

PROMOVENDO O AUTOCUIDADO DE CLIENTES COM OBESIDADE E CORONARIOPATIA: APLICAÇÃO DO DIAGRAMA DE PENDER

PROMOTING SELF-CARE OF OBESE PATIENTS WITH CORONARIOPATHY:
APPLICATION OF PENDER'S DIAGRAM

PROMOVIENDO EL AUTOCUIDADO DE CLIENTES CON OBESIDAD Y
CORONARIOPATIA: APLICACIÓN DEL DIAGRAMA DE PENDER

Iraci dos Santos^I
Carla dos Santos Soares^{II}
Lina Márcia Miguéis Berardinelli^{III}

RESUMO: Este trabalho teve com objetivo identificar necessidades de autocuidado de clientes com obesidade e coronariopatia, aplicando o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Método descritivo, tempo série de casos, operacionalizado em um encontro com 30 clientes atendidos em consulta de enfermagem, no ambulatório de cardiologia de uma universidade do Rio de Janeiro, Brasil, de 2009 a 2010. Nos resultados foram identificadas necessidades relacionadas à conduta e aos fatores pessoais; influências situacionais impeditivas e facilitadoras e intervenções de enfermagem para o autocuidado. Concluiu-se que o cliente foi incentivado mediante interações e educação à saúde que o levaram à reflexão, tomada de consciência, às interferências sobre seu estilo de vida e à autonomia para o autocuidado. Isso é um desafio para a superação de um modelo de prevenção que responsabiliza isoladamente a adesão ou não a terapêutica orientada pelo profissional.

Palavras-chave: Enfermagem; promoção da saúde; autocuidado; teoria de enfermagem.

ABSTRACT: This work aims to identify self-care needs of clients with obesity and coronary artery disease applying Pender's Health Promotion Model. Descriptive method, case-series type, which was implemented in a meeting with 30 clients assisted in nursing appointments in the cardiology ambulatory at a university hospital in Rio de Janeiro, Brazil, from 2009 to 2010. Results: the needs identified included: conduct and personal factors; impairing and facilitating situational influences and conduct proposals facing nursing guidance for self-care. Conclusion: the client can be stimulated through interactions and health information that lead them to: reflection, raising awareness, interferences on their life styles and autonomy for self-care. However, overcoming a prevention model that attributes an isolated liability as to whether there will be adherence to the therapy recommended by the professional is a challenge.

Keywords: Nursing; health promotion; self-care; nursing theory.

RESUMEN: Este trabajo tuvo como objetivo identificar las necesidades de autocuidado de clientes con obesidad y enfermedad arterial coronaria empleando el Modelo de Promoción de la Salud de Pender. Método descriptivo, modalidad serie de casos, desarrollado en un encuentro con 30 clientes, en la consulta de enfermería, en el servicio de cardiología de una universidad del Rio de Janeiro, Brasil, de 2009 a 2010. Resultados: Fueron identificadas necesidades relacionadas a la: conducta y a los factores personales; influencias situacionales impeditivas y facilitadoras e propuestas de conducta delante de las orientaciones de enfermería para el autocuidado. Conclusión: el cliente fué incentivado mediante interacciones y educación en salud, que condujeron a la reflexión, toma de consciencia, interferencias sobre su estilo de vivir y a la autonomía para el autocuidado. Más ese es un reto para superación de un modelo de prevención, que solamente responsabiliza la concordancia o no con la terapéutica orientada por el profesional.

Palabras clave: Enfermería; promoción de la salud; autocuidado; teoría de enfermería.

INTRODUÇÃO

A preocupação com o estilo de vida é uma constante na sociedade devido às decisões individuais que afetam a saúde e sobre as quais é possível exercer certo grau de controle^{IV}. Pois as decisões e os hábitos inadequados à saúde criam riscos originados pelo próprio indivíduo. Quando esses riscos resultam em enfermi-

^IDoutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento Fundamentos de Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: iraci.s@terra.com.br

^{II}Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário Serra dos Órgãos. Teresópolis, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: carlinhasoares@yahoo.com.br

^{III}Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento Enfermagem Médico Cirúrgica. Professora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: l.m.b@uol.com.br

^{IV}Recorte da Dissertação de Mestrado de: Soares CS. *Condições socioeconômicas e obesidade: os desafios para a enfermagem na promoção do autocuidado na contemporaneidade*. Aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

dade ou morte pode-se afirmar que o estilo de vida contribuiu ou ocasionou a enfermidade ou a disfunção¹.

Reverter estilos de vida insalubres torna-se um imperativo para as políticas públicas e práticas de saúde, mediante investimentos em intervenções e ações voltados para os fatores comportamentais como tratamento não farmacológico da obesidade e da doença arterial coronariana (DAC). As práticas de saúde e políticas públicas visam às propostas educacionais a fim de instrumentalizar mudanças no estilo de vida para adoção de hábitos saudáveis.

O sucesso das estratégias de saúde envolve, também, a superação de barreiras importantes, entre elas: a desinformação, a resistência à mudança, a exclusão social, os conflitos de interesse e a distância entre o conhecimento². O enfermeiro como provedor do cuidar se torna um interventor através da orientação para o controle da obesidade do cliente com DAC, desde que se proponha ao cuidado integrado, ou seja, o cuidar associado ao educar.

Ao longo dos tempos tem-se considerado que nenhuma profissão cuida mais do que a enfermagem, pois o cuidado se relaciona a esta profissão, nos modos de cuidar interativo, seguro e integrativo. Sendo uma ciência humana, além de procedente da área da saúde, os profissionais constroem suas ações junto às pessoas a partir de suas experiências, adquiridas por suas vivências³.

Nola J. Pender, na década de 80, introduziu o Modelo de Promoção da Saúde (MPS), considerando bases teóricas sobre os processos cognitivos, a valorização de expectativas da motivação humana, atitudes pessoais e normas sociais, como deflagradoras na decisão de condutas⁴. A partir dessas bases, entendeu-se que a promoção da saúde (PS) depende de determinantes cognitivos e perceptuais, que irão subsidiar significados para a tomada de decisões e condutas de PS.

O MPS é fundamentalmente um modelo conceitual de enfermagem, a ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção do autocuidado, pelo estudo da interrelação de três pontos principais: características e experiências individuais, sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e comportamento de promoção da saúde desejável⁴⁻⁷.

Esse modelo emerge da tentativa de identificar fatores que influenciam comportamentos saudáveis e as decisões sobre o estilo de vida adotado por pessoas^{5,6}. O estilo de vida promotor da saúde é um instrumento que permite a valorização da saúde dos indivíduos, tendo utilidade para o atendimento de enfermagem, tanto em apoio quanto em orientação para o autocuidado dos clientes^{4,7}.

O cuidado associado à educação transcende seus preceitos básicos, pois através do educar, há capacitação para intervir de forma construtiva /reflexiva, singular/plural, dinâmica /flexível, num complexo histórico e cultural de relações humanas entre os sujeitos⁸.

Aqui são abordadas situações decorrentes da obesidade, especialmente sua ocorrência no cliente com DAC. Esta se caracteriza basicamente por um desequilíbrio entre a demanda e oferta de oxigênio para a musculatura cardíaca provocado pela diminuição da luz do vaso coronariano, devido a um complexo processo de formação de trombos. As manifestações clínicas da DAC interferem na autonomia do indivíduo, que fica impossibilitado de exercer cuidados básicos à vida humana, como trocas gasosas, alimentação, eliminação, higiene, ou até mesmo administrar aspectos de importante impacto social, como trabalho e/ou família⁸.

A obesidade, considerada um problema de saúde pública e uma epidemia mundial, é ocasionada pelo desequilíbrio entre a ingestão e o gasto calórico. Demanda uma revisão do estilo de vida do cliente implicando mudança de dieta, introdução de atividades físicas compatíveis com um viver saudável, evitando-se, assim, o aumento da ingestão de alimentos hipercalóricos. A natureza cada vez mais sedentária de diversas ocupações de adultos, adolescentes e atividades de crianças são os principais fatores contribuintes para esse problema, que está na raiz de doenças crônicas como a hipertensão, diabetes e doença renal^{8,9}.

Enfocando as complicações da obesidade, a complexidade dos eventos que a provocam, e as pessoas com doença coronariana, ressalta-se a educação como instrumento de transformações sob dois principais aspectos da promoção da saúde: os que visam mudanças nos comportamentos dos indivíduos, e aqueles relativos ao seu estilo de vida, localizando-os no seio da família, e no ambiente cultural da comunidade em que se encontram^{10,11}.

Considerando que o sucesso das estratégias de saúde envolve a superação de barreiras, com vistas ao equilíbrio das dimensões corporais do ser humano, indaga-se: quais são as necessidades de autocuidado no cliente com DAC? Diante das observações da dinâmica cotidiana do atendimento à saúde, teve-se como objetivo: identificar necessidades de autocuidado entre clientes com obesidade e doença arterial coronariana, aplicando o Modelo de Promoção de Saúde de Pender.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O processo de reestruturação das práticas de saúde reflete o conceito e aplicabilidade do autocuidado (AC) nas práticas educativas, haja vista a proposta de transição no modo de pensar em organizações de saúde. Assim, o cuidado de enfermagem é percebido como integrante do processo de sobrevivência da vida humana. Pois isso constitui a essência da profissão, tanto na sua objetividade, durante o desenvolvimento de tecnologias e procedimentos, como nas subjetividades expressas na sensibilidade, criatividade e intuição¹².

A educação confere movimento reflexivo aos indivíduos, resultando em autonomia, pois, se permitindo ser e percebendo-se responsável por si mesmo, ele exerce o AC, visando ao seu bem-estar. Então, a PS se diferencia, transformando-se em atividade coletiva, que envolve prevenção, educação, e participação de diferentes setores da sociedade¹³.

Trata-se de uma perspectiva estratégica ampliada, onde o incentivo à autonomia para o AC não significa apenas uma ideia reducionista à adesão terapêutica e responsabilização do sujeito, a partir das práticas educativas realizadas pelo profissional de saúde envolvido. A educação permite aos sujeitos lançarem mão dos conhecimentos compreendidos para elevar os níveis de saúde, sem agredir o sentido da própria vida^{13,14}.

O desenvolvimento de estratégias baseadas na promoção de um estilo de vida saudável requer esforço coordenado entre os provedores de cuidados em diversas instâncias educacionais, governamentais e industriais¹⁴. Assim, entende-se que a educação à saúde e a promoção da saúde caminham lado a lado, sendo a conscientização o primeiro passo para o autocuidado¹⁴.

Aplicou-se o diagrama proposto na Teoria de Nola Pender como um modelo conceitual esquemático^{6,15}, que representa um paradigma multivariado, permitindo explicar e prever o componente de PS e do estilo de viver ao estudar o modo como os indivíduos decidem sobre o cuidar de si, no contexto da enfermagem. Sua fundamentação em teorias de enfermagem, desenvolvimento humano, psicologia experimental e educação conduziram a utilização de uma perspectiva holística e psicossocial da enfermagem cuja teoria oferece uma nova visão dos pilares do MPS.

O estilo de vida promotor da saúde é um instrumento que permite a valorização da saúde das pessoas, sendo útil ao atendimento de enfermagem, tanto em apoio quanto em educação aos clientes. Ele identifica, principalmente, os fatores cognitivos e perceptuais como os principais determinantes diretos das condutas de PS. Tal modelo, revisado em 2002, mostra a identificação dos conceitos facilitadores de geração de hipótese demonstráveis, visando diagnosticar necessidades de cuidados de enfermagem^{6,16,17}.

Método

Estudo descritivo, tempo série de casos¹⁵, operacionalizado de fevereiro de 2009 a julho de 2010, durante o atendimento de clientes em consulta de enfermagem (CE), em ambulatório de cardiologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Foram abordados clientes sem condutas terapêuticas invasivas, sendo critérios de inclusão para seleção da amostra: cadastrado no ambulatório de DAC, participante da consulta de enfermagem (CE); idade entre 50 e 70 anos; ambos os sexos; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); capacidade de compreen-

são preservada; inexistência de dificuldades para participar do estudo (déficit cognitivo, problemas relacionados à fala e problemas locomotores).

A pesquisa foi aprovada mediante o Protocolo nº 223328, do Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Os sujeitos assinaram o TCLE, após conhecerem o objetivo, vantagens e desvantagens da investigação e concordarem com a divulgação de suas informações, desde que respeitado o anonimato. A seleção da amostra considerou os 7 dias de operacionalização da CE no ambulatório escolhido, verificando-se que 120 clientes estavam agendados para atendimento; e, destes, 46 indivíduos tinham menos que 50 ou mais que 70 anos de idade e foram excluídos do estudo. Atenderam aos critérios de inclusão 74 pessoas. Deste total, quatro sujeitos faltaram à consulta agendada e 40 clientes não aguardaram a CE, cuja duração situou-se entre 45 e 90 minutos de atendimento individual. Assim, a amostra do estudo foi composta por 30 sujeitos.

Utilizou-se um formulário composto pelas características sociodemográficas: faixa etária, escolaridade, situação ocupacional, renda familiar; número de dependentes, condições de habitação; e fatores comportamentais: qualidade da dieta; prática regular de exercício físico; fatores de risco para obesidade: histórico familiar, parâmetros antropométricos: índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal (CA).

Para a CE, utilizou-se uma ficha clínica, já validada¹⁶ para desenvolver o processo de enfermagem (PE), no mesmo contexto institucional do campo da pesquisa. Foram desenvolvidas as etapas: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento e formulação de intervenções de enfermagem para o atendimento de necessidades de autocuidado dos clientes consultados.

Desde a autopercepção dos clientes quanto às suas necessidades de autocuidado, aplicou-se o diagrama do MPS de Pender⁶, relacionando-se os seguintes aspectos: características e experiências individuais (comportamento anterior e fatores pessoais); conhecimentos sobre o comportamento - fatores cognitivos e afetivos (influências interpessoais e situacionais: impeditivas e facilitadoras) e resultado das condutas (institucionais e profissionais e orientações para o AC). Os dados foram organizados no programa *excel* e submetidos à estatística descritiva simples¹⁵. Na correlação de dados, foram considerados os seguintes valores e significados: acima de 0,70 positiva ou negativa aponta uma forte correlação; de 0,30 a 0,70 positivo ou negativo indicam correlação moderada, abaixo de 30 expressa correlação fraca.

Corresponde a uma limitação desta pesquisa a utilização parcial da consulta de enfermagem, e da aplicação parcial do MPS. Registra-se que foi impossível verificar os resultados das intervenções de enfermagem propostas aos clientes consultados, considerando o tempo previsto para realização da dissertação de mestrado.

RESULTADOS

Referente aos fatores pessoais biológicos observou-se que, dos 30(100%) sujeitos de pesquisa, 24(80%) são idosos, distribuem-se igualmente em ambos os sexos, 19(63,3%) têm sobrepeso ou obesidade segundo o IMC e 26(86,6%) possuem obesidade abdominal, conforme o CA. Quanto aos fatores socioculturais, predominou a etnia branca autodeclarada- 26(83,3%), apenas 11(36,6%) indivíduos citaram atividade laboral, devido à aposentadoria, 23(76,6%) cursaram até o ensino fundamental, 20(66,7%) têm renda familiar de até 2 salários mínimos e em 16(53,3%) famílias, até quatro pessoas dependem desta renda. Todos afirmaram residir em imóveis próprios, construídos em alvenaria, compostos por quatro ou cinco cômodos, com água encanada e coleta regular de lixo.

Em relação à conduta dos sujeitos anterior ao desenvolvimento de ações visando à promoção da saúde, observou-se que a maioria – 20(66,7%) não pratica atividade física, enquanto 9(30%) consomem dieta inadequada diante da obesidade e da DAC. Ressalte-se, ainda, que 4(14%) clientes desconhecem a caracterização da dor no peito como um sintoma de doença cardíaca. Associando essa inobservância de sintoma à alimentação inadequada, obteve-se 1,00, correspondente à forte correlação. Quanto à ingesta hídrica diária reduzida, a correlação foi moderada e os demais itens alcançaram baixa correlação, conforme a Tabela 1.

TABELA 1: Conduta previamente relacionada por sujeitos de pesquisa. Rio de Janeiro, 2010

Conduta previamente relacionada	f	%	p-IS	p-AI
Inobservância da caracterização da dor no peito	4	14	1,00	1,00
Consumo de dieta rica em açúcares e gorduras	9	30	-0,04	0,15
Inexistência de atividade física	20	66,7	0,07	0,26
Ingesta hídrica diária reduzida	11	36,7	-0,30	0,01
Limitações físicas decorrentes de doença musculoesquelética ou vascular	13	43,3	-0,15	-0,22
Não adequação das medidas antiequedas	3	10	-0,13	0,28
Renda insuficiente à manutenção do tratamento	3	10	0,07	0,00

Legenda: p-IS = inobservância de sintomas da DAC; p-AI = Alimentação inadequada

Quanto aos fatores cognitivos e afetivos referentes às influências interpessoais e situacionais impeditivas à promoção da saúde/autocuidado, releva-se o estado emocional de 1(3,3%) cliente por perda (morte) potencial de pessoa significativa, e as relações de conflito no convívio familiar, como uma dificuldade para desenvolver ações de autocuidado informadas por 5(16,7%) pessoas. Níveis de escolaridade reduzi-

dos e conhecimento deficiente sobre obesidade, DAC e outros agravos foram encontrados, igualmente, na maioria de 25(83,3%) sujeitos. Ver Tabela 2.

Infere-se que tais achados podem resultar em escolhas inadequadas à saúde assim como a renda familiar insuficiente tem contribuído para o menor avanço na promoção de comportamentos promotores de saúde, fato percebido pela maioria de 20(66,7%) sujeitos. Relacionando o alcance de bom nível de autopercepção ao consumo de dieta rica em açúcares e gorduras, obteve-se a correlação de -0,92. Tal índice significa que a alta autopercepção está inversamente proporcional ao consumo da dieta inadequada. Os demais itens atingiram baixa correlação, segundo a Tabela 2.

TABELA 2: Influências interpessoais e situacionais. Rio de Janeiro, 2010

Influências interpessoais e situacionais	f	%	p-IS	p-AI
Impeditivas				
Perda (morte) potencial de alguém significativo	1	3,3	-0,07	-0,12
Relações de conflito no convívio familiar	5	16,7	-0,15	0,17
Conhecimento deficiente sobre a obesidade, doença cardiovascular e outros agravos	25	83,3	-0,02	0,02
Limitações físicas decorrentes de doença musculoesquelética ou vascular	13	43,3	-0,15	0,01
Níveis reduzidos de escolaridade	25	83,3	-0,02	0,02
Renda familiar insuficiente para subsistência familiar	20	66,7	0,07	0
Facilitadoras				
Alcance de bom nível de autopercepção dos sujeitos para suas necessidades de AC	21	70	0,01	-0,92
Independência total para exercer atividades de autocuidado	29	96,7	0,07	0,12
Acompanhamento regular das consultas ambulatoriais após evento clínico isquêmico	30	100	-	-

Legenda: p-IS=Inobservância de sintomas da DAC; p-AI=Alimentação inadequada

Para esses impeditivos, são descritas como influências situacionais facilitadoras: o bom nível de autopercepção na maioria de 21(70%) sujeitos, apesar de a baixa escolaridade dificultar o entendimento de suas necessidades de AC durante a consulta de enfermagem; a independência parcial para exercer atividades de AC, identificada na quase totalidade-29(96,7%) clientes. Sobreleva-se a frequência regular às consultas ambulatoriais pela totalidade dos sujeitos da pesquisa, conforme a Tabela 2.

Quanto aos fatores relacionados à renda salarial, renda insuficiente para a manutenção do tratamento medicamentoso, e à escolaridade observou-se, que estes possuem alto grau de correlação -0,92.

Diante da identificação de necessidades de autocuidado, percebidas e reveladas pelos sujeitos de pesquisa, durante a CE, destacam-se as seguintes intervenções de enfermagem incentivadoras de condutas de promoção de saúde dos clientes: manutenção de clima de confiança e franqueza entre profissional/cliente/familiar; favorecimento e incentivo de discurso/diálogo sobre os problemas de origem emocional, relacionados à autoestima, automotivação ou competência pessoal; esclarecimentos sobre a obesidade, DAC e seus agravos; orientação sobre técnicas de relaxamento (alongamento, terapias complementares); escuta sensível às queixas e aos comentários dos clientes.

DISCUSSÃO

Aplicando o Modelo de Promoção da Saúde^{4,7,15,17}, caracterizado no diagrama de Pender, foram destacados os fatores pessoais de origem biológicas os quais subsidiaram as intervenções de enfermagem para o autocuidado do cliente com obesidade e doença arterial coronariana. A constatação do descontrole da obesidade diante do aumento da circunferência abdominal permite alertar que ela conduz, principalmente, à morbimortalidade cardiovascular em função de importantes alterações metabólicas provocadas pelo excesso de peso abdominal^{10,18}. Portanto, através da informação e incentivo à conscientização do indivíduo, invocando sua própria vivência prévia, espera-se alcançar mudanças de comportamentos e adoção de estilo de vida saudável^{4,6}.

Recordando o diagrama do MPS, alerta-se que os fatores pessoais sociais correspondem, entre outros, ao estado socioeconômico no qual as pessoas se encontram inseridas^{4,6, 15, 17}. Ressalte-se que, os sujeitos da pesquisa com critério de obesidade, segundo os padrões antropométricos, residem em imóveis próprios, construídos em alvenaria, compostos por quatro ou cinco cômodos, com coleta regular de lixo e água encanada. Entretanto, têm como dependentes de sua baixa renda familiar mais de duas pessoas. Tal fato pode lhes possibilitar ansiedade e estresse.

Sobre esse assunto, pesquisadores junto aos grupos de comunidades^{13,17} propõem que o enfermeiro desempenhe o papel de educador como algo diretamente político, justamente por facilitar a autonomia de grupos que se encontram em desvantagem social^{13,19}, tais como aqueles com baixa escolaridade e renda insuficiente para o sustento familiar. Nesse caso, a escolha por melhores opções sobre o estilo de vida depende da capacidade cognitiva e perceptual dos sujeitos, principais determinantes diretos das condutas de PS^{4,6}, colocando-os como corresponsáveis por seu estado de saúde⁴.

Essa proposição refere-se, também, às práticas educativas para o autocuidado que mobilizam pessoas à conscientização e à tomada de medidas saudáveis. O mesmo ocorre no domínio psicológico, sobrelevando-se o estado de saúde percebido e o conceito de saúde compreendido pelos clientes, permitindo-lhes definir propostas de PS^{4,6, 8, 20, 21}.

Destaca-se a autopercepção sobre a inexistência de prática de atividade física entre os clientes consultados, que são idosos, obesos e ainda possuem DAC. Eles têm limitações físicas decorrentes de doenças musculoesqueléticas ou vasculares, bem como a sua ingesta hídrica diária é reduzida e consomem uma dieta rica em açúcares e gorduras. Tais resultados alertam que, o desenvolvimento e intervenção da tecnologia médica alcançaram um pequeno estrato populacional e evidenciou um envelhecimento de forma superficial e excludente. Portanto, a desinformação, a resistência à mudança, a exclusão social são importantes barreiras^{2,13} a serem superadas para obtenção da PS baseada em ações de AC^{4,5}.

Entretanto, além dos fatores biológicos encontram-se as influências interpessoais, principalmente aquelas relativas às dimensões emocionais e espirituais vivenciadas nos ambientes familiar e social, pois estas caracterizam alguns fatores impeditivos para o exercício do AC. Os afetos negativos influenciam a capacidade pessoal de organizar e executar uma conduta promotora da saúde (a autoeficácia percebida), assim como as propriedades de estímulo de conduta em si. O aumento dos sentimentos em direção à autoeficácia pode gerar maior afeto positivo^{4,6}.

O modelo de valorização da motivação humana baseado nas condutas racionais, aspectos cognitivos nas decisões de condutas correspondem à construção central do MPS desenvolvido por Pender^{4,15}. Ainda, sem informação, será impossível adotar condutas que fomentam a saúde, de forma potencial, ao longo de toda a vida.

O alcance de bom nível de autopercepção dos sujeitos sobre suas necessidades de AC, a independência para realizar estas atividades e o comparecimento regular às consultas ambulatoriais são considerados influências situacionais facilitadoras para condutas promotoras da saúde.

É necessário que o enfermeiro ouça atentamente as queixas e comentários do cliente ou suas percepções e entendimento das situações, considerando que a realidade socioeconômica percebida constitui uma dimensão que extrapola as opções pessoais. Tal realidade consiste, fundamentalmente, em deixar a pessoa ciente da proporção coletiva e da dependência de políticas públicas com investimento em saúde, educação, remuneração, qualidade no trabalho, tipo de moradia, entre outros.

CONCLUSÃO

Em sua função de educador o enfermeiro desenvolve ações voltadas para a promoção e fortalecimento de condutas responsáveis para a adoção de estilos de vida saudáveis junto ao cliente e comunidades. Tais ações permitem a revisão crítica de experiências de perdas passadas, propiciando a aceitação de sentimentos (entendimento ou estado de saúde percebido, redefinição de saúde). Torna-se imprescindível conhecer a história familiar e monitorar respostas psicobiológicas, atentando para as

que demandam estresse. Para tanto, foram dadas orientações de enfermagem para o autocuidado, considerando-se as dimensões psicobiológica, emocional, mental/intelectual, psicossocial e psicoespiritual.

Embora as práticas educativas se constituam em uma das atribuições do profissional de enfermagem, bem como vertentes quanto ao modelo centrado na promoção da saúde, é escassa a divulgação dos resultados de sua atuação na identificação das necessidades de autocuidado dos clientes com obesidade e coronariopatia, no âmbito ambulatorial, considerando a dimensão multifatorial: política, social, econômica, comportamental.

O controle dos fatores de risco modificáveis pode ser incentivado desde as interações com os profissionais de saúde, entre os quais o enfermeiro, por estar constantemente mais próximo do cliente e na sua prática de cuidar/educar/pesquisar se comprometer em prover-lhe informações que o levam à reflexão, à tomada de consciência, às interferências sobre o seu estilo de vida e à autonomia para o autocuidado. Porém, a ansiedade para que outras propostas sejam articuladas, diante da realidade das condições de vida dos sujeitos, é um desafio para superação de um modelo de prevenção que responsabiliza isoladamente a adesão ou não à terapêutica orientada pelo profissional.

A perspectiva deste trabalho, visando enfatizar atos intervencionistas futuros da enfermagem, na luta pela autonomia na aplicação do conhecimento essencial dessa profissão, incorpora outras dimensões para a integralidade do atendimento ao cliente. A intenção é que ele se torne um alicerce para o aprofundamento de novos estudos, remetendo a mais ampla fundamentação filosófica, teórica e tecnológica que proponha a reconstrução das práticas de cuidar, educar e pesquisar em enfermagem.

A necessidade de incentivar a consulta de enfermagem de forma sistematizada inclui a avaliação dos resultados obtidos com as intervenções de enfermagem. Para tanto, a contribuição deste estudo é indispensável para a redução dos índices de obesidade através da orientação para o autocuidado. Lembra-se que o efetivo desenvolvimento da consulta de enfermagem requer a qualificação profissional, em termos de competência, habilidade e interação com o cliente, além de decisão institucional para ser realizada em sua amplitude.

REFERÊNCIAS

1. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa (Ca): Editors April; 1974.
2. Cavalcante TF, Moreira RP, Araujo TL, Lopes MVO. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010; [citado em 12 mar.2013] 18(4):[06 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_07.pdf
3. Santos I, Caldas CP, Gauthier J, Erdmann AL, Figueiredo NMA. Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço no domínio da enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20:4-9.
4. Sakraida TJ, Nola J Pender: Modelo de promoción de la salud. En: Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Madrid (Es): Elsevier-Mosby; 2011. p 434-53.
5. Santos I, Alves ACS. [Promoting the self care of the elderly for healthy aging: application of Nola Pender Theory]. Texto e contexto enferm [Internet] 2010 [citado em 12 mar 2013]; 19:745-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400018>.
6. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4thed. Upper Saddle River (NJ): Prentice-Hall; 2002.
7. Victor JF, Lopes MVO, Ximenes LB. Analysis of diagram the health promotion model of Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*. [Internet]2005; [citado em 12 mar 2013] 18:235-40. Portuguese. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>.
8. Ferraz F, Silva LWS, Silva LAA, Reibnitz KS, Backes VMS. Education and care in nursing: passport to the learning, education, and care in health. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2005; [citado em 12 mar 2013] 58:607-10. Portuguese-se. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000500020>.
9. Khawali C, Ferraz MB, Zanella MT, Ferreira SRG. Evaluation of quality of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public healthcare system. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2012; 56:33-8.
10. Organização Mundial de Saúde. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva, n° 311. Ginebra (Swi): OMS; 2006.
11. Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15: 177-85.
12. Guedes NG, Moreira RP, Cavalcante TF, Araujo TL, Lopes MVO, Ximenes LB et al. Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25:151-6.
13. Soares CS, Santos I, Berardinelli LMM. Obesity as a social problem: identifying guidance needs of nursing. *Rev Enferm UFPE On line*. 2010; 4:18-27.
14. Caetano JA, Soares E. Client's quality of life after myocardial infarction. *Esc Anna Nery* [Internet] 2007; [citado em 12 mar 2013] 11:30-7. Portuguese. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000100004>.
15. Polit DF, Beck CT, Hungler BP Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 6ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
16. Amorim LC, Santos I, Albuquerque DC. Nursing assessment: research/care through the sensible listening in the heart failure clinic. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2008; 7:30-6.
17. Santos SSC, Barlem ELD, Silva BT, Cestari ME, Lunardi. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21:649-53.
18. Tarastuchuk JCE, Guérios EE, Bueno RRL, Andrade PMP, Nercolini DC, Ferraz JGG et al. Obesity and coronary intervention: should we continue to use body mass index as a risk factor? *Arq Bras Cardiol*. 2008; 90:311-6.
19. Ferreira VA, Magalhães R. Obesity among the poor in Brazil: female vulnerability. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16:2279-87.
20. Santos I, Rocha RPF. Needs of nursing guidance for self-care of clients on hemodialysis therapy. [Internet] 2011 [citado em 12 jun 2013]; *Rev Bras Enferm*. 2011; 64:335-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200018>.
21. Silva MCS, Lautert L. O senso de autoeficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. *Rev esc enferm USP*. 2010; 44:61-7.