

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO  
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**DÉBORA PETERLE CONTI**

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM  
CRISE HIPERTENSIVA NO SERVIÇO DE PRONTO SOCORRO  
FUNDAMENTADA EM SISTER CALISTA ROY**

**CRICIÚMA (SC), JUNHO DE 2011**

**DÉBORA PETERLE CONTI**

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM  
CRISE HIPERTENSIVA NO SERVIÇO DE PRONTO SOCORRO  
FUNDAMENTADA EM SISTER CALISTA ROY**

Trabalho de conclusão de curso como pré-requisito para obtenção do grau de Especialista em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Esp. Luciana Rosa

**CRICIÚMA (SC), JUNHO DE 2011**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos da minha família, namorado e amigos, que sempre estiveram comigo nessa caminhada. Principalmente a meus pais que me ajudaram a concretizar este sonho.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar quero agradecer a todas as pessoas que com sua humilde colaboração contribuíram neste trabalho de conclusão de curso, sem eles minha pesquisa não teria fim.

Agradeço também aos pacientes, pois foram eles que contribuíram para meu crescimento profissional.

Tenho muito a agradecer a todas as pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram de alguma forma.

Agradeço aos professores pelas experiências passadas!

Agradeço a meus pais Adilton e Loreti que sempre de uma forma ou de outra me ajudaram muito.

Agradeço aos meus padrinhos Ioda e Marilena por tudo o que fizeram por mim.

Agradeço a meus irmãos Alessandra e Marcelo, que sempre tiveram presentes nessa minha jornada.

Agradeço a meu namorado pela paciência e ajuda prestada.

A meus avôs Mário e Erna, que sempre se preocuparam muito comigo.

A meus sobrinhos Maurício (in memorian) e Ana Alice, pois quando pensava neles a minha força de vontade aumentava.

A meus amigos que sempre me apoiaram.

A meus primos que sempre torceram por mim.

Agradeço a minha orientadora Luciana Rosa, por toda ajuda prestada.

Agradeço a Deus que me proporcionou todos esses momentos.

O meu muito OBRIGADA!

## RESUMO

CONTI, Débora Peterle. Prática Assistencial de Enfermagem com Crise Hipertensiva. Trabalho de Conclusão do Curso de Pós Graduação Urgência e Emergência. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina, 2011.

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, caracterizado estudo de caso, realizado com o objetivo de desenvolver e ampliar uma prática assistencial de enfermagem com pacientes com crise hipertensiva em um pronto socorro. A coleta de dados ocorreu em Outubro/Novembro de 2011. Foram realizadas 5 consultas de Enfermagem com pacientes que deram entrada no Pronto Socorro com crise hipertensiva e foi realizada entrevista com a enfermeira responsável pelo setor. E como resultado obteve-se que o Pronto Socorro atende uma grande clientela de pacientes que dão entrada com crise hipertensiva, a sua maioria são pacientes que não fazem uso de nenhum tipo de medicamento e nem sabem que são hipertensos. Também pode-se perceber a falta de informação que esses pacientes tem sobre a hipertensão e suas complicações. A importância desse trabalho destaca-se a necessidade do enfermeiro passar seu conhecimento e incentivar os pacientes hipertensos na busca de tratamento adequado e estimular a interação na atenção básica de sua cidade ou município para poderem fazer parte do Programa de Hipertensão que o Ministério disponibiliza para a população.

Palavras Chave: Pronto Socorro; Enfermeiro; Crise Hipertensiva.

## ABSTRACT

CONTI, Debora Peterle. Practice of nursing with hypertensive crisis. Completion of the work of the Postgraduate Course urgencies and emergencies. University of the South End of Santa Catarina, 2011

It is a qualitative, descriptive study, featured case study, conducted with the objective to develop and expand a practice nursing care to patients with hypertensive crisis in an emergency room. Data collection occurred in October / November 2011. 5 queries were conducted with nursing patients admitted in Emergency with hypertensive crisis and there was an interview with the nurse responsible for the sector. And as a result it was found that the ER serves a large clientele of patients admitted with hypertensive crisis, most of them are patients who do not use any medication and do not know they had hypertension. One can also notice the lack of information about these patients have hypertension and its complications. The importance of this work highlights the need of nurses pass their knowledge and encourage them in hypertensive patients seeking proper treatment and encourage interaction in primary care of their city or town to become part of the Program of the Ministry Hiperdia that provides for population.

Keywords: ER; Nurse; Hypertensive Crisis.

## LISTA DE SIGLAS

**OMS** : Organização Mundial de Saúde

**HAS**: Hipertensão Arterial Sistêmica

**PA**: Pressão Arterial

**Mmhg**: milímetros de mercúrio

**PS**: Pronto Socorro

**SUS**: Sistema Único de Saúde.

**IAM**: Infarto Agudo do Miocárdio.

**UCLA**: Universidade California Los Angeles

**PO**: Pós Operatório.

**MAE**: Método em Assistência de Enfermagem.

**AVC**: Acidente Vascular Cerebral.

## SUMARIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	09
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 Anatomia do Sistema Circulatório.....	11
2.2 Hipertensão Arterial.....	13
2.2.1 Fisiologia da Hipertensão Arterial.....	13
2.2.1.1 Classificação.....	13
2.2.2 Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial.....	13
2.3 Fatores de Risco Para Problemas Cardiovasculares Nos Pacientes Hipertensos.....	15
2.4 Prevenção e Tratamento.....	15
2.5 Crise Hipertensiva.....	16
2.6 Emergência e Urgência Hipertensiva.....	17
2.7 Assistência de Enfermagem Na Hipertensão Arterial.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1 Abordagem Geral Sobre a Teoria.....	20
3.1.1 Conceitos Centrais da Teoria.....	21
3.1.2 Pressuposto da Teoria.....	22
3.1.3 Metodologia da Assistência de Enfermagem Proposta Pela Teoria de Roy.....	24
3.1.4 Classificação das Teorias de Enfermagem.....	24
4 METODOLOGIA .....	27
4.1 Tipo de Estudo.....	27
4.2 Tipo de Pesquisa.....	27
4.3 Local de Estudo.....	28
4.4 Sujeitos do Estudo.....	28
4.5 Coleta de Dados.....	28
4.6 Aspectos Éticos .....	29
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	31
5.1 Caracterização do Campo de Estágio.....	31
5.2 Tema Um: Relato das Atividades Desenvolvidas .....	32
5.3 Tema Dois: Dificuldades na Prática Assistencial.....	33
5.4 Tema Três: Avaliação da Prática assistencial.....	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37

7 REFERÊNCIAS .....	39
Apendicês.....	42
APÊNDICE 1: OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO .....	43
APÊNDICE 2: INSTRUMENTO PILOTO PARA IMPLANTAÇÃO DA MAE EM UM SETOR DE PRONTO SOCORRO FUNDAMENTADA EM SISTER CALLISTA ROY.....	44
APÊNDICE 3: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL SEGUNDO O OLHAR DO ENFERMEIRO DO SETOR.....	47
Anexo .....	48
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	49

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O cuidado com o paciente hipertensivo é uma das áreas mais importantes, em nosso olhar, por se tratar das complicações relacionadas à hipertensão.

Como profissional de enfermagem buscou-se esse tema, pois, tem-se uma grande preocupação em relação ao pacientes hipertensivo, onde o uso de medicamentos anti-hipertensivos nestes pacientes é usado geralmente quando sentem necessidade.

Entre as diversas situações de saúde-doença exigentes de cuidados encontrados as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial, requer do enfermeiro cuidados clínicos e educativos, para poder viver saudável, mesmo como portadora de uma doença crônica que acarreta para a pessoa adoecida alterações no estilo de vida e o uso continuado de medicamentos. Se pararmos para analisar a uma grande maioria de hipertensos que aderem a um tratamento erroneamente. Esse problema faz pensar nas complicações que estes pacientes podem vir a ter, por não se tratar corretamente.

A Organização Mundial da Saúde (2007) define como hipertenso todo indivíduo adulto, maior de 18 anos, com valores de pressão arterial sistólica igual ou maior que 160 mmhg com pressão diastólica igual ou maior que 95 mmhg, em pelo menos duas medidas relacionadas em ocasiões diferentes.

Este estudo direciona-se especialmente a situação de crise hipertensiva, com finalidade de levantar as necessidades de intervenções de enfermagem pertinentes. Tomando como suporte teórico o Modelo de Adaptação de Roy.

Diante destas considerações, o modelo adaptativo de Roy, a pessoa é receptora do cuidado de enfermagem, mas esta pessoa pode ser um grupo, comunidade ou sociedade.

Para tanto, se elencou como questão norteadora: que estratégias podem ser desenvolvidas para qualificar a assistência de enfermagem à pacientes com crise hipertensiva admitidos no pronto socorro , por meio da teoria de enfermagem de Sister Calista Roy?

Para que pudesse responder a questão norteadora traçou-se como **Objetivo Geral:** desenvolver e aplicar uma proposta de prática assistencial de enfermagem para pacientes com crise hipertensiva, fundamentada em Sister Calista Roy no pronto socorro. **Como objetivos específicos:** Realizar um levantamento dos

pacientes com crise hipertensiva no pronto socorro, identificar as ações desenvolvidas pela Setor voltadas ao cuidado com o paciente com crise hipertensiva, focalizando as ações desenvolvidas pela enfermagem, identificar a adesão dos pacientes às atividades desenvolvidas pelo setor do Pronto Socorro, desenvolver estratégias para a assistência de enfermagem ao grupo de pacientes participantes da prática assistencial, elaborar um protocolo para consulta de enfermagem ao paciente com base na Teoria de Sister Calista Roy, aplicar a consulta de enfermagem desenvolvida ao grupo de pacientes participantes da prática assistencial, avaliar a proposta desenvolvida segundo o olhar do enfermeiro e dos pacientes participantes da prática assistencial

De forma a apresentar o estudo mais organizado propôs-se:

**Capítulo 1** – Contextualização, em que se apresentam a justificativa, questão norteadora, objetivo geral e objetivos específicos. **Capítulo 2** – Revisão de literatura: neste capítulo estão explanados; os conteúdos que dão subsídios teóricos referentes a hipertensão arterial, prevenção e tratamento, crise hipertensiva, urgências e emergências hipertensivas, assistência de enfermagem na hipertensão arterial. **Capítulo 3** – Referencial Teórico. **Capítulo 4** - Metodologia: são apresentados os caminhos percorridos para o alcance dos objetivos; **Capítulo 5** – Apresentação e discussão dos resultados: utilizou-se a categorização proposta por Minayo (2002), **Capítulo 6** – Considerações finais e **Capítulo 7** – Referências.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 ANATOMIA DO SISTEMA CIRCULATÓRIO**

O sistema circulatório consiste em coração, vasos sanguíneos e linfáticos. Esta rede mantém a sustentação vital de oxigênio e nutrientes para as células corporais, remove os produtos de escórias e transporta hormônios de uma parte do coração para outra. O coração é na realidade duas bombas: a bomba do lado direito impulsiona o sangue para os pulmões, e a bomba do lado esquerdo impulsiona sangue para o resto do corpo. Do tamanho aproximadamente de uma mão fechada, o coração situa-se atrás do esterno no mediastino (cavidade entre os pulmões), entre a segunda e a sexta costelas. Na maioria das pessoas, o coração repousa obliquamente, com o seu lado direito abaixo e quase em frente do esquerdo. Devido a seu ângulo oblíquo, a maior parte do coração, ou a sua parte superior, situa-se no seu lado superior direito e sua parte pontuda (ápice) esta no seu lado inferior esquerdo. O ápice é o ponto de pulso máximo, onde os sons cardíacos são mais altos. Envolvido por um saco denominado pericárdio, o coração tem uma parte constituída de três camadas: miocárdio, endocárdio e pericárdio seroso (epicárdio), dentro do coração existem quatro câmaras (dois átrios e dois ventrículos) e quatro valvas (duas valvas atrioventriculares e duas atriosemilunares) (CRUZ, 2003).

Segundo Guyton e Hall (2002) a circulação tem suas funções que é atender as necessidades dos tecidos, transportar nutrientes aos tecidos, transportar os produtos de excreção para descarte, conduzir hormônios de uma parte do corpo à outra e de forma geral, manter um ambiente apropriado, em todos os líquidos dos tecidos do corpo, para as condições ótimas de sobrevivência e de funcionamento das células.

### **2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL**

O coração é uma bomba muito eficiente que bate 60 a 80 vezes por minuto durante toda nossa vida e impulsiona de 5 a 6 litros de sangue por minuto para todo o corpo.

Segundo Bussato (2004), “pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo.”.

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente as alterações funcionais e ou estruturais dos órgãos-alvos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2010).

De acordo com Jorgetto & Jorgetto (2010) dentre as doenças crônicas encontra-se a Hipertensão Arterial Sistêmica que se caracteriza por uma alta prevalência no Brasil, atingindo cerca de 20% da população adulta jovem e 50% da população idosa. Dos casos de hipertensão aproximadamente 90% são do tipo primário, cuja etiologia é desconhecida. Se não detectada precocemente, a hipertensão poderá ocasionar uma serie de distúrbios, levando as lesões de órgãos vitais como cérebro, coração e rins.

Atualmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) atinge cerca de 15% a 20% da população brasileira sendo classificada como um dos fatores de risco cardiovascular. Embora exista uma variedade de medidas terapêuticas para o tratamento crônico da doença, os índices de controle adequado da HAS são inferiores ao esperado, ocorrendo uma grande procura ao atendimento de urgência e emergência de pacientes acometidos de crise hipertensiva (MONTEIRO JUNIOR et al, 2008).

Conforme a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) os fatores de riscos são: Idade: existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Gênero e etnia: a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada em homens até 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Em relação a cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Ingestão de sal: Ingestão excessiva de sódio em sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Ingestão de álcool: a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral.

Sedentarismo: Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré- hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares.

Genética: a contribuição de fatores genéticos a gênese da HAS esta estabelecida na população. Porém, não existem, ate o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS. Outros fatores de risco cardiovascular: os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável.

### **2.2.1 Fisiopatologia da Hipertensão Arterial**

A hipertensão arterial pode se dividir por sobrecarga de volumes em dois estágios distintos: o primeiro estágio resulta no aumento de volume de líquidos, produzindo aumento do débito cardíaco esse aumento do débito cardíaco é que provoca hipertensão. O segundo estágio na hipertensão é por sobrecarga de volume caracterizado pela elevação da pressão arterial e por resistência periférica total elevada, porém com retorno do débito cardíaco para valor tão próximo do normal, que, com frequência, as técnicas habituais de medicação são incapazes de detectar o debito cardíaco a normalmente elevado (GYTON, 2002)

#### **2.2.1.1 Classificação**

De acordo com Perez Rieira (2000), a hipertensão arterial classifica-se em dois tipos como primária e secundária: Primária: conhecida também como hipertensão essencial pode estar associada à genética, idade, 20 a 40 anos, com lesão de órgão alvo, em 10 a 15 anos, progredindo para a fase maligna, a elevada ela ocorre em 90 % dos casos, porem não há uma causa clinica identificada; Secundária: conhecida também como especifica e ocasionada por doenças associadas como, por exemplo, o estreitamento das artérias renais, doenças do parênquima renal, medicamentos, disfunções orgânicas, tremores e gravidez.

### **2.2.2 Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial**

Sendo que a hipertensão arterial é um fator de risco para problemas cardiovasculares que constituem a principal causa de mortalidade na população brasileira, investir na prevenção é um fator decisivo não só para garantir a qualidade de vida, como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente quando se considera o grau de sofisticação da medicina moderna.

De acordo com Batista & Carvalho (2001, p. 61):

O estilo de vida proporciona inquestionáveis benefícios para a preservação e recuperação da saúde física e mental, contribuindo significativamente para uma melhor qualidade de vida. Em relação à hipertensão arterial, pode-se afirmar que contribuiu decisivamente para a sua prevenção e tratamento. Pode ser resumindo: dose regular e moderada de atividade física; alimentação rica em frutas, verduras, legumes, com opções pelas massas, pães e cereais integrais, e pobre em gorduras, sal e açúcar industrializado; controle do estresse. Para tanto vale a intensificação atividade física, como a alimentação, interferem significativamente nesse aspecto; restrição ao tabagismo, álcool e drogas em geral.

Segundo Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (2002), o Ministério da saúde em articulação com as sociedades científicas, as federações nacionais dos portadores de diabetes e de hipertensão, as secretarias estaduais de saúde, através dos Conas e as secretarias municipais de saúde, através do Conasens, apresenta o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes mellitus. O objetivo do Plano é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, proporcionando acompanhamento e tratamento sistemático.

O paciente que faz parte desse grupo, segundo Plano deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida: manutenção de peso adequado pratica regular de exercícios físicos, suspensão do habito de fumar, baixo consumo de gorduras saturadas e bebidas alcoólicas (MANUAL DE HIPERTENSÃO ATERIAL E DIABETES MELLITUS, 2002, p. 31).

Segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2011), a proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6% em 2006, para 23%, em 2010. Em relação ao ano passado, no entanto, o levantamento aponta recuo de 1,1 ponto percentual- em 2009, a proporção foi de 24,4 %. Atualmente o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece gratuitamente todas as classes de medicamentos necessários para controle de hipertensão arterial. O programa Aqui tem Farmácia Popular também ampliou a

gratuidade de medicamentos para hipertensos. Hoje, são mais de 15 mil farmácias e drogarias conveniadas com o programa.

### **2.3 FATORES DE RISCO PARA PROBLEMAS CARDIOVASCULARES NOS PACIENTES HIPERTENSOS**

Segundo Smeltzer et al (2008), os fatores de risco principais (além da hipertensão) são:

- Tabagismo;
- Dislipidemia;
- Diabetes melito;
- Função renal prejudicada;
- Obesidade;
- Inatividade física;
- Idade;
- Historia familiar de doença cardiovascular.

Afirma Perry (2006), que pessoas com histórico familiar de hipertensão, estão sob risco significativo. A obesidade, tabagismo, grande consumo de álcool, alta ingestão de sódio (sal), estilo de vida sedentário e exposição continua ao estresse estão também ligados a hipertensão. A incidência da hipertensão é maior em pacientes diabéticos, idosos e afro americanos.

A patologia tem causa multifatorial e assintomático onde os estímulos hormonais e nervosos que regulam a resistência sanguínea sofrem influencia ambiental e pessoal. Diferente de elevações ocasionais da pressão quando aferidas pós nervosismo, ingestão de álcool, fumo e drogas. Torna-se sintomática quando lesa um órgão vital devido à abrupta elevação na pressão nas artérias aumentando risco para acometimento por Acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, lesão renal ou ruptura de aneurisma (GUYTON & HALL, 2006).

### **2.4 PREVENÇÃO E TRATAMENTO**

Segundo Rouquaryol (2003), “a prevenção primária se faz com interceptação dos fatores pré – patológicos e inclui: Promoção à saúde e proteção específica.”.

O Ministério da Saúde (2002) orienta que: a prevenção primária da doença deve ser direcionada para remover os fatores de risco associados à doença. Deve-se enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sódio, de bebidas alcoólicas e o estímulo à alimentação saudável, além da prática frequente de atividades físicas.

Segundo Guedes et al (2005), o controle da hipertensão arterial é conseguido por meio de um programa medicamentoso prescrito de acordo com a gravidade do quadro e de medidas não medicamentosas, baseadas na manutenção no estilo de vida saudável, prática regular de exercícios físicos, manutenção do peso corporal mediante alimentação equilibrada e abstenção do tabagismo e do etilismo.

A prevenção secundária de acordo com Rouquaryol (2003) é realizada no indivíduo, sob a ação do agente patogênico, ao nível de estado de doença e inclui: diagnóstico, tratamento precoce, limitação da invalidez. A prevenção nesse nível tem como objetivos: alcançar a remissão da HAS, quando possível, evitar o aparecimento de complicações e retardar a progressão do quadro clínico.

De modo geral Teixeira ET AL (2009, p. 108), aborda:

uma crise hipertensiva deve ser abordada com anti-hipertensivo parenterais contínuos, de fácil titulação e rápido início de ação a fim de obter um controle pressórico preciso e imediato, e de ter seus objetivos alcançados a tempo de diminuir ou prevenir lesões de órgãos-alvo.

## **2.5 CRISE HIPERTENSIVA**

Pressão arterial elevada é motivo frequente de procura por pronto-socorro, sendo possível que muitos pacientes recebam erroneamente um diagnóstico de crise hipertensiva e, conseqüentemente, um tratamento inadequado.

De acordo com Martin et al (2004), uma das formas de apresentação ou mesmo de complicação da hipertensão arterial é a crise hipertensiva. A crise hipertensiva caracteriza-se por uma elevação rápida, inadequada, intensa e sintomática da pressão arterial, com ou sem risco de deterioração rápida dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e artérias), que pode conduzir a um risco

imediatamente ou potencial de vida. Os níveis tensionais estão elevados, levando-se em consideração a pressão arterial diastólica, geralmente  $>120$  mmHg<sup>4-8</sup>. No entanto, em alguns casos de instalação recente, como nas glomerulopatias agudas e na toxemia gravídica, a crise pode ocorrer com níveis relativamente pouco elevados, com uma pressão arterial diastólica em torno de 100 a 110 mmHg.

A elevação da PA, em pacientes que não apresentam evidência de deterioração rápida de órgãos-alvo, nem risco de vida imediato, diante de algum evento deflagrador, como dor ou stress emocional, tem sido denominada de pseudo-crise hipertensiva. Em geral, são hipertensos leves a moderados não controlados e/ou que abandonaram o tratamento. Fica claro nesta definição que a elevação da PA é uma consequência e não a causa do sintoma referido pelo paciente. O tratamento da causa (o sintoma), nesses casos, leva à significativa redução ou mesmo normalização dos níveis tensionais e, o reinício do tratamento crônico é a orientação mais apropriada. Não há evidência que a redução aguda da PA, nesses casos, seja benéfica (LIMA et al. 2005).

Segundo o Arquivo Brasileiro de Cardiologia (2002), a crise hipertensiva é dividida em urgência e emergência hipertensivas. Nas urgências, o aumento da pressão arterial está associado a sintomas agudos e não apresenta riscos imediatos de vida e nem dano agudo a órgãos-alvo, portanto, nessa situação o controle da pressão arterial deve ser feito a cada 24 horas. Contrariamente, nas emergências hipertensivas o aumento da pressão arterial é acompanhado de sinais que indicam lesão em órgão-alvo em progressão, constituindo risco iminente de vida, devendo, nesses casos, os pacientes serem hospitalizados e submetidos a tratamento com medicamentos de imediata ação anti-hipertensiva, aplicados por via parenteral, em unidades de tratamento intensivo.

## **2.6 EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS**

Segundo Martins et al (2010), emergências hipertensivas são situações com lesão aguda de órgãos-alvo e risco iminente de morte, que necessitam de redução imediata da PA (não necessariamente para níveis normais). Tais emergências devem ser tratadas preferencialmente com agentes anti-hipertensivos parenterais. As Urgências hipertensivas são situações em que existe risco potencial de lesão aguda de órgãos-alvo, como em pacientes que já apresentam alguma lesão

previa de órgão-alvo (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou insuficiência cardíaca) e que, portanto, apresentam risco maior de novas complicações em curto prazo na vigência de PA acentuada a elevada.

De acordo com Duncan (2006) as circunstâncias que requerem tratamento rápido da hipertensão são: “Hipertensão maligna acelerada com papiledema; Cerebrovascular- encefalopatia, hipertensão com trombose cerebral, hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnoide; Cardíaca- Dissecção aórtica aguda, disfunção ventricular esquerda aguda, síndromes isquêmicas agudas ou infarto agudo do miocárdio (IAM), após cirurgia de revascularização miocárdica; Renal – Glomerulonefrite aguda, crises renais de doenças vasculares do colágeno, hipertensão grave após transplante renal; Circulação excessiva de catecolaminas- Crises de feocromocitoma, interações de drogas e alimentos com inibidores da monoaminoxidase, hipertensão rebote após retirada de drogas anti-hipertensivas, uso de drogas simpaticomiméticas (cocaína); Eclampsia; Cirúrgica – hipertensão severa em pacientes que requerem cirurgia imediata, hipertensão no pós – operatório (PO), Sangramento PO nas linhas de suturas vasculares; Queimaduras extensas; Epistaxe severa.

## **2.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Segundo Smeltzer (2008), o cuidado de enfermagem para pacientes hipertensivos focaliza a diminuição e o controle de pressão arterial sem efeitos adversos e sem custo indevido. Para atingir essas metas e enfermeira deve apoiar e ensinar o paciente a aderir ao regime de tratamento ao implantar as mudanças do estilo de vida necessárias, tomar os medicamentos conforme a prescrição e agendar as consultas de acompanhamento regulares com o médico para monitorar o progresso e identificar e tratar quaisquer complicações da doença ou terapia.

De acordo com V Diretrizes de Hipertensão Arterial (2009) o papel do enfermeiro deve ser de educador, orientador e motivador a fim de modificar hábitos de vida, fatores de risco cardiovascular e incentivar o uso de ininterrupto de medicamentos quando necessário.

Huttel (1998) fundamenta a seguinte prescrição: Nem todas as pessoas com hipertensão primária precisam de medicação para obter e manter o controle da pressão sanguínea. Uma abordagem não farmacológica é útil para pessoas com

hipertensão suave e é uma terapia auxiliar eficaz para aqueles que estão recebendo medicamento. Uma abordagem não farmacológica consiste primariamente de educação e o seu sucesso depende de colaboração do cliente em relação às modificações necessárias no estilo de vida.

Ensinar ao cliente e a família o seguinte:

- Reduzir o peso pela restrição da ingestão calórica (especialmente colesterol e gorduras)
- Reduzir ou evitar a ingestão de álcool e a ingestão de cafeína (a cafeína estimula o sistema nervoso simpático)
- Restringir a ingestão de sódio (encaminhar ao nutricionista, se possível).
- Realizar um programa regular de atividade física e exercício (o exercício promove uma sensação de bem-estar, proporciona o extravasamento de tensão emocional, eleva os níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL), ajuda no controle do peso. recomendar um programa gradualmente progressivo de atividade aeróbica, tal como caminhada, corrida ou natação; desencorajar os exercícios isométricos, tais como o levantamento autogênico).
- Discutir a importância do acompanhamento clínico ao longo da vida. Lembrar ao cliente que a doença é conhecida como “matador silencioso” porque pode ocorrer grave dano ao órgão mesmo que o cliente esteja assintomático
- Monitorizar a pressão sanguínea regularmente. Ensinar o cliente como verificar a pressão sanguínea, manter um registro das medidas e levar este registro nas futuras consultas clínicas.
- Avaliar a colaboração do cliente (após ensinar-lhe o processo da doença, os fatores contribuintes para os sintomas e riscos e a importância do tratamento eficaz).
- Instruir e supervisionar o cliente sobre o uso dos medicamentos anti-hipertensivos prescritos.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 ABORDAGEM GERAL SOBRE A TEORIA

Sister Callista Roy, membro da Congregação das Irmãs de São José de Carondelet, nasceu em 14 de outubro de 1939, em Los Angeles, Califórnia. Em 1963, recebeu o título de Bacharel em Artes na Enfermagem, pela Escola de Mount Saint Mary, em Los Angeles e, em 1966, o título de Mestre de Ciências na Enfermagem pela Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA). Após concluir o curso de Enfermagem, estudou Sociologia e recebeu, em 1973, o título de Mestre em Sociologia e, em 1977, o de Doutora em Sociologia, pela mesma Universidade (LEOPARDI, 2006).

Enquanto cursava o Mestrado, Roy foi desafiada a participar de um seminário com Dorothy E. Johnson, para desenvolver um modelo conceitual para a enfermagem, a partir de sua experiência como enfermeira pediátrica. Ela vinha observando que as crianças possuíam uma capacidade para se adaptar às mudanças em seu desenvolvimento, que lhes permitia resolverem de *modo* satisfatório a maioria dos problemas que enfrentavam. Ela admitiu que o conceito de adaptação poderia constituir-se num eixo orientador da prática da enfermagem (LEOPARDI, 2006).

Os conceitos básicos do modelo foram desenvolvidos enquanto Roy era uma estudante de pós-graduação na DCLA, no período de 1964 a 1966. O modelo de adaptação de Roy derivou do trabalho de Harry Helson, na psicofísica. Em 1968, começou a operacionalizar seu modelo, quando a Escola de Mount Saint Mary adotou a estrutura da adaptação como base filosófica do currículo de enfermagem. Até 1982, foi professora e presidente do Departamento de Enfermagem da Escola de Mount Saint Mary (LEOPARDI, 2006).

Sua conselheira e professora era Dorothy E. Johnson, que estava escrevendo e fazendo conferências sobre a necessidade de se definir o objetivo da enfermagem como uma maneira de focalizar o desenvolvimento do conhecimento para a prática. Ora, Roy tinha lido um pouco sobre o conceito da adaptação e tinha ficado impressionada com a elasticidade (resiliência) das crianças que tinha cuidado na pediatria. No primeiro seminário em enfermagem pediátrica, ela propôs que o objetivo da enfermagem era promover a adaptação do paciente (LEOPARDI, 2006).

Como teórica, frequentemente enfatiza seu compromisso preliminar em definir e desenvolver conhecimento da enfermagem e considera seu trabalho como uma fonte de conhecimento para a enfermagem clínica. A teoria de Roy contém pressupostos teóricos que abordam a dignidade dos seres humanos e o papel do enfermeiro na promoção da integridade na vida e na morte. Ela apresenta o cliente como participante na formulação das ações de enfermagem, porém isto aparece mais filosoficamente do que operacionalizado na prática. Seus pressupostos concordam com as formulações sobre adaptação, em que o enfermeiro e o cliente devem esclarecer o que perturba esta adaptação para escolher as ações mais adequadas (LEOPARDI, 2006).

### 3.1.1 Conceitos Centrais da Teoria

O cliente, para Roy, 2006, é um ser bio-psico-social, em constante interação com um meio em mudança. Então, a pessoa está continuamente mudando e tentando adaptar-se. Para isto, usa mecanismos adaptativos, que podem ser inatos e adquiridos, os quais fazem parte do subsistema cognitivo. O subsistema regulador trabalha através do sistema nervoso autônomo, para organizar uma ação reflexa que prepara o indivíduo para responder e se adaptar ao meio, usando funções neurais, endócrinas e perceptivo-psicomotora. Além destes, há ainda, os subsistemas estabilizador e subsistema inovador.

**Processamento perceptual** é informativo, manifesto no processo de atenção seletiva, codificação e memória. A Aprendizagem é importante na aquisição de comportamentos bem adaptados e pode ocorrer por imitação, reforço e insight. Com ela, nossa capacidade de Julgamento, que envolve o processo de resolução de problemas e a escolha na decisão, evolui para aumentar nossa adaptação. A Emoção, que se manifesta nas defesas para a busca de alívio, avaliação afetiva e ligações, é parte integrante da unidade da pessoa.

**Subsistema regulador** responde tanto a estímulos internos quanto externos. Trata-se de uma estrutura fisiológica interna, que possui mecanismos para enfrentar os estressores que se constituem em estímulos, aos quais o indivíduo reage positivamente, mantendo saúde, ou inefetivamente, favorecendo a instalação processos de enfermidade e quebra do equilíbrio e integridade pessoal. Para os indivíduos é o mais completo processo de enfrentamento, envolvendo sistemas neural, químico e endócrino. As respostas produzidas manifestam-se através de quatro modos adaptativos efetores: fisiológico-físico, autoconceito-identidade grupal, papel-função, e interdependência.

O subsistema regulador responde através das necessidades fisiológicas, cognitivo, através dos outros modos.

**Subsistema cognitivo** identifica e relaciona estímulos de nível simbólico. Trata-se de uma estrutura construída ao longo da vida, nas inter-relações que os indivíduos estabelecem com seu meio e com outras pessoas, quando aprendem ou desenvolvem habilidades para lidar com os estímulos em sua vida. Para os indivíduos é o processo de enfrentamento que envolve quatro canais emotivo-cognitivos - processamento perceptual e informativo, aprendizagem, julgamento e emoção.

**Subsistema estabilizador** é próprio de grupos e está associado com o sistema de manutenção, envolvendo estruturas de estabilização, valores e atividades diárias, com as quais os participantes acompanham os propósitos do sistema social.

**Subsistema Inovador**, pertencendo a seres humanos em grupos, é o sistema interno que envolve estruturas e processos para mudança e crescimento (LEOPARDI, 2006 p. 316 -317).

Assim, para Roy e Andrews, a pessoa, individualmente ou em relação com outra, tem características que são expressas como sistemas.

**Sistema adaptativo**, com processos de enfrentamento;

**Sistema de totalidade**, contendo partes;

**Sistema Unitário** para qualquer propósito, respondendo de forma unificada e complexa aos e;

**Sistema de relações**, que inclui pessoas como indivíduos ou em grupos (famílias, organizações, comunidades, nações, e sociedades como um todo).

Um sistema adaptativo, com subsistemas cognitores e regulador, atuando para manter a adaptação nos quatro modos adaptativos. Modos adaptativos são os recursos que as pessoas têm, inatos ou adquiridos, para o enfrentamento dos estímulos. São quatro modos e têm características diferentes, se são próprias de indivíduos ou de grupos. **Modos adaptativos** são formas de manifestar os processos adaptativos.

### 3.1.2 Pressuposto da Teoria

Ela considera premissas científicas, filosóficas e práticas, procurando estabelecer coerência entre elas (LEOPARDI, 2006).

#### a) Científica

- Sistemas de matéria e energia progridem para níveis mais elevados de auto-organização complexa.
- Consciência e significados são constitutivos da integração pessoa e meio.

- O estado de consciência do 'eu' e do meio são fundados em pensamentos e sentimentos.
- Seres humanos, com suas decisões, são responsáveis pela integração do processo criativo. Pensamento e sentimento mediam as ações humanas.
- Sistemas de relações incluem aceitação, proteção e promoção da interdependência.
- As pessoas e o planeta Terra têm padrões comuns e relações integradas.
- As transformações das pessoas e do meio são criadas na consciência humana.
- A integração dos seres humanos e dos significados ambientais resulta em adaptação.

#### **b) Filosóficas**

- Pessoas têm relações de mutualidade com o mundo e com Deus.
- O significado do ser humano está estabelecido em um ponto ômega de convergência do universo.
- Deus é intimamente revelado na diversidade da criação e é o destino comum da criação.
- Pessoas usam habilidades humanas criativas de responsabilidade, esclarecimento e fé.
- Pessoas são responsáveis pelo processo de derivação, sustentação e transformação do universo.

#### **c) Práticas**

- A pessoa está em constante interação com um meio em mudança
- Para enfrentar a mudança do ambiente, a pessoa usa tanto mecanismos inatos quanto adquiridos, os quais são biológicos, psicológicos e sociais em sua origem.
- Saúde e doença são uma dimensão inevitável da vida da pessoa.
- Para responder positivamente às mudanças do meio, a pessoa precisa se adaptar.
- A adaptação da pessoa é uma função do estímulo ao qual está exposto e do seu nível de adaptação.
- A nível de adaptação da pessoa é tal que compreende uma zona que indica a série de estímulos que levará a uma resposta positiva.

- A pessoa tem quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, autoconceito, papel funcional, interdependência.
- Há um objetivo dinâmico para a existência humana com a finalidade última de dignidade e integridade.

### 3.1.3 Metodologia de Assistência de Enfermagem Proposta pela Teoria de Roy

Para Roy, a aproximação à solução de um problema começa com a identificação das capacidades e necessidades do sistema adaptativo humano, pela seleção e implementação de meios para o cuidado de enfermagem e para a avaliação dos cuidados providenciados (LEOPARDI, 2006).

O processo de cuidar é uma forma particular de desenvolvimento das atividades, através do método de resolução de problemas. Compreende seis passos (LEOPARDI, 2006).

**Acesso aos comportamentos:** busca de dados sobre o comportamento humano e os estados correntes de adaptação.

**Diagnóstico de enfermagem:** formulação de afirmações que interpretam dados sobre os estímulos que influenciam ou não os comportamentos, por meio de uma taxonomia aceita.

**Acesso aos fatores influentes (estímulos):** identificação de estímulos internos e externos que estão influenciando os comportamentos.

**Lista de objetivos:** estabelecimento de uma lista de comportamentos resultantes dos cuidados de enfermagem.

**Intervenção:** determinação da melhor forma de assistir a pessoa, para atingir os objetivos previamente determinados.

A Coleta de dados, cujo formula está a seguir, deve ser feita, juntamente com o Exame Físico, antes do momento do Diagnóstico. Para o Diagnóstico de enfermagem, Roy<sup>221</sup> aceita a classificação da NANDA, porém é possível a utilização de outra proposta, tal qual a contida neste livro. O formulário no Capítulo 2 é um modelo geral, como sugestão e pode ser utilizado com esta teoria.

**Avaliação:** julgamento da efetividade da intervenção no comportamento humano de adaptação.

### 3.1.4 Classificação das Teorias de Enfermagem

As Teorias podem ser voltadas à: Resultado, Necessidades e Interação (LEOPARDI, 2006).

**Teorias de resultado:** tentam responder ao enfermeiro a questão *porque os enfermeiros fazem o que fazem*. Nesta linha de pensamento, o objetivo do cuidado da enfermagem é fornecer as condições para a estabilidade e prevenção da perda de energia e para a harmonização entre indivíduo e ambiente: Marta E. Rogers – Teoria do Ser Humano Unitário; Sister Calista Roy – Teoria da adaptação; Medelein Leininger- Teoria da Transculturalidade; Myra Levine- Modelo da Conservação da energia; Margaret Newman – Teoria da saúde como consequência expandida.

O foco está na relação ser humano-meio. A enfermagem é parte do meio fornecendo os recursos para harmonização e preservação de energia; Enfermagem como processo deliberativo onde o paciente é parte; A enfermagem busca alternativas para o paciente escolher, objetivando resolutividade.

**Teoria de necessidade:** estas teorias respondem *o que os enfermeiros fazem*. Descrevem funções e papéis dos enfermeiros considerando paciente como uma hierarquia de necessidades. O enfermeiro procura satisfazer as necessidades que não foram preenchidas pelo paciente: Dorothea Orem- Déficit do auto-cuidado, Wanda de Aguiar Horta- Necessidade Humanas Básicas; Betty Neuman- modelo de sistemas de cuidado a saúde; Beatriz B.Capella e Maria Tereza Leopardi- teoria sócio-humanista; Virgínia Handerson – Cuidados Básicos de Enfermagem; Ernestine Wiedenbach – Modelo de Enfermagem clínica; Faye Abdellah – Modelo centrado em problemas; Josephine Paterson e Loretta Zderard- Enfermagem Humanística).

Tem como características: foco sobre os problemas; foco nas funções do enfermeiro, aproximação reducionista do ser humano como um conjunto de necessidades ou problemas, orientação que começa a romper com o modelo médico, mas ainda baseia-se na doença e problemas; início o julgamento do pensamento de independência do enfermeiro e o enfermeiro é o juiz decisor no processo de enfermagem.

**Teoria de interação:** estas teorias tentam responder *como os enfermeiros fazem o que fazem*. Vê a enfermagem como um processo interativo, com foco no desenvolvimento das relações entre paciente e enfermeiro com base no interacionismo, fenomenologia, existencialismo filosófico e humanismo: Imogene King - alcance dos objetivos; Joyce Travelbee - relação pessoa-pessoa; Rosemarie

Parse -Teoria do vir-a-se humano; Hildegard Peplau - Teoria das relações interpessoais; Ida Jean Orlando – Processo de enfermagem deliberativo; Maira Buss Tofhern e Maria Tereza Leopardi – Teoria dos vínculos profissionais).

Pressupõe que: a enfermagem é um processo deliberativo; fornece assistência e ajuda; é um processo interpessoal que ocorre entre alguém que precisa e alguém que pode fornecer ajuda; o enfermeiro é alguém capaz de classificar seus próprios valores; o paciente é parceiro no processo, os valores dos pacientes são considerados no processo.

Quando ouvimos devemos ouvir conforme a teoria que escolhemos de acordo com nosso objetivo: porque fizemos, o que fizemos ou como fizemos.

## **4 METODOLOGIA**

Para realização do projeto de prática assistencial, traçou-se vários caminhos que foram feitos ao longo da realização do trabalho, mas a metodologia sempre se fez presente para nortear as ações de pesquisa.

Para Leopardi (2002), “metodologia é o caminho pelo qual se chega à meta, sendo a essência da descoberta e do fazer científico e representa o aspecto formal da pesquisa, o plano pelo qual se põe em destaque as articulações entre os meios e os fins, por meio de uma ordenação lógica de procedimentos”.

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Este estudo trata-se de uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa busca não somente entender os aspectos clínicos como também a história pregressa do indivíduo para atender o contexto de acontecimentos que ele se encontra atualmente.

De acordo com Leopardi (2002), este tipo de pesquisa, tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como na perspectiva do próprio pesquisador. Atenta-se, portanto, ao contexto social na qual o evento ocorre. Em geral, quando os dados se tornam repetitivos, pode-se considerar a amostra suficiente.

Este tipo de pesquisa, conforme Leopardi (2002), é utilizado quando não se pode usar instrumentos de medida precisos, deseja-se dados subjetivos, ou se faz estudos de um caso particular, de avaliação de programas ou propostas de programas, ou ainda quando não se possui informações sobre o assunto.

### **4.2 TIPO DE PESQUISA**

Quanto aos objetivos de pesquisa utilizou-se a pesquisa tipo estudo de caso.

Segundo Leopardi (2002), “estudo de caso é uma investigação sobre o único evento ou situação (caso), em que se busca um aprofundamento dos dados,

sem preocupação sobre a frequência de sua ocorrência. Pode se fazer um estudo de caso para evidenciar condições de vida, meios de sobrevivência, formas de comportamento sobre um determinado assunto, e assim por diante. Pode ser feita com um sujeito, uma instituição (família, escola, hospital), procurando observar tudo o que seja possível em relação à questão de pesquisa”.

#### **4.3 LOCAL DE ESTUDO**

O estudo deu-se em uma unidade de pronto socorro da região Sul de Santa Catarina.

#### **4.4 SUJEITOS DO ESTUDO**

A pesquisa foi realizada com um grupo de cinco pacientes admitidos no pronto socorro com história de crise hipertensiva.

#### **4.5 COLETA DE DADOS**

**Primeiro Momento** – Autorização para desenvolvimento do estudo da prática Assistencial por meio de ofício endereçado ao enfermeiro gerente do setor em que o a prática assistencial foi sendo desenvolvida. (Apêndice A)

**Segundo Momento** – Apresentação do projeto de Prática Assistencial ao Enfermeiro Gerente do Serviço de Saúde.

**Terceiro Momento** – Reconhecimento detalhado do Setor em que a prática assistencial de enfermagem foi desenvolvida.

**Quarto Momento** – Reconhecimento dos pacientes com crise hipertensiva admitidos no pronto socorro.

**Quinto Momento** – Desenvolvimento do protocolo para consulta de enfermagem. (Apêndice B)

**Sexto Momento** – Aplicação das consultas de enfermagem aos pacientes com crise hipertensiva.

**Sétimo Momento** – Avaliação da prática assistencial desenvolvida por meio de entrevista semi-estruturada com enfermeiro do setor. (Apêndice C)

A entrevista é uma técnica em que o investigador esta presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema. A entrevista na investigação qualitativa é um recurso importante e pode ser construída de diferentes maneiras, porém é sempre vista como um encontro social. Tem três características: (a) a intersubjetividade, que é fundamental, pois há a busca do que esta no intimo da pessoa informante, (b) a intuição, eu é uma forma de complementação da experiência com um olhar não descritivo, (c) a imaginação, que é a representação do real (LEOPARDI, 2002, p. 175).

A entrevista semiestruturada (apêndice C), foi realizada conforme disponibilidade dos enfermeiros no ambiente de trabalho.

Após o término das consultas de enfermagem e entrevista a pesquisadora realizou a condensação dos dados segundo o proposto por Minayo (2008, p.78), que orienta os seguintes passos:

**Ordenação dos Dados:** neste momento, faz-se o mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. Aqui estão envolvidos, por exemplo, transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação;

**Classificação dos Dados:** Nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica, através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante (“estruturas relevantes dos atores sociais”). Com base nesse processo se elaboram as categorias específicas. Nesse sentido determinamos o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação.

**Análise Final:** Neste momento, procuramos estabelecer entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo ás questões da pesquisa com base em seus objetivos. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, teoria e a prática.

Segundo Leopardi (2002, p.261) a análise de conteúdo é:

“Toda observação, relação, conjectura, imagem, omissão, objeto, movimento, enfim, tudo aquilo que pode refletir a realidade, e que, além de permitir a formulação de postulados explicativos ou compreensivos, pode ainda produzir novas interrogações sobre a mesma realidade”.

## 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde se fundamenta nos direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao estado e aos sujeitos envolvidos na pesquisa, respeitando o desejo dos mesmos em relação ao

sigilo e anonimato das informações fornecidas, além da desistência a qualquer tempo da participação na pesquisa.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados, conforme Minayo (2003).

Serão analisados em quatro momentos:

- **Primeiro momento:** Caracterização do campo de estágio;
- **Segundo momento:** Relato das atividades desenvolvidas;
- **Terceiro momento:** Dificuldades na prática assistencial;
- **Quarto momento:** Avaliação da prática assistencial;

Os momentos doravante serão denominados temas, conforme propõe Minayo (2003), para que se possa melhor organizar a apresentação dos dados e discussão dos resultados.

O levantamento dos dados ocorreu entre os meses de setembro/outubro de 2011. Foram concluídas 80 horas para observação, realização das consultas de enfermagem e entrevistas.

Para preservação da identidade dos participantes e manutenção do sigilo das informações obtidas através da realização das entrevistas, obedecendo às diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 196/96, a qual envolve pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se o nome de flores para identificar o profissional.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

A entrada no campo deu-se com reapresentação da enfermeira responsável e sua equipe do Pronto Socorro (PS), onde relatei os objetivos a serem alcançados nesse estágio, na qual fui muito bem recebida.

No campo de estágio me identifiquei muito com tudo que foi vivenciado naquele período. O projeto teve uma ótima aceitação pelos pacientes, onde ajudou eles a tirar suas dúvidas e entender melhor sobre a crise hipertensiva.

Iniciando o estagio a enfermeira responsável entrou de férias, onde assumiu outra enfermeira, que também me deixou bem à vontade.

Logo de inicio comecei a por em prática meu projeto, pois, pacientes com crise hipertensiva no Pronto Socorro é o que mais aparece. Iniciando meu projeto

com o primeiro paciente hipertenso que apareceu, fui logo explicando o objetivo e pedindo sua autorização fazendo necessária sua assinatura do Termo Livre e Esclarecido para poder por em pratica. Nos outros dias meu projeto foi tendo mais sucesso e aceitação dos pacientes.

A estrutura física do P.S. era assim, possui cinco quartos salão, três banheiros, sala de sutura, sala de gesso, sala de eletrocardiograma, farmácia, copa, quarto do médico, sala de triagem, sala de espera, salão de atendimento, sala de trauma, sala de isolamento, possui dez leitos, três leitos masculinos, três leitos feminino, dois leitos de pediatria e um particular.

O P.S. é composto por quatro funcionários pela manhã, mais o enfermeiro e quatro funcionários à tarde, mais o enfermeiro. Na triagem possui um Enfermeiro em cada período. E a noite funciona com três funcionários a noite mais um enfermeiro.

Segundo Galloti (2003, p. 148), "a unidade de emergência é destinada a promover serviços médicos requeridos com caráter de emergência para prolongar a vida ou prevenir consequências críticas, as quais devem ser proporcionadas imediatamente".

## **5.2 TEMA UM: RELATO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Categoria um: Foi atendido paciente com 56 anos, com crise hipertensiva, com PA: 280x180 mmhg, referindo falta de ar, dispneia, muito ansiosa. Referiu ter a uns dois anos atrás AVC, e parestesia a esquerda, durante as atividades desenvolvidas pacientes mostrou-se muito ansioso e nervoso, porém, não fazia uso de nenhum tipo de medicamento. Paciente referiu não cuidar de sua saúde, mas com as orientações passadas, relatou daqui pra frente cuidar de sua saúde.

Categoria dois: Realizado atendimento ao paciente de 49 anos, referindo dor no peito que se irradiava pelos braços, com PA: 180x120 mmhg, referiu nunca ter sofrido de pressão alta, não faz uso de nenhum tipo de medicamento.

Categoria três: Foi atendido paciente de 61 anos, com pressão arterial 200x100 mmhg, trazido pelos bombeiros, paciente agricultor e foi encontrado desmaiado na roça.

Categoria quatro: Foi atendido paciente com 68 anos, PA: 170x100 mmhg, sentindo dor no peito, sudorese, fazia uso de losartana 50 mg, preocupada com sua saúde, ficou satisfeita com as orientações passadas, diz ela.

Categoria cinco: Realizado atendimento a paciente de 44 anos, com PA: 170x100 mmhg, sentindo dor na nuca, e vomito, faz uso de medicamento, mas não soube dizer o nome e relatou não tomar certinho. Orientado as complicações e riscos, paciente tirou suas duvidas e sentiu-se satisfeito.

### **5.3 TEMA DOIS: DIFICULDADES NA PRÁTICA ASSISTENCIAL**

Durante o estágio percebeu a falta de tempo do profissional de Enfermagem no atendimento ao paciente com crise hipertensiva, na questão de passar as orientações e dúvidas sobre essa patologia e seus agravos a saúde, nem sempre o enfermeiro esta disponível, mas durante a execução dos procedimentos já é uma oportunidade para orienta-lo.

De acordo com Baradel (2004), dar um atendimento mais humanizado não requer necessariamente à dedicação de um tempo maior, e sim, a utilização eficaz do tempo já se esta com ele, durante o tempo de uma punção, da aferição dos sinais vitais, há tempo para se olhar nos olhos, transmitir segurança e cuidado em um mínimo de atenção.

### **5.4 TEMA TRÊS: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL**

#### **Categoria 1: Avaliação da prática assistencial aplicada pela acadêmica de enfermagem durante o período de estágio**

O Enfermeiro assistencial é o responsável pelo planejamento dos cuidados e estabelecimento de vínculo com o paciente e seus familiares, por isso a importância da pratica assistencial para enfermagem, pois o enfermeiro assistencial possui igualmente o papel de integrador, facilitador e coordenador das relações entre paciente, equipe multiprofissional, médicos e instituição à beira do leito.

Segundo Conselho Federal de Enfermagem, 2000, desde 1986 o planejamento da assistência de enfermagem é uma imposição legal. De acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, art. 11, alínea c, "O enfermeiro exerce todas

as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: 1) Privativamente:...” c) planejamento, organização coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem.

*Margarida: de forma positiva, pois esse publico de paciente, grande parte das vezes são carentes de informações ou as tem de forma distorcida.*

## **Categoria 2: Importância da prática de enfermagem direcionada a pacientes com crise hipertensiva**

A crise hipertensiva é um caso preocupante, porque quase todos pacientes são carentes de informação e não buscam recursos para sua doença, às vezes não sabe a gravidade do caso ou nem sabem que tem hipertensão, por isso a importância da aplicação da prática assistencial a pacientes hipertensos.

O Enfermeiro assistencial é o responsável pelo planejamento dos cuidados e estabelecimento de vínculo com o paciente e seus familiares, por isso a importância da pratica assistencial para enfermagem, pois o enfermeiro assistencial possui igualmente o papel de integrador, facilitador e coordenador das relações entre paciente, equipe multiprofissional, médicos e instituição à beira do leito.

A importância do enfermeiro junto aos hipertensos está atrelada ao seu papel como educador atuando na motivação do paciente quanto à adesão ao tratamento, seu autocuidado, propondo estratégias que favoreçam seu envolvimento com a doença e seu tratamento, além de capacitar os outros profissionais da equipe de enfermagem nas atividades que são de sua competência. (SILVA; COLOSIMO; PIERIN, 2010).

O Enfermeiro assistencial é o responsável pelo planejamento dos cuidados e estabelecimento de vínculo com o paciente e seus familiares, por isso a importância da pratica assistencial para enfermagem, pois o enfermeiro assistencial possui igualmente o papel de integrador, facilitador e coordenador das relações entre paciente, equipe multiprofissional, médicos e instituição à beira do leito.

Segundo Santos et. al (2002, p.121):

o enfermeiro ao planejar a assistência, garante sua responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que o planejamento “permitir diagnosticar as necessidades do cliente, orienta a supervisão do desempenho do pessoal, a

avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações.

*Margarida: a prática fundamentada sempre é importante e esse direcionamento também se faz importante pelos motivos já citados anteriormente.*

### **Categoria 3: Sugestões sobre o desenvolvimento da prática assistencial aplicada**

A prática assistencial é fundamental não só nesses casos, mas em todos, e deveria ser desenvolvida e avaliada por toda equipe de enfermagem. Por isso concordo com a fala da enfermeira responsável sobre a tentativa de estabelecer contato com a Unidade básica que esses pacientes são cadastrados, só assim, toda equipe trabalha em conjunto, buscando um cuidado e um tratamento adequado para esses pacientes.

A intervenção de enfermagem para pacientes com problemas de hipertensão baseiam-se no alcance da manutenção da pressão arterial, compreensão, participação e execução do plano prescrito de tratamento, orientar o paciente a lidar com a hipertensão dentro das suas demandas da vida diária (WOODS; FROELICHER, MOTZER, 2005).

*Margarida: A tentativa de estabelecer um contato com a Unidade básica de Saúde nas quais esses pacientes possuem cadastros*

### **Categoria 4: Continuidade da prática assistencial de enfermagem voltada ao paciente com crise hipertensiva**

Seria interessante que a prática assistencial a pacientes com crise hipertensiva fossem continuadas, pelo fato da maioria não saber quase nada sobre este problema, são pacientes muito carentes de informação. Mesmo sabendo que o tempo é o que mais dificulta esse atendimento, não deixo de afirmar sua importância.

*Margarida: “há momentos que sim e outros que não, isso dói observado ate mesmo durante o desenvolvimento da pratica assistencial, devido ao tempo”.*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante este estágio foi possível observar a importância da Aplicação do processo de Enfermagem com um método de assistência que vise dar o suporte necessário para os pacientes que chegam ao Pronto Socorro com crise hipertensiva.

Durante a sua execução, foram realizadas 05 consultas de enfermagem aplicadas assistência a pacientes com crise hipertensiva e orientações aos mesmos.

Percebeu-se que esses pacientes são carentes de informações e sem elas o auto cuidado torna-se inviável. Apesar do pouco tempo em campo de estágio, conseguiu-se atingir os objetivos propostos. Portanto, foi proveitoso e aprimorou ainda mais os meus conhecimentos.

Nos períodos que não apareciam pacientes com crise hipertensiva o enfermeiro possibilitou a realização de procedimentos de enfermagem que viesse aprimorar minhas habilidades técnica, como sondagem nasoenterica, sonda de alívio, gasometria, processo de enfermagem entre outros procedimentos.

O papel do Enfermeiro é fundamental para que ocorra um bom atendimento a esses pacientes, estimulando-os na busca de um auto cuidado, esclarecendo suas dúvidas, entendendo os riscos e as complicações que poderão ter caso não tratado corretamente. Nem sempre a equipe de Enfermagem, pode estar presente para prestar uma assistência mais adequada, pois o tempo é escasso, mas ainda assim, observou-se que estes profissionais estão sempre dispostos a mais a estes pacientes. Todas as interações medicamentosas lhes foram detalhadamente explicadas, sendo sanadas todas as dúvidas e as respostas deles foram de melhor qualidade de vida. É incontestável a necessidade de orientar detalhadamente pacientes que recebem receitas medicas para tratamento de hipertensão, atentando para idosos que dificilmente questionarão a eficácia do ensino em saúde.

O importante seria que a equipe de enfermagem tivesse um elo com as Unidades de Saúde que os pacientes estivessem cadastrados para que houvesse um trabalho em conjunto, evitando assim, danos maiores aos pacientes. Este elo disponibilizaria os dados corretos, se o paciente fazia ou não uso de algum medicamento.

Sugere-se que a equipe no momento do atendimento aos pacientes que dão entrada com problemas hipertensivos, repassem a importância dos mesmos na

busca do seu auto cuidado, orientando-as a fazer uso da Unidade básica que são cadastrados, para controle de sua pressão, para consultas de rotina e caso necessário fazerem uso do Programa que o Ministério de Saúde disponibiliza, o Hiperdia.

Sugestão para talvez outros estudos, seria a implantação de um programa online, onde disponibilizaria dados dos pacientes cadastrados, para que P.S ou outros hospitais tivessem acesso, isso facilitaria na hora do atendimento e num cuidado em conjunto, pronto socorro e unidades básicas.

Espera-se que o presente estudo possa contribuir para outras pesquisas.

## 7 REFERÊNCIAS

BARDEL A. Os minutos da comunicação no serviço de emergência. In: Silva MJP. **Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: Lapola, 2004.

BATISTA, Sonia Maria de Medeiros; CARVALHO, Teles. **Tratamento não medicamentosos: a alimentação e a mudança para um estilo de vida**. In: **Manual de Hipertensão**. Porto Alegre: Sagre Luzzatto, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projetos em saúde. **Secretaria de políticas de saúde. Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Departamento de ações programáticas estratégicas** - Brasília: Ministério da saúde, 2001.

BUSATTO, Dr. Otto. **Hipertensão Arterial: Crise hipertensiva**. Disponível em: <<http://www.abcdasuade.com.br/artigo.php?242>>. Acessado em: 18 de Setembro de 2010.

Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): Gráfica COFEN; 2000.

CUNNINGHAM, S. Hipertensão Arterial. In: WOODS, S.L; FROELICHER, E.S.S. MOTZER, S.V. **Enfermagem em cardiologia**. 4. Ed. São Paulo: Manole, 2005.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção de conhecimento: metodologia científica no caminho de habermas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1997.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GALOTTI, RMD. **Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviços de emergência clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade de atenção** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

GYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de fisiologia médica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante and Araújo, Thelma Leite de. **Crise Hipertensiva: estudo de caso com utilização de classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no modelo Teórico de Roy**. Actapaul enferm. [online] 2005 vol.8, nº 3, p.241-246.

JORGETTO, Giovana Vallim; JORGETTO, Juliana Vallim. **Análise Epidemiológica da Relação Hipertensão Arterial, Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular encefálico**. Revista Nursing: 2010, p. 225-229.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. Florianópolis: Soldasoft, 2006. 393 p. ISBN 8589445038

LEOPARDI, Maria Tereza; autores convidados: Carmem Lucia Colomé Beck, Elisabeta Albertina Nietzsche, Rosa Maria Bracini Gonzáles. – 2. Ed. Ver. E atual **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC/ Pós Graduação em Enfermagem, 2002.290 p: il. (catalogação na publicação por: Onélia Silva Guimares CRB – 14/071).

LIMA, Sandro Gonçalves de et al. **Hipertensão arterial sistêmica no setor de emergência: o uso de medicamentos sintomáticos como alternativa de tratamento**. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo, v. 85, n. 2, ago. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2005001500008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005001500008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 set. 2010.

MANUAL DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS – **Plano de Reorganização arterial e o Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde: Brasília, 2002.

MARTIN, José Fernando Vilela et al. **Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica**. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo, v. 83, n. 2, ago. 2004. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2004001400004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001400004&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 18 set. 2010.

MARTINS, Herlon Saraiva [et al.] **Emergências Clínicas: Abordagem Prática**. 5ª ed. Barueri, SP: Manole, 2010.

MARTINELLI, Maria Lucia (org). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

PIERIN, Ângela M.G. **Hipertensão arterial**. Uma proposta para o cuidar. Barueri, SP: Mande, 2004. 372 p.

PEREZ; RIERA, Andrés R. **Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêuticos**. São Paulo: Atheneu, 2000.

ROUQUARYOL, M.Z, FILHO, N.A. Epidemiologia historia natural e prevenção de doenças. In \_\_\_\_\_. **Epidemiologia e saúde**. Ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2003. 570p. cap. 2 p15-31.

SANTOS I, Figueiredo NMA, Duarte MJRS, Sobral VRS, Marinho AM. **Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções**. Vol. 1. São Paulo (SP): Atheneu; 2002.

SILVA, Jorge Luis Lima; Souza, Solange Lourdes de – **Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.06, nº 03, 2005, Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br).

SILVA, Stael Silvana Bagno Eleutério da; COLOSIMO, Flávia Cortez; PIERIN, Angela Maria Geraldo. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da

equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, Junho 2010.

Sociedade Brasileira de Hipertensão –SBH, Sociedade Brasileira de Cardiologia-SBC, Sociedade Brasileira de Nefrologia-SBN. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Brás. Cardiol. 2010; 95.

TEIXEIRA, Julio César Gasal [et al]. **Unidade de Emergência: Conduitas em Medicinas de Urgências**. São Paulo: Ateneu, 2009.

TRIVINOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

HARGROVE-HUTTEL, Ray A. **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Série de Estudos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

SUDDARTH, Brunner. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008.

APÊNDICES

## **APÊNDICE 1: OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO**

### **UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Of. Nº. 001/ Enf. /2010.

Criciúma, 16 de setembro de 2010.

Ilma. Sr<sup>a</sup> Andréia Mello

Diretora de Enfermagem do Hospital Regional de Araranguá

ARARANGUÁ - SC

Prezada Senhora,

Vimos, por meio deste, solicitar campo de estágio para desenvolvimento de Trabalho de Prática Assistencial de Enfermagem da Acadêmica Débora Peterle Conti do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC, do período de setembro a novembro de 2010, no Hospital Regional de Araranguá. Trata-se da aplicação de um projeto Assistencial utilizando a Metodologia da Assistência em Enfermagem (MAE) na Atenção ao paciente com crise hipertensiva fundamentado na teoria de Sister Calista Roy.

A acadêmica Débora Peterle Conti (fone: 48-99173522) estará sob a responsabilidade, supervisão e orientação da Prof<sup>ª</sup>. Especialista Luciana Rosa (fone: 48-9954 3730).

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento, e aguardamos deferimento.

Atenciosamente,

Luciana Rosa

Professora Orientadora- UNESC



**APÊNDICE 2: INSTRUMENTO PILOTO PARA IMPLANTAÇÃO DA MAE EM UM SETOR DE PRONTO SOCORRO FUNDAMENTADA EM SISTER CALLISTA ROY**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Etnia: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

**História pessoal:** (, fonte de informação, história pregressa familiar, conceito si, participação na comunidade). \_\_\_\_\_

---



---



---



---

**Hábitos e costumes:** (alimentação, sono/repouso, drogas, atividade física, costumes familiares / crenças) \_\_\_\_\_

---



---

**Processos cognitivos:** \_\_\_\_\_

---



---



---

**Aspectos focais:** (cultural, físico, psicológico) \_\_\_\_\_

---



---



---

**Aspectos contextuais:** (ambiente familiar – social) \_\_\_\_\_

---



---



---

**Aspectos residuais:** (experiências anteriores – traumáticas ou não) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tórax:** AC: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ bpm AP: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ mrpm

\_\_\_\_\_

Mamas: \_\_\_\_\_ T°: \_\_\_\_\_

Tipo de alimentação: \_\_\_\_\_ Ingestão  
hídrica: \_\_\_\_\_ Turgor: \_\_\_\_\_

Mucosa oral: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg

**Abdômen:** Cólicas: \_\_\_\_\_ RHA: \_\_\_\_\_ Blumberg ( ) Vascolejo ( )

Eliminações- Vesical ( ) Intestinal ( ) \_\_\_\_\_

**Função neurológica e motora:** Babinski ( ) Homan ( ) Brudzinski ( )

#### **Mecanismos de adaptação positiva**

**D1-**

**D2-**

**D3-**

#### **Mecanismos de adaptação negativas**

**D1-**

**D2-**

**D3**

**Plano de cuidados** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A partir de LEOPARDI, Maria Tereza. Teoria e Método em Assistência de Enfermagem, Florianópolis, Papa Livros, 2008. Reorganizado por Débora Peterle Conti, Acadêmica de Enfermagem do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência - Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, 2010.

### **APÊNDICE 3: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL SEGUNDO O OLHAR DO ENFERMEIRO DO SETOR**

1. Como você avalia a prática assistencial aplicada pela acadêmica de enfermagem durante o período de estágio?
2. Você considera importante uma prática de enfermagem direcionada a pacientes com crise hipertensiva?
3. O que você mudaria com relação ao desenvolvimento deste trabalho na prática assistencial aplicada?
4. Você considera viável a continuidade da prática assistencial de enfermagem voltada ao paciente com crise hipertensiva admitido no pronto socorro?

**ANEXO**

**ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC****Av. Universitária, 1105 Bairro Universitário – CEP: 8880.6000. CP 3165 –****Fone: 48 – 3431 2500 Fax: 48 34312527****Site: [www.unesc.net](http://www.unesc.net)**

Estamos realizando um projeto de Ensino da Prática Assistencial solicitado pelo Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência intitulado: **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CRISE HIPERTENSIVA NO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL REGIONAL DE ARARANGUÁ – CRICIÚMA – SC, FUNDAMENTADA EM SISTER CALISTA ROY.**

O (a) Sr (a) foi plenamente esclarecido de que participando desta pesquisa, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos, Desenvolver e aplicar uma proposta de Prática Assistencial de Enfermagem para pacientes com crise hipertensiva, fundamentada em Sister Calista Roy. Embora o (a) Sr (a) venha a aceitar a participar nesta pesquisa estará garantido que o (a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) Sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao Sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) Sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autoriza ainda a publicação de fotos. A coleta de dados será realizada pela Acadêmica de Enfermagem Débora Peterle Conti – Fone: 48-99173522 do curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC e orientado pela professora Luciana Rosa - Fone: 99543730.

Criciúma (SC) \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Assinatura \_\_\_\_\_

Fone: (48) 34312578 – Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – UNESC