



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Sousa Araújo Santos, Zélia Maria de; Magalhães da Silva, Raimunda
Consulta de enfermagem à mulher hipertensa: uma tecnologia para educação em saúde
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 56, núm. 6, novembro-diciembre, 2003, pp. 605-609
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019639002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER HIPERTENSA: uma tecnologia para educação em saúde

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos*
Raimunda Magalhães da Silva**

Resumo

O trabalho objetivou a aplicação da consulta de enfermagem baseada na Teoria do Autocuidado de Orem, e a identificação da satisfação desta mulher com o engajamento no autocuidado. A consulta foi aplicada mensalmente durante seis meses em 50 mulheres. Em cada consulta foi avaliado o déficit de autocuidado e as habilidades da mulher para o desenvolvimento das atividades do autocuidado. Comprovou-se que a maioria das mulheres superou o déficit de autocuidado, adquiriu habilidades técnicas e cognitivas para o exercício das atividades de autocuidado, engajando-se no perfil desejável para a melhoria da qualidade de vida. Estas mudanças foram intensificadas a cada consulta. Constatou-se que a nova tecnologia aplicada traz influências altamente positivas para a cliente e assegura a qualidade do serviço de enfermagem.

Descritores: saúde da mulher; hipertensão; autocuidado

Abstract

This paper aims at introducing Complexity, by showing its importance through research carried out in the Nursing area. It consists of a reflection divided into two parts: the Complexity's principles, by Edgar Morin; and research on Nursing originating from Complexity. By taking into account the Complexity involving the objects of study in Nursing, it is desirable to choose a methodological path which is more appropriate to its comprehension, that is, to choose only one method which is more likely to portray a real picture of the subject. By understanding such method as a path to investigation combined with and originating from theory and not as a support to scientific practice, the concept of Complexity, by Edgar Morin, when used as a theoretical choice, ends up as a guide to a methodological path.

Descriptors: nursing; research; nursing philosophy

Title: Research on Nursing in light of Edgar Morin's concept of Complexity

Resumen

El objetivo del artículo es presentar la Complejidad y su importancia en la investigación en enfermería. Se trata de una reflexión en dos partes: los principios de la Complejidad de Edgar Morin; la investigación en enfermería a partir de esta teoría. Considerando la complejidad que circunda los objetos de estudio de enfermería es deseable escoger un camino metodológico más apropiado a su aprehensión, es decir, optar por un método que presente mayor posibilidad de retratar esta realidad. Y entendiendo el método como el camino de la investigación que está acoplado y es originario de la teoría, no una amarra del quehacer científico; la Complejidad, de Edgar Morin, al utilizarse como elección teórica se constituye una guía para el camino metodológico.

Descriptorios: enfermería; investigación; filosofía de la enfermería

Título: Investigación en enfermería a la luz de la Complejidad de Edgar Morin

1 Introdução

Nos últimos tempos a enfermagem vem acumulando um corpo de conhecimentos e técnicas empíricas, e hoje desenvolve teorias relacionadas entre si, que procuram explicar estes fatos à luz do universo natural.

A enfermagem tem por essência o cuidado humano, que deve ser prestado ao cliente, à família e à comunidade, sob uma abordagem holística, envolvendo prioritariamente as necessidades biopsíquicas e socioespirituais.

Portanto, a assistência de enfermagem deve ser integralizada, individualizada e interativa, pois o cuidado requer conhecimento do outro ser e o (a) cuidador (a) deve ser capaz de entender as necessidades do outro e a elas responder de forma adequada⁽¹⁾.

A assistência de enfermagem ao cliente, à família e à comunidade deve objetivar a promoção, manutenção e recuperação da saúde, utilizando os recursos disponíveis – técnicos, científicos, habilidades instrumentais e expressivas, voltados para o autocuidado. O planejamento da assistência de enfermagem requer do enfermeiro o conhecimento da história natural da doença, a fim de nortear as dimensões preventivas e curativas do cuidado de enfermagem ao cliente, bem como as estratégias educativas que o capacitam para executar as atividades de autocuidado.

A história natural da doença é o conjunto de processos interativos, compreendendo as interações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte⁽²⁾.

Educação em saúde é um componente essencial do cuidado de enfermagem, e é direcionada para a promoção, manutenção e restauração da saúde, prevenção da doença, e assistência às pessoas para lidar com os efeitos residuais. A sua meta é ensinar às pessoas uma forma de vida mais saudável – isto é, lutar para adquirir o potencial de saúde máximo possível⁽³⁾.

Há anos a enfermagem utiliza recursos teóricos e metodológicos para educar os indivíduos para a saúde, buscando, junto a essa clientela, construir novos conhecimentos; mudar idéias, crenças e hábitos; facilitar e promover a aderência ao tratamento; entre outras finalidades⁽⁴⁾.

A prática do autocuidado exige a necessidade de saberes fundantes como o conhecimento dos problemas de saúde, formas de tratamento, as medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Sendo que a educação para a saúde é sempre uma estratégia primordial para engajar o cliente nas ações de autocuidado. E o enfermeiro, através de uma reflexão crítica, relacionando a teoria ao contexto da prática, ou seja, ao contexto sócio-político e econômico da clientela, cria as possibilidades para a produção ou para a construção do conhecimento necessário, objetivando atender as demandas de autocuidado, desenvolvendo capacidades e eliminando déficits de autocuidado.

Ressalta-se o respeito ao saber socialmente construído pela clientela em seu ambiente, que este deve ser valorizado pelo enfermeiro. Ensinar deve ser uma prática crítica, reflexiva e associada às experiências do aprendiz e ao conhecimento do educador, objetivando uma aprendizagem transformadora e, conseqüentemente, mudança de comportamento, tornando-o agente de autocuidado.

A assistência de enfermagem tem como meta tornar a

* Enfermeira. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado de Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Enfermeira da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana – LHAHM. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC.

mulher agente de autocuidado, a partir do desenvolvimento da sua capacidade para atender a demanda terapêutica de autocuidado, embasado pelo sistema apoio-educativo de Orem, e tem como objetivos: promover a qualidade de vida da cliente hipertensa, estendendo as ações preventivas à família e à comunidade; promover a educação em saúde com vistas à conscientização da doença, tratamento e complicações da hipertensão arterial, bem como as ações preventivas de modo geral; reduzir a morbimortalidade através do controle eficaz da hipertensão arterial; minimizar a demanda de hipertensos à unidade de emergência e/ou hospitalização; envolver a família e a comunidade nas ações de prevenção da hipertensão; incentivar o engajamento contínuo da cliente no autocuidado; integrar e/ou reintegrar a cliente hipertensa à sociedade.

A consulta de enfermagem originou-se da atuação direta do enfermeiro junto ao cliente, na relação de ajuda, nos centros de saúde e em domicílio, objetivando ações educativas, reconhecidas como importantes pela população⁽⁵⁾.

Assim, a consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e significativa na composição das ações de saúde produzidas pelo sistema de prestações de serviços de saúde. Os enfermeiros devem aprofundar seus conhecimentos e as práticas na metodologia proposta, com ênfase no campo clínico específico da sua área de atuação, desenvolvendo, concomitantemente, habilidades educativas e psicoterapêuticas, pois a consulta de enfermagem deve constituir um espaço favorável para a exposição de queixas do cliente para a identificação das necessidades de autocuidado quanto ao aspecto biopsíquico e socioespiritual e às capacidades do cliente para o exercício das atividades de autocuidado⁽⁶⁾.

Este estudo objetivou a aplicação da consulta de enfermagem à mulher hipertensa, baseada na teoria do autocuidado de Orem e a identificação da satisfação desta mulher com o engajamento no autocuidado.

2 Abordagem teórico-metodológica

A teoria de Orem oferece uma maneira singular de ver o fenômeno de enfermagem, e o seu trabalho contribui significativamente para o desenvolvimento das teorias de enfermagem⁽⁷⁾. Desta forma, entendemos que esta teoria enquadra-se no segundo nível, por consistir de um modelo conceitual geral, definindo perspectivas para a prática e meios de explicação de fenômeno de enfermagem⁽⁸⁾.

A elaboração da consulta de enfermagem para a mulher hipertensa, norteou-se no processo de enfermagem de Orem, embasada nos requisitos universal, desenvolvimental e por desvio de saúde e sistema apoio-educativo. Este apresenta um método de determinação das deficiências de autocuidado e a definição dos papéis do enfermeiro para satisfazer as demandas de autocuidado do cliente. É constituído por três fases: diagnóstico e prescrição; elaboração de um sistema de enfermagem e plano para execução do atendimento; e produção e gerenciamento de sistemas de enfermagem⁽⁹⁾. Assim, a metodologia assistencial tem recebido diferentes denominações, como Sistematização da Assistência de Enfermagem, Metodologia da Assistência de Enfermagem ou Processo de Enfermagem⁽¹⁰⁾.

A elaboração dos instrumentos para a consulta de enfermagem, baseou-se na experiência profissional e nos pressupostos do autocuidado de Orem. A consulta foi composta pelos instrumentos que seguem:

2.1 Levantamento de dados

Corresponde à primeira etapa do processo de enfermagem, constando dados de identificação; dados relacionados aos requisitos de autocuidado – universal, desenvolvimental e por desvio de saúde; saúde relacionados

2.2 Plano de intervenção

Utilizado durante as consultas, e contém os diagnósticos identificados por consulta; prescrição dos cuidados, utilizando o método de ajuda – ensinando para o autocuidado; e evolução das mudanças ocorridas com a implementação das prescrições (demanda do autocuidado terapêutico).

Ressalta-se que os diagnósticos de enfermagem foram elaborados de acordo com as demandas de autocuidado relacionadas aos requisitos universal, desenvolvimental e por desvio de saúde. Para facilitar a identificação dos diagnósticos de enfermagem, elaborou-se um guia instrucional e um quadro para computação dos diagnósticos identificados em cada consulta durante o período de acompanhamento.

2.3 Acompanhamento de enfermagem

Impresso utilizado durante as consultas de enfermagem para os registros de pressão arterial, índice de massa corporal (IMC), pulso, frequência cardíaca, condutas terapêuticas e perfil de engajamento no autocuidado (PEAc).

Para apreciação do peso, utilizou-se o IMC – índice de massa corporal ou índice de Quetelet. O registro das informações relativas ao tratamento envolve o exercício das atividades de autocuidado pelo cliente para o atendimento dos requisitos de autocuidado – universal, desenvolvimental e por desvio de saúde. Entre as atividades de autocuidado estão incluídas as modalidades de tratamento de hipertensão arterial: tratamento básico ou medidas higieno-dietéticas, envolvendo as condutas – hábitos alimentares adequados, combate ao sedentarismo, gerenciamento do estresse, abstenção do tabagismo, abolição ou redução do consumo de bebidas alcoólicas, e suspensão de drogas hipertensivas; e tratamento medicamentoso, incluindo as condutas do uso regular, guarda e conservação da medicação anti-hipertensiva.

O PEAc recebeu os conceitos: mau, regular, bom ou excelente, conforme o somatório dos escores atingidos pelo cliente e de acordo com o guia instrucional para o cálculo deste perfil. Este perfil é estabelecido em cada consulta de enfermagem a partir do somatório dos escores estipulados: cinco para os requisitos de autocuidado universal, e dez para os requisitos de autocuidado desenvolvimental e por desvio de saúde.

2.4 Resultados de exames laboratoriais

Contém os resultados dos exames realizados, objetivando o controle nos casos de dislipidemias, alterações de função renal, controle glicêmico, etc.

2.5 Metas desejáveis para o engajamento da cliente hipertensa no autocuidado

Este plano de metas é mediado pelas atividades de autocuidado de acordo com os níveis de aplicação de condutas preventivas nos planos primário, secundário e terciário.

- Prevenção primária – incorpora as atividades de autocuidado relacionadas aos requisitos de autocuidado universal e desenvolvimental.
- Prevenção secundária e terciária – agrupam as atividades de autocuidado relacionadas aos requisitos de autocuidado por desvio de saúde.

Para esta experiência foram acompanhadas 50 mulheres, durante os meses de setembro de 2001 a fevereiro de 2002, e as mesmas receberam seis consultas de enfermagem em um ambulatório de hipertensão arterial de um hospital público de Fortaleza-CE. Foi garantido às participantes o anonimato e a liberdade para retirar seu consentimento no momento que fosse necessário, sem que houvesse prejuízo para a continuidade do tratamento, sendo os dados coletados após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa.

práticas no referido ambulatório. E a análise dos resultados pautou-se na demonstração quantitativa dos diagnósticos de enfermagem, sua experiência de vida e na saúde da mulher, e fundamentados nos conceitos de autocuidado⁽⁹⁾.

3 Resultados e discussão

O quadro 1 mostra os 14 diagnósticos de enfermagem com suas respectivas prescrições dos cuidados, elaborados com base na teoria de Orem.

Dentre os 14 diagnósticos de enfermagem, 8 estão relacionados aos requisitos de autocuidado universal – oxigenação inadequada, insuficiência de líquidos, ingesta inadequada de alimentos, eliminações adequadas,

desequilíbrio entre atividades e repouso, desequilíbrio entre solidão e interação social, risco à vida e ao bem-estar, e inadequada promoção da saúde; 2 relacionados aos requisitos de autocuidado desenvolvimental – adaptação inadequada às modificações do ciclo vital e inadequada adaptação social; e 4 relacionados aos requisitos de autocuidado por desvio de saúde – desconhecimento da doença e do tratamento, falta de aceitação da doença, adaptação inadequada ao problema de saúde e falta de execução efetiva de condutas orientadas.

Os diagnósticos foram identificados em toda clientela na primeira consulta, porém, 4 permaneceram até a sexta consulta, variando em frequência, mas com necessidade mínima de intervenções. Portanto, estes diagnósticos incluíram:

COD. D.E	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
01U	Oxigenação inadequada	1.1 Observar e investigar alterações no padrão respiratório 1.2 Orientar sobre as medidas preventivas do problema 1.3 Explicar as condutas para aliviar ou reduzir problemas respiratórios
02U	Insuficiência de líquidos	2.1 Esclarecer sobre a importância da ingesta adequada de líquidos 2.2 Discutir sobre as condutas para uma ingesta adequada de líquidos
03U	Ingesta inadequada de alimentos	3.1 Investigar sobre o padrão alimentar rotineiro 3.2 Orientar sobre os aspectos qualitativos e quantitativos da dieta adequada 3.3 Conscientizar sobre a importância de um adequado programa alimentar 3.4 Encaminhar ao nutricionista
04U	Eliminações inadequadas	4.1 Investigar sobre os hábitos de eliminação 4.2 Discutir as condutas de prevenção e combate às alterações relacionadas com os hábitos de eliminação
05U	Desequilíbrio entre atividade e descanso	5.1 Averiguar sobre o equilíbrio entre as atividades e o descanso 5.2 Esclarecer sobre o exercício de atividades físicas e laborativas compatíveis com a idade e o estado de saúde 5.3 Abordar sobre as condutas que previnem e eliminem alterações no padrão de sono e repouso
06U	Desequilíbrio entre solidão e interação social	6.1 Investigar sobre as causas da solidão 6.2 Oferecer opções de lazer 6.3 Incentivar a participação em atividades sociais
07U	Riscos à vida e ao bem-estar	7.1 Esclarecer sobre as condutas que previnam, amenizem ou eliminem os fatores de risco da doença cardiovascular e doença cerebrovascular 7.2 Conscientizar sobre o controle rigoroso de doenças crônicas 7.3 Encaminhar: nutricionista, médico, psicólogo
08U	Inadequada promoção da saúde	8.1 Explicar sobre a importância das condutas para promoção da saúde 8.2 Encaminhar: ginecologista, odontólogo, oftalmologista e imunização
09D	Adaptação inadequada às modificações do ciclo vital	9.1 Avaliar o processo de adaptação às mudanças no ciclo vital 9.2 Esclarecer sobre alterações ocorridas em cada fase do ciclo vital 9.3 Encorajar a adaptação à fase do ciclo vital, adotando condutas para prevenir, atenuar ou eliminar distúrbios
10D	Inadequada adaptação social	10.1 Investigar sobre os motivos que afetam a adaptação social 10.2 Discutir sobre as condutas que aliviem ou eliminem as condições que afetam a adaptação social
11DS	Desconhecimento da doença e do tratamento	11.1 Avaliar o nível de conhecimento acerca da doença e das condutas terapêuticas 11.2 Conscientizar sobre a doença e as condutas orientadas
12DS	Falta de aceitação da doença	12.1 Esclarecer sobre a doença e seus efeitos sobre a saúde 12.2 Estimular sobre a aceitação do problema de saúde
13DS	Adaptação inadequada ao problema da saúde	13.1 Averiguar dificuldades de adaptação ao problema de saúde 13.2 Conduzir adaptação à doença, promovendo qualidade de vida
14DS	Falta de execução efetiva de condutas orientadas.	14.1 Investigar dificuldades na execução das condutas orientadas 14.2 Orientar sobre as condutas orientadas 14.3 Estimular, persistentemente, a adesão ao tratamento 14.4 Apreciar o engajamento no autocuidado

QUADRO 1 - OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E AS RESPECTIVAS PRESCRIÇÕES DOS CUIDADOS.

oxigenação inadequada, riscos à vida e ao bem-estar, inadequada promoção da saúde e falta de execução efetiva de condutas orientadas.

Constatou-se que a maioria das mulheres desenvolveu habilidades para o autocuidado, a partir da implementação da prescrição de enfermagem e alcançou progressivamente o PEAc, pois os diagnósticos de enfermagem foram reduzidos gradativamente a partir da terceira consulta. Este fato também é observado com relação às intervenções, pois embora se mantivesse o diagnóstico, a maioria necessitava cada vez menos de intervenções de enfermagem.

A educação do cliente tem como objetivo maior o seu engajamento para o autocuidado, aderindo ao esquema terapêutico e preventivo, a fim de que ele atinja o melhor nível de saúde, consequentemente, a melhor qualidade de vida possível. Sendo a hipertensão arterial uma doença crônico-degenerativa e, atualmente, constituindo grave problema para a saúde pública, a educação é o pilar do seu tratamento. Através das estratégias educativas, o enfermeiro busca a adaptação do cliente à doença, à prevenção de complicações, e à aderência ao tratamento⁽¹¹⁾.

No PEAc, os escores foram estabelecidos segundo os requisitos de cada categoria de autocuidado. Atribuiu-se 5,0 para os requisitos universais, e 10,0 para os requisitos desenvolvimentais e por desvio de saúde.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL DE ENGAJAMENTO NO AUTOCUIDADO ATINGIDO PELAS MULHERES EM CADA REQUISITO DE AUTOCUIDADO. FORTALEZA, 2002.

Requisitos de autocuidado	PEAc		
	Min.	Max.	Médio
UNIVERSAL			
Oxigenação adequada	2,0	5,0	4,7
Ingesta suficiente de líquidos	3,7	5,0	4,6
Ingesta adequada de alimentos	3,3	5,0	4,8
Eliminações adequadas	1,8	5,0	4,5
Equilíbrio entre atividade e descanso	2,5	5,0	4,7
Equilíbrio entre solidão e interação social	3,5	5,0	4,6
Prevenção de riscos à vida e ao bem-estar	2,5	5,0	3,9
Adequada promoção da saúde	0,3	5,0	2,9
DESENVOLVIMENTAL			
Adaptação adequada às mudanças do ciclo vital	1,1	10,0	8,9
Adequada adaptação social	7,7	10,0	9,6
DESVIO DE SAÚDE			
Conhecimento da doença e tratamento	6,7	9,0	8,6
Aceitação da doença	4,8	8,8	8,3
Adaptação adequada ao problema de saúde	3,1	8,8	8,2
Execução efetiva de condutas orientadas	5,5	9,7	8,5
PEAc	70,2	94,2	87,3

PEAc – Perfil de Engajamento no Autocuidado

Observa-se na tabela 1 uma variação no PEAc entre mínimo, médio e máximo para cada requisito de autocuidado, durante o período de acompanhamento. Nos requisitos de autocuidado universal, as mulheres atingiram o PEAc mínimo, variando de 0,3 a 3,7, sendo que, nos requisitos – adequada promoção de saúde, eliminações adequadas, oxigenação adequada – houve uma variação de 0,3 a 2,0, respectivamente. O PEAc máximo atingido foi de 5,0 que coincidiu com o escore

O PEAc mínimo atingido pelas mulheres nos requisitos desenvolvimentais foi de 1,1 para adaptação às modificações do ciclo vital e de 7,7 para adequada adaptação social, e o PEAc máximo foi de 10,0, coincidindo com o escore máximo pré-estabelecido. Então, o PEAc médio foi de 8,9 para o primeiro requisito e de 9,6 para o segundo.

Quanto aos requisitos por desvio de saúde, as mulheres apresentaram PEAc mínimo variando de 3,1 a 6,7 e o PEAc máximo oscilando entre 8,8 a 9,7, significando que as mulheres não desenvolveram habilidades suficientes para atingir o escore máximo. Porém, o PEAc médio variou de 8,2 a 8,6.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PERFIS DE ENGAJAMENTOS NO AUTOCUIDADO - MÍNIMO, MÉDIO E MÁXIMO, ATINGIDOS PELAS MULHERES DURANTE AS SEIS CONSULTAS DE ENFERMAGEM. FORTALEZA, 2002.

CE	PEAc		
	Mínimo	Médio	Máximo
1 ^a	28,5	56,2	77,5
2 ^a	54,5	85,1	99,0
3 ^a	66,0	92,7	100,0
4 ^a	75,5	95,8	100,0
5 ^a	85,5	96,9	100,0
6 ^a	91,5	98,0	100,0

CE – Consulta de Enfermagem

PEAc- Perfil de Engajamento no Autocuidado

A tabela 2 mostra a ocorrência do aumento progressivo nos perfis de engajamento no autocuidado – mínimo, médio e máximo – no período de acompanhamento das mulheres, totalizando seis consultas de enfermagem. E neste o PEAc mínimo foi de 28,5 na primeira consulta, e de 91,5 na última; o médio iniciou-se com 56,2, atingindo 98,0 no final do acompanhamento de enfermagem; e o máximo registrou-se em 77,5 na consulta inicial, atingindo 100,0 na final.

Após o acompanhamento de enfermagem, observou-se que as mulheres apresentaram satisfação com o engajamento no autocuidado e pelas mudanças comportamentais reveladas nos depoimentos e comprovadas pelo PEAc atingido. Os depoimentos revelaram: satisfação com o atendimento (100%); alterações positivas aconteceram nas dimensões pessoal, familiar, social e ocupacional (98%); modificações na saúde em geral; desenvolvimento de capacidade para o autocuidado (100%); desempenho do papel de multiplicador das ações de autocuidado na família e na comunidade; e desenvolvimento da consciência crítica que as capacitou a apresentar sugestões para a melhoria do atendimento no serviço, de modo geral, envolvendo as questões assistenciais e administrativas.

Inicialmente, o PEAc foi insuficiente em 3 mulheres, regular em 29 e bom em 18, na primeira consulta de enfermagem. Porém, na segunda consulta, variou de regular a excelente; na terceira e quarta, variou de bom a excelente; e nas duas últimas consultas, as mulheres atingiram o PEAc excelente. Portanto, o acompanhamento de enfermagem facilitou a mulher a ser agente de autocuidado.

Ao refletir sobre estes depoimentos e as mudanças positivas no PEAc, constata-se que a educação em saúde é mudança de comportamento para o exercício da cidadania. Esta mudança é viabilizada quando o profissional de saúde reconhece e valoriza o saber socialmente construído pela clientela em seu ambiente. A partir deste reconhecimento, ocorrerá a produção efetiva de novos conhecimentos,

4 Considerações finais

A cliente por ocasião da consulta de enfermagem, recebeu as orientações educativas, engajando-se no autocuidado, tornando-se agente e multiplicadora das ações de autocuidado na família e na comunidade. E constatou-se que a orientação de enfermagem através de uma intervenção sistematizada, facilita à cliente buscar o engajamento para o autocuidado.

Esta proposta demonstra, clara e objetivamente, o objeto de trabalho da enfermagem – o cuidado; define o seu papel junto ao cliente e a outros profissionais da equipe de saúde; e propicia a satisfação e o aperfeiçoamento profissional.

Portanto, o serviço poderá se beneficiar, com alto nível de atendimento de enfermagem, subsídios para o aperfeiçoamento das atividades; redução dos custos, mediante o nível razoável de saúde da clientela engajada no autocuidado; minimização de internações e de procedimentos terapêuticos de reabilitação e incremento da oferta à demanda reprimida.

Certifica-se que as orientações de enfermagem, através de uma intervenção sistematizada, possibilitaram às mulheres o engajamento para o autocuidado. Então, sugere-se a implementação do modelo assistencial na Instituição, que constituiu o *locus* deste estudo e nas demais instituições que prestam atendimento à clientela hipertensa. Pretende-se dar continuidade ao trabalho com vistas à criação de um modelo teórico embasado nas experiências de vida das mulheres e nas vantagens do cuidado em si.

Referências

1. Waldow VR. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre (RS): ARTMED; 1998. 168 p.
2. Leavel HR, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976. 478 p.
3. Educação para a saúde e promoção da saúde. *In*: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. 2 v. il. color. p. 34-43.
4. Cintra FA. Educação em saúde a portadores de glaucoma: uma abordagem Vygostskiana. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF) 2003 maio/jun;56(3): 302-5.
5. Vanzin AS, Nery MES. Consulta de enfermagem: uma necessidade social? Porto Alegre (RS): RML; 1996. 129 p.
6. Santos ZMA, Silva RM. Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza (CE): UNIFOR; 2002. 96 p.
7. Foster PC, Bennet AM, Dorothea E. Orem. *In*: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2000. 338 p. il. p. 90-107.
8. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 2ª ed. Norwalk (CT): Appleton and Lange; 1983. 267 p.
9. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 5ª ed. Saint Louis (MO): Mosby; 1995. 288 p.
10. Mendes MA, Bastos MAR. Processo de Enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a deferência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF) 2003 maio/jun;56(3):271-6.
11. Santos ZMSA, Barroso MGT. A interdisciplinaridade na fundamentação da promoção da saúde. *In*: Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadoras. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza (CE): Fundação Demócrito Rocha; 2003. p. 55-60.
12. Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial: abordagem para a promoção do cuidado humano. Fortaleza (CE): Brasil Tropical; 2003. 131 p.

Data de Recebimento: 12/07/2003

Data de Aprovação: 20/03/2004