

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

COMPETÊNCIA DO INDIVÍDUO HIPERTENSO  
PARA O AUTO-CUIDADO À SAÚDE

ANA ROSETE CAMARGO RODRIGUES MAIA

FLOARIANÓPOLIS

1991

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

TÍTULO:      COMPETÊNCIA DO INDIVÍDUO HIPERTENSO  
                  PARA O AUTO-CUIDADO À SAÚDE.

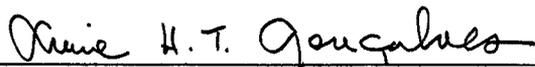
Submetido à Banca Examinadora para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

ANA ROSETE CAMARGO RODRIGUES MAIA

Aprovada em: 03 / 06 / 1991.



Dra. Eloita Neves Arruda  
Presidente



Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves  
Examinadora



Dra. Lidvina Horr  
Examinadora



Dra. Lygia Paim Muller Dias  
Suplente

ORIENTADORA: Dra. ELOITA NEVES ARRUDA

ASSESSORIA ESTATÍSTICA:

Ms. SILVIA MODESTO NASSAR

Para Jerônimo e Eduardo Antônio, que  
com seu amor, me deram razões para  
concretizar este estudo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço de modo especial a Professora Doutora Eloita Neves Arruda, meu sincero reconhecimento pela sua seriedade, competência, apoio e estímulo na orientação do presente estudo, como também pelo respeito e sensibilidade que me dispensou nos momentos de dificuldades em que sua palavra amiga, foi incentivo/força para prosseguir nesta caminhada.

Também expresso minha gratidão:

- À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem por terem me dado o privilégio de ser aluna deste curso.
- À Professora Doutora Ingrid Elsen, coordenadora do curso de mestrado pelo apoio, atenção e disponibilidade.
- Aos professores do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC por terem contribuído para minha formação profissional.
- À Professora Silvia Modesto Nassar pela dedicação e trabalho empreendido no tratamento estatístico deste trabalho.
- À Enfermeira Ana Márcia B. Madeira e aos funcionários do Ambulatório de Hipertensão (SUS) pela atenção e disponibilidade durante a coleta de dados deste estudo.
- Aos enfermeiros que foram validadores dos instrumentos deste estudo.
- À Rosa Maria P. Martins pela atenção e disponibilidade nas providências administrativas.
- Ao Professor Fernando Wolker pela colaboração na tradução do material bibliográfico.
- Ao Agnelo Neves Arruda pela atenção e disponibilidade no trabalho datilográfico.
- À Universidade de Ijuí - RS, pela oportunidade de realizar este curso.
- Aos órgãos financiadores CAPES e CNPq pela contribuição

financeira proporcionada para o desenvolvimento deste estudo.

- Aos colegas do curso de mestrado pela amizade e pela oportunidade de troca de idéias que muito contribuiu para meu crescimento profissional.

- A meus pais pelo amor e principalmente incentivo na minha busca ao conhecimento.

## RESUMO

Este estudo exploratório descritivo teve por objetivo identificar a competência do indivíduo hipertenso para o auto-cuidado à saúde (CACS), em uma amostra de 90 indivíduos com idade entre 28 e 65 anos, assistidos em um ambulatório de atendimento a hipertensos. O marco conceitual elaborado para este estudo, utilizou as concepções de competência para o auto-cuidado de OREM (1985), NDCG (1979), KEARNEY & FLEISCHER (1979), NEVES (1980) e GAST (1983). Para a coleta de dados, além do questionário das variáveis sócio-demográficas, foram utilizados: a) o Questionário de Auto-Cuidado à Saúde (ACS) de NEVES et alii (1980); b) a Escala de Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado (ASA) de ISENBERG & EVERS et alii (1986). Os dados da principal variável, competência para o auto-cuidado foram correlacionados com variáveis sócio-demográficas, utilizando-se o coeficiente de correlação de Pearson. Foi encontrada relação significativa entre CACS e escolaridade, desempenho de atividade de trabalho, renda individual; ou seja, os sujeitos que obtiveram escores altos no questionário ACS e na escala ASA, possuíam entre 9 e 16 anos de estudo, trabalhavam e tinham renda individual entre 4 e 6 salários mínimos. Não foram encontradas relações significativas entre a competência para o auto-cuidado, medida pelo ACS e ASA e estado civil e acompanhamento residencial, mas não foi significativa a relação entre CACS, medida pela escala ASA, e o uso de antihipertensivo. Com base nestes resultados, conclui-se que : 1) os indivíduos hipertensos participantes do estudo estavam na posição compatível com o relativismo, e apresentavam média competência; 2) o marco conceitual do estudo foi validado e a competência para o AC específica para a ação desempenhada; 3) o ACS e a ASA se mostraram válidos e confiáveis para medir competência para o AC do indivíduo hipertenso.

## ABSTRACT

This exploratory descriptive aimed do identify the agency exhibited by the hypertensive individual towards health self-care (HSCA). A sample was used comprising 90 participants with ages between 28 and 65 years, who received assistance at an outpatient clinic for hypertensives. The conceptual framework elaborated for the present study employed OREM's self-care agency conceptions (1985), NDCG (1979), KEARNEY & FLEISCHER (1979), NEVES (1980), and GAST (1983). For the data collection and also for the sociodemographic variables questionnaire, the following instruments were utilized: a) Health Self-Care Questionnaire (HSCG) from Neves et alii (1980); and b) Apraisal of Self-Care Agency Scale (ASA) from Isenberg & Evers et alii (1986). The data from the main variable, Self-Care Agency, were correlated with sociodemographic variables by means of Pearson's correlation coefficient. A significant correlation was found to exist between HSCA and scholarship, performance of work activity, and individual income; that is, the subjects obtaining high scores on the HSC questionnaire and on the ASA scale counted from 9 to 16 years of study, had a job, and an individual income varying between 4 and 6 minimum wages. No significant relationships were found between Self-Care Agency, as measured by the HSC and ASA and the marital status and home follow-up; the relation between HSCA, as measured by ASA scale, and the use of antihypertensives, however, was not significant. Based on such results, it can be inferred that: 1) Hypertensive individuals participating on the study were found to be in a position compatible with relativism, demonstrating mean agency; 2) The conceptual framework of the study was valited, as well as the self-care agency specific for that action performed; 3) HSCQ and ASA showed to be valid and reliable instruments to measure the SCA exhibited

by the hypertensive individual.

## SUMÁRIO

CAPÍTULO	Página
I - INTRODUÇÃO . . . . .	1
Problema . . . . .	10
Definição de Termos. . . . .	10
Marco Conceitual . . . . .	11
Pressuposições . . . . .	16
II - REVISÃO DA LITERATURA . . . . .	18
Auto-Cuidado e Competência para o Auto- Cuidado. . . . .	18
Hipertensão Arterial: Uma Prioridade de Saúde Pública. . . . .	40
Estudos sobre Hipertensão Arterial: Enfoque no Auto-Cuidado. . . . .	65
III - METODOLOGIA . . . . .	71
Tipo de Pesquisa . . . . .	71
Caracterização do Local da Pesquisa. . . . .	71
População e Amostra. . . . .	72
Proteção dos Direitos Humanos. . . . .	73
Variáveis Sócio-Demográficas e/ou Auxiliares	73
Instrumentação . . . . .	73
Questionário Preliminar. . . . .	73
Escala ASA . . . . .	74
Validade e Confiabilidade da Escala ASA. . . . .	74
Validação do Conteúdo da tradução da E. ASA. . . . .	75
Validação Aparente da Escala ASA . . . . .	77
Validação Concorrente da Escala ASA. . . . .	78
Questionário ACS . . . . .	78
Validade e Confiabilidade do ACS . . . . .	80
Estudo Piloto. . . . .	81
Procedimentos de Coleta de Dados . . . . .	84
Análise dos Dados. . . . .	85
IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS. . . . .	86
Descrição dos Sujeitos . . . . .	86
Validade e Confiabilidade dos Instrumentos . . . . .	88
Escala ASA - Confiabilidade. . . . .	88
Escala ASA - Validade. . . . .	90
Questionário ACS - Confiabilidade. . . . .	90
Questionário ACS - Validade. . . . .	91
Descrição dos Achados na Escala ASA. . . . .	94
Descrição dos Achados no Questionário ACS. . . . .	95
Resultados dos Dados Relacionados à Variável Principal e às Variáveis Sócio-Demográficas e/ou Auxiliares. . . . .	109
V - CONCLUSÕES, CONTRIBUIÇÕES E RECOMENDAÇÕES. . . . .	112
Conclusões. . . . .	112
Contribuições . . . . .	114
Recomendações . . . . .	115
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS . . . . .	116

## TABELAS

TABELA		Página
I	- Caracterização dos Sujeitos. . . . .	88
II	- Correlação Item-Total da Escala ASA. . . . .	89
III	- Correlação Item-Total do ACS . . . . .	91
IV	- Associação entre as categorias dos sujeitos no ACS e ASA . . . . .	92
V	- Distribuição dos Sujeitos nos Estágios de AC.	95
VI	- Percentagem Respostas Sujeitos Desempenham ou não ações de AC, por Estágios AC. . . . .	96
VII	- Respostas Ações AC Nutrição e Higiene. . . . .	98
VIII	- Respostas Ações AC Atividade Física, Eliminação e Repouso . . . . .	99
IX	- Respostas Ações AC Manejo do Estresse. . . . .	100
X	- Respostas Ações AC Interação Social e Utilização de Tecnologia de Saúde. . . . .	101
XI	- Respostas Ações AC Fatores de Risco, Segurança e Bem-Estar Psico-Social. . . . .	103
XII	- Respostas Ações AC Ajustamentos: Dieta, Atividade Física, Repouso, Recreação e Eliminação. . . . .	104
XIII	- Respostas Ações AC Ajustamentos: Meio Ambiente, Educação e Tratamento Médico. . . . .	105
XIV	- Componentes Positivos e Negativos da Competência para Ações AC. . . . .	110
XV	- Análise de Variância entre os escores nos instrumentos e as Variáveis Sócio-demográficas e Auxiliares. . . . .	110

## FIGURAS

- Figura 1 - Representação do Marco Conceitual Concebido pela Autora para este Estudo (Maio, 1988).
- Figura 2 - Representação Gráfica da Associação entre os Escores dos Sujeitos ASA e ACS.
- Figura 3 - Representação Esquemática da Estrutura Substantiva da Competência para o Auto-Cuidado (CAC).
- Figura 4 - Representação do Processo de Auto-Cuidado (AC) e dos componentes da Competência para o AC (CAC) Concebido pela Autora deste Estudo (Maio, 1991).

## A N E X O S

- Anexo 1 - Normas Técnicas do Programa Nacional de Educação e Controle da HA (DNECHA).
- Anexo 2 - Autorização utilização ACS e Questionários ACS.
- Anexo 3 - Autorização utilização ASA-Scale e Escala ASA.
- Anexo 4 - Questionário Levantamento dados Sócio-demográficos e Auxiliares.
- Anexo 5 - Instrumento para validação do Conteúdo da Tradução da ASA-Scale.
- Anexo 6 - Instrumento para validação aparente da ASA-Scale.
- Anexo 7 - Categorias da Competência para o Auto-Cuidado.
- Anexo 8 - Instrumento para validação Qualitativa ACS.

## CAPITULO I

### INTRODUÇÃO

Em todo mundo, profissionais de saúde discutem o conceito saúde e cuidado com a saúde. Suas preocupações dizem respeito a forma pela qual se pode promover saúde e com as estratégias utilizadas para sensibilizar indivíduos ou grupos da população quanto à medidas de proteção à saúde individual e/ou coletiva. Muitos programas de saúde são implantados mas poucos resultados são atingidos, não existindo uma avaliação da razão pela qual tais programas falharam. Parece que a maioria destes programas utilizam estratégias educacionais do tipo comportamental e/ou massificadoras sem levar em conta as características sócio-culturais e os padrões de saúde/doença de um determinado indivíduo e/ou grupo. Além disso, o indivíduo neste modelo de saúde não participa do processo decisório sobre seus próprios cuidados de saúde. O sistema de saúde formal transforma o indivíduo em objeto passivo de suas decisões quanto aos cuidados de saúde que lhe são prescritos para executar. Neste sistema ele é visto sem qualquer potencial de capacidade para participar de seu próprio cuidado de saúde.

Enquanto tal situação permanece, as doenças proliferam no mundo e o conceito de bem estar e saúde está longe de ser atingido. Dentre estas doenças a prevalência na população é maior de doenças crônicas, as quais requerem medidas urgentes de controle de incapacidade e dependência. LEVIN, KATZ & HOLST (1979) num Simpósio Internacional sobre Auto-Cuidado, em Copenhague, colocam que o interesse central das discussões lá realizadas foi o auto-cuidado em doenças crônicas focalizando o papel deste na redução de incapacidades. Os mesmos

autores acreditam que 25% das doenças vistas em termos gerais, podem ser atendidas pelo auto-cuidado e que cerca de 15 a 18% dessas doenças poderiam ter melhores prognósticos se fossem suplementadas por ações de auto-cuidado.

O profissional de saúde deve compreender o auto-cuidado não só como uma atividade individual na relação com o cliente, mas com a visão do "cuidar coletivo", reconhecendo as características culturais, sociais e políticas da população envolvida. Este deverá ter a compreensão de que a educação para o auto-cuidado não é uma situação estanque, mas um processo que acompanha o ciclo vital do indivíduo. O processo de interação profissional-cliente, segundo uma filosofia de auto-cuidado, implica em redistribuição de poder e em um sistema de saúde mais humanitário (CAPORAEL-KATZ, 1983).

Considera-se que a hipertensão arterial é a doença crônica mais prevalente na população, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, mostrando altas taxas de mortalidade e morbidade. No Brasil, os estudos conduzidos com metodologia adequada indicam estar a prevalência da hipertensão arterial entre 11 a 20% da população adulta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987). Sendo considerada a prevalência de 11% para hipertensão arterial pelo censo de 1985, existem 8.1 milhões de hipertensos com 20 anos e acima. Ressalta-se que apenas 30% já estariam detectados pelo sistema de saúde e apenas a terça parte destes estaria com a pressão controlada. A alta prevalência e baixos índices de detecção e de controle da doença e altos índices de abandono do tratamento explicam em parte as altas taxas de mortalidade e morbidade. Embora o diagnóstico da hipertensão não apareça como causa mortis, sabe-se que a doença é um dos principais fatores responsáveis pelos óbitos ocorridos por doenças cardíovasculares tais como: infarto do

miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral. A hipertensão arterial é a terceira causa de invalidez temporária no país e a primeira causa de invalidez permanente que leva a aposentadoria concedida pelo INSS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, P. 30-31). Por isso, a hipertensão arterial deve ser considerada um problema de saúde pública prioritário no Brasil, com enorme repercussões sociais e econômicas.

Em função da magnitude das doenças crônico-degenerativas e sua crescente transcendência do quadro geral das patologias no Brasil, o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1987, p.3) visando um melhor gerenciamento das ações e políticas de saúde, optou por uma nova abordagem epidemiológica, no lugar da antiga que era mecanicista e unicausal. A abordagem atual parte do conceito "campo de saúde" e abrange: o estilo de vida do indivíduo e grupo, o ambiente, a biologia humana, o sistema de atenção a saúde. Tal abordagem pretende uma avaliação mais abrangente e dinâmica dos problemas de saúde.

A abordagem individual adotada nesta pesquisa é justificada pelas peculiaridades de personalidade de cada indivíduo, condições de vida, cultura, crenças e outros. Por ser uma doença crônica, a hipertensão arterial pode determinar mudanças nas necessidades habituais do indivíduo em relação as ações de auto-cuidado. Quando me refiro que a hipertensão é doença crônica, quero dizer que o indivíduo pode conviver com ela durante anos; conseqüentemente sua importância está estreitamente relacionada às complicações e seqüelas tais como: enfermidade hipertensiva, acidentes cerebrovasculares, grave insuficiência cardíaca congestiva, diabete mellitus, infarto do miocárdio e outras. O controle da hipertensão arterial é a maneira pela qual pode evitar complicações e seqüelas, bem como prevenir problemas agudos da doença. Tal controle se tor-

na irrealizável se o indivíduo não se engajar em ações de auto-cuidado. A prevenção e o controle da hipertensão arterial está estreitamente relacionada às ações de auto-cuidado que visem mudanças no estilo de vida do indivíduo com diminuição dos fatores de risco associados a idade, sexo, crenças culturais sobre práticas de saúde, hábito de fumar, ingestão de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, aumento de peso, tipo de trabalho, estresse, atividade física. Acredita-se que diminuindo os fatores de risco, o indivíduo diminui suas necessidades de auto-cuidado terapêutico ou seja aquele cuidado que ocorre nos desvios da saúde. Auto-cuidado em doença crônica é um processo de adaptação a uma nova forma de viver e conviver com as limitações na procura da menor dependência dos agentes farmacológicos ou drogas antihipertensivas e da assistência dos profissionais de saúde. A independência e produção de ações de auto-cuidado à saúde por parte do indivíduo, pressupõe que na sua relação com o profissional de saúde existe uma redistribuição de poder e saber em saúde e as responsabilidades do cuidado são compartilhadas.

Na enfermagem o auto-cuidado torna-se um conceito chave com a publicação da Teoria do Auto-Cuidado de Dorothea OREM (1971, p. 31). OREM identificou como atenção especial da enfermagem "a necessidade humana de ações de auto-cuidado, como também a promoção e gerência do auto-cuidado, de forma contínua a fim de manter a vida e a saúde, ou mesmo recuperar-se de alguma enfermidade, ou ferimentos ou formas de enfrentar suas limitações". OREM (1985, p. 84) define auto-cuidado como a prática de atividades que indivíduos desempenham em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar". Tais atividades são apreendidas de acordo com as crenças, os hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida

do grupo ao qual o indivíduo pertence. O desempenho dessas atividades envolve uma decisão, uma escolha. O auto-cuidado, portanto, é auto-iniciado e auto-dirigido, o qual implica em um papel ativo do indivíduo. Na concepção de OREM (1980;1985) o auto-cuidado tem características de ação deliberada, isto é, o indivíduo faz julgamentos e toma decisões. Esta autora refere que as decisões e ações do auto-cuidado a saúde podem ser influenciadas por fatores como idade, desenvolvimento cognitivo, conhecimento, habilidades, valores e objetivos, motivação e pelo padrão individual para responder a estímulos internos e externos. Para que o indivíduo possa produzir ações de auto-cuidado do tipo universal, de desenvolvimento ou de desvios de saúde, ele necessita de um conjunto de capacidades ou habilidades que lhe conferem o poder de desempenhar ações de auto-cuidado. A este conjunto de capacidades ou habilidades OREM (1980; 1985) denominou "Competência para o auto-cuidado". A competência para o auto-cuidado é desenvolvida no curso do dia-a-dia através de um processo espontâneo de aprendizagem. OREM (1985, p. 107) conceptualiza competência para o auto-cuidado como tendo características para ação deliberada, sendo constituída pelos seguintes componentes ou habilidades: a) habilidade para atender ou excluir coisas específicas a partir da compreensão do significado do auto-cuidado; b) compreender a necessidade de mudar ou regular sua situação atual; c) adquirir conhecimento sobre o curso de ação a ser seguido para esta regulação; d) decidir o que fazer; e) agir para alcançar a mudança ou regulação.

A atuação do enfermeiro se justifica na medida em que ele seja capaz de identificar as capacidades do indivíduo para o auto-cuidado, ou em caso de deficiências, dar suporte para que o indivíduo desenvolva as habilidades para auto-

cuidar-se bem como discutir com o indivíduo a melhor forma de assistência.

OREM (1980, p. 84) enfatiza que a menos que a "competência para o auto-cuidado" seja acuradamente diagnosticada, os enfermeiros não têm base racional para: a) fazer julgamentos sobre os déficits existentes ou projetados de auto-cuidado e as razões para sua existência; b) selecionar métodos válidos e confiáveis de ajuda ou, c) prescrever e planejar sistemas de enfermagem.

O Grupo de Conferência para o Desenvolvimento da Enfermagem (NDCG, 1979, p. 187) enfatizou que o desenvolvimento de estudos da competência para o Auto-Cuidado (self-care agency) é visto como uma etapa, necessária de enfermagem para a sua maturidade como profissão. Nesse sentido esforços tem sido empreendidos por autores enfermeiros para contribuir para o desenvolvimento e testagem da Teoria do Auto-Cuidado de Orem, no que diz respeito ao conceito competência para o auto-cuidado. Estes autores aprofundaram os estudos sobre o conceito competência e propuseram instrumentos para medi-la dentre estes destacam-se: BACKSHEIDER (1974), KEARNEY & FLEISCHER (1979), NEVES (1980), DENYES (1980), HANSON (1981), NUNES (1983), GAST (1983), ISENBERG & EVERS (1986), CLEVELAND (1987), BRAUN (1987), GEDEN & TAYLOR (1989).

BACKSHEIDER (1974, 1979) analisou o conceito de competência para o auto-cuidado em termos de capacidade para o diabético se engajar em ações de auto-cuidado. Sua visão é de que a competência para o auto-cuidado é um conjunto de capacidades e/ou disposições e que a ação de auto-cuidado requer coordenação de capacidades físicas, mentais, emocionais e motivacionais.

KEARNEY & FLEISCHER (1979) analisaram o conceito de

competência para o auto-cuidado com a visão de que ela é uma característica pessoal que predispõe o indivíduo para a ação. Estas autoras desenvolveram um instrumento para medir a competência para o auto-cuidado denominado "Exercise of Self Care Agency" (ESCA). O instrumento foi composto dos seguintes indicadores de capacidade para o auto-cuidado: a) auto-responsabilidade, b) motivação, c) valorização das prioridades em saúde, d) aplicação do conhecimento para o auto-cuidado, e) elevada auto-estima. As autoras não referiram as capacidades mentais como componentes essenciais da competência para o auto-cuidado.

NEVES (1980) analisou o conceito de competência para o auto-cuidado em termos de crenças, atitudes e intenções em relação ao auto-cuidado e de razões para desempenho ou não de ações de auto-cuidado, e propôs uma abordagem cognitiva, partindo da compreensão de OREM (NDCG, 1979), de que os julgamentos e as decisões das pessoas em relação ao auto-cuidado variam de acordo com seu nível de desenvolvimento. Seu estudo foi fundamentado nos conceitos do modelo de crenças, atitudes e comportamentos de Fishbein e Ajzen (1975), na teoria de desenvolvimento cognitivo de William Perry (1970) e na teoria de auto-cuidado de Dorothea Orem (1971, 1980). Neves (1980) desenvolveu dois instrumentos, o Hrcs - Health Related Cognitive Structure (Estrutura Cognitiva Relacionada a Saúde) e o HSC - Health Self-Care (Auto-Cuidado à Saúde). O estudo de NEVES (1980) identificou dois componentes da competência para o auto-cuidado: o desenvolvimento cognitivo e a competência para ação deliberada. Os instrumentos de Neves embora desenvolvidos no contexto da teoria de OREM, não explicitam medidas de outros conceitos particulares dessa teoria pois se destinam apenas a medida da competência para o auto-cuidado (GAST, 1989).

DENYES (1980) desenvolveu um instrumento para medir a competência para o auto-cuidado de adolescentes e fundamentou seu estudo em teorias de desenvolvimento de adolescentes. DENYES (1980) descreveu que a competência dos adolescentes para o auto-cuidado é composta de capacidades: psicossociais, cognitivas, afetivo/morais e físicas, sendo que cada capacidade foi concebida em termos de força/poder e limitações para assumir o auto-cuidado. O construto teórico deste instrumento distingue componentes do poder ou competência para o auto-cuidado e capacidades e disposições fundamentais para o auto-cuidado (GAST et alii, 1989).

NUNES (1982) desenvolveu um instrumento para medir a competência do indivíduo diabético para o auto-cuidado; seu estudo foi concebido a partir do conceito de competência para o auto-cuidado de Orem e das capacidades descritas por Backsheider.

GAST (1983) analisou o conceito de competência para o auto-cuidado com a visão de que as capacidades do indivíduo para o auto-cuidado são processadas pelo ego e produzem ações de auto-cuidado. A autora concebeu seu estudo correlacionando os estágios de desenvolvimento cognitivo preconizados por Neves (1980) a partir da teoria do desenvolvimento cognitivo de Perry com os estágios de desenvolvimento do ego segundo Loevinger. GAST (1983) utilizou em seu estudo três instrumentos: o "Sentence Completion Test" - SCT, desenvolvido por LOEVINGER, WESSLER & REDWORE (1970) que avaliaram os estágios de desenvolvimento do ego, e os dois instrumentos desenvolvidos por NEVES (1980); o "Health Related Cognitive Structure" (HrCS) e o "Health Self-Care" - HSC que medem crenças, atitudes e intenções e comportamentos a respeito de auto-cuidado e razões para desempenho ou não de ações de auto-cuidado, res-

pectivamente. Gast comparou os resultados de seu estudo com os resultados do estudo de NEVES (1980) e concluiu que: a) as variações nos julgamentos e decisões das pessoas a respeito de auto-cuidado podem ser descritas em termos de estágios designados como dualista, relativista e comprometido no relativismo; b) as decisões e julgamentos das pessoas são processadas pelo ego; c) os estágios de desenvolvimento cognitivo estão alinhados aos estágios de desenvolvimento do ego; d) os estágios de Loevinger e os de auto-cuidado de NEVES (1980), identificados nos indivíduos pesquisados, proporcionam alguma base para dizer que o não desempenho de ações de auto-cuidado de indivíduos sadios é semelhante ao de indivíduos hospitalizados.

ISENBERG & EVERS (1986) desenvolveram um instrumento para medir o poder do indivíduo para engajar-se em operações essenciais de auto-cuidado, ou seja, competência para o auto-cuidado. O instrumento foi desenvolvido tendo como marco conceitual a teoria do déficit de auto-cuidado de OREM (1985) e o conceito de competência para o auto-cuidado proposto pelo NDCG (1979). A escala é denominada "Appraisal Self-Care Agency" - ASA (Escala de Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado). A ASA Scale é apresentada em duas formas: a Forma A - Self Appraisal" - (Auto Avaliação) e a Forma B "Appraisal of Another" - (Avaliação por outro). Atualmente esta escala está em projeto de testagem e avaliação, já tendo sua validade e confiabilidade testada nos Estados Unidos e Holanda. Segundo os autores, esta escala por ser aplicada em indivíduos adultos de diferentes grupos de idade, institucionalizados ou não e com diferentes estados de saúde.

Considerando que a educação para o auto-cuidado do indivíduo hipertenso é uma das funções do enfermeiro dentro

da equipe de saúde e que para esta tornar-se real e efetiva, faz-se necessário a identificação de sua competência para o auto-cuidado, para que ele produza ações de auto-cuidado. Acredita-se que a identificação da competência para o auto-cuidado do indivíduo hipertenso contribui para uma prática de enfermagem efetiva e assegura seu espaço profissional nos programas de prevenção-educação, e controle da hipertensão arterial. Portanto esta pesquisa tem o objetivo de identificar a competência do indivíduo hipertenso para o auto-cuidado a saúde.

### Problema

Qual é a competência dos indivíduos hipertensos para o auto-cuidado à saúde?

### Definição de Termos

#### Competência para o Auto-Cuidado à Saúde

Conceitual - Capacidade do indivíduo para se engajar em operações essenciais de produção de auto-cuidado (NDCG, 1979). As capacidades que compõem a competência para o auto-cuidado à saúde neste estudo são: motivação, energia, valorização de prioridades em saúde, auto-conceito (auto-estima e auto-imagem), conhecimento (de si próprio e de saúde), atitude de auto responsabilidade, capacidade de interagir consigo e com os outros, capacidade cognitiva (conhecimento, reflexão, julga, toma decisão), competência para ação deliberada ou seja poder ou liberdade para decidir, desempenhar ações de auto-cuidado e repertório de decisões para o agir.

Operacional - A competência para o auto-cuidado se refere aos escores quantitativos apresentados pelos indivíduos na "Appraisal Self Care Agency - Asa Scale" (ISENBERG & EVERS, 1986) e no "Questionário de Auto-Cuidado a Saúde" - ACS (NEVES, 1983), no formato da versão em português. Além dos escores quantitativos no questionário de ACS de Neves, se operacionaliza competência neste mesmo questionário pelas capacidades anteriormente descritas.

### Indivíduos hipertensos

Conceitual - são os indivíduos que apresentam uma elevação crônica de uma ou das duas pressões arteriais, sistólica ou diastólica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 11).

Operacional - o indivíduo que apresenta uma pressão sistólica igual ou superior a 160 mmHg e pressão diastólica igual ou superior a 95 mmHg (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 11). Nesta pesquisa será considerado hipertenso, o indivíduo que está sob tratamento ou sob o uso de drogas antihipertensivas, independente do critério adotado para medição de sua pressão arterial.

### **Marco Conceitual**

Este estudo utilizará as concepções de competência para o auto-cuidado de OREM (1980, 1985; NDCG, 1979), KEARNEY & FLEISCHER (1979), NEVES (1980) e GAST (1983). OREM (1985) concebe o auto-cuidado como empenho humano ou comportamento aprendido que possui características de ação deliberada (P. 106). Eu considero o auto-cuidado como ação deliberada, sendo uma atividade que o indivíduo se propõe a realizar, cheia de significados e propósitos que busca metas ou resultados. Assim

concebido, o auto-cuidado implica que o indivíduo faz julgamentos lúcidos sobre o resultado que busca. Portanto o auto-cuidado é particular a cada indivíduo e varia em tempo e lugar./

Durante o processo de auto-cuidado deliberado o indivíduo ou agente de auto-cuidado demonstra ter conhecimento de si próprio, ou seja, consciência do "eu", capacidade e limitações, conhecimento de seus estados funcionais, dos cuidados que necessita para manter-se em equilíbrio, e é capaz de fazer escolhas e julgamentos e tomar decisões sobre os caminhos a seguir para desempenhar ações de auto-cuidado, podendo ou não modificá-los ao longo do tempo. Estas decisões são influenciadas por suas capacidades físicas, intelectuais, emocionais, valores, cultura, como também pelos modelos de cuidado já experienciados. Com o entendimento de que o indivíduo é um agente ativo e tomador de decisões no processo de auto-cuidado, se pressupõe que ele delibera a partir de um conjunto de capacidades, o seguimento ou não deste processo. OREM (1980, 1985) descreve o auto-cuidado como ação deliberada com duas fases: 1ª) operações que precedem e conduzem às decisões; 2ª) operações subseqüentes às decisões. Na primeira fase o indivíduo faz julgamentos para decidir se desempenha ou não ações de auto-cuidado entendido neste marco como pré-decisão (1). Na segunda fase o indivíduo engaja-se em ação ou ações de auto-cuidado em saúde (universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde), sendo necessário para a efetividade dessas ações um conjunto de capacidades ou habilidades. Esta fase é entendida como de tomada de decisão (2). Para esta fase o in-

---

(1) A 1ª fase corresponde as fases de operações estimativas e transicionais propostas pelo NDCG (1979).

(2) A 2ª fase corresponde as fases de operações produtivas de auto-cuidado propostas pelo NDCG (1979).

divíduo necessita energia para manter-se engajado em ações de auto-cuidado.

NEVES (1980) concebeu que os julgamentos e as decisões do indivíduo ou (agente do auto-cuidado) em relação as ações de auto-cuidado variam de acordo com o nível de desenvolvimento cognitivo.

GAST (1983) refere que as variações propostas por Neves foram diferenciadas em três estágios de estrutura do pensamento do modelo de desenvolvimento de Perry e são: 1) dualismo; 2) relativismo; 3) comprometimento no relativismo. No primeiro estágio, o agente de auto-cuidado tem uma estrutura dualista para organizar sua visão de mundo, vê o conhecimento, sobre auto-cuidado como absoluto, isto é, certo ou errado, aceitam ou rejeitam a autoridade do profissional de saúde. No segundo estágio, o agente de auto-cuidado tem uma estrutura para organizar sua visão de mundo que permite algum relativismo, vê o conhecimento sobre o auto-cuidado como controvertido e incompleto e sente necessidade de orientar-se e avaliar a autoridade do profissional de saúde racionalmente. Neste estágio o agente do auto-cuidado fundamenta-se em conhecimentos e habilidades para julgar e tomar decisões sobre se desempenha ou não de ações de auto-cuidado. No terceiro estágio o agente de auto-cuidado tem uma estrutura para organizar sua visão de mundo, no qual o relativismo é normativo. O conhecimento sobre o auto-cuidado é visto como diverso e que deve ser compreendido dentro de um contexto de diversidades históricas, culturais, filosóficas, profissionais e pessoais. Dessa forma o auto-cuidado envolve optar entre várias alternativas de cuidado à saúde, clarificar critérios de escolha, aceitar as conseqüências assumir os riscos desta escolha (p. 9-11). O conjunto de capacidades ou habilidades que levam a

produção de auto-cuidado deliberado (3) é denominado competência para o auto-cuidado (OREM, 1980, 1985; NDCG, 1979).

A competência para o auto-cuidado como ação deliberada tem as seguintes capacidades ou habilidades: a) incorporar ou excluir coisas específicas a partir da compreensão do significado do auto-cuidado; b) compreender a necessidade de mudar ou regular sua situação atual; c) adquirir conhecimento sobre o curso de ação a ser seguido para esta regulação; d) decidir o que fazer; e) agir para alcançar a mudança ou regulação (OREM, 1985, p. 107). A competência para o auto-cuidado é constituída de ou associada à distintas capacidades que se constituem em poder para o engajamento em operações essenciais de produção do auto-cuidado; conseqüentemente, ela tem existência anterior ao engajamento do indivíduo nessas operações (NDCG, 1979).

OREM (1985) e O Grupo de Desenvolvimento da Enfermagem (NDCG, 1979) propuseram dez capacidades como componentes da competência para o auto-cuidado. Estas capacidades são as seguintes: a) manutenção da atenção e requisito de vigilância; b) controle e uso da energia física; c) controle da posição do corpo e suas partes na execução dos movimentos; d) utilização do auto-cuidado como marco de referência; e) motivação ou objetivos orientados para o auto-cuidado; f) tomada de decisão sobre auto-cuidado; g) habilidade para adquirir conhecimentos técnicos sobre auto-cuidado; h) conjunto de habilidades cognitivas, perceptuais, comunicativas e interpessoais para o desempenho de operações de auto-cuidado; i) estabelecimento de sistemas de ações de auto-cuidado específicos; j) integração

---

(3) São ações que o indivíduo desempenha deliberadamente em seu próprio benefício, a fim de manter, promover ou restabelecer a saúde.

do auto-cuidado com outros aspectos da vida.)

KEARNEY & FLEISCHER (1979, p. 27) conceberam a competência para o auto-cuidado como uma característica pessoal que predispõe o indivíduo para a ação de auto-cuidado. As autoras descreveram cinco capacidades ou características como componentes da competência para o auto-cuidado: a) atitude de auto-responsabilidade; b) motivação para o auto-cuidado; c) aplicação do conhecimento para o auto-cuidado; d) valorização de prioridades em saúde; e) elevada auto-estima (p. 27).

Baseada nas capacidades que compõem o poder ou competência para o auto-cuidado propostas por OREM (1980, 1985; NDCG, 1979) KEARNEY & FLEISCHER (1979), NEVES (1980) e GAST (1983) proponho as seguintes capacidades, como componentes da competência para o auto-cuidado, neste estudo: conhecimento (conhecimento de si próprio e conhecimento de saúde); motivação; energia; valorização de prioridades em saúde (atenção primária a saúde); auto-conceito (auto-estima e auto-imagem); atitude de auto-responsabilidade; capacidade de interagir consigo e com outros, capacidade cognitiva (- conhecimento - reflexão - julga - toma decisão); competência para ação deliberada (poder ou liberdade para decidir e desempenhar ações de auto-cuidado), e repertório de decisão para o agir.

Concebe-se o processo de auto-cuidado deliberado em saúde até a fase de produção de ações de auto-cuidado, no entanto, neste estudo, operacionalmente se tratará apenas da competência para o auto-cuidado, ou seja, o potencial ou poder do indivíduo para desempenhar ou não ações de auto-cuidado deliberado em saúde. A Figura 1 apresenta a representação esquemática do marco conceitual concebido para este estudo.

### Pressuposições

1. O indivíduo tem competência para o auto-cuidado que varia em diferentes níveis e pode ser medida.

2. O comportamento do indivíduo ao desempenhar ações de auto-cuidado é afetado pelo conhecimento de saúde culturalmente e cientificamente aprendido pelo indivíduo.

3. O indivíduo como agente do auto-cuidado tem conhecimento de suas capacidades e limitações sendo portanto confiável seu relato.

4. O indivíduo para poder desempenhar ações de auto-cuidado deve possuir competência para atender exigência de auto-cuidado universais, desenvolvimentais e de desvios de saúde.

Figura 1

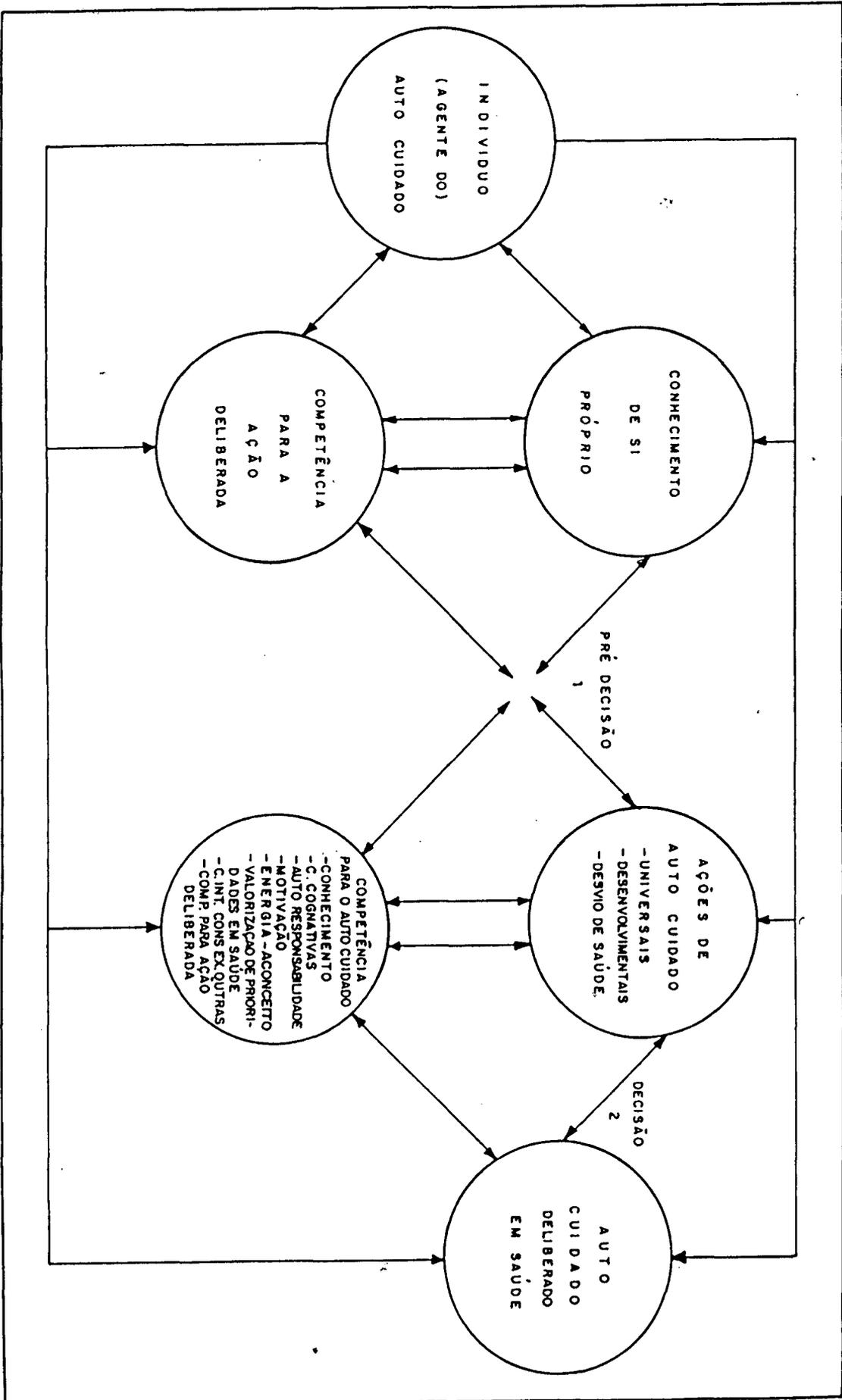


FIGURA 1 — REPRESENTAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL CONCEBIDO PELA AUTORA PARA ESTE ESTUDO (MAIJA, 1988)

## CAPÍTULO II

### REVISÃO DA LITERATURA

O presente capítulo apresenta: a) conceitualização de auto-cuidado (AC) e competência para o auto-cuidado (CAC), estudos e instrumentos relacionados a CAC; b) hipertensão como uma prioridade de saúde pública, aspectos conceituais, sua relação com o auto-cuidado e a competência para o auto-cuidado; c) estudos sobre hipertensão fundamentados na teoria do AC.

#### Auto-Cuidado e Competência para o Auto-Cuidado

A complexidade da prática de enfermagem no auto-cuidado e suas relações com o cliente são demonstradas por OREM em sua teoria de auto-cuidado (1980, 1985) através de três conceitos que são: a) competência para o auto-cuidado, que significa o poder ou potencial dos indivíduos para se engajarem em atividades de auto-cuidado; b) demanda terapêutica de auto-cuidado que simboliza todas as necessidades de auto-cuidado dos indivíduos em relação a manutenção da vida, saúde e bem estar; c) competência do enfermeiro para o auto-cuidado, que é a capacidade ou potencial do enfermeiro desempenhar ações de auto-cuidado para, pelo e com o indivíduo. OREM citada pelo NDCG (1979) propõe que o indivíduo seja visto como agente do auto-cuidado, desempenhando ações de auto-cuidado e sendo responsável por sua própria saúde. OREM (1986) definiu o auto-cuidado como "a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham por si mesmos para manter a vida, a saúde e bem estar" (p. 84). As atividades de auto-cuidado são aprendidas em relação às crenças, hábitos e práticas que carac-

terizam a forma cultural de vida do grupo ao qual o indivíduo pertence (p. 108). O desempenho dessas atividades envolve uma "decisão", uma "escolha". Auto-cuidado é um comportamento que tem as características de ação deliberada (p. 115). O auto-cuidado é uma contribuição contínua do adulto para a continuação de sua existência, saúde e bem-estar (p. 84). Os indivíduos que se engajam em atividades de auto-cuidado deliberado tem conhecimento de si próprios, de seus estados funcionais, e do auto-cuidado que necessitam. Além do conhecimento de si próprio, os indivíduos devem ter alguma compreensão do significado e do valor do auto-cuidado de maneira que possam emitir julgamentos e tomar decisões (p. 119). Auto-cuidado como ação deliberada é uma atividade cheia de propósito que busca meta ou resultados, o resultado buscado é previsto antes da ação se realizar (p. 115). As decisões do indivíduo são fundamentadas em conhecimento científico e de senso comum. Estes conhecimentos propiciam ao indivíduo visualizar sua ação em termos de resultados ou mudanças em sua forma de ser.

A realização de auto-cuidado deliberado projeta no indivíduo esperanças ou uma nova forma de ser, atuar ou encarar seu estilo de cuidado à saúde. O indivíduo vê uma outra imagem sua após decidir auto-cuidar-se. O papel ativo do indivíduo como tomador de decisões traz consigo a necessidade de congruência entre as dimensões psicológicas, cognitivas, sociais e físicas. Ex.: um indivíduo pode ser capaz fisicamente mas não ter motivação para o auto-cuidado (SULLIVAN, 1979), logo ele não possui competência para o auto-cuidado.

O indivíduo ao executar as atividades de auto-cuidado visa atender às suas demandas de auto-cuidado necessárias à manutenção da vida, saúde e bem estar. Para atender as demandas de auto-cuidado três tipos de requisitos de auto-

cuidado foram identificados: o universal, o de desenvolvimento e o de desvio de saúde (OREM, 1985, p. 89). Os requisitos de auto-cuidado universais representam todas as demandas de ações comuns a todos os seres humanos que são: a) ar, água, alimentação; b) eliminação; c) atividades e descanso; d) recolhimento e interação social; e) danos à vida humana, funcionamento e bem-estar e f) normalidade (manutenção de um auto-conceito realista de funcionamento humano integrado) (p. 90). Os requisitos de auto-cuidado de desenvolvimento ocorrem durante determinado estágio de desenvolvimento, ou são derivados de uma condição, ou são associados a um evento dentro do ciclo vital dos indivíduos (p. 95). Os requisitos de auto-cuidado de desvios de saúde, são representados por necessidades dos indivíduos que são portadores de doenças, defeitos físicos e incapacidades e que podem ou não estar sob tratamento médico (p. 97).

OREM (1980, 1985) refere que quando estes requisitos são satisfeitos, eles promovem condições para que os indivíduos suportem os processos vitais, mantenham em funcionamento sua estrutura, desenvolvam-se de acordo com os padrões normais, previnam doenças, contribuam para a cura e/ou regulação dos estados patológicos e diminuam através do controle, os efeitos destas doenças.

NEVES (1980) em seu estudo apresenta uma análise de que Orem foi influenciada por duas teorias de ação, a teoria de ação social eficiente de Kotarbinsky e a teoria de ação social de Parsons, ao conceber que o agente de auto-cuidado em situações de enfermagem utiliza ação deliberada para alcançar um resultado esperado (p. 41). A ação de auto-cuidado deliberado foi descrita por OREM (1980, 1985) como tendo duas fases: 1) operações que precedem e conduzem a deci-

sões; 2) operações subseqüentes a estas decisões, ou seja de engajamento em auto-cuidado. A primeira fase do auto-cuidado requer conhecimento de si mesmo, das condições ambientais, e uma compreensão do significado e do valor do auto-cuidado. Nesta fase os indivíduos que se envolvem em ações para cuidar de si próprios podem ser influenciados por fatores internos como o nível de maturidade, nível de desenvolvimento cognitivo. Hábitos e estado de saúde, e fatores externos como falta de recursos e pressão social intensa, podem afetar os julgamentos e decisões (p. 117). A segunda fase, operações subseqüentes às decisões requerem dispender esforço para satisfazer as demandas de auto-cuidado. A habilidade do indivíduo para dispender o esforço implica em: a) possuir conhecimento e habilidades específicas; b) estar suficientemente motivado para iniciar e continuar a dispender esforço até que os resultados sejam obtidos; c) estar comprometido com o desempenho da ação; d) ser capaz de executar os movimentos requeridos e, e) ter energia suficiente para iniciar e manter o esforço (p. 119).

O enfermeiro deve considerar as dimensões internas e externas do auto-cuidado para cada indivíduo, a fim de que possa fazer um diagnóstico mais acurado de suas capacidades para o auto-cuidado e planejar ações ou conjunto de ações para serem executadas. OREM (1985) descreveu ações de auto-cuidado como orientadas externamente e ações de auto-cuidado orientadas internamente. As ações de auto-cuidado orientadas externamente são: a) ações que buscam o conhecimento; b) ações que buscam assistência; c) ação interpessoal expressiva e, d) ações para controlar fatores externos. As ações de auto-cuidado orientadas internamente são: a) ações de emprego de recursos para controlar fatores externos; b) ações para controlar

a própria pessoa (pensamentos, sentimentos, orientações), e desta forma os fatores internos e orientação externa do indivíduo (p. 110). O auto-cuidado como ação deliberada deve ser compreendido como um processo com retroalimentação interna e externa.

Em um esforço para conceituar e definir auto-cuidado, o NDCG (1979) elaborou várias pressuposições e dentre as quais destacam-se: a) o auto-cuidado é processado pelo ego e é aprendido através de relações e comunicações interpessoais; b) pessoas adultas têm responsabilidade pelo seu auto-cuidado (p. 132).

Orem citada pelo NDCG (1979) elaborou três conjuntos de proposições visando relacionar o auto-cuidado com condicionadores psicológicos e sociais, e com sua repercussão em estados de saúde e doença. Selecionou-se para este trabalho algumas proposições como segue:

- 1) A conduta do auto-cuidado é afetada pelo auto-conceito e pelo nível de maturidade do indivíduo.
- 2) A conduta ao auto-cuidado é afetada pelo conhecimento de saúde cientificamente obtido e elaborado pelo indivíduo.
- 3) Indivíduos adultos decidem pelo seu engajamento ou não em ações de auto-cuidado específicos.
- 4) A conduta do auto-cuidado é afetada por práticas e objetivos originados culturalmente.
- 5) O auto-cuidado é necessário à manutenção e promoção da saúde e fundamenta-se em conhecimento cientificamente obtido sobre objetivos e práticas de auto-cuidado.
- 6) O auto-cuidado requer conhecimento geral dos objetivos e práticas do auto-cuidado, bem como conhecimento específico de si próprio, incluindo estado de saúde, ambiente físico e social.
- 7) O auto-cuidado requer o uso de recursos que podem incluir viver em um ambiente saudável ou em ambiente terapêutico, físico e social (NDCG, 1979, p. 133-134).

OREM (1980, 1985) e NDCG (1979) definem competência para o auto-cuidado como a capacidade do indivíduo para engajar-se em operações essenciais de auto-cuidado. A competência

simboliza o poder do indivíduo, sendo uma característica humana para a ação, isto é, para ações de auto-cuidado deliberado. A competência para o auto-cuidado desenvolve-se no curso do dia-a-dia através de um processo espontâneo de aprendizagem. O desenvolvimento da competência dos indivíduos para o auto-cuidado inicia na infância, atinge um maior grau de desenvolvimento na idade adulta e declina com o avançar da idade (NDCG, 1979, p. 181). Este desenvolvimento pode ser impulsionado pela curiosidade intelectual, instrução e experiências adquiridas na execução de medidas de auto-cuidado. A competência está intimamente relacionada às relações do indivíduo consigo próprio e com o meio em que vive, sua cultura e hábitos de cuidado à saúde. (A competência para o auto-cuidado segundo OREM (1980, 1985) compreende um conjunto de habilidades para a ação deliberada que são: a) habilidade para atender a causas específicas; b) habilidade para compreender a necessidade de mudar ou regular as coisas observadas; c) habilidade de adquirir conhecimentos sobre o curso de ação a ser seguido para a regulação e decidir o que fazer e, d) agir para alcançar a mudança ou atingir a regulação.

A competência dos indivíduos para o auto-cuidado é analisada por OREM (1980, 1985) em termos de desenvolvimento, operacionalidade e adequabilidade. O desenvolvimento e a operacionalidade podem ser influenciados por fatores constitucionais ou genéticos, pela cultura, experiência de vida e estado de saúde. A adequabilidade é medida em relação ao que o indivíduo é capaz de fazer, e suas demandas de auto-cuidado terapêutica (OREM, 1985, p. 107).

Teoristas e estudiosos da ciência de enfermagem têm se esforçado para estruturar idéias em torno do conceito competência dos indivíduos para o auto-cuidado. O grupo de Confe-

rência para o Desenvolvimento da Enfermagem (NDCG, 1979) estruturou algumas idéias relacionadas ao conceito competência dos indivíduos para o auto-cuidado. Essas idéias estão explicitadas nas seguintes pressuposições (p. 183).

- a) Competência para o auto-cuidado é representada por um conjunto de qualidades humanas.
- b) Competência para o auto-cuidado é representada pelo poder dos indivíduos para executar operações essenciais ao auto-cuidado.
- c) O exercício por um indivíduo deste poder para executar medidas de auto-cuidado, resulta num sistema de ações dirigidas para as reais necessidades de auto-cuidado desse indivíduo.
- d) Competência para o auto-cuidado pode ser caracterizada em termos de habilidades e limitações de um indivíduo para execução de medidas de auto-cuidado.
- e) Condições e fatores do meio ambiente podem afetar o desenvolvimento e o exercício das ações de auto-cuidado que o indivíduo necessita.

Essas idéias do NDCG (1979) demonstram que a competência para o auto-cuidado deve ser compreendida pelos enfermeiros em sua prática através de três marcos de referência: o indivíduo, a competência do indivíduo, e um referencial de ação.

OREM (1980; 1985) e o NDCG (1979) analisaram a definição do conceito de competência para o auto-cuidado (p. 118) e identificaram três elementos conceituais como componentes de sua estrutura substantiva. Os três elementos identificados são: 1) poder ou capacidade de engajar-se em dois tipos específicos de ações, isto é; 2) as operações estimativas de auto-cuidado; 3) as operações produtivas de auto-cuidado. Operações

estimativas de auto-cuidado são definidas como aqueles sistemas de ações desempenhadas com o objetivo de determinar o que precisa ser feito em relação ao auto-cuidado, enquanto que as operações produtivas são definidas em termos de objetivos que vão de encontro aos requerimentos já existentes de auto-cuidado, com sua ênfase em orientações de cunho regulatório, usando técnicas específicas e bem definidas (p. 188, 189).

A identificação pelo NDCG (1979), dos componentes da estrutura substantiva da competência para o auto-cuidado demonstrou que existe uma distinção entre as capacidades e as operações de auto-cuidado. As capacidades são vistas como um poder específico, qualidades ou características do indivíduo enquanto que as operações são vistas como sistemas de ação. Estes elementos não existem isolados, pois-se interrelacionam entre si.

Orem (NDCG, 1979) propôs dez capacidades como componentes da competência para o auto-cuidado. Estas capacidades são as seguintes: a) manutenção da atenção e requisito de vigilância; b) controle e uso da energia física; c) controle da posição do corpo e suas partes na execução dos movimentos; d) utilização do auto-cuidado como marco de referência; e) motivação ou objetivos orientados para o auto-cuidado; f) tomada de decisão sobre auto-cuidado; g) habilidade para adquirir conhecimentos técnicos sobre auto-cuidado; h) conjunto de habilidades cognitivas, perceptuais, comunicativas e interpessoais para o desempenho de operações de auto-cuidado; i) estabelecimento do sistema de ações de auto-cuidado específicas, e j) integração do auto-cuidado com outros aspectos da vida.

Com a identificação dos dez tipos de capacidades que compõem o poder ou competência para o auto-cuidado, os membros

do NDCG (1979) concluíram que estas capacidades estão associadas com todas ou algumas das operações de auto-cuidado. A análise da estrutura substantiva dos componentes do poder da competência contribui de maneira significativa para a prática de enfermagem.

A relação efetiva entre a demanda terapêutica de auto-cuidado e a competência do indivíduo para o auto-cuidado determina o aparecimento dos sistemas de enfermagem que inter-relacionam estes conceitos. Segundo OREM (1980, 1985) os sistemas de enfermagem descrevem todas as ações e interações empreendidas pelo enfermeiro e cliente, necessárias ao atendimento da demanda terapêutica de auto-cuidado dos indivíduos em uma situação específica de enfermagem. A implementação dessas ações envolve aplicação de um ou mais métodos de assistência de enfermagem. Estes métodos incluem atuar ou fazer, encaminhar, manter condições físicas e psicológicas, ensinar e fornecer condições para que os indivíduos possam desenvolver-se e atender, no futuro, sua demanda de auto-cuidado. As variações deste sistema de enfermagem estão relacionadas com a qualidade e quantidade da demanda terapêutica de auto-cuidado e com as capacidades dos indivíduos para atender a esta demanda.

A identificação da "competência para o auto-cuidado" permitirá a base para identificação dos "déficits" de auto-cuidado reais ou potenciais do indivíduo e as razões de sua existência, bem como oferecerá condições para a identificação dos métodos de assistência requeridas. A atuação da enfermagem junto ao cliente justifica-se segundo OREM (1980; 1985) na medida em que o enfermeiro seja capaz de determinar as deficiências de capacidades dos indivíduos na execução das medidas de auto-cuidado necessárias a manutenção da saúde e bem-estar.

O profissional de enfermagem juntamente com o cliente, deve identificar déficits das capacidades para o atendimento de suas necessidades individuais de auto-cuidado, procurando desenvolver nestes indivíduos os potenciais já existentes para a prática do auto-cuidado. O profissional de enfermagem, funciona no auto-cuidado como elemento regulador do sistema.

Orem (NDCG, 1979, p. ) refere que "as ações dos enfermeiros desempenhadas com objetivos de fazer um acurado diagnóstico da competência para o auto-cuidado de indivíduos ou grupos são uma forma de cuidado de enfermagem".

Embora OREM (1980; 1985) e NDCG (1979) não tenham idealizado meios para medir competência para o auto-cuidado, alguns autores analisaram este conceito e desenvolveram instrumentos para medi-la. Estes estudos serão relatados a seguir.

BACKSHEIDER (1974) analisou o conceito de competência para o auto-cuidado no que diz respeito às capacidades do diabético para se engajar em ações de auto-cuidado. A autora enfatiza que a competência para o auto-cuidado é composta por um conjunto de capacidades e/ou disposições e que a ação de auto-cuidado requer coordenação de capacidade físicas, mentais, emocionais e motivacionais. Nas capacidades físicas estão incluídas: práticas aprendidas, funções do córtex cerebral, funções do sistema reticular ativante, conhecimento operativo; nas capacidades emocionais e motivacionais estão incluídas a autovalorização, auto-imagem, auto respeito, controle emocional para fazer julgamentos e decidir a ação, auto-disciplina, vontade para assumir o auto-cuidado, estabelecimento de hábitos prioritários de saúde e habilidade para trabalhar com o corpo e suas partes. Backsheider identificou que as capacidades e/ou disposições para os clientes do estudo

comparecerem ou não a clínica de diabéticos estariam associadas a: conhecimento operativo, disposição motivacional e emocional, consistência, autodisciplina, orientação a saúde, tempo, e prioridades de saúde desses indivíduos. A autora fundamentou o aspecto da capacidade geral do conhecimento operativo nos níveis de conhecimento operativo diferenciados por Piaget, o qual inclui capacidades específicas de discriminar, classificar, fazer julgamentos sobre eventos específicos ou grupos de eventos e tomar decisões sobre a ação com base no julgamento. BACKSHEIDER (1974) acrescenta ainda que o conhecimento da ciência da enfermagem necessita de estrutura em torno dos serviços das capacidades e limitações dos pacientes para executarem ações de auto-cuidado.

KEARNEY & FLEISCHER (1979) com o objetivo de avaliar a competência dos indivíduos para o auto-cuidado, desenvolveram um instrumento denominado Exercise of Self-Care Agency (ESCA). As autoras conceberam este instrumento com a visão de que a competência para o auto-cuidado é uma característica pessoal que predispõe o indivíduo para a ação. Este estudo revelou quatro componentes do conceito competência dos indivíduos para o auto-cuidado. São eles: a) atitude ativa versus atitude passiva para responder a certas situações; b) motivação individual; c) conhecimento; d) auto-valorização. Destes componentes derivam-se os indicadores: motivação para o auto-cuidado; atitude de responsabilidade por si; aplicação de conhecimentos de auto-cuidado; determinação de prioridades de saúde e auto-estima, os quais, por sua vez, determinam a competência dos indivíduos para o auto-cuidado. A determinação da validade concorrente da ESCA, realizou-se através da aplicação da escala de Rotter "Internal - External locus of Control" e da escala "Adjective Checklist" de Gouch e Heil-

brum" à mesma população do estudo, 163 estudantes de enfermagem e 153 estudantes de psicologia. A validade de conteúdo da ESCA foi verificada através de um painel composto por cinco especialistas em auto-cuidado. A confiabilidade do instrumento foi determinada através do método das duas metades, e através do teste-reteste para as estudantes de enfermagem. Para as estudantes de Psicologia, determinou-se a confiabilidade da ESCA através do método das metades. O coeficiente de confiabilidade da ESCA aplicada aos estudantes de enfermagem, obtido através do teste-reteste e através do método das duas metades, foi 0,77 e 0,80. O coeficiente de confiabilidade do instrumento aplicado aos estudantes de psicologia obtido através do método das duas metades foi 0,77.

As seguintes hipóteses foram formuladas pelas autoras: a) haveria uma correlação positiva entre a escala de Rotter e a ESCA; b) haveria uma correlação positiva entre a ESCA e a auto-confiança, realização e auto-realização medida pela checklist; c) haveria uma correlação negativa entre a ESCA e a instabilidade, medida pela escala Adjective Checklist de Gouch e Heilbrum.

Os resultados estatísticos demonstraram haver uma relação positiva significativa entre a ESCA e a auto-confiança ( $r = 0,23$   $p < 0,05$ ); realização ( $r = 0,32$   $p < 0,01$ ) e auto-aceitação ( $r = 0,26$   $p < 0,05$ ). Demonstraram também que existe uma correlação negativa ( $r = 0,35$   $p < 0,01$ ) entre a competência dos indivíduos para o auto-cuidado avaliado pela ESCA e a instabilidade termo que tem correspondência com o indicador auto-estima. As autoras concluíram que a competência dos indivíduos para o auto-cuidado está relacionada com autocontrole, segurança, confiança, inteligência, responsabilidade e otimismo, mas não se relacionam com agressividade, competição e de-

pendência. KEARNEY & FLEISCHER (1979) com seu estudo contribuíram para definir os componentes da competência para o auto-cuidado e afirmar que é uma característica pessoal e portanto deve variar para cada indivíduo.

NEVES (1980), em sua tese de doutoramento propôs-se a avaliar a competência para o auto-cuidado, no que diz respeito a um dos componentes, o desenvolvimento cognitivo. O objetivo deste estudo foi determinar a relação existente entre a estrutura cognitiva relacionada a saúde de indivíduos hospitalizados e seus comportamentos de auto-cuidado. Seu estudo foi conceptualizado a partir da teoria sobre crenças, atitudes, intenções e comportamentos de Fisbein e Ajzen, o esquema de desenvolvimento cognitivo de Perry, e a teoria do auto-cuidado de Orem. O modelo de desenvolvimento cognitivo dos indivíduos de acordo com Perry, inclui três categorias: no dualismo os indivíduos vêem o mundo em termos absolutos, aceitam ou rejeitam a autoridade; no relativismo o indivíduo percebe incertezas e diversidades, e sente necessidade de orientar a si mesmo, a fim de que possa avaliar racionalmente a autoridade; no compromisso com o relativismo o indivíduo experimenta as simplificações do compromisso, e a afirmação da sua identidade assumindo responsabilidade consigo mesmo. Para determinar a relação existente entre a estrutura cognitiva de indivíduos hospitalizados, quanto à saúde, e seus comportamentos de auto-cuidado, a autora desenvolveu dois instrumentos: o "Health related Cognitive Structure" - HrCS - e o "Health Self-Care" - HSC. Estes instrumentos já tem determinada sua validade de conteúdo e confiabilidade. O coeficiente de confiabilidade para o HrCS foi 0,60 e para o HSC foi 0,89. Os componentes do Health related Cognitive Structure, que avaliou a estrutura cognitiva dos indivíduos hospitaliza-

dos, incluíam crenças, atitudes e intenções relacionadas com a saúde e o auto-cuidado. Os indicadores desses componentes foram representados pelas três categorias de estrutura cognitiva do modelo de Perry e pelas nove áreas de mudanças qualitativas de Knepelkamp e Slepitzka: entre elas estão o uso de expressões absolutas, habilidades para analisar e sintetizar, capacidade de assumir responsabilidades, assumir novos papéis, assumir riscos consigo mesmo, abertura para perspectiva de alternativas e localização de controle. Os componentes do instrumento de "Health Self-Care" (HSC), que avaliou os comportamentos de auto-cuidado relacionados com a saúde de indivíduos hospitalizados, incluíram as ações executadas pelos indivíduos em relação a promoção, manutenção e restauração da saúde. Os indicadores desses componentes no HSC, também se relacionavam com as categorias de desenvolvimento, cognitivo e com as áreas de mudanças qualitativas, utilizadas pela autora como referencial teórico. Os dois instrumentos foram administrados a uma população de 72 indivíduos hospitalizados: trinta e três homens e trinta e nove mulheres.

Os resultados estatísticos deste estudo demonstraram: a) relação positiva significativa ( $r = 0,40 < 0,001$ ), entre os escores obtidos na escala sobre estrutura cognitiva referente a saúde de indivíduos hospitalizados e seus comportamentos de auto-cuidado à saúde; b) relação positiva significativa ( $r = 0,27 < 0,01$ ) entre a posição ocupada pelos indivíduos nos questionários sobre estrutura cognitiva e os comportamentos de auto-cuidado; c) relação positiva significativa entre os escores do questionário sobre estrutura cognitiva e educação e percepção sobre a própria saúde; d) relação positiva significativa entre os escores do questionário sobre estrutura cognitiva e duração da hospitalização atual; e) rela-

ção positiva, significativa entre os escores do questionário sobre comportamentos de auto-cuidado e educação, percepção sobre a própria saúde e número de hospitalizações anteriores; f) relação negativa entre os escores do questionário sobre comportamentos de auto-cuidado e raça, como também se o indivíduo morava, sozinho ou com outras pessoas. Correlações parciais revelaram que permanecem as correlações significativas entre as duas grandes variáveis, quando as variáveis estranhas foram mantidas constante.

Com estes resultados, a autora concluiu que o estudo comprovou haver relação entre a estrutura cognitiva dos indivíduos e seus comportamentos de auto-cuidado, o que contribui significativamente para testagem e validação de teoria de Dorothea Orem, no que se refere aos fatores internos e individuais, que influenciam os indivíduos em seus comportamentos de auto-cuidado.

NEVES et alii (1983) realizaram, em Florianópolis-SC, a replicação do estudo concebido e efetuado por Neves (1980) em Washington, DC. Neste estudo, a relação encontrada entre as posições acupadas pelos sujeitos componentes da amostra, nos questionários de Estrutura Cognitiva referente a Saúde (ECS) e Auto-cuidado à Saúde (ACS), embora fraca, demonstra haver uma certa relação entre o padrão de organização e suas crenças sobre saúde e o padrão de organização das reflexões dos indivíduos sobre seus comportamentos de auto-cuidado. No entanto a ausência de relação significativa entre os escores dos sujeitos no ECS e ACS levam a refletir sobre a inconsistência dos achados.

Nas conclusões, as autoras afirmam "considerando as limitações a fraca existência de relação entre as variáveis principais, e a inconsistência dos resultados obtidos neste

estudo com os obtidos por Neves em 1980, pode-se concluir pela impossibilidade, até o momento de firmar posição sobre a aplicabilidade da teoria de Perry, para identificação do "poder do indivíduo de agenciar o auto-cuidado".

Com relação a inconsistência dos resultados encontrados os autores do estudo (Neves et alii 1983) referem que influências educacionais e culturais do nosso povo, pois nos Estados Unidos, o sistema educacional enfatiza os conceitos de tomada de decisão, resolução de problemas e independência, o que leva os indivíduos a serem mais confiantes e responsáveis por si mesmos. Sendo que naquela cultura, os indivíduos são expostos a mais informações médicas úteis que os tornam mais capazes de se auto-cuidar. Acrescentam ainda as autoras, que foram alteradas as opções de resposta no ACS, o que pode ter sido um dos fatores responsáveis pela inconsistência dos achados, motivo pelo qual no presente estudo foram mantidas as opções de resposta do estudo original realizado no Estados Unidos, e foi dada a oportunidade aos sujeitos para expressarem outras razões.

NUNES (1982) desenvolveu um estudo metodológico que objetivou o desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência de indivíduos diabéticos para o auto-cuidado. O conceito de competência para o auto-cuidado, componente da teoria de Orem, e as capacidades descritas por Backsheider foram utilizadas com marco conceitual deste instrumento. A população amostral foi constituída de 81 indivíduos com diagnóstico de diabete mellitus submetidos a tratamento em regime de internação ou em regime ambulatorial, dos quais 43 eram homens e 38 mulheres. A escala compõem-se de 27 itens, visando discriminar a competência necessária ao desenvolvimento do sistema de auto-cuidado dos diabéticos. O conteúdo foi

dividido em três sub-escalas: 1) capacidades físicas, que incluem: visão, sensibilidade nas mãos e pés, destreza manual; 2) capacidades mentais incluindo leitura, atenção e memória; discriminação e classificação de acontecimentos referentes a diabetes, julgamento de certas situações referentes a diabetes, conceitualização de um sistema de ações para atuar em certas situações referentes ao tratamento; 3) capacidades motivacionais que caracterizavam auto-estima, auto-valorização, motivação para desenvolvimento de auto-cuidado e aceitação da situação de diabético. Para cada item foram oferecidas quatro alternativas de resposta. À cada alternativa foi atribuído um escore variando de um a quatro e, para cada item, havia uma única possibilidade de resposta. Sua aplicação foi através de entrevista estruturada, com guia para aplicação da escala, contendo as informações necessárias ao desenvolvimento desta entrevista. A quantidade de escores que cada indivíduo obteve na escala foi calculada pela somatória dos escores de cada item.

O instrumento submetido ao processo de validade aparente e de conteúdo por seis peritos em diabete e auto-cuidado que avaliaram sua objetividade e abrangência de conteúdo ou seja, os itens do instrumento como um todo parecem medir as competências dos indivíduos adultos diabéticos para o auto-cuidado. Quanto a confiabilidade, os índices atingidos estão dentro do coeficiente mínimo aceitável para instrumentos que se destinam à verificação das características individuais. Faz-se necessário aprofundar os estudos para determinar sua validade na identificação da competência específica do diabético para o auto-cuidado.

DENYES (1980) desenvolveu um instrumento para medir a competência para o auto-cuidado de adolescentes. Fundamenta-

da nas teorias do desenvolvimento de adolescentes, tais como as de Erickson, Piaget, Elkind, Kohlberg & Gilligan, Mashall & Tanner, Denyes descreve que a competência dos adolescentes para o auto-cuidado é composta de capacidades psicossociais, cognitivas, afetivo/morais e físicas, sendo que cada capacidade foi concebida em termos de força/poder ou limitações para assumir o auto-cuidado. A forma final do instrumento é composta de 35 itens em sete partes da escala likert que constitui o "Self-Care Agency Assessment Questionnaire" (Denyes) e mede competência para o auto-cuidado de adolescentes. O desenvolvimento deste questionário inclui estudos de confiabilidade através do método de consistência interna e estabilidade. Estudos de validade de construto, incluindo demonstração de relação entre este questionário e medidas de práticas de auto-cuidado a saúde e medidas de estado de saúde.

A análise fatorial do instrumento demonstrou seis fatores: a) estrutura do ego e habilidade em tomada de decisão; b) valorização da saúde; c) conhecimento, experiência e habilidade para o auto-cuidado; d) força/energia para o auto-cuidado; e) consciência sobre os próprios sentimentos e a sexualidade; f) atenção à saúde, acesso a ajuda e desejo de procurar ajuda em relação ao auto-cuidado. Denyes sugere que os seis fatores identificados em seu estudo, como componentes da competência para o auto-cuidado, empiricamente demonstram aspectos de capacidade da competência para o auto-cuidado comparações com as dez capacidades componentes da competência proposta por Orem e o NDCG (1979).

SULLIVAN (1979) desenvolveu um modelo de auto-cuidado para prática de enfermagem na assistência ao idoso; utilizou o marco de referência da teoria do auto-cuidado. Em seu estudo a autora diferenciou quatro níveis de sistemas de

auto-cuidado para indivíduos idosos. Estes níveis foram estabelecidos de acordo com o grau de dependência da enfermagem. A visão de Sullivan é de que o sistema de auto-cuidado é composto da competência para o auto-cuidado e da demanda de auto-cuidado. Os quatro níveis de sistema de auto-cuidado para idosos compreendem níveis de adequação entre competência para o auto-cuidado e demanda de auto-cuidado. Os quatro níveis de sistemas são os seguintes: a) nível I, independente, os clientes se caracterizam por possuírem um alto nível de saúde e auto-cuidado, seu estilo de vida é normal. Apesar da idade, e por não terem freqüentes contatos com médicos e enfermeiras; b) nível II, independentes ameaçados, os clientes apresentam muitas características dos de nível I, porém necessitam fazer ajustes no seu estilo de vida. Estes são mais vulneráveis às alterações de saúde, além de apresentarem alguns déficits de competência para o auto-cuidado; c) nível III, independentes delegador, caracterizando-se por apresentar menor nível de saúde, e menos competência para o auto-cuidado que os de nível II; d) nível IV, dependentes, caracterizam-se por apresentar graves alterações de saúde e grande diminuição da competência para o auto-cuidado. SULLIVAN (1979) refere que estes quatro níveis de auto-cuidado fazem parte de um sistema dinâmico, pois o indivíduo, pode apresentar características de um e de outro nível.

SULLIVAN (1979) revisou demandas de auto-cuidado experienciadas por idosos e as características da competência para o auto-cuidado desses indivíduos idosos. A competência para o auto-cuidado foi analisada em termos de estados de competência objetiva e subjetiva para cada nível do sistema de auto-cuidado dos idosos. Ela considerou oito categorias de competência objetiva em sua análise: a) manutenção da vida/-

promoção da saúde; b) saúde de funcional/promoção da saúde; c) percepção/cognição; d) auto-manutenção da condição física; e) tomada de decisão; f) instrumental de auto-manutenção; g) realização (hobbies, recreação); h) papéis sociais. As categorias relacionadas a competência subjetiva, consideradas em sua análise são: a) auto-conceito, auto-estima; b) motivação; c) filosofia de vida, e d) auto-avaliação da saúde, estilo de vida e satisfação na comunidade. As categorias de competência objetiva e subjetiva são descritas e detalhadas em cada nível de competência dos indivíduos idosos. O modelo de Sullivan tem uma proposta teórica e prática, no entanto precisa ser testado e validado através de futuras pesquisas, para então ser aplicado na assistência aos clientes.

UNDERWOOD (1979) fundamentada no conceito de auto-cuidado de Orem, procurou verificar os resultados da aplicação de uma metodologia de assistência de enfermagem a pacientes, esquizofrênicos através da avaliação dos comportamentos de auto-cuidado desenvolvidos pelos pacientes esquizofrênicos. A população de estudo foi constituída de pacientes adultos esquizofrênicos. Trinta pacientes adultos foram distribuídos entre o grupo controle e o grupo experimental. O grupo controle recebeu cuidados de enfermagem estabelecidos pela rotina, enquanto que o grupo experimental recebeu cuidados de acordo com o modelo de assistência baseado em auto-cuidado.

Os comportamentos de auto-cuidado de cada sujeito que participou de amostra foi avaliado através da "Nurse's Observation Scale for Inpatient Evaluation" (Nusie) - da "Global Rating Scale" (RGS), e da "Functional Life Scale" (FLS). Neste estudo não foram relatados pela autora os dados referentes a validade e confiabilidade das escalas utilizadas.

UNDERWOOD (1979) diferenciou quatro níveis de auto-

cuidado comum em pacientes esquizofrênicos. Estes níveis descrevem pacientes esquizofrênicos em termos da adequação de auto-cuidado em respostas às demandas de auto-cuidado universal preconizadas por Orem. Os resultados demonstraram que os dois grupos aumentaram seus comportamentos de auto-cuidado durante o período de internação, independente do método de assistência aplicado. Entretanto, os pacientes do grupo experimental desenvolveram comportamentos de auto-cuidado mais rapidamente e em mais alto nível do que os pacientes do grupo controle. Underwood não definiu nem analisou o conceito de competência para o auto-cuidado e em seus níveis de auto-cuidado não descreveu as capacidades ou operações típicas presentes em estudo de competência para o auto-cuidado. A visão da autora em termos de competência para o auto-cuidado de pacientes esquizofrênicos se limitou apenas à capacidade para responder às demandas de auto-cuidado universal.

BRUGGE (1982) analisou o conceito de competência para o auto-cuidado a partir Kearney & Fleischer, utilizando a escala "Exercise of Self-Care Agency Scale" (ESCA) para estudar a relação entre competência para o auto-cuidado de indivíduos cronicamente doentes, o sistema de suporte familiar e seu estado de saúde. Os resultados encontrados sugerem que a competência para o auto-cuidado de indivíduos cronicamente doentes aumenta com o suporte social da família e não determina diminuição do estado de saúde.

LANTZ (1982) realizou um estudo a partir da definição de Orem, da competência para o auto-cuidado como poder para se engajar em operações estimativas, transicionais e produtivas, essenciais para o auto-cuidado. Dois instrumentos foram utilizados nesta pesquisa para medir a relação entre competência para o auto-cuidado de indivíduos idosos e sua auto-ava-

liação. Para medir competência foi utilizado o "Exercice of Self-Care Agency Scale" de Kearney & Fleischer e para medir auto-avaliação o "Personal Orientation Inventory" de Shostrom.

Os resultados deste estudo sugerem que a competência de indivíduos idosos é influenciada por auto-valores. O componente auto-valor encontrado neste estudo confirma a dimensão encontrada por Kearney & Fleischer quando analisa que a competência para o auto-cuidado é formada por uma elevada auto-estima.

GAST (1983) analisou o conceito de competência para o auto-cuidado com a visão de que as capacidades do indivíduo para o auto-cuidado são ego processados e produzem ações de auto-cuidado. A autora concebeu seu estudo correlacionando os estágios de desenvolvimento cognitivo preconizados por NEVES (1980), à partir da teoria do desenvolvimento de Perry com os estágios de desenvolvimento do ego segundo Loevinger. GAST (1983) realizou seu estudo com pessoas sadias do sexo feminino e utilizou três instrumentos: 1) "The Sentence Completion Test" (SCT) desenvolvido por Loevinger, Wessler e Redmore que avaliou os estágios de desenvolvimento do ego e dos dois instrumentos desenvolvidos por NEVES (1980) denominados "Health Related Cognitive Structure Care" (HrCS) e o "Health Self-Care" (HSC) que medem crenças, atitudes e intenções a respeito de auto-cuidado e razões para desempenho ou não desempenho de ações de auto-cuidado. GAST (1983) comprovou os resultados de seu estudo com os resultados do estudo de NEVES (1980) e conclui que: a) as variações nos julgamentos e decisões dos indivíduos a respeito de auto-cuidado podem ser descritas em termos de estágios designados como dualista, relativista e comprometido no relativismo; b) as decisões e julgamentos das pessoas são processadas pelo ego; c) os estágios de desenvol-

vimento cognitivo estão alinhados aos estágios de desenvolvimento do ego; d) os estágios do ego de Loevinger e os de auto-cuidado de NEVES (1980) identificados nos indivíduos pesquisados proporcionam alguma base para predizer que o não desempenho das ações de auto-cuidado de indivíduos sadios é semelhante ao de indivíduos hospitalizados.

ISENBERG & EVERS et alii (1986) desenvolveram um instrumento para medir competência para o auto-cuidado. Este instrumento foi construído tendo como marco conceitual a Teoria do Déficit do Auto-Cuidado de Orem (1985) e o conceito de competência para o auto-cuidado proposto pelo NDCG (1979). Conceptualmente a "Appraisal Self-Care Agency" (ASA) Scale mede o poder (potencial) do indivíduo para desempenhar operações produtivas de auto-cuidado. Esta escala é composta de 24 itens com declarações positivas e negativas do tipo Likert. Sua apresentação é em duas formas: self-appraisal - forma A (auto-avaliação) e appraisal of another - forma B (avaliação por outro). Com relação a sua avaliação, já foram feitos testes nos Estados Unidos e Holanda. Segundo os autores, esta escala pode ser aplicada em indivíduos adultos de diferentes grupos de idade, institucionalizados ou não e com diferentes estados de saúde. Os testes de validação incluem indivíduos saudáveis, residentes em centros de enfermagem de reabilitação, pacientes pós cirurgia de revascularização do miocárdio com colocação de ponte safena, pacientes com câncer, diabete, artrite e idosos.

#### **Hipertensão Arterial:**

##### **Uma Prioridade de Saúde Pública**

Nos países desenvolvidos houve neste século uma inversão das causas de mortalidade da população passando das causas de doenças infecciosas para as crônicas degenerativas.

As razões para tal mudança podem ser relacionadas a: desenvolvimento de melhores condições sanitárias, desde o início do século, melhores condições de moradia, introdução de antibióticos, vacinas e outras técnicas, demonstrando desta forma que a população está vivendo mais tempo e sucumbindo às doenças crônicas da meia-idade e da idade mais avançada (LEVI, 1981). EYER (1975) refere que a mudança de comunidades tradicionais para sociedades industriais é um processo complexo envolvendo profundas transformações sociais e econômicas, as quais indubitavelmente influenciam padrões de saúde e doença dos membros das sociedades. LAURENTI (1980) salienta que as doenças crônicas contribuem fundamentalmente para o aumento da morbidade e mortalidade nas grandes áreas urbanas da América Latina. No Brasil, também houve essa inversão do retrato da morbi mortalidade da população brasileira, apesar dos indicadores de saúde do país mascararem acentuadas disparidades regionais, com conseqüente correlação entre nível sócio-econômico e vulnerabilidade aos diferentes agravos. As doenças cardiovasculares representam a causa de morte mais importante em todas as regiões, com exceção da Região Norte (Ministério da Saúde, 1987, p.04).

PRADO (1987) também reforça esta afirmação e refere que no Brasil as causas de morte, apresentam um padrão "misto" de mortalidade, pois as doenças tidas como decorrentes do desenvolvimento convivem com aquelas próprias de países desenvolvidos. Para COSTA & KLEIN (1985) esse padrão "misto" de mortalidade observado no Brasil não seria atípico, pois a elevação dos índices de mortalidade por doenças cardiovasculares resultaria muito mais da forma de organização do modo de produção e de inserção no grau de desenvolvimento do país.

Em 1980 no Brasil, 54% dos óbitos em indivíduos com idade

igual ou superior a 50 anos decorreram das doenças do aparelho circulatório, o mesmo acontecendo com 24,3% do grupo de 20 a 49 anos, atingindo precocemente os indivíduos em idade economicamente ativa e mulheres em idade fértil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p. 02). As doenças cardiovasculares passam, portanto, a constituir a primeira causa de morte da população brasileira, responsáveis em 1980 por cerca de 30% dos óbitos registrados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p. 03). O peso da morbidade causado por doenças crônica degenerativas pode ser indiretamente avaliado por sua participação como causa de invalidez da previdência social. Com este perfil epidemiológico das doenças crônico degenerativas no Brasil, demonstra-se que as doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa de mortalidade proporcional no Brasil por grupos de causas, dentre as quais a hipertensão arterial é a mais prevalente na população. Os estudos no Brasil mostram que a prevalência da hipertensão arterial, embora ainda não bem conhecida em todas as regiões, varia em diversos estudos, sendo que os com melhor metodologia indicam ser esta prevalência entre 11 a 20% da população adulta (Ministério da Saúde, 1987, p. 30).

PRADO (1987) em seu estudo descreveu a contribuição das doenças do aparelho circulatório para a mortalidade de adultos residentes na Região Sul do Brasil, em 1980 que foi de 40%, especialmente da doença hipertensiva (5%) e doença isquêmica (29,4%). Verificou que a doença hipertensiva mostra uma diferença de comportamento quanto ao sexo, sendo mais frequente no sexo feminino. Essa elevada taxa nas mulheres se relaciona aos fatores de risco ligados ao sexo feminino tais como, concepção e anticoncepção, a inserção da mulher no mercado de trabalho. COSTA & KLEIN (1985) estimam que 40% dos óbitos por doenças cardiovasculares apresentam hipertensão arterial pos-

sivelmente como causa primária, e que pelo menos um, entre oito óbitos por todas as causas, é devido a hipertensão.

Autores como KANEL (1971, 1972; PAUL, 1974) referem que estudos epidemiológicos realizados nos últimos 20 anos têm confirmado a importância da hipertensão arterial como precursora da morbidade cardiovascular. A diferença acentuada, que muitas vezes é demonstrada, nos coeficientes tanto da doença cardiovascular como hipertensiva, se deve mais a um reflexo de registros errôneos de óbitos "mal definidos" do que representa a real magnitude de uma outra doença. Um levantamento retrospectivo nos registros de atendimento de pacientes com doença crônica degenerativo em um ambulatório do Hospital Universitário de Florianópolis - SC no período de maio de 1980 a agosto de 1987, demonstrou que a hipertensão arterial esteve em segundo lugar dentre os casos atendidos neste período (VIEIRA, 1987).

MANCILHA et alii (1986) realizaram um estudo sobre a prevalência da hipertensão arterial em uma amostra de 1006 funcionários, a maioria com escolaridade de 2º grau, de um hospital geral (Forças Armadas) com idades de 18 a 65 anos, sendo 737 civis e 269 militares. A prevalência da hipertensão arterial (PAD > 90 mmHg) foi de 8,15%, sendo que o percentual de hipertensão foi maior no sexo masculino, nos indivíduos de raça negra, nos de faixa etária mais elevada e naqueles com história familiar de hipertensão arterial. Independentemente do sexo e da idade foi observada prevalência maior de hipertensos entre os funcionários militares (10,04%) do que nos civis (7,76%). Em relação ao diagnóstico prévio de hipertensão 63,10% sabiam ser hipertensos e 35,53% desconheciam o diagnóstico. Quanto ao tratamento 68% dos hipertensos não estavam fazendo uso de anti-hipertensivos.

Neste estudo, a prevalência da HA no total da amostra foi de 8,15%, sendo este valor menor do que os valores encontrados em outros estudos de população. MANCILHA (1983) e col., estudando homens de 7 grupos populacionais diferentes, acharam prevalência de 16,1%. DEBERT & RIBEIRO (1982) estudando a prevalência em trabalhadores da cidade de São Paulo constataram prevalência de 18,1%. Os fatores que colaboraram para esta reduzida proporção de hipertensos neste estudo podem ser os seguintes: maior facilidade de diagnóstico, por se tratar de funcionários de um hospital geral de bom nível sócio-econômico e a presença de brancos na amostra. Estes autores, em seu estudo, em uma amostra de 5470 indivíduos empregados em 57 firmas escolhidas ao acaso, representando uma população estimada de 760 mil indivíduos, encontraram que a prevalência geral da hipertensão arterial (PA > 90 mmHg) foi de 18,5% em homens e 6,6% em mulheres. Homens pretos mostraram prevalência de hipertensão significativamente maiores que brancos e mulatos (29,2% vs 16,9% e 18,8% respectivamente;  $p < 0,05$ ). Por outro lado, a severidade de hipertensão foi mais evidente em homens pretos que em brancos (40,0% vs 20,0%;  $p < 0,05$ ). Estes dados são semelhantes aos de outros estudos conduzidos nos EUA e Europa. As diferentes morbidades para explicar a diferente prevalência entre homens e mulheres, não se podem excluir critérios diferentes para a admissão em nossa força de trabalho para estes dois grupos. Este estudo suporta, pela primeira vez em nosso meio, a idéia de que a hipertensão arterial seja um problema de saúde pública importante na população adulta brasileira de grandes cidades, principalmente porque avaliou a magnitude do problema na população economicamente ativa de certos ramos de atividade em uma área altamente industrial.

Apenas o estado do Rio Grande do Sul dispõe de dados

sobre prevalência arterial, baseados em inquérito epidemiológico elevado com rigor metodológico. A prevalência encontrada de hipertensão arterial naquele estado foi de 11%. Baseado neste estudo e nos dados populacionais do Brasil do ano de 1985 estima-se a existência de 8.100.000 hipertensos adultos (idade > 20 anos), número este que provavelmente dobraria se o critério de hipertensão arterial fosse reduzido para nível de pressão arterial  $\geq 140/90$  mmHg (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 08).

O Brasil ainda não possui dados sobre morbidade da hipertensão arterial, mas sabe-se que é a 3ª causa de invalidez temporária (6,6% do total de licenças concedidas pelo INPS em 1983) e a 1ª causa de aposentadoria (20,4% do total de aposentadoria em 1983 no país). Em 1985, do total dos pacientes internados pelo INAMPS, 1,5% o foram com diagnóstico de doença cardíaca isquêmica, 2,2% com diagnóstico de acidente vascular encefálico e 2,6% com diagnóstico de hipertensão arterial. Dos pacientes internados com o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, cerca de 60% apresenta hipertensão arterial associada. Embora os dados sobre morbidade sejam escassos e os de mortalidade incompletos, os dados existentes permitem colocar a hipertensão arterial e suas complicações associadas como problema de saúde pública de alta prioridade.

As intervenções, para atuar junto a população, devem ser melhor escolhidas, tendo em visto que segundo o Ministério da Saúde, 50 a 70% dos pacientes hipertensos no Brasil desconhecem o seu diagnóstico. O não diagnóstico de hipertensão arterial ocorre mesmo nos pacientes que tem acesso ao sistema de saúde. A situação torna-se preocupante visto que no Brasil a mortalidade por doenças cardiovasculares não apresenta redução significativa através dos anos, como aconteceu com os Es-

tados Unidos que já conseguiu redução significativa de mortalidade por doença coronariana e acidente vascular cerebral. Esta redução de mortalidade e morbidade, associada a hipertensão arterial, está mais relacionada à mudança de hábitos e estilo de vida e do comportamento (adesão ao tratamento) e com modificações dos fatores de risco cardiovascular do que ao emprego de técnicas sofisticadas de diagnóstico e tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 12).

Atualmente, a proposta do Ministério da Saúde que tem mais probabilidade de ser eficaz, é envolver ações de saúde sobre toda a população provocando mudanças de comportamento e de estilo de vida (condições sócio econômicas e culturais) bem como alterações nos fatores ambientais e na área legislativa. Essas mudanças devem acontecer através de ações de proteção, promoção coletiva da saúde, pela intervenção em fatores de risco que se operam mesmo antes do nascimento que objetivem o desenvolvimento de formas mais saudáveis de viver.

Para tanto, faz-se necessário ter clareza dos aspectos conceituais da hipertensão arterial, fatores de risco, diagnóstico e tratamento e medidas de controle a longo prazo.

Com relação aos aspectos conceituais, o Ministério da Saúde (1988), baseado nas definições da Organização Mundial da Saúde (OMS) aceita como hipertensão arterial a elevação crônica de uma ou das duas pressões: sistólica e diastólica. A definição dos limites da pressão arterial que caracterizam a presença de hipertensão arterial é ainda discutível e certamente mutável com a evolução do conhecimento. No entanto, o Ministério da Saúde fixou os limites de elevação para pressão sistólica igual ou superior a 160 mmHg e para diastólica, igual ou superior a 95 mmHg ou uma das duas.

Na opinião de alguns autores como KANNEL & SORLIE

(1975), que se baseiam na relação da pressão com os riscos de doença e morte, deve-se considerar como hipertensão, valores acima de 90 mmHg de pressão diastólica.

No entanto, deve-se seguir os limites recomendados pelo Ministério da Saúde (1988), para fins de classificação como critério de hipertensão na população adulta, mas para fins terapêuticos é preciso considerar todos os prós e contras de um tratamento a longo prazo em cada indivíduo, medindo bem o risco que, do ponto de vista cardiovascular, tenha este indivíduo. São considerados como fatores de risco cardiovascular: a história familiar de hipertensão arterial, diabetes ou outras doenças do aparelho circulatório, tabagismo, álcool, hábitos alimentares (gorduras saturadas), obesidade, hiperlipidemias, sedentarismo, stress, uso de contraceptivos orais, corticosteroides e outros medicamentos hormonais.

Em 1988, o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial (PNECHA) estabeleceu normas técnicas e métodos individuais e coletivos, de prevenção, controle e tratamento da hipertensão arterial, as quais neste estudo em razão da importância das informações e detalhes técnicos optou-se por colocar em anexo de forma íntegra, visto seu conhecimento ser necessário para desenvolver nos clientes as habilidades técnicas e o conhecimento em relação a ações de auto-cuidado na hipertensão arterial (Anexo 1).

A revisão da literatura sobre auto-cuidado demonstra através da maioria dos autores como questão principal para atingir este objetivo, a educação; educação esta vista como libertária, que prevê participação ativa tanto do profissional de saúde como do cliente, com comunicação através do diálogo como condição essencial para a prática do auto-cuidado, comprometido e real. Tanto o profissional de saúde quanto o cli-

ente devem ter claro o conceito e objetivos do auto-cuidado. SAVIER & HOWARD (1982) referem que para o exercício da prática do auto-cuidado faz-se necessário a eliminação de barreiras físicas, sociais e culturais, existentes nas instituições e nos indivíduos envolvidos nesse processo.

LEVIN (1976) visualiza o auto-cuidado tanto sob o ponto de vista de níveis de habilidades de comportamento pessoal de saúde como de habilidades sociais e políticas. Ambos os níveis contribuem para o bem-estar do indivíduo e da família, mas o conceito sócio-político reconhece que a etiologia de muitos problemas de saúde está no domínio da comunidade devendo ser solucionado através de ação social. Os profissionais devem firmar alianças entre paciente e provedor de saúde, com base mais na negociação do que na coerção. LEVIN (1977) conceitua auto-cuidado como um processo onde a pessoa leiga pode funcionar efetivamente em seu próprio benefício na promoção de saúde e tomada de decisão, na prevenção, detecção e tratamento da doença, a nível de recurso primário de saúde.

Riessman citado por SAVIER (1982) diz que o auto-cuidado existe informalmente, não sistematizado, não alienante, visto como funcionando através do mecanismo de terapia da própria pessoa, entrando em um processo crescentemente deliberado de tomada de decisão que por sua vez, diminui a dependência e contribui para um sentimento de utilidade social. A responsabilidade deve ser assumida tanto em nível pessoal como coletivo.

Para NOWAKOWSKI (1980) o marco de referência ou o modo de pensar que orienta a idealização de um programa de auto-cuidado é o componente mais significativo de programas de educação que visam auto-cuidado. A autora refere ainda que vê cada interação, de um profissional de saúde com um cliente

seja individualmente, em grupo ou através de meios de comunicação de massa, como uma experiência educacional. Portanto, uma das metas dos esforços para promoção de saúde através do auto-cuidado é colocar os indivíduos no controle de suas vidas, levando em consideração suas realidades, seus valores e suas metas ou atividades significativas de vida.

O auto-cuidado deve ser um propósito dos enfermeiros no que concerne a auxiliar indivíduos ou grupos a exercerem seus direitos e responsabilidades no que diz respeito a decisões de saúde e ações necessárias para manter um nível de saúde que dê suporte as metas de vida ou atividades significativas. O direcionamento desta atividade por parte dos profissionais enfermeiros é dar suporte e desafiar o indivíduo para que mude sua perspectiva, de ver a si mesmo como recipiente passivo do cuidado de saúde, passando a conscientizar-se de seus direitos e responsabilidades no sentido de influenciar e controlar seu recurso de saúde e os recursos que o assistem. Devem também tomar consciência de suas limitações, forças e habilidades de se auto-cuidar.

VERSCHURE (1981) compreende o auto-cuidado não como um placebo pobre e amadorístico, mas numa posição de direito, apresentando-se como um nível básico e essencial do assistir humano. Portanto, o auto-cuidado sob a ótica deste autor é um direito do cidadão, que foi dele alijado em algumas sociedades industrializadas, por força da institucionalização das unidades de saúde.

ANTHONY (1985) baseado no livro de Naisbett, analisou alguns pontos básicos para o desenvolvimento da instrução do paciente para o auto-cuidado. Argumenta que a sociedade está em transição, passando da sociedade industrial para uma que fornece informações. Essa mudança implica em for-

necer informações aos que recebem cuidados de saúde. Este volume de informações aumentará na medida em que os pacientes tornarem-se mais esclarecidos e as informações mais específicas. O autor refere também que o modelo de instrução precisa ser revisto, pois, muitas vezes, é estabelecido autocraticamente, sem levar em conta o que o paciente necessita saber.

LEVIN (1981) afirma que na última década tem havido um reconhecimento da limitação da abrangência do modelo médico tradicional na assistência a saúde, havendo aumento na demanda de seus recursos visando possibilitar uma maior auto-determinação através de uma maior participação de leigos, capazes de exercerem controle nos destinos das pessoas e da própria comunidade. O autor sugere uma modificação no enfoque da prática de educação baseada em algumas recomendações, utilização de recursos que pessoas leigas maximizem o seu papel no que se refere a definição de problemas, determinações de prioridades e participação na solução desses problemas, obtenção de informações sobre definições, desvios, assistência a saúde, inclusão de crenças e valores nestes aspectos e inclusão de controle de doenças iatrogênicas.

DAMANT (1981), na procura de significado do auto-cuidado, desenvolve um modelo de atividades onde discute valores, consciência, saúde, crenças de saúde, educação, comportamento, doença e o próprio termo "self", enquanto fatores determinantes do auto-cuidado.

A análise do auto-cuidado, como movimento social, é feita por LEVIN (1981) e SCHILLER (1983) e sendo assumida por diversos autores da área de saúde.

ROMO (1986) salienta que os profissionais de saúde devem demonstrar confiança na participação de outros profissionais, pacientes e da comunidade para que se desenvolvam

comportamentos de auto-cuidado. Devendo ser analisada a relação de dependência que os pacientes possuem dos profissionais de saúde, relação essa reforçada pelos familiares. O temor de perder o campo profissional e a incapacidade de colocar-se no lugar do outro, é um desafio para aqueles que desejam assumir o papel de educador, considerando a comunidade, o ambiente, as habilidades dos indivíduos, suas crenças e valores em direção ao auto-cuidado.

PETERSEN et alii (1987) observaram que comportamentos saudáveis levam a uma vida com padrão de saúde mais elevado. Exercícios periódicos, alimentação pobre em colesterol, não fumar ou beber excessivamente e outros são fatores que também influenciam a saúde. Contudo, um fator decisivo na manutenção da saúde do indivíduo é o grau de valor que ele dá a sua saúde. Segundo os autores, na relação profissional-cliente deve-se levar em consideração as crenças e valores de cada cliente com relação a própria saúde.

MILLER (1983) colocava que os enfermeiros deveriam encorajar os clientes para utilizar sua religião, suas crenças e práticas visando inspirar ajuda e fortalecer nestes clientes esforços para maximizar sua saúde.

Com esta visão da assistência para o auto-cuidado, autores como ROGUS (1981) ORR (1987) HAENSGEN (1986) IZZO (1982) ROSENFELD & SILVERBEG (1970) WEBB (1980) GIORGI (1974) DANIELS & KOCHAR (1979) e tantos outros, colocam o enfermeiro numa posição estratégica para atuar como educador em auto-cuidado à saúde e capacitado para auxiliar, monitorar e facilitar a aderência ao auto-cuidado de saúde proposto.

Antes de discorrer sobre os estudos referentes a hipertensão arterial, que foi a patologia escolhida para identificar a competência para o auto-cuidado, faz-se impor-

tante definir o significado das palavras aderência e "compliance". Aderência segundo (ALLIANDRO,1973), denota adesão, dedicação, enquanto "compliance" denota submissão, complascência, concordar com decisões de outro. No entendimento deste pesquisador, aderência é menos autoritária do que "compliance", indo de encontro com a visão do indivíduo-cliente, no processo de auto-cuidado, proposta neste estudo, como ativo tomador de decisões, fazendo escolhas deliberadas e realísticas dos caminhos a seguir para atingir auto-cuidado a saúde. Sendo a hipertensão uma doença crônica de início assintomático, a motivação para o paciente continuar o tratamento após longo período de tempo é difícil, para tanto, alguns autores propõem estratégias para atingir os objetivos de manter a aderência do paciente ao tratamento. ROBB & DICKSON et alii (1986) referem que o contato individual com o cliente, monitoração e educação facilitam significativamente a aderência ao tratamento. Estes autores enfatizam a necessidade de se trabalhar antes a motivação com os enfermeiros e depois com o paciente. Em reforço a esta afirmação BALSMEYER (1984) referia que clientes com doenças crônicas apresentam particular interesse para cuidado de saúde profissional, porque acreditam ser necessário para acompanhar o regime de tratamento como também para mudar seu estilo de vida.

MUHLENKAMP (1986) realizou um pesquisa com o objetivo de identificar a relação entre apoio social percebido, auto-estima e prática de saúde positiva em adultos que moravam num área metropolitana. A amostra constou de 98 adultos. Pela análise dos dados foi possível inferir que auto-estima e apoio social são indicadores positivos de estilo de vida. Além destes, foi constatado que o apoio social exerce influência indireta sobre a auto-estima. Este estudo demonstrou que

a busca de relação entre o suporte social e a auto-estima visou na verdade, o estudo do auto-cuidado, visto que pressupõe uma prática positiva de saúde.

DANIELS & KOCHAR (1979) referem que a não aderência ao tratamento antihipertensivo pode ser afetada por vários fatores tais como, atitude do paciente, motivação, regime de auto-cuidado de saúde, educação em saúde, participação da família, suporte social, interação clínica, fatores demográficos e psicossociais. Still citado por DANIELS & KOCHAR (1978) referem ser a motivação o principal componente que determina a aderência. SACKETT e HAYNES (1976) argumentam que a percepção severa da doença a qual o paciente experiencia prognóstica consistente aderência. PODELL (1976) constata que quando o regime terapêutico prescrito é multifacetado, envolvendo medicação, ajustamento da dieta, e modificação do consumo de álcool e cigarro, certas partes deste plano são mais prováveis de serem ignoradas. Para evitar esta situação o clínico deve trabalhar com o paciente e outras pessoas significativas para unir e negociar prioridades. Outro fator importante para aderência é a duração e custo da terapêutica prescrita (KOCHAR & DANIELS (1979)).

No estudo de PIERIN (1986), a maioria dos pacientes referiu não ter condições financeiras para compra dos medicamentos, fator que poderia influenciar o abandono do tratamento.

PODELL (1974) constatou que o comportamento individual de saúde pode ser influenciado pela percepção de barreiras e obstáculos associados ao plano de tratamento proposto. Estas barreiras podem ser internas, como as defesas psicológicas ou, externas como o custo do tratamento.

HAMILTON (1982) utilizou em seu estudo, os principais

elementos do modelo de crenças em saúde, juntamente com locus de controle de reforço, percepção do suporte social e percepção da qualidade da interação profissional-cliente, com o objetivo de examinar compliance em uma mostra de 107 indivíduos com hipertensão primária. Foi hipotetizado que variáveis do modelo de crenças, junto com outras variáveis podem ter relação significativa para a "compliance".

Os resultados deste estudo demonstraram que em geral "compliance" não foi relacionada para o modelo de crenças em saúde, locus de controle, percepção do suporte social e percepção da relação profissional-cliente. Somente a expectativa específica com respeito a controle de hipertensão foi significativamente relacionada para compliance e nível de pressão sanguínea diastólica. O componente da relação profissional-cliente foi significativamente relacionada a compliance quando o nível de pressão sanguínea estava fixado em menos do que 95 mmHg. Análise discriminante revelou que a principal variável discriminante foi locus de controle acerca de hipertensão. Foram significativas para compliance, situação em que o nível de pressão sanguínea diastólica estava menor ou igual a 95 mmHg, e também a quantidade de medicações prescritas para o cliente.

Estudos feitos por PODELL (1975) revelam que 20% dos pacientes com doença assintomática não fazem e nem cumprem compromissos e mais que 50% não tomam medicação. O autor cita que estudos com pacientes tratados para hipertensão demonstram que um terço toma seus medicamentos conscientemente, um terço ocasionalmente, e um terço raramente. GILLIUM & BARSKY (1974) tem opinião de que as atitudes do paciente muitas vezes é determinada por percepções, prioridades e motivações, e revelam que pacientes não aderentes percebem seu problema de doença

menos severa, não seguem ordens médicas, e percebem a si próprios como menos vulneráveis. A importância da interação e confiança do paciente com seu médico como fator determinante de aderência relaciona-se diretamente com precisão terapêutica do médico, sendo que a intenção de aderir ao plano terapêutico prescrito é a tomada de decisão consciente do próprio paciente (BECKER et alii 1972).

CAPLAN (1976) e DAVIS (1968) concordam que, outro determinante da aderência do tratamento é a motivação do paciente como imperativo para derivar objetivos terapêuticos no controle da hipertensão arterial e risco cardiovascular e na modificação do estilo de vida.

CONTE (1974) coloca que fatores emocionais, como negação, podem desempenhar papel decisivo nos pacientes hipertensos como de falta de aderência para o tratamento prescrito, principalmente se ele tiver pequeno conhecimento de suas condições. A autora postula, que os indivíduos com hipertensão que entendem e aceitam sua condição e tratamento podem estar mais motivados a continuar o tratamento.

ANDREOLI (1979) realizou um estudo com o objetivo de determinar se existia diferença no auto-conceito e crenças em saúde de pacientes hipertensos que praticavam aderência e os pacientes hipertensos que não praticavam aderência. A amostra consistiu de 71 pacientes homens que foram arrolados numa clínica de hipertensos de veteranos, ligada a uma escola de medicina. O critério de escolha dos pacientes foi o controle da pressão arterial de no mínimo 1 ano e meio e também o tratamento com medicação antihipertensiva. Os pacientes foram categorizados como aderentes e não aderentes, baseados em relatório de 1 ano de acompanhamento clínico e interpretação de enfermeiros clínicos de seu status de aderência. Foram pre-

enchidos dois instrumentos pelos pacientes: 1) The Standarding Tennessee Self Concept Scale (TSCS) e Health Beliefs Questionnaire (HBA), o qual mediu crenças acerca da suscetibilidade para hipertensão, severidade da hipertensão e benefícios do acompanhamento da terapia prescrita para hipertensos. Os achados revelam incidência estatisticamente significativa de não aderentes em pacientes negros em comparação aos pacientes brancos. O auto-conceito e crenças em saúde não apresentam diferença significativa entre aderentes e não aderentes.

HOLDEN (1986) investigou o problema de falta de aderência em pacientes com regime de medicação antihipertensiva medindo o fenômeno sob a ótica do entendimento de etiologia psicossocial. Os achados importantes deste estudo são: a) a relação médico-paciente; b) as atitudes e crenças de ambos acerca do cuidado, e c) satisfação dos pacientes para prosseguir no regime de aderência.

WILSON (1985) realizou uma análise etnomédica de crenças em saúde e comportamento em saúde, em uma amostra de 104 negros americanos pobres e hipertensos com idade entre 18 a 88 anos. Ele testou o modelo de crenças em saúde e habilidades para predizer comportamento de saúde para explorar ligação entre cultura, doença e comportamento em saúde. Os resultados desta análise mostraram que conhecimento e crenças acerca de hipertensão coincidem com conceitos biomédicos e que em mais de 40% da amostra o conceito popular de doença coexiste com o conceito biomédico sobre hipertensão.

O enfrentamento de uma doença crônica como hipertensão é um processo complexo, o qual exige mudanças de padrões de comportamento do paciente e até de sua família. A capacidade do paciente se ajustar a estas exigências e então aderir ao tratamento antihipertensivo reflete o grau de sua habilida-

de de enfrentamento. IZZO (1982) referiu que os enfermeiros são os profissionais de saúde mais frequentemente chamados para assistir o paciente no desenvolvimento e utilização de suas habilidades de enfrentamento. SCHAEFFER (1986) examinou as estratégias de enfrentamento em mulheres hipertensas e não hipertensas. Utilizando o modelo descritivo comparativo, testou as seguintes hipóteses: 1) mulheres com hipertensão essencial relatam nível mais alto de estresse do que mulheres não hipertensas; 2) mulheres com hipertensão essencial percebem com mais intensidade uma situação de estresse do que mulheres não hipertensas; 3) mulheres com hipertensão essencial são mais prováveis de relatar o uso da emoção no enfrentamento de uma situação de estresse do que mulheres sem hipertensão essencial; 4) existe uma relação positiva entre nível de estresse percebido e o uso da emoção nas mulheres com hipertensão essencial. A amostra constou de 70 mulheres brancas, com idade entre 26 a 65 anos, sendo que 35 participaram no grupo de hipertensas e 35 participaram do grupo comparativo de mulheres não hipertensas. Resultados demonstraram que mulheres hipertensas e não hipertensas usavam significativamente mais emoção do que enfrentamento focalizado, no problema diante de situações estressantes. A correlação significativa das variáveis do estudo suportou consistentemente o uso de funções de enfrentamento por mulheres hipertensas, em comparação ao grupo de mulheres não hipertensas.

Alguns autores propõem uma abordagem holística para comportamento em saúde, começando com o foco sobre indivíduo e suas interações com o meio ambiente, o qual afeta sua saúde e bem estar (CHANG & FELDMAN, 1984). A identificação de fatores de risco de hipertensão oferece a oportunidade para detecção precoce com ênfase na intervenção e mudanças no estilo de

vida SOLTERO. Considera portanto, a hipertensão arterial elevada como uma doença multifatorial resultante de variáveis tais como desordens homeostáticas, metabólicas, ambientais, estilo de vida e influência genética.

FELDMAN (1974) entende a doença crônica incapacitante sob uma visão holística, enfatizando que "fatores sócio-culturais e comportamentais tem considerável importância na expressão do resultado da doença e da resposta do paciente a ela". Afirma que as pesquisas tem sido mais direcionadas aos aspectos sócio-culturais e comportamentais, lembrando que estes aspectos fazem parte da complexa formação da entidade "homem doente".

Apesar do desenvolvimento de uma farmacoterapia, efetiva ao longo dos últimas décadas, também sido buscado tratamentos complementares como: dieta com restrição de sódio, redução de peso, exercícios físicos e técnicas comportamentais tipo: relaxamento auxiliado por biofeedback, meditação transcendental e ioga, os quais tem produzido redução significativa na pressão sanguínea de pacientes hipertensos. Entende-se portanto que estes tratamentos complementares são práticas de auto-cuidado.

McMAHRON (1985) refere ser a hipertensão o principal fator de risco de aterosclerose relacionada com estilo de vida sedentário. Relatórios recentes dos Estados Unidos e Europa reconhecem o potencial de valor do exercício como terapia para moderar a elevação da pressão sanguínea. Faz-se importante salientar que a ativa resposta da pressão sanguínea para exercício depende: do tipo, intensidade e duração do exercício físico. HARRISON (1977) coloca a atividade física regular, como elemento de higiene aconselhável num programa de proteção, e preventivo do estresse emocional que está associado ao desen-

volvimento da hipertensão arterial. Com relação as técnicas comportamentais como auxiliares no tratamento da hipertensão, RICHTER e SLOAN (1979) referem que tem usado efetivamente relaxamento progressivo para uma variedade de problemas incluindo: hipertensão, enxaqueca, insônia e ansiedade. As autoras acreditam que os enfermeiros podem assistir os clientes no enfrentamento de atividades estressantes do dia-a-dia pelo ensino do relaxamento progressivo, pois a técnica não requer nenhum equipamento especial e pode ser feita numa variedade de lugares. O principal efeito do relaxamento progressivo é um aumento na auto-confiança para relaxamento e controle direto do cliente.

PENDER (1984) estudou os efeitos do relaxamento muscular progressivo na pressão sanguínea de clientes hipertensos. A amostra experimental constou de 22 indivíduos que receberam treinamento de relaxamento, seguidos por sessões de monitoração individual ao longo de período de 6 semanas. Os 22 indivíduos do grupo controle não receberam treinamento de relaxamento. O grupo instruído em relaxamento apresentou uma diminuição média da pressão sanguínea sistólica, em relação ao grupo não treinado, até quatro meses de acompanhamento. Os resultados demonstraram que o relaxamento ensinado ao grupo, com vistas ao acompanhamento individual, resultou em prática continuada de relaxamento, e conseqüente diminuição da pressão sanguínea nos sujeitos com hipertensão essencial não complicada.

SIRIPON (1986) investigou o efeito da resposta de relaxamento na pressão sanguínea de pacientes com hipertensão essencial, cujo cuidado usual incluía auto-monitoração do biofeedback da pressão sanguínea. A amostra de 50 indivíduos hipertensos Americanos e Tailandeses aleatoriamente designados

a dois grupos: o experimental e o controle. Cada indivíduo foi orientado a praticar automonitoração de biofeedback da pressão sanguínea durante as primeiras quatro semanas. A partir da quinta até a décima segunda semana de participação, os indivíduos do grupo controle continuaram a praticar automonitoração do biofeedback da pressão sanguínea, no entanto, os indivíduos do grupo experimental foram instruídos a produzir resposta de relaxamento. Análise de Séries Temporais de Tryon's foi usada sobre os dados para avaliar intervenção do tratamento.

Os resultados mostraram que houve uma significativa redução na pressão sanguínea sistólica ao longo do período de doze semanas para todos os 26 sujeitos do grupo experimental,  $p < 01$  para dois sujeitos e  $p < 001$  para 24 sujeitos. Houve uma significativa redução na pressão sanguínea diastólica ao longo do período de doze semanas para 24 indivíduos do grupo experimental,  $p < 01$  para 6 sujeitos e  $p < 001$  para 18 sujeitos. Dois indivíduos não mostraram redução significativa na pressão sanguínea diastólica  $p < 05$ . Análise suplementares mostraram que houveram diferenças significativas na redução da pressão sanguínea sistólica e pressão sanguínea diastólica entre o grupo de indivíduos experimental e o grupo de indivíduos controle. Sujeitos Americanos e Tailandeses reduziram igualmente bem sua pressão sanguínea.

EISENBERG (1984) realizou um estudo com duplo propósito: 1) comparar biofeedback térmico (term) com eletrodérmico biofeedback (derm) na sua habilidade para reduzir pressão sanguínea, e 2) avaliar a magnitude e qualidade do efeito "fator-terapeuta" dentro do tratamento comportamental da hipertensão usando tanto relaxamento guiado por fita gravada (Min) com o relaxamento guiado por terapeuta (Max). Para satisfazer estes objetivos, um grupo de estudo de comparação aleatória designou

49 hipertensos essenciais para uma das quatro condições: a) Max - Term; b) Max - Derm; c) Min - Term e, d) Min - Derm. A interação terapeuta-cliente foi avaliada administrando-se versões adaptadas de três escalas estabelecidas respectivamente por Ben Sira, Matteo, Wolf. Os resultados mostraram que biofeedback térmico e eletrodérmico foram igualmente efetivos na diminuição da pressão sanguínea sistólica (160 mmHg). Ao passo que biofeedback térmico foi levemente, mas não estatisticamente superior na redução da pressão sanguínea diastólica (9.0 vs 6.7 mmHg) controlando por mudanças em hábitos de saúde. Relaxamento guiado por fita gravada foi virtualmente equivalente ao relaxamento guiado por terapeuta, em seus efeitos hipotensivos. Assistentes de pesquisa estudantes foram usados como terapeutas leigos e significativa redução da pressão sanguínea em 35 sujeitos. A redução da pressão sanguínea sistólica foi mais predita para crenças em saúde: a) importância percebida do problema ( $p < 007$ ); b) seriedade percebida ( $p < 03$ ), e c) capacidade percebida para resolver problema ( $p < 04$ ).

Adicionalmente, os sujeitos que aprenderam auto controle da tarefa de biofeedback ( $p < 02$ ) e sujeitos cujo aprendizado generalizado para outros sistemas fisiológicos (Derm e Term  $p < 004$ ) foram mais prováveis de apresentarem uma resposta hipertensiva.

Mudanças diastólicas ao longo do tempo foram explicadas por: a) pressão diastólica inicial ( $p < 02$ ); b) percebida diminuição do nível de estresse ( $p < 04$ ), e c) a presença de um forte grau de preocupação ( $p < 04$ ), aderência com relaxamento não foi associado com sucesso do tratamento. Igualmente, os sujeitos que eram mais preocupados com seu problema de saúde e os sujeitos percebidos como mais capazes de resolver este problema não praticaram relaxamento como era esperado.

WADDEN (1981), em um estudo, comparou a eficácia de três intervenções comportamentais diferentes para hipertensão essencial. Foram, aleatoriamente, escolhidos 40 sujeitos com hipertensão moderada e submetidos, à uma das seguintes condições: a) terapia de relaxamento de duplas, e b) terapia cognitiva de duplas. Ao final de 8 semanas todos os grupos mostraram diminuição, mas não estatisticamente significativa, tanto na pressão sistólica como diastólica. Em acréscimo foi constatado que estas reduções generalizavam-se aos ambientes domiciliares dos indivíduos. Contudo, não houve diferenças de reduções entre grupos pós-tratamento, ou nas avaliações de acompanhamento de 1 a 5 meses. Os sujeitos, na condição de relaxamento de dupla, obtiveram um grau mais alto de prática relaxamento do que aqueles nas condições de indivíduo "sozinho", mas este fato não se traduziu em aumento dos benefícios terapêuticos. Evidências preliminares foram obtidas, unindo a efetividade de intervenções comportamentais para as características de personalidade do hipertenso (hostilidade e/ou estilo comportamental auto-exigente). Concluiu-se que, futuras investigações deveriam usar amostra de hipertensos mais homogêneas (equiparadas por história de características de personalidade e fatores fisiológicos neuro-humorais) e ser dada maior atenção a determinação dos mecanismos pelos quais a pressão sanguínea é reduzida. Este estudo sugere que algumas intervenções comportamentais, incluindo terapias cognitivas, podem ajudar no controle da hipertensão.

FRISKEY (1985) idealizou um estudo para avaliar a eficácia de um programa de treinamento combinado de relaxamento e meditação, para tratamento de um amplo espectro de problemas clínicos relacionados com ansiedade tanto de natureza médico (somáticos) como psicológicos (cognitiva e emocional).

O estudo constou de uma amostra de 20 sujeitos de grupos clínicos heterogêneos de veteranos com hipertensão moderada que foram examinados no Centro Médico de Administração de Veteranos de Tucson e aleatoriamente designados seja: 1) um grupo de educação/cognição; 2) três grupos de tratamento, meditação/relaxamento e 3) seis grupos de tratamento, relaxamento/meditação. A pressão sanguínea, ansiedade e estresse foram medidos em intervalos regulares, durante o treinamento e acompanhamento. Todos os grupos foram treinados ao longo de um período de seis semanas. Para os grupos de relaxamento e meditação foram ensinadas as mesmas habilidades, somente o horário de treinamento foram variados. O grupo educação/cognitiva foi o controle para atenção do terapeuta. Foram constatadas reduções estatisticamente significativas tanto na pressão sanguínea sistólica como diastólica ao longo do tempo em todos os grupos, ao passo que nenhuma diferença na redução da pressão sanguínea foi encontrada entre os grupos. Os escores de ansiedade aumentaram ao longo do tempo e não foi encontrada correlação entre a ansiedade subjetiva e medida da pressão sanguínea objetiva. As médias, tanto da pressão sistólica como diastólica, foram mais baixas quando os indivíduos relatavam ausência de estresse.

Resultados deste estudo tendem a suportar aqueles estudos prévios encontrando reduções estatisticamente significantes nas pressões sanguíneas diastólica e sistólica. Em dois grupos de indivíduos treinados em técnicas de relaxamento e meditação, nenhuma diferença foi encontrada, além disto, entre estes grupos, e o grupo educação/cognição, sugerindo que técnicas grupais diminuem significativamente a pressão sanguínea. Estes achados também suportam uma teoria do multiprocesso, sugerindo que todos os tratamentos têm efeitos múltiplos.

BISSEY (1981) realizou um estudo utilizando metodologia de indivíduos isolados para comparar quatro modalidades de tratamentos, para hipertensão moderada, uma com a outra e um grupo controle (n=5). As modalidades de tratamento não foram específicas: relaxamento autógeno modificado, feedback de pressão sanguínea diastólica, e a combinação das duas últimas terapias. Somente indivíduos que receberam a terapia de relaxamento autógeno modificado como tratamento separado, foram capazes de diminuir sua média da pressão sanguínea diastólica em um valor que seria consistentemente avaliado pelos médicos como clinicamente significativo. A constatação secundária foi que no caso de tratamentos múltiplos, uma seqüência de biofeedback distinto seguida por relaxamento distinto, seria preferida em relação a outras combinações possíveis de terapias investigadas.

BENSON (1975) defende a tese de que fatores comportamentais e biomentais representam um papel significativo no aparecimento da hipertensão e que eles devem ser considerados como possíveis fatores modificáveis. Alega que os fatores comportamentais influenciam a pressão arterial e que essa aumenta em situações que exigem ajustes de comportamento. Refere que os indivíduos reagem psicologicamente produzindo uma resposta de luta ou fuga. A resposta de luta ou fuga produzida repetidamente leva a hipertensão, a princípio passageira, depois progredindo para uma hipertensão mais ou menos permanente. Em resposta a esta reação de luta e fuga existe a capacidade de modificar estas respostas. Esta resposta neutralizadora que existe dentro dos indivíduos que se opõe a resposta de luta e fuga chama-se "resposta de relaxamento". BENSON (1975) referiu que a produção regular da "resposta de relaxamento" leva a diminuição da pressão arterial tanto nos hipertensos

como nos normotensos. A diminuição da pressão arterial sistólica é da faixa de 10 a 30 mmHg, e na pressão diastólica na faixa de 6 a 15 mmHg. Essas alterações ocorrem durante períodos do dia em que a resposta ao relaxamento não está sendo reduzida. Trata-se de um efeito retardado como acontece com medicamentos. O trabalho de BENSON (1975) demonstra a possibilidade de que podem haver métodos não farmacológicos para normalizar a pressão arterial elevada.

Após a revisão da literatura sobre estudos em que utilizam terapias complementares no controle da pressão arterial elevada, com resultados satisfatórios para o paciente. Conclui-se que ao tratamento tradicional (farmacológico) da hipertensão arterial deve-se somar técnicas complementares. Este entendimento oferece ao paciente uma abordagem multivariada e de menor risco no manejo da pressão arterial elevada em indivíduos hipertensos.

Em síntese, a soma da forma tradicional de tratar hipertensão mais as terapias complementares, permite abordar o indivíduo em sua totalidade, sendo que esta abordagem vai de encontro a filosofia de auto-cuidado à saúde.

#### **Estudos sobre Hipertensão Arterial:**

##### **Enfoque no Auto-Cuidado**

PERIN (1986) realizou um estudo, em uma unidade ambulatorial de um hospital escola de atendimento exclusivo de pessoas com hipertensão arterial, com os objetivos de: 1) identificar que orientação os pacientes receberam em relação a medicamentos, dieta, atividades físicas, fumo e bebida alcoólica; 2) verificar como se comportam quanto a orientação sistematizada de enfermagem. A população de estudo constou de trinta e quatro hipertensos adultos de ambos os sexos, brasi-

leiros, divididos eqüitativamente em dois grupos, um grupo controle e um grupo experimental. O hipertenso do grupo controle orientação durante a consulta médica, em seu primeiro retorno ao serviço, sendo estas anotadas, e no segundo retorno após a consulta médica o paciente foi entrevistado para verificar se foram ou não seguidas as orientações dadas. No grupo experimental, após o primeiro retorno ambulatorial, os hipertensos receberam orientações específicas, quanto ao tratamento e no segundo retorno foi realizado o mesmo procedimento adotado para o grupo controle. Os resultados deste estudo demonstraram que: a) as orientações quanto a terapêutica medicamentosa foram concentradas em maior número na dose, seguidos de horário e efeito dos medicamentos; b) as orientações quanto à dieta recaíram em diminuir o sal da alimentação e restringir a ingestão de massas e gorduras; c) as orientações referentes às atividades físicas se concentraram em diminuir exercícios físicos como trabalhos domésticos, subir escadas, carregar peso e atividades esportivas; d) os pacientes fumantes foram orientados a diminuir o número de cigarros fumados por dia ou abandonar tal hábito; e) no grupo experimental, onde houve orientação sistematizada feita pela enfermeira, foi maior o número de hipertensos que sabiam citar o nome de seus remédios, tinham horário determinado para tomar seus medicamentos e referiram menor número de alterações quanto a terapêutica medicamentosa; f) os dois grupos, em estudo, se comportaram de maneira semelhante em relação ao cumprimento das orientações dietéticas; g) no tocante ao hábito de fumar, somente no grupo experimental houve hipertensos que apontaram terem alterado este hábito e, h) no grupo experimental houve maior número de pessoas que relataram terem diminuído suas atividades físicas. As conclusões deste estudo salientam o papel do en-

fermeiro como elemento chave da equipe de saúde para realizar a efetiva orientação aos pacientes hipertensos para o auto-cuidado.

KERR (1985), em um estudo exploratório, verificou a aderência ao tratamento antihipertensivo utilizando estratégias de orientação, monitoração da própria pressão arterial ou a combinação de ambas, sem a supervisão de agentes de saúde. Foram triados após ampla divulgação em um jornal do local do estudo e por telefone, 116 voluntários entre 29 e 64 anos de idade, de ambos os sexos e com atividades profissionais variadas e com diagnóstico confirmado de hipertensão arterial e sob medicação antihipertensiva. A conclusão deste estudo foi a de que o contato pessoal e contínuo com a clientela é fundamental na promoção da aderência e auto-cuidado.

HARPER (1984) estudou o auto-cuidado em relação aos comportamentos de auto-medicação em pacientes hipertensas, idosas e de raça negra. As proposições de Orem permitiram a fundamentação para este estudo, avaliando a efetividade de um programa de auto-medicação incluindo: conhecimento de medicação, locus de controle a saúde e comportamento de auto-medicação. Os resultados deste estudo corroboravam a conclusão de que, as mulheres do programa de medicação, demonstravam grande conhecimento sobre as drogas e mostravam-se capazes de melhorar sua capacidade para o auto-cuidado.

NICOLETE (1982), em um estudo descritivo sobre a "Educação para a saúde realizado por profissionais de enfermagem junto a clientes hipertensos dos Serviços Ambulatoriais de Porto Alegre", teve como objetivo básico, identificar os efeitos da educação para a saúde ministrada de forma grupal ou individual, em serviços ambulatoriais, sobre a aprendizagem de clientes hipertensos, expressa em termos de aquisição de

conhecimentos sobre a doença, melhoria de saúde e comprometimento. A amostra foi constituída de 150 clientes hipertensos assistidos em ambulatórios de saúde. Os resultados evidenciaram efeitos positivos na aquisição de conhecimentos, comprometimento com o auto-cuidado e melhoria do estado de saúde dos clientes hipertensos, embora não possa ser atribuído todos os resultados a educação realizada, visto que, todos os clientes faziam uso de terapia medicamentosa para hipertensão arterial, associado ao controle cuidadoso orientado e reforçado nos serviços de educação à saúde. A influência da educação de grupos foi demonstrada nos comportamentos de ajustamentos, em relação ao controle da dieta, atividade física, uso de fumo e controle da pressão arterial, bem como o retorno do cliente ao serviço ambulatorial, enquanto que a educação individual revelou-se influenciadora, sobre os resultados individuais de retenção de informações, frequência de informações recebidas e sobre a melhoria dos níveis de saúde.

IZZO (1982) desenvolveu um instrumento denominado "The Hypertensive Adult Assessment Guide" com o argumento de que o sucesso da intervenção de enfermagem depende de um planejamento baseado em extensa avaliação. Esta avaliação, consiste na documentação da percepção do paciente acerca de sua doença, expectativas acerca dos resultados do cuidado, e alguns mecanismos de enfrentamento que tenham sido usados para tratar de situações similares no passado. Através dessa avaliação é promovido o desenvolvimento de um plano de cuidado de enfermagem individualizado, o qual é estruturado em torno das habilidades de enfrentamento dos pacientes e/ou a necessidade de desenvolver habilidades alternativas.

Este instrumento tem o referencial de Orem no qual avaliação de enfermagem, diagnóstico e intervenção são basea-

das na habilidade do paciente para pensar e agir em direção a realização de objetivos de saúde. Através do instrumento promove-se a formação de objetivos, os quais são mutuamente entendidos entre paciente e membro da equipe de saúde. O conteúdo deste instrumento foi desenvolvido após revisão da literatura específica e recomendações de diagnóstico e tratamento da hipertensão. O primeiro instrumento desenvolvido continha 54 itens os quais focalizavam a avaliação de padrões de enfrentamento dos pacientes. Com regime de medicação, estresse, dieta e atividades exigidas, hábitos de fumo e também questões destinadas a avaliar as crenças do paciente relacionadas a hipertensão e estratégias necessárias para tratar com esta doença um longo período. A validade de conteúdo do instrumento foi estabelecida em consulta a seis enfermeiras especialistas na área da hipertensão. Como resultado, algumas modificações foram implementadas a fim de avaliar atividades normais e padrões de desenvolvimento de atividades dos pacientes. Como base para questões adicionais relacionadas a tarefas gerais foi usada a teoria desenvolvimental de Erickson. A forma final do instrumento contém 67 questões que avaliam as demandas de auto-cuidado e padrões de comportamento de adultos hipertensos.

Em acréscimo, para providenciar informações, o instrumento dirige atenção para "energia", colocando frases ou citações literais das respostas do paciente. Cada resposta pode ser classificada nas categorias de força energia ou "limitação", sendo que esta categorização tem sido recomendada por Orem para dirigir o foco da enfermagem nas energias das pacientes, como método para superar limitações. O paciente na proposta de utilização deste instrumento é considerado ativo participante e principal parte interessada no cuidado de

saúde.

Em resumo, a revisão da literatura sobre auto-cuida-do na assistência de indivíduos hipertensos demonstra como ponto importante, a educação para o controle e aderência ao tratamento. Também faz referência a estudos que utilizam terapias complementares no tratamento da hipertensão arterial como forma de assistir o indivíduo holisticamente. Os autores revisados, em sua maioria, referem que o "cuidar" dentro de uma filosofia de auto-cuidado tem que levar em conta o conhecimento, as crenças, valores e o ambiente sócio-cultural dos clientes.

## CAPITULO III

### METODOLOGIA

Este capítulo especifica o tipo de pesquisa desenvolvida, descreve a instituição estudada e suas características gerais, apresenta os critérios utilizados para seleção da população amostral, proteção dos direitos humanos, os instrumentos utilizados para a coleta de dados, validação, estudo piloto, procedimentos de coleta de dados e procedimentos de análise e tratamento dos dados.

#### Tipo de Pesquisa

É uma pesquisa do tipo exploratório descritivo que visou identificar a competência dos indivíduos hipertensos para o auto-cuidado à saúde. É uma pesquisa de nível I. Segundo POLIT & HUNGLER (1985) "os estudos descritivos não se referem a relacionar variáveis, mas apenas observar e descrever aspectos de uma determinada situação. Para análise e descrição dos dados nesta pesquisa foram utilizadas ambas as abordagens, a quantitativa e qualitativa.

#### Caracterização do Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em um ambulatório localizado em Florianópolis - SC, específico no atendimento de indivíduos hipertensos pertencentes a rede pública (SUS). Este ambulatório conta com uma equipe de atendimento ao hipertenso composta por: dois cardiologistas, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e uma nutricionista.

O número de atendimento mensal é em média 800 ações,

que constam de (consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas de nutrição e verificação de pressão arterial.

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 1988 a abril de 1990.

### **População e Amostra**

A população desta pesquisa é composta de indivíduos hipertensos de ambos os sexos com diagnóstico de hipertensão arterial e sob tratamento médico ambulatorial. O tipo de amostra caracterizou-se por ser não probabilística e intencional.

A população amostral constituiu-se de 90 indivíduos. O tamanho da amostra foi estabelecido com o objetivo de possibilitar a determinação da confiabilidade do instrumento **Self-care agency scale - ASA** (Escala para avaliação da competência para o auto-cuidado, desenvolvida por ISENBERG & EVERS et alii (1986). Conforme contrato firmado com os autores do instrumento constante do Anexo 3.

NUNNALLY (1974) aconselha, para determinação da validade e confiabilidade de um instrumento, uma amostra igual a cinco vezes o número de itens. Neste estudo estabeleceu-se uma amostra de 90 indivíduos para 24 itens da escala ASA, devido as exigências de contrato com os autores do instrumento (ASA).

Para o instrumento ACS não foi considerado o tamanho da amostra porque sua validade e confiabilidade já havia sido determinada em estudo realizado pela própria autora do instrumento no Brasil.

Visando a homogeneização da amostra, os indivíduos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: a) indivíduos adultos entre 18 e 65 anos com diagnóstico médico de hipertensão; b) ser capaz de ouvir e responder as pergun-

tas; c) concordar em participar da amostra; d) estar sob tratamento para hipertensão e, e) estar lúcido e orientado no tempo e espaço.

### **Proteção dos Direitos Humanos**

Os direitos humanos dos indivíduos foram assegurados, informando-os dos objetivos e importância do estudo a fim de solicitar seu consentimento verbal para participar. Foram também informados de que os questionários seriam identificados com um código numérico, mantendo desta forma o anonimato e que poderiam interromper sua participação no estudo em qualquer momento que desejassem, sem que isto interferisse no tratamento médico recebido na instituição do estudo.

### **Variáveis Sócio-demográficas e/ou Auxiliares**

As variáveis sócio-demográficas ou auxiliares que caracterizaram os sujeitos deste estudo são: idade, sexo, estado civil, escolaridade, anos de estudo, ocupação, renda individual, controle médico, tratamento antihipertensivo, acompanhamento na residência e razões para vir ao ambulatório.

### **Instrumentação**

Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados neste estudo que são: a) um questionário preliminar; b) "Appraisal on Self-Care Agency"- Asa Scale (Escala para a avaliação da competência para o auto-cuidado) desenvolvida por ISENBERG & EVERS (1986); c) questionário de Auto-Cuidado a Saúde - ACS (Health Self-Care) desenvolvido por Neves, M. Van Eron e T. Valiga (1980), modificado por NEVES e outros (1984).

#### **Questionário Preliminar:**

O questionário preliminar inclui em seu conteúdo as

variáveis sócio-demográficas ou auxiliares de interesse para o estudo (Anexo 4).

#### Escala para Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado

(Appraisal of Self-Care Agency Asa Scale) .:

Esta escala foi desenvolvida por ISENBERG & EVERS et alii (1986) tendo como marco conceitual a teoria de enfermagem do déficit do auto-cuidado de OREM (1980; 1985) e o conceito de competência para o auto-cuidado definido pelo NDCG (1979). Esta escala conceitualmente mede o poder para o desempenho de operações produtivas de auto-cuidado. Os componentes da escala estão relacionados aos dez componentes do poder e às sete operações produtivas do auto-cuidado.

A ASA Scale forma A consiste de 24 itens com 15 declarações positivas e nove declarações negativas em cinco pontos da escala Likert. A validade de conteúdo da escala foi estabelecida por um painel de oito enfermeiras "experts" que trabalham com a teoria do auto-cuidado, e pela própria teórica Dorothea Orem.

É importante salientar que esta escala faz parte de um projeto mais amplo para sua testagem. Para tanto já foram realizados estudos visando sua validade e confiabilidade em indivíduos saudáveis, residentes em clínicas de cuidado personalizados, pacientes de centros de reabilitação física, pacientes pós cirurgia de revascularização do miocárdio, pacientes com câncer, diabete, artrite e idosos, nos Estados Unidos.

#### Validade e Confiabilidade da ASA - Scale:

Os resultados de validade e confiabilidade a seguir relatados são os referentes ao estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos com uma população 49 indivíduos americanos do sexo masculino que foram submetidos a cirurgia de revascu-

larização do miocárdio. A escala, neste estudo, foi completada em intervalos de 6 e 12 meses após a cirurgia. A média de idade dos sujeitos da amostra foi de 57 anos e o nível de escolaridade de 12 anos. Os resultados mostram uma estabilidade da escala acima de 6 meses de  $r = 0,56$   $p < 0.002$ . A confiabilidade pelo método da consistência interna para seis meses relata um coeficiente alfa de 0,82 e para 12 meses um coeficiente alfa de 0,86, o que indica um alto grau de consistência interna dos itens da escala. A validade concorrente da ASA scale foi estabelecida em relação ao "Self-care Inventory" revelando um coeficiente de 0.32,  $p = 0.03$ , demonstrando que a ASA scale se correlacionava positivamente com estado de saúde e bem-estar.

Sua utilização em estudo no Brasil foi autorizada pelos autores do instrumento através de documento enviado a Dra. Eloita Neves Arruda, orientadora deste estudo e ao pesquisador, para aplicação em indivíduos hipertensos (Anexo 2).

Como requisito para utilização no Brasil foi realizada a validade de conteúdo da tradução, validação aparente e validação concorrente com o questionário de Auto-Cuidado de Saúde - ACS - Health Self-Care (NEVES, 1980; 1984) (ver resultados no capítulo IV).

#### **Validação do Conteúdo da Tradução da Escala para Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado - ASA Scale A.**

O estudo de validação do conteúdo da tradução da escala foi desenvolvido por Alvarez & Maia (1988). O primeiro passo foi a tradução da escala da língua inglesa para língua portuguesa, por três peritos conhecedores da Teoria do Auto-Cuidado. O segundo passo foi a formulação de uma tradução única a partir das traduções feitas pelos peritos.

O passo seguinte consistiu na determinação da validade do conteúdo da tradução. Para tanto foram convidados cinco peritos em língua inglesa e portuguesa que tiveram a tarefa de comparar cada item das escalas (inglês e português) e emitir suas opiniões conforme especificação no instrumento de validação.

A cada perito foi enviada uma carta solicitando sua colaboração na validação da tradução da Escala para avaliação da competência para o Auto-Cuidado - Asa - Scale A, cópia da escala traduzida, cópia da escala original em inglês e o instrumento de validação do conteúdo da tradução da Asa - Scale A (Anexo 5).

O instrumento para validação do conteúdo da tradução da escala para avaliação da competência para o Auto-Cuidado - Asa - Scale A, foi elaborado contendo instruções sobre a mesma e três itens para análise dos peritos que foram: 1) tradução do título da escala; 2) tradução das declarações e de opções de resposta na escala e, 3) tradução dos itens da escala com espaço reservado para anotações sobre a adequabilidade ou não da tradução. No caso da resposta ser inadequada solicitou-se ao perito a sugestão que lhe parecia mais adequada.

Para análise, a partir das respostas dos peritos seguiram-se os seguintes critérios: a) quando 60% ou mais dos validadores responderam que a tradução do item foi inadequada, os pesquisadores acataram suas sugestões com a finalidade de aprimorar o item; b) quando várias sugestões foram feitas para um mesmo item, acatou-se a sugestão que mais se repetiu; c) no caso das sugestões discordarem entre si ficou a cargo dos pesquisadores adotar uma ou nenhuma das sugestões feitas.

Dos cinco instrumentos enviados aos validadores, um não foi devolvido. Pela análise realizada pelos validadores,

o instrumento não requeria mudanças significativas, sendo consideradas para o aperfeiçoamento da escala as seguintes sugestões: a) troca do termo "não concordo e não discordo" das opções de resposta por "não concordo nem discordo"; b) no item 14 a troca da palavra "aquilo" por "o"; c) no item 15 retirada a palavra "verificar"; d) no item 17 trocado "meus velhos hábitos" por "alguns dos meus hábitos"; e) completar a parte de instrução para resposta de maneira a ficar mais clara e de acordo com o original; f) mudança na forma de apresentação gráfica da escala; isto é, foi ampliado o espaço entre os itens e as opções de resposta e separados os itens através de linhas contínuas.

#### **Validação Aparente da Escala para Avaliação da Competência para o Auto-cuidado - ASA Scale:**

Para determinação da validade aparente da Escala para Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado foram convidados seis peritos na teoria do auto-cuidado. A cada um foi enviada uma carta solicitando colaboração no processo de validação, cópia da escala e informações sobre o marco conceitual da pesquisa e a forma de aplicação da Escala e também as instruções seguidas para validação da mesma (Anexo 6).

O formulário para validação aparente da escala foi composto por dois itens: 1) a escala apresenta clareza e facilidade de compreensão?; 2) a escala reflete os componentes da competência para o auto-cuidado proposto no marco conceitual desta pesquisa?

Para determinação da validação aparente, o formulário oferecia as opções de resposta em termos de "sim" ou "não". No caso de resposta "não" foi solicitado que o valida-

dor apresentasse justificativa.

O grupo de peritos que determinou a validade aparente foi composto por seis enfermeiras estudosas da teoria do auto-cuidado. Dos seis peritos convidados apenas cinco participaram do processo de validação. Um dos peritos não pode ser incluído no processo de validação já que não devolveu o material conforme solicitado. Um índice de 80% de concordância entre os peritos foi estabelecido anteriormente pelo pesquisador, como parâmetro para que se considerasse o instrumento em condições de ser aplicado no estudo. Houve um índice de 100% de concordância entre os peritos para aplicação do instrumento neste estudo. Os formulários referentes, tanto a validação de conteúdo da tradução como de validação aparente, estão nos arquivos do pesquisador, para consulta do leitor, se necessário.

#### **Validação Concorrente da Escala para Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado - ASA Scale A:**

A validação concorrente foi determinada correlacionando os escores obtidos pelos sujeitos na Asa - Scale e os escores obtidos pelos sujeitos no questionário de Auto-Cuidado à saúde - ACS. A hipótese verificada foi a seguinte: 1) existe uma correlação positiva entre os escores quantitativos dos sujeitos obtidos na Asa - Scale e no ACS (Ver resultados no Capítulo IV).

#### **Questionário de Auto-Cuidado à Saúde - ACS:**

(Health Self-Care)

O questionário de Auto-Cuidado à Saúde (ACS) foi desenvolvido por E. Neves, M. Van Eron et T. Valiga (NEVES, 1980) e modificado por NEVES et alii (1984), mede estágios de auto-

cuidado em termos de desenvolvimento cognitivo e razões para desempenho ou não de comportamentos de auto-cuidado à saúde. Os componentes do questionário estão relacionados aos comportamentos para promoção, manutenção e restauração à saúde a partir da teoria de Orem. Tais comportamentos incluem: nutrição, higiene pessoal, eliminação, atividade física e repouso, recolhimento e interação social, manejo do estresse, uso dos serviços de saúde, controle dos fatores de risco, segurança, atenção para o bem estar psico-social e no caso de doença, ajustamento e prosseguimento no tratamento.

O questionário em sua forma original inglês (1980) - Health Self-Care, consistia de 37 itens. Em sua forma em Português (1984) apresenta 32 itens. Foram retirados cinco itens que segundo NEVES (1984) se referem a comportamentos sócio-culturais.

Neste estudo é utilizado o instrumento em sua forma em Português (1984) com 32 itens, mas se mantém as opções de resposta do original em Inglês (1980), por orientação da própria autora (NEVES, 1988).

O questionário é organizado sob a forma de múltipla escolha e apresenta seis opções de resposta, sendo três razões para desempenho e três razões para não desempenho de ações de auto-cuidado, o que sem dúvida implica nos motivos para a tomada de decisão em relação a desempenho de ações de auto-cuidado. Neste estudo, além das três opções de resposta para razões para o desempenho ou não de ações de auto-cuidado, foi acrescida, com consentimento da autora NEVES (1988) após estudo piloto, mais duas opções de resposta "por outras razões", sendo uma para desempenho e outra opção para não desempenho (AQNexo 2). A inclusão justifica-se porque as respostas muitas vezes não correspondiam as opções de respostas oferecidas pelo

questionário.

Os indicadores para tomada de decisão foram estabelecidos por NEVES (1980) de acordo com as categorias de desenvolvimento cognitivo preconizadas por Perry e as áreas de mudança qualitativa identificadas por Knefelkamp & Slepitz. As opções a e d referem dualismo, as opções b e e relativismo e as opções c e f comprometimento no relativismo. As opções g e h foram colocadas na categoria correspondente após análise do texto com os indicadores da categoria.

Para efeito de classificação das respostas dos indivíduos considera-se valor 1 para opções que representam dualismo, valor 2 para as opções que representam relativismo e valor 3 para as opções que representam comprometimento no relativismo. No caso de empate em duas categorias optava-se pela categoria imediatamente inferior ou anterior.

#### Validade e Confiabilidade do ACS

Os resultados de confiabilidade do estudo no Brasil relata uma consistência interna com coeficiente alfa de 0.76 (n = 90). A validade de conteúdo foi estabelecida num painel de cinco enfermeiras familiarizadas com a teoria de Perry. A validade de constructo foi estabelecida correlacionando com outro instrumento, o Health related Cognitive Structure, desenvolvido por NEVES et alii (1980) (Estrutura Cognitiva relacionada a Saúde), que mostrou um coeficiente de correlação de Pearson de 0.12 (NS), no Brasil.

Tendo em vista o estudo no Brasil ter feito modificações, eliminando opções de respostas referentes as categorias compromisso no relativismo para não desempenho de ações de auto-cuidado, e ter apresentado confiabilidade baixa, se

manteve neste estudo, as opções de resposta do formato em inglês e acrescentando mais uma opção referente a desempenho "Faço por outras razões" (g) e "Não faço por outras razões" (h), sendo que o formato dos itens em português (32 itens).

Estas duas opções possibilitaram a validação de constructo do ACS através de uma análise qualitativa dos dados baseadas nas categorias de competência para o auto-cuidado apresentadas na definição conceitual de competência para o auto-cuidado deste estudo.

### **Estudo Piloto**

O estudo piloto teve por objetivos:

- 1) Familiarizar o pesquisador com a metodologia e aplicação dos dois instrumentos: a) o questionário de auto-cuidado a saúde (ACS) e o ASA-Scale, além do questionário preliminar;
- 2) identificar as dificuldades na técnica de entrevista, aplicação e preenchimento dos instrumentos;
- 3) proporcionar subsídios para uma aplicação mais eficaz dos instrumentos.

O estudo piloto foi realizado em um ambulatório de hipertensão, sendo que a população que participou do mesmo correspondeu a 10% da população de estudo, seguindo os mesmos critérios de seleção estabelecidos para o estudo total.

A coleta de dados para o estudo piloto seguiu os seguintes passos: 1) o pesquisador localizou os indivíduos hipertensos cadastrados no ambulatório e entrevistou cada indivíduo para verificar se preenchia ou não os critérios para seleção da população de estudo, apresentando-se como "enfermeira". No caso do indivíduo ter preenchido os critérios, eram explicados os objetivos e importância do estudo, e solicitado seu consentimento verbal para participar.

Após a obtenção do consentimento eram aplicados os instrumentos através de entrevista, escolha esta devido ao baixo nível de escolaridade dos participantes. A aplicação obedeceu a seguinte ordem: 1) questionário preliminar de caracterização sócio-demográfica; 2) instrumento Asa - Scale (versão português) e, 3) questionário de auto-cuidado à saúde (ACS) de NEVES (1984).

Faz-se importante relatar que, durante o estudo piloto, a ordem de aplicação dos instrumentos era alterada visando verificar se havia aprendizagem de um instrumento para outro. Observou-se que não havia aprendizagem, sendo que no estudo total manteve-se a ordem de aplicação dos instrumentos prevista.

Ao final da entrevista, após agradecer, o pesquisador colocava-se a disposição dos participantes do estudo para informações necessárias.

Os resultados do Estudo Piloto com relação a aplicação da Asa - Scale (versão português) foram: - que deveria ser mantida a aplicação através de entrevista, devido ao baixo nível de escolaridade da população de estudo, tendo em vista o nível de exigência "que foi imposto em alguns momentos ao pesquisador que teve que clarificar alguns itens do instrumento, substituindo-o por termos ou palavras sinônimas ou explicativas que eram conhecidas culturalmente pelos sujeitos. Esta tentativa de uniformidade e clareza de alguns itens do instrumento com respeito a forma "linguagem" no momento das perguntas deu a este pesquisador as condições necessárias para aplicação desta escala na população amostral.

As opções de resposta "nem concordo nem discordo" foi considerada quando o sujeito apresentava dúvida ou verbalizava nem "sim" nem "não". Nos resultados do estudo piloto

com relação ao questionário de auto-cuidado à saúde (NEVES, 1984) foi constatado que não existia opção de resposta para as situações em que o sujeito referia outras razões para desempenho ou não de ações de auto-cuidado.

Com o consentimento do autor do questionário ACS, NEVES (1980), foram incluídas mais duas opções, sendo uma opção (g) para desempenho de ação de auto-cuidado "eu faço por outras razões", e uma opção (h) para não desempenho de ação de auto-cuidado, "não faço por outras razões" (Anexo 2).

Por decisão deste pesquisador foi coletada nas ocasiões em assinalava estas opções (g) e (h) verbal e escritas literalmente as outras razões para desempenho ou não desempenho de ações de auto-cuidado verbalizadas pelos sujeitos. Estas questões quando da análise e tratamento estatístico foram transformadas em "missings", o que foi demonstrado pela análise uma confiabilidade baixa ao instrumento ACS ( $r = 0.57$ ).

Após este resultado foi feita uma classificação destas ações e respostas e verificado se enquadrava nos indicadores de tomada de decisão estabelecidos de acordo com as categorias de desenvolvimento cognitivo preconizadas por Perry (1970), que incluem: dualismo, relativismo e compromisso no relativismo ou seja 1, 2 e 3, o que aumentou a confiabilidade para 0.88.

O passo seguinte foi análise e tratamento estatístico pelo Pacote SPSS (resultados no capítulo IV).

As respostas dos sujeitos correspondentes as opções de g e h, escritas literalmente por este pesquisador foram transformadas em dados qualitativos e codificadas de acordo com as capacidades componentes da competência para o auto-cuidado descritas na definição operacional deste estudo. As capacidades componentes da competência foram analisadas em

termos de declarações positivas ou negativas. Eram positivas quando significavam força ou energia para a ação de auto-cuidado, e negativas quando significavam limitação para a ação de auto-cuidado (Anexo 7). A codificação das respostas a partir das capacidades componentes da competência feitas pela pesquisadora, foi validada por dois estudiosos da competência para o auto-cuidado, que concordaram com a codificação feita. Os validadores, no entanto, fizeram observações no sentido da falta de um componente ambiental, e também que em uma mesma declaração coexistem vários componentes (Anexo 8).

#### **Procedimento de Coleta dos Dados**

Os procedimentos para coleta de dados foram os seguintes: a) os indivíduos hipertensos eram localizados através dos prontuários do ambulatório; b) foram verificadas as condições de cada indivíduo hipertenso, segundo os critérios para seleção da população deste estudo; c) os indivíduos eram informados do objetivo do estudo, importância e solicitado seu consentimento verbal para participar do estudo; d) foram aplicados os instrumentos de coleta de dados através de entrevista. Os passos da coleta de dados foram os seguintes: 1) aplicação do questionário preliminar de característica sócio-demográfico da população amostral; 2) aplicação do instrumento Asa - Scale A (versão português) e, 3) aplicação do questionário de auto-cuidado à saúde (NEVES 1980; 1984); e) finalizava a entrevista agradecendo a disponibilidade dos sujeitos e colocando-se a disposição para informações, se necessário.

### Análise dos Dados

Para a determinação da confiabilidade dos dados dos instrumentos foi utilizado o método da consistência interna, calculada pelo coeficiente de correlação item-total de Pearson e pelo coeficiente alfa de Cronbach.

A validade concorrente foi obtida através dos coeficientes de correlação de Pearson e coeficiente de correlação de Spearman, e estabelecido um nível de significância de 0,001 para análise dos resultados. Os dados referentes a hipótese estatística foram analisados através do teste Qui-Quadrado.

Para determinar a associação entre as variáveis principais e as variáveis sócio-demográficas e auxiliares foi utilizado o método de correlação de Pearson.

Os dados quantitativos foram computados no Núcleo de Processamento de Dados da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, utilizando-se o "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS).

Os dados qualitativos referentes as opções g e h do questionário ACS foram analisados de acordo com os componentes operacionais da competência para o auto-cuidado proposto neste estudo.

## CAPITULO IV

### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados relativos a este estudo, que teve por objetivo identificar a competência do indivíduo hipertenso para o auto-cuidado à saúde. Para obtenção dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) Escala de Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado (Appraisal of Self-Care Agency - ASA - Scale) de ISENBERG & EVERS (1986); 2) Questionário de Auto-Cuidado à Saúde (ACS) de Neves, Van Eron & Valiga e modificado por NEVES et alii (1984); 3) Questionário para levantamento de dados relacionados às variáveis sócio-demográficas e auxiliares.

A apresentação dos resultados da análise dos dois instrumentos, do questionário complementar acrescidos dos resultados qualitativos referentes as opções g e h do questionário ACS será a seguinte: 1) descrição dos sujeitos; 2) validade e confiabilidade das Escalas de Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado (ASA - Scale) e de Auto-Cuidado à Saúde (ACS); e resultados da hipótese estatística; 3) descrição dos achados relacionados às respostas dos sujeitos nas Escalas de Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado (ASA - Scale) e de Auto-Cuidado à Saúde (ACS); 4) resultado dos dados relacionados às variáveis principais associadas às variáveis sócio-demográficas e auxiliares; 5) resultado dos dados qualitativos referentes às respostas g e h do questionário de Auto-Cuidado à Saúde (ACS).

#### Descrição dos Sujeitos

Conforme demonstra a Tabela I, dos 90 indivíduos hipertensos que participaram do estudo, 46 (51,1%) eram do sexo

masculino e 44 (48,9%) do sexo feminino; 69 (76,7%) eram casados e outros 21 (23,3%) solteiros, desquitados, divorciados e viúvos. Suas idades variavam de 28 a 65 anos, situando-se nas faixas etárias correspondentes a adulto jovem (7), adulto (65) e adulto maduro (18), sendo que a média de idade foi 52 anos. Em relação a escolaridade 39 (43,3%) possuíam escolaridade a nível de 1º grau incompleto, 23 (25,6%) a nível de 1º grau completo, 12 (12,3%) a nível de 2º grau completo, 2 (2,2%) 3º grau completo, 12 (12,3%) alfabetizados e 2 (2,2%) analfabetos. A média de anos de estudo foi de 6,5 anos. Em relação ao exercício de atividade ocupacional, 40 (44,4%) trabalhavam, 15 (16,7%) não trabalhavam, 26 (28,9%) eram aposentados e 9 (10%) estavam "encostados" (\*); 29 (32,2%) apresentavam renda individual de 1 a 2 salários mínimos, 8 (8,9%) renda de 2 a 4 salários mínimos, 6 (6,7%) renda de 6 a 8 salários mínimos e 15 (16,7%) não apresentavam renda individual. Todos os pacientes estavam sob tratamento médico, sendo que 87 (96,7%) faziam uso de medicação antihipertensiva. As razões alegadas para controle da pressão arterial no ambulatório foram: 16 clientes referiram "encaminhamento médico", 14 clientes "prevenção de problemas mais graves" (infarto, derrame, etc.), 13 clientes "para ter segurança e tranquilidade", 8 clientes "ter mais atenção com a própria saúde", 8 clientes "ter mais saúde para cuidar dos filhos" e, outros 25 clientes referiram razões como: serem portadores de outras doenças crônicas (diabete, câncer), já terem sofrido infarto ou derrame, "ser o atendimento no ambulatório gratuito", "controle para não tomar muitos medicamentos".

Em relação a acompanhamento residencial, a maioria, 67 (74,4%) residia com o conjugue.

---

(\*) Estavam sob benefício do INSS.

TABELA I

Caracterização dos sujeitos segundo estado civil, sexo, idade, escolaridade, anos de estudo e acompanhamento residencial.

Características	Distribuição dos sujeitos	
	n <sup>o</sup>	%
Estado Civil		
Casado	69	76,7
Outros (a)	21	23,3
Sexo		
Masculino	46	51,1
Feminino	44	48,9
Idade (*)		
Adulto jovem (d)	7	7,7
Adulto (e)	65	72,3
Adulto maduro (f)	18	20,0
Anos de estudo		
0 - 4	28	31,2
5 - 9 (b)	38	42,1
10 - 16 (c)	24	26,7
Acompanhamento residencial		
Com conjuge	67	74,4
Com familiares	14	15,6
Sozinho	8	8,9
Amigos	1	1,1

(a) solteiro, divorciado, desquitado e viúvo.

(b) 12 indivíduos - 1<sup>o</sup> grau completo.

(c) 2 indivíduos - 3<sup>o</sup> grau completo.

(d) 18 a 34 anos.

(e) 35 a 60 anos.

(f) 61 a 65 anos.

(\*) Critério adotado de Having hurt's developmental task. In: NEVES, E. P. (1980, p. 94).

#### Validade e Confiabilidade dos Instrumentos

#### Escala de Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado

(Appraisal of Self-Care Agency - ASA - Scale).

Confiabilidade: A confiabilidade da Escala de

Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado (ASA - Scale) foi obtida pelo método da consistência interna, calculada pelo coeficiente de correlação item-total de Pearson e pelo coeficiente alfa de Cronbach. O coeficiente alfa obtido para esta escala foi de 0,90 para 24 itens. Este coeficiente é aceito como satisfatório, pois segundo NUNNALLY (1974) os coeficientes para bons testes devem estar entre 0,80 e 0,95.

A análise dos itens resultantes da correlação de cada item com o total de itens, evidenciou uma correlação de Pearson para 24 itens que variou de 0,05 a 0,78. Dos 24 itens, 3 itens evidenciaram coeficientes de correlação menores que 0,30, o que segundo NUNNALLY (1974) é o mínimo coeficiente de correlação aceitável para itens incluídos em um instrumento.

A Tabela II mostra a correlação item-total dos 24 itens da Escala de Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado (Appraisal of Self-Care - ASA - Scale) para 90 sujeitos.

TABELA II

Correlação item-total dos 24 itens da Escala de Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado (ASA - Scale) para 90 sujeitos.

Nº Item	Correlação Item-Total	Nº Item	Correlação Item-Total
1	0,71	13	0,70
2	0,53	14	0,38
3	0,53	15	0,51
4	0,25	16	0,70
5	0,67	17	0,64
6	0,42	18	0,37
7	0,64	19	0,69
8	0,13	20	0,73
9	0,60	21	0,20
10	0,02	22	0,05
11	0,78	23	0,71
12	0,18	24	0,58

Validade: A validade aparente e de conteúdo da tradução já foram relatadas no capítulo III da Metodologia.

A validade concorrente foi estabelecida através da correlação dos escores da Escala de Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado (ASA - Scale) com os escores do Questionário de Auto-Cuidado à Saúde (ACS). Esta informação será apresentada junto com a secção referente a validade do Questionário ACS.

#### Validade e Confiabilidade do Questionário de Auto-Cuidado à Saúde (ACS):

Confiabilidade: A confiabilidade do questionário de auto-cuidado à saúde (ACS) foi obtida pelo método da consistência interna, calculado pelo coeficiente de correlação item-total de Pearson e pelo coeficiente alfa de Cronbach. O coeficiente alfa obtido para este estudo com 90 sujeitos foi de 0,88 para 32 itens. Este coeficiente é aceito como satisfatório, segundo NUNNALLY (1974).

A análise dos itens, resultante da correlação de cada item com o total dos itens, evidenciou uma correlação de Pearson que variou de 0,11 a 0,64. Dos 32 itens, oito itens apresentavam coeficientes inferiores a 0,30, significando que estes itens merecem ser aperfeiçoados. São eles os itens de números 2,3,8,17,20,22,23 e 25. Tais itens parecem refletir hábitos ou comportamentos sócio-culturais. São exemplos as afirmações "subo por escada até o terceiro andar", "faço exames médicos periódicos".

Observa-se que os escores médios dos itens dos 90 sujeitos refletem uma tendência dos indivíduos para estágios de comportamentos de auto-cuidado compatíveis com as formas

de pensar dualista e relativista.

A Tabela III mostra a correlação item-total dos 32 itens do questionário de auto-cuidado à saúde (ACS) para 90 sujeitos.

TABELA III

Correlação Item-total dos 32 itens do Questionário ACS para 90 sujeitos.

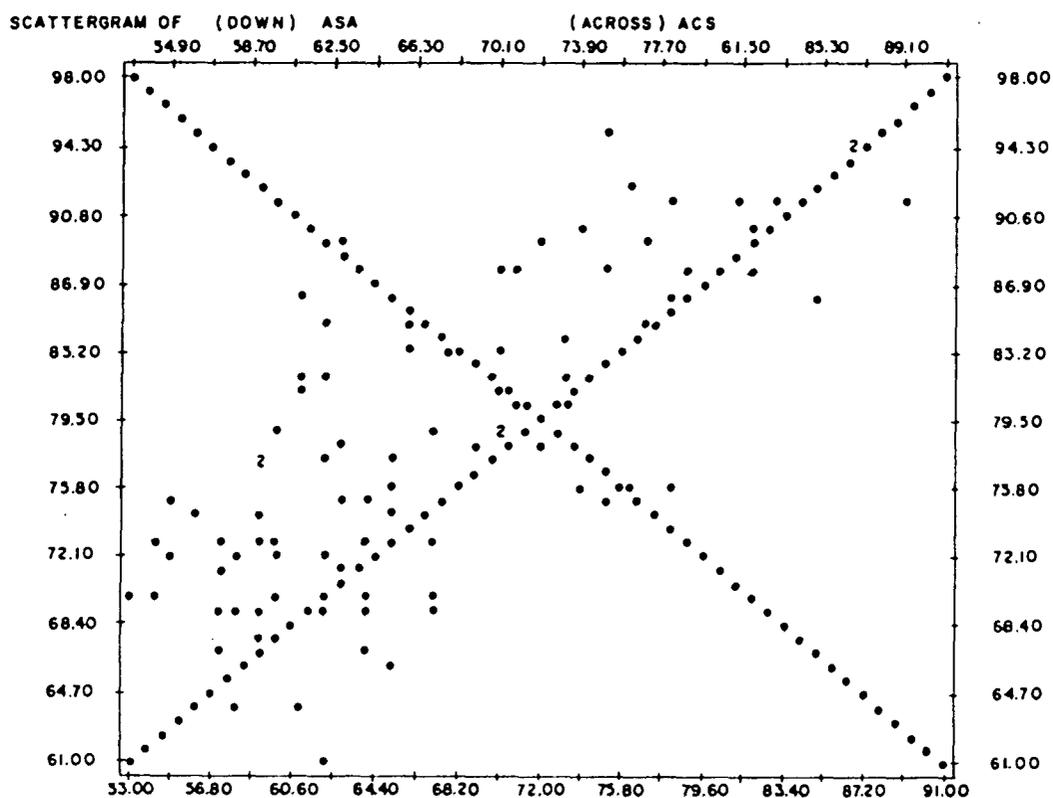
Nº item	Correlação Item-total	Nº	Correlação Item-total
1	0,46	17	0,23
2	0,18	18	0,47
3	0,17	19	0,64
4	0,63	20	0,23
5	0,43	21	0,39
6	0,56	22	0,11
7	0,51	23	0,15
8	0,18	24	0,50
9	0,54	25	0,24
10	0,50	26	0,58
11	0,53	27	0,57
12	0,48	28	0,42
13	0,44	29	0,55
14	0,51	30	0,33
15	0,45	31	0,43
16	0,35	32	0,38

Validade: A validade concorrente e a validade de construto foi estabelecida correlacionando os escores do questionário de Auto-Cuidado à Saúde (ACS) com os escores da Escala de Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado (ASA - Scale). Foi obtido um coeficiente de correlação de Pearson de 0,76 e um coeficiente de correlação de Spearman de 0,73 a um nível de significância de 0,001, demonstrando relação positiva entre os escores obtidos pelos indivíduos nos dois instrumentos, o que significa que ambos medem traços semelhantes (Figura 2).

Foi utilizado o teste Qui-quadrado para testar a associação entre as categorias ocupadas pelos indivíduos no

questionário ACS e ASA.

Figura 2 - Representação gráfica da associação entre os escores dos sujeitos no ACS e ASA.



Para efeitos de análise foram isolados os três sujeitos dualistas que apresentavam escores baixos nos dois instrumentos e mostravam tendência relativista. Foi obtido um qui-quadrado  $X^2 = 19,29$ ,  $GL = 1$ ,  $p < 0,001$ . Este teste corrobora a associação entre os dois instrumentos e demonstra que indivíduos com média competência no instrumento ASA, estão na categoria relativista no questionário ACS e indivíduos com alta competência na ASA estão distribuídos nas categorias relativista e comprometido no questionário ACS (Tabela IV).

A validade de construto segundo (NEVES, 1980, b) é geralmente utilizada para determinar a validade de conceitos. Os construtos teóricos que constituem os dois instrumentos são: 1) o conteúdo dos itens da Escala de Avaliação da Compe-

tência para o Auto-Cuidado (ASA - Scale) combina os dez componentes do poder da competência para o auto-cuidado e sete operações produtivas de auto-cuidado; 2) o conteúdo dos itens do questionário de auto-cuidado à saúde constituído pelo sexto componente do poder da competência para o auto-cuidado, ou seja, o conteúdo se refere ao conceito tomada de decisão para o auto-cuidado e operações produtivas de auto-cuidado.

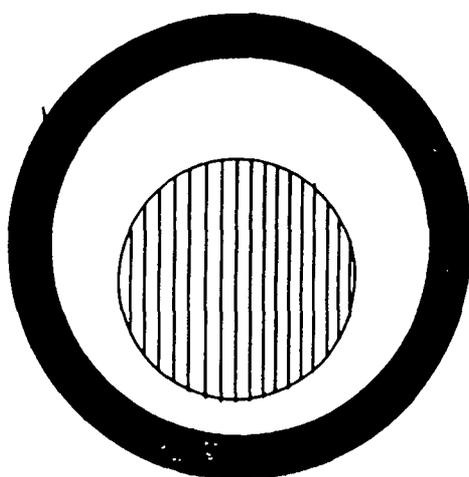
TABELA IV

Distribuição dos sujeitos nas categorias ASA e ACS.

Categorias ASA	Categorias ACS		Total
	Relativista	Comprometido	
Média	49	3	52
Alta	18	17	35
Total	67	20	87

Conclui-se portanto que ambos os instrumentos medem aspectos da competência para o auto-cuidado (Figura 3).

FIG.3 - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA ESTRUTURA SUBSTANTIVA DA COMPETÊNCIA PARA O AUTO-CUIDADO (CAC)



#### LEGENDA

#### CONSTRUTO DA CAC



PODER DA CAC



COMPONENTE DO PODER DA CAC - TOMADA DE DECISÃO

**Descrição dos Achados Relacionados às Respostas dos Sujeitos  
na Escala da Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado  
(ASA - Scale).**

Para os escores obtidos pelos sujeitos na Escala de Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado (ASA - Scale) com 24 itens, foram calculadas a média e o desvio padrão.

A amplitude de escores possíveis para a Escala de Avaliação da Competência para o Auto-Cuidado (ASA - Scale), 24 itens, abrange um mínimo de 24 pontos e um máximo de 120 pontos. O escore médio de competência para o auto-cuidado obtido pelos sujeitos nesta escala foi de 78,48 com desvio padrão de 8,55, o que evidencia homogeneidade dos sujeitos em relação a competência nesta escala.

O cálculo da amplitude total dos escores obtidos pelos 90 sujeitos, variou entre 61 a 98 pontos, sendo que 62,22% (56) dos indivíduos obtiveram escores entre 60 a 80 pontos, e 37,77% (34) escores entre 81 a 120 pontos. Os resultados demonstram portanto que a maioria dos sujeitos se apresenta em uma posição de média competência. Neste estágio de auto-cuidado de média competência os indivíduos iniciam a tomada de decisão contando com a assistência do profissional de saúde, não dependendo tanto de forças externas, mas ainda necessitando do apoio. No estudo de NEVES (1980) os indivíduos se encontravam em um estágio comprometido no relativismo que a autora, na época daquele estudo, atribuiu ao sistema educacional (nos Estados Unidos) que direciona o indivíduo para a tomada de decisão. No presente estudo parece que outros fatores influenciam a tomada de decisão, fatores internos como a falta de energia motivação, e externos como ambiente e questões econômicas.

**Descrição dos Achados Relacionados às Respostas dos Sujeitos  
no Questionário de Auto-Cuidado à Saúde (ACS).**

Para os escores obtidos pelos 90 sujeitos no Questionário de Auto-Cuidado à Saúde (ACS), 32 itens, foram calculadas a média e o desvio padrão.

A amplitude de escores possíveis para o questionário ACS com 32 itens abrange um mínimo de 32 pontos e um máximo de 96 pontos. Os escores obtidos pelos sujeitos variavam de 53 a 91 pontos. O escore médio foi de 67,33, com desvio padrão de 9,12, o que indica homogeneidade dos sujeitos em relação a competência segundo este questionário.

A Tabela V apresenta a distribuição percentual dos 90 sujeitos nos estágios (\*) de auto-cuidado. A maioria dos sujeitos (75,55%) se encontra no estágio relativista. Neste estágio os indivíduos percebem o conhecimento sobre auto-cuidado à saúde como incerto e diversificado, e sentem a necessidade de orientação do profissional de saúde, utilizam conhecimentos e habilidades na análise dos cuidados de saúde e examinam alternativas para decidirem se autocuidar.

**TABELA V**

Distribuição percentual dos 90 sujeitos nos estágios de auto-cuidado, do questionário de Auto-Cuidado à Saúde (ACS)

Estágio de Auto-Cuidado	Percentagem de respostas
Dualismo	3,33
Relativismo	75,56
Comprometimento no relativismo	21,11

(\*) Conforme designação de GAST (1983) a partir de NEVES (1980).

A Tabela VI apresenta a percentagem de respostas dos 90 sujeitos que desempenham ou não desempenham ações de auto-cuidado. A maioria dos 90 sujeitos (45,6%) desempenham ações de auto-cuidado "porque parece ser uma coisa sensata a fazer", (26,2%) desempenham ações de auto-cuidado, "porque descobriram que é benéfico para eles"; 7,22% desempenham ações de auto-cuidado "porque disseram que era bom para eles". Em relação ao não desempenho de ações de auto-cuidado, 3,0% dos sujeitos não desempenham "porque não lhes parece importante, 2,15% "porque descobriram não ser necessário para eles" e 1% "porque disseram que não era necessário para eles". Além disso 3,3% dos indivíduos desempenham ações de auto-cuidado por outras razões e 11,6% não desempenham ações de auto-cuidado por outras razões.

TABELA VI

Percentagem de respostas dos 90 sujeitos que desempenham ou não ações de auto-cuidado, segundo as opções de respostas por estágios de auto-cuidado.

Estágios de Auto-Cuidado e opção de respostas	Percentagem de respostas	
	Geralmente faço	não faço
Opções de respostas <u>a</u> a <u>f</u>		
Dualismo	7,2	1,0
Relativismo	45,6	3,0
Compromisso no relativismo	26,2	2,0
Opções <u>g</u> e <u>h</u>		
Dualismo	0,9	10,0
Relativismo	1,5	1,2
Compromisso no relativismo	0,9	0,4

A Tabela VII apresenta as respostas dos sujeitos que desempenham ou não ações de auto-cuidado relacionadas a nutrição e higiene pessoal, segundo os estágios de auto-cuidado. A maioria dos sujeitos desempenham suas ações de auto-

cuidado "porque lhes parece ser uma coisa sensata a fazer".

Na Tabela VIII pode ser observada a percentagem de respostas dos 90 sujeitos que desempenham ou não ações de auto-cuidado relacionadas a eliminação, atividade física e repouso, por estágios de auto-cuidado. Quarenta e dois por cento dos sujeitos comem alimentos ricos em celulose "porque disseram que era bom para eles"; 34% não sobem escadas por outras razões como "cansaço, falta de ar"; 50% não fazem exercícios por outras razões como "falta de hábito, falta energia, desmotivação"; 22% não usa remédios para dormir "porque disseram que não era necessário para ele".

A Tabela IX apresenta as respostas dos sujeitos que desempenham ou não ações de auto-cuidado relacionadas ao manejo do estresse, por estágios de auto-cuidado. Sessenta e um virgula onze por cento dos indivíduos fazem uma hora de lazer por dia "porque parece ser uma coisa sensata a fazer"; 34,4% evitam cansaço "porque descobriram que é importante para eles"; 77,8% manifestam interesse e amor pelas pessoas "porque parece ser uma coisa sensata a fazer"; 28,9% encontraram maneira de aliviar as tensões "porque descobriram que é importante para eles".

A Tabela X apresenta a percentagem de respostas dos sujeitos que desempenham ou não ações de auto-cuidado relacionadas à interação social e utilização de tecnologia de saúde, por estágios de auto-cuidado. Quarenta e cinco virgula cinco por cento dos indivíduos mantém equilíbrio entre estar só e com outros e 71% fazem exames médicos e procuram profissionais de saúde "porque lhes parece ser uma coisa sensata a fazer"; 32,2% examinam seus genitais "porque é bom para eles" sendo que 15,5% não o fazem por outras razões como "falta de hábito, falta de orientação e falta de conhecimento".

TABELA VII

PERCENTAGEM DE RESPOSTAS DOS 90 SUJEITOS QUE DESEMPENHAM OU NÃO DESEMPENHAM AÇÕES DE AUTO-CUIDADO RELACIONADOS A NUTRIÇÃO E HIGIENE PESSOAL POR ESTÁGIO DE AUTO CUIDADO

AÇÃO DE AUTOCUIDADO	TIPO DE RESPOSTA	PERCENTAGEM DE RESPOSTAS		
		DUALISMO	RELATIVISMO	COMPROMETIMENTO NO RELATIVISMO
Como uma variedade de alimentos ...	Faço	0	81	16,7
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	0	0	0
	Não faço o/razões	2,2	0	0
Tomo até seis cafêzinhos por dia	Faço	0	5,5	22,2
	Não faço	5,5	24,4	10
	Faço o/razões	3,3	8,8	0
	Não faço o/razões	0	15,5	4,4
Tomo quatro a cinco copos líquido por dia	Faço	1	25,6	66,6
	Não faço	0	3,3	0
	Faço o/razões	0	0	2,2
	Não faço o/razões	1	0	0
Mantenho um peso ideal	Faço	17,7	36,6	23,3
	Não faço	0	0	1
	Faço o/razões	0	1	1
	Não faço o/razões	16,7	2,2	0
Tomo banho diário	Faço	0	72,2	25,6
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	0	0	0
	Não faço o/razões	1	1	-
Escovo os dentes por menos duas vezes por dia	Faço	1	80	16,7
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	0	0	2,2
	Não faço o/razões	0	0	0

TABELA VIII

PERCENTAGEM DE RESPOSTAS DOS 90 SUJEITOS QUE DESEMPENHAVAM OU NÃO DESEMPENHAVAM AÇÕES DE AUTO-CUIDADO RELACIONADOS A ELIMINAÇÃO, ATIVIDADE FÍSICA E REPOUSO POR ESTÁGIOS DE AUTO-CUIDADO

AÇÃO DE AUTOCUIDADO	TIPO DE RESPOSTA	PERCENTAGEM DE RESPOSTAS		
		DUALISMO	RELATIVISMO	COMPROMETIMENTO NO RELATIVISMO
Como alimentos ricos em celuloso	Faço	42,2	31	16,6
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	1	3,3	0
	Não faço o/razões	4,4	0	0
Subo escadas até 3º andar	Faço	3,3	24,4	2,2
	Não faço	1	26,6	0
	Faço o/razões	1	0	1
	Não faço o/razões	34,4	4,4	1
Faço exercícios pelo menos 2 x por semana	Faço	5,5	12,2	21
	Não faço	0	22	0
	Faço o/razões	1	3,3	0
	Não faço o/razões	5,0	3,3	1
Durmo sem usar remédio	Faço	5,5	21	6,6
	Não faço	22,2	11	16,6
	Faço o/razões	22	1,1	0
	Não faço o/razões	13,3	0	0

TABELA IX

PERCENTAGEM DE RESPOSTAS DOS 90 SUJEITOS QUE DESEMPENHAVAM OU NÃO DESEMPENHAVAM AÇÕES DE AUTO-CUIDADO RELACIONADOS AO MANEJO DO STRESSE, POR ESTÁGIO DE AUTO-CUIDADO

AÇÃO DE AUTO-CUIDADO	TIPO DE RESPOSTA	PERCENTAGEM DE RESPOSTAS		
		DUALISMO	RELATIVISMO	COMPROMETIMENTO NO RELATIVISMO
Faço pelo menos uma hora de lazer por dia	Faço	2,2	30	61,1
	Não faço	0	1,1	0
	Faço o/razões	0	2,2	0
	Não faço o/razões	3,3	0	0
Evito cansaço excessivo	Faço	0	25,5	34,4
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	1	0	1
	Não faço o/razões	35,5	2,2	0
Manifesto interesse ...	Faço	10,0	77,8	12,2
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	0	0	0
	Não faço o/razões	0	0	0
Encontro maneiras de aliviar as tensões	Faço	15,5	21	28,9
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	7,7	8,9	6,6
	Não faço o/razões	11	0	0

TABELA X

PERCENTAGEM DE RESPOSTAS DOS 90 SUJEITOS QUE DESEMPENHAVAM OU NÃO DESEMPENHAVAM AÇÕES DE AUTO-CUIDADO RELACIONADOS A INTERAÇÃO SOCIAL E UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIA DE SAÚDE POR ESTÁGIO DE AUTO-CUIDADO

AÇÃO DE AUTO-CUIDADO	TIPO DE RESPOSTA	PERCENTAGEM DE RESPOSTAS		
		DUALISMO	RELATIVISMO	COMPROMETIMENTO NO RELATIVISMO
Mantenho equilíbrio	Faço	1	45,5	40
	Não faço	0	0	0
	Faço /razões	0	4,4	4,4
	Não faço o/razões	0	4,4	0
Faço exames médicos ...	Faço	6,6	71	5,6
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	1	0	3,33
	Não faço o/razões	12,2	0	0
Procuro um dos profissionais de saúde	Faço	2,2	82,2	10
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	0	0	0
	Não faço o/razões	4,4	0	0
Examino meu sexo (H) meus genitais (M)	Faço	32,2	30	8,0
	Não faço	0	7,8	0
	Faço o/razões	0	3,3	2,2
	Não faço o/razões	15,5	0	0

A Tabela XI apresenta a percentagem de respostas dos sujeitos que desempenham ou não ações de auto-cuidado relacionadas ao controle dos fatores de risco, segurança e bem-estar psico-social. A maioria dos sujeitos desempenham essas ações "porque parece ser uma coisa sensata a fazer".

A Tabela XII apresenta a percentagem de respostas dos sujeitos que desempenham ou não ações de auto-cuidado relacionadas à ajustamentos no estilo de vida: dieta, atividade física, repouso, recreação e eliminação. A maioria dos sujeitos desempenha estas ações "porque parece ser uma coisa sensata a fazer"; 44,5% observam a frequência diária de eliminação de urina "porque descobriram ser importante para eles".

A Tabela XIII apresenta a percentagem de respostas dos sujeitos que desempenham ou não ações de auto-cuidado relacionadas à ajustamentos no meio ambiente, na educação, e tratamento médico. Oitenta e três vírgula cinco por cento fazem ajustamento em seu meio ambiente; 82,2% comparecem a consulta de retorno e 46,7% tomam os medicamentos prescritos "porque parece ser uma coisa sensata a fazer".

Os resultados deste estudo demonstram que as razões pelas quais os indivíduos desempenham ou não ações de auto-cuidado estão associadas aos componentes da competência para o auto-cuidado descritos no marco conceitual deste estudo (Ver Figura 1, no Capítulo I). No entanto, conforme demonstram as Tabelas VII a XIII, para cada ação de auto-cuidado o indivíduo toma uma decisão específica e delibera desempenhar ou não aquela ação. Parece que os componentes da competência para o auto-cuidado não podem ser considerados na sua forma global, mas sim devem ser considerados na sua especificidade. Exemplificando: uma pessoa pode deliberar desempenhar ações de atividade e repouso porque possui motivação, energia e conhecimento

TABELA XI

PERCENTAGEM DE RESPOSTAS DOS 90 SUJEITOS QUE DESEMPENHAVAM OU NÃO DESEMPENHAVAM AÇÕES DE AUTO-CUIDADO RELACIONADOS AO CONTROLE POR ESTÁGIOS DE AUTO-CUIDADO

AÇÃO DE AUTO-CUIDADO	TIPO DE RESPOSTA	PERCENTAGEM DE RESPOSTAS		
		DUALISMO	RELATIVISMO	COMPROMETIMENTO NO RELATIVISMO
Fumo ...	Faço	4,4	15,5	7,7
	Não faço	4,4	13,3	38,9
	Faço o/razões	6,6	6,6	0
	Não faço o/razões	2,2	0	0
Procuro prevenir acidentes domésticos	Faço	0	99	0
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	1	0	0
	Não faço o/razões	0	0	0
Mantenho uma visão positiva da vida	Faço	1	47,8	37,7
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	2,2	3,3	2,2
	Não faço o/razões	0	0	0
Procuro ajuda amigos	Faço	0	11	6,7
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	0	1	1
	Não faço o/razões	0	0	0

TABELA XII

PERCENTAGEM DE RESPOSTAS DOS 90 SUJEITOS QUE DESEMPENHAVAM OU NÃO DESEMPENHAVAM AÇÕES DE AUTO-CUIDADO RELACIONADOS AO AJUSTAMENTO NO ESTILO DE VIDA: ELIMINAÇÃO, DIETA, RECREAÇÃO, REPOUSO POR ESTÁGIO DE AUTO-CONTROLE

AÇÃO DE AUTO-CUIDADO	TIPO DE RESPOSTA	PERCENTAGEM DE RESPOSTAS		
		DUALISMO	RELATIVISMO	COMPROMETIMENTO NO RELATIVISMO
Noto quantas vezes urino ...	Faço	25,5	27,8	44,5
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	0	1	1
	Não faço o/razões	0	0	0
Nota se meu intestino funciona ...	Faço	0	68,9	28,9
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	2,2	0	0
	Não faço o/razões	0	0	0
Adapto meu modo de viver ...	Faço	8,9	67,8	15,5
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	0	0	1,1
	Não faço o/razões	6,6	0	0
Sigo as recomendações médicas	Faço	16,6	31,1	18,9
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	0	0	2,2
	Não faço o/razões	28,9	2,2	0
Tento manter atividades lazer ...	Faço	12,2	53,3	22,2
	Não faço	0	2,2	1,1
	Faço o/razões	0	2,2	0
	Não faço o/razões	7,7	0	0
Procurro manter equilíbrio entre exercício e repouso	Faço	6,6	24,5	6,6
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	0	0	1
	Não faço o/razões	51,1	0	0

TABELA XIII

PERCENTAGEM DE RESPOSTAS DOS 90 SUJEITOS QUE DESEMPENHAVAM OU NÃO DESEMPENHAVAM AÇÕES DE AUTO-CUIDADO RELACIONADAS AO AJUSTAMENTO

AÇÃO DE AUTO-CUIDADO	TIPO DE RESPOSTA	PERCENTAGEM DE RESPOSTAS		
		DUALISMO	RELATIVISMO	COMPROMETIMENTO NO RELATIVISMO
Faço ajustamento no meu ambiente ...	Faço	5,5	83,5	5,5
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	0	0	0
	Não faço o/razões	5,6	0	0
Compareço às consultas de retorno	Faço	1	82,2	14,6
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	0	1	1
	Não faço o/razões	0	0	0
Tomo os medicamentos prescritos ...	Faço	0	46,7	40
	Não faço	0	0	0
	Faço o/razões	1,1	0	3,3
	Não faço o/razões	8,88	0	0

em saúde, mas não faz ajustamentos no seu estilo de vida em relação a dieta porque não a valoriza como prioridade em saúde e não assumi responsabilidade em fazê-la, apesar de ter conhecimento das conseqüências sobre sua saúde.

Os dados que compõem a Tabela XIV correspondem as respostas dos sujeitos no questionário ACS, quando assinaladas as opções g e h, escritas literalmente por este pesquisador e transformadas em dados qualitativos (ver metodologia capítulo III) e codificadas de acordo com as capacidades componentes da competência para ao auto-cuidado descritas na definição operacional deste estudo (Anexo 7). As capacidades componentes da competência para o auto-cuidado estão classificadas em componentes positivos e negativos, conforme analisadas como força ou limitação para o auto-cuidado deliberado em saúde.

TABELA XIV

FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS POSITIVAS E NEGATIVAS DOS SUJEITOS QUE DESEMPENHAM OU NÃO DESEMPENHAM AÇÕES DE AUTO-CUIDADO SEGUNDO OS COMPONENTES DA COMPETÊNCIA PARA O AUTO-CUIDADO

COMPONENTES DA COMPETÊNCIA PARA O AUTO-CUIDADO	FREQUENCIA	
	RESPOSTAS POSITIVAS	RESPOSTAS NEGATIVAS
Auto-conceito	78	254
Competência ação deliberada	48	46
Conhecimento próprio	38	11
Motivação	30	45
Conhecimento saúde	29	136
Atitude de auto-responsabilidade	20	60
Capacidade cognitiva	19	1
Capacidade interagir com outros	9	12
Valorização prioridades saúde	4	55
Energia	3	66

Conforme demonstra a Tabela XIV, o componente auto-conceito foi o que apresentou maior freqüência, indicando que ele é ao mesmo tempo uma força e uma limitação para o auto-cuidado deliberado em saúde. Estes achados validam a proposição de Orem (NDCG, 1979, p. 133) de que "A conduta do auto-cuidado é afetada pelo auto-conceito...".

"Eu continuo mantendo minhas atividades, fazendo crochê e renda, e indo à igreja, para me sentir viva".

"Eu mantenho uma visão positiva da vida porque quero continuar vivendo".

"Não fiz ajustamentos, depois que descobri que sou hipertensa, porque acredito que devo levar a vida como sempre levei, agora já é tarde, estou velha".

O componente conhecimento de saúde constituiu a segunda maior freqüência de limitação para o auto-cuidado, corroborando com o que estabelece a proposição de Orem (NDCG, 1979, p. 133) de que "A conduta do auto-cuidado é afetada pelo conhecimento de saúde cientificamente obtido e elaborado pelo indivíduo". Bedworth e Bedworth, citado por Neves (1983) consideram o comportamento em saúde como resultante da acumulação de informações factuais e do processo de internalização. Através deste processo se formam os conceitos, os quais influenciam as atitudes que por sua vez direcionam o padrão comportamental do indivíduo. Para ilustrar, este é um exemplo de depoimento de um dos sujeitos: " Não examino meus genitais porque nunca fui orientado".

O componente energia, terceira freqüência, foi também considerado limitante para o auto-cuidado. Segundo OREM (1985, p. 107) para o indivíduo engajar-se em ações de auto-cuidado ele necessita de energia. Exemplificando: "Não adapto minha vida a meus problemas de saúde porque não tenho ânimo".

O componente **auto-responsabilidade** obteve também frequência elevada, em termos de limitação do auto-cuidado, justificando a afirmação de NEVES (1980, p.1) de que

"é responsabilidade das instituições sociais tais como escolas, hospitais e agências de saúde, proporcionar ao povo as oportunidades para aprender sobre saúde, mas é responsabilidade das pessoas aproveitar tais oportunidades...e serem responsáveis pela sua própria saúde, a saúde de sua família ou grupo, e a saúde de sua comunidade".

O depoimento a seguir ilustra o exposto: "Não mantenho equilíbrio entre exercício e repouso porque sou agitada, indisciplinada, falta firmeza, decisão de minha parte".

O componente **valorização de prioridade em saúde** foi considerado neste estudo, limitante para o auto-cuidado, conforme menciona PETERSEN (1987) referindo que um fator decisivo na manutenção da saúde do indivíduo é o grau de valor que ele atribui à sua saúde. Eis um exemplo de afirmação de um sujeito: "não mantenho equilíbrio entre exercício e repouso, pois não sobra tempo, a família me absorve".

O componente **competência para a ação deliberada** foi tanto uma força como uma limitação para o auto-cuidado enquanto que o componente **conhecimento de si próprio** se constitui mais em uma força para o auto-cuidado do que em uma limitação. Parece existir uma relação entre estes dois componentes, pois conforme foi descrito no marco conceitual deste estudo (Capítulo I), o auto-cuidado é um processo deliberado no qual o agente de auto-cuidado demonstra ter conhecimento de si próprio, de suas capacidades e limitações, e das ações que necessita desempenhar, fazendo as escolhas e tomando as decisões sobre os caminhos a seguir. Os achados deste estudo confirmam a proposição de OREM (NDCG, 1979 p. 133) sobre o fato de que "o auto-cuidado requer conhecimento geral dos objeti-

vos e práticas do auto-cuidado, bem como conhecimento específico de si próprio...". Estes depoimentos exemplificam:

"Eu sigo a dieta face ao meu problema de saúde porque observei que a dieta é importante para o sucesso do tratamento".

"Eu fumo porque o cigarro me acalma".

O componente **motivação** obteve frequência maior como limitação para o auto-cuidado, mas também atuou como força para o desempenho de ações de auto-cuidado. Conforme afirma OREM (1985, p.84) o indivíduo pode praticar o auto-cuidado por motivação auto dirigida ou por aderência a figura de autoridade externa. Os depoimentos dos sujeitos revelam que :

"Não sigo a dieta prescrita pelo médico porque quando estou aborrecido relaxo e não tenho motivação e nem perseverança para seguir".

"Eu procuro manter uma visão positiva da vida porque apesar da pobreza temos que procurar pensar que alguma coisa boa pode acontecer, senão nos entregamos para a morte ainda vivos".

O componente **capacidade cognitiva** apresentou-se como uma força para o auto-cuidado, corroborando as concepções de NEVES (1980) e de GAST (1983) acerca do auto-cuidado que ocorre em estágios de desenvolvimento cognitivo, e a recente afirmação de OREM (1991) de que para "diagnosticar as habilidades dos pacientes para engajamento no cuidado contínuo e efetivo... as enfermeiras devem aceitar os indivíduos, famílias e grupos, como estando em estágios específicos de desenvolvimento e em estados específicos de saúde e bem-estar". Eis dois exemplos de depoimentos:

"Não fumo porque sei que o cigarro prejudica quem tem problema de coração e pressão alta..."

"Eu como verduras, legumes e frutas porque gosto, não para estimular o intestino"

"Eu fumo porque o cigarro me acalma".

**Resultados dos Dados Relacionados à Variável Principal  
e às Variáveis Sócio-Demográficas e Auxiliares**

Os dados da principal variável, competência para o auto-cuidado, foram correlacionados com as variáveis sócio-demográficas e auxiliares: estado civil, escolaridade, ocupação, renda individual, uso de antihipertensivo, e acompanhamento residencial, utilizando-se o coeficiente de correlação de Pearson. O coeficiente de correlação significativa de 0.76 ( $p < 0,001$ ) obtido entre os escores nas escalas ASA e ACS, demonstra que as duas escalas foram apropriadas para medir competência para o auto-cuidado, na população estudada, e nas condições em que foram administradas. O resultado da análise de variancia entre os escores no instrumentos e as variáveis sócio-demográficas, é apresentado na Tabela XV. foram encontradas as seguintes relações significativas: a) sujeitos que obtiveram escores altos no questionário ACS possuíam nível de escolaridade alto (9 a 16 anos de estudo), trabalhavam, tinham renda entre 4 e 6 salários mínimos, não faziam uso de medicação antihipertensivo; b) sujeitos obtiveram escores altos na escala ASA foram os que possuíam escolaridade alta (9 a 16 anos de estudo), trabalhavam, tinham renda entre 4 e 6 salários mínimos.

**TABELA XV**

Análise de Variância entre os escores nos instrumentos e as variáveis sócio-demográficas e auxiliares.

Variáveis	ACS		ASA	
	F.Obs.	P	F.Obs.	P
Estado Civil	0,50	0,48	1,67	0,19
Escolaridade	5,01	0,00	5,24	0,00
Ocupação	9,31	0,00	5,15	0,00
Renda	7,08	0,00	5,94	0,00
Antihipertensivo	3,65	0,01	4,25	0,04
Residência	0,45	0,63	1,48	0,23

Os achados referentes a escolaridade, renda e ocupação (entendida como exercício de atividade profissional), confirmam os dados encontrados por NEVES (1980) e GAST (1983). Parece que os indivíduos que possuem mais anos de estudos apresentam um nível de desenvolvimento cognitivo que lhes facilita fazer julgamentos e participar das decisões em relação ao desempenho de ações de auto-cuidado à saúde.

Não foram encontradas relações significativas entre os escores no questionário ACS e as variáveis estado civil e acompanhamento residencial. Também não foram encontradas relações significativas entre os escores na Escala ASA e estas mesmas variáveis, e uso de medicação antihipertensiva.

## CAPITULO V

### CONCLUSÕES, CONTRIBUIÇÕES E RECOMENDAÇÕES

#### Conclusões

Com base nos resultados obtidos pode-se concluir que:

- 1) Os indivíduos hipertensos participantes do estudo estavam, no momento da administração dos instrumentos ACS e ASA, na posição compatível com o relativismo conforme concebido por NEVES (1980) e apresentavam média competência segundo ISENBERG & EVERS (1986).
- 2) O marco conceitual concebido para este estudo foi validado. No entanto, a sua representação gráfica merece alguns ajustes na parte que se refere ao círculo que representa a competência para o auto-cuidado. A competência é específica para cada ação desempenhada, e por este motivo não pode ser representada por um único círculo que engloba as competências específicas, pois os componentes do CAC são dinâmicos e coexistem. O marco conceitual passa então a ser representado conforme demonstra a Figura 4.
- 3) Os instrumentos utilizados neste estudo, o Questionário de Auto-cuidado a Saúde (ACS) e a Escala de Avaliação da Competência para o Auto-cuidado (ASA), se mostraram válidos e confiáveis para medir competência para o auto-cuidado do indivíduo hipertenso.

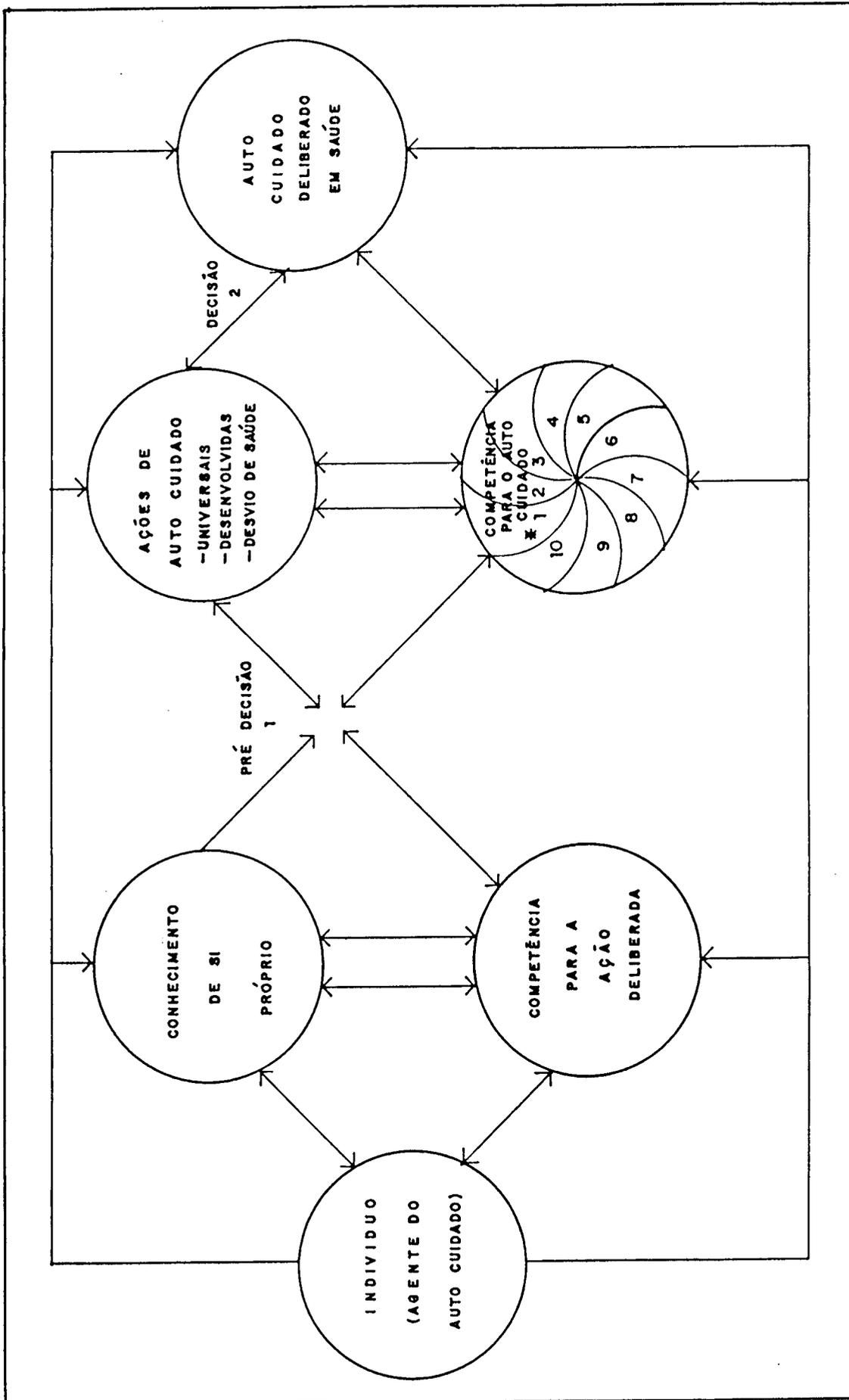


FIG. 4 - REPRESENTAÇÃO DO PROCESSO DE AUTO CUIDADO (AC) E DOS COMPONENTES DA COMPETÊNCIA PARA O AUTO CUIDADO (CAC) CONCEBIDO PELA AUTORA DESTE ESTUDO (MAIA 1991)

\* OS NÚMEROS DE 1 A 10 CORRESPONDEM AOS COMPONENTES DA COMPETÊNCIA PARA O AUTO CUIDADO (CAC)

## Contribuições

### Para a Pesquisa em Enfermagem:

O estudo contribui para o aumento do conhecimento de Enfermagem sobre a competência para o auto-cuidado e permitiu a validação concorrente, de construto e transcultural de dois instrumentos para medir competência para o auto-cuidado.

### Para a Prática da Enfermagem :

- O estudo contribui com um corpo de conhecimentos para a prática da Enfermagem sobre competência para o auto-cuidado, principalmente para as enfermeiras que se dedicam à educação e/ou orientação para o auto-cuidado;

- Enfatiza a necessidade das enfermeiras realizem um diagnóstico da CAC individualizado antes de planejarem ou prescreverem cuidados ou sistemas de Auto-Cuidado para o indivíduo/cliente;

- Oferece dois instrumentos válidos e confiáveis (ACS e ASA) para fazer o diagnóstico da competência para o auto-cuidado dos indivíduos;

- Enfatiza a necessidade das enfermeiras identificarem e compreenderem o estágio de desenvolvimento cognitivo de cada indivíduo, como também o seu ambiente sócio-cultural econômico e político em que o mesmo vive, de forma a propor sistemas de auto-cuidados reais;

- Salaria que o desenvolvimento da competência para o auto-cuidado nos indivíduos deva ser a meta dos enfermeiros.

### Para o Ensino :

- O estudo contribui para o ensino da enfermagem através da clarificação do construto competência para o auto-cuidado;

- Colabora com uma nova linguagem no ensino do auto-cuidado;

- Enfatiza que a competência para o auto-cuidado pode ser identificada, desenvolvida e ensinada aos indivíduos através de métodos ou técnicas de ensino para o auto-cuidado.

#### **Recomendações**

- Que o estudo seja replicado a outros indivíduos portadores de doenças crônicas, em tratamento ambulatorial, a fim de identificar variabilidades e semelhanças em diferentes populações.

- Que o estudo seja replicado a outros indivíduos portadores de hipertensão arterial assistidos em situações diferentes daquela do presente estudo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALLIANDRO, H. Dicionário Inglês-Português. Pockets Books. New York: 1975.
- ANDREOLI, K.G. Self-concept and health Beliefs in Compliant and non complaint Hypertensive Patients (The University of Alabama, Birmingham, 1979, 127 p.) in: Dissertation Abstract International. 1980.
- ANTHONY, M. L. Patient education: megatrends reinforce is priority. Nursing Manage. Chicago. 16 (1) 23-4, Jan. 1985.
- BACKSHEIDER, J. E. Self-care requeriments, self-care capabilities, and nursing system in the diabetic nursing management clinic. American Journal of Public Health. 64: 1138-1146. 1974.
- BALSMEYER, B. Locus of control and the use of strategies to promote self-care. Journal of community health Nursing. 1984. 1(3). 131-179.
- BENSON, H. A resposta ao relaxamento e modificação de comportamento para os pacientes cardíacos. Reabilitação Cardíaca. 1975, p. 115-127.
- BISSEY, L. J. An applied research design using single-subject strategies to evaluate behavioral treatments for essential hypertension. (Doctoral Dissertation, The University of Arizona, 1981. (43 p). in: Dissertation Abstracts International. 1982.
- BRAITHWAITE, J. D. & NORTON, B. G. Patient education for blood pressure control. Nursing Clinic North America. Philadelphia, 16 (2): 321-28. June, 1981.
- BRUGGE, P. A. The relationship between family as a social suport system, health status and exercise of self-care agency in the adult with a chronic illness (Doctoral dissertation, Wayne University (1981). Dissertation Abstracts International, 42, 4361. 1982.
- CAPORAEL & KATZ. Saúde auto-cuidado: invertendo a balança. Topics in clinical Nursing. v. 6, 3 p. 31-41. Oct. 1983.
- CHANG B. L. & FELDMAN. Aderência a regimes de cuidado de saúde entre mulheres idosas. Nursin Research. Jan/Feb. 1984. v. 34. 1. p. 27-31.
- CHIAVERINI, R. et alii. Hipertensão arterial. in: Doença Hipertensiva. São Paulo. Atheneu. 1980, cap. 1. p. 3-4
- CONTE, A. et alii. Group work with hypertensive patients. American Journal of Nursing May 1974.
- COSTA, E. & KLEIN, C. H. Meio urbano e Doenças cardiovasculares. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1 (3): 305-12. 1985.

- DAMANT, M. The meaning of self-care. Community Outlook. London, 373-4. Nov. 1981.
- DANIELS L. M. & KOCHAR, M. S. What influences adherence to hypertension therapy. Nursing Forum. v. XVIII, 3. 1979.
- DAVIS, M. S. Physiologic: psychological, and demographic factors in compliance with doctor's order's. Medical Care. v.6. 1968, p.115-122.
- DENYES, M. J. Development of a instrument to measure self-care agency in adolescents. Doctoral dissertation The University of Michigan, 1980.
- EISENBERG, S.E. Biofeedback: aided relaxation for mild hypertension with special attention to the therapist-client relationship. (Doctoral dissertation. University of California. Berkely. 1984. 194 p.) in: Dissertation abstract International. 1984.
- EVERS, G. ISEBERG, M. PHILIPSEN, H. & BROUNS, G. The appraisal of self-care agency (ASA) Scale: Research program to test validity and reability. Proceedings of the International Nursing Research Conference: New Frontiers in Nursing and Research. University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canadá, 1986.
- FRIEDMAN, M. The Psychological Profile of Hypertensive Patient: An explanation of his therapeutic response. American Heart Association. New York. 1975.
- GAST, H. The relationship between stages of ego development and development stages of self-care operations. (Doctoral dissertation. Texas Woman's University. 1983). University Microfilms International n° 8401198.
- GILLIUM, R. F. & BARSKY A. J. "Diagnosis and Management of Patient non compliance". Journal of American Medical Association. v. 228, 12, 1563-1567, 1974.
- GIORGI, D. M. et alii. Aderência ao tratamento em hipertensão arterial: influência de variáveis estruturais e de estratégias que visam sua melhoria. In: Congresso Brasileiro de Nefrologia, 12°. Salvador, 21-25. out. 1984.
- GOULD B. A. Assessment of the accuracy and role of self-record blood pressures in the management of hypertension. Br. Med. J. Clin. Res. J. London, 285 (6356): 1691-4. Dec. 1982.
- HAENSGEN, I. L. Impacto de Programas educativos en el autocuidado de pacientes ambulatoriais. Educ. Auto-Cuidado Salud. Santiago de Chile, 3 (2): 6-18. mayo 1986.
- HAMILTON, G. A. A multivaciedade approach to compliance in hypertension. (DNSC Boston University School of Nursing. 1982, 173 p.) in: Dissertation Abstract International. 1982.
- HANSON, B. B. Development and testing of the questionnaire on perception of self-care agency 1981.

- HARPER, D. C. Application Of Orem's theoretical constructs of self-care medication behavior. In: the elderly A. N. S. Germantown. 6(3): 29-46. Apr. 1984.
- HARRISON, Medicina INTERNA. 7 ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1977.
- HOLDEN, M. G. Physician and patient health care attitudes patient satisfaction and compliance with hypertension regimes. 1986 84 p. in: Dissertation Abstract International. 1986.
- ISENBERG, M. A. Validity and reability testing of the ASA Scale in follow-up study of American men after coronaruby pass surgery. Proceeding of the International Nursing Research Congress. Sponsored by the University of Edinburg and the Royal College of Nursing, Edinburg, Scotland. 1987.
- ISENBERG, M. A.; EVERS, G. & PHILIPSEN, H. An International Research project to test Orem's self-care deficit theory of nursing. Proceedings of the Bianual Convention of Sigma Thetatau, International, San Francisco, CA, 1987.
- IZZO, M. Assessing the coping abilities of hypertensive patients. Topics in clinical Nursing. July 1982. 33-39.
- KANNEL, W. B. Role of blood pressure in cardiovascular morbidity and mortability. Progress in cardiovascular disease. 17:5. 1974.
- KERR, J. A. Adherence and self-care. Heart Lung. Saint Louis. 14(1), 24-31. Jan. 1983.
- KEARNEY, B. Y. & FLEISCHER, B. J. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. Research in Nursing and Health. 1979.
- LANTZ, J. M. Self-actualization: An indicator of self-care practices among adults 65 years and over. (Dissertation, Texas A & A University) 1981.
- LAURENTI, R. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: Chiaverini, R. et alii. Doença Hipertensiva. São Paulo. Ateneu, 1980. cap. 3, p. 66-87.
- LEVIN, L. S. Self-care towards fundamental changes in national strategies. In: J. Health Educ. Geneva, 24(4): 219-20. 1981.
- \_\_\_\_\_. Patient education and Self-care: how they differ? Nursing outlook. New York. 26(3)" 170-5. Mar. 1978.
- LEVIN, L. S.; KARZ, A. H. & HOLST, E. Self-care Lay Inicatives in Health. New York, Prodist. 1978.
- LEVY, R. I. O declínio na mortalidade de doença cardiovascular. Ann Rev. Publ. Health. 1981, 2: 249-70.
- MANCILHA, J. J. et alii. Prevalência da hipertensão arterial nos funcionários de um hospital geral. Arq. Bras. Card. Clin. 4613, 195-198. Março 1986.

- McBRIDE, S. Validation of an instrument to measure exercise of self-care agency. Res. Nursing Health. 1987, 10: 311-316.
- McMAHON M. Exercise and Hypertension. Medical Clinics of North America. v. 69, n. 1, Jan. 1985.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Doenças Crônico Degenerativas. Controle das Doenças Crônico degenerativas na Rede de Serviços de Saúde. Brasília, abril 1987.
- \_\_\_\_\_. Divisão Nacional de Doenças crônico Degenerativas. A Hipertensão como problema de saúde comunitária. Brasília. jul. 1986.
- \_\_\_\_\_. Divisão Nacional de Doenças Crônico Degenerativas. Normas técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. (PNECHA). Brasília. 1988.
- MUHLENKAMP, A. F. Self-esteem, social support and positive health practices. Nursing Res. New York. 35(6) 334-8. Nov-Dec. 1986.
- NEVES, E. P. (\*) The relationship of hospitalized individuals cognitive structure regarding health to their health self-care behaviors (Doctoral dissertation, Catholic University), Washington. 1980.
- \_\_\_\_\_. Validade e confiabilidade de instrumentos de coleta de dados. (Palestra Proferida). CCS. Universidade Federal de Santa Catarina. out. 1980.
- NEVES, E. P. et alii. Relação entre a estrutura cognitiva referente à saúde de indivíduos adultos hospitalizados e seus comportamentos de auto-cuidado. Anais do 3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Florianópolis, 3-6, abril, 1984, p.
- NICOLETE, M. G. A Educação para Saúde. Realizada por profissionais de Enfermagem junto a clientes hipertensos dos serviços. Ambulatório de Porto Alegre. (Tese de Mestrado. UFRGS). 1982.
- NOWAKOWSKI, L. Health promotion/self-care programs for the community. Topics in Clinical Nursing. 1980, 2, 21-27.
- NUNNALLY, I. C. Introducion a la medicion psicológica. Argentina, Centro Regional de Ajuda Técnica, Editorial Paidós, 1974.
- NUNES, A. M. P. Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para o auto-cuidado. (Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina). 1982.
- NURSING DEVELOPMENT CONFERENCE GROUP. Concept formalization in nursing: Process and product (2nd. ed.) Boston: Little, Brown, 1979.
- OREM, D. E. Nursing: concepts of practice, New York, McGraw-Hill Book Co. 1971.

- \_\_\_\_\_. Nursing: concepts of practice, 2.ed. New York, McGraw-Hill Book Co., 1980.
- \_\_\_\_\_. Nursing: concepts of practice, 3.ed. New York, McGraw-Hill Book Co., 1983.
- \_\_\_\_\_. Nursing: concepts of practice, 4.ed. New York, McGraw-Hill Book Co., 1991.
- ORR, J. Women's health: health in their own hands. Nursing Times. London. 83 (29)" 16-7 July 1987.
- PETERSEN, M. J. et alii. Self-concept values and health behavior. Health Educ. Washington, 18(5): 6-9, Oct-Nov. 1987.
- PIERIN, A. M. G. Orientação sistematizada do paciente hipertenso submetido a tratamento ambulatorial. Rev. Esc. Enf. Universidade de São Paulo. São Paulo, 20(3): 193-205. 1986.
- PODELL, R. N. Manual do Médico sobre controle do paciente na hipertensão arterial. São Paulo. Merck Sharp Dohme do Brasil. 1976, 35p.
- POLIT, D. & HUNGLER, B. Investigacion científica em ciencias de la salud. 2. ed. Nuevas Editorial, Interamericana, México, 1985.
- PRADO, M. L. et alii. Mortalidade por doenças do aparelho circulatório em adultos da Região Sul, 1987. Florianópolis. Mimeogr.
- RIBEIRO, M. D. R. et alii. Prevalência da hipertensão arterial na força de trabalho da grande São Paulo: influência da idade, sexo e grupo étnico. Rev. Ass. Med. Bras. São Paulo, 28(9/10): 209-11. set/out. 1982.
- RICHTER, J. & SLOAN, R. A relaxation technique. American Journal of Nursing. Nov. 1979, p. 1960-7.
- ROBB, E. J. & DICKSON, C. H. Work Designs: Nurse management hypertension care. Nursing Management. Oct. 1986. 67.
- ROGUS, S. D. High blood pressure treatment: medication diet and the rols of the occupational health nurse. Occup. health Nursing. Thorofore, 29(11)' 16-21. Nov. 1981.
- ROMO, O. Ideas planteamiento, recomendaciones y dudas sobre auto-cuidado. Educ. Auto-cuidado Salud. Santiago do Chile. 3(3) 6-14. Jul. 1986.
- ROSENFELD, J. B. & SILVERBERG, D. S. Status of hypertesion treatment in Israel. Israel J. Med. Sci., Tel Aviv, 15(12): 1014-16, Dec. 1979.
- SACKETT, D. L. & HAYNES, R. B. Compliance with therapeutic regimes. Baltimore. Johns Hopkins University Press, 1976.
- SARAGOÇA, M.<sup>o</sup> A. A hipertensão arterial e os fatores de risco associados. Rev. Ass. Méd. Brasileira. v. 34, n.2, mar-abr. 1988.

- SAVIER, S. C. & HOWARD, M. Planning self-care unit and in patient setting. American Journal of Nursing. New York. 82(7): 112-15. June 1982.
- SCHAEFER, K. R. A comparative study of coping strategies of hypertensive and non hypertensive women. (DNSC. The Catholic University of America. 1986. In: Dissertation Abstract International. 1986.
- SCHILLER, P. Is self-care social movement? Soc. Sci. Med. Oxford 17(18): 1983.
- SILVA, D. M. G. V. da Internações hospitalares de pacientes com doenças crônico degenerativas em dois hospitais gerais do município de Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. 1986. (Mimeogr.)
- SIRIPOON, M. Effect of the relaxation response in patients with essential hypertension (Doctoral Dissertation, Boston University. 1986. 104 p). In: Dissertation Abstract International. 1986.
- SULLIVAN, T. J. A self-care model of nursing practice for nursing the aged (Doctoral dissertation, Columbia University Teachers College, 1979). Dissertation Abstract International. 1979, 39(12). 5848B (University Microfilms nº BKK 79-13223).
- TANNER, G. A. The effect of instruction on control of blood pressure in individuals with essential hypertension. Journal of Advanced Nursing. 1981, 6. 99-106.
- UNDERWOOD, P. R. Nursing care as determinant in the development of self-care behavior by hospitalized adult schizophrenics (Doctoral dissertation University of California, San Francisco, 1978). In: Dissertation Abstracts International. 1979, 40 (02) 679B (University Microfilms nº 7918208).
- VERSCHURE, J. H. Self-care: the essence of good health and wellbeing. New Engl. J. Serv. Boston, 1(1) 15-22. 1981.
- WADDEN, T. A. The behavioral control of essential hypertension: a comparative study. (Doctoral dissertation. The University of North Carolina at chapel hill. 1981, 254p). In: Dissertation Abstract International. 1985.
- WEBB, P. A. Effectiveness of patient education and psychosocial counseling in promotion compliance and control among hypertension patients. J. Fam. Pract.. New York, 10(6): 1047-55. 1980.
- WILSON, R. P. An ethnomedical analysis of health beliefs, health behavior, and hypertension among low income black americans. (Doctoral dissertation. Stanford University. 1985, 239 p.). In: Dissertation Abstracts International. 1985.

---

(\*) Comunicação pessoal da Professora Doutora Eloita Neves Arruda (1991) durante reunião de orientação da dissertação.

A N E X O S

A N E X O I



Fig. 20

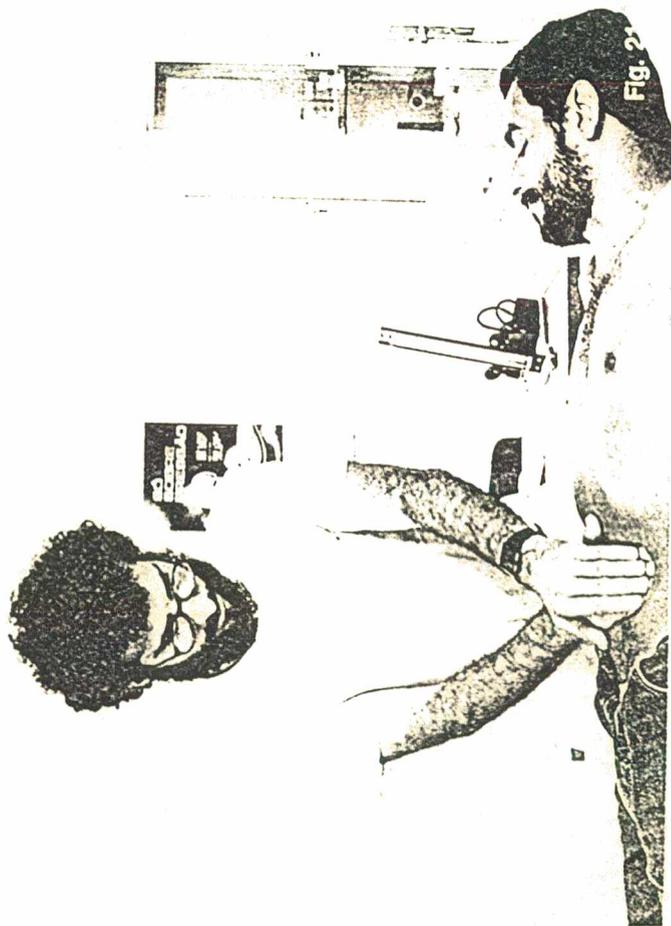


Fig. 21

Além dos diagnósticos citados no item c, deve-se buscar diagnósticos anteriores de outras doenças tais como doença respiratória crônica e doenças renais, glomerulonefrite, pielonefrite, cistites de repetição etc. (fig. 20).

### 6.1.3 – Dados do exame físico (fig. 21):

- peso e altura;
- pelo menos duas medidas da PA durante a consulta;
- palpação dos pulsos periféricos e ausculta de sopros vasculares;
- exame do precórdio para detecção de hipertrofia e ou dilatação cardíaca, bulhas anormais ou sopros;
- exame do aparelho respiratório para detecção de sinais de insuficiência cardíaca (ruidos adventícios, derrame pleural);
- exame do abdome para verificação da presença de hepatomegalia, massas abdominais ou sopros vasculares;
- edema periférico ou palpebral;
- exame neurológico.

*Observação: O exame de fundo de olho, sempre que existam recursos para sua realização, deve fazer parte do exame físico.*



6.2.1 – Pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva – o diagnóstico de HA poderá ser assumido, independente do nível da PA e caso a medicação esteja sendo usada sob orientação médica.

6.2.2 – Pacientes sem medicação anti-hipertensiva:

- a) Se a PA nesta consulta médica estiver abaixo de 160 mmHg de sistólica e abaixo de 95 mmHg de diastólica, o diagnóstico de HA não estará confirmado e o paciente será orientado a retornar dentro de 1 (um) ano;
- b) Caso a PA sistólica ou a PA diastólica estejam acima dos níveis anteriores, o diagnóstico de HA estará confirmado.

### 6.3 – Conduta inicial

Com base na avaliação clínica, o médico decidirá a conduta a ser tomada de acordo com 3 (três) situações (fig. 23):

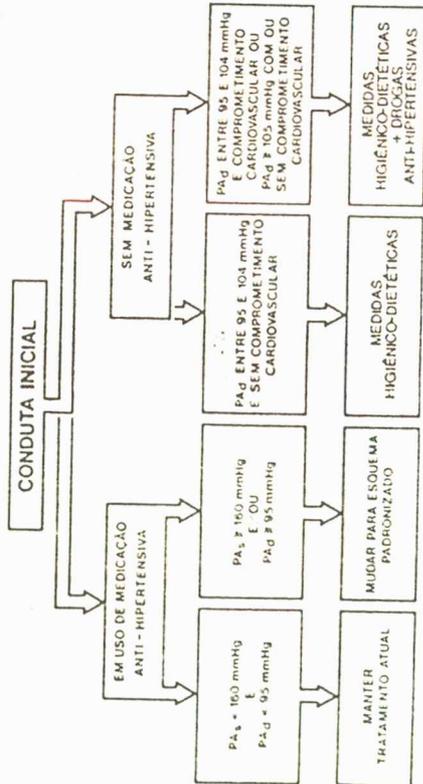
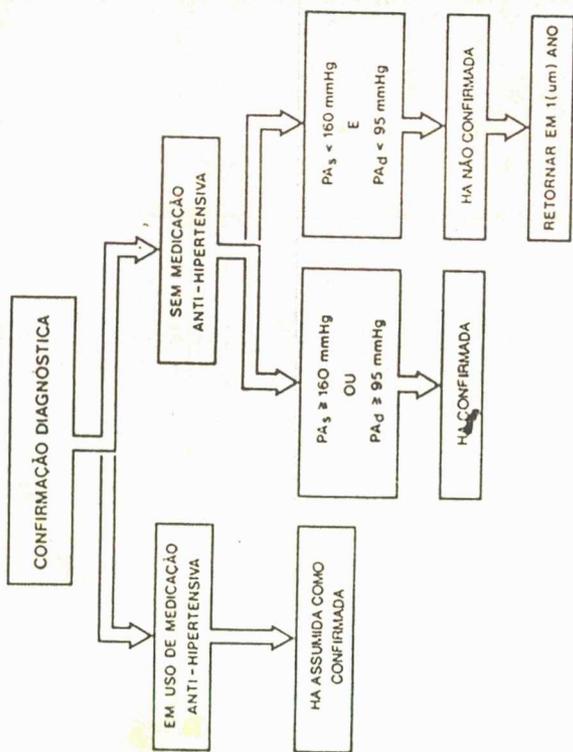
- a) Uso de medicação anti-hipertensiva;
- b) Nível da PA;
- c) Presença ou ausência de comprometimento cardiovascular.

6.3.1 – Para os pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva, as condutas iniciais indicadas são:

- a) Se a PA sistólica estiver < 160 mmHg e a PA diastólica < 95 mmHg, o médico manterá o esquema terapêutico em uso;
- b) Se a PA sistólica for ≥ 160 mmHg e ou a PA diastólica ≥ a 95 mmHg, o médico mudará o esquema terapêutico para o esquema padronizado nestas normas.

6.3.2 – Para os pacientes sem uso de medicação anti-hipertensiva, as condutas indicadas são:

- a) Se a PA diastólica estiver entre 95 e 104 mmHg e não existir comprometimento cardiovascular, o paciente iniciará tratamento com medidas higiêno-dietéticas;
- b) Se a PA diastólica estiver entre 95 e 104 mmHg e existir comprometimento cardiovascular ou se a PA diastólica for ≥ 105 mmHg com ou sem comprometimento cardiovascular, o paciente iniciará tratamento com medidas higiêno-dietéticas associadas a drogas anti-hipertensivas.



6.3.3 - Casos especiais (fig. 24):

Além dos casos abordados acima, existem outros considerados como especiais:

- a) Hipertensão arterial sistólica isolada, isto é: PA sistólica  $\geq$  160 mmHg e PA diastólica  $<$  95 mmHg;
- b) Hipertensão arterial em pacientes com menos de 30 anos de idade;
- c) Suspeita de HA secundária, pelos achados de anamnese e exame físico;
- d) Gestantes.

Nesses casos, o médico deverá encaminhar os pacientes para atendimento especializado.

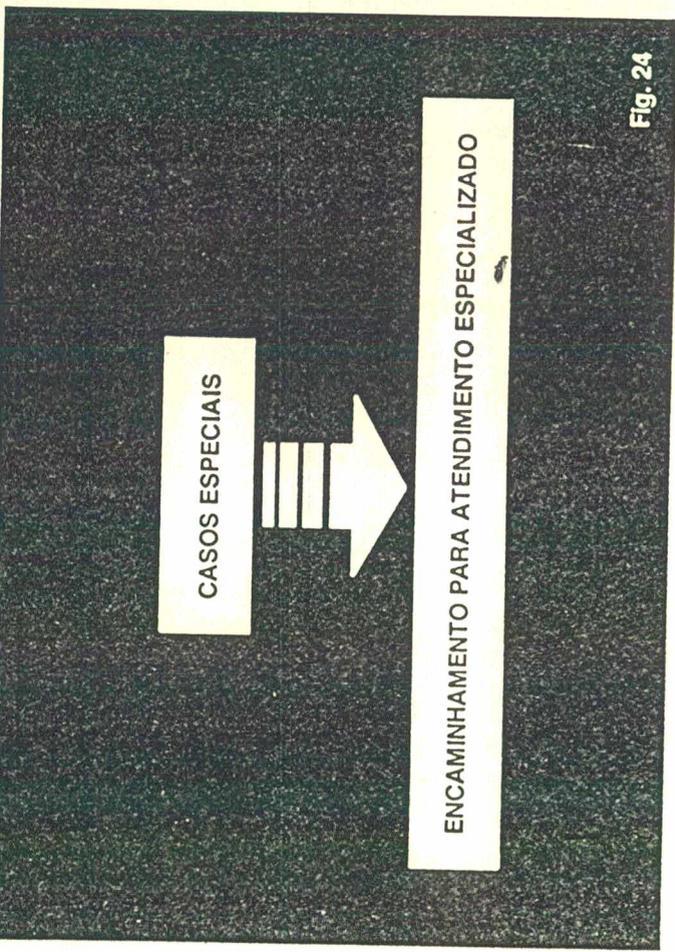


Fig. 24

# Tratamento

O objetivo primário do tratamento anti-hipertensivo é conseguir a normalização da pressão arterial, preconizando-se, nestas normas, a redução da pressão arterial diastólica a níveis inferiores a 95 mmHg (fig. 25). Nos pacientes com pressão arterial diastólica inferior a 105 mmHg e sem comprometimento cardiovascular, tal redução pode ser alcançada através de medidas higiênico-dietéticas. Os demais, além dessas medidas, deverão receber o tratamento medicamentoso.

## OBJETIVOS DO TRATAMENTO

REDUZIR A PA<sub>d</sub> A NÍVEIS  
INFERIORES A 95 mmHg

Fig. 25

## 7.1 – Medidas higiênico-dietéticas

As medidas higiênico-dietéticas preconizadas são (fig. 26):

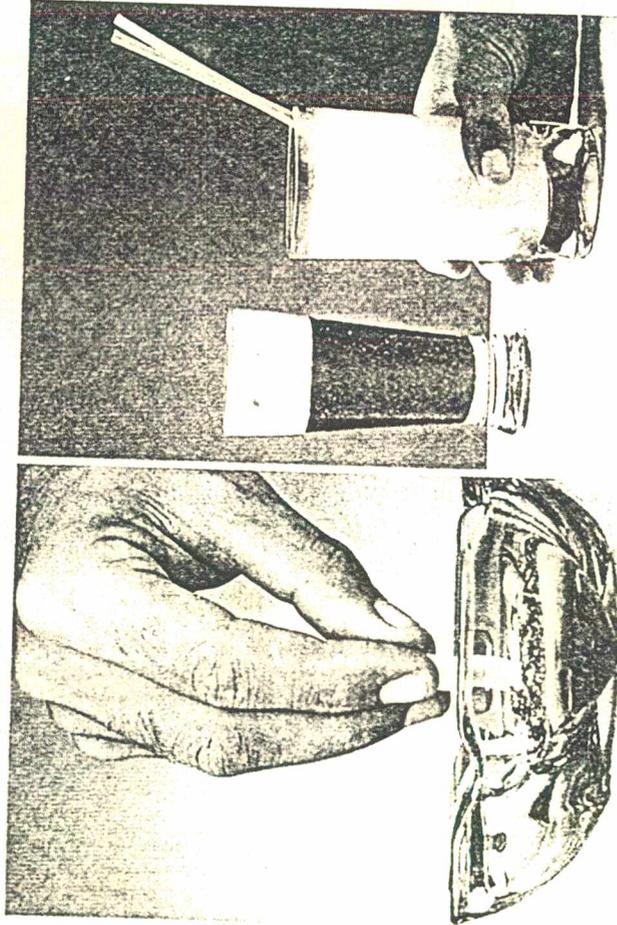
### 7.1.1 – Abolição do tabagismo

O tabagismo associado à hipertensão arterial potencializa o risco de cardiopatia isquêmica e de outras complicações cardiovasculares, e sua eliminação reduz estes riscos. Por este motivo, a abolição do fumo deve ser insistentemente aconselhada, utilizando-se estratégias diversas, de acordo com as características e recursos locais.

As ações contra o tabagismo devem visar não somente o paciente fumante, com o objetivo de fazê-lo abandonar o vício, mas também evitar que o não-fumante se torne um fumante ou seja exposto, em ambientes fechados, aos efeitos danosos do fumo, aumentando o seu risco cardiovascular.

### 7.1.2 – Abolição ou redução do consumo de bebidas alcoólicas

O álcool pode ser um fator de risco para HA e pode ser causa de não-controle da hipertensão, especialmente em pacientes mais jovens. Por este motivo, sua abolição ou redução é recomendada.





7.1.3 - Dieta adequada ou mudança de hábitos alimentares (fig. 27)

Ao iniciar a orientação dietética na consulta inicial e também nas subsequêntes, é indispensável levar o paciente à compreensão da importância da dieta adequada para o controle de sua pressão arterial.

INGESTÃO DO SÓDIO

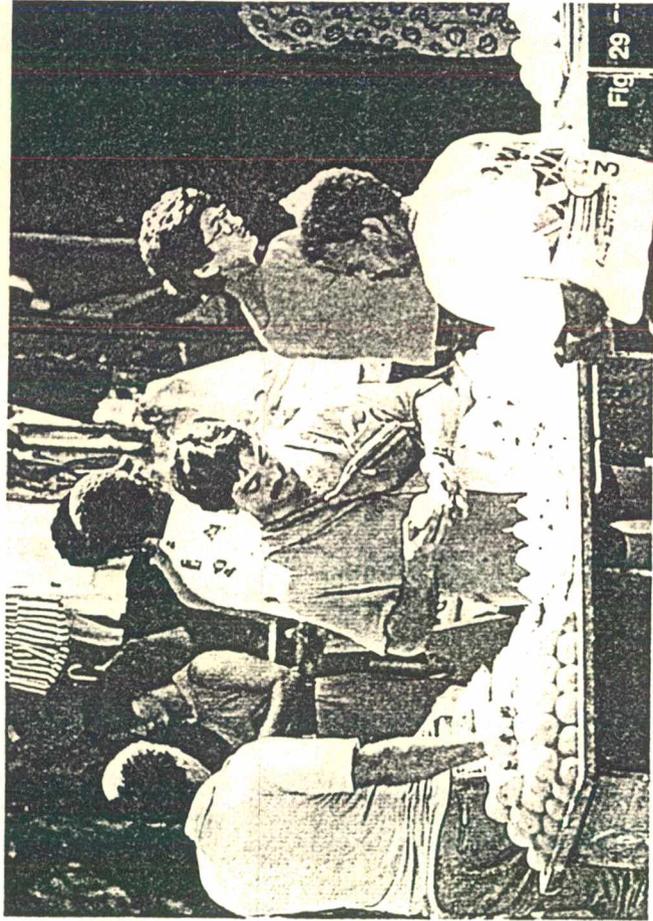


A dieta visa à redução do sal alimentar e à normalização do peso corporal no indivíduo obeso (anexo B), pois tanto a ingestão de sal quanto a obesidade são fatores de risco para a HA e também contribuem para a elevação da PA, prejudicando a resposta terapêutica desejada.

Para reduzir a ingestão do sal alimentar, o paciente deve ser orientado para:

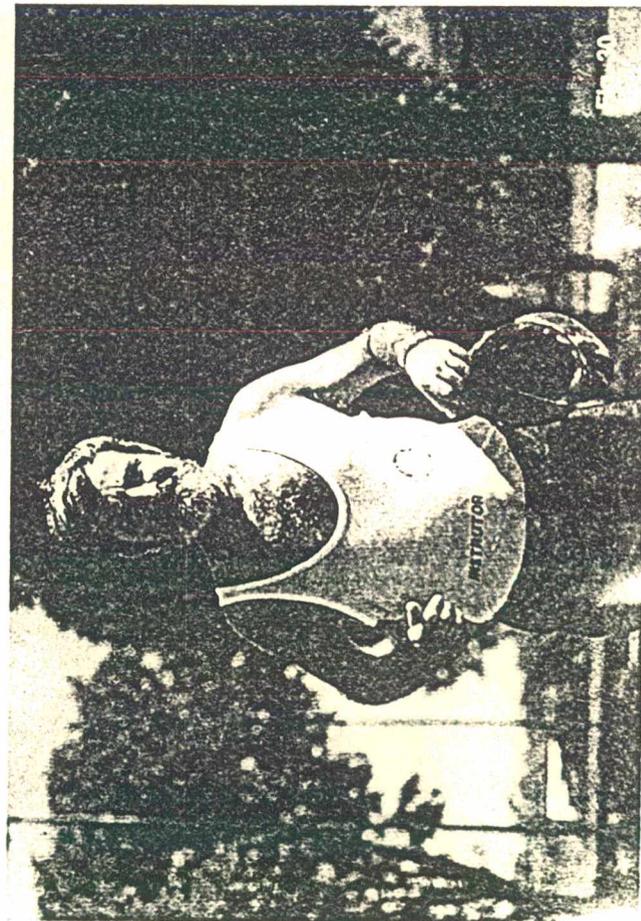
- a) Evitar os alimentos ricos em sódio (anexo C);
- b) Ler com atenção os rótulos dos alimentos industrializados, para evitar aqueles que indiquem a presença de sódio (fig. 28);
- c) Compreender que os alimentos em conserva, assim como os molhos e temperos industrializados, são geralmente ricos em sódio e devem ser evitados;
- d) Não utilizar sal à mesa para tempero de alimentos já preparados;
- e) Utilizar quantidades mínimas de cloreto de sódio (sal de cozinha) no preparo dos alimentos - o máximo total permitido são 5 g/dia (1 g de sal = 1 colher de café rasa);
- f) Compreender que alguns adoçantes artificiais contêm sódio e quando usados com frequência e grande quantidade podem elevar significativamente o consumo do mesmo;
- g) Compreender que o sal "dietético" pode ser utilizado mas é desnecessário ao tratamento, pois em pouco tempo o paladar se adapta à redução do sal de cozinha.

A utilização do sal dietético não tem efeitos terapêuticos e obriga a que os alimentos dos pacientes sejam preparados em separado dos demais membros da família.



Os hipertensos obesos devem ser aconselhados a reduzirem o peso corporal, diminuindo a ingestão calórica. Para alcançar este objetivo, os pacientes deverão (fig. 29):

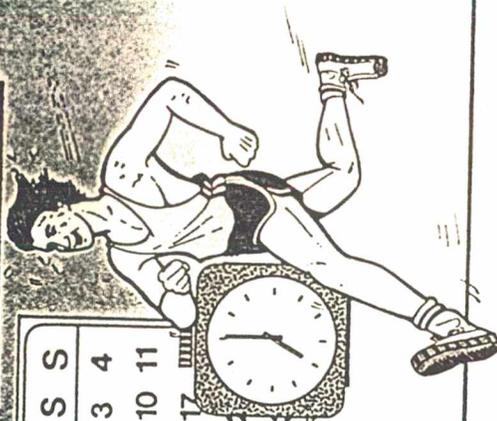
- a) Reduzir a quantidade habitualmente utilizada de todos os alimentos, exceto hortaliças e frutas;
- b) Eliminar o uso de açúcar e doces;
- c) Não "beliscar" entre as refeições;
- d) Utilizar à vontade, diariamente, verduras, legumes (sempre que possíveis crus) e frutas;
- e) Não utilizar bebidas alcoólicas ou refrigerantes;
- f) Utilizar, diariamente, pequena quantidade de carnes magras;
- g) Evitar frituras;
- h) Diminuir o consumo de leite gordo e derivados;
- i) Reduzir o consumo de ovos;
- j) Evitar o consumo de alimentos industrializados tais como enlatados, conservas, molhos etc.



7.1.4 - Exercício físico aeróbico regular (fig. 30)

O exercício físico aeróbico regular pode reduzir a pressão arterial e também auxiliar na perda de peso do indivíduo obeso. São denominados exercícios aeróbicos atividades como: andar rápido, correr, andar de bicicleta, nadar.

## exercício físico



- FREQUÊNCIA
- DURAÇÃO
- INTENSIDADE

## TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

A orientação para realizar exercícios físicos regulares deve basear-se em três variáveis (fig. 31):

- Frequência – deve ser de no mínimo 3 (três) a 5 (cinco) sessões por semana e, no caso de caminhar rápido, deve ser diária.
- Duração – deve ser de no mínimo 20 a 30 minutos por sessão.
- Intensidade – deve ser tal que a frequência cardíaca (FC) durante o esforço alcance 60 a 85% da frequência cardíaca máxima do indivíduo. Esta pode ser estimada, simplesmente, por meio de cálculo rápido, que consiste em subtrair de 220 a idade em anos do indivíduo.

A FC máxima pode também ser conhecida através de teste ergométrico.

A intensidade do exercício pode também ser subjetivamente estimada e estará adequada se o indivíduo ao final do exercício estiver com a FC e a respiração acelerada e a sensação de discreto cansaço, que desaparece em poucos minutos.

Não há benefícios clínicos em realizar exercício físico em doses excessivas. Por outro lado, o caminhar lentamente e de forma interrompida é insuficiente para produzir adaptações cardiovasculares adequadas.

Deve-se associar ao exercício aeróbico um período prévio de "aquecimento". Estes exercícios prévios de flexibilidade são destinados ao preparo do organismo para a atividade mais intensa que virá a seguir.

Nem todas as formas de exercício são aconselhadas para o hipertenso. Desaconselha-se o exercício com pesos (musculação). Em suas atividades diárias, o paciente deve evitar situações em que necessite carregar grandes pesos ou trabalhar com os braços elevados.

## 7.2. – Terapêutica medicamentosa

Para os pacientes com indicação de uso de drogas anti-hipertensivas em associação às medidas higiênico-dietéticas, a terapêutica recomendada é a escalonada ou por etapas.

### 7.2.1 – Terapêutica escalonada (fig. 32)

Inicia-se a terapia com a menor dose da droga de escolha e aumenta-se gradativamente esta dose até que ocorra uma das seguintes situações:

- Redução da PA para níveis considerados normais, isto é  $PA_d < 95$  mmHg.
- Surjam efeitos colaterais intoleráveis.
- A dose máxima recomendada seja atingida.

Passa-se, então, à etapa subsequente, ou seja, a adição de nova droga, somente quando afastadas as causas para a ineficácia de uma etapa, tais como:

- Uso irregular ou abandono de medicação;
- Ingestão excessiva de sódio;
- Ganho de peso;
- Uso de drogas com efeito hipertensivo.

## TERAPÊUTICA COM DROGAS – escalonada ou por etapas

III  
ETAPA

II  
ETAPA

I  
ETAPA

Fig. 32

As drogas aqui preconizadas são, dentre as múltiplas opções terapêuticas, aquelas sobre as quais já se tem larga experiência, conhecendo-se sua eficácia mesmo quando utilizadas a longo prazo e sabendo-se, também, que o controle da hipertensão arterial é alcançado a custos razoáveis. Além do mais, são drogas que fazem parte, no momento, da lista de medicamentos básicos da CEME, o que viabiliza sua utilização pelos serviços de saúde.

As opções terapêuticas recomendadas pelo Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial são (fig. 33):

**Etapa I - Hidroclorotiazida**

Iniciar o tratamento com a dose de 25 mg/dia, elevando-a até a dose máxima de 50 mg/dia, em uma única ingestão, pela manhã.

**Etapa II - Adição de propranolol ou alfa-metildopa**

Quando indicado (ver abaixo), adicionar à hidroclorotiazida o uso do beta-bloqueador propranolol na dose inicial de 80 mg/dia, elevando-a gradativamente em incrementos de 40 mg/dia até a dose máxima de 320 mg/dia, sempre dividida em duas ingestões, com intervalo de 12 horas entre cada dose; ou substituir pela alfa-metildopa na dose inicial de 500 mg/dia até a dose máxima de 2 g/dia, também dividida em duas ingestões diárias, com intervalo de 12 horas.

Levando-se em conta os custos das drogas, dá-se preferência ao propranolol como droga prioritária da etapa II.

**7.2.3 - Resposta terapêutica**

A resposta terapêutica será classificada como:

- Boa, quando a pressão diastólica baixar para níveis inferiores a 95 mmHg (normalização);
- Insatisfatória, quando a PA diastólica permanecer acima de 95 mmHg, porém ocorrer redução de, pelo menos, 10 mmHg na pressão arterial diastólica;
- Nula, quando não houver redução significante nos níveis pressóricos, isto é, a PA diastólica baixar menos de 10 mmHg.

**DROGAS ANTI-HIPERTENSIVAS/TERAPÊUTICA ESCALONADA**

**ETAPA 1 - HIDROCLOROTIAZIDA**

**ETAPA 2 - PROPRANOLOL OU ALFA-METILDOPA**

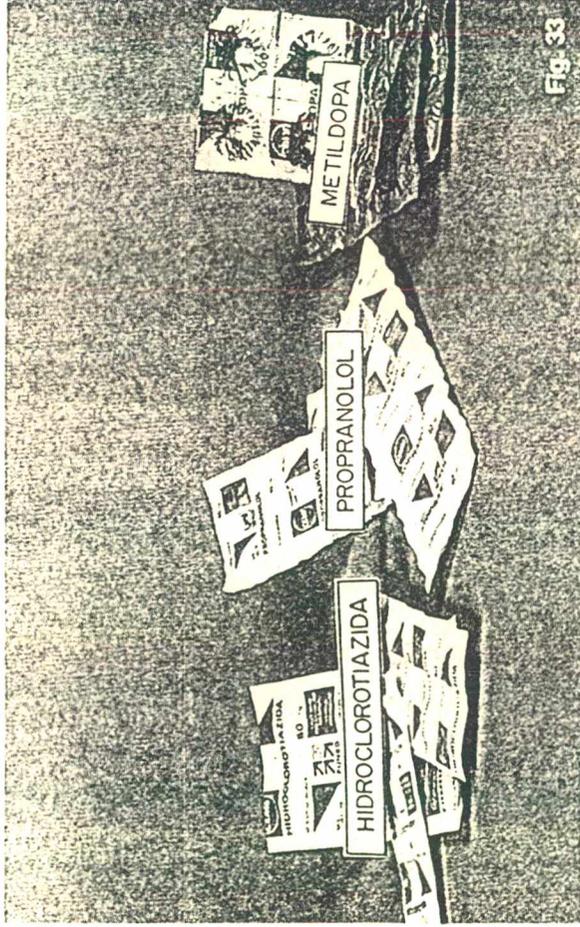


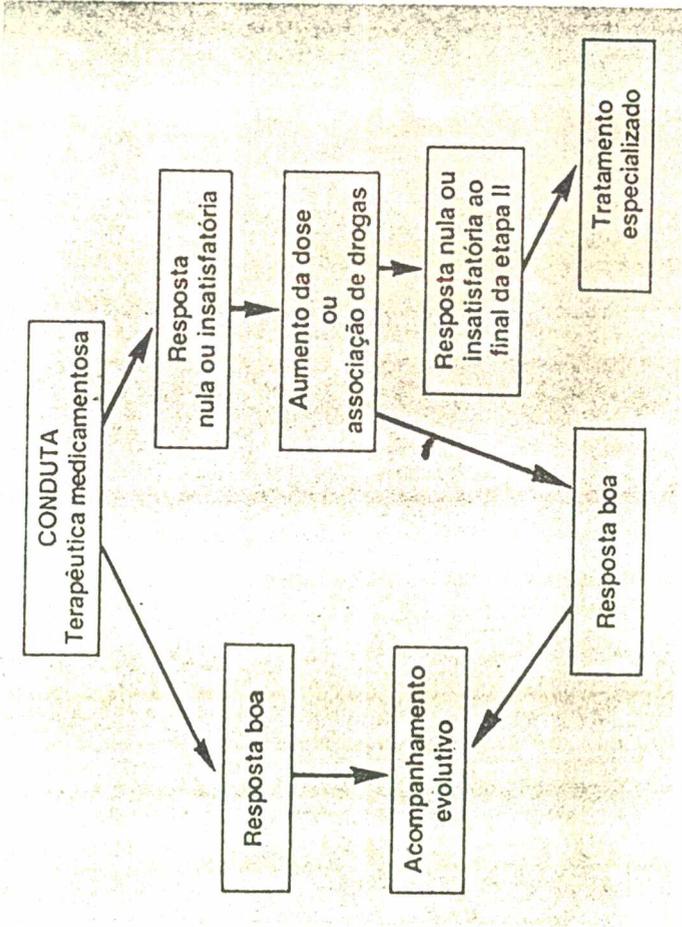
Fig. 33

**CLASSIFICAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA**

BOA -  $PA_d < 95$  mmHg

INSATISFATÓRIA -  $PA_d \geq 95$  mmHg com redução  $> 10$  mmHg

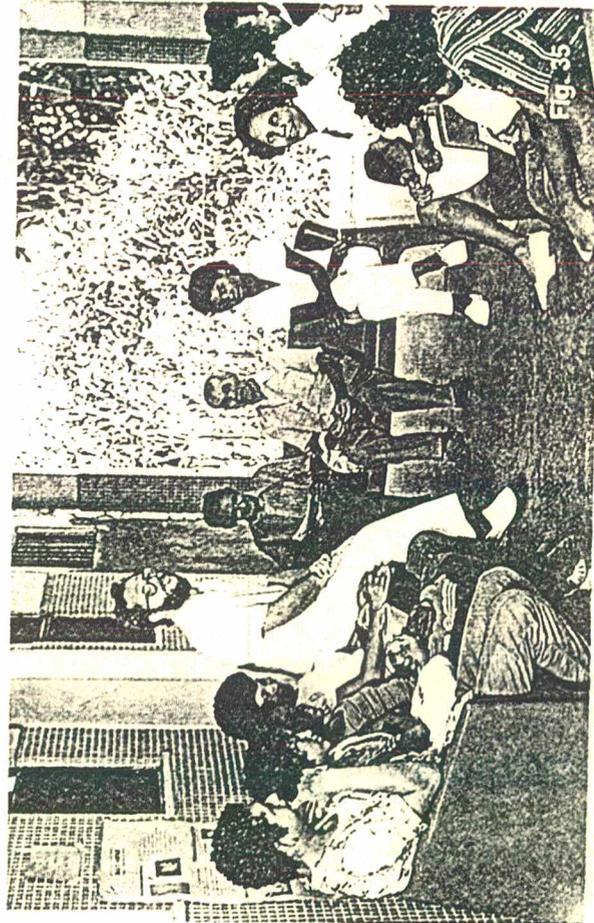
NULA -  $PA_d \geq 95$  mmHg com redução  $< 10$  mmHg



7.2.4 - Intervalo para classificação da resposta terapêutica e conduta (fig. 34)

Para classificação da resposta terapêutica, cada nova dose da medicação iniciada deverá ser observada por um período de 30 dias, findo o qual o profissional de saúde classificará a resposta ocorrida e adotará uma das seguintes condutas:

- a) Resposta terapêutica boa, indica término da etapa de ajuste de dose (item 8.1) e evolução para a etapa de acompanhamento evolutivo (item 8.2);
- b) Resposta insatisfatória ou nula, indica aumento de dose ou associação de drogas, até que se atinja o final da etapa II. Ao final desta, se persistir resposta insatisfatória ou nula o paciente deverá ser encaminhado para tratamento especializado.



7.3 - Orientações gerais aos pacientes (fig. 35)

Todos os pacientes hipertensos deverão receber instruções sobre os seguintes aspectos:

- a) Uso de anticoncepcionais e outras drogas hipertensivas – por estarem relacionados com um maior risco tanto na causação quanto no agravamento da hipertensão arterial, os contraceptivos orais ou drogas estrogênicas devem ser evitados, principalmente nas mulheres, mas também em homens que apresentem hipertensão arterial. As mulheres devem ser orientadas a utilizar outras alternativas de contracepção. Corticosteróides ou outras medicações hormonais devem ser suspensos em presença de hipertensão arterial quando a condição básica que determinou o seu uso assim o permitir.
- b) A doença hipertensão arterial – os pacientes devem receber e adquirir conhecimentos sobre o conceito de hipertensão arterial, quais suas complicações mais frequentes (cardíacas, cerebrais e renais) e seus significados, bem como sobre fatores de risco cardiovascular e fatores de risco para a hipertensão arterial;
- c) Tratamento contínuo – importância, objetivos e vantagens;
- d) Drogas anti-hipertensivas – nomes comerciais e genéricos, doses, modos de uso e efeitos colaterais (anexo D);
- e) Conduta ou o que fazer face às complicações da doença ou efeitos colaterais das drogas.

# Seguimento

## OBJETIVOS DA FASE DE SEGUIMENTO

Todo paciente após a consulta inicial entrará na fase de seguimento com vista aos seguintes objetivos:

- Verificar a evolução da pressão arterial e dos fatores de risco cardiovascular e fatores agravantes da pressão arterial, e atuar de acordo;
- Reconhecer o aparecimento de sintomas e sinais sugestivos de hipertensão arterial secundária ou complicações da doença;
- Detectar ou acompanhar possíveis efeitos indesejáveis do tratamento;
- Verificar e promover o cumprimento de todas as recomendações preconizadas no item 7.3;
- Manter registro adequado de todos estes dados, em cada consulta.

## ETAPAS DA FASE DE SEGUIMENTO

### ETAPA 1 – AJUSTE TERAPÉUTICO CONSULTAS MENSAS

Para que estes objetivos sejam alcançados, é necessário que, em toda consulta, seja feito um interrogatório mínimo do paciente (anexo E).

Esta fase de seguimento pode ser dividida em duas etapas, isto é, uma etapa de ajuste terapêutico e uma etapa de acompanhamento evolutivo.

#### 8.1 – Ajuste terapêutico

Tem início após a primeira consulta e termina quando a PA estiver controlada, isto é, sistólica abaixo de 160 mmHg e diastólica abaixo de 95 mmHg em pelo menos 3 (três) consultas subsequentes. Durante este período, qualquer que seja a terapêutica escolhida, os pacientes serão agendados mensalmente para consulta.

Os pacientes em uso de drogas anti-hipertensivas durante esta fase farão suas consultas mensais necessariamente com o médico, se possível auxiliados pelos demais membros da equipe de saúde. Os demais casos poderão ser acompanhados por outros profissionais especialmente treinados ou pela equipe de saúde.

### ETAPA 2 – ACOMPANHAMENTO EVOLUTIVO CONSULTAS TRIMESTRAIS

#### 8.2 – Acompanhamento evolutivo

Inicia-se quando a PA estiver controlada, conforme definido acima, e não tem prazo de término.

Durante este período o paciente, desde que esteja mantido com a PA controlada, será agendado para consulta a cada 3 (três) meses com o profissional ou equipe de saúde.

### CONSULTA ANUAL = A AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

Anualmente, mesmo que a PA continue sob controle, o paciente terá consulta com o médico. Na consulta anual de todos os hipertensos, o médico fará uma reavaliação clínica minuciosa, semelhante à avaliação clínica inicial.

Durante o seguimento do paciente, seja no ajuste terapêutico, seja no acompanhamento evolutivo, mudanças nesta rotina deverão ser feitas nas seguintes situações:

### SITUAÇÕES QUE ALTERAM A ROTINA

a) Pacientes que com o tratamento preconizado apresentarem efeitos colaterais importantes (ver anexo D) deverão ser encaminhados a serviços de referência. Poderá-se tentar previamente uma dose intermediária entre a opção anterior e a presente, ou ainda a mudança de droga;

b) Pacientes que com uma determinada opção terapêutica apresentarem insuficiência vascular em órgãos-alvo antes de atingir o controle da PA deverão retornar à opção terapêutica anterior e ser encaminhados para serviços de referência;

SITUAÇÕES QUE ALTERAM A ROTINA (continuação)

- c) Pacientes que apresentarem alterações da PA e ou de sua evolução clínica deverão ser agendados para reorientação terapêutica e ou reavaliação clínica;
- d) Pacientes sob tratamento higiênico-dietético exclusivo serão introduzidos no esquema terapêutico com drogas, ao fim de 6 (seis) meses, se não ocorrer resposta adequada àquela forma de tratamento ou se durante este período surgirem evidências de acometimento de órgãos-alvo.
- e) Pacientes que não estiverem cumprindo as medidas higiênico-dietéticas devem ser avaliados quanto aos motivos do não cumprimento das recomendações. Para cada caso deverão ser adotadas providências específicas.

A N E X O    I I

CARTA DE CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO  
DE AUTO CUIDADO A SAÚDE (ACS) (Neves 1980, 1983)

Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia, tem minha permissão para utilizar o Questionário de Auto Cuidado à Saúde em sua dissertação de mestrado, intitulada Competência do Hipertenso para o auto cuidado à Saúde.



Eloita Pereira Neves

Florianópolis,            junho de 1988.

## QUESTIONÁRIO DE AUTO CUIDADO A SAÚDE

Desenvolvido por NEVES (1980)

INSTRUÇÕES: Nas páginas seguintes você encontrará frases que indicam ações que você faz ou deixa de fazer. Verifique na lista de justificativas, que se encontra na parte superior de cada folha, qual delas mais se aproxima da razão que o leva a agir assim, e circule em cada uma das frases, a letra que corresponde a razão selecionada. É importante que responda de acordo com o que você realmente faz e não com o que gostaria de fazer.

Por favor não deixe questões em branco. Não há respostas certas ou erradas e suas informações são confidenciais.

---

### LISTA DE JUSTIFICATIVAS

#### EU GERALMENTE FAÇO PORQUE:

- a) Me disseram que é bom para mim.
- b) Parece ser uma coisa sensata a fazer.
- c) Descobri que é importante para mim. (benéfico)
- g) Faço por outras razões.

#### EU GERALMENTE NÃO FAÇO PORQUE:

- d) Me disseram que não é necessário para mim.
- e) Não parece tão importante.
- f) Descobri que não é necessário para mim.
- h) Não faço por outras razões.

#### EXEMPLO DE ITENS:

13. Envito cansaço excessivo.

a    b    c    d    e    f    g    h

14. Manifesto interesse, amor e calor pelas pessoas amigas.

a    b    c    d    e    f    g    h

O conteúdo total do questionário não será aqui transcrito devido aos direitos autorais reservados à autora:

Eloita Pereira Neves. (1980)

A N E X O    I I I



# WAYNE STATE UNIVERSITY

COLLEGE OF NURSING  
5557 CASS AVENUE

DETROIT, MICHIGAN 48202

577-4085

February 23, 1988

Professor Eloita P. Neves  
Av. Trompowsky 29 AP 401  
88015 Florianopolis, SC Brazil

Dear Eloita:

It was so good to receive your letter and hear of your interest in the ASA-Scale.

We would be delighted to have you translate the scale and to use it in Brazil. As to your question of the suitability of the tool for research with an elderly population, the scale has been used with elderly Dutch, American, and Canadian samples and is currently in use in a study underway in Denmark. The elderly populations included in these studies resided in a variety of settings ranging from nursing homes to independent housing in the community. So, I think it is safe to say that the tool would be appropriate for your elderly sample.

As to the "outpatient-hypertensive" sample, I would again say that the tool should be suitable. We have tested the tool with middle-aged and young-elderly populations with cardiovascular-related health problems. Furthermore, the outpatient setting would seem ideal for studying self-care and self-care abilities.

As for information about the ASA-Scale, I have enclosed the following:

1. Copy of the ASA-Scale, Form A, which is a measurement of self-appraisal.
2. Copy of the ASA-Scale, Form B, which is appraisal of another.
3. A summary of some validity/reliability data.
4. A draft of an article being prepared for submission to Nursing Research.

Professor Eloita P. Neves

Page 2

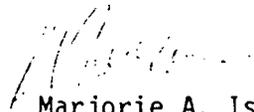
February 23, 1988

If, after reviewing these materials, you decide to use the ASA-Scale, we would ask that you review the enclosed agreement. In granting permission to others to use the ASA-Scale in their research, we do ask investigators to agree to certain conditions. These conditions are outlined in the agreement. If you want to use the ASA-Scale and if the terms of the agreement are acceptable to you, we would ask that you sign the agreement and return it to me. Once I hear about your decision, I will send the scoring instructions, code books, etc. to you.

If I can be of further assistance to you regarding the ASA-Scale or research protocols for its use, please let me know. I am excited about the possibilities that could be generated by our joint efforts. We will surely have new opportunities for research symposia.

I look forward to hearing from you.

Best regards,



Marjorie A. Isenberg, D.N.Sc., R.N.  
Associate Professor

MAI:er

Enclosures

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA PARA O AUTO-CUIDADO  
 FORMA A (Appraisal of Self-Care Agency - Scale A)

AUTO-CUIDADO

Desenvolvido por: Brouns, Evers, Smeets, Isenberg, Philipsen

Direitos autorais reservados: Tradução e utilização autorizadas à

Eloita Pereira Neves em maio/88.

Instruções para Respostas

Considere que as declarações abaixo referem-se à sua pessoa.  
 Por favor leia com atenção cada declaração e então assinale com X  
 a resposta que melhor reflete a sua pessoa.

Exemplo de itens:

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO DISCORDO NÃO CONCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE	CÓDIGO
1. Conforme as situações mudam, eu faço os ajustamentos necessários para permanecer saudável.	( )	( )	( )	( )	( )	
2. Eu raramente verifico se as medidas que tomo para permanecer saudável são adequadas.	( )	( )	( )	( )	( )	
3. Se minha capacidade de movimentação diminui, eu faço as adaptações necessárias.	( )	( )	( )	( )	( )	

O conteúdo total da escala com 24 itens não será aqui transcrito devido aos direitos autorais reservados por: Brouns, Evers, Smeets, Isenberg, e Philipsen.

A N E X O    I V

FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

NÚMERO: \_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
LOCAL: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DADOS DEMOGRÁFICOS

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO  
ESTADO CIVIL: ( ) SOLTEIRO  
( ) CASADO  
( ) DESQUITADO  
( ) DIVORCIADO  
( ) VIÚVO  
( ) OUTROS  
ESCOLARIDADE: ( ) ANALFABETO  
( ) ALFABETIZADO  
( ) 1º GRAU INCOMPLETO  
( ) 1º GRAU COMPLETO  
( ) 2º GRAU INCOMPLETO  
( ) 2º GRAU COMPLETO  
( ) 3º GRAU INCOMPLETO  
( ) 3º GRAU COMPLETO

QUANTIDADE EM ANOS QUE FREQUENTOU A ESCOLA? \_\_\_\_\_

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( ) APOSENTADO ( ) ENCOSTADO ( )  
LOCAL DE TRABALHO: \_\_\_\_\_  
TIPO DE ATIVIDADE QUE REALIZA: \_\_\_\_\_  
RENDA: ( ) SEM RENDA  
( ) 1 - 2 SALÁRIOS MÍNIMOS  
( ) 2 - 4 SALÁRIOS MÍNIMOS  
( ) 4 - 6 SALÁRIOS MÍNIMOS

RAZÕES PARA FAZER CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL NO AMBULATÓRIO?

ESTÁ EM TRATAMENTO MÉDICO? SIM ( ) NÃO ( )

USA MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVO? SIM ( ) NÃO ( )

ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR: ( ) COM CONJUGE  
( ) COM OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA  
( ) COM AMIGOS  
( ) SÓZINHO

A N E X O V



A N E X O    V I

Instrumento para Validação Aparente da ASA - Scale

Instruções: Após a leitura de todos os itens da escala, por favor comente e dê sua sugestão:

1. A escala apresenta clareza e facilidade de compreensão:

Sim ( )

Não ( )

Justifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. A escala parece refletir os componentes da competência para o auto-cuidado proposto no marco conceitual desta pesquisa.

Sim ( )

Não ( )

Se não justifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A N E X O    V I I

## CATEGORIAS DA COMPETÊNCIA PARA O AUTO-CUIDADO

P CONHP = possui conhecimento de si próprio

N CONHP = não possui conhecimento de si próprio

P CONHS = possui conhecimento saúde

N CONHS = não possui conhecimento saúde

P MOTIV = possui motivação

N MOTIV = não possui motivação

P ENERG = possui energia para ação

N ENERG = não possui energia para a ação

P VPRSA = possui valorização prioridades em saúde

N VPRSA = não possui valorização prioridades em saúde

P ACONCE= possui auto-conceito positivo

N ACONCE= possui auto-conceito negativo

P AUTRES= atitude positiva de auto responsabilidade

N AUTRES= atitude negativa de auto responsabilidade

P CICON = interage positivamente consigo e com outros

N CICON = interage negativamente consigo e com outros

P CCOGN = possui capacidade cognitiva (conhecimento,  
reflexão, julgamento e tomada de decisão)

N CCOGN = não possui capacidade cognitiva

P COMAD = possui competência para ação deliberada

N COMAD = não possui competência para ação deliberada

N = limitação para ação de auto-cuidado

P = poder/ força para ação de auto-cuidado

A N E X O    V I I I

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO QUALITATIVA DOS  
DADOS REFERENTES AS RESPOSTAS g e h DO  
QUESTIONÁRIO A (NEVES 1980)

INSTRUÇÕES:

Após a leitura das declarações de resposta categori-  
zada pelo pesquisador a partir dos componentes da  
competência proposta para este estudo, por favor dê  
sua sugestão:

1. As categorias propostas para as declarações de resposta são  
válidas de acordo com o marco conceitual?

Sim ( )

Não ( )

Justifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Validador