NANDA, 2006, p.200);
- 8) **Integridade da pele prejudicada (90%)** (1975, 1998): Epiderme e/ou derme alteradas (NANDA, 2006, p.140);
- 9) **Padrão de sono perturbado (86,7%)** (1980, 1998): distúrbio, com tempo limitado, na quantidade ou qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência) (NANDA, 2006, p.213);

- 10) **Percepção sensorial perturbada (86,7%)** (1978, 1980, 1998): Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada de resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos (NANDA, 2006, p.188);
- 11) **Tristeza crônica (76,6%)** (1998): Padrão cíclico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, que é experimentada (por um pai/mãe, cuidador ou indivíduo com doença crônica ou deficiência) em resposta à perda contínua, ao longo da trajetória de uma doença ou deficiência (NANDA, 2006, p.232);
- 12) **Dor aguda (73,3%)** (1996): Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses (NANDA, 2006, p.90);
- 13) **Disposição para enfrentamento aumentado (66,6%)** (individual) (2002): Um padrão de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com demandas que é suficiente para o bem-estar e pode ser reforçado (NANDA, 2006, p.94);
- 14) **Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais (60%)** (1975, 2000): Ingestão de nutrientes que excede às necessidades metabólicas (NANDA, 2006: p.167);
- 15) **Conhecimento deficiente (60%)** (1980): Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico (NANDA, 2006, p.59);
- 16) **Insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde) (60%)** (1998): Deterioração funcional progressiva de natureza física e cognitiva. A capacidade do indivíduo de viver com doenças multissistêmicas, enfrentar os problemas decorrentes e controlar o seu cuidado está notavelmente diminuída (NANDA, 2006, p.138).

Os domínios 3 (Eliminação e troca), 6 (autopercepção), 7 (relacionamento de papéis) e 8 (sexualidade) não apresentaram diagnósticos no percentil 60, logo não serão considerados para análise.

No quadro 5, observamos os diagnósticos de enfermagem acima do percentil 60, suas características definidoras e fatores relacionados, identificados na população do estudo.

QUADRO 5. Diagnósticos de enfermagem acima do percentil 60, características definidoras e fatores relacionados identificados nos participantes do estudo. Centro Coronariano do Hospital X. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006.

Diagnósticos	Características Definidoras	Fatores Relacionados
1. Controle ineficaz do regime terapêutico	Verbaliza que não agiu para reduzir fatores de risco para a progressão da doença e seqüelas; verbaliza desejo de controlar o tratamento e a prevenção de seqüelas; verbaliza dificuldade com a regulação/ integração de um ou mais dos regimes prescritos para a prevenção de complicações e o tratamento.	Barreiras percebidas; déficit de conhecimento; dificuldades econômicas; complexidade do regime terapêutico; complexidade do sistema de assistência à saúde.
2. Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	Peso 20% acima do ideal para a altura e a compleição; nível de atividade sedentário.	Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas.
3. Padrão de sono perturbado	Despertares prolongados; prazo do início do sono maior que 30 minutos; queixas verbais de não se sentir bem descansado; três ou mais despertares durante a noite.	Pensar sobre o lar; barulho; iluminação; mobiliário e acessórios para o sono não-familiares; despertar causado por outros; falta e privacidade; interrupções para medicações.
4. Mobilidade física prejudicada	Respiração curta, induzida pelo movimento.	Restrição de movimentos prescrita; desconforto, dor; resistência cardiovascular limitada.
5. Débito cardíaco diminuído	Arritmias; pré e pós carga alteradas; contratilidade alterada.	Ritmo/frequência cardíaca alterados; volume de ejeção alterado; pré-carga, pós-carga e contratilidade alteradas.
6. Perfusão tissular ineficaz	Pressão sanguínea alterada; elevação nas taxas de uréia e creatinina sanguíneas; anormalidades na fala; frequência respiratória alterada; gases sanguíneos arteriais anormais; precordialgia; arritmias	Hipovolemia; hipervolemia; redução mecânica do fluxo sanguíneo venoso e/ou arterial; relação inadequada da ventilação com o fluxo sanguíneo; concentração diminuída de hemoglobina no sangue.
7. Déficit no autocuidado	Incapacidade de: Lavar o corpo ou partes do corpo, secar o corpo, chegar ao vaso sanitário ou cadeira higiênica, realizar higiene íntima apropriada, manter a aparência em um nível satisfatório.	Barreiras ambientais, estado de mobilidade prejudicada,
8. Percepção sensorial perturbada	Distorções auditivas, distorções visuais e padrões de comunicação alterados.	Recepção, transmissão e/ou integração sensorial alterada.
9. Conhecimento deficiente	Verbalização do problema, seguimento inadequado de instruções.	Falta de capacidade de recordar, interpretação errônea de informação, limitação cognitiva.
10. Tristeza crônica	Expressa um ou mais dos seguintes sentimentos: raiva, confusão, depressão, desapontamento, medo, frustração, solidão, desesperança.	A pessoa experimenta doença física ou mental crônica ou deficiência.
11. Disposição para enfrentamento aumentado (individual)	Define estressores como "administráveis"; utiliza recursos espirituais; reconhece possíveis mudanças de ambiente	NÃO DESCRITOS
12. Disposição para religiosidade aumentada	Expressa desejo de reforçar modelos de crenças religiosas e costumes que proporcionam conforto/ religiosidade no passado.	NÃO DESCRITOS
13. Risco de infecção	NÃO DESCRITAS	Procedimentos invasivos; exposição ambiental à patógenos aumentada; defesas primárias inadequadas; doença crônica.
14. Integridade da pele prejudicada	Invasão de estruturas do corpo, destruição de camadas da pele (derme), rompimento da superfície da pele (epiderme).	EXTERNOS: Fatores mecânicos, imobilização física, extremos de idade, medicações. INTERNOS: Circulação alterada, alteração metabólica, estado dos líquidos alterado.
15. Dor aguda	Relato verbal ou codificado; evidência observada; gestos protetores; expressão facial; respostas autonômicas.	Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos e psicológicos).
16. Insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde)	Declínio cognitivo (dificuldade demonstrada de raciocínio, julgamento, memória e concentração), estado de humor alterado: expressa sentimentos de tristeza, de estar com o espírito deprimido.	Depressão, apatia, fadiga.

Os 16 diagnósticos de enfermagem situados acima do percentil 60 já descritos e as variáveis a ele associadas serão comentados a partir de então.

QUADRO 6: Pacientes segundo diagnósticos de enfermagem e características sócio-demográficas. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006

Domínio	Características sócio-demográficas Diagnósticos	Faixa Etária			Sexo		Estado Civil		Escolaridade			Renda		Total
		47- 60	61 -70	71- 85	Mascu- li- no	Femini- no	Solteiro	Casado	Analfabe- to	Ensino Fundam	Ensino médio	1 a 2 salários	3 a 9 salários	
1.Promoção da saúde	1.Controle ineficaz do regime terapêutico	6	11	13	16	14	13	17	12	14	4	26	4	30
2. Nutrição	2.Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	3	8	7	10	8	6	12	9	6	3	15	3	18
4. Atividade/repouso	3.Padrão de sono perturbado	5	11	11	16	11	11	16	11	12	4	23	3	26
	4.Mobilidade física prejudicada	6	11	13	16	14	13	17	12	14	4	26	4	30
	5.Débito cardíaco diminuído	6	11	13	16	14	13	17	12	14	4	26	4	30
	6.Perfusão tissular ineficaz	6	10	13	16	12	12	17	12	13	4	25	4	29
	7.Déficit no autocuidado	6	11	13	16	14	13	17	12	14	4	26	4	30
5. Percepção/Cognição	8.Percepção sensorial perturbada	5	10	11	16	10	12	14	10	12	4	24	2	26
	9.Conhecimento deficiente	4	4	10	12	6	8	10	12	6	-	17	1	18
9.Enfrentamento/Tolerância ao estresse	10.Tristeza crônica	5	9	9	14	9	8	15	8	11	4	19	4	23
	11.Disposição para enfrentamento aumentado (individual)	4	8	8	12	8	10	10	9	7	4	16	4	20
10.Princípios de vida	12.Disposição para religiosidade aumentada	6	10	13	16	13	13	16	12	13	4	26	3	29
11. Segurança/Proteção	13.Risco de infecção	6	11	13	16	14	13	17	12	14	4	26	4	30
	14.Integridade da pele prejudicada	5	10	12	16	11	11	16	12	11	4	23	4	27
12. Conforto	15.Dor aguda	5	8	9	14	8	10	12	10	8	4	20	2	22
13.Crescimento/Desenvolvimento	16.Insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde)	3	7	8	10	8	6	12	9	6	3	16	2	18

Faixa etária: χ^2 Friedman= 24,78 e $p=0,0001$; **Sexo:** χ^2 Friedman=0,66 e $p=0,999$; **Estadocivil:** χ^2 Friedman=2,41 e $p=0,999$;

Escolaridade: χ^2 Friedman= 23,63 e $p= 0,0001$; **Renda familiar:** χ^2 Friedman=29,28 e $p=0,0001$

A pressão arterial eleva-se com a idade, tanto em homens quanto em mulheres, sendo que a partir da sexta década de vida, seu principal componente é a elevação da pressão sistólica (FUCHS, 2006).

Observamos no quadro 6, que na faixa etária de 47-60 anos houve a presença de seis (20,0%) pacientes. Nestes houve praticamente uma homogeneidade na presença de diagnósticos, com cerca de quatro a seis pessoas em cada um dos 16 diagnósticos. Destaque para os diagnósticos, “nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais e insuficiência do adulto para melhorar o seu estado de saúde”, com apenas três pessoas em cada.

Já na faixa etária que vai de 61 a 70 anos, tivemos um total de onze (36,7%) pacientes, com destaque na ocorrência dos seguintes diagnósticos: “controle ineficaz do regime terapêutico” (11), “padrão de sono perturbado” (11), “mobilidade física prejudicada” (11), “débito cardíaco diminuído” (11), “déficit no autocuidado” (11) e “risco de infecção” (11), presentes em todos os pacientes.

Por fim, na faixa etária de 71 a 85 anos tivemos 13 pacientes, obtendo maior frequência os diagnósticos: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado, disposição para religiosidade aumentada e risco de infecção”.

Percebemos, então, que, além da faixa etária, existe uma associação de outros diagnósticos presentes, que contribuem de forma direta para o controle ineficaz do regime terapêutico, como o de percepção sensorial perturbada, conhecimento deficiente e insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde), possibilitando, assim, a evolução da doença arterial e de suas possíveis complicações.

A faixa etária apresentou significância estatística de distribuição em relação aos diagnósticos de enfermagem ($p=0,0001$).

Em relação ao sexo podemos observar no quadro 4 maior número de homens (16) que de mulheres (14) internados na unidade de terapia intensiva, o que se contrapõe à maior procura pelos serviços de saúde por parte das mulheres, já documentada em diversos estudos (SOUZA, 2006; LIMA et al., 2005; SANCHEZ;

PIERIN; MION Jr., 2004). Ora, por outro lado, a maior presença de mulheres na atenção primária e secundária favorece o controle da doença, previne complicações e co-morbidades associadas, justificando o maior número de homens internados. Além disso, estudos relatam maior resistência dos homens na adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, uma vez que alguns fármacos são responsáveis pela redução da libido e da potência sexual, causando sua rejeição pelo grupo masculino e aumentando as chances do surgimento de complicações nesta clientela (AMODEO et al., 2005).

Foram diagnósticos mais presentes nos homens (16): “controle ineficaz do regime terapêutico, padrão de sono perturbado, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado, percepção sensorial perturbada, disposição para religiosidade aumentada, risco de infecção e integridade da pele prejudicada”.

Já nas mulheres (14) foram prevalentes os diagnósticos: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, déficit no autocuidado e risco de infecção”.

Os diagnósticos, “controle ineficaz do regime terapêutico” (30), “mobilidade física prejudicada” (30), “débito cardíaco diminuído” (30), “perfusão tissular ineficaz” (29), “déficit no autocuidado” (30) e “risco de infecção” (30), mostraram-se com a mesma prevalência nos participantes do estudo, independente do sexo.

O sexo não apresentou distribuição estatística significativa com os diagnósticos de enfermagem ($p=0,9999$).

Observamos a prevalência dos diagnósticos segundo o estado civil, sendo considerados casados todos aqueles em união consensual e solteiros também o grupo de viúvos e divorciados.

O suporte familiar é de suma importância para adesão do tratamento. Para isso é primordial que os familiares sejam participantes do processo de cuidar, sendo necessário que sejam devidamente orientados quanto às estratégias de tratamento.

Os diagnósticos mais prevalentes nos participantes casados (17) foram: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado, e risco de infecção”.

No estudo de Reis e Glashan (2001), observou-se que os pacientes os quais moravam na companhia de alguém, seja, de companheiro, pais, filhos, parentes ou amigos, tinham maior percepção da doença como grave e os que moravam sozinhos percebiam a hipertensão como doença sem gravidade.

Nos participantes solteiros (13) os diagnósticos mais presentes foram: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado, disposição para religiosidade aumentada e risco de infecção”.

A variável estado civil não apresentou distribuição estatística significativa no estudo ($p=0,9999$), em relação aos diagnósticos de enfermagem.

No Quadro 6, podemos observar que 12 (40,0%) eram analfabetos , outros 14 (46,7) tinham ensino fundamental e quatro (13,3%) ensino médio.

Verificamos que a variável escolaridade, quando associada aos diagnósticos de enfermagem, apresentou significância estatística ($p=0,0001$).

Nos analfabetos (12), os diagnósticos mais prevalentes foram: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado, conhecimento deficiente, disposição para religiosidade aumentada, risco de infecção e integridade da pele prejudicada”.

Nos participantes com ensino fundamental (14), os diagnósticos mais presentes foram: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, déficit no autocuidado e risco de infecção”.

Já nos participantes com ensino médio completo ou incompleto (4), observamos maior prevalência dos diagnósticos: “controle ineficaz do regime terapêutico, padrão de sono perturbado, mobilidade física prejudicada, débito

cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado, percepção sensorial perturbada, tristeza crônica, disposição para enfrentamento aumentado (individual), disposição para religiosidade aumentada, risco de infecção e integridade da pele prejudicada”.

Quanto ao diagnóstico “tristeza crônica”, Oliveira *et al.* (2002) explicam que: um dos grandes desafios para o portador de hipertensão é aceitar a convivência com o caráter crônico da enfermidade. A aceitação está, muitas vezes, associada aos sentimentos de tristeza, raiva, agressividade e hostilidade, cuja superação só se faz pela conscientização do problema, com adesão ao tratamento, tornando possível uma melhor adaptação à sua condição de saúde.

Já a presença do diagnóstico “disposição para enfrentamento aumentado (individual)” pode ocorrer quando o ser humano se encontra em situações que funcionam como estressores e que geram insatisfação, como é o caso da internação, quando se torna comum o uso de mecanismos psicológicos de defesa para o enfrentamento do problema. Segundo Oliveira e Araújo (2002), o enfrentamento das situações internas ou externas, é necessário para manutenção da integridade do indivíduo.

A literatura aponta que o baixo nível de escolaridade influencia na compreensão das pessoas acerca da prevenção e tratamento dos seus problemas de saúde, o que configura um fator contribuinte para dificultar o entendimento por parte destas, acerca das orientações recebidas, sobretudo acerca do tratamento correto, trazendo prejuízos às suas estratégias de controle (SOUZA, 2006; LOPES; FORTES, 2004).

Em relação à renda familiar, encontramos no quadro 4 a ocorrência dos seguintes diagnósticos de enfermagem. No grupo de participantes que recebem entre 1 e 2 salários mínimos (26), evidenciamos a prevalência dos diagnósticos: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, déficit no autocuidado, disposição para religiosidade aumentada e risco de infecção”.

No grupo de participantes, que possuem renda mensal entre 3 e 9 salários mínimos (4), os diagnósticos mais prevalentes foram: “controle ineficaz do

regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado, tristeza crônica, disposição para enfrentamento aumentado (individual), risco de infecção e integridade da pele prejudicada”.

A variável escolaridade apresentou distribuição estatística significativa ($p=0,0001$).

A condição sócio-econômica é um dos fatores que podem atuar na gênese, na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial. Os recursos financeiros reduzidos estão associados a vários outros aspectos, como dificuldade de acesso aos serviços de saúde, dieta condizente com a situação financeira, impossibilidade de aquisição de medicamentos que não estão incluídos nos fármacos distribuídos pela rede pública, entre outros. No estudo de Sanchez, Pierin e Mion Jr. (2004), 67% dos participantes, que procuravam o pronto-socorro, tinham como renda mensal menos de cinco salários mínimos e nos seus discursos afirmaram que deixavam de tomar a medicação principalmente em detrimento dos custos destas (82,8%).

Segundo Simonetti, Batista e Carvalho (2002), há uma tendência na queda PA e da proporção da hipertensão arterial, conforme o grau de educação aumenta, devendo haver uma influência de outros fatores de risco como a ocupação, renda e fatores de ordem social.

Diante do exposto, podemos concluir que apresentaram relevância estatística quanto à distribuição, a faixa etária, escolaridade e a renda familiar em relação aos diagnósticos de enfermagem apresentados. No entanto, não foram estatisticamente significativas as variáveis sexo e estado civil. As características sócio-demográficas devem ser consideradas quando se realizam ações junto aos hipertensos, pois, assim conseguiremos estratégias de controle mais eficazes.

Vimos que os diagnósticos “padrão de sono perturbado, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado, risco de infecção e integridade da pele prejudicada” estiveram presentes em praticamente todos os participantes. Acreditamos que isso tenha influência da situação de saúde em que os pacientes encontram-se, ou seja, internados em um centro coronariano. Tais diagnósticos,

portanto foram situacionais. Ora, para estes pacientes o repouso no leito é condição necessária para melhora do quadro clínico; já o “risco de infecção” se traduz pela exposição ambiental e pelos procedimentos invasivos a que foram submetidos, sendo estes últimos os responsáveis pelo diagnóstico, “integridade da pele prejudicada”. Quanto ao diagnóstico “padrão de sono perturbado”, podemos associar sua prevalência à realidade do centro coronariano, onde as rotinas e cuidados acontecem 24 horas por dia, além da iluminação e dos sons próprios do ambiente que atribulam a unidade e dificultam o sono dos pacientes.

Além desses, encontramos em 96,7% (29) dos participantes o diagnóstico de disposição para religiosidade aumentada, sendo que apenas um (3,3%) dos participantes não apresentava religião e se denominou ateu. Segundo Bastos e Borenstein (2004), é fundamental que a enfermeira, mesmo que não seja adepta de nenhuma religião em especial, considere a importância que a religião tem para muitas pessoas, principalmente quando estas ficam doentes, uma vez que se pode utilizar esta crença como fator coadjuvante no tratamento dos clientes.

Os diagnósticos, “débito cardíaco diminuído e perfusão tissular ineficaz”, serão comentados com maior profundidade no quadro 6.

QUADRO 7: Pacientes segundo diagnósticos de enfermagem, tempo de diagnóstico médico de hipertensão, lesão de órgão-alvo, internação anterior por hipertensão e uso de anti-hipertensivos. Centro Coronariano do hospital X. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006

Domínio	Variáveis Clínicas Diagnósticos de enfermagem	Tempo de diagnóstico da HA			Lesões em órgãos-alvo			Internação anterior por HA		Usa anti-hipertensivo		Total
		≤1 a	>1a	Não sabe	Coração	Cérebro	Rim	Sim	Não	Sim	Não	
1.Promoção da saúde	1.Controle ineficaz do regime terapêutico	2	25	3	25	2	3	18	12	27	3	30
2. Nutrição	2.Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	1	16	1	17	-	1	10	8	17	1	18
4. Atividade/repouso	3.Padrão de sono perturbado	1	24	1	22	2	2	17	9	25	2	26
	4.Mobilidade física prejudicada	2	25	3	25	2	3	18	12	27	3	30
	5.Débito cardíaco diminuído	2	25	3	25	2	3	18	12	27	3	30
	6.Perfusão tissular ineficaz	2	24	3	24	2	3	18	11	26	3	29
	7.Déficit no autocuidado	2	25	3	25	2	3	18	12	27	3	30
5. Percepção/Cognição	8.Percepção sensorial perturbada	1	23	2	23	1	2	16	10	24	2	26
	9.Conhecimento deficiente	1	16	1	16	1	1	11	6	15	3	18
9.Enfrentamento/Tolerância ao estresse	10.Tristeza crônica	2	19	2	20	1	2	13	10	22	1	23
	11.Disposição para enfrentamento aumentado (individual)	2	17	1	17	1	2	12	8	17	3	20
10.Princípios de vida	12.Disposição para religiosidade aumentada	2	24	3	24	2	3	17	12	26	3	29
11. Segurança/Proteção	13.Risco de infecção	2	25	3	25	2	3	18	12	27	3	30
	14.Integridade da pele prejudicada	2	25	-	22	2	3	17	10	24	3	27
12. Conforto	15.Dor aguda	2	19	1	21	-	1	13	9	19	3	22
13.Crescimento/Desenvolvimento	16.Insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde)	1	17	-	15	2	1	10	8	15	3	18

Tempo de diagnóstico: χ^2 Friedman= 24,50 e p= 0,0001; **Lesão em órgão-alvo:** χ^2 Friedman= 28,5 e p=0,0001.
Internação anterior: χ^2 Friedman=1,18 e p=0,999; **Uso de anti-hipertensivo:** χ^2 Friedman=4,11 e p=0,999

O diagnóstico da hipertensão arterial é estabelecido pelo encontro de níveis pressóricos permanentemente elevados acima dos limites da normalidade, quando determinados por meio de técnica e condições apropriadas. Diante deste fato, podemos afirmar que a verificação da pressão arterial constitui-se elemento-chave para estabelecimento diagnóstico e deve ser realizada em todas as condições de avaliação da saúde pelos membros da equipe multiprofissional durante a consulta ao cliente.

No quadro 7, observamos que houve uma maior prevalência dos diagnósticos de enfermagem nos participantes com mais de um ano de diagnóstico médico de hipertensão arterial, sendo este o grupo mais representativo (25=83,3%). Os diagnósticos mais presentes foram: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, déficit no autocuidado e risco de infecção”.

O tempo de diagnóstico apresentou significância estatística ($p=0,0001$) em associação com os diagnósticos de enfermagem apresentados.

O diagnóstico “controle ineficaz do regime terapêutico” foi comum a todos os participantes, o que demonstra possivelmente uma má condução do tratamento por parte dos mesmos, uma vez que, mesmo sendo conhecedores de seu diagnóstico de hipertensão, apresentam hábitos que contribuem para instalação das complicações da doença arterial. É importante que o indivíduo hipertenso tenha a responsabilidade da co-participação no tratamento, pois, do contrário, as estratégias de prevenção e controle da doença não atingirão os objetivos esperados.

Quanto à lesão de órgãos-alvo, encontramos no quadro 6 que, nos participantes do estudo, o comprometimento deu-se no coração (25=83,3%), cérebro (2=6,7%) e rim (3=10,0%). No grupo com lesão cardíaca (25), encontramos com maior prevalência os diagnósticos: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, déficit no autocuidado, e, risco de infecção”. Nos participantes com lesão cerebral (2), os diagnósticos presentes foram: “controle ineficaz do regime terapêutico, padrão de sono perturbado, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado, disposição para religiosidade aumentada,

risco de infecção, integridade da pele prejudicada e insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde)”.

A variável lesão em órgão-alvo apresentou significância estatística de distribuição ($p=0,0001$).

Dados recentes, derivados de estudos prospectivos com mais de um milhão de pessoas, indicam que a morte por acidente vascular encefálico (AVE) e por isquemia miocárdica, aumentam progressivamente e de maneira linear conforme o aumento da pressão arterial, a partir de níveis de 115mmHg para pressão arterial sistólica (PAS) e 75mmHg para pressão arterial diastólica (PAD). Dessa forma, para pessoas com idade superior a 40 anos, observa-se que a cada elevação da PAS em 20mmHg e/ou elevação da PAD em 10mmHg, a mortalidade, tanto para AVE quanto por doença isquêmica cardíaca, aumenta em duas vezes (GIORGI; LOPES, 2005).

Já no grupo com lesão renal (3), evidenciamos os diagnósticos: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado, disposição para religiosidade aumentada, risco de infecção e integridade da pele prejudicada”.

Os diagnósticos “débito cardíaco diminuído e perfusão tissular ineficaz” encontram associação com as patologias e lesões em órgãos-alvo, apresentadas por ser a maioria dos pacientes portador de doença coexistente à hipertensão arterial, principalmente cardiovascular, como angina *pectoris*, infarto agudo do miocárdio e arritmias, entre outras. Estas condições clínicas interferem diretamente no funcionamento do miocárdio, causando alterações no débito cardíaco e conseqüentemente na perfusão tecidual de órgãos e sistemas.

No quadro 7 evidenciamos que 60,0% (18) dos participantes já passaram por internação anterior relacionada à hipertensão arterial e 40,0% (12) não haviam se internado anteriormente, no entanto, podemos observar uma certa homogeneidade dos diagnósticos de enfermagem presentes, associados a esta variável, são os seguintes: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado e risco de infecção”. Com exceção do diagnóstico “perfusão tissular ineficaz”, que está ausente nos participantes sem internação anterior e do

diagnóstico de “disposição para religiosidade aumentada” presente neste mesmo grupo.

A internação anterior mostrou distribuição estatística significativa ($p=0,0001$).

Em relação ao uso de anti-hipertensivos orais, encontramos que 27 (90,0%) dos participantes fazem seu uso rotineiramente. Neste grupo, os diagnósticos de enfermagem mais presentes foram: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, déficit no autocuidado e risco de infecção”. Nos três (10,0%) participantes que não usam medicação anti-hipertensiva, destacamos os “diagnósticos nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais e tristeza crônica”, por sua baixa prevalência, presentes em apenas um dos participantes. Os demais diagnósticos apresentaram uma distribuição homogênea com a presença de dois ou três participantes.

Para a variável uso de anti-hipertensivos, não foi encontrada distribuição estatística significativa ($p=0,999$).

Quanto às variáveis clínicas, quando distribuídas em relação aos diagnósticos de enfermagem do estudo, apresentaram relevância estatística o tempo de diagnóstico e lesão em órgão-alvo, sendo que internação anterior por HAS e uso de anti-hipertensivos não foram significativos estatisticamente.

No quadro 8, apresentamos as associações dos diagnósticos com as variáveis índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal (CA).

QUADRO 8: Pacientes segundo diagnósticos de enfermagem, Índice de Massa Corpórea (IMC) e Circunferência Abdominal (CA). Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006.

Domínio	IMC e CA Diagnósticos	IMC			CA						To- tal
		<25	25 - 29,9	30 OU +	<80		80 a 102		103 e +		
					M	F	M	F	M	F	
1.Promoção da saúde	1.Controle ineficaz do regime terapêutico	12	14	4	1	-	13	8	4	4	30
2. Nutrição	2.Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	1	13	4	1	-	6	4	3	4	18
4. Atividade/ repouso	3.Padrão de sono perturbado	10	13	3	-	--	12	6	4	4	26
	4.Mobilidade física prejudicada	12	14	4	1	-	13	8	4	4	30
	5.Débito cardíaco diminuído	12	14	4	1	-	13	8	4	4	30
	6.Perfusão tissular ineficaz	11	14	4	1	-	13	7	4	4	29
	7.Déficit no autocuidado	12	14	4	1	-	13	8	4	4	30
5. Percepção/ Cognição	8.Percepção sensorial perturbada	9	14	3	1	-	11	7	4	3	26
	9.Conhecimento deficiente	10	6	2	-	-	8	5	3	2	18
9.Enfrentamento/ Tolerância ao estresse	10.Tristeza crônica	6	13	4	1	-	9	5	4	4	23
	11.Disposição para enfrentamento aumentado (individual)	7	11	2	-	-	10	5	3	2	20
10.Princípios de vida	12.Disposição para religiosidade aumentada	12	13	4	1	-	12	8	4	4	29
11. Segurança/ Proteção	13.Risco de infecção	12	14	4	1	-	13	8	4	4	30
	14.Integridade da pele prejudicada	10	13	4	-	-	12	7	4	4	27
12. Conforto	15.Dor aguda	8	11	3	1	-	10	6	3	2	22
13.Crescimento/ Desenvolvimento	16.Insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde)	7	10	1	-	-	7	7	3	1	18

IMC: χ^2 Friedman=28, 31 e p=0, 0001. CA: Z de Mann-Withney=4,89 e p=0,0001

A relação entre hipertensão e obesidade tem sido investigada e tem se encontrado que, entre muitos fatores relevantes, o índice de massa corporal é um dos mais importantes preditores dos níveis de pressão arterial (REINERS et al., 2004).

Quanto à circunferência abdominal (CA), é fato que a gordura abdominal está associada a alterações dos ajustes hemodinâmicos. Obesos com excesso de gordura abdominal apresentam menor débito cardíaco e maior resistência periférica,

levando ao aumento da pressão arterial (PA), quando comparados com não-obesos ou obesos sem gordura abdominal (SANTOS, 2005).

No quadro 8, verificamos a associação dos diagnósticos de enfermagem com as variáveis IMC e CA.

Em relação ao IMC, encontramos 12 pessoas (40,0%) na faixa de IMC $<25 \text{ kg/m}^2$, 14 pessoas (46,7%) entre 25-29,9 kg/m^2 e quatro (13,3%) com IMC acima de 30 kg/m^2 . Para os participantes com IMC $<25 \text{ kg/m}^2$ os diagnósticos mais prevalentes foram: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, déficit no autocuidado e risco de infecção”.

No grupo que se encontra na faixa de IMC entre 25-29,9 kg/m^2 foram mais prevalentes os diagnósticos: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado, percepção sensorial perturbada e risco de infecção”.

Para os participantes com IMC acima de 30 kg/m^2 (4), encontramos os seguintes diagnósticos: “controle ineficaz do regime terapêutico, nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado, tristeza crônica, disposição para religiosidade aumentada, risco de infecção e integridade da pele prejudicada”.

Observamos distribuição estatística significativa para esta variável ($p=0,0001$).

A literatura aponta que é importante se conhecer os hábitos alimentares dos portadores de hipertensão arterial, pois ao se focar a reeducação alimentar é preciso levar em conta que, para muitas pessoas, comer é uma das coisas mais importantes da vida, um prazer ou mesmo uma forma de sublimação de seus problemas (BASTOS; BORENSTEIN, 2004). Diante deste fato, podemos compreender a razão do sobrepeso e, por vezes, da obesidade nos portadores de hipertensão, o que pode estar associado a fatores, como: o econômico, a não adesão às mudanças no estilo de vida e aos hábitos familiares de alimentação.

No estudo de Framingham, a obesidade está associada ao aumento de prevalência de Doença da Artéria Coronariana – DAC (angina e morte por infarto do miocárdio), ICC e, mulheres com AVC. No *Nurses Health Study* (2002 apud SANTOS, 2005), observou-se tendência a maior mortalidade por DAC com o aumento de peso. No entanto a mortalidade não aumenta significativamente até o IMC 27 kg/ m².

Em relação à circunferência abdominal (CA), observamos que na faixa de CA <80 cm apenas um participante do sexo masculino está presente. Já na faixa de CA de 80 a 102 cm tivemos 21 participantes, destes 13 eram do sexo masculino e oito do sexo feminino, sendo os diagnósticos de enfermagem distribuídos com certa homogeneidade. Os mais prevalentes foram: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz (nos homens), déficit no autocuidado, disposição para religiosidade aumentada (nas mulheres) e risco de infecção”.

Por fim, na faixa de CA acima de 103 cm, encontramos oito participantes, sendo quatro homens e quatro mulheres, havendo também uma homogeneidade na presença dos diagnósticos, independente do sexo. Os diagnósticos mais prevalentes foram: “controle ineficaz do regime terapêutico, nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais” (nas mulheres), “padrão de sono perturbado, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado, percepção sensorial perturbada” (nos homens), “tristeza crônica, disposição para religiosidade aumentada, risco de infecção e integridade da pele prejudicada”.

A variável circunferência abdominal, quando em associação estatística com os diagnósticos de enfermagem, apresentou significância relevante ($p=0,0001$).

O estudo INTERHEART (2004 apud AMODEO et al., 2005) revelou que a obesidade correlacionou-se com o risco de doença coronariana aguda, havendo uma correlação fraca com o IMC, e uma correlação mais forte com a obesidade abdominal.

Concluimos que as variáveis IMC ($p=0,0001$) e CA ($p=0,0001$) possuem relevância estatística com os diagnósticos de enfermagem apresentados, sendo, pois, reconhecidamente fatores de risco para doença arterial.

QUADRO 9: Pacientes segundo diagnósticos de enfermagem, etilismo e tabagismo. Fortaleza-CE, junho a setembro de 2006.

Domínio	Diagnósticos	Etilismo		Tabagismo		Total
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	
1. Promoção da saúde	1. Controle ineficaz do regime terapêutico	4	26	13	17	30
2. Nutrição	2. Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	3	15	7	11	18
4. Atividade/repouso	3. Padrão de sono perturbado	3	23	13	13	26
	4. Mobilidade física prejudicada	4	26	13	17	30
	5. Débito cardíaco diminuído	4	26	13	17	30
	6. Perfusão tissular ineficaz	4	25	13	16	29
	7. Déficit no autocuidado	4	26	13	17	30
5. Percepção/Cognição	8. Percepção sensorial perturbada	4	22	12	14	26
	9. Conhecimento deficiente	1	17	8	10	18
9. Enfrentamento/Tolerância ao estresse	10. Tristeza crônica	4	19	10	12	23
	11. Disposição para enfrentamento aumentado (individual)	2	18	11	9	20
10. Princípios de vida	12. Disposição para religiosidade aumentada	3	26	12	17	29
11. Segurança/Proteção	13. Risco de infecção	4	26	13	17	30
	14. Integridade da pele prejudicada	3	24	12	15	27
12. conforto	15. Dor aguda	3	19	9	13	22
13. Crescimento/Desenvolvimento	16. Insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde)	2	16	9	9	18

Etilismo: χ^2 friedman= 2,94; $p=0,999$ **Tabagismo:** χ^2 friedman=2,00; $p=0,999$.

No quadro 9, observamos que, em relação ao etilismo, 26(86,7%) dos participantes não tinham o hábito de ingerir bebida alcoólica, sendo apenas quatro(13,3%) os que afirmaram ter este hábito. Dentre aqueles que não fazem uso de bebida alcoólica, os diagnósticos de enfermagem mais presentes são os seguintes: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, déficit no autocuidado, disposição para religiosidade aumentada e risco de infecção”.

Os diagnósticos encontrados no grupo que faz uso de bebida alcoólica foram: “controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado, percepção sensorial perturbada, tristeza crônica e risco de infecção”.

Não houve distribuição estatística significativa para esta variável ($p=0,999$).

Segundo Amodeo *et al.* (2005), a associação entre álcool e hipertensão data de 1915, quando se verificou uma prevalência aumentada desta última entre soldados franceses que ingeriam dois litros de vinho por dia. Desde então se verificou a publicação de inúmeras evidências epidemiológicas de uma relação linear entre consumo de álcool, pressão arterial e a prevalência de hipertensão entre as populações.

Para o tabagismo, 17(56,7%) dos participantes responderam que não são fumantes, contra 13(43,3%) que afirmaram ter este hábito. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos tabagistas foram: “controle ineficaz do regime terapêutico, padrão de sono perturbado, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz, déficit no autocuidado e risco de infecção. No grupo dos não fumantes, encontramos os seguintes diagnósticos: controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, débito cardíaco diminuído, déficit no autocuidado, disposição para religiosidade aumentada e risco de infecção”.

A variável tabagismo não apresentou no estudo significância relevante ($p=0,999$), quando em distribuição com os diagnósticos de enfermagem.

A cessação do hábito de fumar é, provavelmente, a mais poderosa mudança do estilo de vida, isolada para a prevenção de doenças não vasculares e cardiovasculares, incluindo acidente vascular cerebral e doença coronária (AMODEO *et al.*, 2005).

O etilismo e o tabagismo são fatores contribuintes para o surgimento da hipertensão arterial. No entanto, são considerados modificáveis, estando incluídos

nas mudanças do estilo de vida, máxima do tratamento não farmacológico da hipertensão arterial.

Neste capítulo observamos as distribuições dos diagnósticos de enfermagem acima do percentil 60, pelas variáveis sócio-demográficas e clínicas e verificamos o quanto estas variáveis interferem ou não na prevalência dos diagnósticos.

Apresentaram distribuição estatística relevante ($p=0,0001$) com os diagnósticos de enfermagem no estudo, as variáveis sócio-demográficas: faixa etária, escolaridade, renda familiar e as variáveis clínicas: tempo de diagnóstico, lesão de órgãos-alvo, índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal (CA).

No entanto, as variáveis sócio-demográficas: sexo e estado civil bem como as variáveis clínicas: internação anterior, uso de anti-hipertensivos, etilismo e tabagismo, não apresentaram distribuição estatística significativa ($p=0,999$) com os diagnósticos apresentados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo incluiu 30 pacientes portadores de hipertensão arterial internados em unidade de terapia intensiva coronariana por complicações da doença arterial.

Das variáveis sócio-demográficas estudadas, tiveram maior prevalência o sexo masculino (53,3%), na faixa etária de 71 a 85 anos (43,3%), casados (56,7%), escolaridade fundamental completa ou incompleta (46,7%), com renda familiar entre um e dois salários mínimos (86,7%). Em relação a ocupação 73,3% eram aposentados ou pensionistas e 73,3% eram católicos.

Quanto as variáveis clínicas estudadas, tivemos os seguintes resultados: 83,3% tinham diagnóstico médico de hipertensão arterial há mais de um ano, 60,0% já passaram por internação anterior em decorrência da doença arterial, 90,0% faziam uso de medicação anti-hipertensiva rotineiramente, 56,7% afirmaram ser não tabagistas e 86,7% negaram etilismo. 53,4% apresentaram IMC acima de 25 kgm², 53,4% tinham circunferência abdominal acima das cifras consideradas normais e 100% tinham diagnóstico médico de cardiopatia.

Foram identificados 37 diagnósticos de acordo com a taxonomia II da NANDA (2006), nos 13 domínios de enfermagem. Utilizamos para fins de discussões 16 diagnósticos de enfermagem que se encontravam acima do percentil 60. Os domínios que não apresentaram diagnósticos acima do percentil 60 foram o 3 (Eliminação e Troca), o 6 (Autopercepção), o 7 (Relacionamento de Papel) e o 8 (Sexualidade).

Os diagnósticos de enfermagem acima do percentil 60 foram: Controle ineficaz do regime terapêutico; Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais; Padrão de sono perturbado; Mobilidade física prejudicada; Débito cardíaco diminuído; Perfusão tissular ineficaz (24 cardíaca, três renal e duas cerebral) e Déficit no autocuidado; Percepção sensorial perturbada (24 visual e duas auditivas) e Conhecimento deficiente; Tristeza crônica e Disposição para enfrentamento aumentado; Disposição para religiosidade aumentada; Risco de

Infecção e Integridade da pele prejudicada; Dor aguda e Insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde).

Os diagnósticos débito cardíaco diminuído e perfusão tissular ineficaz encontram associação direta com as patologias e o quadro clínico dos pacientes, por ser a maioria portador de lesão em órgão-alvo em decorrência de complicações da doença arterial. Parafraseando Vasconcelos *et al.* (2007), em relação ao padrão de ocorrência de diagnósticos em determinada população com características semelhantes, observamos que os diagnósticos supracitados possuem associação direta, podendo ser inferida aqui a existência de uma síndrome diagnóstica, e não somente de uma categoria.

Fizemos distribuições estatísticas com o uso de testes não paramétricos qui-quadrado de Friedman e de Mann-Whitney, com os diagnósticos de enfermagem acima do percentil 60 e as variáveis estudadas, sendo que algumas apresentaram relevância estatística de distribuição para o estudo. As variáveis sócio-demográficas que apresentaram tal relevância foram: Faixa etária, escolaridade e renda familiar. O mesmo não ocorrendo em relação a sexo e estado civil no grupo em estudo. Já as variáveis clínicas que mostraram distribuição estatística significativa foram: tempo de diagnóstico e lesão em órgão-alvo. No entanto, as variáveis internação anterior, uso de anti-hipertensivos, tabagismo e etilismo não apresentaram significância estatística em sua distribuição no estudo.

Para realização do estudo tivemos algumas dificuldades, como a internação de pacientes com diagnóstico de hipertensão, mas sem condições de participar da nossa amostra, devido a alguns fatores como: afasia por seqüela de AVC, pacientes sedados e em ventilação mecânica, limitação sensorial (surdo-mudo), barreira de linguagem (um francês e um holandês). Para que a coleta de dados ocorresse eram necessários visitas e contatos telefônicos diários à unidade. Outra dificuldade encontrada foi a carência de estudos acerca dos diagnósticos de enfermagem na taxonomia II da NANDA em pacientes internados em unidade de terapia intensiva coronariana.

Durante a entrevista com os pacientes percebemos que a maioria conhecia seu diagnóstico de hipertensão, mas não a sua condição de hipertenso no

sentido real da palavra, já que mesmo com diagnóstico instituído afirmaram ter dificuldades para modificar o seu estilo de vida, principalmente no que condiz aos hábitos alimentares, além de terem déficit de conhecimento em relação às complicações e gravidade da doença arterial.

Com a realização do estudo pudemos vislumbrar com mais clareza a realidade da nossa clientela, o que nos permitiu uma melhor compreensão do fenômeno, fato este relevante, pois se conhecendo os diagnósticos de enfermagem mais presentes em pacientes internados em unidade de terapia intensiva coronariana, nos propicia em um segundo momento propor intervenções de enfermagem, que atendam a cada paciente individualmente e de maneira holística, contribuindo, desta forma, para otimização da assistência de enfermagem ao cliente com hipertensão.

Diante do exposto evidenciamos ainda a importância da orientação em saúde para estes pacientes em âmbito hospitalar, pois, muitas vezes estão internados justamente pela falta ou interpretação errônea de informações recebidas na atenção primária e secundária, dificultando a adesão ao tratamento proposto. E, mesmo quando o seu internamento na UTI por complicações da doença arterial se deve à escolha pessoal do paciente, este pode ser um momento para repensar escolhas e adotar novas condutas. É relevante que o profissional de saúde considere em sua abordagem as características individuais, crenças, hábitos alimentares e características sócio-econômicas de cada um, pois disso também depende o sucesso do tratamento farmacológico e não-farmacológico da hipertensão arterial.

Esperamos que os resultados obtidos em nosso trabalho sejam utilizados na população-alvo da unidade onde ocorreu o estudo e em outras unidades com características semelhantes, corroborando, assim, para melhorar a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem, principalmente na etapa diagnóstica, proporcionando a implementação de ações específicas para o cuidado ao cliente hipertenso.

7 REFERENCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

AMODEO, C. *et al.* Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. In: SOCESP. **Tratado de cardiologia**. São Paulo: Manole, 2005. Seção 5, cap. 6, p. 453-463.

BASTOS, D.S.; BORENSTEIN, M.S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 92-99, jan./mar. 2004.

BOCCHI, E.A.; FERREIRA, S.M.A. Fisiopatologia da insuficiência cardíaca congestiva. In: SOCESP. **Tratado de cardiologia**. São Paulo: Manole, 2005. Seção 7, cap. 2, p. 743-749.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto Nº 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, Supl., p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal 2002/2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 185 p.

_____. Ministério da Saúde. **Óbitos por doença do aparelho circulatório no Brasil**. CID 10 BR. Brasil, 2000/2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BUFOLLO, E. Dissecção da aorta. In: SOCESP. **Tratado de cardiologia**. São Paulo: Manole, 2005. Seção 13, cap. 2, p. 1075-1080.

CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 8 ed. São Paulo: Artmed, 2002.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3., 1998, São Paulo. **Anais...** Campos do Jordão, SP: Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Nefrologia, 1998. 38 p.

CRUZ, D.A.L.M. da. Contribuições do diagnóstico de enfermagem para autonomia da enfermeira. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 3., 1996, Fortaleza. **Conferência apresentada...** Fortaleza: ABEn-

CE, 1996.

CRUZ, D.A.L.M. da. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 113, p. 3-7, 1994.

DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 1., 2004, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia/Sociedade Brasileira de Diabetes/Associação Brasileira para Estudos da Obesidade, 2004. 40p.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 5., 2006, São Paulo. **Anais...** Campos do Jordão, SP: Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006. 49 p.

FENELON, G.; PAOLA, A.A.V. Mecanismos eletrofisiológicos das arritmias cardíacas: uma visão para o clínico. In: SOCESP. **Tratado de cardiologia**. São Paulo: Manole, 2005. Seção 15, cap. 1, p. 1147-1156.

FUCHS, S.C. Fatores de risco para hipertensão arterial. In: **HIPERTENSÃO**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. Seção 3, cap. 3.1, p. 27-34.

GIORGI, D.M.A.; LOPES, H.F. Tratamento da hipertensão arterial: fundamentos e objetivos. In: SOCESP. **Tratado de cardiologia**. São Paulo: Manole, 2005. Seção 5, cap. 5, p., 446-452.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3. ed. Saint Louis: Mosby, 1994. 421 p.

GUERRA, E.M.D. Avanços na validação de diagnósticos de enfermagem. In: SEMINÁRIO CEARENSE DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1. 1998, Fortaleza. **Conferência apresentada...** Fortaleza: ABEn-CE, 1998.

GUIMARÃES, A.C. Tratamento de hipertensão arterial: tratamento não-medicamentoso: princípios gerais. In: **HIPERTENSÃO**. Rio de Janeiro: Elsevier 2006. seção 12, cap.12-13, p. 289-295.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IYER, P.W.; TAPTICH, B.I.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 900p.

JULIAN, D.M.; COWAN, J.C. **Afecções da aorta**. In: **CARDIOLOGIA**. 6. ed. São

Paulo: Santos, 2000. cap. 15, p. 312-317.

KATZUNG, B.G. **Farmacologia**: básica e clínica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1008 p.

LIMA, S.G. *et al.* Hipertensão Arterial Sistêmica no Setor de Emergência. O Uso de Medicamentos Sintomáticos como Alternativa de Tratamento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. 2, p. 115-123, ago. 2005.

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

LUNA, R.L. **Hipertensão arterial**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1989.

MANO, R. **Hipertensão arterial sistêmica e obesidade**. 2004. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br>>. Acesso em: 14 nov. 2006.

MARTINS, I. **Identificação e validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem limpeza ineficaz das vias aéreas**. 1996. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1996.

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

MUNIZ FILHA, M.J.M. *et al.* **Implementação da sistematização da assistência de enfermagem à pessoa portadora de hemorragia subaracnóide**. Salvador, 2006. **Anais...** 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN. 2006.

MUNIZ FILHA, M.J.M. *et al.* Formação do Enfermeiro para o Cuidado: Reflexões para prática profissional. **Reben.**, 2007. No prelo.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação – 2005-2006. Porto Alegre: Artmed, 2006. 312 p.

OLIVEIRA, T.C. *et al.* Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Revista latino-americana em Enfermagem**, v. 10, n. 4, jul./ago. 2002.

OLIVEIRA, T.C.; ARAÚJO, T.L. Mecanismos desenvolvidos por idosos para

enfrentar a hipertensão arterial. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 36, n. 3, p. 276-281, 2002.

PAUL, C.; REEVES, J.S. Visão geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 21-32.

PIERIN, A.M.G. **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. O contexto familiar de enfermagem. In: **Grande tratado de enfermagem prática**: clínica e prática hospitalar. São Paulo: Tempo, 1996. Cap. 14, p. 313-323.

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 703 p.

REICHERT, F.F. **Tipologia de estudos observacionais**. 2004. Disponível em: <[http://ufsel.tcche.br/odonto/pged/.../estudos epidemiológicos.pdf](http://ufsel.tcche.br/odonto/pged/.../estudos%20epidemiologicos.pdf)>.

REINERS, A.O. *et al.* Hipertensão arterial: perfil de saúde dos trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 1, p.41-49, jan./mar. 2004.

REIS, M.G.; GLASHAN, R.Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Revista Latino-americana em Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 51-57, maio 2001.

RIERA, A.R.P. **Hipertensão Arterial**. São Paulo: Atheneu, 2005.

RIESNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: GRIFFITH-KENNEY, J.; CRISTENSEN, P.J. **Nursing process**: application of theories frameworks and models. 2ª ed. Saint Louis: Mosby, 1986.

SANCHEZ, C.G.; PIERIN, A.M.G.; MION Jr., D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 1, p. 90-98, 2004.

SANTOS, J.E. Obesidade e sobrepeso. In: SOCESP. **Tratado de cardiologia**. São Paulo: Manole, 2005. Seção 4, cap. 1, p. 313-318.

SANTOS, Z.M. S.A.; SILVA, R.M. **Hipertensão arterial**: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: Ed. Unifor, 2002. 96 p.

SCHELLACK, G. **Farmacologia**: uma abordagem didática. São Paulo: Fundamento, 2005. 192 p.

SIMÕES, M.V.; MARQUES, F.; O'CONNEL, J.L. Diagnóstico, classificação e avaliação prognóstica da insuficiência cardíaca. In: SOCESP. **Tratado de cardiologia**. São Paulo: Manole, 2005. Seção 7, cap. 3, p. 750-761.

SIMONETTI, J.P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L.R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Revista Latino-americana em enfermagem**, v. 10, n. 3, maio/jun. 2002.

SOUZA, A.C.C. **Crise hipertensiva**: análise dos casos atendidos na emergência de um hospital municipal de Fortaleza-Ceará, 2006. 2006. 91 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2006.

STEFANINI, E.; RAMOS, R.F. Infarto Agudo do Miocárdio. In: SOCESP. **Tratado de cardiologia**. São Paulo: Manole, 2005. Seção 6, cap. 10, p. 650-661.

VASCONCELOS, F. de F. *et al.* Associação entre diagnósticos de enfermagem e variáveis socioeconômicas: estudo com pacientes hipertensos. **Acta Paul. de Enf.**, 2007. No prelo.

VASCONCELOS, F. de F. **Diagnósticos de enfermagem em adultos portadores de hipertensão arterial**: estudo em um grupo específico. 2005. 140 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2005.

WOOD, G.L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 330 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados de Identificação:

Nome: _____ Idade _____ sexo _____

Endereço: _____

Escolaridade: _____ Religião: _____ estado civil: _____

Profissão: _____ Ocupação: _____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Renda familiar: _____ tempo do diagnóstico da doença: _____

1 DOMÍNIO 1: Promoção da saúde (Consciência de saúde, controle de saúde).

1.1 O que sabe sobre suas condições de saúde?

1.2 Como está sua saúde hoje?

1.3 Percepção dos sintomas/sinais quando tem alteração da doença (HAS).

1.() S 2.() N Quais? _____

1.4 Alterações relacionam-se com seus sinais e sintomas

1.5 Internação relacionada à doença? 1.() S 2.() N Quando? _____

1.6 Uso de medicação? 1.() S 2.() N Quais? _____

1.7 Expectativa quanto ao tratamento. 1.() curativo 2.() controle 3.() outro

1.8 Reação alérgica à medicação 1.() S 2.() N. especifique _____

1.9 Fuma? () S () N. Quantos cigarros/dia? _____

1.10 Faz uso de bebida alcoólica? 1.() S 2.() N

2 DOMÍNIO 2: Nutrição (ingestão, digestão, absorção, metabolismo, hidratação).

2.1 avaliação da condição atual do apetite: 1.() aumentado 2.() diminuído

3.() conservado.

2.2 Nº de refeições/dia: _____

2.3 Peso atual: _____

2.4 Dificuldade para mastigar alimentos? 1.() S 2.() N. Justifique _____

2.5 Dificuldade para engolir alimentos? 1.() S 2.() N. Justifique _____

2.6 Dieta por outras vias de administração: 1.() sonda gástrica/enteral

2.() gastrostomia 3.() Nutrição parenteral 4.() não se aplica

3 DOMÍNIO 3: Eliminação (Sistemas urinário, gastrintestinal, tegumentar, pulmonar)

3.1 cansaço, dificuldade para respirar, falta de energia ou de força: 1.() S 2.() N

3.2 Tosse: 1.() S 2.() N. frequência _____

3.3 Débito urinário diário: _____

3.4 Frequência das micções: 1.() mais de 5 vezes 2.() menos de 5 vezes.

3.5 Desconforto urinário: 1.() ardor 2.() dificuldade para eliminação

3.() nenhuma alteração

3.6 Hábito intestinal; _____

3.7 Tipo habitual de fezes: 1. () pastosa 2.() diarréicas 3.() endurecidas
4.() normal.

3.8 Desconforto ao defecar: 1.() cólica 2.() dificuldade 3.() sangramento
4.() nenhuma.

3.9 Em uso de sondas: 1. () vesical 2.() gástrica 3.() enteral
4.() gastrostomia

4 DOMINIO 4: Atividade/ Repouso (sono/repouso, atividade/exercício, equilíbrio de energia, respostas cardiovasculares/ pulmonares)

4.1 Tipo de sono: 1.() ininterrupto 2.() interrompido 3.() agitado

4.2 Horas de sono/ dia: 1.() 6 horas 2.() mais de 6 horas 3.() menos de 6 horas
Justificar _____

4.3 Horário em que melhor concilia o sono: 1.() diurno 2.() noturno
3.() diurno/ noturno
Justificar _____

4.4 Condições ao despertar: 1.() descansado 2.() cansado
Justificar _____

4.6 Limitações para desenvolver atividades físicas diárias:

LIMITAÇÃO	SIM (1)	NÃO (2)	JUSTIFICAR
Sentar no leito			
Andar			
Trocar de roupa			

4.8 Limitação física durante/ após atividade

LIMITAÇÃO	SIM (1)	NÃO (2)	JUSTIFICAR
Falta de ar			
Cansaço			
Tontura			
Dor MMSS			
Dor MMII			
Cefaléia			
Falta de força MMSS			
Falta de força MMII			

5 DOMINIO 5: Percepção/Cognição (atenção, orientação, sensação/ percepção, cognição, comunicação)

5.1 Considera importante aprender sobre:

1.() sua doença 2.() autocuidado 3.() tratamento 4.() outros

5.3 Tem alguma dificuldade para:

Falar 1.() S 2.() N Especificar _____

Ler 1.() S 2.() N Especificar _____

Escrever 1.() S 2.() N Especificar _____

Ouvir 1.() S 2.() N Especificar _____

Memorizar 1.() S 2.() N especificar _____

Ver 1.() S 2.() N Especificar _____

6 DOMINIO 6: Autopercepção (Autoconceito, autoestima, imagem corporal)

6.1 Modificações relacionadas a doença: 1.() S 2.() N Especificar _____

6.2 Percepção sobre a forma de contribuir para o tratamento: 1.() S 2.() N
Como _____

6.3 Planos para o futuro: _____

6.4 Satisfação com aparência, estilo de vida e realizações: 1.() S 2.() N
Justificar _____

7 DOMINIO 7: Relacionamento de Papel (papeis do cuidador, relações familiares, desempenho de papel)

7.1 Sentimento de solidão: 1. () S 2.() N

7.2 Problemas trazidos pela doença

Para o relacionamento familiar 1.() S 2.() N Especifique _____

Para o lazer 1.() S 2.() N Especifique _____

Para as finanças 1.() S 2.() N Especifique _____

Outros _____

8 DOMINIO 8: Sexualidade (identidade sexual, função sexual e reprodução)

8.1 Mudança na função sexual; 1.() S 2.() N _____

9 DOMINIO 9: Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse (respostas pós trauma, respostas de enfrentamento, estresse neurocomportamental)

9.1. Mudança recente na vida (últimos 2 anos) Especificar e justificar _____

9.2 Reação as mudanças _____

9.3 Sentimentos que apresenta neste ambiente:

SENTIMENTOS	SIM (1)	NÃO (2)	COMENTÁRIOS
Medo			
Ansiedade			
Tristeza			
Insegurança			
Raiva			
Depressão			
Otimismo			
Outros			

10 DOMINIO 10: Princípios de vida (valores, crenças, congruência entre valores/ crenças/ ações)

10.1 Sentimentos de fé: 1. () S 2.() N Especificar _____

10.2 contribuição da fé religiosa no enfrentamento dos problemas da vida diária?

11 DOMINIO 11; Segurança/ Proteção (infecção, lesão física, violência, riscos ambientais, processos defensivos, termorregulação)

11.1 Dificuldade para sentar no leito, andar: 1.() S 2.() N Especificar e justificar _____

11.2 Tontura/ vertigem ao mudar de posição: 1. () S 2.() N

11.3 Apoio para andar: 1.()S 2.() N Especificar _____

12 DOMINIO 12: Conforto (Conforto físico/ conforto ambiental, conforto social)

12.1 Queixa de dor: 1.() S 2.()N

12.2 Há quanto tempo? _____

12.3 Especificar _____

12.4 Localização _____ Freqüência _____

Duração _____ Irradiação _____

Fatores precipitadores _____

Intensidade (de 0 a 10, com 10= a mais forte)

A dor é: 1.() contínua 2.() intermitente independente de qualquer coisa

3.() intermitente dependendo de _____

12.5 Tem inicio: 1.() súbito 2.() insidioso

12.6 Outros sintomas associados a dor: 1.()S 2.() N Quais? _____

13 DOMINIO 13: Crescimento e Desenvolvimento.

13.1 Sente dificuldades para melhorar o seu estado de saúde. 1.() S 2.() N

Justificar _____

13.2 Percebe alguma redução na sua capacidade de desenvolvimento (intelectual atividade). 1.() S 2.() N Justificar _____

EXAME FÍSICO:

Sinais vitais: Tax= _____; Fc= _____; Fr= _____; PA= _____

SO₂: _____

Dados Antropométricos: Peso= _____; Estatura= _____; IMC= _____;

Circunferência abdominal _____

Antecedentes familiares: _____

1. CABEÇA:

Normocefálico: () S () N

Couro cabeludo: () normal () seborréico () outros

Cabelos (alopecia, normais, secos e quebradiços, presença de pediculose);

FACE: simétrica, presença de estruturas anormais (exoftalmia, pele, pêlos, gânglios, movimentos involuntários nos músculos da face);

OLHOS: acuidade visual, estruturas (supercílios, pálpebra, conjuntiva, esclerótica, reflexo pupilar, secreção, edema, dor);

NARIZ: deformidades, septo nasal (desvio), hipertrofias, obstrução nasal, secreção, sangramento, acuidade olfatória;

BOCA: Odor, ferimentos, estomatite;

LÁBIOS: coloração, características morfológicas, fissuras, desvios de rima, movimentos involuntários, edemas, lesões, (queilite);

PALATO: úvula e amídalas - integridade e coloração;

LÍNGUA: saburrosa, seca, lisa, geográfica, macroglossia, glossite, desvios, fissuras, herpes, alteração no paladar;

GENGIVAS: integridade, coloração, gengivites, ulcerações e sangramentos;
DENTES: número, próteses, conservação, integridade, higienização, coloração, dor;
GARGANTA: dor;

PAVILHÃO AURICULAR: tamanho, implantação, acuidade auditiva, higiene, secreções, cerume, dor;

2. PESCOÇO: Movimento, rigidez, simetria, rede venosa, distensão jugular, tireóide, edema, gânglios, integridade, pele, músculos higiene, coloração;

3.TÓRAX: Integridade, distribuição de pelos, movimentos e padrão respiratório, tosse, simetria, formato, coloração, rede venosa, alteração na coluna cervical e torácica, massas, vibração tátil, gânglios, broncofonia;

PULMÃO: frequência respiratória, expansão, limites, ausculta pulmonar, presença de ruídos adventícios;

CORAÇÃO: ritmo, frequência, impulso apical, ictus cordis, bulhas, sopros, arritmias.

MAMAS: simetria, integridade, presença de secreções, ginecomastia, nódulos, ulcerações;

4. ABDOMEN: Coloração, integridade, turgor, texturas, estrias e cicatrizes, lesões, hérnias, massas, visceromegalias; formato (plano, abaulado, escavado, ascítico, peristalse, circunferência abdominal), ruídos hidroaéreos, áreas de hipersensibilidade, hábito intestinal;

5.GENITO-URINÁRIO: Integridade, distribuição de pêlos, sangramento, secreções, higiene, odor, presença de massas,deformidades na sínfise púbica, dor, frequência das micções;

6. MEMBROS: Coloração, hidratação, edema, pigmentação, pêlos, deformidades, movimentação de mãos e braços, tônus e trofismo muscular, movimentação de pés e pernas, falta de dedos, polidactilia, unhas; rede venosa, integridade óssea, protuberância, tumefação, temperatura da pele, gânglios, pulsos.

Roteiro para exame físico construído com referencial teórico em Carolyn Jarvis (Exame Físico e avaliação de Saúde - 2002).

IMPRESSÕES DO ENTREVISTADOR:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou Maria José Matias Muniz Filha, trabalho como enfermeira na unidade de terapia intensiva em pós-operatório de cirurgia cardíaca do hospital de Messejana. Sou aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará e estou desenvolvendo um estudo intitulado: **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM ADULTOS COM COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA.**

Para que eu possa realizar este estudo, preciso de sua participação voluntária. No caso de aceitar, farei uma entrevista individual com questões previamente elaboradas e exame físico.

É importante informar, que você tem o direito e a liberdade de negar-se a participar do estudo ou desistir de participar, mesmo após a entrevista, se assim o desejar, sem nenhum prejuízo moral, físico ou social;

Os dados coletados serão divulgados apenas para fins de pesquisa. No entanto, é garantido o sigilo sobre sua identidade ou sobre qualquer informação que possa identificá-lo.

Para maiores esclarecimentos estarei disponível no seguinte endereço:
Avenida Paranjana, 1700. Bairro Itapery; telefone: 31019823.

Certa de contar com sua colaboração, agradeço antecipadamente.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA