

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

ISOLÉIA ROMAGNA

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM
CRISE HIPERTENSIVA NO PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS NA
ATENÇÃO BÁSICA**

CRICIÚMA, JUNHO DE 2011.

ISOLÉIA ROMAGNA

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM
CRISE HIPERTENSIVA NO PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS NA
ATENÇÃO BÁSICA**

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^ª. Esp. Luciana Rosa

CRICIÚMA, JUNHO DE 2011.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família que tanto amo pelo apoio, dedicação e carinho e aos meus amigos que sempre estão presentes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me permitido trilhar este caminho com saúde e inteligência.

Aos meus pais (*In memoriam*) que foram o alicerce do ser humano que hoje sou. Ensinando-me valores como responsabilidade, honestidade, humildade e solidariedade.

Ao meu marido e filhos, que foram aqueles que realmente seguraram a “barra”. Obrigada por terem me suportado nesse período. Minha ausência, impaciência, nervosismo. Obrigada por vocês terem me compreendido

A minha orientadora Luciana, que desde o início do projeto se fez presente apoiando, incentivando, tranquilizando, acrescentando com seu conhecimento e experiência.

Obrigada a todos os professores e colegas de turma, que de alguma forma contribuíram para minha formação, ampliando meus conhecimentos.

A equipe de saúde que atende no 24h onde a pesquisa foi realizada, que me recebeu com carinho e não mediram esforços em compartilhar conhecimentos e informações.

A todos os pacientes que fizeram parte da pesquisa, pois sem eles, este trabalho seria inviável.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

Esta pesquisa justifica-se no atendimento ao paciente acometido de crise hipertensiva, considerando-se a pressão arterial elevada um dos principais motivos que levam os pacientes a procurarem por serviços de urgência e emergência. Para tanto, se elencou como questão norteadora: que estratégias podem ser desenvolvidas para qualificar a assistência de enfermagem ao paciente acometido de crise hipertensiva, em um Pronto Atendimento 24h, por meio da Teoria de Dorothea Orem? Nosso objetivo geral foi desenvolver e aplicar uma proposta de prática assistencial de enfermagem na crise hipertensiva em um grupo de pacientes, fundamentada em Dorothea Orem. Para alcançar determinado conhecimento, utilizou-se a pesquisa tipo estudo de caso com abordagem qualitativa. Foram realizadas 5 consultas de enfermagem em pacientes com crise hipertensiva e que procuraram a Unidade de Saúde para atendimento. Para tanto, respeitou-se os aspectos éticos em conformidade com a resolução 196 de 1996. Constatou-se que um dos maiores motivos de procura pelo pronto atendimento foi a pressão arterial elevada; que ainda falta muita informação ou conscientização ao paciente com hipertensão arterial; que no local, não existem ações voltadas ao paciente com crise hipertensiva; que existe ainda muita resistência dos pacientes quanto a adesão ao tratamento e que essa dificuldade existe, por ser a hipertensão arterial uma doença crônica, assintomática, que demanda além do tratamento medicamentoso, mudanças de hábitos de vida.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Crise Hipertensiva.

ABSTRACT

This research is justified for the patient afflicted with hypertension, considering the high blood pressure one of the main reasons that lead patients to seek services for emergency care. Thus, it listed the following guiding question: what strategies can be developed to describe the nursing care of patients afflicted with hypertension in a 24 hour Emergency Department, by Dorothea Orem Theory? Our overall objective was to develop and implement a proposal of nursing care practice in a hypertensive crisis in a group of patients, based on Dorothea Orem. To achieve certain knowledge, used the case study research with a qualitative approach. There were 5 patients in nursing consultations with hypertensive crisis and sought the Health Unit for treatment. To do so, it respected the ethical aspects in accordance with resolution 196 of 1996. It was found that one of the biggest reasons to look for emergency treatment was high blood pressure, which still lack much information or awareness to patients with hypertension, that in place, there are no activities for the patient with hypertensive crisis and that there is still much resistance of patients and adherence to treatment and that this difficulty exists because it is hypertension a chronic, asymptomatic, which requires addition of drug treatment, changes in lifestyle.

Key-words: Hypertension. Hypertensive crisis.

LISTA DE SIGLAS

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MAE – Metodologia de Assistência de Enfermagem

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

UNESC – Universidade do Extremo Sul catarinense

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	16
2.2 Fatores de Risco para Hipertensão Arterial Sistêmica	17
2.2.1 Idade	18
2.2.2 Sexo e etnia	18
2.2.3 Excesso de peso e obesidade	18
2.2.4 Ingestão de sal	19
2.2.5 Ingestão de álcool	19
2.2.6 Sedentarismo	20
2.2.7 Fatores socioeconômicos	20
2.3 Classificação da pressão arterial	20
2.4 Tratamento	21
2.5 Crise hipertensiva	23
2.6 Assistência de Enfermagem na Hipertensão Arterial Sistêmica	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1 Dorothea Orem: Teoria do auto-cuidado	27
4 METODOLOGIA	31
4.1 Abordagem Metodológica	31
4.2 Tipo de Pesquisa	31
4.3 Local do Estudo	32
4.4 Participantes	32
4.5 Desenvolvimento da Prática Assistencial	32
4.6 Aspectos Éticos	34
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
5.1 Campo De Estágio	35
5.2 Tema 1 Relato das atividades desenvolvidas	36
5.3 Tema 2: Avaliação da Prática Assistencial	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
APÊNDICES	49
APÊNDICE A – Ofício de Encaminhamento	50
APÊNDICE B – Protocolo De Consulta De Enfermagem Segundo Dorothea Orem	51

APÊNDICE C – Avaliação da Prática Assistencial segundo o olhar do enfermeiro do setor	55
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	56

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Durante a vivência acadêmica em estágios anteriores, foi possível perceber que a Hipertensão acomete um número significativo de pessoas, de todas as faixas etárias e normalmente essas pessoas são encaminhadas aos serviços de urgência e emergência para receber atendimento. Talvez este seja um dos motivos mais frequentes de admissão de pacientes nos serviços de urgência e emergência.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença altamente prevalente que atinge de 15% a 20% da população adulta, sendo considerada um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular. Apesar dos notáveis avanços que têm ocorrido nas últimas décadas no que tange ao seu tratamento, os índices de controle adequado da HAS ainda são muitos baixos em vários países, inclusive no Brasil, sendo comum a procura por serviços de pronto-atendimento motivada por pressão arterial elevada. (MONTEIRO JUNIOR, et al 2008).

A hipertensão Arterial é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

Uma das complicações da hipertensão arterial é a crise hipertensiva, que corresponde a um aumento repentino e exagerado da pressão arterial.

A crise hipertensiva é a entidade clínica com aumento súbito da Pressão Arterial (PA) ($\geq 180 \times 120$ mmHg), acompanhada por sintomas, que podem ser leves (cefaléia, tontura, zumbido) ou graves (dispnéia, dor precordial, coma e até morte), com ou sem lesão aguda de órgãos-alvo.(FEITOSA-FILHO et al, 2008).

A avaliação do enfermeiro é de fundamental importância no que se refere a orientação e incentivo ao tratamento do paciente portador de hipertensão arterial, abordando os aspectos relativos à doença, procurando aumentar a conscientização e adesão do paciente ao tratamento.

Devido a alta taxa de incidência de casos de hipertensão arterial nos serviços de urgência e emergência, considerou-se importante a realização da assistência de enfermagem nesse segmento. O estágio de Prática Assistencial de Enfermagem vai buscar por meio da aplicação da Metodologia de Assistência de Enfermagem, prestar um atendimento individualizado e integral ao paciente vítima de crise hipertensiva, prestar apoio, tentar amenizar os desconfortos, além de

promover orientações e incentivo acerca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Para tanto, se elencou como questão norteadora: que estratégias podem ser desenvolvidas para qualificar a assistência de enfermagem ao paciente acometido de crise hipertensiva, em um Pronto Atendimento 24 h por meio da Teoria de Dorothea Orem?

Para que pudesse responder a questão norteadora traçou-se como Objetivo Geral: Desenvolver e aplicar uma proposta de prática assistencial de enfermagem na crise hipertensiva em um grupo de pacientes, fundamentada em Dorothea Orem no pronto atendimento 24h na atenção básica. Como objetivos específicos: Realizar um levantamento dos pacientes com crise hipertensiva no pronto atendimento 24h, identificar as ações desenvolvidas pelo 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 de pronto atendimento, 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 Dorothea Orem, 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.

Para que se pudesse apresentar o estudo de forma mais organizada 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 ao conceito de hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica, classificação da hipertensão, tratamento, crise hipertensiva e assistência de enfermagem na hipertensão. **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 Hipertensão Arterial Sistêmica

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial que freqüentemente se associa a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com risco de problemas cardiovasculares fatais ou não. Além disso, é uma doença com alta taxa de incidência e baixa taxa de controle. É considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública e um dos principais fatores de risco modificáveis.

“Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.” (BRASIL, 2006, p.14)

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, já que é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de problemas cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Sendo responsável por cerca de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica. (TOLEDO, RODRIGUES, CHIESA, 2007, p.234), diz que:

Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Torna-se assim “perversa” por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz, ainda, como conseqüências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis.

A prevalência na população urbana adulta no Brasil varia de 22,3% a 43,9% dependendo da região, de acordo com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial que considera (PA 140/90 mmHg). A importância de identificar e controlar a HAS consiste na redução de suas complicações, como: Doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica.

Ao diagnosticar a HAS, devem-se levar em conta os níveis tensionais, o risco cardiovascular, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É necessário cautela antes de rotular alguém com hipertenso, pelo risco de um diagnóstico falso-positivo e pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante.

Ao se deparar com uma primeira aferição elevada, recomenda-se repetir a aferição da pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. O diagnóstico requer que se conheça a pressão arterial usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais.

Conforme Cade (2001) a hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica degenerativa do sistema cardiovascular e o seu controle é um desafio para os profissionais da saúde, pois o tratamento necessita da participação ativa dos pacientes no sentido de modificar alguns comportamentos que prejudicam sua saúde e aquisição de outros que beneficiem sua condição clínica.

A hipertensão arterial pode ser controlada desde que os pacientes envolvam-se no tratamento, fazendo o uso correto da medicação anti-hipertensiva, controlando o peso, ingerindo uma dieta hipossódica com baixo teor de gordura saturada e colesterol e realizando atividade física, pois essas medidas colaboram com a redução da pressão arterial em alguns pacientes, minimizando as complicações em órgãos alvo.

2.2 Fatores de Risco para Hipertensão Arterial Sistêmica

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), vários são os fatores de risco para a Hipertensão Arterial. Dentre eles, temos:

2.2.1 Idade

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) afirma que existe relação direta da Pressão Arterial com a idade, ou seja, ela aumenta proporcionalmente, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos de idade. Sendo que em pessoas jovens, há maior frequência de aumento da pressão diastólica, enquanto a partir de 60 anos ocorre maior aumento da pressão sistólica, mais associada no idoso a eventos cardiovasculares.

2.2.2 Sexo e etnia

A prevalência de casos de Hipertensão Arterial em homens e mulheres é semelhante, comprovando que o sexo não é fator de risco, embora seja mais elevada em homens até 50 anos e nas mulheres acima dos 50 anos. No entanto em relação a cor, a Hipertensão Arterial é duas vezes mais prevalente em pessoas de cor não branca e o predomínio de HAS em mulheres negras, chega a ser 130% superior que em mulheres brancas, de acordo com a Sociedade Brasileira de cardiologia (2010).

“Nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos.” (BRASIL, 2006, p.33).

2.2.3 Excesso de peso e obesidade

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), o excesso de peso é um fator predisponente da Hipertensão Arterial, sendo responsável por 20 a 30% dos casos, inclusive entre pessoas jovens. Mas apesar do excesso de peso estar diretamente ligado ao aumento da pressão, nem todas as pessoas obesas desenvolvem a doença.

Das pessoas portadoras de hipertensão arterial em um estudo realizado, constata-se a predominância em pessoas com sobrepeso ou obesidade.

Em relação ao índice de massa corporal (IMC), nota-se que existe predominância de indivíduos com padrões elevados de gordura corporal, com 80% classificados como sobrepeso ou obesidade. Fato esse confirmado pelo elevado IMC médio (29,12). (MARTINS; et al, 2009).

A redução de peso e conseqüentemente da circunferência abdominal contribuem para a redução da PA e melhora das alterações metabólicas associadas. Assim, as metas a serem alcançadas são o índice de massa corporal menor que 25kg/m² e circunferência abdominal < 102cm para homens e < 88cm para mulheres.

Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente no abdome, está freqüentemente associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Assim, a circunferência abdominal acima dos valores de referência é um fator preditivo de doença cardiovascular. (BRASIL, 2006, p.25).

2.2.4 Ingestão de sal

O consumo excessivo de sódio contribui para o aumento da pressão arterial. A relação entre o aumento da pressão arterial com o aumento da idade é mais predisponente em populações cujo consumo de sal é mais elevado. Além do que a diminuição do consumo de sódio tem efeito hipotensor.

Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos. (BRASIL, 2006, p.25).

2.2.5 Ingestão de álcool

O consumo elevado de álcool provoca aumento da pressão arterial, estando o fator relacionado com a quantidade ingerida e com o período de consumo.

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. (BRASIL, 2006, p.26)

2.2.6 Sedentarismo

A prática regular de atividade física diminui a incidência de hipertensão arterial, mesmo em pessoas previamente hipertensa, além de diminuir o risco de doença cardiovascular. Para manter a saúde cardiovascular e aumentar a qualidade de vida todo indivíduo adulto, caso não haja contra-indicações, deve realizar 30 minutos de atividade física leve a moderada, pelo menos 5 vezes na semana. É recomendada uma avaliação médica antes do início do treinamento e suspensão no aparecimento de algum sintoma.

Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. (BRASIL, 2006, p.27).

2.2.7 Fatores socioeconômicos

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), nos níveis socioeconômicos mais baixos há maior predisposição para a hipertensão arterial e aumento dos fatores de risco para elevação da pressão arterial. Os possíveis fatores associados são o estilo de vida pouco saudável, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional.

2.3 Classificação da pressão arterial

A classificação utilizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia é preconizada na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). Estes valores são considerados para indivíduos com mais de 18 anos.

- Ótima = Pressão sistólica < 120(mmHg) e Pressão diastólica < 80(mmHg).
- Normal = Pressão sistólica < 130(mmHg) e Pressão diastólica < 85(mmHg).
- Limítrofe = Pressão sistólica 130 - 139(mmHg) e Pressão diastólica 85 - 89(mmHg).
- Hipertensão estágio 1 = Pressão sistólica 140 - 159(mmHg) e Pressão

diastólica 90 - 99(mmHg).

- Hipertensão estágio 2 = Pressão sistólica 160 - 179(mmHg) e Pressão diastólica 100 -109(mmHg).
- Hipertensão estágio 3 = Pressão sistólica \geq 180(mmHg) e Pressão diastólica \geq 100(mmHg).
- Hipertensão sistólica isolada = Pressão sistólica \geq 140(mmHg) e Pressão diastólica $<$ 90(mmHg).

2.4 Tratamento

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a terapêutica da hipertensão arterial deve levar em consideração além do nível pressórico, a presença de fatores de risco cardiovascular, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular.

Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS. (BRASIL, 2006, p.24)

Modificações no estilo de vida podem refletir de forma considerável no retardo do desenvolvimento da pressão arterial em indivíduos com pressão limítrofe. No entanto, deve-se considerar um período de 6 meses para aparecerem os resultados esperados, caso contrário, deve-se associar a terapêutica medicamentosa. Em pacientes com riscos médios, altos ou muito altos, independente da PA, sempre se deve fazer uma abordagem combinada entre medicamentosa e não medicamentosa, para atingir o objetivo mais precocemente.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (BRASIL, 2006, p.28)

Com relação ao tratamento não medicamentoso, é importante considerar

a redução de peso, estilo alimentar saudável, redução no consumo de sal, bebidas alcoólicas e tabaco, adesão à prática de atividade física e redução do estresse.

É fundamental que as mudanças se façam em longo prazo e não sejam abandonados assim que se alcancem os objetivos, para que os resultados sejam duradouros e definitivos. O acompanhamento é importante para que o paciente sinta-se estimulado e não haja recaídas.

A dieta recomendada deve ser equilibrada, para que possa ser seguida sem muito esforço pelo paciente. Geralmente as dietas da moda são ineficientes em longo prazo.

[...] alterar hábitos é tarefa difícil, sobretudo os alimentares. Porém, a mudança de estilo de vida está relacionada a ações educativas e a necessidade imperiosa de cada indivíduo frente aos seus problemas de saúde e a sua resolução de querer atingir seu nível funcional ótimo. (CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005, p.189).

Porém, o controle da doença depende de vários fatores, como ações adequadas das instituições de saúde, dos profissionais da área e da adesão do paciente a terapêutica proposta. Uma boa relação médico paciente e a participação de uma equipe multidisciplinar podem facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, aumentando o controle da pressão arterial. A participação da equipe pode dar aos pacientes informações detalhadas e compreensíveis acerca da doença, suas características, os benefícios do tratamento, efeitos adversos dos medicamentos, sanando todas as dúvidas dos pacientes. Este cuidado e atenção individualizada aumentam o comprometimento do paciente com o tratamento.

É neste contexto que o enfermeiro, como membro de uma equipe multiprofissional, tem um papel especial. É incontestável a necessidade de o enfermeiro ter que priorizar a compreensão do quê o indivíduo pensa, integrando– o ao seu contexto social e cultural, proporcionando que este reflita e desencadeie uma atitude crítica acerca da sua real situação de saúde e de vida. (CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005, p.189)

“O controle da HA se faz com participação ativa do hipertenso e co-participação da família, dos profissionais da saúde e do correto desempenho dos programas de saúde gerenciados por instituição de qualquer natureza”. (LESSA, 2006, p.43).

No entanto, a adesão do paciente hipertenso à terapêutica proposta nem sempre é efetiva.

A falta de adesão ao tratamento pode ser atribuída a vários fatores, destacando-se os relacionados ao pacientes, como hábitos de vida, crença, hábitos culturais; à doença, como a cronicidade e ausência de sintomas e ao tratamento, como efeitos indesejáveis das drogas e acesso ao tratamento. (SANCHEZ; PIERIN; JR., 2004).

De acordo com Brasil (2006), o principal objetivo do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares.

Portanto além das modificações no estilo de vida, dependendo do grau de HAS, deve-se adotar o tratamento medicamentoso. Pois os anti-hipertensivos, além de reduzir a pressão arterial, reduzem os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

2.5 Crise hipertensiva

De acordo com Smeltzer (2005), existem dois tipos de crise hipertensiva: emergência hipertensiva e urgência hipertensiva. Essas intercorrências podem acontecer com pacientes cuja pressão tem sido mal controlada ou os que interrompem o uso dos medicamentos.

Segundo o mesmo autor, emergências hipertensivas são elevações agudas de pressão arterial que põem a vida em risco. Nesses casos a pressão arterial deve ser imediatamente reduzida para conter ou reduzir ou evitar lesão dos órgãos-alvo. As condições associadas à emergência hipertensiva incluem o infarto agudo do miocárdio, aneurisma dissecante da aorta e hemorragia intracraniana.

Ha elevação abrupta da PA ocasionando, em território cerebral, perda da auto-regulação do fluxo sanguíneo e evidencias de lesão vascular, com quadro clinico de encefalopatia hipertensiva, lesões hemorrágicas dos vasos da retina e papiledema. Habitualmente, apresentam-se com PA muito elevada em pacientes com hipertensão crônica ou menos elevada em pacientes com doença aguda, como em eclampsia, glomerulonefrite aguda e em uso de drogas ilícitas como cocaína. Podem estar associadas a acidente vascular encefálico, edema agudo dos pulmões, síndromes isquêmicas miocárdicas agudas e dissecação aguda da aorta. Nesses casos, ha risco iminente a vida ou de lesão orgânica grave. (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010, p.39).

Na emergência hipertensiva, depois da redução inicial da PA, deve-se iniciar a terapia anti-hipertensiva de manutenção.

O tratamento da emergência hipertensiva deve ser realizado de acordo com o órgão-alvo envolvido e exige cuidados de uma unidade de terapia intensiva devido às condições hemodinâmicas e neurológicas instáveis que podem oferecer risco de morte iminente. Usam-se, na maioria das vezes, medicamentos administrados por via endovenosa. (MARTIN; LOUREIRO; CIPULLO, 2004).

“A elevação crítica da PA, em geral pressão arterial diastólica (PAD) \geq 120 mmHg, porém com estabilidade clínica, sem comprometimento de órgãos-alvo, caracteriza o que se convencionou definir como urgência hipertensiva.” (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010, p.39).

De acordo com a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, pacientes que passam por uma urgência hipertensiva possuem maior risco futuro de eventos cardiovasculares, necessitando, portanto de maior controle da PA utilizando-se medicamentos que visam à diminuição da pressão arterial dentro de algumas horas, evitando agravos de saúde.

Na presença de PA muito elevada, acompanhada de sintomas, há necessidade de uma adequada avaliação clínica, incluindo exame físico detalhado e fundoscopia de olho. Nas emergências hipertensivas recomenda-se controlar a pressão mais rapidamente, enquanto nas urgências hipertensivas o controle pode ser gradual, num período de até 24 horas. Idealmente, os pacientes em emergência hipertensiva devem ser encaminhados para internação em unidade de tratamento intensivo com monitorização da pressão arterial e do eletrocardiograma. (BRASIL, 2006, p.37)

São de suma importância o diagnóstico rápido e o uso da terapêutica adequada, para o restabelecimento do paciente evitando possíveis lesões em órgãos alvo.

Segundo Feitosa-Filho (2008), a emergência hipertensiva é o problema clínico mais grave que merece cuidados intensivos. É caracterizada por pressão arterial muito elevada e sinais de lesões de órgãos-alvo (encefalopatia, infarto agudo do miocárdio, angina instável, edema agudo de pulmão, eclâmpsia, acidente vascular encefálico).

Com base nos dados do histórico, as complicações potenciais que podem se desenvolver incluem as seguintes: hipertrofia ventricular esquerda; infarto do miocárdio; insuficiência cardíaca; TIAs; acidentes vasculares cerebrais; insuficiência e falência renais; hemorragia retiniana. (SMELTZER, BARE, 2005, p.909).

2.6 Assistência de Enfermagem na Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo SMELTZER, BARE (2005), o objetivo do cuidado de enfermagem para pacientes hipertensos deve focar a diminuição e o controle da pressão arterial sem efeitos adversos e sem custo indevido. Para que isso ocorra, a enfermeira deve apoiar e ensinar o paciente a aderir o tratamento. Desde a primeira vez que a hipertensão é detectada a enfermagem deve realizar uma monitorização cuidadosa da pressão arterial em intervalos freqüentes e depois do diagnóstico em intervalos rotineiramente agendados. Desde que o paciente inicia um tratamento anti-hipertensivo, as avaliações da pressão arterial são necessárias para determinar se a terapia medicamentosa está fazendo efeito, ou variações que indiquem a necessidade de alterar o plano de tratamento.

De acordo com SMELTZER, BARE (2005), durante o exame físico, a enfermeira deve avaliar os sintomas que indicam lesão do órgão alvo, que podem incluir: dor anginosa; falta de ar; alterações na fala, visão ou equilíbrio; epistaxes; cefaléias; tonteira; ou noctúria. Além disso, deve prestar atenção para a freqüência, ritmo e caráter dos pulsos apical e periférico para detectar os efeitos da hipertensão sobre o coração e os vasos sanguíneos.

“Uma avaliação completa pode fornecer informações valiosas sobre a extensão com que a hipertensão afetou o corpo e sobre qualquer outro fator pessoal, social ou financeiro relacionado com a condição”. (SMELTZER, BARE (2005, p.908.)

Cabe à enfermeira ensinar o auto cuidado ao paciente, fornecendo-lhe todas as informações pertinentes à doença e como as mudanças no estilo de vida vão contribuir para o alcance do controle da hipertensão.

A equipe de enfermagem desempenha papel importante em favorecer o aumento dos índices de adesão às práticas de saúde estabelecidas para os hipertensos. O enfermeiro deve atuar diretamente na promoção da saúde, contribuindo com o diagnóstico precoce da doença, por meio da medida rotineira da pressão arterial e orientação da equipe sob sua responsabilidade. Uma vez instalada a doença, a atuação recai em orientar sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, manejo da doença e suas complicações quando não controlada, bem como adesão a estilos de vida saudáveis. (SILVA; COLOSIMO; PIERIN, 2010, p.489).

Waldow (2007), diz que o processo do auto cuidado, que faz com que os pacientes participem , cooperando nas intervenções e ajudando a se autocuidar, surgiram com o tempo e decorrem de modelos teóricos como Orem e Horta.

“As prescrições agora enfatizam o favorecer, o auxiliar e o orientar para o autocuidado.” (WALDOW, 2007, p.88).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Leopardi (2006), no processo de trabalho de enfermagem, a teorização é necessariamente parte integrante. Sem dúvida, dadas as características da sociedade brasileira, há que se buscar recursos teóricos que instrumentalizem todos os aspectos da ação de enfermagem, da realização do cuidado à sua concepção, e que possam dar conta da aproximação entre o discurso de totalidade e a prática de cuidados a parcelas desta totalidade.

Por acreditar que as complicações da hipertensão, são decorrentes da falta de auto cuidado, às vezes por desconhecimento da doença ou por dificuldade de assimilar as informações recebidas, serão trabalhadas a partir do modelo da teoria de Orem, na tentativa de fornecer as informações e o estímulo necessários, buscando maior adesão dos pacientes à terapêutica da hipertensão arterial.

3.1 Dorothea Orem: Teoria do auto-cuidado

De acordo com Leopardi (2006), Dorothea Elizabeth Orem nasceu em Baltimore, Maryland, em 1914. Concluiu o Curso de Enfermagem em 1930, período em que a ênfase na profissão era no desenvolvimento das técnicas assistenciais. Em 1939, recebeu o Bacharelado em Ciência da Educação para Enfermagem e em 1945, obteve o grau de Mestre em Enfermagem.

Orem ocupou inúmeros cargos públicos, participando em projetos de treinamento em enfermagem e desenvolvimento de currículo de enfermagem. Em 1958, começou a trabalhar a questão do auto-cuidado como conceito para enfermagem, publicando sua proposta. Em 1965, uniu-se a várias enfermeiras influentes para poder formar o Comitê Modelo de Enfermagem e, em 1968, participou da Conferência do grupo para o desenvolvimento da Enfermagem, com o objetivo de produzir uma estrutura conceitual para a Enfermagem e estabelecer a disciplina de Enfermagem.

Segundo a mesma autora, a partir de 1970, Orem dedicou-se a sua firma de Consultoria Orem e Shilds, em Chevy Chase, Maryland. Em 1971, ela publicou suas idéias sobre o processo de enfermagem, em que propõe três teorias articuladas, as quais foram mais explicitadas em 1985, quando ela diz que essas teorias são formadas por três construtos teóricos: autocuidado, déficits de autocuidado e

sistemas de enfermagem.

O Modelo do Auto-Cuidado de Orem, preconiza que os déficits de auto-cuidado da pessoa são o resultado de situações ambientais. Há três sistemas dentro deste modelo profissional da prática de enfermagem de Orem.

“A **Teoria dos déficits de auto-cuidado** delinea a necessidade da intervenção necessária quando o ser humano não tem competência para executar seu auto-cuidado.” (LEOPARDI, 2006, p.242).

Essa teoria afirma que as pessoas procuram por atendimento de profissionais, quando estão limitadas para exercer o auto-cuidado, por doença, ferimento ou efeitos de testes ou tratamentos médicos.

Neste contexto, a enfermagem deve atuar de forma compensatória, agindo somente onde há a deficiência.

“A **Teoria de auto-cuidado** refere-se a prática de cuidados executados pelo indivíduo portador de uma necessidade, para manter-se com vida, saúde e bem-estar.” (LEOPARDI, 2006, p.242-243).

Nesta teoria o auto-cuidado são colocados como comportamentos aprendidos que as pessoas podem iniciar e executar em seu próprio interesse, para poder manter a vida, saúde e bem estar. Essa habilidade que o indivíduo adquire é rotulada como competência para o auto-cuidado.

“A **Teoria dos sistemas de enfermagem**, baseia-se nas necessidades e capacidades dos enfermos para a execução de auto-cuidado, o que determinará ou não a necessidade de intervenção de profissionais de enfermagem.” (LEOPARDI, 2006, p.243).

Suas pressuposições básicas concluem que:

- A enfermagem é um serviço de ajuda deliberado, desempenhado pelos enfermeiros para outras pessoas, por um período de tempo.
- As pessoas são capazes e desejam desempenhar o auto-cuidado para si e para os membros dependentes da família.
- Auto-cuidado é a parte da vida necessária à saúde, ao desenvolvimento humano e ao bem estar.
- Educação e cultura influenciam os indivíduos.
- Auto-cuidado é aprendido por meio da interação humana e comunicação.
- Auto-cuidado inclui ações deliberadas e sistemáticas desempenhadas para tornar conhecidas necessidades de cuidado.
- As pessoas podem ser auto-confiantes e responsáveis por seu próprio auto-cuidado tanto quanto do cuidado a outros na sua família que não estão capazes de se cuidarem a si mesmos.
- As pessoas são indivíduos com identidades, que são distintas dos outros e do seu meio ambiental. (LEOPARDI, 2006, p.244-245).

“A ação do enfermeiro deve ser, pois, deliberada e sistemática, com o objetivo de promover o auto-cuidado, quando o indivíduo é incapaz de realizá-lo por si mesmo.” (LEOPARDI, 2006, p.243).

De acordo com a autora, o ensino do auto-cuidado é um processo importante para Orem, pois ele ajuda o indivíduo a ganhar conhecimento sobre o processo específico de sua doença. Ele aprende a notar os sinais e sintomas de mudanças indesejáveis em seu corpo.

As ações necessárias para a manutenção da vida e da saúde são denominados requisitos de auto-cuidado e de acordo com Leopardi (2006), compreendem:

- **Requisitos de auto-cuidado universal**, que são os comuns a todas as pessoas e diz respeito ao funcionamento e desenvolvimento humano, como as necessidades básicas, como ar, água, alimentos, eliminação e excreção, etc.;
- **Requisitos de auto-cuidado de desenvolvimento**, que incluem as adaptações que ocorrem em relação às situações normais ou crises, durante o ciclo vital, como infância, gravidez, divórcio, etc.;
- **Requisitos de auto-cuidado nos desvios de saúde**, que diz respeito aos desvios de integridade que prejudica o indivíduo de realizar o auto cuidado.

Orem preconiza que o enfermeiro deve sempre orientar para o ensino do auto-cuidado, porque todo ser humano tem capacidade de cuidar de si mesmo. Se no momento a pessoa está com algum déficit cabe ao enfermeiro intervir para equilibrar o sistema, prestando os cuidados necessários até que o paciente possa novamente cuidar de si mesmo.

Para ela, os enfermeiros devem reconhecer sempre os direitos dos clientes de todas as idades, os quais devem ser informados e serem participantes ativos no cuidado. Antes de discutir o auto-cuidado, é importante compreender que o papel do enfermeiro profissional é promover e manter sistemas saudáveis, sejam quais forem os requisitos de auto-cuidado, universais, de desenvolvimento ou de desvio da saúde. O auto-cuidado é uma exigência universal para sustentar e promover a vida e a saúde. (LEOPARDI, 2006, p.250).

O paciente acometido de crise hipertensiva, após receber os cuidados imediatos, tem condições de realizar os cuidados básicos necessários para manter

sua saúde. Ele somente necessita de orientações e acompanhamento adequado do profissional enfermeiro, para que possa levar uma vida normal, dentro dos seus limites.

A competência do indivíduo para o auto-cuidado determina a qualidade de vida e tem um impacto na longevidade. Os enfermeiros ajudam os clientes a alcançarem esta competência, por meio da orientação de saúde, com conhecimento e motivação, para que as pessoas adotem estilos de vida saudáveis. (LEOPARDI, 2006, p.250).

4 METODOLOGIA

A metodologia coloca a disposição do pesquisador um conjunto de diretrizes que podem auxiliá-lo na tarefa de pesquisa em diferentes conteúdos científicos.

Metodologia é a explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida na trajetória do trabalho de pesquisa.

Segundo Leopardi (2002, p.163), “metodologia é a arte de dirigir o espírito na investigação da realidade por meio do estudo dos métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos”.

4.1 Abordagem Metodológica

A proposta de pesquisa caracterizou-se pela abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2002, p.21), “é uma abordagem que enfatiza a especificidade, o individual, buscando sempre a compreensão dos fenômenos estudados e, também, conhecer as estruturas em que a experiência se verifica”.

Com 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. (LEOPARDI, 2002, p. 116-117).

4.2 Tipo de Pesquisa

Utilizou-se pesquisa tipo estudo de caso, que segundo Minayo (2008, p.164), “utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão”.

“O estudo de caso caracteriza-se pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento.” (DIEHL; TATIM, 2004, p.61).

4.3 Local do Estudo

A Prática Assistencial foi desenvolvida em um Pronto Atendimento 24h da atenção básica.

4.4 Participantes

A Prática Assistencial foi realizada com pacientes com crise hipertensiva admitidos em um Pronto Atendimento 24 hs. A consulta de Enfermagem foi desenvolvida com um grupo de cinco pacientes, no entanto, as ações para a organização da assistência foram extensivas a todos os pacientes.

4.5 Desenvolvimento da Prática Assistencial

Primeiro Momento – Autorização para desenvolvimento da prática Assistencial por meio de ofício endereçado ao enfermeiro gerente do setor em que a Prática Assistencial foi 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 por meio de verificação dos prontuários.

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 a técnica em que o investigador está presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema”. (LEOPARDI, 2002, p.175).

Ainda segundo a mesma autora:

A entrevista tem a vantagem essencial de que são os atores sociais mesmos que proporcionam os dados relativos a suas condutas, opiniões, desejos e expectativas, coisas que, pela sua própria natureza, é impossível perceber de fora. Ninguém melhor do que a própria pessoa envolvida, para falar sobre aquilo que pensa e sente do que tem experimentado. (LEOPARDI, 2002, p.176).

A entrevista semi estruturada 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, por meio 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 às 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, por meio da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados, conforme Minayo (2008).

Serão analisados em 4 momentos:

- **Primeiro momento:** Caracterização do campo de estágio;
- **Segundo momento:** Relato das atividades desenvolvidas;
- **Terceiro 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 e outubro de 2010. 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 por meio 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 a sigla “S” para identificar o profissional.

5.1 Campo De Estágio

O estágio iniciou de forma tranqüila, tendo uma ótima recepção por parte da enfermeira responsável pelo setor e pelas duas técnicas do período. Também fazem parte da equipe dois profissionais médicos, sendo que sua carga horária era das 7:00h as 9:00h e outro das 9:00h as 13:00h.

Na ocasião, foi apresentado o projeto de estágio, dando ênfase ao grupo de pacientes que seria abordado e os objetivos do projeto. Em todos os momentos houve colaboração por parte da equipe no desenvolvimento do trabalho, inclusive informando a admissão de algum paciente em crise hipertensiva no setor, caso eu não estivesse presente no momento.

Foi possível perceber claramente que a equipe trabalha de forma

integrada, sempre buscando maneiras de prestar o atendimento da melhor forma possível.

“Quando a equipe multiprofissional trabalha conjuntamente no atendimento do hipertenso, essas ações favorecem seu envolvimento com o tratamento e com isso há maior controle dos níveis de pressão arterial”. (SILVA; COLOSIMO; PIERIN, 2010, p.489).

5.2 Tema 1 Relato das atividades desenvolvidas

Durante o período de realização do estágio foi possível confirmar que um dos maiores motivos de procura pelo pronto atendimento foi a pressão arterial elevada. Na medida do possível, foi procurado prestar atendimento a todos os pacientes, sempre procurando buscar o que eles conheciam da doença, informações sobre os sintomas, adesão ao tratamento, fatores de risco e hábitos de vida, procura por grupos de apoio. Contudo, o estudo foi realizado com 5 pacientes que estavam em crise hipertensiva e buscaram atendimento de emergência. Nesses casos específicos, foi prestado assistência de enfermagem por meio da consulta de enfermagem, focalizando a Teoria do Auto Cuidado de Orem.

Para Campedelli (1990 apud FORNAZIER e SIQUEIRA 2006, p.281),

A consulta de enfermagem é uma atividade exclusiva do enfermeiro, que, usando de sua autonomia profissional, assume responsabilidade quanto a ação da enfermagem a ser prestada nos problemas detectados e em nível de complexidade da intervenção: a) Cuidados diretos e indiretos necessários; b) orientações indicadas para a situação; c) encaminhamento para outros profissionais (quando a competência de resolução do problema fugir do seu âmbito de ação). Portanto o procedimento requer o desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisão, de forma a proporcionar uma assistência integral e eficaz.

Notou-se que ainda falta muita informação ou conscientização ao paciente com hipertensão arterial. São poucos os que mudaram efetivamente os hábitos de vida tentando controlar a doença e a maioria desconhece a existência de grupos de apoio aos pacientes com hipertensão arterial nos PSFs. Houve pacientes inclusive que afirmaram desconhecer que a mudança de hábitos poderia auxiliar na redução da pressão arterial. Outros que apesar de saber da necessidade de controlar a alimentação e suprimir sal ou gorduras, por exemplo, não conseguiam fazê-lo.

O paciente precisa compreender o processo da doença e como as alterações do estilo de vida e medicamentos podem controlar a hipertensão. A enfermeira precisa enfatizar o conceito de controlar a hipertensão em lugar de curá-la. (SMELTZER, BARE, 2005, p.913).

A adesão ao tratamento, tanto medicamentoso quanto mudanças no estilo de vida, são fatores de fundamental importância na diminuição dos índices pressóricos e enquanto não houver essa conscientização dos pacientes, será difícil o controle da doença.

A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento. Sempre que possível, além do médico, devem fazer parte da equipe multiprofissional os seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico e agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 2006, p.24).

Para que haja essa conscientização e conseqüente aumento da adesão ao tratamento, se faz necessário a atuação dos vários profissionais da saúde, fornecendo as informações pertinentes ao assunto. Por se tratar de medidas educativas, essas mudanças geralmente são lentas, o que demanda do profissional de saúde, principalmente do enfermeiro, a continuidade e insistência, fornecendo a motivação necessária para que o paciente faça o tratamento necessário, tornando suas ações efetivas.

Convencer um paciente, muitas vezes assintomático, de que ele é doente, especialmente quando isto implica em mudanças no estilo de vida ou ainda na obrigação de usar medicamentos para sempre, é um objetivo menos facilmente alcançado. (SANCHEZ; PIERIN; MION JÚNIOR, 2004).

No local de estágio, não foi possível identificar ações voltadas para essa área. Os pacientes são apenas medicados, e após atingirem níveis pressóricos estáveis, são liberados, sem nenhuma informação adicional. Embora o Ministério da saúde, ao longo dos anos tem desenvolvido estratégias e ações que visam auxiliar os profissionais da área da saúde, fornecendo-lhes as informações necessárias para buscar os pacientes das unidades básicas de saúde convencendo-os a aderir ao controle e tratamento da hipertensão.

De acordo com Brasil (2002), as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população do Brasil. Não há uma única

causa para este problema, mas a hipertensão arterial juntamente com o diabetes *mellitus*, são dois dos principais fatores de risco.

“A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada”. (BRASIL, 2002, p.5).

Investir na prevenção, segundo Brasil (2002), é decisivo para garantir a qualidade de vida do paciente, evitando a hospitalização e os consequentes gastos. Com o objetivo de capacitar os profissionais da área e reorganizar os serviços de forma a vincular os portadores da doença às unidades de saúde, garantindo acompanhamento e tratamento,

O Ministério da Saúde, em articulação com as sociedades científicas (Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia), as federações nacionais dos portadores de diabetes e de hipertensão, as secretarias estaduais de saúde, por meio do Conass, e as secretarias municipais de saúde, por meio do Conasems, apresenta o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus*. (BRASIL, 2002, p.5).

Mais tarde, lança o Caderno de Atenção Básica n 15: Hipertensão Arterial Sistêmica, que:

Atualiza conhecimentos e estratégias e visa melhorar a capacidade da atenção básica para a abordagem integral desse agravo, baseia-se nas evidências científicas atuais e são economicamente sustentáveis para a grande maioria da população brasileira dependente do Sistema Público de Saúde. Tem como grande desafio reduzir a carga dessa doença e reduzir o impacto social e econômico decorrentes do seu contínuo crescimento. (BRASIL, 2006, p. 8).

Portanto, se esses programas foram feitos para beneficiar os pacientes portadores de hipertensão arterial, os profissionais da saúde básica não podem deixar que esses pacientes saíssem sem as informações pertinentes ao seu quadro clínico e sem o incentivo necessário para que os mesmos retornem e continuem o tratamento.

Os pacientes que procuraram o serviço de emergência no período com pressão arterial elevada foi realizada uma investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida e receberam reforço nas orientações sobre estilo de vida pessoal, uso de medicamentos, grupo de apoio e incentivo a adesão ao tratamento,

salientando ser este um fator imprescindível ao sucesso do controle da doença. Também foi oferecida a oportunidade para que o paciente esclarecesse suas dúvidas e anseios.

Todos os pacientes manifestaram interesse pelo assunto e consideraram válida a proposta da prática assistencial.

Segundo o olhar da enfermeira do setor a prática teve caráter positivo, visto que a mesma considera a hipertensão arterial um dos principais motivos de procura pelo serviço de urgência e emergência.

5.3 Tema 2: Avaliação da Prática Assistencial

Categoria 1 – Avaliação da prática assistencial aplicada pela acadêmica de enfermagem durante o período de estágio

***S1:** A prática teve um caráter positivo uma vez que a acadêmica pode acompanhar diferentes níveis de hipertensão. Foram entrevistados e assistidos, desde casos leves, de primeiras alterações de pressão, quanto emergências causadas pelas conseqüências do decorrente descompensamento na Pressão Arterial. Atividade foi bem desenvolvida pela acadêmica.*

No período de estágio foi possível vivenciar os extremos da hipertensão arterial. Surgiram casos com leves alterações até um caso que progrediu para uma parada cardíaca.

Kouwhenhoven (1960) apud (BARTHOLOMAY et al, 2003, p.182) diz que:

“Define-se parada cardiorrespiratória como ausência súbita de ventilação espontânea e pulso em grandes artérias, acompanhados de perda da consciência em um mesmo indivíduo ao mesmo tempo.”

A participação no atendimento foi uma oportunidade de vivenciar na prática, os efeitos de uma crise hipertensiva.

Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Torna-se assim "perversa" por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida. (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Pode-se perceber que a alteração da pressão arterial é demonstrada de diferentes formas pelos pacientes. Alguns, com pequenas oscilações, apresentavam

diversos sintomas, enquanto outros, com níveis pressóricos bastante elevados, permaneciam assintomáticos, confirmando a teoria de que a hipertensão é uma doença silenciosa, o que reforça a necessidade da atuação do enfermeiro no controle da hipertensão arterial.

Categoria 2 – Importância da prática de enfermagem direcionada a pacientes com crise hipertensiva

S1: É muito importante, visto que uma das principais causas de complicações e procura pelo atendimento de urgência é relacionada à hipertensão e suas conseqüências. “A prática de enfermagem tem fundamental importância tanto no atendimento de urgência e manutenção da vida quanto na orientação para manutenção da saúde e controle da doença.”

O aumento dos níveis pressóricos acima do normal foi um dos motivos de procura pelo serviço de atendimento em urgência e emergência no período do estágio. Um dos fatores que desencadeia o aumento da pressão arterial é a não adesão ao tratamento.

De acordo com (SANTOS, et al, 2005), entre os motivos da adesão insatisfatória ao tratamento da hipertensão arterial está o déficit de conhecimento sobre a doença e as condutas terapêuticas, ausência de sintomas, prática inadequada do autocuidado, custo e efeitos colaterais das medicações e não participação nas atividades educativas, constituindo um desafio para os profissionais que o acompanha.

Durante a consulta de enfermagem foi possível constatar que o nível de informação que estes pacientes tinham referentes a doença era considerado deficiente, tornando-se fundamental a atuação do enfermeiro no reforço das orientações sobre o estilo de vida pessoal, ao uso de medicamentos, existência de grupos de apoio, além do incentivo a adesão do tratamento, salientando ser este um fator indispensável ao sucesso do controle da doença.

Por esse motivo, se faz imprescindível a presença e atuação do enfermeiro na atenção básica. Pelo menos na primeira consulta, o paciente deve ser atendido pelo profissional enfermeiro, para que o mesmo possa avaliar orientar e encaminhar ao que se faz necessário naquele momento.

De acordo com o Kohlmann JR., Osvaldo et al (1999, p.265) o III

Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial diz que a consulta de enfermagem consiste de:

- Aferição da pressão arterial;
- Investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida;
- Orientação sobre o uso de medicamentos e seus efeitos colaterais, avaliação de sintomas, reforço a orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares;
- Administração do serviço: controle de retornos, busca de faltosos e controle de consultas agendadas.
- As atividades do técnico/auxiliar de enfermagem serão delegadas pelo enfermeiro.

Categoria 3 – Sugestão ao desenvolvimento deste trabalho na prática assistencial aplicada

***S1:** Ofertaria maior tempo e integração do acadêmico à prática assistencial. Proporcionaria também maior relação entre teoria e prática assistencial, relacionando medicações utilizadas, procedimentos realizados e condutas seguidas.*

A prática assistencial de enfermagem, proporciona ao enfermeiro, a possibilidade de prestar um atendimento individualizado, centrado na necessidade de cada paciente.

A enfermagem não é nem mais nem menos do que a profissionalização da capacidade humana de cuidar, por meio da aquisição e aplicação dos conhecimentos, de atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos à enfermagem. (WALDOW, 2007, p.27).

A prática adquirida durante o curso exerce um papel determinante na qualidade do cuidado que será prestado como futuros profissionais da área. Daí a necessidade de que essa prática assistencial seja o mais completa possível. É o momento de aplicar a teoria adquirida e exercer um trabalho adequado, garantindo um futuro profissional seguro e consciente de seus deveres e obrigações.

Considerando que o serviço de urgência e emergência é um segmento bastante complexo e que a habilidade e experiência são adquiridas principalmente com a prática, seria essencial uma carga horária maior para o período de estágio, oportunizando ao aluno uma convivência maior com os casos de urgência e emergência, visto que se trata de uma especialização na área.

Categoria 4 - Continuidade da prática assistencial de enfermagem voltada ao paciente com crise hipertensiva admitido no Pronto Atendimento 24h

S1: *Sim, é muito importante a continuidade da prática assistencial.*

Conforme SILVA; COLOSIMO; PIERIN, 2010:

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 auto cuidado, 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).

Analisando que a enfermeira considera viável o prosseguimento de prática assistencial de enfermagem ao paciente com crise hipertensiva é uma oportunidade de o enfermeiro atuar na educação e prevenção da hipertensão arterial junto aos pacientes que procuram pelo atendimento de urgência e emergência.

De acordo com Brasil (2006), toda a equipe multiprofissional tem papel importante no que se refere à prevenção, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Cada profissional deve atuar em sua área, porém todos devem focar em um objetivo.

No que se refere ao enfermeiro, suas atribuições são:

- 1) Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
- 2) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
- 3) Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos;
- 4) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);
- 5) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;
- 6) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;
- 7) Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades;
- 8) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades;

- 9) Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem comorbidades; (BRASIL, 2006, p.40-41).

No entanto, a luta para o aumento da adesão do paciente ao tratamento da hipertensão arterial deve ser constante, visto que vários são os motivos que levam o paciente a não aderir ou interromper o tratamento.

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, p.39) diz que os principais determinantes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo são:

- 1.Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica;
- 2.Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa auto-estima;
- 3.Relacionamento inadequado com a equipe de saúde;
- 4.Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço;
5. Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis;
6. Interferência na qualidade de vida após o início do tratamento.

Abordar o paciente que procura por atendimento de urgência e emergência com a pressão arterial elevada, procurar informá-lo sobre sua condição e conduzi-lo de forma que ele procure por tratamento e não somente atendimento imediato, é papel do enfermeiro. É o momento correto de durante uma consulta de enfermagem, esse paciente receba todas as informações pertinentes à sua patologia e o incentivo necessário para dar continuidade ao tratamento. A confiança que o enfermeiro adquirir do paciente nesse momento é fundamental para a adesão e o progresso do tratamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão do paciente ao tratamento da hipertensão arterial é o principal fator para o sucesso do controle da doença. Portanto, é fundamental que o paciente tenha todas as informações necessárias para que ele realize o auto cuidado de forma adequada. Embora isso seja de responsabilidade de toda a equipe de saúde, a enfermagem é o principal agente no que se refere a esse processo, pois tem a oportunidade de ter um contato mais prolongado com o paciente.

No local de estudo é viável a abordagem do paciente pelo enfermeiro, pois ao procurarem pelo serviço de urgência e emergência com a pressão arterial elevada, muitas vezes sem saber que são hipertensos, eles são medicados e aguardam a normalização dos índices pressóricos. Momento este, que o enfermeiro pode utilizar para realização da consulta de enfermagem, esclarecendo sobre o assunto e encaminhando este paciente para um acompanhamento posterior, evitando com isso, novos episódios de crise hipertensiva.

Pôde-se perceber claramente durante o período, que os pacientes são carentes de informações e sem elas o auto cuidado torna-se inviável. Além disso, todos os pacientes consultados demonstraram interesse no assunto e apresentaram dúvidas. Compete ao enfermeiro, portanto, atuar junto a esses pacientes, desenvolvendo atividades educativas individuais ou em grupo e buscar junto aos demais membros da equipe, maneiras de conscientizar os pacientes da importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamento.

As dificuldades existem, por ser a hipertensão arterial uma doença crônica, assintomática, que demanda além do tratamento medicamentoso, mudanças de hábitos de vida. Mas com o incentivo e o acompanhamento adequados, é possível cativar a confiança do paciente, fazendo com que ele se conscientize da importância da continuidade do tratamento. A relação do paciente com a equipe de saúde é fundamental, pois somente com a sensação de ser bem recebido e acreditar na equipe que o atende, é que o paciente voltará e sentir-se-á estimulado a seguir o que lhe foi prescrito.

Apesar do pouco tempo em campo de estágio, conseguiu-se atingir os objetivos propostos. O período foi proveitoso e rendeu aumento dos conhecimentos adquiridos anteriormente, bem como a oportunidade de aplicar os conhecimentos referidos no ensinamento do auto cuidado em pacientes com hipertensão arterial,

visando um aumento da adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento.

Este estudo representa uma pequena contribuição para o conhecimento geral, embora outros trabalhos sejam necessários para complementar o tema e dar continuidade ao assunto, com o objetivo de aumentar a adesão do paciente hipertensivo, tornando o tratamento efetivo, conseqüentemente aumentando a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

BARTHOLOMAY, Eduardo, et al. Impacto das Manobras de Reanimação Cardiorrespiratória Cerebral em um Hospital Geral. Fatores Prognósticos e Desfechos. **Arq Bras Cardiol**, volume 81 (nº 1), 182-8, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v81n2/p07v81n2.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.58 p. – **(Cadernos de Atenção Básica; 16)** (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf. Acesso em: 09 set. 2010

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes *mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2011.

CADE, Nágela Valadão. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, maio 2001 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 abr. 2011

CASTRO, Maria Euridéa de; ROLIM, Maysa Oliveira; MAURICIO, Tibelle Freitas. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul Enferm.** 2005;18(2):184-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a11v18n2.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2011.

DIEHL, Astor Antônio; TATIM, Denise Carvalho. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas**: métodos e técnicas. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.

FEITOSA-FILHO, Gilson Soares et al . Emergências hipertensivas. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 3, set. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 set. 2010

FORNAZIER, Mariana Lorencetti; SIQUEIRA, Marluce Miguel. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J Bras Psiquiatr**, 55(4): 280-287, 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a04v55n4.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2011.

KOHLMANN JR., Osvaldo et al . III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 43, n. 4, Aug. 1999.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v43n4/11752.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2011.

LEOPARDI, M. T. et al; **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem**. Florianópolis: Soldasoft, 2006. v 1000. 393p.

_____. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFSC, 2002. 294p.

LESSA, Ínes. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertensão**. vol.13(1): 39-46, 2006.

Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf>. Acesso em 22 mar. 2011.

MARTIN, JFV; LOUREIRO, AAC; CIPULLO, JP. Crise hipertensiva: atualização clínico-terapêutica. **Arq Ciênc Saúde**. 2004;11(4):253-61.

Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/11%20-%20id%2075.pdf. Acesso em 22 mar. 2011.

MARTINS, Larissa Castelo Guedes et al . Nível de atividade física em portadores de hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, Aug. 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 abr. 2011.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11a. Ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

_____, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 80p.

MONTEIRO JUNIOR, Francisco das Chagas et al . Prevalência de verdadeiras crises hipertensivas e adequação da conduta médica em pacientes atendidos em um pronto-socorro geral com pressão arterial elevada. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 90, n. 4, abr. 2008 .

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 set. 2010.

SANCHEZ, Cristiane Garcia; PIERIN, Angela Maria Geraldo; MION JR., Décio. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, Mar. 2004 .

Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

62342004000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 set. 2010

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo et al . Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, Set. 2005 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Nov. 2010

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.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 nov. 2010.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G., Brunner & Suddarth, **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10^a ed. Vol. 2. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.

Acesso em 04 set.2010.

_____. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. 2006:1-48.

Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>. Acesso em: 08 set. 2010.

TOLEDO, Melina Mafra; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIESA, Anna Maria. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, Jun. 2007 .

Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Nov. 2010.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – 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, 27 de setembro de 2010.

Ilma. Sr^a Renata Cristine Leite
ENFERMEIRA GERENTE 24H PRÓSPERA
CRICIÚMA - SC

Prezada Senhora,

Vimos, por meio deste, solicitar campo de estágio para desenvolvimento de Trabalho de Prática Assistencial de Enfermagem da Acadêmica Isoléia Romagna do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC, do período de setembro a novembro de 2010, no Pronto Atendimento 24hs do Bairro Próspera. 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 Dorothea Orem.

A acadêmica Isoléia Romagna (fone: 9918-0491) estará sob a responsabilidade, supervisão e orientação da Prof^a. Especialista Luciana Rosa (fone: 48-9954 3730).

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento, e aguardamos deferimento.

Atenciosamente,

Luciana Rosa
Professora Orientadora- UNESC

APÊNDICE B – Protocolo De Consulta De Enfermagem Segundo Dorothea Orem



PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM SEGUNDO DOROTHÉA OREM

HISTÓRIA CLÍNICA

1 – Identificação:

Nome:..... Idade:.....

Cor:..... Estado Civil:.....

Instrução:..... Ocupação:.....

Queixa principal (Situação em que o paciente foi encontrado):.....

.....

Medicações em uso:.....

.....

Duração conhecida da Hipertensão Arterial:.....

.....

Adesão e reações adversas a tratamentos prévios:.....

.....

2 – Antecedentes Familiares

Hipertensão Arterial prévia:.....Diabetes:.....

Outras Doenças (coronariana, renal):.....

3 – Antecedentes Pessoais

Hipertensão Arterial:.....Diabetes:.....

Outras Doenças (coronariana, renal):.....

4 – Requisitos para o auto cuidado

Hábitos Alimentares:.....

Consumo de sal:.....

Sono e repouso:.....

Eliminações:.....

Atividade física:.....

Lazer:.....

Hábitos (fumo, álcool):.....

Peso e altura:.....

5 Requisitos de desenvolvimento do auto cuidado

Busca e realiza o auto cuidado:.....

.....

Tem competência parcial para o auto cuidado (precisa de ajuda e/ou orientações):.....

.....

Tem incompetência para o auto cuidado (precisa que alguém faça por ele):.....

.....

EXAME FÍSICO

Pressão arterial:.....X.....mmHg Freq. Cardíaca: bpm

Freq. Resp.:.....mrpm Temperatura:.....°C

Dor (localização e características):.....

Pupilas: () Pupilas isocóricas () Pupilas anisocóricas () Fotorreage
 () Não-fotorreagente.

Pele e mucosas: () Sem alterações () Cianose () Icterícia
 () Hipocorada () Hipercorada () Lesões na pele

Obs:.....

Cabeça: () abaulamento () convexidade () Sensação de cisalhamento ósseo
 () Lesões; Descrição.....

Olhos e pálpebras: () Exoftalmia () Enoftalmia () Desvio () Nistagmo () Edema
 Obs:.....

Ouvido: () Zumbido () Otorréia () Otorragia () Rubor
 () Secreção purulenta

Nariz: () Rinorragia () Rinorréia () Rubor () Epistaxe

Boca: () Lesões orais () Desvio mandibular () Alteração na coloração da mucosa

Pescoço: () Linfonodos Palpáveis () Tireóide Aumentada () Carótida pulsáteis acentuadas
() Engurgitamento jugular () Traqueostomia () Lesões ou queimadura

Tórax: () Ginecomastia () Nódulos mamários () Mastite () Tórax chato

() Tórax em forma de tonel () Tórax infundiforme (sapateiro)

() Tórax cariniforme (peito de pombo) () Tórax piriniforme (sino) () Tórax cifótico

() Tórax escoliótico () Tórax cifoescoliótico () Tórax instável traumático.

Ritmo respiratório: () Dispneia () Platipneia (aliviada posição deitada) () Ortopneia

() Trepopneia (aliviada em decúbito lateral) () Cheyne stokes () Kussmaul

() Biot () Respiração suspirosa () Respiração profunda () Respiração superficial

() Taquipneia () Bradipneia () Apneia () Eupneia () Tiragem

Expansão, ausculta pulmonar: () Boa expansibilidade ápice e ou base () Expansibilidade reduzida em base a _____ () em ápice a _____ () Aumento de frêmito toracovocal () Diminuição de frêmito toracovocal () Hipersonoridade pulmonar;

() Submacicez e macicez () Som timpânico () Estertores finos e ou grossos

() Roncos, sibilos ou estridor () atrito pleural

Inspeção e Ausculta Cardíaca: () Abaulamento () Batimentos ou movimentos

() Palpação de bulhas () Frêmito cardiovascular () Ritmo cardíaco normal () Arritmico

() Taquicardia () Bradicardia () Sopro () Bulha hiperfonética () Bulha hipofonética

() Bigeminismo () Trigeminismo () Ritmo de galope

Abdôme: () Normal () Globoso () Batráquio () Avental () Pendular () Côncavo

() Timpanismo () Macicez () RHA+ () RHA – () Dor a Palpação ponto _____

() Blumberg + () Rechaço + () Merphy + () Jordano + () Gersuny+ () Vascolejo + .

Obs _____

Membros Superiores e Inferiores: () Pulsos Periféricos Palpáveis () Pulsos Periféricos não Palpável () Paresia () Plegia () Edema () Lesões

() Amputações () Gesso () Tala Gessada () Lesões () Tônus muscular diminuído

Resultado de Exames:

Gasometria:.....

ECG:.....

Exames laboratoriais:.....

Exames radiológicos:.....

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

D1:.....

D2:.....

D3:.....

D4:.....

D5:.....

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

P1:.....

P2:.....

P3:.....

P4:.....

P5:.....

Isoléia Romagna
Acadêmica do Curso de Especialização

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

APÊNDICE C – Avaliação da Prática Assistencial segundo o olhar do enfermeiro do setor

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 Atendimento 24h?

APÊNDICE D - 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

Estamos realizando um projeto para o Estágio do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência intitulado: Prática Assistencial de Enfermagem ao paciente com crise hipertensiva no Pronto Atendimento 24 h do Bairro Próspera – Criciúma-SC, fundamentada em Orem.

Estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivos principais: Desenvolver e aplicar uma proposta de Prática Assistencial de Enfermagem na crise hipertensiva em um grupo de pacientes, fundamentada em Dorothea Orem, elaborar um protocolo para a consulta de enfermagem ao paciente com base na teoria de Dorothea Orem; aplicar a consulta de enfermagem desenvolvida aos pacientes participantes da prática assistencial.

Embora o (a) sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, 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.

A coleta de dados será realizada pela acadêmica, Isoléia Romagna (fone: 99180491) do Curso de Pós Graduação, Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC e orientado pela professora Luciana Rosa (fone:99543730).

Criciúma (SC)_____de setembro de 2010.

Assinatura do Participante