

ANÁLISE DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE CLIENTES HIPERTENSOS E AS IMPLICAÇÕES NA PRODUÇÃO DE CUIDADO

ANALYSIS OF SELF-CARE DEFICIT IN HYPERTENSIVE CLIENTS AND IMPLICATIONS FOR NURSING CARE

ANÁLISIS DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE CLIENTES HIPERTENSOS Y LAS IMPLICACIONES EN LA PRODUCCIÓN DE CUIDADO

Lina Márcia Miguéis Berardinelli^I
Nathália Aparecida Costa Guedes^{II}
Sonia Acioli^{III}

RESUMO: O objetivo desta pesquisa foi identificar o déficit de autocuidado de clientes hipertensos internados nas enfermarias de clínica médica de um hospital universitário e descrever os fatores que influenciaram esse déficit. Estudo descritivo e exploratório, desenvolvido com 15 clientes internados nas enfermarias de um hospital universitário, situado no município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados, em 2012, por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo, emergindo duas categorias: reconhecendo o déficit de autocuidado e hábitos que revelam tal déficit. Conclui-se que a Teoria de Orem fornece subsídios à prática do enfermeiro para que ele seja capaz de identificar condições nas quais há um déficit na capacidade para autocuidar-se. Portanto, entende-se que a adesão ao tratamento está vinculada ao papel educativo do enfermeiro junto ao cliente.

Palavras-chave: Autocuidado; teoria de enfermagem; hipertensão arterial; enfermagem.

ABSTRACT: This descriptive study aimed to identify self-care deficits in hypertensive inpatient clients on internal medicine wards of a university hospital in the municipality of Rio de Janeiro, and to describe the factors that influenced those deficits. Data were collected in 2012 through semi-structured interviews of 15 such clients. Content analysis brought out two categories: recognizing deficits in self-care, and habits that reveal such deficits. It was concluded that Orem's theory can inform nurses' practices to enable them to identify conditions where there is a deficit in the capacity for self-care. Adherence to treatment is thus understood to be linked to nurses' role in educating clients.

Keywords: Self-care; nursing theory; hypertension; nursing.

RESUMEN: El objetivo de esta investigación fue identificar el déficit de autocuidado de clientes hipertensos internados en las enfermerías de clínica médica de un hospital universitario y describir los factores que influenciaron ese déficit. Estudio descriptivo y exploratorio, desarrollado con 15 clientes internados en las enfermerías de un hospital universitario de Rio de Janeiro-Brasil. Los datos fueron recolectados, en 2012, por medio de entrevista semiestruturada y sometidos al análisis de contenido, surgiendo dos categorías: reconociendo el déficit de autocuidado y hábitos que revelan ese déficit. Se concluye que la Teoría de Orem fornece subsídios a la práctica del enfermero para que ello sea capaz de identificar condiciones en las cuales hay un déficit en la capacidad para autocuidarse. Por lo tanto, se entiende que la adhesión al tratamiento está vinculada al rol educativo del enfermero junto al cliente.

Palabras clave: Autocuidado; teoría de enfermería; hipertensión arterial; enfermería.

INTRODUÇÃO

O panorama de saúde e as transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades ao longo do tempo modificam as maneiras como sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver¹. Tais mudanças facilitam e dificultam, ao mesmo tempo, o

acesso das populações às condições de vida mais favoráveis à saúde e, portanto, repercutem diretamente na alteração dos padrões de adoecimento.

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) reconhecidas mundialmente, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. Os

^IEnfermeira. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista do Programa de Incentivo à Produção, Técnica e Artística, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico: Fundamentos filosóficos, teóricos e tecnológicos do cuidar em saúde e enfermagem. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: l.m.b@uol.com.br

^{II}Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: nathyguedes@gmail.com

^{III}Enfermeira. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista do Programa de Incentivo à Produção, Técnica e Artística, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: soacioli@gmail.com

países subdesenvolvidos, de baixa renda padecem mais, quanto menor suas chances de garantir políticas públicas que alterem positivamente os determinantes sociais de saúde¹.

Entre as DCNT, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) considerada um problema de saúde pública mundial, na maioria das vezes, ocasiona muitas dificuldades e mudanças na vida das pessoas em diferentes níveis, tanto do ponto de vista da saúde mental, social, econômico e ainda, pelas intercorrências emergenciais, evolução clínica e a possibilidade de agravamento a longo prazo, devido aos déficits de autocuidado^{2,3}.

Com base na expressão do perfil epidemiológico, está cada vez mais crescente o número de pessoas acometidas pela doença, só no Brasil cerca de 17 milhões de pessoas são hipertensas. Sendo que 35% desta população possuem 40 anos ou mais. Estima-se que 4% de crianças e adolescentes sejam portadores de hipertensão arterial. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório⁴.

Outro fato apontado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), realizada nos anos de 1998, 2003 e 2008, evidenciou em sua última edição que, no total da população residente, 31,3% afirmou ter pelo menos uma doença crônica, correspondendo a 59,5 milhões de pessoas. O percentual de mulheres com doenças crônicas (35,2%) é maior do que o de homens (27,2%), e aumenta com a idade: 45% para a população de 40 a 49 anos de idade e 79,1% na população de 65 anos ou mais de idade. A doença crônica mais frequentemente relatada no total da população entrevistada foi a hipertensão arterial (14,1%), seguida de doenças da coluna (13,5%)⁵.

Ora, se considerarmos que a HAS primária compreende de 90 a 95% dos casos dessa enfermidade e pode ser controlada, desde que as pessoas entendam o processo saúde/adoecimento/cuidado e envolvam-se nas ações de autocuidado para o seu próprio benefício. Entendendo autocuidado como a capacidade que as pessoas têm para cuidar de si, desempenhando atividades em prol do seu próprio benefício⁶.

E ainda que o modelo biomédico prevaleça e encaminha as ações de enfermagem para a observação da doença de forma impositiva e não para a observação do ser humano adoecido, no caso das DCNT o sucesso do tratamento necessita que as pessoas estejam em sintonia com as ações, emoções e reações expressas pelo corpo, pois as ações de saúde devem ser compartilhadas e aprendidas pelas pessoas de acordo com as suas percepções, conhecimento do processo de adoecimento, desejos, possibilidades, com as mudanças que a doença impõe às suas vidas e a de seus familiares.

Somando-se aos fatos apresentados, observou-se que o número de clientes hospitalizados com algum tipo de complicação por hipertensão tem sido reinci-

dente em relação à proporção ao diagnóstico de clientes internados e ao número de leitos. Por exemplo, no mês de outubro de 2012, em uma unidade de internação clínica, onde se trata de clientes com diagnósticos tão heterogêneos, constatou-se que, dos 20 leitos ocupados, mais de 57% dos pacientes internados possuíam hipertensão arterial.

Diante dessas circunstâncias, a literatura aponta que o modelo apropriado para ajudar nas ações de enfermagem e responder às necessidades das pessoas com DCNT advém da Teoria do Déficit de Autocuidado, de Orem. A referida autora e demais estudos realizados, consideram a educação para o autocuidado um processo dinâmico que depende da vontade do cliente e da percepção dele sobre sua condição clínica⁷⁻¹⁰.

Assim, conforme as reflexões anteriores, questiona-se: Até que ponto os dados levantados são suficientes para analisar o déficit de autocuidado? E quais são os fatores que influenciam o déficit de autocuidado?

Portanto, os objetivos do estudo são: Identificar o déficit de autocuidado de clientes hipertensos hospitalizados nas enfermarias de clínica de um hospital universitário e analisar os fatores influenciadores que conduziram ao déficit de autocuidado.

Observando a produção de conhecimento acerca da temática dos últimos cinco anos, usando os descritores hipertensão arterial, enfermagem, autocuidado, nas bases de dados eletrônicas, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) evidenciam que o profissional de enfermagem deve ser capaz de estimular o paciente a obter as informações necessárias, para o correto manejo da hipertensão, bem como reforçar as orientações e incentivar o autocuidado¹¹⁻¹⁶.

Observa-se que tais estudos se referem ao déficit de autocuidado, mas não os de clientes hospitalizados hipertensos, fato de interesse dos profissionais de saúde, gestores públicos e de instituições de saúde que almejam reduzir as reinternações hospitalares de pessoas com enfermidades crônicas. Além disso, há uma escassez na literatura brasileira voltada para esse aspecto. A relevância se dá no sentido da ampliação do conhecimento na área da enfermagem e na aplicabilidade da fundamentação teórica para o cuidado e na implementação da sistematização da assistência de enfermagem na área de conhecimento clínico.

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico centrou-se na Teoria de Déficit de Autocuidado de Orem, a qual determina quando há necessidade da intervenção da enfermagem e passa ser uma exigência quando a pessoa se encontra incapacitada ou limitada para o suprimento de autocuidado eficaz e continuado¹⁷.

Essa teoria é uma relação entre as propriedades humanas de necessidade terapêuticas de autocuidado e a atividade de autocuidado, em que as capacidades de autocuidado constituintes e desenvolvimentais não são operativas ou adequadas para conhecer ou suprir alguns ou todos os componentes de necessidade terapêutica de autocuidado existente ou programada¹⁷.

Nessa teoria existem métodos de ajuda, a saber: agir ou fazer pelo outro; guiar o outro; apoiar o outro; proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quando tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e ensinar o outro¹⁷.

O enfermeiro possui todos os elementos necessários para cuidar do outro, regulando o emprego das etapas do método, ou até mesmo utilizando todos os métodos dessa teoria, de modo a potencializar o autocuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HU/UERJ) em 2012. Os sujeitos foram 15 pacientes, cujos critérios de inclusão foram: diagnóstico de hipertensão, faixa etária acima de 20 anos, internados nas enfermarias de clínica médica do HUPE, sem distinção de raça, sexo, religião, interessados em participar de todas as etapas de desenvolvimento da pesquisa de forma voluntária.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do HU/UERJ, atendendo à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, de pesquisas envolvendo seres humanos, sob o protocolo nº 017.3.3012. A participação dos pacientes no estudo se condicionou à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a leitura e compreensão dos procedimentos éticos sobre o anonimato, os objetivos, as vantagens e desvantagens quanto à implementação da pesquisa.

Os dados foram produzidos através de entrevista semiestruturada, individual, com questões específicas ao estudo, gravadas em aparelho eletrônico MP3, apoiada por um roteiro previamente testado. Os sujeitos foram identificados como entrevistado 1 (E 1) e assim sucessivamente.

Após a entrevista, os dados foram transcritos, organizados, distribuídos cronologicamente de acordo com as respostas, classificados e categorizados, segundo o método da análise de conteúdo¹⁸, emergindo duas categorias denominadas: Reconhecendo o déficit de autocuidado e Hábitos que revelam o déficit no autocuidado.

Em seguida, os dados foram interpretados à luz das concepções sobre autocuidado de autores que se constituíram nas bases teóricas do estudo.

Os dados do perfil social dos sujeitos foram submetidos à análise estatística.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos participantes foi composto assim: dos 15 participantes, 67% pertenciam ao sexo feminino e 33% ao sexo masculino. Em relação à etnia, a maioria se autorreferenciou como pertencente à raça negra. Grande parte dos entrevistados possuía o ensino fundamental completo seguido do fundamental incompleto. Observou-se que apenas um dos entrevistados possuía nível superior completo. Cerca de 50% dos entrevistados são praticantes da religião católica, 42% são evangélicos e 8% são adeptos do candomblé. Aproximadamente 75% são economicamente ativos. A média das idades foi de 55 anos.

Estudo inferiu que o nível de escolaridade poderia contribuir para o desconhecimento, o descuido com a saúde, o processo de adoecimento e engajamento para o autocuidado. A faixa etária também é um indicativo positivo, no sentido de que são adultos jovens e podem ser influenciados nas mudanças necessárias para se manterem saudáveis e retornarem às atividades costumeiras¹⁹.

A seguir são apresentadas as categorias emergentes.

Reconhecendo o déficit de autocuidado

Essa categoria expressa a subjetividade de cada depoente acerca da evolução do adoecimento e do tempo percorrido até a descoberta do diagnóstico e foi analisado de acordo com a Teoria de Autocuidado, observando adequação da relação entre capacidade e demanda de autocuidado de clientes hospitalizados, conforme mostram os relatos a seguir:

Eu não tinha pressão alta não, pelo menos não sabia, mas depois que começou a crescer a minha barriga que os médicos viram que eu tinha pressão alta. Isso já tem uns cinco anos. Em casa eu só tinha dor de cabeça, uma dor de cabeça muito forte, que não tinha muita vontade de fazer nada, nem ajudava a minha mãe com os serviços de casa por causa disso. (E1)

Eu descobri que tinha pressão alta há dois anos. Fui internado por uma dor muito forte no peito, achei que ia morrer no dia, fui para emergência e fiquei uma semana internado, descobriram que tinha uma veia do coração entupida, minha pressão era sempre alta, mesmo durante a internação. (E2)

Descobri que tinha pressão alta quando tinha 30 anos, tinha muitas crises do rim, ia para o hospital ficava uns dois dias no soro e expelia a pedra e ia embora, por anos foi assim até que um dia fui internado por mais tempo, uma semana, não consegui expelir a pedra e minha pressão ficou muito alta, 20 a mais alta, e não abaixava por nada. Me disseram que precisava parar de fumar e beber porque se continuasse ia perder o rim. (E9)

Eu descobri que tinha pressão alta há 5 anos. Sempre tive acompanhamento médico e evitava comer doces. Dizem que comecei a ter pressão alta por causa do meu rim que não tá funcionando direito, me explicaram que o açúcar alto prejudicou o rim. (E10)

Os depoimentos dos participantes apontam, nas entrelinhas, algumas sensações de mudança no próprio

corpo e, ao se depararem com a enfermidade, relatam diversos sinais e sintomas. A enfermidade é acompanhada por mudanças significativas no organismo e para cada órgão atingido, uma sensação física diferente. Por exemplo, a dor é uma sensação desagradável que desencadeia desconforto, passando por várias fases, de leve a muito forte, associada de um processo destrutivo dos tecidos que se expressa através de uma reação orgânica e/ou emocional. A dor no peito evidencia a pouca oferta de oxigênio para os tecidos, artérias e veias.

O déficit de autocuidado identificado está relacionado com o desconhecimento do processo de saúde/doecimento/cuidado, o tempo e a forma de diagnóstico, a evolução clínica da doença, os agravos e complicações da hipertensão arterial e a dor referida por todos os depoentes. Nesse caso, os clientes hospitalizados encontram-se em dificuldades para desenvolver o seu autocuidado. Nos momentos de encontro com as clientes hospitalizadas, os enfermeiros podem ajudá-los a encontrar soluções para os seus problemas de saúde, os quais não foram atendidos. Importa, nesse encontro, a escuta atenta, envolvendo-se com as situações levantadas, estabelecendo vínculo e levando-as a refletir sobre a sua saúde, aproveitando o momento para o ensino-aprendizagem. Os motivos encontrados reforçam a necessidade de se trabalhar com referenciais de enfermagem que proporcionem condições de abordagem educativa individualizada para o tratamento não farmacológico.

Os pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas não aderem efetivamente ao tratamento, principalmente se este for profilático, quando a doença é mais leve ou assintomática ou quando as consequências da interrupção da terapia forem tardias. É o caso do portador de hipertensão arterial que na maioria das vezes não apresenta sintoma qualquer da doença e tende a não aceitar o tratamento²⁰.

Nos depoimentos, a seguir, se constata outra realidade:

Na minha família a minha avó tinha pressão alta e meu pai morreu de problema no coração. (E1)

Todo mundo em casa tem pressão alta, meus irmãos e tios todos. (E8)

Meu pai e meu irmão já tem pressão alta, mas eles se tratam. (E12)

Na minha família ninguém tem pressão alta. (E15)

Nos últimos depoimentos citados fica clara a origem da hipertensão arterial, embora muitos desconhecem que esse problema também diz respeito aos fatores de risco, além das heranças genéticas. Se soubessem, talvez pudessem ficar mais atentos aos hábitos e estilos de vida saudáveis, a fim de que pudessem postergar ou evitar a hipertensão arterial.

Os fatores de risco cardiovasculares frequentemente se apresentam unidos à predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para

essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável.²¹ Nesse aspecto, o autocuidado, segundo Orem, necessita ser fortalecido no sentido de aumentar a competência para superar as mudanças necessárias em relação aos hábitos e estilos de vidas que podem ser alterados para a manutenção do equilíbrio, do bem-estar e da vida¹⁷.

Hábitos que revelam o déficit de autocuidado

Eis os discursos dos sujeitos:

Não tomava os remédios, comia comida com gordura, não fazia exercício e bebia. Ai depois de muito tempo, eu vi que o negócio era sério, vi que estava ficando mais cansada, com as pernas inchadas, com uma dor no peito quando trabalhava muitas horas ai eu comecei a fazer tratamento. (E3)

Fiquei sem tratamento uns 20 anos. Fui internada devido ao cansaço e comecei a tomar os remédios direitinho. Agora faço comida bem sem sal em casa, não totalmente. Deixei de usar carne gordurosa. De 2 anos para cá, levo uma vida mais parada, mais triste por que não consigo trabalhar mais, minhas pernas incham muito e meu rim não tá funcionando muito mais. Parei de fumar há 3 meses atrás. 40 anos fumando, 1 maço por semana. Eu gosto de uma cervejinha, final de semana, mas agora parei. (E6)

Nunca me cuidei, não fazia acompanhamento médico, sempre comi coisa gordurosa, só comia coisa que não era saudável e fumei quase 35 anos. Acho que foi isso que mais me prejudicou e ainda estou acima do peso e levo uma vida com bastante estresse. (E10)

Nunca fiz atividade física e meu trabalho também não ajuda, como trabalho em casa passo o dia sentado no computador. Fui pra casa tomando vários remédios, na primeira semana fiz tudo direitinho, parei de fumar, controlei a alimentação, mas o tempo foi passando e voltei aos mesmos hábitos antigos, voltei a fumar. Ai estou eu aqui de novo, com outra veia entupida. (E11)

Bom eu nunca me cuidei, comecei a fumar desde os 18 e a beber também, comida então só coisas que vocês chamam de não saudáveis. Não tomei os meus remédios e nem parei com os meus vícios e a comida? Ai sim que eu comia carne de porco, gordura, não comia direito, não fazia exercício, aliás, nunca fiz, nunca gostei. (E13)

Eu não levava uma vida saudável, comia todo dia fora de casa e meu trabalho não me deixa almoçar direito, ficava muito tempo sentado e às vezes tinha 15 minutos só pra almoçar, comia muita besteira, sanduiche, batata frita e, quase todo dia tomava uma cervejinha, sempre fumei, comecei com vinte anos, fumava cerca de 1 maço por dia, agora pretendo parar. Nunca fiz exercício físico, sempre achei muito chato, comia tudo que é proibido agora, carne de porco então não tem coisa melhor, água não bebia mesmo, gosto é da cervejinha bem gelada, porque água não tem gosto. (E15)

Cada depoimento mostra o quanto essas pessoas necessitam de cuidados e não possuem competências para cuidar da sua própria saúde. É preocupante para o enfermeiro se deparar com essa realidade, a

pessoa é hipertensa, usa alimentação com excesso de sódio, com alto teor de gordura, não faz atividade física, é obesa, parou e voltou a fumar, faz uso de bebida alcoólica e não usa medicação. Por outro lado, é preciso levar em conta que muitas pessoas encontram o maior prazer da vida, na alimentação e o desafio é encontrar uma forma de propor mudanças não radicais de modo a sublimar os hábitos arraigados, criando propostas que facilitem as mudanças adequadas individualmente para cada um destes sujeitos.

Existe grande dificuldade no que se refere às mudanças de hábitos, pois estes fazem parte de uma construção social e são influenciados pelo meio em que os pacientes se inserem, necessitando, assim, de investimentos incansáveis dos serviços de saúde para a reversão deste quadro¹⁹.

A Teoria do Déficit de Autocuidado foca a causa das ações de enfermagem ao indivíduo associada à intenção de torná-lo completamente ou parcialmente capaz de saber regular cuidados para si ou para seus dependentes e conseguir empenhar-se na continuação do desempenho dessas medidas para controlar ou, de alguma forma, gerir fatores que interferem no funcionamento e desenvolvimento próprios ou de seus dependentes²².

Ao considerar os sujeitos deste estudo, segundo observado, essas pessoas apresentam necessidades específicas quanto ao autocuidado, todas são hipertensas e já possuem complicações, inclusive um já foi submetido a uma angioplastia e outro será submetido à revascularização do miocárdio.

Além disso, os depoimentos citados sinalizam outras necessidades de saúde, a saber:

Já tive internado no hospital de Bonsucesso, no hospital da avenida e aqui quatro vezes com essa inclusive na cardiologia para colocar o stent, foi onde fiquei mais tempo. (E2)

Estive internada aqui, em 2011, 3 vezes. Esse ano [2012] é a 2ª vez, por causa do rim que está falhando. Já estive internada na UPA, por algumas horas só. (E10)

Estive internado antes por pressão alta, mais de 10 vezes. (E15)

Diante das circunstâncias apresentadas, cada depoente já foi hospitalizado em diferentes situações de agravo e de complicações da hipertensão. Nesse caso, Orem propõe o sistema de apoio educação, sendo o papel do enfermeiro de promover o cliente em um agente de autocuidado¹⁷.

O paciente tem que ser enfocado como sujeito da ação, ou seja, é o próprio indivíduo quem determina e decide como as ações de cuidado devem acontecer. O controle das decisões e a implementação da intervenção do profissional são transferidos para o paciente, diminuindo a dependência na relação profissional-paciente e a prevenção de suas sequelas negativas.¹⁴

Tendo em vista os fatores, é necessário que o cliente hipertenso procure entender o significado das mudanças para realizá-las e adequando-as nos seus hábitos de vida, com os modos de viver, a situação financeira e principalmente após ter assimilado as alterações substanciais no estilo de vida.

Como limitação do estudo, ressalta-se o reduzido número de participantes e único cenário impedindo a generalização dos resultados.

CONCLUSÃO

Baseado na análise reflexiva de Orem acerca do déficit de autocuidado de clientes hipertensos hospitalizados e os fatores influenciadores que os levaram às reinternações, o presente estudo, além de analisar o déficit de autocuidado, permitiu o encontro do enfermeiro com o cliente. Desse encontro foi possível compartilhar ideias, possibilidades de mudança e reflexões que os fizeram pensar em adotar atitudes e medidas, dentro das possibilidades de cada um, relacionadas ao compromisso com a própria saúde, no que diz respeito em adotar hábitos mais saudáveis de viver.

O déficit considerado de maior relevância foi o desconhecimento do processo saúde/doença, as mudanças corporais, físicas e emocionais decorrentes da doença em si e de suas complicações e de cuidados necessários para se manter saudável. Nesse aspecto, houve maior prejuízo a não adesão ao tratamento não medicamentoso, o qual deveria ter ocorrido antes da instalação da complicação, tendo em vista que a identificação dos sintomas da hipertensão pelos clientes apareceu tardiamente, dificultando o tratamento e levando ao descompromisso com a própria saúde.

Portanto, o cuidado direcionado para essa clientela necessita de assistência às necessidades físicas, apoio psicológico, além de incluir estratégias que ofereçam o autoconhecimento, autoestima, motivação, autocontrole e a participação ativa dessas pessoas no próprio cuidado.

Para isso é necessário envolvimento de todos, enfermeiros e residentes, profissionais da saúde, alunos e instituição, no oferecimento de um processo educativo construtivista, para transformações sociais, as quais se evidenciam na medida em que se abre um canal de comunicação com os clientes internados, alicerçado nas relações interpessoais, na ação comunicativa por meio da relação de ajuda, acolhimento, respeito, confiança, cordialidade, interesse e sensibilidade com o problema do outro.

O aspecto importante da teoria é que esta permite qualificar o cuidado, potencializar as pessoas enfermas influenciando-as nas situações em que elas mais precisam e que o autocuidado está deficiente. Nesse sentido esta teoria foi considerada adequada pelas autoras, tendo em vista que, ao aplicá-la, conseguiu associar ações

de educação, permitindo aos clientes hipertensos maior entendimento, conforto e autonomia.

Recomenda-se que outros trabalhos dessa natureza sejam realizados, no sentido de ampliar a avaliação dos conceitos que foram objetos deste trabalho, em populações com diferentes características e de diferentes regiões do País, para a confirmação dos resultados obtidos nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília (DF): Editora MS; 2008.
2. Ministério da Saúde (Br). Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília(DF): Editora MS; 2008.
3. Ministério da Saúde (Br). Diretrizes de cuidado integral de doenças crônicas e não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília(DF): Editora MS; 2007.
4. Serrano Jr. C, Timerman A, Stefanini E. Tratado de cardiologia. Sociedade de Cardiologia de São Paulo. São Paulo: Manole Ltda; 2009.
5. Ministério da Saúde (Br). Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – Plano Nacional de Saúde PNS- 2012-2015. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
6. Santos I, Sarat CNF. Modalidades de aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. Rev enferm UERJ. 2008; 16:313-8.
7. Lopes MCL, Carreira L, Marcon SS, Souza AC, Waidman MAP. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. Rev Eletrônica de Enfermagem. 2008; [citado em 28 set 2013] 10(1):1-18.
8. Braga CG, Silva JV. Teorias de enfermagem. São Paulo: Iátria; 2011.
9. Silva FM, Budó MLD, Garcia RP, Sehnem GD, Schimith MD. Práticas de vida de portadores de hipertensão arterial. Rev enferm UERJ. 2013; 21:54-9.
10. Bastos DS, Borenstein MS. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. Texto contexto enferm 2004; 13(1):92-9.
11. Lima FET, Araujo TL. Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. Rev Gaucha Enferm. 2007; 28:223-32.
12. Manzini FC, Simonetti JP. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadoras de hipertensão arterial: uso da teoria do autocuidado de orem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009; 17:113-9.
13. Bureseska RG, Laber ACF, Delegrave D, Franciscatto LHG, Argenta C. Estimulando o autocuidado com portadores de hipertensão arterial sistêmica: a luz de Dorothea Orem. Rev de Enfermagem. 2012; 8 (8):235-44.
14. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL Teoria Déficit de autocuidado: análise de importância. Esc AnnaNery. 2010; 14:611-6.
15. Cade NV. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. Rev Latino-am Enfermagem. 2001; 9:43-50.
16. Lima LR, Pereira SVM, Chianca TCM. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós cateterismo cardíaco: contribuição de Orem. Rev Bras Enferm. 2006; 59:285-90.
17. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th. St. Louis (USA): Mosby; 2001.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (Por): Edições 70; 2009.
19. Bastos DS, Borenstein MS. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. Texto contexto enferm. 2004; 13(1):92-9.
20. Jardim PCBV, Gondim MRP, Monengo ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza KSBS, Scala LCN. Hipertensão Arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. Rev Arquivo Brasileiro de Cardiologia. 2007; 88:452-7.
21. Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010; 95:1-51.
22. Braga CG, Silva JV. Teorias de enfermagem. São Paulo: Iátria; 2011.

