

DULCINÉIA GHIZONI SCHNEIDER

**A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO PRÁTICA
DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE DO CLIENTE
COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E SEUS
FATORES DE RISCO**

**FLORIANÓPOLIS,
FEVEREIRO DE 2002**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO PRÁTICA DE
REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE DO CLIENTE COM
DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E SEUS FATORES
DE RISCO**

DULCINÉIA GHIZONI SCHNEIDER

ORIENTADORA

PROF^a DRA. MARIA BETTINA CAMARGO BUB

**FLORIANÓPOLIS,
FEVEREIRO DE 2002.**

Florianópolis, 20 de fevereiro de 2002.

DULCINÉIA GHIZONI SCHNEIDER

**A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO PRÁTICA DE
REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE DO CLIENTE COM DOENÇA ARTERIAL
CORONARIANA E SEUS FATORES DE RISCO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de Avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final no dia 20 de fevereiro de 2002, atendendo às normas vigentes da legislação da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - área de concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
- Coordenadora da PEN/UFSC -

BANCA EXAMINADORA:

Maria Bettina Camargo Bub
- Presidente -

Miriam Süsskind Borenstein
- Membro -

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
- Membro -

Grace Marcon Dal Sasso
- Membro -

Flávia Regina Souza Ramos
- Suplente -

*Dedico este trabalho ao
Jamil, Jamilzinho e Bruno,
meus três amores.*

Agradecimentos

A Deus, por guiar os meus passos.

Ao Jamil, pelo amor, compreensão, companheirismo, solidariedade e incentivo na busca dos meus ideais, meu agradecimento especial, reconhecimento, admiração e amor.

Aos meus filhos, Jamilzinho e Bruno, pelo carinho, doçura dos beijinhos, compreensão, sensibilidade e palavras de estímulo e reconhecimento. Vocês são os melhores presentes do mundo!

À minha mãe, irmãs, sobrinhos e sobrinhas (Gisele, Maryon e Fabíola) pelo carinho, colaboração e estímulo. Aos demais membros da minha família, que torceram por mim, o meu reconhecimento. A Néia, por ajudar a cuidar da minha casa e da família.

À minha orientadora e amiga, Bettina, uma das idealizadoras do meu trabalho na Clínica, pelas valiosas intervenções, sabedoria e paciência, que me levaram a refletir e ampliar o conhecimento. A ti, meu agradecimento especial.

Aos clientes que participaram deste estudo, manifestando boa vontade em participar. Sem vocês, este trabalho não se realizaria. Um agradecimento muito especial.

À professora Miriam Borenstein, pela disponibilidade, colaboração, alto astral e estímulo nos momentos de dificuldade.

À professora M^a Itayra, pelas idéias, dinamismo, disponibilidade e por sinalizar com seu sorriso o trajeto a ser percorrido.

À minha grande amiga Grace, pelas contribuições lúcidas, pela confiança e estímulo ao meu crescimento.

Ao Dr. Théo, também um idealizador do meu trabalho na Clínica, pelas contribuições e estímulo.

À professora Flávia Ramos, pelas consistentes sugestões para este estudo.

À minha querida amiga Léia, pela alegria, carinho, estímulo, parceria nos trabalhos, alto astral, companheirismo, desabafos... percebi a solidificação da nossa amizade.

A todas as minhas colegas do mestrado, pela convivência harmônica, pelos incentivos, sorrisos, força, respeito, carinho, aprendizado... foram momentos inesquecíveis: Cinara, Nina, Tânia, Patrícia, Rita, Claudinete, Lurdinha, Elianinha, Lindaura, Vitória, Mário, Helga... e, especialmente, à minha amiga Silvana, pela sensatez, exemplo e estímulo. À amiga Lúcia Marcon, pela troca de idéias, desabaços e força.

A todos os médicos e médicas, secretárias e demais funcionários da Clínica Unicárdio, por acreditarem no meu trabalho e me apoiarem. Em especial, aos médicos, Lauro Martins Filho, Maurício Laerte Silva, Cláudia Marques, Luiz Fabiano de Miranda Gomes, Harry Correa Filho, Théo Fernando Bub e Jamil Cherem Schneider, e às secretárias, Alessandra, Sandra, Luiza, Jacinta, Marisa, Ágata, Andréia, Carmen; a Cristina e a Zenaide.

Ao corpo docente da Pós-Graduação em Enfermagem (PEN-UFSC), pelo comprometimento, seriedade e aprendizado compartilhado.

Aos colegas professores e alunos da UNISUL, pela solidariedade e estímulo. A Fabiana, pela amizade, carinho, estímulo e confiança; A Flávia pela alegria e o alto astral que me contagiam. A Simone, pelo estímulo. Ao Ruvani, pela solidariedade. A Luizita, pelo incentivo. A Jacqueline Silva, Josiane, Nádia, Mônica, Jacqueline Lúcio, e tantos outros colegas que sempre têm uma palavra de estímulo para oferecer.

Aos funcionários da Pós-Graduação em Enfermagem, pelo apoio.

À Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, pela disponibilidade em me atender, pelos esclarecimentos sobre diagnósticos de enfermagem e por me ajudar a elaborar um anexo. Meu agradecimento especial.

Ao Per-Erik Liss, sua sabedoria ajudou a ampliar o meu conhecimento.

À enfermeira Ernesta Setúbal Rabello, por compartilhar comigo os seus conhecimentos sobre consulta de enfermagem.

Ao Teco, pelo Abstract.

A Luzia, pela formatação do texto.

Ao professor João Sepetiba, pela revisão do texto.

Enfim, a todas as minhas amigas e amigos, que torceram e acreditaram em mim. Obrigada!

RESUMO

É cada vez maior a importância do trabalho interdisciplinar na abordagem aos clientes portadores de Doenças Cardiovasculares. A consulta de enfermagem tem sido preconizada como um dos instrumentos fundamentais, neste tipo de abordagem. O presente estudo, seguindo a metodologia convergente-assistencial, foi desenvolvido em uma clínica de cardiologia privada em Florianópolis-SC, no período de 21/05 a 29/06/01, com 28 clientes adultos portadores de Doença Arterial Coronariana e/ou seus fatores de risco. O objetivo foi refletir sobre a condição/situação de saúde destes clientes, a partir da consulta de enfermagem. Para o desenvolvimento deste trabalho foi construído um referencial teórico baseado no modelo proposto por Benedet e Bub (2001), o qual, por sua vez, é uma associação entre a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e a Classificação Diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, além dos conceitos de saúde de Nordenfelt (1995) e de necessidade de Liss (1996). O instrumento utilizado foi a consulta de enfermagem, enfatizando a relação dialógica, na qual foram respeitadas as concepções de saúde do cliente e a percepção da sua condição/situação de saúde, a participação do cliente na identificação das necessidades afetadas e na proposta das ações para o melhoramento da sua saúde. Seguindo a trajetória metodológica, através da categorização das falas dos clientes, foi realizada a análise dos dados, tendo sido observado que estes clientes caracterizam-se por apresentar uma situação complexa que envolve muitos fatores intervenientes, pois convivem com uma condição/situação que pode comprometer a saúde e que necessita de mudanças em seu estilo de vida, o que gera estresse. Nas concepções de saúde dos clientes, ficou evidente que os mesmos percebem a saúde como um valor, um bem-estar e como capacidade para agir. Foi possível levantar alguns fatores que tendem a influenciar a saúde dos clientes, tanto de forma positiva quanto negativa, tais como o conhecimento, a motivação, a auto-estima, a ansiedade, o medo, a confiança, a conscientização, a autonomia, o enfrentamento, a espiritualidade, o apoio familiar, a ausência de sintomas em determinadas patologias, os medicamentos, o trabalho, o tempo, a situação financeira e o ambiente. As reflexões acerca deste processo, ressaltam que a interação entre as variáveis biológicas, psicológicas, sociais e ambientais influencia fortemente a maneira dos clientes se ajustarem à sua condição/situação de saúde. Também ficou evidente, a importância dos profissionais da saúde aliarem o conhecimento científico aos aspectos psicológicos, sociais e culturais que envolvem estes clientes para desenvolver uma relação dialógica, que tenha como resultado o melhoramento da saúde destes clientes.

Palavras chave: Consulta de enfermagem. Saúde. Doença Arterial Coronariana. Fatores de risco

THE NURSING CONSULTATION AS PRACTICE OF REFLECTION ABOUT THE HEALTH OF THE CLIENT WITH CORONARY ARTERIAL DISEASE AND ITS RISK FACTORS

ABSTRACT

The importance of the interdisciplinary work in the approach to patients who have Cardiovascular Disorders is growing more and more. The nursing consultation has been praised as one of the fundamental instruments in this type of approach. The present study, following the convergent assistance methodology, was developed in a private cardiology clinic in Florianópolis-SC, from May 21 to June 29/2001, with 28 adult clients who had Coronary Arterial Disease and/or its risk factors. The objective was to reflect about the health condition/situation of those clients, starting from the nursing consultation. For the development of this work, a theoretical referential was built based on the model proposed by Benedet and Bub (2001), which consists of an association between the Wanda Horta's basic human necessities theory and the North American Nursing Diagnosis Association's (NANDA) Diagnostic Classification, together with the Nordenfelt's health concepts (1995) and Liss' concepts of necessity (1996). The instrument utilized was the nursing consultation emphasizing the dialogic relation, in which the health conception of the client and the perception of his or her health condition/situation, the client's participation in identifying the affected necessities and in the proposal of the actions for the improvement of his health, are respected. Following the methodological course, through the categorization of the clients' speeches, the data analysis was realized, being observed that these clients are characterized by presenting a complex situation that involves many intervening factors, for they live with a condition/situation that may compromise their health and that needs changes in their life style, which generates stress. In the clients' health conceptions, it became evident that they perceive health as a value, well-being and capacity to act. Some factors that tend to influence the clients' health were identified, both in a positive and negative way, such as: knowledge, motivation, self-esteem, anxiety, fear, trust, consciousness, autonomy, confrontation, spirituality, family support, absence of symptoms in some specific pathologies, medication, work, time, financial situation, and the environment. The reflections around this process emphasize that the interactions among the biological, psychological, social, and environmental variables strongly influence the way the clients adapt themselves to their health condition/situation. It also became evident the importance of the health professionals to unite the scientific knowledge to the psychological, social, and cultural aspects that involve these clients, in order to develop a dialogic relation resulting in the improvement of these clients' health.

Key Words: Nursing consultation. Health. Coronary arterial disease. Risk factors.

LA CONSULTA DE ENFERMERÍA COMO PRÁCTICA DE REFLEXIÓN SOBRE LA SALUD DE LO CLIENTE COM ENFERMIDAD ARTERIAL CORONARIA Y SUS FACTORES DE RIESGO

RESUMEN

Es cada vez mayor la importancia del trabajo interdisciplinar en el abordaje de los clientes portadores de Enfermedades Cardiovasculares. La consulta de enfermería a sido preconizada como uno de los instrumentos fundamentales en este tipo de abordaje. El presente estudio, siguiendo la metodología convergente-asistencial, fue desarrollado en una clínica privada de cardiología de Florianópolis-SC, en el período de 21/05 a 29/06/01, com 28 clientes adultos portadores de Enfermedad Arterial Coronaria y/o sus factores de riesgo. El objetivo fue reflexionar sobre la condición/situación de salud de estos clientes, a partir de la consulta de enfermería. Para el desarrollo de este trabajo fue construido un referencial teórico basado en el modelo propuesto por Benedet y Bub (2001), el cual, a su vez, es una asociación entre la teoría de las necesidades humanas básicas de Wanda Horta y la Clasificación Diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), además de los conceptos de “salud” de Nordenfelt (1995) y de “necesidad” de Liss (1996). El instrumento utilizado fue la consulta de enfermería enfatizando la relación dialógica, en la cual son respetadas las concepciones de salud del cliente y la percepción de su condición/situación de salud, la participación del cliente en la identificación de las necesidades afectadas y en la propuesta de acciones para mejorar su salud. Siguiendo la trayectoria metodológica, a través de la categorización de las conversaciones de los clientes, fue realizado el análisis de datos, observandose que estos clientes se caracterizan por presentar una situación compleja que envuelve muchos factores intervinientes, pues conviven con una condición/situación que puede comprometer la salud y que necesitan cambios en su estilo de vida, lo que genera estrés. En las concepciones de Salud de los clientes fue evidente que los mismos perciben la salud como un valor, un bien-estar y como capacidad para actuar. Fue posible identificar algunos factores que tienden a influenciar la salud de los clientes, tanto de forma positiva como negativa, tales como el conocimiento, la motivación, la autoestima, la ansiedad, el miedo, la confianza, la concientización, la autonomía, el enfrentamiento, la espiritualidad, el apoyo familiar, la ausencia de síntomas en determinadas patologías, los medicamentos, el trabajo, el tiempo, la situación financiera y el ambiente. Las reflexiones sobre este proceso, resaltan que la interacción entre las variables biológicas, psicológicas, sociales y ambientales influye fuertemente en la manera de los clientes ajustarse a su condición/situación de salud. También resultó evidente la importancia de que los profesionales de la salud incorporen al conocimiento científico los aspectos psicológicos, sociales y culturales que envuelven estos clientes para desarrollar una relación dialógica, que tenga como resultado el mejoramiento de la salud de estos clientes.

Palabras clave: Consulta de enfermería. Salud. Enfermedad arterial coronaria. Factores de Riesgo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	A Doença Arterial Coronariana no contexto das Doenças Cardiovasculares	17
3.2	Fatores de Risco para a Doença Arterial Coronariana	20
3.3	A problemática do cliente com Doença Arterial Coronariana	26
3.4	Educação em Saúde.....	28
3.5	Consulta de Enfermagem.....	29
4	MARCO REFERENCIAL.....	33
4.1	Pressupostos	33
4.1.1	Sobre Wanda Horta	33
4.1.1.1	Pressupostos básicos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas.....	34
4.1.2	Pressupostos Pessoais.....	34
4.2	Conceitos principais	35
4.2.1	Ser Humano	35
4.2.2	Ambiente	36
4.2.3	Saúde.....	36
4.2.4	Necessidades	38
4.2.5	Enfermagem.....	39
4.2.6	Consulta de Enfermagem.....	40
4.2.6.1	Processo de Enfermagem.....	40
4.2.6.1.1	Diagnóstico de Enfermagem.....	41
4.2.6.1.1.1	Classificação Diagnóstica da NANDA.....	41
5	ASPECTOS METODOLÓGICOS: A INTENÇÃO PRELIMINAR	44
5.1	Tipo de Estudo	44
5.2	Aspectos Éticos do Estudo	45
5.3	Sujeitos do Estudo.....	47
5.4	Contexto do Estudo	47
5.5	Coleta, análise e interpretação dos dados.....	48
5.5.1	A Consulta de Enfermagem.....	49
5.5.1.1	Histórico de Enfermagem.....	51
5.5.1.2	Diagnósticos de Enfermagem.....	51

5.5.1.3 Plano de Cuidados.....	52
5.5.1.4 Avaliação.....	
6 A EXPERIÊNCIA ASSISTENCIAL:.....	53
CARACTERIZANDO A CONDIÇÃO/SITUAÇÃO DE SAÚDE DO CLIENTE.....	53
6.1 Traçando o perfil epidemiológico do cliente.....	54
6.2 Conhecendo a concepção de saúde e a perspectiva do cliente sobre a sua condição/situação de saúde	58
6.3 Os diagnósticos de enfermagem.....	63
6.4 As ações de enfermagem.....	68
7 FATORES QUE TENDEM A INFLUENCIAR A SAÚDE.....	77
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS.....	102
Anexo 1 - Consentimento livre e esclarecido.....	103
Anexo 2 - Roteiro consulta de enfermagem.....	104
Anexo 3 - Instrumento para registro dos diagnósticos de enfermagem.....	107
Anexo 4 - Instrumento utilizado para categorizar as falas dos clientes.....	108

1 INTRODUÇÃO

Os distúrbios cardiovasculares têm tido um papel de destaque entre as entidades mórbidas que mais acometem a população adulta, tanto nos países considerados desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Sua alta morbi-mortalidade preocupa os profissionais da área da saúde e as autoridades ligadas à mesma que, apesar de observarem uma redução de sua mortalidade, têm constatado um aumento na sua incidência.

No Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde (1998), as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte com um índice de 32,6%. Destas, a Doença Cerebrovascular contribui com 32,6% e a Doença Arterial Coronariana (DAC) com 29,6% das mortes relacionadas ao aparelho cardiocirculatório.

Dentre as doenças cardiovasculares estão a Doença Arterial Coronariana (DAC), que se manifesta por Angina *Pectoris*, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca e Morte Súbita; a Doença Cerebrovascular, manifestada por Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico e Isquêmico, e Ataque Isquêmico Transitório; e a Doença Arterial Periférica, por Claudicação Intermitente, (MION; NOBRE 2000).

Sabe-se da crescente importância da prevenção das doenças cardiovasculares com o intuito de diminuir a sua elevada incidência. Dentro deste aspecto, é importante diferenciarmos a prevenção primária da secundária.

A prevenção primária é estabelecida para pessoas que não apresentam a doença ou manifestações que permitam o seu reconhecimento. A prevenção secundária abrange medidas dirigidas às pessoas que já apresentam a doença. Sua finalidade é evitar recorrência e/ou complicações da doença básica (DÉCOURT, 1988).

Há aproximadamente quinze anos, iniciei minha experiência na área de cardiologia. Inicialmente, trabalhei com clientes internados em unidade coronariana e pós-operatório de

cirurgia cardíaca de um hospital público e, posteriormente, em um pronto-socorro (privado) de cardiologia. Mais recentemente, há três anos, passei a atuar em uma clínica cardiológica privada, na qual realizo a consulta de enfermagem a clientes que apresentam distúrbios cardiovasculares.

Nesta clínica, os encaminhamentos para a consulta têm sido feitos pelos médicos. O retorno dos clientes ocorre conforme a sua necessidade, ou de acordo com o agendamento realizado pela enfermeira.

Como fui uma das primeiras enfermeiras, em Florianópolis, a fazer consulta de enfermagem em uma clínica particular, enfrentei vários problemas relacionados à aceitação por parte de alguns médicos.

Inicialmente eu recebia o encaminhamento de apenas dois médicos, sendo que os outros seis sempre “esqueciam que tinha uma enfermeira na clínica”. Com o passar do tempo, à medida que ia acumulando resultados positivos, fui conseguindo a “aderência” de mais alguns médicos.

Percebi que a conquista do espaço depende muito da nossa atuação e que até os mais céticos perceberam a importância do trabalho interdisciplinar para um melhor resultado no tratamento do cliente.

De acordo com Santos (1999), a queixa de falta de valorização pela comunidade e por outros profissionais reflete a falta de interesse da (o) enfermeira (o) em assumir a consulta de enfermagem, pois algo que não ocorre ou ocorre muito pouco em função de sua demanda necessária não pode ser reconhecido e valorizado. Esse autor também ressalta que é necessário que os enfermeiros possam assumir esta atividade, pois a lei já existe e a necessidade da comunidade já existe há muito mais tempo.

Para realizar as consultas, utilizo um referencial teórico baseado no modelo proposto por Benedet e Bub (1998), no qual as autoras fizeram uma adaptação associando aspectos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta com a Classificação Diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*. Embora realizando a consulta da forma mais adequada possível, tenho o sentimento de não estar aplicando esta metodologia apropriadamente e percebi a necessidade de revisar alguns conceitos, principalmente a forma como estou utilizando os diagnósticos de enfermagem. Apesar da boa interação que tenho com os clientes, percebo que faltam subsídios que favoreçam as mudanças de comportamento necessárias para que o cliente possa melhorar sua saúde.

Algumas vezes tenho a impressão de que a minha abordagem, junto aos clientes, não tem conseguido preencher as suas expectativas e, na verdade, nem as minhas. Aparentemente, não seguem as recomendações sugeridas e retornam com o mesmo problema. Apesar de estar preocupada com essa dificuldade, tenho consciência de que é comum a todos os que trabalham com clientes portadores de doenças crônicas.

Vários estudos têm demonstrado as dificuldades de adesão dos clientes ao tratamento, principalmente dos hipertensos e dislipidêmicos, que se mostram resistentes em aderirem ao tratamento, tanto medicamentoso quanto ao não medicamentoso. Exemplo disto é o estudo *Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS)* que demonstrou uma diminuição na aderência ao tratamento não medicamentoso após o período de um a dois anos (NEATON et al., 1993).

A partir da minha vivência profissional, achei que a aplicação de uma teoria de enfermagem diferente da qual vinha utilizando poderia me ajudar. Entretanto, após iniciar a revisão de literatura pude perceber que, antes de empregar modelos teóricos diferentes, deveria conhecer melhor o perfil do cliente com o qual trabalho. Era preciso conhecer os fatores que dificultavam as mudanças de comportamento necessárias ao melhoramento da saúde e caracterizar os principais problemas vivenciados pelos clientes. Enfim, otimizar dados que pudessem contribuir para uma melhor compreensão da condição/situação¹ de saúde do cliente com DAC.

Segundo Patrício (1995), para que a (o) enfermeira (o) possa desenvolver a consulta de enfermagem, deve conhecer as questões vinculadas à saúde-doença dos clientes, desenvolver competência para trabalhar na relação pessoa-pessoa e também com grupos. Conhecer quem é o cliente; quais as crenças e valores que guiam suas práticas de saúde-doença, o perfil epidemiológico e de saúde da clientela.

Acredito que desta maneira estou buscando uma abordagem mais apropriada para estabelecer a interação com o cliente e uma melhor compreensão dos motivos pelos quais os clientes têm dificuldade em modificar comportamentos com o objetivo de melhorar sua

¹ Neste estudo os termos condição e situação são utilizados não como sinônimos, mas como termos interdependentes, pois **condição**, conforme Japiassú & Marcondes (1996, p.50), designa posição singular e única de cada homem no mundo (físico e social) e na história; também é, segundo Ferreira (1986, p.448), a maneira de viver resultante da situação de alguém. **Situação** é definida por Japiassú e Marcondes (1996, p.250) como um dos elementos mais centrais na constituição da condição humana; e o ser humano se encontra sempre em um contexto preestabelecido, em um mundo que o antecede, que o constitui como ser humano e em relação ao qual forma sua identidade e a sua liberdade. No meu entendimento, situação é mais ampla e abrange todo o contexto que envolve a pessoa, enquanto condição é o resultado das circunstâncias sociais, culturais, econômicas e biológicas que envolvem o ser humano. Tanto condição quanto situação são noções temporárias.

saúde. Com este propósito, pretendo utilizar a consulta de enfermagem como instrumento para favorecer a identificação de fatores que influenciam na saúde destes clientes.

Então me pergunto: **como a consulta de enfermagem pode favorecer a identificação dos fatores que tendem a influenciar a saúde dos clientes com Doença Arterial Coronariana (DAC) e/ou seus fatores de risco?**

2 OBJETIVOS

Para buscar respostas à questão-guia, estabeleci como objetivo geral: **refletir sobre a condição/situação de saúde dos clientes com DAC e/ou seus fatores de risco, a partir da consulta de enfermagem.** Para atingir este objetivo, propus os seguintes objetivos específicos:

- 1. Caracterizar e analisar a condição/situação de saúde dos clientes;**
- 2. Identificar os fatores que tendem a influenciar a saúde dos clientes.**

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, ressaltamos alguns temas que se fizeram importantes para a realização deste estudo, tais como: a Doença Arterial Coronariana (DAC) no contexto das Doenças Cardiovasculares, os fatores de risco para a DAC, a problemática do cliente com DAC, Educação em Saúde e Consulta de Enfermagem.

3.1 A Doença Arterial Coronariana no contexto das doenças cardiovasculares

As Doenças Cardiovasculares (DCV) representam uma importante causa de morte em nosso país, caracterizando-se como o principal motivo de mortalidade por todos os demais grupos de causas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Elas assumiram um papel de destaque desde os anos 60 nas capitais brasileiras e, em cidades como São Paulo, são a principal causa de morte desde o final dos anos 40 (LOTUFO, 1998).

A Doença Arterial Coronariana (DAC) se apresenta de várias formas e tem diferentes graus de severidade:

1 – Angina Estável: é a manifestação inicial de DAC em aproximadamente metade dos pacientes. A angina é uma síndrome clínica caracterizada por desconforto no tórax, mandíbula, ombro, dorso ou braço. Ela é tipicamente agravada por exercícios ou tensão emocional e aliviada por nitroglicerina. Usualmente ocorre em pacientes com DAC, envolvendo uma ou mais artérias epicárdicas. Entretanto, angina também pode ocorrer em pacientes com doença cardíaca valvar, cardiomiopatia hipertrófica e hipertensão não controlada. Pode estar presente em pacientes com artérias coronárias normais e a isquemia

miocárdica é relacionada a espasmo ou disfunção endotelial. Angina também é um sintoma em pacientes com condições não cardíacas relacionadas ao esôfago, parede torácica ou pulmões (GUIDELINES, 1999).

2 – Síndrome Coronária Aguda: refere-se a um conjunto de sintomas clínicos que são compatíveis com isquemia miocárdica aguda. Compreende Infarto Agudo do Miocárdio assim como Angina Instável. Na Angina Instável, observa-se dor torácica do tipo isquêmica, a qual é de origem recente; é mais freqüente, severa, ou prolongada, do que a angina habitual do paciente; é mais difícil de ser controlada com drogas; ou está ocorrendo em repouso, ou com mínimo esforço. A concentração das enzimas cardíacas não aumenta. Já o Infarto Agudo do Miocárdio pode ocorrer com ou sem elevação do segmento ST do eletrocardiograma, sendo que se observa elevação das enzimas cardíacas no mínimo duas vezes superior ao valor normal. O conceito atual de Infarto do Miocárdio enfatiza que qualquer porção de necrose miocárdica causada por isquemia pode ser rotulada como infarto. Seu diagnóstico é baseado em critérios clínicos, eletrocardiográficos, bioquímicos, métodos de imagem e patológicos. A implicação do diagnóstico precoce para o manejo clínico indica que o paciente portador de Síndrome Coronária Aguda deve ser internado em um ambiente com monitorização eletrocardiográfica contínua e capacidade de desfibrilação. A prioridade mais urgente da avaliação precoce é identificar pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, que devem ser considerados para terapia de reperfusão imediata (fibrinólise coronária com o uso de fibrinolíticos ou angioplastia primária) e para reconhecer outras causas potencialmente catastróficas de morte súbita, tais como dissecção aórtica (BRAUNWALD *et al*, 2000).

3 – Cardiomiopatia Isquêmica: é uma condição na qual a DAC resulta em disfunção miocárdica severa com manifestações clínicas compatíveis com Insuficiência Cardíaca Congestiva (BRAUNWALD, 1997).

4 – Morte Súbita: embora a morte súbita cardíaca seja a primeira manifestação clínica de DAC em 20 a 25% de todos os pacientes com doença cardíaca isquêmica, um Infarto do Miocárdio prévio pode ser identificado em cerca de 75% dos pacientes que morrem subitamente. A alta incidência, tanto de infarto prévio clínico quanto de infarto não reconhecido nas vítimas de morte súbita cardíaca, tem levado à pesquisa de preditores de morte súbita em sobreviventes de Infarto do Miocárdio, assim como em pacientes com outras manifestações clínicas de DAC (BRAUNWALD, 1997).

Durante os últimos 30 anos, temos presenciado um declínio razoável da mortalidade por causas cardiovasculares, em países desenvolvidos, enquanto que elevações relativamente rápidas e substanciais têm ocorrido em países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil é um dos representantes. De acordo com as projeções da Organização Mundial de Saúde - OMS, essa tendência de elevação na incidência da doença cardiovascular deve persistir, agravando ainda mais o quadro de morbidade e mortalidade nos países em desenvolvimento (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001, p. 18)

Mion e Nobre (1999) enfatizam que, apesar de estar na quarta década como primeira causa de morte no Brasil, o perfil das doenças cardiovasculares continua pouco conhecido, pois a maioria dos estudos realizados é inexpressiva em número e abrangência. Também é mínimo o conhecimento sobre morbidade populacional por complicações predominantemente decorrentes da hipertensão.

Estes autores também ressaltam que, no Brasil, “a medicina preventiva é pouco utilizada, e a medicina curativa/paliativa utiliza recursos que poderiam, em grande parte, ser transferidos para a prevenção, com enormes benefícios para a sociedade e para o país” (MION; NOBRE, 1999, p.28).

As três últimas décadas contribuíram de forma expressiva para o desenvolvimento de novas técnicas para o tratamento das doenças cardíacas, tanto em medicamentos eficazes quanto em termos de técnicas invasivas como cirurgias cardíacas, angioplastias, entre outras. Estes recursos têm contribuído para o aumento da sobrevida da população, mas não para a redução da incidência das doenças.

Apesar do desenvolvimento tecnológico utilizado no tratamento das doenças cardíacas, a prevenção é considerada uma das medidas mais eficazes, ainda que se tenha dificuldade de colocá-la em prática. Fala-se muito dos benefícios da prevenção a partir da mudança nos hábitos de vida, tais como: modificações nos hábitos alimentares, a prática regular de atividades físicas, o abandono do tabagismo, a redução do consumo de álcool e em como saber administrar o estresse, mas efetivamente, as mudanças nos hábitos dos indivíduos, é bastante dificultosa, pois necessita de uma transformação gradual e, portanto muito lenta, que, em geral, culmina em modesta adesão por parte dos clientes.

De acordo com Lotufo (1996), a visão distorcida até a década de 1980, de que as doenças cardíacas eram próprias de países desenvolvidos, doenças de urbanização, e

portanto, não-redutíveis, isto é, que eram ligadas ao envelhecimento das pessoas, influenciou fortemente para que estas doenças não fizessem parte dos programas do Ministério de Saúde.

A partir do reconhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, pela comunidade científica, estabeleceu-se um novo paradigma preventivo na cardiologia, com um direcionamento progressivo no seu controle. Dentre os primeiros estudos que serviram de base epidemiológica da prevenção, destaca-se o de Framingham, iniciado em 1948, nos Estados Unidos. Os primeiros resultados publicados, no final dos anos 50, introduziram o conceito de fator de risco e ressaltaram a associação entre o colesterol sérico, o hábito de fumar e a hipertensão arterial sistêmica com a cardiopatia isquêmica (Dawber apud LOTUFO,1996).

“O conceito de fator de risco nasceu da teoria da multicausalidade das doenças, a qual por sua vez vem substituindo a unicausalidade” (PORTO, 1998, p.100).

3.2 Fatores de risco para a Doença Arterial Coronariana

Define-se fator de risco como “uma característica ou elemento, endógeno ou exógeno, que se associa à maior probabilidade de desenvolvimento de uma enfermidade” (PORTO, 1998, p.100).

Dentre os fatores de risco para a Doença Arterial Coronariana, destacam-se os **não-modificáveis**, que se associam ao aumento das doenças coronarianas sem possibilidade de serem reduzidos (história familiar, idade e sexo) e os **modificáveis**, que são fatores nos quais o emprego de intervenções seguramente reduz o risco de doença coronariana (dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, hipertrofia do ventrículo esquerdo, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo, menopausa, fatores psicossociais, consumo excessivo de bebidas alcoólicas) (FOPPA; DUNCAN, 2000).

Os principais mecanismos etiológicos envolvidos na doença arterial isquêmica são a aterogênese, a trombogênese e o espasmo coronariano. No entanto, o papel que os fatores de risco exercem sobre tais mecanismos etiológicos ainda está sendo pouco investigado. Sabe-se, entretanto, que a dislipidemia está mais relacionada à aterogênese, e o tabagismo, à trombogênese (PORTO, 1998).

Segundo Braunwald (1997), aproximadamente 80% dos infartos agudos do miocárdio fatais ocorrem em pacientes com **idade** igual ou superior a 65 anos. Em função do aumento do risco, em curto prazo, de um evento coronariano em pacientes de meia-idade e idosos, a redução de fatores de risco modificáveis é mais provável de diminuir eventos coronarianos mais precocemente nesta faixa etária do que em pacientes mais jovens com os mesmos fatores de risco.

A ocorrência de Doença Arterial Coronariana é cerca de três a quatro vezes mais freqüente nos homens do que nas mulheres até os 55 anos. Após esta idade, aumenta o risco para as mulheres em consequência da menopausa. Em torno dos 75 anos de idade, as incidências se igualam em ambos os sexos. Por isso, considera-se como fator de risco para a DAC a idade maior ou igual a 45 anos para os homens e maior ou igual a 55 anos para as mulheres (VALE; MARTINEZ, 2000; ARMAGANIJAN; BATLOUNI, 2000).

O aumento da incidência de Doença Arterial Coronariana na mulher, após a menopausa, deve-se a um efeito secundário a hipoestrogenemia. Cogita-se que a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) com baixas doses de estrogênio e progesterona tem um efeito cardioprotetor, segundo o estudo *Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI)* (1995). Todavia, há necessidade de mais dados que confirmem e justifiquem o emprego da TRH para tal fim.

Até que um estudo clínico definitivo com dados sobre o efeito da TRH na prevenção primária da DAC esteja disponível, a maioria dos autores, incluindo a *American Heart Association (AHA)* recomenda que: a TRH não deve ser prescrita para a prevenção primária da DAC, a TRH deve ser descontinuada se um evento coronário agudo ocorrer e AHA recomenda que o início e a continuação da TRH devem ser baseados em benefícios e riscos não-coronarianos estabelecidos, riscos e benefícios coronarianos possíveis, e a preferência da cliente (MOSCA et al, 2001).

A **história familiar** é um fator de risco independente para a Doença Arterial Coronariana, particularmente entre indivíduos mais jovens com uma história familiar prematura de Infarto do Miocárdio. Roncaglioni et al. (1992) ressaltam que o número de parentes e a idade a qual eles foram afetados está relacionada à maior força desta associação. Há um efeito multiplicativo no risco entre história familiar e outros fatores de risco maiores para o infarto.

Link; Tanner (2001) também destacam que o risco é maior quando o infarto do miocárdio se manifestou prematuramente, em um ou ambos os pais, antes dos 60 anos de idade.

Dentre os fatores de risco modificáveis destaca-se a **dislipidemia**. A concentração de colesterol total sérico é um evidente fator de risco para a DAC. No estudo *Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT)* (STAMLER et al., 1986) mais de 350.000 homens americanos de meia idade, com valores altos de colesterol total, apresentaram risco de doença coronariana progressivamente aumentado.

Em relação ao Colesterol total e LDL-colesterol (lipoproteína de baixa densidade) são definidas as seguintes concentrações, de acordo com o Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia:

- alto-risco: colesterol total acima de 240 mg/dl e LDL-colesterol acima de 160 mg/dl
- risco intermediário: colesterol total entre 200 e 239 mg/dl e LDL-colesterol de 130 a 159 mg/dl
- desejável: colesterol total menor que 200 mg/dl e LDL-colesterol menor que 130 mg/dl.

Para indivíduos diabéticos ou com Doença Arterial Coronariana, os níveis recomendáveis de LDL-colesterol devem ser inferiores a 100 mg/dl (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

De outro modo, o HDL-colesterol (lipoproteína de alta densidade) é inversamente associado com a incidência da Doença Arterial Coronariana. A relação entre colesterol total e HDL-colesterol representa um meio simples e eficiente de estimar o risco de doença coronariana. Seu valor considerado normal é até 4 (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

A importância patogênica do colesterol sérico é comprovada com estudos randomizados, os quais mostraram que reduções nos níveis de colesterol total e LDL-colesterol diminuíram os eventos coronários e a mortalidade enquanto prevenção primária. Destaco os estudos *West of Scotland Coronary Prevention Study Group (WOSCOPS)* de Shepherd e colaboradores (1995) e *Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS)* de Downs e colaboradores (1998).

A diminuição do colesterol também reduz os eventos coronários e a mortalidade em quase todos os pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (prevenção secundária), incluindo aqueles com níveis médios de colesterol total, LDL e HDL-colesterol. Isto ficou demonstrado nos estudos *Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S)* (1994), *Cholesterol and Recurrent Events Trial Investigators (CARE)* realizado por Sacks et al (1996) e o *Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) Study Group* (1998).

Também se salienta o papel da dieta pobre em gorduras saturadas e da atividade física moderada na prevenção da Doença Arterial Coronariana. Estudos comprovam que tais medidas também são eficazes na prevenção secundária (ORNISH et al., 1990; LORGERIL et al., 1994). Pois tem sido demonstrado que pessoas de países, grupos sociais ou raças que consomem grandes quantidades de gorduras têm níveis elevados de colesterol sérico e maior incidência de aterosclerose coronariana e aórtica em relação àqueles que consomem menos gordura (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

A hipertrigliceridemia e níveis elevados de lipoproteína a (Lp (a)) também podem ser determinantes de risco cardiovascular (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

A **hipertensão arterial** é fator de risco bem estabelecido para eventos cardiovasculares adversos. As avaliações de prevalência em regiões distintas do Brasil sugerem que a hipertensão arterial deva acometer 15 a 20% dos indivíduos adultos (BORENSTEIN, 1999; MION; NOBRE, 2000).

A hipertensão, a partir da década de 1990, passa a ser conceituada como uma síndrome, pois é resultante de alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas (MION ; NOBRE, 2000). São identificados vários fatores de risco para a hipertensão arterial, tais como, a obesidade, alto consumo de bebidas alcoólicas, uso de determinados medicamentos, raça negra, estresse e consumo excessivo de sal (PORTO, 1998).

Nos indivíduos com mais de 60 anos de idade, a hipertensão sistólica isolada tem uma importância maior do que a própria hipertensão diastólica (STAMLER et al., 1986). Entretanto, em estudo publicado por Franklin et al. (2001) observou-se que, em indivíduos com idade inferior a 50 anos, a pressão arterial diastólica foi o fator preditivo mais forte para a Doença Arterial Coronariana, enquanto que nos indivíduos com mais de 60 anos a

pressão de pulso, que é a diferença entre a pressão arterial sistólica e a diastólica, foi o fator mais importante.

A redução nos níveis pressóricos diminui de forma mais significativa o risco de Doença Cerebrovascular do que de Doença Arterial Coronariana. Relaciona-se este fato a característica multifatorial da doença coronariana. (PORTO, 1998; VALE; MARTINEZ, 2000).

O **tabagismo** é um importante e reversível fator de risco para a Doença Arterial Coronariana. A incidência de Infarto Agudo do Miocárdio está aumentada em seis vezes na mulher e três vezes no homem que fuma, pelo menos, vinte cigarros/dia comparado com indivíduos que nunca fumaram (PRESCOTT, 1998). Entre homens que morrem por infarto agudo do miocárdio 41% são fumantes e entre as mulheres, 84% são fumantes (AFIUNE NETO et al., 1998).

Os benefícios de cessar o hábito de fumar são vistos independentemente do tempo e da quantidade que o indivíduo tenha previamente fumado (AFIUNE NETO et al., 1998).

A resistência à insulina, a hiperinsulinemia e a intolerância à glicose são fatores de risco que contribuem para promover a aterosclerose, podendo levar à Cardiopatia Isquêmica, ao Acidente Vascular Cerebral e a complicações vasculares periféricas (ELIAN; PURISCH, 1998).

No estudo de Framingham, **diabetes**, tolerância diminuída à glicose e níveis normais-alto de hemoglobina glicosilada foram contribuintes poderosos para efeitos cardiovasculares ateroscleróticos, particularmente nas mulheres (KANNEL, 1979).

Os diabéticos têm uma carga maior de fatores de risco aterogênicos do que os não diabéticos, incluindo hipertensão, hipertrigliceridemia, aumento da relação colesterol total/HDL colesterol e fibrinogênio plasmático elevado.

A **obesidade** está associada com vários fatores de risco para a Doença Arterial Coronariana. Estes incluem: hipertensão arterial, intolerância à glicose, resistência à insulina, hipertrigliceridemia, HDL-colesterol reduzido e fibrinogênio elevado (PORTO, 1998)

Dados do *Framingham Heart Study* e do *Nurses' Health Study*, além de outros mais, documentaram o risco de doença coronariana associado com o excesso de peso (HUBERT et al., 1983; KRAUSS et al., 1998).

O excesso de peso (Índice de Massa Corpórea (IMC) $> 25 \text{ Kg/m}^2$), principalmente o acúmulo de gordura na região abdominal, está associado a um maior risco de DAC. O IMC é calculado através da relação entre o peso (em quilogramas) e a altura (em metros) elevada ao quadrado. A medida da circunferência da cintura permite-nos identificar portadores de obesidade androgênica. Risco muito aumentado: medida de cintura $> 88\text{cm}$ em mulheres e $> 102 \text{ cm}$ nos homens (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

A distribuição da gordura corporal parece ser um importante determinante, no qual os pacientes com obesidade central são de risco mais alto para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A obesidade também está relacionada com risco aumentado de morte entre não fumantes e aqueles sem uma história de doença coronariana (CALLE et al., 1999).

O **sedentarismo**, segundo Tales de Carvalho (1998 p.139), “situação de gasto energético inferior a 500 Kcal por semana, além do gasto calórico basal”, é um importante fator de risco, pois vários estudos epidemiológicos vêm relacionando uma maior atividade física a uma menor incidência de Infarto do Miocárdio e Morte Súbita.

O exercício físico, mesmo de grau moderado, tem um efeito protetor contra a doença coronariana e a mortalidade de todas as causas. Dentre os seus efeitos benéficos, está a elevação no HDL-colesterol, a diminuição da pressão arterial, uma menor resistência à insulina e a perda de peso (FLETCHER et al., 1996).

As orientações para modificações no estilo de vida envolvem as mudanças no padrão alimentar, atividade física, abandono do tabagismo, controle do peso, entre outros e estão descritas, a seguir, no Quadro 1.

Quadro 1: Recomendações gerais para controle dos principais fatores de risco modificáveis da DAC:

FATOR DE RISCO	RECOMENDAÇÕES
Dislipidemia	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a ingestão de colesterol, restringindo o consumo de vísceras, leite integral e seus derivados, biscoitos amanteigados, <i>croissants</i>, folhados, sorvetes cremosos, embutidos, frios, pele de aves, crustáceos, gema de ovo. - Reduzir o consumo de ácidos graxos saturados através da restrição na ingestão de gordura animal, polpa de coco, óleo de cacau, coco e palma (dendê).

	<ul style="list-style-type: none"> - Substituição de ácidos graxos saturados por insaturados (ômega-6, ômega-9 e ômega-3). - Ingestão de fibras alimentares solúveis (pectinas e gomas) e insolúveis (celulose, hemicelulose e lignina). - Não se recomenda o consumo de bebidas alcoólicas para a prevenção de aterosclerose.
Hipertensão Arterial	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do peso corporal - Redução da ingestão de sódio - Redução do consumo de bebidas alcoólicas - Maior ingestão de alimentos ricos em potássio - Exercícios físicos regulares - Abandono do tabagismo - Controle das dislipidemias - Controle do <i>Diabetes Mellitus</i>
Tabagismo	<ul style="list-style-type: none"> - Recomenda-se a abordagem cognitivo-comportamental que aumenta a taxa de cessação de fumar. Tal medida consiste em detecção de situações de risco de recaída e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.
<i>Diabetes Mellitus</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Restrição de alimentos ricos em açúcares simples, colesterol e gorduras saturadas. - Atividade física.
Obesidade	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia dietética - Atividade Física
Sedentarismo	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade física aeróbica três a seis vezes/semana com duração média de 40 min. A frequência cardíaca deve variar de 60 a 80% da frequência cardíaca máxima atingida em teste ergométrico. Também são recomendados exercícios que aprimorem a força e flexibilidade, em média, duas vezes/semana.

Fonte: III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998) e III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

3.3 A problemática do cliente com Doença Arterial Coronariana

Em razão da maioria das doenças cardiovasculares serem multicausais, também as orientações aos clientes envolvem vários aspectos e o sucesso no alcance das metas deve propor a abordagem interdisciplinar, que tem um resultado superior ao trabalho médico isolado. Este fato pode ser comprovado em estudos comparativos entre a atuação médica

isolada e a associação com a assistência de enfermagem (PIERIN et al., 1984; GIORGI; SILVA, 1985).

As doenças cardiovasculares, como outras doenças crônicas, determinam alterações na condição/situação de vida dos clientes, gerando a necessidade de busca de alternativas. Para enfrentar esta situação, o cliente deve contar com a ajuda dos profissionais da área da saúde que atuam na prevenção primária e secundária pois, somente com esforços conjuntos, poderemos reduzir os fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Horwitz; Horwitz apud Pierin (2001, p.24) ressaltam que “a adesão ao tratamento pode ser caracterizada como a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou de saúde”.

Segundo Mion e Nobre (2000, p.140),

a adesão ao tratamento pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do cliente. A prescrição médica envolve tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas.

No meu entendimento, **adesão ao tratamento** é a participação ativa e consciente do cliente no tratamento, objetivando o melhoramento da saúde. Para isso, é necessário estimular a cidadania e respeitar a autonomia do cliente.

A adesão ao tratamento deve ser promovida a partir do diálogo, no qual são fornecidas informações, discutidas as reais possibilidades terapêuticas e respeitada a autonomia do cliente. O propósito é que, através do esforço conjunto, profissional e cliente decidam qual a melhor maneira para manter ou melhorar a saúde.

Sarquis et al (1998) desenvolveram um estudo, a partir da análise da produção científica sobre a adesão ao tratamento da hipertensão arterial e relataram que as investigações que busquem identificar a correlação da adesão e características das doenças cardiovasculares, fatores inerentes à doença para se estabelecer propostas que visem a trabalhar de modo estratégico a problemática de adesão junto aos clientes com distúrbios cardiovasculares, são fundamentais.

Mion e Nobre (2000) destacam a importância do desenvolvimento de pesquisas para elucidar os mecanismos determinantes da adesão ao tratamento e as estratégias para melhorar o cumprimento das recomendações pelos clientes.

Pierin (2001 p.25) ressalta que “a problemática da adesão ao tratamento é complexa” e que vários fatores interferem neste processo, tais como aqueles vinculados ao paciente, à doença, ao tratamento, aos aspectos institucionais e ao relacionamento médico-cliente. Destaca que variáveis como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde devem ser considerados.

A participação ativa do cliente no cuidado de sua saúde, continua sendo um dos maiores problemas enfrentados pelos profissionais da saúde, resultando em complicações importantes das doenças cardiovasculares e na mortalidade de muitos destes clientes.

3.4 Educação em saúde

A educação em saúde é um dos meios pelo qual os profissionais da saúde podem intervir na redução da alta incidência de morbi-mortalidade da Doença Arterial Coronariana.

É um processo de reflexão e construção com o cliente, um instrumento que permite às pessoas compreenderem a si mesmas e buscarem novas alternativas para a manutenção da saúde e bem-estar, considerando sua vida como um todo.

É importante que os clientes participem ativamente de seu tratamento, a fim de evitar que a educação se torne uma prática de treinamento para comportamentos saudáveis, sem considerar as qualidades individuais como a iniciativa, criatividade e história pessoal, além das diferenças e dos conflitos da vida social das pessoas (RAMOS, 1999).

Weiss (1999, p. 27) entende a educação em saúde como uma ação de cuidado que, enquanto processo capacitador e conscientizador, promove a capacidade de crítica, a liberdade, a independência, o autocuidado e co-responsabilidade.

Kleba (1999, p.122) ressalta que a educação é um componente da assistência que pode capacitar indivíduos em sua autonomia para que conquistem melhores condições de vida.

Nesta perspectiva, Freire (2001, p. 66 e 67) referindo-se a autonomia do educando afirma que “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros... Saber que devo respeito à

autonomia e à identidade do educando exige de mim uma prática em tudo coerente com este saber”. Assim, a educação em saúde deve estar fundamentada no respeito à autonomia do cliente para que profissional e cliente possam estabelecer uma relação, na qual as duas partes se respeitem. Para tal, é necessário reconhecer a capacidade do cliente tomar decisões baseadas em suas crenças, valores e aspirações, mesmo que estas decisões sejam divergentes das nossas (FORTES, 1994).

O cliente é quem de forma ativa analisa as informações e as incorpora ou não à sua vida. Mas, para poder tomar decisões conscientemente, é necessária a informação adequada. Pois, informações incompletas, distorcidas ou mal entendidas podem levar a um raciocínio incorreto e comprometer a decisão autônoma do cliente.

Informações adequadas implicam em considerar as circunstâncias sociais, psicológicas e culturais do cliente. A abordagem é apropriada a cada indivíduo, considerado como sujeito autônomo, capaz de tomar decisões. Neste sentido, não existem fórmulas padronizadas. Por este motivo, as ações educativas devem considerar o contexto sociocultural do cliente, sua percepção e suas expectativas sobre a condição/situação de saúde, a fim de tornar-se sujeito ativo no processo de melhoramento da sua saúde e qualidade de vida.

Com o número crescente de clientes nos ambulatórios de instituições públicas e privadas, a atuação da (o) enfermeira (o) prepondera no sentido de ser um mediador no processo educativo do cliente. Por este motivo, é necessário que haja criatividade e inovação em seu trabalho, com o propósito de abrir novos caminhos e ampliar a sua área de atuação. Um dos espaços ideais para esta atuação é através da consulta de enfermagem.

3.5 Consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem é uma atividade ainda pouco explorada pelas (os) enfermeiras (os), talvez pelo fato de sua legalização ter ocorrido somente em 1986, com a **Lei do Exercício Profissional de nº 7498/86** (PADILHA, 1993). De acordo com esta lei, a consulta de enfermagem é uma atividade privativa da (o) enfermeira (o), e que mostra às pessoas uma outra face profissional, diferente da visão tradicional da (o) enfermeira (o) que atua nas instituições hospitalares.

Consulta de Enfermagem é a atividade diretamente prestada pela (o) enfermeira (o)

ao cliente, através da qual são identificados problemas de saúde-doença e prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do cliente (Comitê de Consulta de Enfermagem, reunido no XXXI CBEEn, 1979).

Horta (1979, p. 68) ressalta que “a (o) enfermeira (o), ao atender o indivíduo não-hospitalizado aparentemente sadio ou o doente em tratamento ambulatorial, poderá aplicar o processo de enfermagem e quando o faz está realizando uma consulta de enfermagem”.

Segundo Adami (1989 p.10), a consulta de enfermagem “é uma atividade sistematizada que envolve uma relação interativa enfermeira (o)/ cliente, voltada para a identificação, resolução e/ou atenuação de problemas com base nas necessidades de saúde e condição/situação do cliente”. Santos (1999) também define a consulta de enfermagem como uma prática que visa ao atendimento do cliente não hospitalizado, que responde às necessidades da saúde coletiva e desenvolve ações que visam à melhoria da qualidade de vida.

Patrício (1995, p. 4) define a consulta de enfermagem como “um encontro de cuidado de saúde centrado em processos de educação participante, visto que suas ações são baseadas na realidade do sujeito (cliente), considerando suas possibilidades e limitações na relação Ser Humano-Ambiente, tendo em vista a promoção de sua saúde e prevenção de agravos de situações limitantes já existentes”.

Na década de 20, no Brasil, a consulta de enfermagem era uma entrevista pós-clínica, direcionada especificamente ao atendimento de mulheres portadoras de doenças sexualmente transmissíveis, de clientes portadores de tuberculose e de gestantes. (SANTOS, 1999).

Em 1968, surge o termo “consulta de enfermagem” direcionada à área materno-infantil e a patologias já diagnosticadas como, por exemplo: Tuberculose, Hanseníase, *Diabetes Mellitus* e Hipertensão Arterial (PADILHA, 1993). A consulta de enfermagem, assim entendida, foi uma conquista resultante de esforços de enfermeiras (os) da saúde pública e de estudos iniciados na década de 60 e que se desenvolveram nos trabalhos do Comitê de Especialistas da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), durante o XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1979 (PADILHA, 1993; PATRÍCIO, 1995).

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa da (o) enfermeira, na qual esta assume total responsabilidade de suas ações. Por este motivo, constitui-se num espaço ideal para o exercício da autonomia profissional.

Para o desenvolvimento da consulta de enfermagem a (o) enfermeira (o) necessita de conhecimento em **semiologia** (exame físico para o levantamento e o estudo dos sinais e sintomas do ponto de vista da Enfermagem), **semiotécnica** (aborda as técnicas de enfermagem que compreendem as ações indicadas para atender aos problemas relacionados levantados no exame físico), **ter habilidade para comunicar-se** (fundamental para que haja interação entre enfermeira (o) e cliente a fim de que ambos estejam envolvidos na solução dos problemas identificados), aplicar a **metodologia de assistência de enfermagem** fundamentada num marco teórico, num processo de coleta, análise e interpretação das informações obtidas, visando à tomada de decisão sobre a avaliação da situação de saúde do cliente em termos de normalidade e anormalidade, além de conhecimentos na área da **antropologia, sociologia e epidemiologia** (SANTOS, 1999).

Patrício (1995), ainda sugere que a (o) enfermeira (o) deve **conhecer o perfil dos clientes com os quais vai trabalhar**, ter habilidade para **trabalhar na relação pessoa-pessoa** e também com **grupos, conhecer o conteúdo referente às questões dos clientes que utilizam o serviço** (riscos de doenças e acidentes ocupacionais/ambientais de forma geral).

Na consulta de enfermagem é fundamental que a (o) enfermeira (o) tenha habilidade para comunicar-se tanto de forma verbal como não-verbal, pois conforme Silva (1996), o processo comunicativo está inserido nas relações sociais do ser humano e a fala, a escrita, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação amplamente utilizadas. Faria (1998) também ressalta que a comunicação sempre tem um aspecto de conteúdo (comunicação verbal) e um aspecto de relação (comunicação não - verbal). A mensagem se expressa de forma significativa e simbólica e nela se define a relação.

Silva (1996) ainda reforça que uma das principais tarefas do profissional de saúde é decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o cliente envia para, só então, estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades. Profissional e cliente são pessoas envolvidas na solução dos problemas identificados mutuamente. Para tanto, cada qual tem o direito de se manifestar com liberdade, verbalizando suas dúvidas e adquirindo conhecimento.

Conforme Caponi e Bub (1999), a aquisição de conhecimento liberta os seres humanos através da capacidade de realizar escolhas que poderão prolongar a sua vida e evitar complicações quando já existe alguma doença. As escolhas dependem da vontade pessoal, das crenças, dos valores e das prioridades que cada um estabelece para sua vida.

Com o propósito de assistir ao cliente e sua família de forma holística, e contribuir para maior independência dos serviços de saúde, a consulta de enfermagem deve ser uma atividade integrada às ações de outros profissionais da área da saúde (PADILHA, 1993; SANTOS, 1999).

Portanto, cada profissional de saúde tem o seu papel na contribuição para a melhoria da saúde do cliente. A (o) enfermeira (o) acompanha e analisa a evolução da condição/situação de saúde do cliente, em termos da resolução ou não dos problemas identificados, face às ações implementadas. Realiza os procedimentos de enfermagem que se fizerem necessários, ministra orientações indicadas no momento e encaminha a outros profissionais quando a competência de resolução do problema fugir do seu âmbito de ação.

A qualidade da consulta de enfermagem depende do diálogo que é estabelecido na relação cliente/enfermeira (o). É necessário levar em consideração as crenças, valores e saberes do cliente para facilitar a identificação das suas limitações e possibilidades, e buscar alternativas mutuamente. É através de uma relação dialógica entre iguais que a confiança, a autonomia e a liberdade de escolha do cliente será preservada.

A atuação da (o) enfermeira (o) junto aos clientes com Doença Arterial Coronariana e/ou seus fatores de risco, tem como objetivo minimizar, tanto quanto possível, as complicações inerentes a estas patologias e promover o melhoramento da saúde, seja implementando ações de promoção da saúde², prevenção de má-saúde³, ou cuidado de saúde⁴.

² Promoção da saúde são aquelas ações que têm como propósito melhorar ainda mais um estado de boa saúde. Como exemplo: buscar uma dieta bem equilibrada, iniciar um programa de exercícios, conhecer a si mesmo, etc.

³ Prevenção de má-saúde significa implementar ações que tem como propósito evitar estados de má-saúde.

⁴ Cuidado de saúde é considerado um conjunto de ações que tem como o propósito principal melhorar a condição de saúde de uma pessoa de um estado de má-saúde para um estado de boa saúde.

4 MARCO REFERENCIAL

O marco referencial para esta prática foi construído a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, associada aos Diagnósticos da *NANDA*⁵, conforme o modelo proposto por Benedet e Bub (2001), além do conceito de saúde de Lennart Nordenfelt (1995) e de necessidade de Per-Erik Liss (1996).

Escolhi este referencial porque já o utilizava em minha prática, e por considerar que ele fornece subsídios para um levantamento de dados abrangente, favorecendo a compreensão da condição/situação de saúde dos clientes com DAC e/ou seus fatores de risco. Acredito também que através do diálogo há maior facilidade para que clientes e profissionais possam decidir conjuntamente quais os objetivos terapêuticos que pretendem alcançar.

4.1 Pressupostos

4.1.1 *Sobre Wanda Horta*

Wanda de Aguiar Horta nasceu em 11/08/1926, em Belém do Pará. Graduiu-se em enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP, em 1948. Além de outros títulos conquistados, em 1968, obteve o grau de doutora e livre-docente em fundamentos de enfermagem pela Escola Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Exerceu funções didáticas, técnicas e administrativas (LEOPARDI, 1999).

A teoria de Horta fundamenta-se em uma abordagem empírica baseada na psicologia humanista, e inspirada na teoria da motivação humana de Maslow. Horta optou

⁵ *North American Nursing Diagnosis Association*

por classificar as necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, conforme o proposto por João Mohana (BUB, 2001).

4.1.1.1 Pressupostos básicos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas

- a enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano;
- a enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio;
- todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação;
- a enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade;
- a enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo do seu autocuidado.

4.1.2 Pressupostos Pessoais

- as pessoas com fatores de risco para Doença Arterial Coronariana ou com a doença, possuem necessidades que precisam ser identificadas em conjunto com a (o) enfermeira (o);
- o diálogo entre cliente e enfermeira (o) é o meio pelo qual os objetivos terapêuticos são traçados;
- a compreensão do que o cliente pensa, sente e busca em relação à sua condição/situação de saúde pode auxiliar no estabelecimento de metas terapêuticas compartilhadas;
- a (o) enfermeira (o) pode auxiliar o cliente a ampliar o conhecimento sobre sua saúde e/ou má-saúde e ajudá-lo a refletir sobre a situação vivenciada;
- a equipe interdisciplinar tem um papel fundamental na educação para o melhoramento da saúde dos clientes.

4.2 Conceitos principais

4.2.1 *Ser Humano*

É parte integrante do universo dinâmico e como tal sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço. O ser humano está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. O ser humano se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização, além de poder unir presente, passado e futuro. Estas características do ser humano permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade (HORTA, 1979 p.28).

O ser humano é parte integrante de um ambiente natural (físico e biológico) e de um ambiente artificial (moradia, local de trabalho, cidades), este último modificado e construído coletivamente. Como parte deste ambiente, está sempre interagindo com ele e se relacionando com os outros seres humanos que nele habitam. Este mundo de relações é o que constrói o ambiente social e cultural que influenciam a dimensão sociocultural da natureza humana.

É na interação dos seres humanos com seu ambiente que surgem as necessidades humanas básicas. O tipo de necessidade surgida depende da dimensão da natureza humana que a gerou. Conforme esta perspectiva, nós podemos ter necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. Estas necessidades geram diferenças entre o estado real da pessoa e um outro estado; aquele que a pessoa deseja ou necessita atingir. Estas diferenças, por sua vez, são responsáveis por estados de desequilíbrio os quais são anulados quando as necessidades são satisfeitas. Neste sentido é que os seres humanos buscam um estado de equilíbrio dinâmico, constituído por necessidades satisfeitas e insatisfeitas.

No entanto, dependendo das circunstâncias, a quantidade ou a qualidade das necessidades insatisfeitas, um estado de desequilíbrio pode ser gerado. Quando este estado de desequilíbrio afeta a saúde da pessoa, então a atuação dos profissionais da saúde pode ser requerida.

Por sua capacidade de reflexão e sensibilidade, o ser humano tem o potencial para escolher qual, quando e como satisfazer suas necessidades, de acordo com suas potencialidades e limitações. Esta capacidade, aliada ao poder de imaginação,

simbolização e historicidade caracteriza a sua individualidade (HORTA, 1979; NORDENFELT, 1995; LISS, 1996).

O ser humano deste estudo é o cliente com DAC e/ou seus fatores de risco, que busca manter-se em equilíbrio dinâmico dentro de suas possibilidades e limitações, reformulando seus objetivos de vida.

4.2.2 Ambiente

O ambiente do qual o ser humano é parte integrante, é constituído basicamente por duas grandes partes, uma natural e outra artificial. Como parte do ambiente natural há o ambiente físico: a natureza com seus recursos naturais e seu clima. Mas há também um ambiente biótico, constituído por todos os outros seres que nele habitam. O ambiente artificial é construído pelos seres humanos através de um processo histórico, mediado pela cultura e pelas relações sociais.

O ambiente influencia nossa vida em muitos diferentes aspectos. Estas influências forçam os seres humanos a estarem interagindo constantemente com este ambiente. Por este motivo, ele constitui-se na plataforma para nossas ações e a base para nossas escolhas. Nós realizamos nossas escolhas mudando nossos objetivos, conforme as mudanças ambientais, como por exemplo, calor, umidade, temperatura, obstáculos geográficos, padrões culturais ou requerimentos sociais (NORDENFELT, 1993, p. 35-37).

O ambiente do cliente com DAC e/ou seus fatores de risco é tudo que o cerca e contribui ou limita para o melhoramento da sua saúde. Por exemplo, um local adequado (plano, sem irregularidades), um clima agradável entre outros, é condição ideal para a realização da atividade física.

4.2.3 Saúde

Definir saúde é uma tarefa difícil mas necessária, uma vez que a enfermagem assiste ao cliente em todas as circunstâncias de saúde, e tem como objetivo promover mudanças positivas em direção ao bem-estar e à saúde (DAL SASSO, 1992).

A noção de saúde envolve aspectos normativos (símbolos, valores) e descritivos da realidade. Neste sentido, Bub (2001 p. 2) enfatiza que “a saúde tem sido vista sob diferentes perspectivas ao longo dos tempos”. Assim, para *Hippocrates* (460-370 a.C.),

saúde era o equilíbrio entre os humores do corpo: sangue, bile e fleuma. Conseqüentemente, o desequilíbrio entre estes humores era considerado como enfermidade (BUB, 2001).

A noção de saúde como equilíbrio foi mantida por Galeno (120-200 d.C.) e influenciou a prática médica até o início do século XVII, quando Descartes (1595-1650) revolucionou o pensamento da época. No entanto, mesmo após Descartes e com o desenvolvimento de disciplinas como anatomia patológica e a fisiologia, a noção de saúde como equilíbrio manteve-se. Porém, a noção de equilíbrio passa a ser entre as diversas funções do corpo. Com a saúde reduzida ao campo biológico, o conceito central passa a ser o processo da doença. Nesta perspectiva, a saúde é compreendida como um conceito contraditório ao de doença (BUB, 2001).

Caponi (apud BUB, 2001) ressalta que o conceito de saúde da OMS, surgiu em resposta a esta concepção reducionista de saúde. Segundo a OMS, saúde “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente uma ausência de doença ou de enfermidade”. Conforme Bub (2001, p.5), ainda que esta concepção seja muito criticada por não ser realista ou plausível, alguns aspectos positivos devem ser destacados. Um deles é que a saúde deixa de ser vista como um fenômeno meramente biológico e, o outro, é que a saúde passa a ser considerada não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, e sim como um estado de bem-estar, além de assumir sua importância pelo seu valor ético e político.

Apesar de existirem várias concepções de saúde, conforme Nordenfelt (1995), elas estão centradas em duas perspectivas: a holística, onde o ser humano é visto como um todo e na qual a saúde é estudada utilizando conceitos emprestados da linguagem comum, da psicologia, antropologia ou sociologia. E a perspectiva analítica, na qual a atenção é voltada para as partes do organismo, considerando sua estrutura e função.

Liss (1999 p. 517) ressalta que na perspectiva analítica a saúde é definida em termos de doença, ou seja, a pessoa não está com boa saúde se ela tem uma doença. Enquanto que na perspectiva holística a função e atividade da pessoa inteira são conclusivas para o julgamento sobre a saúde desta pessoa. O conceito holístico de saúde é dimensional, admitindo que há vários graus de saúde e que uma pessoa pode ser mais ou menos saudável. O conceito de saúde é definido como “capacidade para realizar objetivos vitais” e a “extensão desta capacidade pode variar de tempo em tempo”.

A partir dos conceitos de saúde de Horta (1979) e Nordenfelt (1995), desenvolvi meu próprio conceito, no qual a saúde é considerada como a habilidade que o ser humano possui para buscar alternativas com o objetivo de satisfazer suas necessidades e alcançar o bem-estar. Quando em má-saúde, o ser humano não dispõe de habilidades para buscar alternativas com o objetivo de satisfazer suas necessidades e alcançar o bem-estar.

No caso das pessoas com DAC, a habilidade requerida para manter ou melhorar a saúde está relacionada às habilidades cognitivas para buscar e compreender a informação, emocionais para enfrentar o estresse necessário ao ajustamento e físicas para realizar as atividades necessárias às mudanças. Quando alguma ou algumas destas habilidades estão afetadas o indivíduo necessita de ajuda profissional.

O bem-estar é a sensação de satisfação das necessidades consideradas vitais pela pessoa. A noção de bem-estar está relacionada com qualidade de vida e a saúde é uma das condições *para* a qualidade de vida (LISS, 1996)

Neste contexto, o cliente ao adquirir habilidades para incorporar os hábitos saudáveis ao seu cotidiano, tem disposição para buscar satisfazer suas necessidades e alcançar o bem-estar.

4.2.4 Necessidades

De acordo com Horta (1979, p.39) as necessidades são [...] *estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais*. Para Liss (1996, p. 45-47), a tensão ou desequilíbrio gera comportamentos na direção de determinados objetos, os quais levam à redução ou eliminação da tensão com conseqüente satisfação da necessidade. A necessidade de tensão é o mesmo que “força motriz”.

Liss (1996 p. 50) define necessidade como [...] *uma lacuna entre o estado atual e o objetivo da necessidade*. Quando a lacuna é eliminada a necessidade é satisfeita. Ressalta que o conceito de necessidade tem três componentes fundamentais: a condição real, o objetivo da necessidade e o objeto da necessidade. O objeto é determinado pelo objetivo da necessidade. Nesta definição, a necessidade é considerada como algo instrumental ou teleológico, está relacionada a um certo objetivo. Pois, quando um determinado objeto é

necessário para atingir um objetivo, isto implica que algo está faltando, portanto a necessidade é um certo tipo de deficiência (lacuna) (LISS, 1996).

Neste estudo optei por trabalhar com necessidade teleológica, porque ela proporciona uma visão mais ampla em relação à determinação e satisfação da necessidade. Isto resulta em ter uma clareza do *que*, do *como* e do *quando* a necessidade vai ser satisfeita. O cliente com DAC e/ou seus fatores de risco quando sente dor num quadro de angina instável, por exemplo, sentirá uma certa urgência na busca do alívio desta dor.

Benedet e Bub (2001) re-allocaram as necessidades humanas preconizadas por Horta (1979) nos três grandes grupos de necessidades humanas básicas. Nesta nova configuração, as autoras classificaram como necessidades: a) **psicobiológicas**: regulação neurológica, percepção dos órgãos dos sentidos, oxigenação, regulação vascular, regulação térmica, hidratação, alimentação, eliminação, integridade física, sono e repouso, atividade física, cuidado corporal, segurança física/meio ambiente, sexualidade, regulação: crescimento celular, terapêutica; b) **psicossociais**: comunicação, gregária, recreação/lazer, segurança emocional, amor/aceitação, auto-estima/auto-confiança/auto-respeito, liberdade e participação, educação para a saúde/aprendizagem, auto-realização, espaço, criatividade; e, c) **psicoespirituais**: religiosidade/espiritualidade.

4.2.5 Enfermagem

É a ciência e a arte de assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 1979, p.29).

A **enfermagem** é uma disciplina do conhecimento humano que tem como objetivo promover, proteger e recuperar a saúde com a finalidade de auxiliar o indivíduo a alcançar o seu bem-estar.

A (o) enfermeira (o) pode auxiliar o cliente a identificar suas necessidades, levantar as possibilidades de satisfação destas necessidades, respeitando a autonomia do cliente na tomada de decisões. Desenvolver uma relação dialógica, aliando o conhecimento científico aos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais do cliente é fundamental na interação cliente e enfermeira (o).

4.2.6 Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem é um processo sistematizado e educativo, realizado pela (o) enfermeira (o), o qual envolve uma relação interativa dialógica entre cliente/enfermeira (o) com o objetivo de identificar e satisfazer necessidades, a fim de promover a habilidade para agir do cliente e melhorar sua saúde.

4.2.6.1 Processo de Enfermagem

O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano (HORTA, 1979, p.35).

Na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, o processo de enfermagem consiste de seis fases, quais sejam: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

O *histórico de enfermagem* consiste num roteiro sistematizado para o levantamento de dados. O *diagnóstico de enfermagem* está baseado na identificação das necessidades do cliente e a determinação do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão. O *plano assistencial* é a determinação global da assistência de enfermagem para o cliente, estabelecido através do diagnóstico. A *prescrição de enfermagem* é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário. A *evolução de enfermagem* é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem com o cliente e o *prognóstico de enfermagem* é a estimativa da capacidade do ser humano em atender às suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano de cuidados (HORTA, 1979).

Na minha prática, utilizo quatro etapas do processo de enfermagem por achar suficiente para a identificação das necessidades e proposta de ações para o cliente. Entretanto, na etapa do diagnóstico de enfermagem, utilizo a classificação diagnóstica da *NANDA*, por acreditar que esta proporciona maiores subsídios para a avaliação das necessidades do cliente.

4.2.6.1.1 Diagnóstico de Enfermagem

Um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA, 2000, p. 143).

O diagnóstico de enfermagem é um instrumento valioso na identificação das necessidades reais ou potenciais do cliente. Proporciona uma visão mais ampla e, associado às demais etapas do processo de enfermagem, favorece a elaboração de uma assistência de enfermagem mais individualizada. Permite, também, a identificação dos fatores que interferem no cuidado à saúde do cliente.

4.2.6.1.1.1 Classificação Diagnóstica da NANDA

Apesar da idéia da atividade diagnóstica na enfermagem ter dado seus primeiros passos praticamente junto com a enfermagem moderna, o conceito de diagnóstico de enfermagem e a utilização das classificações diagnósticas são vistos como novos, porque vêm se desenvolvendo mais amplamente nos últimos quarenta anos (BENEDET; BUB, 2001).

Em 1953, o termo diagnóstico de enfermagem foi utilizado por Vera Fry para descrever a identificação de cinco áreas de necessidades do cliente de domínio da enfermagem. Faye Abdellah, em 1960, introduziu um sistema de classificação para a identificação de vinte e um problemas clínicos do cliente (FARIAS et al, 1990).

A partir de 1973, quando ocorreu o primeiro encontro do grupo nacional americano para a classificação de diagnósticos de enfermagem, os estudos nesta área ampliaram e surgiram várias definições de diagnósticos de enfermagem. Em 1990, durante a nona conferência da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* foi aprovada uma definição oficial de diagnóstico de enfermagem (CARPENITO, 1997).

No Brasil, o termo diagnóstico de enfermagem foi introduzido por Wanda de Aguiar Horta, na década de 70, como a segunda etapa do processo de enfermagem. Já o interesse pela classificação diagnóstica da *NANDA* teve início na Paraíba, em 1990, no qual um grupo de enfermeiros publicou a referida classificação em português (BENEDET;

BUB, 2001). A partir disso, o empenho pelas classificações diagnósticas foi crescendo e várias outras publicações realizadas.

Um sistema de classificação é um processo em desenvolvimento contínuo e a todo o momento pode necessitar de mudanças. Existem várias classificações da prática da enfermagem, tais como a *NANDA*, a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) versões alfa e beta, entre outras. Entretanto, deve-se ter a preocupação com “listas” de diagnósticos que podem impor culturalmente rótulos inapropriados. Pois, a generalização do diagnóstico de enfermagem depende da sua validação transcultural, ou seja, a tradução, adaptação ou adequação à realidade de cada país, evitando a imposição cultural dos rótulos inapropriados (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

O diagnóstico de enfermagem consiste na análise e interpretação criteriosa da condição/situação de saúde do cliente para a determinação da conduta a ser implementada, dentro do processo de enfermagem. Contribui para promover a autonomia da (o) enfermeira (o) no julgamento do cuidado do cliente, para propiciar conhecimentos específicos da enfermagem e para a realização de estudos sobre a qualidade do cuidado de enfermagem (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Os diagnósticos de enfermagem descrevem as condições que requerem cuidados de enfermagem, pois “são diferentes os problemas do cliente abordados pela (o) enfermeira (o), pelo médico e por outros profissionais de saúde. Contudo, há semelhanças no método de identificar e usar categorias diagnósticas. A compreensão dessas semelhanças e diferenças contribui para facilitar a comunicação interprofissional, bem como, clarificar o diagnóstico de enfermagem para os próprios enfermeiros” (FARIAS et al., 1990, p.45).

Para Clark e Lang (apud NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000) sem uma linguagem compartilhada que expresse esses elementos, não se pode descrever a prática da enfermagem de maneira que se possa compará-la nos diversos contextos clínicos, populações de clientes, zonas geográficas ou tempo.

A utilização dos diagnósticos de enfermagem deve ser dinâmica, devendo ser aplicado e testado na prática clínica. A partir dos sinais e sintomas apresentados pelo cliente, o diagnóstico de enfermagem é elaborado, conforme a classificação utilizada.

De acordo com a Taxonomia da *NANDA*, o enunciado de um diagnóstico de enfermagem compreende o título (problema), os fatores relacionados (etiologia) e as características definidoras (sinais e sintomas) (ALMEIDA; SOARES, 1998).

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS: A INTENÇÃO PRELIMINAR

5.1 Tipo de estudo

O presente estudo foi realizado através do método de **pesquisa convergente-assistencial**, o qual caracteriza-se, segundo Trentini e Paim (1999), pela articulação da prática profissional com o conhecimento teórico, no qual os pesquisadores formulam temas de pesquisa a partir das necessidades surgidas no contexto da prática.

Este tipo de pesquisa visa à sistematização da prática profissional, através da relação entre o “saber fazer” e o “saber pensar” (TRENTINI; PAIM, 1999). Propõe encontrar alternativas de soluções para problemas encontrados na prática; realizar mudanças, introduzir inovações e ser desenvolvida no mesmo espaço físico da prática.

Partindo da necessidade de conhecer melhor a condição/situação de saúde do cliente com Doença Arterial Coronariana e/ou com seus fatores de risco, busquei ampliar minha compreensão a partir da realização da consulta de enfermagem, renovando a minha prática através do “aprender a pensar o fazer”, pesquisando as implicações teóricas e práticas da atuação na educação em saúde.

Na pesquisa convergente-assistencial, a análise das informações consta de quatro processos, sendo eles: **apreensão, síntese, teorização e transferência**. A fase de **apreensão** consiste na coleta de informações através de entrevistas, observações ou ações e é quando se inicia o processo de análise. Já a fase de interpretação, que “compromete-se com resultados do processo”, inclui os processos de **síntese** (“análise que examina

subjetivamente as associações e variações das informações”), o processo de **teorização** (“Os temas/conceitos serão definidos e as relações entre eles descritas detalhadamente”) e o processo de **transferência** que tem o objetivo de “dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares, sem que esse processo venha a ser entendido como poder de generalização” (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 102, 106 e 107).

5.2 Aspectos éticos do estudo

Como a pesquisa foi realizada em seres humanos ficou evidente que certos aspectos éticos foram levados em consideração durante a realização e na captação de dados junto aos sujeitos do estudo.

Conforme a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, que dita as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, são incorporados, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

A observação dos princípios éticos desta pesquisa implicou em:

- Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade.
- Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.
- Garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência).
- Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização de ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e igualdade).

- Ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades de responder a incertezas.
- Prevalecer sempre às probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis.
- Obedecer à metodologia adequada.
- Prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade e a proteção da imagem e a não estigmatização, garantida a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico financeiro.
- Respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades.
- Garantir o retorno dos benefícios obtidos através da pesquisa para as pessoas e as comunidades onde as mesmas forem realizadas. Quando, no interesse da comunidade, houver benefícios real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposição para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades.
- Assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.
- Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos: justificativas, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa; os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados.
- A liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.
- A garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.
- Ter explicações, esclarecimentos e instruções em linguagem acessível.

Os clientes que concordaram em participar da prática assistencial assinaram o protocolo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), cientes de que poderiam desistir em qualquer etapa da prática sem prejuízo no seu atendimento. Tal Consentimento continha informações que eram acrescidas de esclarecimentos, proporcionando ao cliente um entendimento para que pudesse tomar uma decisão consciente. Os 28 clientes que participaram, assinaram o Consentimento sem restrições, fazendo questão de colaborar.

5.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram os clientes adultos que apresentavam Doença Arterial Coronariana e/ou seus fatores de risco, com idade entre 28 e 74 anos, atendidos nas consultas de enfermagem e que aceitaram participar desta prática, totalizando 28 clientes, sendo 16 do sexo feminino e 12 do sexo masculino. Todos os clientes eram procedentes da Grande Florianópolis, conforme dados levantados durante a consulta.

A demanda dos clientes para a consulta de enfermagem foi espontânea, determinada pelo encaminhamento médico ou realizada por conveniência.

Alguns clientes eram orientados, no início da consulta, sobre o trabalho que eu estava realizando, e outros já haviam sido informados antecipadamente. De maneira clara e objetiva procurava esclarecer a proposta do estudo, a importância do mesmo e questionava se o cliente tinha interesse em participar, deixando evidente que a não participação não influenciaria no desenvolvimento da consulta.

No período do estudo foram atendidos 30 clientes; destes um não aceitou assinar o Consentimento, pois não se sentiu à vontade e o outro não se sentiu bem durante a consulta, sendo encaminhado para a realização de um eletrocardiograma e posterior atendimento médico, portanto não fazendo parte desta prática assistencial.

As concepções de saúde e a percepção sobre a sua condição/situação são relatadas na forma de **letras**, respeitando o princípio ético de anonimato dos clientes entrevistados.

5.4 Contexto do estudo

O estudo foi realizado numa clínica cardiológica privada, situada no Centro de Florianópolis-SC, na qual venho atuando há três anos. Nesta instituição são atendidos clientes conveniados e particulares, sob a forma de consulta médica, exames

complementares em cardiologia, tais como eletrocardiograma (ECG), teste ergométrico, ecocardiograma, Hölder, Medida Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e a consulta de enfermagem.

A clínica foi criada em 1983, com o propósito de prestar atendimento de qualidade aos seus clientes. É composta por uma equipe de dez médicos cardiologistas, sendo que destes, dois são cardiologistas pediátricos; uma enfermeira que faz consulta de enfermagem a clientes adultos; dez secretárias, uma telefonista, duas serventes e um administrador.

Esta foi uma das primeiras clínicas (privada), em Florianópolis-SC, a oferecer consulta de enfermagem aos clientes. A idéia inicial partiu de alguns médicos preocupados em oferecer uma assistência de melhor qualidade, acreditando que as (os) enfermeiras (os), por sua formação em uma visão mais global do cliente, possuem melhores condições para atuar junto ao cliente colaborando na adesão ao tratamento do mesmo.

A prática assistencial foi implementada após uma reunião com a direção da clínica, na qual foi explicitada a proposta de atuação. Posteriormente, foi apresentada aos demais médicos e funcionários da instituição.

O período da prática foi de 21/05 a 29/06/01, totalizando 90 horas.

5.5 Coleta, análise e interpretação dos dados

A coleta de dados foi realizada a partir da consulta de enfermagem, usando um roteiro específico (Anexo 2) que incorporou também a observação participante e o exame físico. O registro dos dados foi realizado no diário de campo e, em seguida, após a consulta, no prontuário do cliente.

Na etapa de apreensão da coleta de dados, a análise foi realizada através do processo de síntese, teorização e transferência. Estes, à medida que eram obtidos durante a consulta de enfermagem, foram registrados em notas de cuidado⁶ e nas notas do diário⁷.

O processo de coleta de dados, avaliação das informações e a assistência de enfermagem ocorriam simultaneamente, posto que eu identificava as necessidades dos

⁶ Ações de cuidado/assistência, desenvolvidas durante o processo de pesquisa, que envolvem pesquisador e informante. Trentini e Paim, 1999 p.103.

clientes, fazia a discussão e a proposta de ação. Esta dinâmica integrou as ações de assistência e pesquisa.

A análise e a interpretação dos dados foram realizadas a partir da categorização das falas dos clientes, buscando examinar as associações e variações das informações. A partir daí, à luz do marco referencial, temas, conceitos e concepções de saúde do cliente foram definidos e as relações entre eles descritas detalhadamente (Anexo 4).

As informações coletadas durante as entrevistas foram organizadas por ordem cronológica e identificadas pelas iniciais do nome do cliente, bem como pelos seus dados sócio-epidemiológicos. Para cada um foi estabelecida uma letra de identificação como, por exemplo, “cliente B” e, a partir disso, a identidade do cliente foi preservada.

Na fase de interpretação dos dados, o processo de síntese favoreceu a análise subjetiva das associações e variações das informações. No processo de teorização, os conceitos de saúde foram agrupados em três categorias: saúde como capacidade para agir, saúde como bem-estar, e saúde como valor.

Ainda foi possível, a partir da saturação dos dados, a identificação dos fatores que tendem a influenciar a saúde deste cliente. O processo de transferência que, segundo Trentini e Paim (1999), procura dar significado aos achados e descobertas e contextualizá-los em situações similares, socializando os resultados singulares, possibilitou a compreensão dos fatores que interferem na saúde do cliente estudado como também dar significado aos conceitos de saúde.

Assim, novas definições e inter-relações foram estabelecidas, nas quais buscou-se dar significado aos achados e descobertas, contextualizando-as nas situações que se apresentaram a partir da percepção do cliente e do profissional.

Para facilitar a compreensão do leitor, a seguir, entendo ser importante demonstrar como se constituiu a consulta de enfermagem realizada com os clientes durante a prática assistencial.

5.5.1 A Consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem foi desenvolvida baseada numa relação dialógica, respeitando a individualidade do cliente, os princípios éticos de beneficência, não-

⁷ Relato do que sucede diariamente em relação à pesquisa como acontecimentos, impressões, sentimentos, ações; enfim, ocorrências consideradas importantes pelo pesquisador. Trentini e Paim, 1999 p.103.

maleficência, autonomia e justiça e nos princípios da experiência hermenêutica de Gadamer.

Hans-Georg Gadamer é um filósofo nascido em fevereiro de 1900, em Marburgo, e é professor emérito da Universidade de Heidelberg. Enfatiza a hermenêutica, atribuindo a ela o papel de estudar o homem em suas expressões de vida, experiências, gestos, atos históricos, leis, arte e literatura (MOREIRA; BARRETO et al, 2001).

Gadamer apud Bub (2001 p. 65) distingue três modos de experiências que podem ocorrer nas relações pessoais (cliente/enfermeira (o)), quais sejam: a objetificação do outro, a compreensão precipitada do outro, e a abertura para o outro. Na objetificação do outro há uma negação da subjetividade do cliente, o que frustra a compreensão dialógica e pode conduzir à manipulação deste cliente. (BUB, 2001, p.66). Pois o diálogo supõe uma abertura maior de um ser ao outro, possuindo um poder transformador (MOREIRA; BARRETO et al, 2001).

A compreensão precipitada do outro leva a uma absorção aparentemente empática, na qual o profissional imagina expressar pelo outro os seus sentimentos melhor que ele mesmo. Isso pode se caracterizar como uma forma de dominação (paternalista benevolente) que não conduz à decisão conjunta e muito menos à compreensão mútua. Neste caso, os profissionais são inconscientemente dominados por seus preconceitos (Bub, 2001, p. 66 - 67).

A abertura para o outro é a chave para o bom relacionamento (Gadamer apud Bub, 2001, p.67). Os quatro aspectos desta abertura: a abertura para si mesmo, que é o auto-reconhecimento de nossa finitude e de que somos dominados por preconceitos que devem ser testados, corrigidos e até eliminados; a abertura para o outro que se caracteriza pelo reconhecimento do outro em suas diferenças, e que algumas questões são contra minhas próprias crenças e convicções. Como a compreensão é um processo em movimento, nós nunca conseguimos compreender totalmente o outro. A abertura para a questão-problema é a “chave da experiência” e consiste na permissão a si mesmo de ser conduzido pela questão-problema, pela qual cliente e profissional buscam uma decisão compartilhada e a abertura à tradição, que ressalta que a questão-problema deve ser modulada pelos aspectos culturais (BUB, 2001, p. 68-69).

Considerando estes princípios, consegui melhorar a relação cliente/enfermeira e ficou muito clara a importância de respeitar o outro em sua totalidade, deixá-lo expressar

os seus sentimentos sem interferir concluindo precipitadamente; considerar que temos preconceitos e, dentro do possível, impedir que eles interfiram no relacionamento. Também procurei dar ênfase aos aspectos sociais, culturais, psicológicos do cliente, buscando aproximar estes conhecimentos teóricos no desenvolvimento da consulta de enfermagem.

5.5.1.1 Histórico de Enfermagem

Foi realizado durante a consulta, utilizando o diálogo entre cliente e enfermeira como instrumento principal. O diálogo foi orientado por tópicos (Anexo 2) e incluiu a observação das reações do cliente. Um outro componente do histórico, foi o exame físico.

O roteiro para a consulta de enfermagem contemplava as necessidades humanas básicas (psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais), sendo explorado na necessidade de “educação para a saúde/aprendizagem” o conceito de saúde e a percepção do cliente acerca da sua condição/situação de saúde. A maioria dos dados foi anotada logo após a consulta.

O histórico de enfermagem favoreceu o levantamento de dados necessários à elaboração dos diagnósticos de enfermagem e o plano de cuidados.

O roteiro foi por mim memorizado e as perguntas eram realizadas de acordo com a dinâmica da entrevista, sem necessariamente obedecer à ordem sequencial em que se apresentavam no roteiro. O exame físico consistia em verificação da pressão arterial e ausculta cardíaca, observação MMSS e MMII quanto a edemas, perfusão periférica e outras observações pertinentes, conforme a necessidade do cliente.

5.5.1.2 Diagnósticos de Enfermagem

Esses foram identificados durante a consulta para direcionar o plano de cuidados: o processo do diagnóstico de enfermagem incluiu a identificação das necessidades, o agrupamento das necessidades e a denominação dos diagnósticos, conforme a Classificação Diagnóstica da *NANDA*. O registro dos diagnósticos foi feito conforme o Anexo 3. Os diagnósticos identificados eram validados junto ao cliente, ou seja, era expresso por mim o que eu havia identificado, discutido com o cliente e juntos buscávamos as propostas de ação.

A elaboração mental dos diagnósticos ocorria durante o processo, sem problemas. Já a escrita deixava algumas dúvidas e muitas vezes sentia falta de diagnósticos adequados, especialmente aos que se referiam aos fatores de risco tais como, hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia. Por este motivo busquei também fundamentação nos diagnósticos de enfermagem da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) versão alfa.

5.5.1.3 Plano de cuidados

Foi estabelecido com a participação do cliente, a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados e validados. O plano de cuidados constava das orientações que eram discutidas com o cliente, registradas em um impresso que continha orientações sobre a dieta, hábitos saudáveis, recomendações especiais. Entretanto, só eram anotadas as orientações que o cliente tinha mais dificuldade para memorizar e, nestes casos, eles pediam para que eu anotasse.

De acordo com Padilha (1993), na consulta de enfermagem o plano de cuidados, na maioria das vezes, não é redigido, mas realizado através de orientações verbais ao cliente. Com exceção, nos casos em que o cliente apresenta muita dificuldade de compreensão dos cuidados.

5.5.1.4 Avaliação

Foram avaliadas a compreensão e a receptividade às orientações fornecidas e servia de guia para o estabelecimento do novo plano de cuidados na próxima consulta.

A avaliação deste processo ocorria sempre que as metas eram estabelecidas, com o cliente colocando as possibilidades e eu, como profissional, analisando qual poderia ser o resultado da ação.

Alguns clientes avaliaram a consulta de enfermagem relatando:

*“Não conhecia consulta feita por enfermeira, mas fiquei muito satisfeito”
(cliente S)*

“Este trabalho é bastante válido e as informações muito importantes pra gente poder se cuidar melhor” (cliente W)

“Deveria ter mais deste tipo de atendimento porque é bem importante” (cliente G)

6 A EXPERIÊNCIA ASSISTENCIAL: CARACTERIZANDO A CONDIÇÃO/SITUAÇÃO DE SAÚDE DO CLIENTE

Apesar de estar trabalhando na Clínica há 3 anos, iniciei o estudo com certa apreensão, pois não sabia se os clientes iriam aceitar participar do mesmo. Felizmente este sentimento foi superado com bons resultados, pois dos 30 clientes atendidos, apenas um não aceitou participar, e o outro teve uma intercorrência durante a consulta, sendo encaminhado para fazer um eletrocardiograma de urgência.

De maneira geral, eu iniciava a consulta me apresentando e perguntando sobre quais eram as expectativas do cliente em relação à consulta. Explicava sobre o estudo e o levantamento das informações. Então, realizava o exame físico específico, elaborava os diagnósticos de enfermagem e o plano de cuidados. Todas essas atividades eram realizadas sempre com a participação do cliente.

Apesar do roteiro que eu havia elaborado ser completo, procurava fazer as perguntas de acordo com as necessidades levantadas. Além disso, as questões já estavam por mim memorizadas, o que favoreceu o desenvolvimento da consulta.

A relação interativa entre cliente e enfermeira foi evidente, e as várias etapas do Processo de Enfermagem se intercalavam, tornando-o bastante dinâmico e evidenciando o cliente como foco do cuidado.

Os diagnósticos de enfermagem foram determinados a partir do histórico, e as ações de enfermagem foram planejadas a partir dos diagnósticos estabelecidos. No entanto, na prática isso não ocorreu exatamente assim. Na verdade as coisas aconteciam

simultaneamente. Era um processo de diálogo baseado na interação, no qual as informações fornecidas pelo cliente, o exame físico e a consulta ao prontuário auxiliavam na confirmação do diagnóstico de enfermagem.

As ações de enfermagem (plano de cuidados) eram deliberadas em conjunto com o cliente, procurando levar em consideração a sua concepção de saúde e como enfrenta a sua condição/situação de saúde. Ocorria de forma participativa com o cliente buscando a melhor maneira de incorporar as orientações ao seu dia-a-dia.

Assim eu ia percebendo que o diálogo estabelecido fazia os clientes sentirem-se muito à vontade e normalmente falavam sobre problemas pessoais porque sentiam bastante confiança. O diálogo era parte do tratamento.

Nesse estudo, também pude traçar o perfil epidemiológico, destaquei os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes, visando a uma melhor compreensão do cliente que assisto.

6.1 Traçando o perfil epidemiológico do cliente

Tabela 1 - Distribuição dos clientes atendidos na consulta de enfermagem, no período de maio a junho de 2001, conforme idade e sexo. Florianópolis-SC.

IDADE	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino		f	%
	f	%	f	%		
25 --- /35	-	-	2	12,5	2	7,2
35 --- /45	2	16,7	3	18,75	5	17,9
45 --- /55	6	50,0	3	18,75	9	32,1
55 --- /65	3	25,0	6	37,5	9	32,1
65 --- / 75	1	8,3	2	12,5	3	10,7
TOTAL	12	100,0	16	100,0	28	100,0

Fonte: Roteiro Consulta Enfermagem (Anexo 2)

Participaram da prática 28 clientes, 16 do sexo feminino e 12 do sexo masculino (Tabela 1), com idade variando entre 28 e 74 anos, todos procedentes da Grande Florianópolis. No geral houve um predomínio de clientes na faixa etária entre 45 e 65 anos, representando 64,2%. Porém, analisando a tabela conforme o sexo, observa-se que 50% dos homens tinham idade entre 45 e 55 anos, enquanto que as mulheres predominaram na faixa etária dos 55 aos 65 anos (37,5%).

Sabemos que a Doença Arterial Coronariana é mais comum nos homens, a partir de 45 anos, e, nas mulheres, a partir dos 55 anos. Entretanto, a interação entre fatores genéticos e ambientais pode influenciar para que o aparecimento da Doença Arterial Coronariana ocorra mais cedo.

Por outro lado, os fatores de risco, para a Doença Arterial Coronariana, podem estar presentes em qualquer etapa da vida, e a prevenção primária deve ser estabelecida precocemente.

Tabela 2: Distribuição dos clientes atendidos na consulta de enfermagem, no período de maio a junho de 2001, conforme ocupação e sexo. Florianópolis-SC.

OCUPAÇÃO	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino		f	%
	f	%	f	%		
Aposentado	4	33,4	4	25,00	8	28,6
Do lar	-	-	4	25,00	4	14,2
Funcionário Público	2	16,7	2	12,50	4	14,2
Bancário	2	16,7	1	6,25	3	10,7
Advogado	1	8,3	2	12,50	3	10,7
Engenheiro	1	8,3	1	6,25	2	7,2
Comerciário	1	8,3	-	-	1	3,6
Marceneiro	1	8,3	-	-	1	3,6
Secretária	-	-	1	6,25	1	3,6
Professora	-	-	1	6,25	1	3,6
TOTAL	12	100,0	16	100,0	28	100,0

Fonte: Roteiro Consulta Enfermagem (Anexo 2)

Analisando a tabela 2, observa-se que, no geral, a ocupação mais freqüente foi de Aposentados (28,6%), com um ligeiro predomínio entre os homens (33,4%).

A ocupação Do lar foi exclusiva para as mulheres, ocorrendo em 25% entre as mesmas e 14,2% no geral, e Funcionário Público, que, no geral, também foi de 14,2%.

Bancário e Advogado apareceram numa freqüência de 10,7% da amostra.

O estresse é reconhecido fator de risco para Doenças Cardiovasculares, apesar da dificuldade de quantificá-lo, sendo o grau de responsabilidade, horários irregulares, trabalho em turnos noturnos, alta competitividade, condições intrínsecas de algumas ocupações capazes de provocar estresse. Entretanto, estudos relacionando profissão, tipo de trabalho e Doenças Cardiovasculares são escassos e inconclusivos (PORTO; ARAÚJO; KLUTHCOUSKI, 1998).

Tabela 3: Distribuição dos clientes atendidos na consulta de enfermagem, no período de maio a junho de 2001, conforme os diagnósticos médicos mais frequentes. Florianópolis-SC.

DIAGNÓSTICO MÉDICO	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino		f	%
	f	%	f	%		
Dislipidemia	9	75,0	12	75,00	21	75,0
Hipertensão arterial	7	58,3	12	75,00	19	67,9
Obesidade	3	25,0	9	56,25	12	42,8
Insuficiência coronariana	6	50,0	5	31,25	11	39,3
Diabetes Mellitus	1	8,3	3	18,75	4	14,3
TOTAL	12	100,0	16	100,0	28	100,0

Fonte: Prontuário do Paciente

Obs: Os clientes apresentam mais de um diagnóstico médico.

Como mostra a tabela 3, a dislipidemia foi o diagnóstico médico mais freqüente, correspondendo a 75% dos clientes. Normalmente a dislipidemia está relacionada a determinadas condições genéticas, hábitos alimentares inadequados, algumas condições clínicas e certos medicamentos. Segundo Guimarães (1998), o diagnóstico das dislipidemias é eminentemente laboratorial, já que somente uma pequena proporção de clientes apresenta sinais clínicos. Isso demonstra que a determinação do perfil lipídico é um procedimento que pode estar acessível à quase toda a população e, considerando o fato de a maioria das dislipidemias serem assintomáticas, sua identificação é fundamental para a prevenção das doenças cardiovasculares. Por este motivo, é muito importante fazer a determinação precoce deste tipo de problema.

Outro diagnóstico médico bastante freqüente (67,9%) foi a hipertensão arterial, a qual é um dos fatores de risco mais importantes para a doença cardiovascular e responsável por uma alta incidência na população adulta, algo em torno de 15% a 20% (PORTO, 1998; NOBRE et al., 2001). Da mesma forma que as dislipidemias, a hipertensão arterial não costuma provocar sintomas, confirmando a recomendação de que a medida da pressão arterial é um procedimento a ser realizado sempre que um cliente for avaliado durante uma consulta, seja médica ou de enfermagem.

A obesidade (42,8%) não está bem definida como risco isolado de Doença Arterial Coronariana. Entretanto, é um fator predisponente para a hipertensão arterial e o diabetes.

Além disso, a obesidade está associada com um número de alterações deletérias no metabolismo lipídico, incluindo níveis elevados de colesterol total, LDL-colesterol,

triglicerídios e redução do HDL-colesterol (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

As facilidades da vida moderna associadas aos maus hábitos alimentares têm contribuído para a sua incidência cada vez maior. Nos Estados Unidos, de 80 a 90% dos diabéticos tipo 2 são obesos (PORTO, 1998).

A ocorrência de Doença Arterial Coronariana, em 39,3% dos clientes estudados, demonstra a real importância desta patologia, apesar de dados escassos sobre a sua morbidade e mortalidade em nosso país e em nosso Estado. A sua prevenção depende da identificação dos fatores de risco, já que é uma patologia multifatorial.

Segundo dados do Ministério da Saúde (1998), o *Diabetes Mellitus*, presente em 14,3% desta amostra, é a sexta causa de internação hospitalar em nosso país, e está associado à ocorrência de cardiopatia isquêmica e acidente vascular cerebral, pois acelera o desenvolvimento e a gravidade da aterosclerose e suas complicações.

A presença de *diabetes mellitus* é particularmente prejudicial nas mulheres, especialmente quando associada a baixos níveis de HDL- colesterol, o que constitui um risco desproporcionalmente maior de Doença Arterial Coronariana em comparação à mesma condição no sexo masculino (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

Tabela 4: Distribuição dos clientes atendidos na consulta de enfermagem, no período de maio a junho de 2001, conforme Índice de Massa Corpórea (IMC). Florianópolis – SC.

IMC	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino		f	%
	F	%	f	%		
20 a 24,99 (normal)	-	-	2	12,50	2	7,2
25 a 29,99 (sobrepeso)	9	75,0	5	31,25	14	50,0
30 a 39,99 (obesidade)	3	25,0	9	56,25	12	42,8
TOTAL	12	100,0	16	100,0	28	100,0

Fonte: Roteiro consulta enfermagem (Anexo 2)

Dentre os clientes estudados, 50% apresentavam sobrepeso (IMC entre 25,0 – 29,9). Nos homens foi mais comum o sobrepeso (75%). No entanto, entre as mulheres foi mais comum a obesidade (56,25 %). Estes dados coincidem com os do inquérito epidemiológico realizado pelo IBGE, em 1997, nas regiões Sudeste e Nordeste do país, o qual indica um predomínio da obesidade nas mulheres em relação aos homens (CURY JR, 2002).

É importante ressaltar que apenas 7,2% dos clientes analisados apresentaram peso dentro de valores normais.

6.2 Conhecendo a concepção de saúde e a perspectiva do cliente sobre a sua condição/situação de saúde

Durante a elaboração do roteiro para a entrevista destaquei, dentro da necessidade de Educação para a Saúde/Aprendizagem, as questões “o que é saúde para você?” e “qual a sua percepção sobre a condição/situação de saúde atual?”, porque acreditava que através destas concepções teria mais subsídios para analisar o que o cliente busca em seu tratamento, quais são os fatores que interferem na sua saúde, quais são os seus valores, enfim otimizar dados que possibilitassem uma melhor compreensão e reflexão sobre a condição/situação de saúde do cliente.

De acordo com Freire (1987 p.72), o homem parte das suas relações com o mundo, “no permanente movimento de busca do ser mais”, e a partir da própria percepção que está tendo da situação, que considera desafiadora e que o limita, pode mover-se.

Silva (1990) também ressalta que a percepção nos capacita a compreender o nosso mundo e o do cliente, e que é imprescindível para a Enfermagem, entender o que o cliente percebe sobre a sua realidade.

As concepções de saúde e a percepção sobre a sua condição/situação são relatadas na forma de letras, respeitando o princípio ético de anonimato dos clientes entrevistados.

A maioria dos clientes atendidos considera a saúde de três formas distintas. Na primeira delas, a saúde é considerada como uma capacidade para agir. Na segunda, como um estado de bem-estar. E, na terceira, a saúde é considerada como um valor em suas vidas.

A concepção de saúde como **capacidade para agir** e como bem-estar está de acordo com o meu conceito de saúde, no qual destaco a habilidade do ser humano para buscar alternativas com o objetivo de satisfazer suas necessidades e alcançar bem-estar.

A capacidade para agir é revelada como capacidade emocional para enfrentar problemas, capacidade para trabalhar, capacidade para se cuidar e capacidade para fazer coisas.

Se considerarmos a concepção de saúde de Nordenfelt (1995) uma pessoa será saudável se possuir capacidade para, dentro de circunstâncias razoáveis, alcançar suas metas vitais. Nesta perspectiva, ter saúde para estas pessoas é realizar certas metas vitais,

como por exemplo: ter estabilidade emocional, solucionar problemas, trabalhar, ser independente e manter-se ativo.

Horta (1979) ressalta que o ser humano possui necessidades e busca satisfação destas necessidades para atingir seu completo bem-estar. Para satisfazer necessidades, o indivíduo precisa de capacidade aliada a fatores que geram e que possibilitam a satisfação destas necessidades, tais como a individualidade, idade, sexo, cultura, condições sócio-econômicas, o ciclo saúde-doença, ambiente, entre outros.

Os exemplos a seguir mostram as concepções de saúde relacionadas à capacidade para agir e as percepções dos clientes sobre sua condição/situação de saúde:

[...] ter saúde é ter paz, estrutura para enfrentar os problemas; é mais que saúde física, é também emocional” (cliente P). “Pretendo melhorar as minhas práticas de controle de saúde para evitar as conseqüências da hipertensão, pois não quero ser dependente dos outros (cliente P).

No relato acima, a cliente apresenta coerência entre o que é saúde e o que ela pretende alcançar ao incorporar algumas mudanças em seus hábitos.

[...] ter saúde é poder trabalhar (cliente N). Em relação à sua condição/situação relata que “Eu tenho que agradecer a Deus a saúde que tenho, porque com a minha idade muita gente está bem pior. Eu ainda não dependo de ninguém para me cuidar” (cliente N)

“ter saúde é saber se cuidar e não depender dos outros” (cliente D). Sobre sua condição/situação relata que “eu só tenho limitação na comida, o resto está tudo bem. O importante é que eu sou independente e ainda ajudo a cuidar da minha filha e dos meus netos” (cliente D).

“... saúde é não ter doença nenhuma que impeça da gente fazer as coisas” (cliente F).

Neste relato, a saúde é vista como uma habilidade para agir e a condição/situação de saúde é vista como uma restrição para seguir as recomendações dietéticas; é privá-lo do prazer: *“me privar dos alimentos que gosto é a pior coisa, pois comer bem me dá um grande prazer”* (cliente F).

Percebe-se nestas falas que a dependência é vista como algo a ser evitado. As pessoas querem ter habilidade para agir e tomar suas decisões.

Wilkin (apud PASCHOAL, 1996) define dependência como um estado no qual um indivíduo confia em outro ou outros, para ajudá-lo a alcançar necessidades previamente reconhecidas.

O fato de as doenças crônicas tenderem a levar o indivíduo a ter uma maior prevalência de incapacidades, sugere a associação que as pessoas fazem entre doenças crônicas e dependência. Pois incapacidade significa algum grau de dependência.

Os indivíduos que têm autonomia e podem executar satisfatoriamente suas atividades cotidianas, manter suas relações sociais e exercitar sua cidadania, sentem-se independentes e com controle sobre a sua vida (PASCHOAL, 1996). Neste sentido, prevenir doenças, seqüelas e complicações, significa evitar incapacidades e dependência, manter autonomia e melhorar a saúde.

As concepções de saúde relacionadas ao **bem-estar** refletem a relação que muitas pessoas fazem entre saúde e qualidade de vida, ou seja, a possibilidade de ter uma vida prolongada, mas com um bom estado de saúde. De acordo com Liss (1996), a qualidade de vida está relacionada com um alto grau de bem-estar. E, se o termo qualidade de vida relaciona-se com uma condição de vida boa ou é parte desta, a saúde não é o mesmo que qualidade de vida, mas é uma condição *para* a qualidade de vida. Portanto, a qualidade de vida é o objetivo final do cuidado à saúde (LISS, 1996).

Qualidade de vida implica em uma sensação de bem-estar associada à satisfação das necessidades e à realização das atividades com prazer. Para estabelecer metas conjuntas para a melhoria da qualidade de vida do cliente, é preciso compreender as suas crenças e valores. Portanto, avaliação de qualidade de vida envolve participação. Pois é cuidando de sua saúde, evitando as complicações advindas da Doença Arterial Coronariana, que o cliente pode ter uma melhor qualidade de vida.

Nas falas a seguir, fica demonstrada a concepção de saúde como bem-estar e também como estes clientes avaliam a sua condição/situação de saúde:

“Ter saúde é sentir-se bem e aproveitar a vida ao máximo” (cliente T) e em relação à sua condição/situação relata que “sou diabética, mas não consigo largar o doce, tenho que levar mais a sério. Mas para mim é difícil fazer dieta... Acho que a gente não pode se ligar muito na doença, tem é que aproveitar a vida enquanto dá” (cliente T).

“Ter saúde é não estar doente, não se sentir fraca, não ter dor de cabeça, não sentir nada de ruim, seja a menor dor que seja” (cliente I). Sobre a condição/situação de saúde refere que “não me sinto uma pessoa doente, apenas cansada. Tomo os remédios e não fico pensando nos problemas...o que eu quero é descanso, não precisar trabalhar muito, não viver estressada”. (cliente I)

“Saúde é sentir-se bem, dormir bem, comer bem sem tirar o sal” (cliente E) e refere que “se eu convivesse com o problema (dor) diariamente, talvez eu fizesse

a dieta, tomasse o remédio... eu não tenho força de vontade para fazer as coisas porque eu adoro comer bem” (cliente E).

“Saúde é bem-estar, disposição para fazer as coisas, comer bem e nada fazer mal, fazer esportes” (cliente C). Sobre a condição/situação de saúde diz que “ter pressão alta, às vezes, deixa a gente meio preocupado, porque se não for bem controlada tem muitos riscos, mas eu procuro me desligar, senão a gente vive em função da doença”. (cliente C)

“Ter saúde é sentir-se bem, poder fazer o que se gosta sem impedimentos” (cliente M). Relata que “às vezes eu consigo fazer as recomendações bem certinhas, mas, muitas vezes, eu me canso e saio um pouco desta rotina porque é difícil”. (cliente M)

Ficou evidente nas falas acima que bem-estar é, principalmente, não sentir dores e comer bem (com prazer). Uma das maiores dificuldades em relação a mudanças nos hábitos alimentares, deve-se ao fato de que os padrões alimentares são influenciados por variáveis culturais, econômicas, emocionais e sociais. Segundo Timby (2001, p. 237), os fatores intervenientes são as preferências alimentares adquiridas na infância, padrões estabelecidos para as refeições, atitudes e conhecimento em relação à alimentação, nível econômico, disponibilidade de tempo para o preparo dos alimentos e o número de pessoas em uma casa.

A dor, ressaltada nas falas acima, é uma experiência subjetiva, altamente individualizada, e sua interpretação e significado envolvem vários fatores psicossociais e culturais. É uma sensação desagradável, mas um mecanismo fisiológico protetor, que normalmente está associado à doença ou lesão. (POTTER; PERRY, 2001). Muitas vezes, a dor é o principal motivo de incapacidades e, conseqüentemente, de má-saúde ou baixa qualidade de vida

Entretanto, para alguns clientes, incorporar hábitos mais saudáveis à sua vida é visto como algo positivo, cujos resultados serão percebidos ao longo do tempo, sob a forma de melhor qualidade de vida. Nas falas a seguir, pode-se ver como isso é manifestado.

“Saúde é sentir-se bem consigo mesmo, física e mentalmente” (cliente W); “O colesterol alto chamou a minha atenção para eu mudar alguns hábitos e poder me cuidar melhor, para que mais tarde eu não venha a ter algum problema sério”. (cliente W)

“Ter saúde é conseguir sentir-se bem” (cliente J). “A diabete me ajudou a tirar os hábitos ruins, como fumar e comer comidas pesadas. Hoje eu tenho uma vida mais regrada e o meu organismo se adaptou a isto; me sinto muito bem”. (cliente J)

A concepção de saúde como um **valor** associa-se com os valores humanos aceitos por determinada cultura ou sociedade, num determinado período histórico. Neste sentido, a saúde pode ser influenciada por aspectos histórico-culturais, sociais, religiosos, ou pela experiência de ter vivenciado algum problema de saúde, pessoal ou de alguém muito próximo. Ao mesmo tempo, considerando as falas dos clientes, tem-se a impressão de que saúde é um ideal absoluto, inatingível, e que pouco precisa ser realizado para alcançá-la, como se fosse um presente divino. Em algumas falas isso fica evidenciado, como, por exemplo:

“saúde é tudo na vida” (cliente V), e referindo-se à sua condição/situação disse que *“já tive muitos problemas na vida, mas sempre tenho a força de Deus para me ajudar”* (cliente V)

“Dou muito valor à saúde”(cliente B) e sobre a sua condição/situação de saúde refere que *“... tem muita proibição e a comida proibida exerce um fascínio, tudo o que é gostoso faz mal”* (cliente B)

“Saúde é a coisa mais importante da vida” (cliente A) e sobre a sua condição/situação de saúde relata que *“não tenho vontade de fazer dieta ou me cuidar, pois a minha cunhada era tão controlada, fazia tudo certo e morreu...Não sei se vale a pena me privar do que gosto e também sou muito acomodada...Também sou perfeccionista e se é para fazer as coisas têm que ser tudo. Ou tudo ou nada”*. (cliente A)

Também neste exemplo *“saúde é o mais importante. Com saúde a gente supera tudo”* (cliente H). Referindo-se à sua condição/situação disse *“sinto-me inseguro, mais sensível depois do infarte. Doença do coração deixa a gente preocupado, mas a minha esposa me ajuda muito”*. (cliente H)

“Saúde é tudo” (cliente Z). *“Eu tenho suportado bem esse problema porque tenho o apoio da minha filha”* (cliente Z).

“Saúde é tudo, é o que todo mundo quer” (cliente K). *“A gente espera que vá diminuir os remédios, mas sempre vem mais... parece que se vive em função de tomar remédios”*. (cliente K).

“Saúde é tudo, é vital” (cliente L). *“Me preocupo com o futuro porque o organismo vai reclamar de algum modo. Agora eu estou no relax porque os exames estão bons, mas quando o organismo reclamar aí eu vou tomar alguma providência. Eu não tenho vergonha na cara! E também não tenho muito estímulo para me cuidar, porque não estou satisfeita com a minha aparência, não sei se vale a pena”* (cliente L).

Entretanto, alguns mostram sintonia entre a concepção de saúde e a sua condição/situação, como, por exemplo:

“Saúde é sua riqueza, é tudo” (cliente S) e sobre a condição/situação de saúde *“o desejo de comer e não poder é ruim, pois a proibição é pior. A pessoa tem*

que se conscientizar e o organismo vai se adequando à nova proposta” (cliente S).

“Saúde é tudo” (cliente U) e “não acho difícil mudar os hábitos, porque sou comedida e sei que será melhor para mim”. (cliente U)

“Saúde é tudo, é o mais importante” (cliente O). “Este problema de pressão alta não me incomoda. Tomo os remédios, vou ao médico, procuro seguir as recomendações e está tudo bem” (cliente O).

“Saúde é tudo na vida” (cliente G). Referindo-se à sua condição/situação “eu não me importo de fazer as coisas direitinho porque sei que é para eu ficar boa. Só não gosto de sentir dor; isso me incomoda”(cliente G).

Nessas falas, percebe-se que os clientes valorizam a saúde e, ao mesmo tempo, incorporaram algumas mudanças em seus hábitos, que reconhecem como algo positivo.

A noção filosófica de valor está relacionada àquilo que é bom, útil e positivo, e também a algo que deve ser realizado. Entretanto, a definição de valor varia em diferentes doutrinas filosóficas, pois para algumas é vista como tudo o que traz felicidade ao indivíduo; outros consideram que os valores se caracterizam por relação aos fins que se pretende chegar; alguns também defendem a idéia de que algo é um valor em si mesmo (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2001 p. 268).

Potter e Perry (2001) ressaltam que valor é uma convicção pessoal sobre determinada idéia ou comportamento, e que os valores variam entre as pessoas, desenvolvem-se e mudam com o tempo. Eles refletem as necessidades pessoais, culturais e influências sociais.

6.3 Os diagnósticos de enfermagem

O conhecimento dos diagnósticos de enfermagem, com suas características definidoras e fatores relacionados ou de risco nesta amostra de clientes com DAC, favoreceu a identificação das necessidades do cliente.

A seguir apresento, no Quadro 2, os dez diagnósticos de enfermagem mais freqüentes nas consultas de enfermagem e as respectivas necessidades afetadas.

Quadro 2: Relação entre as necessidades afetadas e os 10 diagnósticos de enfermagem mais frequentes nas consultas de enfermagem.

NECESSIDADES AFETADAS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	f	%
Educação para a saúde/aprendizagem	Falta de conhecimento	21	75,0
Regulação vascular	Pressão sangüínea elevada	19	57,2
Terapêutica	Controle ineficaz do regime terapêutico	16	57,2
Alimentação	Alteração da nutrição: mais do que o corpo necessita	12	42,9
Atividade física	Risco para intolerância à atividade	12	42,9
Regulação vascular	Risco para alteração na perfusão tissular cardíaca	11	39,3
Segurança emocional	Ansiedade	8	28,6
Eliminação	Constipação intestinal	6	21,4
Sono e repouso	Distúrbio no padrão de sono	6	21,4
Percepção dos órgãos dos sentidos	Dor aguda	5	17,9

Fonte: Consultas de Enfermagem realizadas no período de maio a junho de 2001.

Conforme o Quadro 2, na necessidade de **educação para a saúde/ aprendizagem** que, segundo Benedet e Bub (2001, p.183) “é a necessidade de adquirir conhecimento e/ou habilidade para responder a uma situação nova ou já conhecida com o objetivo de adquirir comportamentos saudáveis e manter a saúde”, destacou-se o diagnóstico de enfermagem de **Falta de Conhecimento** em 75% dos clientes atendidos. Isto ressalta a relevância do papel da educação em saúde, baseada em uma relação dialógica, na qual a autonomia do cliente seja respeitada. Pois, conforme Rezende (1986), através da aprendizagem são possíveis mudanças.

Sabe-se que o cliente com DAC e/ou com seus fatores de risco, pode alcançar um melhoramento da sua saúde através da educação em saúde.

Nesse estudo, o diagnóstico de falta de conhecimento estava relacionado principalmente a informações insuficientes, incompreendidas ou a falta de acesso às informações. Também ficou demonstrado que, em alguns casos, o cliente demonstra uma certa resistência em receber informações. É o caso daquele cliente que chega a consulta

dizendo que já sabe que tem de parar de fumar, mas que no momento não está “a fim”, pois acredita que o cigarro funciona como um apoio para a solução de problemas pessoais. No entanto, esta mesma pessoa freqüentemente sente-se mal, com palpitações, mas não pára de tomar café e fumar.

A educação em saúde objetiva desenvolver no cliente a capacidade de analisar criticamente a sua realidade, de decidir ações conjuntas para atender às suas necessidades, resolver problemas e modificar sua condição/situação de saúde, de agir e avaliar a sua ação com espírito crítico.

Entendo que é necessário repensarmos nossa prática, enquanto profissionais de saúde, pois a falta de conhecimento como um dos diagnósticos centrais demonstra a pouca participação do cliente no processo de ter, manter e reivindicar por saúde. Portanto, a atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem perguntar, as orientações que lhes são passadas. Trata-se, pois, de promover a discussão, a reflexão crítica a partir de um determinado conhecimento sobre saúde/má-saúde, suas causas e conseqüências, a fim de que o profissional e o cliente possam chegar a uma concepção mais elaborada acerca do que determina a existência de má-saúde e como resolver (os fatores, a situação, os problemas) para modificar aquela realidade.

Outra necessidade bastante afetada foi a de **regulação vascular**, que se caracteriza pela necessidade do organismo de transportar e distribuir nutrientes através da circulação do sangue para os tecidos e remover os produtos do catabolismo tecidual com o objetivo de manter a homeostase do organismo (GUYTON; HALL, 1997). E, nessa necessidade, destacou-se o diagnóstico de enfermagem de **Pressão Sangüínea Elevada**⁸, em 67,9% dos clientes, que estava relacionado principalmente à obesidade, ao sedentarismo e à ingestão aumentada de sal, caracterizando-se por nível pressórico superior a 140x90 mmHg. O segundo diagnóstico de enfermagem, que se destacou dentro dessa necessidade, foi **Risco para Alteração na Perfusão Tissular Cardíaca**⁹ em 39,3 % dos clientes, relacionado a

⁸ Pressão Sangüínea Elevada é um diagnóstico de enfermagem pertencente à Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) versão alfa. É um fenômeno de enfermagem que se caracteriza pelo bombeamento do sangue através dos vasos sangüíneos com pressão maior que a normal (NÓBREGA, 2000). Foi utilizado porque na *NANDA* não havia um diagnóstico que se adequasse a estas características.

⁹ Sugerir este diagnóstico de enfermagem porque os clientes com DAC normalmente possuem algum grau de obstrução arterial coronariana e podem, em determinadas situações, apresentar episódios de isquemia miocárdica. Defino este diagnóstico como um estado no qual o indivíduo apresenta risco para diminuir a nutrição e oxigenação celular miocárdica, conseqüente a uma isquemia coronariana transitória ou permanente.

determinados graus de obstrução coronariana, e identificado através do relato de ocorrência eventual de precordialgia com ou sem irradiação, mal-estar, além de exames complementares e do diagnóstico médico.

A necessidade de **Terapêutica** é definida, por Benedet e Bub (2001), como a necessidade do indivíduo buscar auxílio profissional para o seu cuidado de saúde, a fim de promover, manter ou recuperar a saúde. Dentro dessa categoria de necessidade, destacou-se o diagnóstico de **Controle Ineficaz do Regime Terapêutico**, que apareceu em 57,2% dos clientes. Esse diagnóstico, estava relacionado, principalmente, à falta de conhecimento, falta de motivação, efeitos indesejáveis dos medicamentos, medo da dependência dos medicamentos, baixa auto-estima, inexistência de sintomas em determinadas patologias como a hipertensão. Foi evidenciado, através do relato de dificuldade para seguir as recomendações sugeridas pelos profissionais de saúde, a presença de sinais e sintomas indesejáveis, além de exames complementares alterados.

Através deste diagnóstico, pode-se reforçar a idéia de que a relação entre profissional de saúde/cliente não está atingindo os objetivos terapêuticos de melhoramento da situação/condição de saúde do cliente. Isto ressalta a necessidade dos profissionais reverem sua abordagem junto aos clientes, e identificarem os fatores que podem estar influenciando neste processo.

Em relação à **alimentação**, a qual é a necessidade do indivíduo dispor de nutrientes para o crescimento, regeneração tissular e funcionamento normal das células e conseqüente manutenção da vida (ATKINSON; MURRAY, 1989), o diagnóstico de enfermagem mais freqüente foi **Alteração na Nutrição: mais do que o corpo necessita**, ocorrido em 42,9% dos clientes. Esse diagnóstico estava relacionado à ansiedade, ingestão alimentar inadequada, sedentarismo e falta de informação. Foi evidenciado por um Índice de Massa Corpórea (IMC) superior a 25.

Atividade física caracteriza-se pela necessidade de mover-se intencionalmente através da capacidade de contração e relaxamento de grupos musculares (BENEDET; BUB, 2001). O diagnóstico de enfermagem de **Risco para Intolerância à Atividade** (42,9%) estava relacionado principalmente a fatores psicológicos, como: falta de motivação, medo de não poder realizar atividade física por causa da patologia, falta de tempo, cansaço nos horários disponíveis. Porém, a inexistência de local adequado para caminhar nas proximidades da residência, também foi um fator mencionado pelos clientes.

Segurança emocional é definida por Benedet e Bub (2001) como a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si, com o propósito de sentir-se seguro emocionalmente. Nessa categoria de necessidades, destacou-se o diagnóstico de **Ansiedade**, identificado em 28,6% dos clientes. Na maioria das vezes, esse diagnóstico estava relacionado à insegurança em relação à patologia, perda de pessoas significativas, mudanças no ambiente, situação econômica ruim, transmissão de ansiedade por outra pessoa. Dentre as principais características, destacaram-se o relato de preocupação, insônia e agitação; uso de ansiolítico, gesticular excessivamente e falar demais.

Outra necessidade afetada foi a de **eliminação**, definida como a necessidade que o organismo tem de excretar substâncias indesejáveis ou em quantidades excessivas, com o intuito de manter a sua homeostase (ATKINSON; MURRAY, 1989). O diagnóstico de **Constipação Intestinal** esteve presente em 21,4% dos clientes. Estava relacionado à ingestão insuficiente de fibras alimentares e líquidos, efeito colateral de alguns medicamentos, atividade física insuficiente, padrões irregulares de evacuação. Esse diagnóstico foi evidenciado pelo relato de frequência diminuída na eliminação de fezes.

A necessidade de **sono e repouso** é definida como necessidade do organismo em manter a suspensão natural, periódica e relativa da consciência, durante um certo período do dia; corpo e mente em estado de imobilidade parcial ou completa, e as funções orgânicas parcialmente diminuídas com o intuito de obter restauração de energias (ATKINSON; MURRAY, 1989; BENEDET; BUB, 2001). Nessa necessidade, o diagnóstico de **Distúrbio no Padrão de Sono** estava presente em 21,4% dos clientes. Relacionou-se principalmente à ansiedade e preocupações. Foi evidenciado pelo relato de dificuldade para adormecer e sono interrompido.

A **percepção dos órgãos dos sentidos** é definida como a necessidade do organismo em perceber e interagir com o ambiente através de estímulos nervosos. Nessa categoria de necessidade, destacou-se o diagnóstico de **Dor Aguda** (17,9%), relacionado com isquemia do miocárdio associado aos esforços e emoções. Foi evidenciado pelo relato de precordialgia, mal-estar, cansaço importante. Um outro tipo de dor relatada foi a enxaqueca manifestada por cefaléia intensa.

A elaboração dos diagnósticos durante a consulta de enfermagem, coincidiu com aqueles encontrados no trabalho realizado por Schneider e Bub (1999), no qual o diagnóstico de enfermagem mais freqüente em clientes com distúrbios cardiovasculares foi

a **Falta de Conhecimento**. Este fato reforça a importância do planejamento das ações da (o) enfermeira (o) e dos demais profissionais que atuam na educação em saúde dos clientes com DAC e/ou seus fatores de risco, com o objetivo de despertar uma maior participação dos clientes no cuidado à sua saúde.

6.4 As ações de enfermagem

As ações de enfermagem (plano de cuidados) eram deliberadas em conjunto com o cliente, como resultado da interação entre cliente e profissional, na qual procurava levar em consideração a sua concepção de saúde e as maneiras pelas quais percebia sua condição de saúde. Essas ações ocorriam de forma muito dinâmica, nas quais o principal propósito era auxiliar o cliente a encontrar a melhor maneira de incorporar as orientações ao seu dia-a-dia. Desta maneira, eu ia percebendo que o diálogo estabelecido fazia os clientes sentirem-se muito à vontade. Eles falavam normalmente sobre problemas pessoais porque sentiam bastante confiança.

Dentro desta perspectiva, o diálogo é considerado como parte do tratamento. É através do diálogo que são encontradas as alternativas para que ele ou ela possa escolher aquela que melhor se ajusta à sua situação de saúde. Além do mais, enquanto fala, o cliente alivia suas tensões, têm idéias novas sobre velhos problemas, e encontra soluções.

A seguir, relato três **Histórias de Cuidado** com o objetivo de mostrar como se deu esse processo envolvendo o diálogo e a busca de soluções para o melhoramento da saúde dos clientes. Embora tenha atendido a 28 clientes, escolhi essas três histórias por entender que elas são experiências distintas e ricas, no sentido de ilustrar como se dava a interação com os clientes e possibilitar a reflexão.

História 1

O protagonista desta história tem 48 anos e é do sexo masculino. É casado, tem uma filha. Formado em Administração, trabalhou como bancário e, atualmente, está aposentado.

Teve Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e fez cirurgia de revascularização do miocárdio em 1999.

Quando iniciei a consulta, ele já tinha sido informado pelo médico e uma secretária que eu estava fazendo este trabalho. Colocou-se à disposição para participar, inclusive permitindo que eu divulgasse o seu nome se assim o quisesse. Disse que esses trabalhos são muito importantes porque trazem informações valiosas.

Contou-me que era bancário e tinha uma vida muito estressada. Fumava uma carteira de cigarros/dia, era sedentário, e não fazia restrição de gorduras na alimentação. Disse também que tinha enxaqueca freqüentemente.

Em outubro de 1999, sentiu um mal-estar e um aperto no peito, mas achou que era problema gástrico já que, às vezes, tinha azia e dor no estômago. Mas, um colega seu, ficou preocupado com a situação e o levou até à emergência do Hospital Regional de São José, no qual foi atendido pelo cardiologista e ficou internado na Unidade Coronariana, com diagnóstico de IAM. Foram feitos angioplastia primária e todo o tratamento subsequente necessário. Posteriormente, submeteu-se a uma revascularização do miocárdio. Lembra que no caminho ao hospital fumou o último cigarro da sua vida.

Para ele, saúde *“é o estado ideal, onde todos os nossos órgãos desempenham harmoniosamente as suas funções”*.

Quando perguntei como ele via a sua condição/situação no momento, após o infarto e a cirurgia, ele me respondeu que

“aumentou a minha sensibilidade após a doença e hoje valorizo tudo e aprecio muitas coisas que antes passavam despercebidas... “Aprendi a valorizar a profissão de vocês (enfermagem), porque fui muito bem tratado quando estive internado. Às vezes é preciso acontecer alguma coisa mais séria na vida da gente, para a gente começar a se cuidar. Hoje eu tenho tempo para mim”.”

Questionei sobre seus hábitos de vida, e ele me respondeu que faz atividade física regular, reabilitação duas vezes/semana, e caminhada cinco vezes/semana. Evita comer frituras, gorduras aparentes, e doces, mas, às vezes, não consegue controlar rigorosamente a dieta. Então, perguntei o que era controlar rigorosamente a dieta, e ele respondeu que seria comer só grelhados e verduras, evitar carnes vermelhas, queijos amarelos. Falou-me que os seus exames laboratoriais estavam muito bons e que o médico havia lhe parabenizado. Mostrou-me os exames com muita satisfação, dizendo que a mudança nos hábitos tem dado bons resultados (colesterol total: 132 mg/dl; HDL-colesterol: 45mg/dl, LDL-colesterol: 70 mg/dl; relação CT/HDL: 2,79 e triglicerídeos: 86 mg/dl). Também reforcei esta idéia.

Verifiquei sua pressão arterial, na posição sentada e no braço direito (PA:120x80 mmHg), fiz ausculta cardíaca (FC: 64 bpm, rítmico), e o restante do exame físico. Pesa 81 Kg e mede 177 cm de altura, Índice de Massa Corpórea -IMC de 25,8, caracterizando-se sobrepeso.

Faz uso de Diltiazem 180 mg/ dia, Clortalidona 12,5 mg/dia e AAS 100 mg/dia. Não apresenta efeitos colaterais com essas medicações.

Referiu não ter problemas relacionados às eliminações; dorme bem, sem necessidade de medicações.

Conversamos sobre a importância da atividade física regular, reorientei quanto à alimentação saudável, já que ele tinha algumas dúvidas.

Ele disse-me que se sente muito bem, mas está apresentando rejeição a três ou quatro grampos cirúrgicos, e que provavelmente terão que ser retirados. Perguntou-me sobre isso e eu esclareci que, na cirurgia de Revascularização do Miocárdio, era possível essa complicação, mas que o procedimento de retirada era simples, deixando-o mais tranquilo.

Disse-me também, que após o infarto está mais sensível e emotivo. Conversamos sobre o infarto, sobre as mudanças em sua vida, as inseguranças que este tipo de doença traz, principalmente quando se é muito jovem. Porém, ele disse que teve uma lição de vida e reforçou que hoje aprendeu a dar valor às pequenas coisas da vida, e considera que a maior doença é a carência afetiva.

Falou-me sobre a sua família, com muito orgulho, e dos planos da filha. Afirmou que ficou muito satisfeito com o meu atendimento, pois esclareceu algumas dúvidas e, também, porque é um trabalho mais individualizado.

Diagnósticos de enfermagem:

- Risco para alteração na perfusão tissular cardíaca relacionado à Doença Arterial Coronariana.
- Alteração na nutrição para mais do que o corpo necessita, relacionada à ingesta maior do que o gasto energético, evidenciado pelo sobrepeso.
- Risco para prejuízo da integridade da pele relacionado à reação de hipersensibilidade aos grampos cirúrgicos do esterno, evidenciado pela hiperemia no local.

- Comportamento para elevar o nível de saúde relacionado às mudanças nos hábitos, evidenciado pelo seu relato, resultados de exames laboratoriais e grau de compreensão sobre saúde.

Decisões terapêuticas:

- Alterar alguns hábitos alimentares.
- Manter a atividade física.
- Consultar o médico para avaliação da necessidade de retirada dos grampos cirúrgicos.

História 2

A protagonista desta história tem 64 anos e é do sexo feminino. É casada, tem nível médio, é Do Lar, procedente de Florianópolis.

Tem Insuficiência Coronariana, Diabetes Mellitus, HAS.

Quando iniciei a consulta, expliquei que estava fazendo esse trabalho. Ela aceitou participar do estudo e disse que quanto mais pesquisas tiverem na área da saúde, mais fácil será descobrir o tratamento das doenças.

Estava acompanhada pelo marido, o qual participou bastante da consulta, muitas vezes respondendo às perguntas pela esposa. O casal parecia bem inteirado, e ficou muito claro que um auxilia o outro, para juntos se tratarem (o marido também tem problemas de saúde).

Relatou ter diabetes há 20 anos e fazer uso de Insulina NPH 20 UI + Insulina Regular 4UI pela manhã e 18 UI de NPH à noite. Também usa Valsartan 160 mg/dia; Atorvastatina 10 mg/dia; Pentoxifilina 400 mg/2x/dia; Diltiazem 60mg/2x/dia e Hidroclorotiazida 50 mg/dia.

Pressão Arterial: 180x80 mmHg e Frequência Cardíaca: 78 bpm. Apresenta edema nas mãos e MMII. Pesa 67 Kg e mede 150 cm de altura, Índice de Massa Corpórea- IMC de 29,7, caracterizando-se sobrepeso.

Exames laboratoriais: G:105 mg/dl; Hbg:5,5; CT:391mg/dl; HDL-Col:67 mg/dl; LDL-Col:221mg/dl.

Referiu sentir fraqueza, dor nas pernas e não seguir a dieta com rigor. Em relação às eliminações, não apresenta problemas e não utiliza medicação para dormir.

Perguntei-lhe o que era saúde e ela me respondeu que *“saúde é tudo”*. Em relação à sua condição/situação de saúde disse que *“o mais difícil é privar-se do doce”*.

Conversamos sobre diabetes, locais de aplicação da insulina e a importância do rodízio, dieta, atividade física, sinais de hipo e hiperglicemia, e ela demonstrou saber pouco em relação à doença, dando a impressão de que não tinha muita importância. O seu marido mostrava-se mais interessado, relatando que ele aplica a insulina nela e que ela não gosta que faça rodízio. Falamos mais um pouco sobre isso e também sobre a insuficiência coronariana.

Após as orientações sobre a dieta e atividade física (sempre com a participação do casal), solicitei que ela me sugerisse o que seria melhor e que as pequenas mudanças poderiam contribuir para manter um nível de glicose e colesterol mais baixos, e que talvez ela se sentisse melhor. A hidroginástica como possibilidade de um bom exercício, já que com a caminhada ela sente dores nas pernas. Em relação à alimentação, ela disse que talvez um começo fosse não comprar determinados alimentos que não são indicados para ela, *“porque se não tiver em casa, não dá tanta vontade de comer”*.

Assim, continuamos o nosso diálogo e, no final, ela me surpreendeu, perguntando se poderia falar comigo novamente dentro de um ou dois meses, demonstrando interesse.

Respondi que aguardaria o seu retorno.

Diagnósticos de Enfermagem:

- Risco para alteração na perfusão tissular cardíaca relacionada à Doença Arterial Coronariana e tissular periférica relacionada ao diabetes mellitus.
- Pressão sanguínea elevada evidenciada na verificação da pressão e relato do uso de anti-hipertensivos.
- Excesso de volume de líquidos relacionado a problemas vasculares, evidenciado pelo edema de mãos e pés.

- Alteração na nutrição para mais do que o corpo necessita, relacionada à ingestão maior do que o gasto energético e também a retenção de líquidos, evidenciada pelo cálculo do IMC (sobrepeso).
- Risco para prejuízo da integridade da pele relacionado à não realização do rodízio na aplicação da insulina.
- Intolerância à atividade física que pode estar relacionada a problemas músculo-esqueléticos ou ao problema cardiovascular, evidenciada pelo relato de dor nas pernas e fraqueza ao caminhar.
- Controle ineficaz do regime terapêutico relacionado à falta de conhecimento e dificuldade em incorporar hábitos saudáveis às suas rotinas, evidenciado pelo seu relato, exame físico e os resultados de exames laboratoriais.
- Falta de conhecimento relacionada à pouca informação sobre um estilo de vida mais saudável e também a determinado desinteresse por parte da cliente, evidenciada pelos seus relatos e condutas.

Decisões Terapêuticas:

- Incorporar algumas mudanças nos hábitos alimentares, tentar fazer a hidroginástica.
- Fazer acompanhamento periódico.
- Em relação ao rodízio nos locais de aplicação da insulina, ela ainda não sabe se vai fazê-lo.

História 3

A protagonista desta história tem 48 anos e é do sexo feminino. É separada e tem três filhos. É formada em Engenharia e refere que gosta muito do seu trabalho.

Tem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Dislipidemia, Depressão e Hipotireoidismo.

Iniciei a consulta explicando sobre este estudo e ela prontamente aceitou participar, dizendo “*se é para o mestrado, eu assino tudo*”.

Disse que gostaria de ter mais informações acerca da HAS e hábitos saudáveis e que pretende fazer as recomendações de forma correta, pois não quer ter complicações mais tarde.

Perguntei-lhe o que é saúde e ela disse que *“é ter paz, estrutura para enfrentar os problemas; é mais que saúde física, é também emocional”*.

Em relação à sua condição/situação de saúde, ela afirmou que

“pretendo melhorar as minhas práticas de controle de saúde para evitar as conseqüências da hipertensão, pois não quero ser dependente dos outros”.

Relatou que tem cefaléia freqüente, e muitas preocupações em relação ao futuro profissional dos filhos. Está fazendo tratamento para depressão há dois anos (usa Cloridrato de Fluoxetina 40 mg/dia). Tem dificuldades para dormir. Afirma que não fuma e não tem hábito de tomar bebidas alcoólicas.

Conversamos um pouco sobre a depressão e em seguida lhe perguntei sobre a sua alimentação, e ela disse que não gosta de verduras, mas tenta comê-las; também reduziu o sal nos alimentos. Em relação às eliminações, não apresenta problemas.

É sedentária. Disse que se vai caminhar é com ansiedade e por obrigação.

Faz uso de Besilato de Anlodipino 5mg/dia; L-Tiroxina 100 mcg/dia e Atenolol 50 mg/dia. Não apresenta efeitos colaterais às medicações.

Apresentava PA: 120x80 mmHg (braço direito e sentada): FC: 64 bpm, rítmico; exame físico normal. Pesa 88 Kg e mede 163 cm de altura, Índice de Massa Corpórea – IMC de 33,8, caracterizando-se obesidade.

Conversamos sobre a HAS e suas complicações, hábitos alimentares saudáveis, tais como, dieta rica em vegetais, carnes brancas, fibras, grãos e pobre em gorduras saturadas e açúcar; atividade física regular (hidroginástica, caminhada ao som de músicas); controle do estresse, através da maneira de enfrentar os problemas, diminuição do peso corporal.

Ela demonstrou bastante interesse, procurando adequar as orientações à sua situação da melhor maneira possível.

Gostou bastante do atendimento e pretende retornar.

Diagnósticos de enfermagem:

- Pressão sangüínea elevada que pode estar relacionada à obesidade, sedentarismo, evidenciada pelo relato da cliente e o uso de medicamentos anti-hipertensivos.
- Alteração na nutrição para mais do que o corpo necessita, podendo estar relacionada à ingesta maior que o gasto energético, sedentarismo, hipotireoidismo, evidenciada pelo IMC característico de obesidade.
- Distúrbio no padrão de sono relacionado a preocupações, ansiedade, evidenciada pelo relato da cliente.
- Risco para intolerância à atividade relacionada à força psicológica insuficiente.
- Ansiedade relacionada à situação socioeconômica, preocupação com os filhos, evidenciada pelo sentimento de incertezas.
- Falta de conhecimento relacionado à pouca informação em relação aos hábitos saudáveis, evidenciada pelo relato da cliente.

Decisões terapêuticas:

- Estabelecer mudanças no padrão alimentar;
- Realizar atividade física regular;
- Procurar enfrentar os problemas sem muito estresse;
- Controlar a pressão arterial;
- Realizar acompanhamento periódico.

Para que eu pudesse investigar/identificar as concepções de saúde dos clientes e a percepção sobre a sua condição/situação, estabelecer as ações de enfermagem, enfim realizar a consulta de enfermagem, foi necessário um processo de auto-reflexão constante do saber comunicar. Para tanto, foi preciso estar disposta para com o outro, ou seja, é fundamental ter atitude.

A sociedade existe na comunicação e por meio da comunicação. É através de símbolos significativos que nos apropriamos das atitudes dos clientes na consulta de enfermagem, assim como eles, por sua vez, apropriam-se das nossas atitudes. Esse

processo de comunicação desenvolvido na consulta promoveu um momento construtivo mútuo para cliente e profissional.

A comunicação tem também a função expressiva. O ser humano precisa participar e expressar suas emoções, idéias, temores, expectativas, bem como, vincular-se a grupos mediante relações afetivas. Possui ainda uma função socializadora do conhecimento do mundo objetivo, bem como do acesso ao diálogo, cooperação e participação (SILVA, 1996).

Assim sendo, na consulta de enfermagem o saber técnico ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo. A relação entre estes dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas deverá ser uma relação de diálogo, horizontal, bidirecional e democrática. Diálogo entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um transformar-se conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada (RAMOS, VERDI, KLEBA, 1999).

O conteúdo educativo na consulta de enfermagem não é predeterminado pelo pólo técnico. A relação se dá num processo de produção, em que o conteúdo é o próprio saber popular, que se transforma com a ajuda do saber técnico, enquanto instrumento do próprio processo.

A ação educativa da consulta de enfermagem não implica somente na transformação dos sujeitos do processo, tanto dos técnicos quanto dos clientes. O saber da transformação somente pode produzir-se quando ambos os pólos da relação dialógica também se transformam no processo.

Nessa transformação, identifiquei alguns dos fatores que tendem a influenciar a saúde dos clientes com DAC e/ou seus fatores de risco. Pois para realizar uma consulta de enfermagem através de uma relação dialógica, temos que levar em consideração os vários aspectos que influenciam esta relação para assim nos aproximarmos da realidade de cada cliente.

7 FATORES QUE TENDEM A INFLUENCIAR A SAÚDE

A partir dos dados objetivos (perfil epidemiológico, diagnóstico médico, diagnósticos de enfermagem) e subjetivos (a concepção de saúde do cliente e percepção acerca da sua condição/situação), identifiquei alguns fatores que tendem a influenciar a saúde do cliente com DAC e/ou seus fatores de risco.

O **Conhecimento** foi um dos fatores que mais se destacou entre aqueles que tendem a influenciar a condição/situação de saúde dos clientes. É definido por Cabral e Nick (2001, p. 65) como o acervo de informações conservadas ou assimiladas por um indivíduo ou por uma cultura. Japiassú e Marcondes (1996, p. 51) definem conhecimento como a apropriação intelectual de determinado campo empírico ou ideal de dados, tendo em vista dominá-los e utilizá-los. O termo conhecimento designa tanto a coisa conhecida quanto o ato de conhecer (subjetivo) e o fato de conhecer.

No caso dos clientes com DAC e/ou seus fatores de risco, o conhecimento refere-se ao que o cliente sabe sobre a sua doença e tratamento. Ou seja, quais os fatores (etiológicos) que tendem a determinar as alterações estruturais e/ou funcionais no aparelho circulatório (patologia), e quais as manifestações (sinais e sintomas) mais freqüentes, e o que pode ser feito para melhorar a saúde e evitar má-saúde. É desconhecendo estes aspectos vinculados à doença que a falta de conhecimento influencia negativamente à saúde. Percebe-se que, quando o cliente conhece os cuidados necessários, ele tem mais habilidade para cuidar de sua saúde, pois o leque de possibilidades é ampliado por aquilo que é conhecido. Na fala a seguir, isso é demonstrado.

“A diabete me ajudou a tirar os hábitos ruins, como fumar e comer comidas pesadas. Hoje eu tenho uma vida mais regrada e o meu organismo se adaptou a isto; me sinto muito bem”. (cliente J)

Nesta declaração, também fica claro que não é só conhecimento que influencia na condição/situação de saúde do cliente, a **motivação** aparece como um aspecto que tende a influenciar no cuidado à saúde do indivíduo.

Motivação é definida por Cabral e Nick (2001, p. 198) como o complexo de fatores intrínsecos e extrínsecos que determinam a atividade persistente e dirigida para uma finalidade ou recompensa. Já para Herzberg (apud CHIAVENATO, 1993), os fatores motivacionais ou fatores intrínsecos estão sob o controle do indivíduo. No entanto, Young (apud Buck, 1976, p.6) afirma que a motivação tem sido comumente definida em termos de determinantes do comportamento, isto é, tem sido freqüentemente vista como um processo pelo qual o comportamento é ativado e dirigido. Neste sentido, são impossíveis de separar a ativação e a direção do comportamento, sentimentos subjetivos, e cognição. Todos estes processos exercem papéis de integração e de interação na motivação.

Quando os fatores motivacionais são ótimos, eles tendem a influenciar positivamente a saúde e provocam satisfação nas pessoas. Quando não são ótimos, tendem a influenciar negativamente a saúde e provocar insatisfação e frustração, pois a finalidade ou a recompensa, não é atingida.

Assim, quando os clientes estão motivados para incorporar as mudanças necessárias em seu estilo de vida para alcançar comportamentos mais saudáveis, torna-se mais fácil cuidar da própria saúde, como revela o relato a seguir:

“O colesterol alto chamou a minha atenção para eu mudar alguns hábitos e poder me cuidar melhor, para que mais tarde eu não venha a ter algum problema sério”. (cliente W)

Porém, a pouca motivação ou mesmo a falta de motivação esteve muito evidente em várias falas. Normalmente, apareceu associada à baixa auto-estima.

“... não tenho estímulo para fazer dieta ou me cuidar... Não sei se vale a pena me privar do que gosto e também sou muito acomodada... Também sou perfeccionista e se é para fazer as coisas têm que ser tudo. Ou tudo ou nada”. (cliente A)

Conforme Branden (1998), **auto-estima** é uma necessidade humana fundamental e, quando plenamente satisfeita, nos dá a certeza de que somos adequados para a vida e suas exigências. Este autor define a auto-estima como a confiança em nossa capacidade de

pensar e em nossa habilidade de dar conta dos desafios básicos da vida, além da confiança em nosso direito de vencer e sermos felizes. É a sensação de que temos valor, e de que merecemos e podemos alcançar nossas metas. “Confiar nas próprias idéias e saber-se merecedor da felicidade é a essência da auto-estima” (BRANDEN, 1998, p.23).

Percebe-se que alguns clientes apresentam baixa auto-estima, o que interfere no seu cuidado à saúde, como fica claro no exemplo a seguir:

“... não tenho muito estímulo para me cuidar, porque não estou satisfeita com a minha aparência, não sei se vale a pena” (cliente L).

Outro fator que se destacou como influente na saúde dos clientes atendidos foi a **ansiedade**, a qual é definida como um estado no qual a pessoa experimenta um vago sentimento negativo de incômodo, inquietação, apreensão, de “estar nervoso” e até mesmo de pavor causado pela antecipação de perigo iminente, acompanhado de resposta autonômica, cuja fonte é desconhecida pela pessoa (BENEDET; BUB, 2001, p. 155).

Vários clientes relatavam uma “*sensação ruim*” de algo que, muitas vezes, eles ou elas não conseguiam entender, mas que relacionavam a acontecimentos importantes. Muitas vezes a ansiedade é somatizada, outras vezes é convertida em raiva ou comportamento retraído. Alguns clientes referiam preocupações, insônia e medo do desconhecido.

Embora não comprovado cientificamente, existe relação causal entre as reações emocionais e psíquicas, e as doenças cardíacas. De acordo como esta relação, as reações emocionais podem predispor e precipitar transtornos do ritmo cardíaco, coronariopatia e hipertensão arterial. O principal argumento para este fato é a liberação excessiva e prolongada de catecolaminas e corticosteróides, provocada pelo estresse ou pela ansiedade exagerada (BALLONE, 2001).

As doenças crônicas geram alterações na vida dos clientes, que se estendem à vida daqueles mais próximos. Por este motivo, podem afetar o relacionamento familiar, social, no trabalho e, também o planejamento financeiro. Alguns clientes podem se mostrar emocionalmente dependentes até para a realização de suas atividades diárias (PIERIN, 2001).

Um dos fatores responsáveis por essas alterações é o **medo**, o qual foi manifestado por vários clientes. Segundo Carpenito (1997 p. 281), medo é um estado no qual o

indivíduo experimenta um sentimento de perturbação fisiológica ou emocional, relacionado a uma fonte identificável percebida como perigosa. Na maioria das vezes, era dirigido à doença, dor, dependência de outras pessoas, incerteza de segurança no emprego relacionada ao futuro dos filhos, insegurança financeira, entre outros.

Dentre os principais medos manifestados nas falas dos clientes, estão: o medo da dependência, conseqüências da doença, e da dor.

“Pretendo melhorar as minhas práticas de controle de saúde para evitar as conseqüências da hipertensão, pois não quero ser dependente dos outros” (cliente P).

“...ter pressão alta, às vezes, deixa a gente meio preocupada, porque se não for bem controlada tem muitos riscos...” (cliente C)

“...só não gosto de sentir dor; isso me incomoda” (cliente G).

A **confiança** também foi um fator identificado em muitos clientes que se mostraram incrédulos diante dos reais benefícios das mudanças no estilo de vida. Confiança aqui entendida como algo ligado a crenças sobre habilidades específicas. Acreditar que ele ou ela é capaz de realizar determinadas ações ou de atingir determinados propósitos (TENGLAND, 1998, p. 194 – 195).

Tal fato pode estar relacionado a hábitos gerados pela cultura e a história de cada indivíduo, e ao estresse gerado pela necessidade de mudanças no estilo de vida. Desde a década de 50, tem sido demonstrado que a gênese das doenças envolve mais do que bactérias ou vírus, dieta imprópria, exercício, mau funcionamento metabólico, e assim por diante. Mesmo quando essas condições são as causas imediatas de doença ou enfermidade, parece que elas são mais efetivas quando as defesas individuais estão enfraquecidas.

De acordo com Selye (apud BUCK, 1976, p. 39), o enfraquecimento das defesas ocorre quando a pessoa está tentando adaptar-se ao estresse por um longo período de tempo. Porém, quando as defesas do corpo são mobilizadas por uma crise aguda, a doença pode aparecer em um curto período de tempo. Algumas vezes, as pessoas reagem ao estresse provocado pelas mudanças no estilo de vida, com descrença em relação ao tratamento ou às orientações propostas, como é o caso da Cliente A:

“...a minha cunhada era tão controlada, fazia tudo certo e morreu... Não sei se vale a pena me privar do que gosto...”

Entretanto, outros clientes reagem com confiança e relatam que as mudanças valeram a pena

“Este problema de pressão alta não me incomoda. Tomo os remédios, vou ao médico, procuro seguir as recomendações e está tudo bem” (cliente O).

“não acho difícil mudar os hábitos, porque sou comedida e sei que será melhor para mim” (cliente U).

A **autonomia**, também foi identificada como um fator que interfere na saúde. Para Caponi e Bub (1999, p.94), autonomia implica no respeito à auto-determinação da pessoa. Quando consideramos as pessoas como seres racionais e livres que têm desejos e sentimentos, significa que devemos agir de forma a não interferir e não limitar as escolhas autônomas destas pessoas”.

Em alguns clientes, a falta de autonomia gerava uma insatisfação evidente, manifestada por limitação, privação ou proibição. Estas influências são negativas para a saúde, pois sem autonomia o cliente não pode fazer as escolhas conscientes, e a imposição por parte dos profissionais normalmente não tem bons resultados no cuidado à saúde.

Nas falas a seguir, fica clara a insatisfação dos clientes em relação às “ordens” para a mudança de comportamento.

“... tem muita proibição e a comida proibida exerce um fascínio, tudo o que é gostoso faz mal” (cliente B)

“... me privar dos alimentos que gosto é a pior coisa, pois comer bem me dá um grande prazer” (cliente F).

Estas limitações, privações, proibições, são mais frequentes em relação aos aspectos ligados à alimentação. Sabemos que a alimentação é uma das necessidades que mais desperta prazer nas pessoas. E não é por acaso que isto ocorre. A indústria alimentícia gasta milhões de dólares anualmente em campanhas de publicidade e *design* de embalagens de alimentos, com o propósito de influenciar o comportamento alimentar das pessoas, criando a cultura do *fast food*, do alimento industrializado, e assim por diante.

Em função do papel central dos alimentos na vida diária das pessoas, especialmente nos relacionamentos sociais, as crenças e práticas dietéticas são notoriamente difíceis de mudar, mesmo que elas interfiram com nutrição adequada (HELMAN, 1994, p.37). Como então “proibir” os clientes de desfrutarem de um dos melhores prazeres da vida, conforme a nossa cultura propõe?

A **conscientização** da importância do cuidado à saúde é um aspecto a ser considerado, e foi, inclusive, levantado por alguns clientes. A consciência implica na percepção imediata, mais ou menos clara, pelo sujeito, daquilo que se passa nele mesmo ou fora dele. A “tomada de consciência” é o ato pelo qual o indivíduo se dá conta ou compreende sua situação real e concreta, estando em condições de tirar dela as conseqüências e assumi-las (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996, p. 261).

Margaret Newman (1986)¹⁰ considera que a consciência co-existe com o universo e que ela expande-se na direção de maior complexidade. “A expansão da consciência é o que constitui a vida e, portanto, a saúde”. A autora também ressalta que “a enfermagem é colaboradora no processo de expansão da consciência”.

Freire (1987, p.74) considera que o aprofundamento da tomada de consciência da situação em que um indivíduo se encontra, permite que ele ou ela possa se “apropriar” dela e transformá-la.

A (o) enfermeira (o) pode auxiliar o cliente com DAC e/ou seus fatores de risco a compreenderem a sua condição/situação de saúde, a reconhecer as suas limitações e possibilidades, com o propósito de buscar alternativas para melhorar ou manter a saúde.

Nas falas a seguir, os clientes ressaltam a importância da conscientização para uma mudança nos hábitos, buscando a manutenção da saúde.

“A pessoa tem que se conscientizar e o organismo vai se adequando à nova proposta” (S).

O **enfrentamento** é definido por Monat e Lazarus (apud SILVA, 1997 p.25) como os esforços cognitivos e comportamentais que a pessoa emprega para lidar com situações do cotidiano, as quais ela avalia como algo que excede seus recursos e, por isso, as caracterizam como estressantes. Estas situações tanto podem ser originadas no mundo externo quanto no interno da pessoa.

Alguns clientes com DAC usam como mecanismo de defesa em relação à sua condição de saúde a estratégia de “não viver em função da doença”. Esta estratégia é positiva no sentido de não tornar o cliente dependente da doença, porém pode ser negativa quando a mudança para comportamentos mais saudáveis é necessária. Pois, algumas

¹⁰ Os conceitos da Teoria de Saúde de Margaret A. Newman foram obtidos através do trabalho desenvolvido para a disciplina Fundamentos Filosóficos e Teóricos da Enfermagem – Schneider, 2000.

mudanças nos hábitos são imprescindíveis para evitar as complicações advindas da sua condição. Neste comportamento denominado enfrentamento defensivo, os clientes tendem a fazer avaliações falsamente favoráveis acerca de sua condição/situação de saúde na tentativa de proteger-se contra aquilo que consideram uma ameaça, seja ela interna ou externa (BENEDET; BUB, 2001). Uma vez que as mudanças provocam rupturas no modo de vida, no desempenho de papéis e, na maioria das vezes, requerem reestruturação da vida cotidiana, parece mais cômodo evitar mudanças do que aceitá-las (SILVA, 2000).

Algumas falas dos clientes ilustram este tipo de comportamento.

“Sou diabética, mas não consigo largar o doce, tenho que levar mais a sério. Mas para mim é difícil fazer dieta... Acho que a gente não pode ligar-se muito na doença, tem é que aproveitar a vida enquanto dá” (cliente T).

“[...] tem que enfrentar os problemas que aparecem e ir tentando resolver conforme der” (cliente X)

Em outras situações, os clientes fizeram um ajustamento satisfatório em resposta a uma mudança na sua situação de saúde, procurando aproveitar as suas capacidades e repadronizando seus objetivos vitais para poder encontrar um sentido em suas vidas.

O **ajustamento** é a capacidade que a pessoa apresenta para modificar seu estilo de vida em resposta a uma mudança na sua condição/situação de saúde (BENEDET; BUB, 2001). As falas a seguir demonstram este ajustamento:

“[...] aumentou a minha sensibilidade após a doença e hoje valorizo tudo e aprecio muitas coisas que antes passavam despercebidas[...] Às vezes é preciso acontecer alguma coisa mais séria na vida da gente, para a gente começar a se cuidar. Hoje eu tenho tempo para mim” (cliente R).

O papel da (o) enfermeira (o) nestes casos é o de ajudar o cliente a buscar novas possibilidades (reconfigurar objetivos) pois, muitas vezes, as metas não são mais compatíveis com a situação em que a pessoa se apresenta.

A **espiritualidade** foi identificada em alguns clientes como uma maneira de enfrentar a sua condição/situação. Espiritualidade entendida como uma necessidade inerente aos seres humanos e vinculada aos fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre o indivíduo e um ser ou entidade superior, com o propósito de alcançar bem-estar (BENEDET e BUB, 2001). Os relatos a seguir evidenciam como a espiritualidade foi expressa pelos clientes.

“Eu tenho que agradecer a Deus a saúde que tenho porque com a minha idade muita gente está bem pior. Eu ainda não dependo de ninguém para me cuidar” (cliente N)

“[...] já tive muitos problemas na vida, mas sempre tenho a força de Deus para me ajudar”. (clienteV)

A fé é um dos instrumentos que pode auxiliar muitas pessoas a enfrentarem seus problemas cotidianos. Muitas vezes ela promove um bem-estar espiritual, estimulando a força necessária para um ajustamento às alterações resultantes da má-saúde.

O **apoio familiar** também foi identificado como um dos fatores que auxiliam o cliente a superar os problemas e tende a influenciar positivamente a saúde. Muitas vezes, quando ocorre um evento como um Infarto Agudo do Miocárdio, os papéis do cliente e de sua família podem se alterar e, inclusive, ocorrer uma inversão de papéis.

Apesar do conceito e das características de família estarem mudando, os laços e as influências familiares continuam mantendo um papel importante sobre a saúde dos seus membros. Os indivíduos recebem apoio físico e emocional de suas famílias ao longo de suas vidas (HENCKEMAIER, 1999).

A importância do apoio familiar pode ser ilustrada nas falas a seguir:

“Eu tenho suportado bem este problema porque tenho o apoio da minha filha” (cliente Z).

“Doença do coração deixa a gente preocupado, mas a minha esposa me ajuda muito” (cliente H).

Um outro fator que interfere na saúde destes clientes, é a **ausência de sintomas específicos**. A ausência de sintomas em patologias como a hipertensão dificulta a conscientização da necessidade de cuidar da saúde através de medidas medicamentosas e não-medicamentosas. Como as pessoas não sentem nenhum tipo de mal-estar como consequência da hipertensão, elas não vêem motivo para seguir o tratamento. São comuns nos clientes com hipertensão, relatos como:

“se eu convivesse com o problema (dor) diariamente, talvez eu fizesse a dieta, tomasse o remédio...” (cliente E)

“... não interfere muito no dia-a-dia, só quando a pressão arterial sobe; aí eu lembro que tenho que tomar o remédio” (cliente Y)

Além do mais, se por um lado a doença não causa manifestações desagradáveis, por outro os medicamentos causam.

A ausência de sintomas específicos é o que torna o cliente vulnerável às complicações das doenças e, ao mesmo tempo dificulta o tratamento. Sabendo-se que mais tarde as conseqüências vão ser deletérias ao organismo, é que este fator torna-se conflitante, pois hoje o cliente sente-se bem sem sintomas e amanhã estará exposto aos efeitos indesejáveis da “doença silenciosa” que o acomete.

Desta maneira, os **efeitos indesejáveis** e a **quantidade de medicamentos** constituem-se em fatores que interferem negativamente no cuidado à saúde dos clientes com DAC. O medo dos efeitos colaterais em hipertensos e dislipidêmicos e o medo da dependência da medicação, são alguns destes fatores.

“A gente espera que vá diminuir os remédios, mas sempre vem mais... parece que se vive em função de tomar remédios”. (cliente K)

O trabalho, ou, melhor, o **excesso de trabalho**, é relatado por alguns clientes como um dos fatores que interferem na possibilidade de realizar os cuidados recomendados com o propósito de melhorar a saúde, tais como a atividade física, o preparo e o tipo de alimentos adequados, enfim, o cansaço e a falta de tempo conseqüentes ao excesso de trabalho, limitam a realização das atividades.

“[...] sou sedentário porque a minha função exige que eu viaje muito. Quando não estou viajando, eu consigo fazer a caminhada” (cliente W)

Por outro lado, é interessante destacar que embora a grande maioria dos clientes estudados tenha se constituído de aposentados e mulheres que trabalham no lar (categoria do lar), eles parecem ter dificuldade em realizar algumas mudanças de comportamento, como, por exemplo, mudar os hábitos alimentares, fazer exercícios e tomar medicamentos. Relatos como o que cito a seguir, são comuns entre estas pessoas.

“[...] quero descanso, não precisar trabalhar muito, não viver estressada” (cliente I)

Alguns aposentados relatavam que não realizavam essas mudanças por acomodação, por não saberem utilizar o seu tempo adequadamente. Entre as mulheres com ocupação “Do lar”, o argumento mais freqüente era “falta de tempo”. O que, de certa forma, é curioso, pois a maioria dessas mulheres não tem horário rígido para executar suas funções. Um possível motivo para tal atitude é que, embora não tendo horário rígido para a

realização do trabalho doméstico, esta modalidade de trabalho não tem fim e nem hora marcada, pois sempre há alguém com fome, com sede, louças na pia, roupas para serem lavadas, e assim por diante. Em resumo, é um trabalho que consome muita energia e tempo disponível. No entanto, parece que as mulheres têm dificuldade de priorizar o cuidado de si em relação ao cuidado de outros (marido, filhos, pai, mãe).

A **falta de tempo** é algo que pode ser controlado. Servan-Schreiber (1991) ressalta que “ao controlar o tempo, passamos de uma situação de penosa tensão a um estado de serenidade e também de maior produtividade” (p.65) e que “o bom senso sugere que há uma grande diferença entre saber e fazer o que é conveniente” (p.58). Nós temos capacidade de mudar nossa atitude em relação ao tempo, fazer bom ou mau uso dele. Para tanto, é necessário reformularmos nossos objetivos de vida.

A **situação financeira ruim** foi outro fator evidenciado nas consultas. A preocupação com a manutenção do emprego, os preços abusivos dos medicamentos, a necessidade de trabalhar além de suas possibilidades, o baixo salário dos aposentados foram alguns dos aspectos relacionados à situação financeira. Alguns dos medicamentos chegam a custar até metade de um salário mínimo. A maioria dos clientes toma mais do que um remédio e, considerando o número de mulheres com a ocupação Do lar atendidas (trabalho não remunerado), pode-se justificar relatos como estes:

“[...] gasto quase toda minha aposentadoria em remédios” (cliente H)

O **ambiente**, como já se sabe, influencia e é influenciado pelo indivíduo. Conforme Marmot e Wilkinson (1999) os estressores ambientais por si só não se constituem em risco para a saúde, desde que o indivíduo tenha recursos adequados de enfrentamento e oportunidade de controle do seu ambiente.

Para alguns clientes enfrentar as limitações impostas pelo ambiente e incorporar hábitos saudáveis ao seu cotidiano é uma tarefa difícil, pois sabemos que aliados ao ambiente estão os fatores psicológicos, biológicos, sociais e culturais interferindo nas decisões. Em algumas falas, ficaram evidentes essas dificuldades.

“[...] perto da minha casa só tem morro e é difícil para caminhar” (cliente I)

“[...] quando dá uma temporada de chuvas, não tem como caminhar”

(cliente M)

A partir da identificação desses fatores ficou mais clara a importância da (o) enfermeira (o) considerar esses aspectos e levantar dados, diagnosticar, fazer as

intervenções e orientações, e avaliar os resultados de sua atuação. Desta forma, através da consulta de enfermagem, a (o) enfermeira (o) estará cumprindo o papel de contribuir para o melhoramento da saúde e prevenção de estados de má-saúde dos clientes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, me propus a refletir sobre a condição/situação dos clientes com Doença Arterial Coronariana e/ou seus fatores de risco. Esta condição/situação de saúde caracteriza-se como uma situação complexa que envolve muitos fatores intervenientes. É um indivíduo que carrega medos conseqüentes à doença cardíaca e ao fato de que o coração é um órgão cercado de simbolismos.

Conforme Porto (1998, p. 3), o coração é simbolizado como o “centro da vida”, o local onde nascem as emoções, a sede do amor. Este autor também ressalta que a doença cardíaca desperta medos, fantasias, desfaz sonhos, modifica a vida interior de quem a sofre. O significado simbólico do coração nasceu em épocas remotas e está presente, ainda hoje, em diferentes culturas, em inúmeros mitos e manifestações. Através do significado simbólico do coração é que os aspectos emocionais e culturais, sempre presentes nas doenças cardiovasculares, podem ser mais bem compreendidos.

O coração é foco de queixas de fundo emocional, não só por causa da resposta fisiológica ao estresse, como também por sua importância simbólica. Templo das emoções, o coração figura como o centro da vida e da morte, adquirindo o poder de transformar o comportamento das pessoas. Em virtude das fantasias criadas por esse simbolismo e pelas alterações psicológicas causadas pela própria doença, torna-se necessária uma abordagem que vá além do coração orgânico (OLIVEIRA JR., 1998, p.11).

Esses clientes caracterizam-se por apresentarem uma condição na qual, muitas vezes, não existem sinais e sintomas, mas existe uma alteração “silenciosa” que pode vir a comprometer a sua saúde. Outras vezes, convivem com a doença já instalada e amenizada por uma cirurgia cardíaca ou angioplastia, mas que necessita de cuidados especiais para a

manutenção e melhoramento da saúde. Tudo isto está aliado à necessidade de mudanças no estilo de vida para a aquisição de hábitos considerados saudáveis “hoje” pela medicina.

Enfrentar a sua condição singular permeada pela situação que o envolve, sabendo que a revisão dos hábitos pessoais e as mudanças são necessárias, é um fato que gera estresse neste indivíduo.

Em relação às suas percepções e expectativas eles demonstraram que cada um “enfrenta” a sua condição/situação de saúde a partir das vivências, experiências, crenças e valores. O fato de as pessoas considerarem a saúde como valor revela que elas consideram saúde como algo positivo, como um estado a ser constantemente perseguido. Já a concepção de saúde como estar bem nos mostra um cliente que busca algo a mais em sua condição/situação. Independentemente de ter uma doença ou enfermidade, é fundamental sentir-se bem e ter as condições necessárias a este bem-estar. O cliente que vê saúde como capacidade para agir tem uma noção que vai além daquela “velha idéia” de que saúde é somente a ausência de doença.

Na sua condição/situação de saúde algumas necessidades são evidentes. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: Falta de Conhecimento, Pressão Sangüínea Elevada, Controle Ineficaz do Regime Terapêutico, Alteração na Nutrição: mais do que o corpo necessita, Risco para Intolerância à Atividade, Risco para Alteração na Perfusão Tissular Cardíaca, Ansiedade, Constipação Intestinal, Distúrbio no Padrão de Sono e Dor Aguda. Esses, associados aos fatores de risco modificáveis que mais se destacaram como a Dislipidemia, a Hipertensão Arterial, a Obesidade e o *Diabetes Mellitus*, ressaltam a importância do empenho dos profissionais da saúde, para o desenvolvimento de estratégias que possam amenizar esta situação.

Ao pensarmos em desenvolver estratégias devemos considerar, além do perfil do cliente com o qual trabalhamos e as suas crenças e valores relacionados à saúde, os fatores que tendem a influenciar na sua condição/situação de saúde.

Nesse estudo foi possível a identificação de alguns fatores que podem influenciar positiva ou negativamente a saúde desses clientes, dependendo das circunstâncias a que estão expostos. A falta de conhecimento dos aspectos que estão vinculados a hábitos saudáveis, por exemplo, pode ser uma influência negativa. Entretanto, estar motivado para cuidar da saúde é um aspecto positivo, cujos resultados a médio e a longo prazos serão sentidos pelo indivíduo. Além do conhecimento e motivação foram levantados outros

fatores como a auto-estima, a ansiedade, o medo, a confiança, a autonomia, a conscientização, o enfrentamento e o ajustamento, a espiritualidade, o apoio familiar, a ausência de sintomas específicos, os efeitos indesejáveis e a quantidade de medicamentos, o excesso de trabalho, o tempo, a situação financeira ruim e o ambiente, cuja influência, positiva ou negativa, vai depender da situação que os envolve (fatores).

Percebi que a interação entre os fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais determina o comportamento do cliente. Ressalto a importância de constantemente avaliarmos a ocorrência deste fenômeno, bem como buscarmos entender a forma como eles (fatores) interagem, com o objetivo de ampliar a compreensão da condição/situação de saúde do indivíduo. Para tal, a consulta de enfermagem deve ser realizada num ambiente que favoreça a relação dialógica, entre profissional e cliente.

Bub (2001, p. 65-66), baseada na experiência (filosofia) hermenêutica de Gadamer, ressalta que na relação dialógica devemos evitar a “objetificação do outro”, a qual caracteriza-se pela não consideração dos aspectos subjetivos do outro. A “compreensão precipitada do outro” que é a tentativa de “absorver o outro de forma aparentemente empática, a tal ponto, que eu imagino expressar pelo outro, melhor que ele mesmo”, resultando em uma relação dominada pelo “paternalismo benevolente” manipulada pelo “observador científico”.

Essa autora, ainda baseada em Gadamer, considera que para termos um bom relacionamento profissional/cliente, devemos ter a “abertura para o outro”. Para tanto, ela destaca que Àrnason distingue quatro aspectos fundamentais: “a abertura para si mesmo”, que consiste no reconhecimento, pelo próprio indivíduo, de sua finitude e o fato de ser dominado por preconceitos; “abertura para o outro”, que implica no reconhecimento da necessidade de aceitação de algumas coisas que são contra as nossas próprias crenças e convicções, considerando as diferenças do outro; “abertura para a questão-problema”, na qual o diálogo deve permitir que a relação seja conduzida pela questão-problema para que haja um empenho do profissional e cliente para obter decisões compartilhadas; e “abertura à tradição”, que considera os significados culturais na abordagem da questão-problema (BUB, 2001, p. 67-69).

Ressaltei essa experiência, porque ela contribuiu para a modificação da minha abordagem na consulta de enfermagem, pois, em outras oportunidades na interação com o cliente, eu “o incorporava” e dizia que sabia como ele se sentia, mas sempre com o meu

olhar. Após conhecer (apesar de muito pouco) essa visão da experiência hermenêutica na relação dialógica, percebi que passei a escutar mais o cliente, deixando que ele ou ela expressasse suas crenças, convicções, dúvidas, entre outros sentimentos. Passei então a evitar conclusões precipitadas, ao contrário, buscava ouvir o cliente para identificar suas necessidades e buscar alternativas conjuntas. Foi uma experiência muito válida, por isso senti a necessidade de compartilhá-la.

A partir dessa mudança de perspectiva, consegui preencher as minhas expectativas a respeito da consulta de enfermagem. Além disso, através dos depoimentos dos clientes, percebi que a consulta motivava a reflexão deles a respeito da necessidade de incorporar hábitos mais saudáveis ao seu cotidiano.

Estou muito satisfeita, porque acredito que consegui realizar um bom trabalho e também percebi que a minha maneira de atuar foi diferente da que fazia antes de iniciar o mestrado. Atualmente, percebo a importância de possibilitar a participação do cliente, respeitando a sua autonomia e, ao mesmo tempo, procurando desenvolver um plano de cuidados em conjunto, aliando o conhecimento técnico à individualidade do cliente, considerando as suas circunstâncias, condições sociais, psicológicas e culturais. A consulta de enfermagem, baseada na relação dialógica, contempla o respeito à autonomia e aos demais princípios da ética biomédica.

Parece que aquilo que eu buscava, isto é, uma melhor instrumentalização para a realização da consulta de enfermagem, eu encontrei mantendo a metodologia que utilizava, mas mudando a abordagem. Isso vem ao encontro da citação de Ramos (1999, p.41) “o método não existe para instrumentalizar um trabalho, mas, sim, o trabalho e o profissional existem para a adequada aplicação do método”.

O referencial teórico utilizado contribuiu para o alcance dos objetivos, à medida que direcionou o meu olhar para o levantamento das necessidades do cliente, considerando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. A noção de necessidade como uma “lacuna”, estimula a busca (conjunta) de alternativas para alcançar a saúde, dentro da condição/situação na qual o cliente se encontra. O conceito de saúde, como capacidade para agir, envolve um conhecimento amplo sobre a situação da pessoa e o que esta situação exige e oferece.

A metodologia adotada permitiu a integração do referencial teórico com a coleta e análise dos dados, pois o modelo de histórico de enfermagem, utilizando as necessidades

humanas básicas, sugerido por Benedet e Bub (2001) a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, é bastante abrangente, permitindo o levantamento de informações de natureza biológica, psicológica, social e espiritual necessários à elaboração dos diagnósticos de enfermagem e o plano de cuidados. A modalidade de pesquisa convergente-assistencial aplicada à consulta de enfermagem, favoreceu a integração contínua do conhecimento teórico à prática, e o envolvimento ativo dos clientes no processo.

O conhecimento dos diagnósticos de enfermagem, com suas características definidoras e fatores relacionados, contribuiu para o desenvolvimento de uma consulta de enfermagem qualificada, sistematizada e, sobretudo, individualizada. O diagnóstico de enfermagem elaborado da maneira proposta pela *NANDA* amplia a visão da (o) enfermeira (o), facilitando a compreensão da condição/situação de saúde dos clientes.

A experiência de elaboração dos cuidados de enfermagem, com a participação do cliente, é muito positiva, pois aumenta o seu interesse em buscar alternativas com o propósito de adquirir hábitos mais saudáveis e o torna um agente ativo, um sujeito autônomo. Esse processo foi bastante dinâmico, e a autonomia do cliente foi respeitada, pois respeitar a autonomia do outro é reconhecer a sua capacidade de tomar decisões, baseada em suas crenças, valores e aspirações pessoais, mesmo que essas decisões sejam divergentes das nossas.

A consulta de enfermagem reforçou a hipótese de que as pessoas possuem necessidades a serem satisfeitas, e a sua satisfação gera bem-estar. E a maioria dos clientes atendidos na consulta de enfermagem tem a “necessidade de saúde” como primordial.

Na prática da educação em saúde, a informação adequada é fundamental. É o indivíduo quem, de forma ativa, deve analisar essas informações e orientações, e decidir se deve ou não incorporá-las à sua vida.

Aproximar-se do outro, respeitando a sua individualidade e permitindo o exercício da sua autonomia e cidadania deveria ser a atuação de todos nós, enfermeiros e enfermeiras, que atuam na prática da educação em saúde.

Espero que este trabalho possa servir como ponto de partida para futuros estudos sobre a questão da adesão ao tratamento. Adesão ao tratamento, sim, mas de forma consciente e participativa, com a certeza de que as ações vão contribuir para evitar

complicações e manter a saúde e a qualidade de vida do cliente. Os clientes devem participar das decisões, para que a educação em saúde não seja apenas uma prática de treinamento para comportamentos saudáveis. A escolha é e sempre será do cliente, porém consciente dos riscos e benefícios da sua decisão.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMI, N. P. et al. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 2, n.1, p. 9-12,mar.1989.

AFIUNE NETO, A. et al. Tabagismo e doenças cardiovasculares. In: PORTO, Celmo C. (Org.). **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

ALMEIDA, M. de A.; SOARES, M. A.M. Como eu faço o diagnóstico de enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 4, 1998. **Anais**. Curitiba, 1998.

ARMAGANIJAN, D. BATLOUNI, M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. **Rev Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v..10 n. 6, nov/dez. 2000.

BALLONE, G. J. **Psicossomática e Cardiologia**. In: PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, 2001 < disponível em: [http:// sites.uol.com.br/ gballone/ psicossomática/ cardiologia.html](http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomática/cardiologia.html) >

BENEDET, S. A.; BUB, M.B.C. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem na teoria das necessidades humanas e na classificação diagnóstica da NANDA**. Florianópolis: Bernúncia Editora,1998.

_____. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem na teoria das necessidades humanas e na classificação diagnóstica da NANDA**. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.

BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. Tradução de Shirley Morales Gonçalves. São Paulo: Hucitec, 1996.

BORENSTEIN, M. S. ; ERDMANN, A. L. Estando em crise hipertensiva numa emergência hospitalar. **Rev. Ciências da Saúde**. Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 22-30, 1993.

BORENSTEIN, M. S. (Org.) **Manual de hipertensão**. Porto Alegre: Ed. Sagra Luzzato, 1999.

BRANDEN, N. **Auto-estima e os seus seis pilares**. 4. ed. Trad. Vera Caputo. São Paulo: Ed. Saraiva, 1998.

BRAUNWALD, E. **Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine**. 5. ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1997.

BRAUNWALD, E. et al. ACC/AHA Guidelines for unstable angina. **JACC**, v. 36, p. 970-1062, 2000.

BUB, M. B. C. **Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem**. 2001. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BUCK, R. **Human motivation and emotion**. New York: John Wiley ; Sons, 1976.

BUENO, F. da S. **Mini Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: FTD S.A., 1996.

CABRAL, A. ; NICK, E. **Dicionário técnico de psicologia**. 11. ed. São Paulo: Ed. Cultrix, 2001.

CAPONI, S.; BUB, M B. C. Bioética, exercício profissional e dilemas éticos. In: HERR, L., SOUZA, M. de L., REIBNITZ, K. S. (Orgs.). **Fundamentando o exercício profissional do técnico de enfermagem**. Fpolis: UFSC/CCS/ NFR/ SPB, 1999. p. 87-100. (Série Auxiliar de Enfermagem).

CAPONI, S.; PADILHA, M. I. C. S. (Orgs). **A saúde em questão: um espaço para a reflexão**. Florianópolis: Palotti, 1999.

CARVALHO, T. de. Sedentarismo e doenças cardiovasculares. In: PORTO, Celmo C. (Org.). **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

CARPENITO, L. J.L. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 6. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 4. Ed. São Paulo: Makon Books, 1993.

CIANCIARULLO, T. I. **Teoria e prática em auditoria de cuidados**. São Paulo: Ícone, 1997. Cap. 1:15-20.

III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. São Paulo: BG Cultural, 1998, 38p.

CURY JR, A. J. **Obesidade –uma epidemia da atualidade**. São Paulo. Disponível na Internet: www.plugmedicina.com.br/noticias/obesidade, em jan/2002.

DAL SASSO, G. T. M. Compreendendo o ser saudável através do processo saúde-doença. **Rev. Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.1, n. 2, p.120-138, jul/dez. 1992.

DÉCOURT, L. V. **Medicina preventiva em cardiologia**. São Paulo: Sarvier, 1988.

III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIA e Diretriz da Prevenção da Aterosclerose do Departamento de aterosclerose da SBC. **Arq. Bras. Cardiologia**, vol.77 Suplemento III, Agosto 2001.

DOWNS, J. R., CLEARFIELD, M. et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TexCAPS. Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study. **JAMA**. v. 279, n. 20, p. 1615-22, maio.1998 .

ELIAN, A. A.; PURISCH, S. Resistência à insulina e doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. (Org.). **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

FARIA. E. M. **Comunicação na saúde: fim da assimetria...?** Pelotas: Ed. Universitária, 1998. (Série Teses em Enfermagem).

FARIAS, J. N. de et al. **Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa: Santa Marta, 1990.

FERREIRA, A. B.H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1986.

FLETCHER, G.F., BALADY, G. et al. Statement on exercise: benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans. A statement for health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. **Circulation**, v. 94, n.4, p. 8557-862, aug. 1996.

FOPPA, M.; DUNCAN, B. B. O que são e como estudar fatores de risco? **Cardiologia Baseada em Evidências**. Porto Alegre, n. 3, 2000.

FORTES, P. A. de C. Reflexões sobre a bioética e o consentimento informado. **Rev. Bioética**. Brasília, v.2, p.129-135, 1994.

FREIRE, P.. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 20 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

GARRAFA, V.. **A dimensão ética em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1995.

GAUTHIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GIORGI, D.M. ; SILVA, H.B. Epidemiologia da hipertensão arterial e aderência ao tratamento. **Rev. Bras. Med. Cardiologia**, n.4, p. 29-31, 1985.

GUIDELINES for the management of patients with Chronic Stable Angina – ACC/AHA/ACP – ASIM. **JACC**, v. .33, n 7, p. 2092-2197, june. 1999.

GUIMARÃES, A. C. Dislipidemias. In: PORTO, C. C. (Org.). **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

HELMAN, C. G. **Culture, health and illness**. 3.ed. London: Butterworth-Heinemann Ltd, 1994.

HENCKEMAIER, L. **O cuidado transcultural à família no hospital: o cotidiano de uma enfermeira em busca de um referencial para sua prática**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

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

HUBERT, H.B.; FEINLEIB, M. et al. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. **Circulation**, v. 67.n 5, p. 968-77, may. 1983.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

KANNEL, W.B.; MCGEE, D.L. Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham study. **Circulation**, v. 59, n. 1, p. 8-13, 1.

KLEBA, M. E. Educação em saúde na assistência de enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde. In: RAMOS, F. R. S.; VERDI, M.M. ; KLEBA, M.E. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999. 163p. (Série Enfermagem REPENSUL)

KRAUSS, R.M.; WINSTON, M. et al. Obesity: impact of cardiovascular disease. **Circulation**, v. 98, n. 14, p. 1472-1476, oct. 1998.

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

LINK, N; TANNER, M. Coronary artery disease: Part 1. Epidemiology and diagnosis. **Western Journal of Medicine**, v. 174, april. 2001.

LIPID (Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. **N Engl J Med**, v. 339, n. 19, p. 1349-1357, nov. 1998.

LISS, P. **Health care need**. USA: Avebury, 1996.

_____. O objetivo da enfermagem: sua importância para o levantamento da necessidade de cuidado. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51 e CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERÍA, 10, 1999, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: ABEn, 1999. p. 501-522.

LORGERIL, M. RENAUD, S. et al. Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. **Lancet**, v. 343, n. 8911, p. 1454-1459, jun. 1994.

LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico atual e proposta de modelo teórico. **Rev. Soc. Cardiologia do Estado de São Paulo**. São Paulo, v.6, n.5, p. 541-547. Set/out. 1996.

_____. Fundamentos da prevenção das doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. (Org.). **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

MARMOT, M. ; WILKINSON, R. G. **Social determinants of health**. New York: Oxford University Press, 1999.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16. Ed. Petrópolis:Vozes, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA. Disponível em www.funasa.gov.br/sis/pdfs/mortalidade_1998.PDF acessado em 23.10.01. Dados de 1998.

MION JR, D. ; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global: da teoria à prática**. São Paulo: Lemos – Editorial, 1999.

_____. **Risco cardiovascular global: da teoria à prática**. 2. Ed. São Paulo: Lemos – Editorial, 2000.

MOREIRA, R. V.de O.; BARRETO, J. A. E. (Orgs.) et al. **A outra margem – filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano**. Fortaleza: UFC- Casa José de Alencar Programa Editorial, 2001.

MOSCA, L.; COLLINS, P.; HERRINGTON, D.M. et al. Hormone replacement therapy and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. **Circulation**: 2001; 104:499.

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (Org.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 1999-2000**. Tradução de. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2000.

NEATON, J.D. et al. Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS): final results. **JAMA**, v. 270, p. 713, 1993.

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

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. de. **Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE: versão alfa**. João Pessoa: Idéia, 2000.

NORDENFELT, L. **Quality of life, health and happiness**. London: Avebury, 1993.

_____. **On the nature of health.** An Action – Theoretic Approach. 2 ed. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995.

_____. **Conversando sobre saúde.** Um diálogo filosófico. Tradução: Maria B.C. Bub e Théo F. C. Bub. Florianópolis: Bernúncia, 2000. 248 p.

OLIVEIRA Jr., W. A. de. A cardiologia não pode perder seu coração. In: PORTO, Celmo C. (Org.). **Doenças do coração: prevenção e tratamento.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

ORNISH, D., BROWN, S.E. et al. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. **Lancet**, v. 336, n. 8708, p. 129-133, jul. 1990.

PADILHA, M. I. C. S. A aplicabilidade da teoria do autocuidado na consulta de enfermagem: proposta de um modelo. **Hospital – Adm. E Saúde** – v.17, n. 4, jul./ago. 1993.

PADILHA, M. I. C. S ; SOUZA, L.N.M. Qualidade de vida: reflexão de enfermeiras. **Rev. Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.8, n.3, p.11-26, set/dez 1999.

PEPI . The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions. **JAMA**, v. 273, n. 3, p. 199-208, jan. 1995.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e Independência. In: NETTO, M. P. (Org.) **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996.

PATRÍCIO, Z. M. **Consulta de enfermagem:** um encontro participante de cuidado de educação em saúde. Texto adaptado do trabalho “Consulta de Enfermagem”, apresentado no Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho UFSC/1990. Florianópolis, 1995. Mimeo.

PIERIN, A. M. G. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório: estudo sobre os problemas dificultadores e modificações decorrentes da doença e tratamento farmacológico e não-farmacológico. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo v.22, n.3, p.273-82, 1988.

_____. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, F.; PIERIN, ^aM.G. ; MION JR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. |

PIERIN, A.M.G. et al. Atendimento de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial. **Rev. Bras. Med. (Cardiologia).** . v. 3, p. 209-211, 1984.

PORTO, C. C. O significado simbólico do coração e o lado humano da medicina. In: PORTO, C. C. (Org.). **Doenças do coração: prevenção e tratamento.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

PORTO, C.C.; ARAÚJO, D.G. ; KLUTHCOUSKI, J.M.C. Profissão, tipos de trabalho e doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. (Org.). **Doenças do coração: prevenção e tratamento.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

POTTER, P.A. ; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar.** 3. ed. São Paulo: Santos Livraria e Editora, 2001.

PRESCOTT, E. HIPPE, M. et al. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. **BMJ**, v. 316, n. 7137, p. 1043-1047, apr. 1998.

RAMOS, F. R. S. O processo de trabalho de educação em saúde. In: RAMOS, F. R. S.; VERDI, M.M. ; KLEBA, M.E. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem.** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999. 163p. (Série Enfermagem REPENSUL)

RAMOS, F. R. S.; VERDI, M.M. ; KLEBA, M.E. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem.** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999. 163p. (Série Enfermagem REPENSUL)

REZENDE, A. L. M. de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer.** São Paulo:Cortez,1986.

RONCAGLIONI, M.C., SANTORO, L. et al. Role of family history in patients with myocardial infarction. An Italian case-control study. GISSI-EFRIM Investigators. **Circulation**, v. 85, n.6, p. 2065-2072, jun.1992 .

SACKS, F.M., PFEFFER, M. A. et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. (Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators (CARE)). **N Engl J Med**, v. 335, n 14, p.1001-1009, oct. 1996.

SANTOS, Á.da S. **Consulta de enfermagem: aspectos teóricos e práticos – um convite à reflexão.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51 e CONGRESO PANAMERICANO DE ENFERMERÍA, 10, Florianópolis, 1999.

SARQUIS, L.M.M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 32. N.4. p.335-53, dez. 1998.

SAUPE, R. (org.) **Educação em enfermagem.** Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1998.

SCANDINAVIAN SIMVASTATIN SURVIVAL STUDY (4S) GROUP. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease. **Lancet**, 1994; 344: 1383-89.

SCHNEIDER, D. G. ; BUB, M. B.C. Diagnósticos de enfermagem em pessoas com distúrbios cardiovasculares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51 e CONGRESO PANAMERICANO DE ENFERMERÍA, 10, Florianópolis, 1999. **Livro Resumo.** Florianópolis: ABEn, 1999.

SCHNEIDER, D. G. **Refletindo sobre a consulta de enfermagem a pessoas com distúrbios cardiovasculares sob a ótica de Margaret A. Newman.** Florianópolis, UFSC, 2000. Trabalho desenvolvido para a disciplina de Fundamentos Filosóficos e Teóricos da Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

SHEPERD, J., COBBE, S.M. et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. West of Scotland Coronary Prevention Study Group (WOSCOPS). **N. Engl. J. Med.**, v. 33, n.2, p. 1301-1307, nov.1995.

SILVA, D. M.G.V. da. **A construção da experiência de estar em condição crônica de saúde**. 1997. Projeto para qualificação no Doutorado em Filosofia da Enfermagem – Departamento de Enfermagem – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

_____. **Narrativas do viver com diabetes mellitus**: experiências pessoais e culturais. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, M. J. P. da. A Enfermagem frente à necessidade de percepção do paciente. **Rev. Paul. Enferm.**, v.9, n.3, p. 114 – 9, 1990.

SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio**. 5 ed. São Paulo: Ed. Gente, 1996.

STAMLER, J. et al. Is the relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded? Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). **JAMA**, . v. 256, p. 2823-2828, 1986.

STEFANELLI, M.. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. 2. Ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993.

TIMBY, B.K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6. Ed. Porto Alegre: Artmed Ed., 2001.

TENGLAND, P.. **Mental health**: a philosophical analysis. Linköping/ Sweden: Linköping Studies in Arts and Science, 1998.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Ed. Atlas, 1995.

VALE, A. A.L. ; MARTINEZ, T.L.R. Fatores de Risco Coronário: quais os já consagrados e sua importância na gênese da doença coronária? In: TIMERMAN, ^a ; CÉSAR, L.^aM. (editores). **Manual de cardiologia**: Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP). São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.

WEISS, E. M. G. **Educação em saúde do pré-escolar centrada na corporeidade**: enfoque histórico-cultural e sócio-genético. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ANEXOS

Anexo 1 - Consentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA: PRÁTICA ASSISTENCIAL
MESTRANDA: DULCINÉIA GHIZONI SCHNEIDER**

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, por livre e espontânea vontade, aceito participar do estudo **“Assistindo aos clientes com Doença Arterial Coronariana e/ou com seus fatores de risco: buscando bases para a adesão ao tratamento”**, durante o período de 21/05 a 29/06/01, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados que podem favorecer uma melhoria na adesão ao tratamento.

O estudo abordará algumas questões que visam a compreender a dificuldade de adesão ao tratamento dos clientes com Doença Arterial Coronariana e/ou com seus fatores de risco.

O estudo ainda garante o sigilo que assegura a privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa.

De acordo,

Assinatura do cliente

Responsável pelo estudo

Florianópolis, maio/junho/2001

Anexo 2 - Roteiro consulta de enfermagem

ROTEIRO CONSULTA DE ENFERMAGEM

(Modelo Adaptado de BENEDET ; BUB, 2001):

1- Identificação

- Nome, sexo, idade/data de nascimento, procedência, profissão.

2- Diagnóstico médico/Resultados de Exames Laboratoriais

3- Percepções e/ou expectativas

4-Necessidades psicobiológicas:

4.1 Regulação neurológica e percepção dos órgãos dos sentidos

- Alteração da memória; presença de cefaléia, convulsões; dormência ou alteração na mobilidade de alguma parte do corpo, tonturas, perda da consciência temporária.
- Visão, audição, gustação, olfato, tato, presença de dor (localização, frequência, tipo).

4.2 Oxigenação

- Frequência respiratória, ausculta pulmonar, tosse, expectoração, presença de secreção, dispnéia.

4.3 Regulação Vascular

- Pressão arterial, pulso, coloração da pele e extremidades, perfusão periférica.
Apresenta palpitações ou arritmias

4.4 Hidratação

- Hábitos de ingestão hídrica (volume, frequência, preferência); turgidez da pele, condições da mucosa oral, presença de edema, sede.

4.5 Alimentação

- Hábitos alimentares; apetite; apresenta algum desconforto após as refeições? Variação de peso nos últimos seis meses. Faz restrição de alimentos gordurosos ou doces?

4.6 Eliminações

- *Hábitos intestinais* (frequência, constipação, diarreia)
- *Hábitos Urinários* (frequência, disúria, retenção, incontinência, urgência ao urinar); urina à noite? Com que frequência?

4.7 Cuidado corporal e integridade física

- Pele (coloração, temperatura, turgor, edema, prurido, lesão). Boca (dentes, gengiva e outros).

4.8 Sono e Repouso

- Características; hábitos relacionados; problemas; ingere medicamentos para dormir?

4.9 Segurança Física/Meio Ambiente

- Risco para quedas, ferimentos.
- Fuma? Quantos cigarros/dia? Há quanto tempo?
- Álcool? Drogas?

4.10 Atividade Física

- Exercícios e atividades físicas praticadas e qual a frequência. Limitação funcional. Relutância em praticar atividade física. Sinais de intolerância à atividade.

4.11 Sexualidade/ Regulação: crescimento celular

- Limitação ou mudança na atividade ou comportamento sexual: percebe relação com algum fato, patologia ou tratamento?

4.12 Terapêutica:

- Uso de medicação? Quais? Efeitos indesejáveis dos medicamentos.
- Impressão sobre o tratamento recomendado.
- Possível aderência ao tratamento proposto.
- Dificuldade em incorporar o regime terapêutico recomendado às rotinas diárias.
- Falta de apoio pessoal/financeiro/familiar para atender às necessidades de saúde.

5-Necessidades Psicossociais

5.1 Comunicação

- Distúrbios na fala e voz; expressão da mensagem (gestos, olhar).

5.2 Gregária

- Isolamento; grupos a que pertence.

5.3 Segurança emocional/ auto-imagem/auto-estima/aceitação/ amor/afeto/atenção

- Medo das conseqüências da doença. Não aceitação da sua condição de saúde.
- Manifestações de carência afetiva.

5.4 Auto-realização

- Trabalha? Gosta do que faz?
- Reconhecimento dos outros pelo que faz?

5.5 Recreação/Lazer

- Hábitos; preferências.

5.6 Liberdade e participação

- Dificuldade para enfrentar a condição de saúde deficiente.
- Insegurança quanto ao tratamento proposto.
- Dificuldade de ajustamento ou alteração no relacionamento familiar, conseqüente condição/situação vivenciada.

5.7 Educação para a saúde/Aprendizagem:

- Qual o seu conceito de saúde?

- Qual a sua percepção sobre sua condição/situação de saúde atual?
- O que busca no tratamento?
- Deseja melhorar suas práticas de controle de saúde/ comportamentos mais saudáveis?
- Você acha que falta conhecimento sobre comportamentos para promover a saúde?

6- Necessidades Psicoespirituais

6.1 Religiosidade/Espiritualidade

- Fonte de força ou significação espiritual.

Anexo 3 - Instrumento para registro dos diagnósticos de enfermagem

INSTRUMENTO PARA REGISTRO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

NECESSIDADES	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS/ FATORES DE RISCO	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Instrumento não testado previamente. Elaborado com a participação e gentileza da Enfermeira – Doutora Maria Miriam Lima da Nóbrega, em 09/05/2001. Fpolis-SC.

Anexo 4 - Instrumento utilizado para categorizar as falas dos clientes

INSTRUMENTO UTILIZADO PARA CATEGORIZAR AS FALAS DOS CLIENTES

Nota de Entrevista (NE): Relato do cliente	Nota Teórica (NT): Categorias	Nota Teórica (NT): (Aprofundamento teórico)
<i>“Ter saúde é saber se cuidar e não depender dos outros”</i> (D)	Saúde é vista como uma capacidade para agir.	A Teoria de Saúde Holística de Lennart Nordenfelt caracteriza a saúde como a capacidade (habilidade) para agir.

Instrumento não testado previamente. Fundamentado em Trentini ; Paim, 1999.