

UTILIZAÇÃO DA TEORIA DE KING NA FACILITAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO¹

[Use of the king's theory in the facilitation of the compliance to the treatment of the hypertension]

Thereza Maria Magalhães Moreira*
Thelma Leite de Araújo**

RESUMO: Estudo de caso de paciente com hipertensão e não adesão ao tratamento. Objetivou-se facilitar sua adesão ao tratamento estipulando metas conjuntas baseado na Teoria de Alcance de Metas de King, planejar e implementar assistência de enfermagem ao paciente. Realizou-se seis visitas domiciliares, com anamnese e aplicação do processo de enfermagem. Trabalhou-se o diagnóstico controle ineficaz do regime terapêutico. Definiram-se como metas: 1. tomar os medicamentos, 2. caminhar 30 minutos por dia, 3. controlar a pressão arterial e 4. perder um quilograma por mês, até chegar a seis quilos em seis meses. As intervenções foram: identificar fatores impeditivos do controle da hipertensão no paciente, obter relação entre suas necessidades e serviços viáveis, encorajar sua participação em grupos de auto-ajuda e promover participação da família no tratamento. Realizou-se evolução semanal durante 23 dias. A adesão foi facilitada e foram alcançadas as metas de tomar os medicamentos e caminhar 30 minutos por dia, embora as demais metas não tenham ainda sido alcançadas.

PALAVRAS-CHAVE: Relações enfermeira-paciente; Hipertensão; Processo de enfermagem; Teoria de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Um dos principais fatores que contribui para o efetivo controle da hipertensão arterial é a adesão do paciente ao tratamento. Mion Júnior (1994) define *adesão* como a coincidência entre o comportamento do paciente e a prescrição do profissional de saúde.

A não adesão ao tratamento da hipertensão arterial (HA) é constantemente observada pelos profissionais de saúde. Para Guerra (1998) vários fatores intervêm na adesão: nível sócio-econômico, crenças sobre saúde,

complexidade do tratamento, valores culturais, aspectos relativos aos serviços de saúde e relacionamento paciente-profissional. A enfermeira contribui para adesão do paciente ao tratamento desenvolvendo ações educativas que visam minimizar seu abandono.

Segundo Carvalho e Rossi (1998), a aplicação de modelos no processo de enfermagem é perfeitamente viável e desejável. A Teoria de Alcance de Metas de King (1981) é adequada ao trato de pacientes portadores de hipertensão com não adesão ao tratamento por adotar metas comuns entre enfermeira-paciente visando enfrentar alterações advindas do não seguimento terapêutico.

Nessa teoria, o foco da enfermagem é o cuidado de seres humanos e sua meta é alcançar a saúde dos indivíduos e grupos. A teorista propõe que a saúde/doença no ser humano seja determinada pela interação de três sistemas: o pessoal, que compreende os próprios indivíduos; o interpessoal, que abrange agrupamentos do sistema pessoal e o social, que se constitui de relações entre sistemas interpessoais, com fins comuns.

O processo de enfermagem de King (1981) compreende: 1. Interação inicial, que é um contato inicial que induz uma reação entre enfermeira e paciente; 2. Diagnóstico, que é a detecção das necessidades de cuidado de seres humanos com vistas a alcançar a saúde do indivíduo, devendo ser confirmado com o paciente; 3. Determinação de metas comuns à enfermeira-paciente, realizada com base nos diagnósticos detectados e em comum acordo com ambas as partes; 4. Viabilização de meios para alcançar essas metas, que é a busca de meios para alcançar as metas traçadas, e 5. Evolução, que é a avaliação contínua do alcance de metas, ressaltando fatores intervenientes nos três sistemas, para desenvolver a capacidade do paciente de enfrentar problemas, desenvolvendo-se bem em seus papéis cotidianos.

Objetivou-se facilitar a adesão ao tratamento de um paciente com hipertensão arterial, através da estipulação de metas conjuntas no sistema interpessoal da Teoria de Alcance de Metas de King (1981), planejar e implementar a assistência de enfermagem para esse paciente.

¹ Trabalho inserido no Projeto "Auto-ajuda nas alterações da pressão arterial", financiado pelo CNPq.

* Enfermeira, Doutoranda em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará/UFC, bolsista da CAPES.

** Doutora em enfermagem, Professora adjunto do Departamento de Enfermagem da UFC, Pesquisadora do CNPq.

Acredita-se que este trabalho será relevante no sentido de contribuir para a melhor adequação do tratamento de pacientes com hipertensão, dentro de uma perspectiva emancipadora, pautada numa relação mais igualitária entre paciente e profissional de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso desenvolvido junto a um paciente com hipertensão, que apresentou não adesão ao tratamento, visualizada no seguinte comportamento: não tomar medicamentos como prescrito, ingerir alimentos salgados e gordurosos e levar uma vida sedentária.

A fonte de dados foi primária, junto ao paciente e sua família. A coleta de dados ocorreu durante o mês de janeiro de 1999, sob a forma de seis visitas domiciliares.

Foi aplicado um roteiro para levantamento da história e exame físico do paciente (Anexo I). Utilizando o raciocínio diagnóstico de Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), foram formulados os diagnósticos de enfermagem, indicando alterações no desempenho de papéis pelo paciente. Seus depoimentos foram analisados e interpretados com base no conhecimento anterior da enfermeira, sendo tiradas conclusões quanto às preocupações, problemas, necessidades e reações do paciente. Foram considerados apenas os diagnósticos de enfermagem confirmados pelo paciente, sendo utilizada em sua denominação a Taxonomia I da NANDA (Carpenito, 1999).

A análise dos dados foi embasada na Teoria de Alcance de Metas de King (1981). O paciente foi esclarecido quanto à finalidade do estudo, concordando em participar do mesmo, sendo-lhe garantido sigilo de identidade e o direito de desligar-se a qualquer momento.

3 ANÁLISE DOS ACHADOS

PRINCIPAIS DADOS DA HISTÓRIA DO PACIENTE:

F.C.S., masculino, 68 anos, casado, quatro filhos, seis netos, aposentado. Tem hipertensão há 15 anos, com não adesão ao tratamento e história de internamento de urgência por crise hipertensiva (220 X 180 mmHg) recente. Refere só tomar o remédio em crise. Cita o hábito de tomar um cálice de vinho/dia e tabagismo abandonado há sete anos, quando fumava 20 cigarros/dia. Refere comer tudo, mas não gosta de verdura, nem de pouco sal. Não é adepto de práticas desportivas. Tem bom relacionamento com a esposa, que insiste em sua cooperação no tratamento. Segundo ela, ele não toma os remédios como deveria e não quer fazer dieta. Tem antecedentes de cardiopatias de primeiro grau. Refere mialgia nos membros inferiores, com edema e tem cefaléia, pelo menos, uma vez por semana. Reside em um bairro de classe média, próximo à periferia. Em casa, é o chefe da

família. Considera seu relacionamento afetivo e sexual com a esposa satisfatório. Sobre o estresse, refere consumo esporádico de benzodiazepínico como automedicação. Ao exame físico, apresentou boa higiene, mucosas normocoradas, pulso forte, regular, com 70 batimentos por minuto (bpm), pulso apical 71 bpm/minuto, respiração normal, com 19 movimentos respiratórios por minuto, profunda, com ausculta pulmonar normal. Apresentou PA em posição deitada = 160 X 110 mmHg e em pé = 160 X 115 mmHg, com B1 e B2 normofonéticas, ausência de sopro, de B3 e B4. Com 1,70 m de altura, apresenta sobrepeso (82 Kg, mas cita perda de 4 Kg em três meses), com índice de massa corpórea 28. Em uso indisciplinado de cloridrato de propranolol, hidroclorotiazida e maleato de enalapril (Anexo II). Alertado pelo médico por não obedecer ao tratamento, afirma não confiar no profissional. Levanta questões sobre fármacos para emagrecer e impotência sexual e, embora sendo resistente a mudanças, pede ajuda para emagrecer e controlar a HA, mas sem adotar dieta.

Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram: *controle ineficaz do regime terapêutico*, *processo familiar alterado* e *não aderência ao tratamento*. Outros diagnósticos foram formulados, mas sem confirmação pelo paciente.

Para o planejamento da assistência de enfermagem, elegemos o diagnóstico *"Controle Ineficaz do Regime Terapêutico"*, por ser, segundo o paciente, o que mais lhe tem causado problemas. Os fatores relacionados foram: efeitos colaterais da terapia, desconfiança do regime e questionamentos sobre seus benefícios. Como características definidoras do diagnóstico de enfermagem encontrou-se: desejo verbalizado de controlar a doença e prevenir seqüelas, dificuldade verbalizada com regulação/integração de um ou mais regimes prescritos, e a verbalização de não agir na redução dos fatores de risco para progressão da doença e seqüelas.

Para Carpenito (1999), o diagnóstico de enfermagem *"Controle Ineficaz do Regime Terapêutico"* descreve os indivíduos e famílias que têm dificuldade na obtenção de um resultado positivo na terapêutica proposta, sendo a enfermeira o profissional de maior importância para determinar, com o paciente, as opções acessíveis e como obter sucesso.

A partir deste diagnóstico, foram definidas em conjunto com o paciente, as seguintes metas a curto prazo: 1. Tomar os medicamentos na hora prescrita e 2. caminhar 30 minutos todos os dias. E para médio e longo prazo: 1. controlar a pressão arterial e 2. perder um quilograma por mês, até atingir a perda de seis quilos em seis meses. Não foram estipuladas metas em relação à nutrição, pelo fato

do paciente não concordar em alterar sua dieta. A partir destas metas, foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem:

1ª intervenção: *identificar fatores causadores e relacionados impeditivos do controle eficiente da hipertensão no paciente.* A justificativa dessa intervenção é o fato de tornar possível a identificação de meios que possibilitem alcançar a meta de controlar a pressão arterial, pois dados do Ministério da Saúde indicam que somente 4 a 12% dos pacientes com hipertensão atingem níveis de controle da PA (Brasil, 1988). Sabe-se que não tratar a HA significa multiplicar em milhões de vezes as chances de sofrer um infarto, ter algum problema de insuficiência cardíaca e renal e de obstrução nas artérias (Mion Júnior, 1994). Essa identificação de fatores somente foi possível na presença da interação prevista por King (1981).

2ª intervenção: *descobrir preocupações do doente e tentar obter relação entre suas necessidades expressas e serviços viáveis.* Buscou-se, nesse momento, identificar fatores relativos aos sistemas pessoal, interpessoal e social, que pudessem interferir no controle sobre o regime terapêutico e descobrir o que poderia ser feito em relação a tais fatores. Resende (1998), utilizando o modelo conceitual de King (1981), identificou que os fatores que dificultam o controle da HA pelos seus portadores estão relacionados, prioritariamente, aos sistemas pessoais (conhecimento, características individuais e cultura) e sociais (meio em que vive, política, cultura e normas). Nessa intervenção, vemos, prioritariamente, a presença do conceito de percepção de King (1981).

3ª intervenção: *promover a auto-confiança positiva no paciente* e **4ª intervenção:** *encorajar sua participação em grupos de auto-ajuda.* Com a terceira e quarta intervenções, objetivou-se possibilitar o melhor conhecimento do paciente de si mesmo e da patologia, para que pudesse acreditar que o controle dos níveis de PA é possível, mas é necessário que se tenha em mente que a mudança no estilo de vida exige tempo e perseverança para ser integrada ao cotidiano e surtir efeito. Pierin e Car (1992) revelam que um dos maiores desafios para o paciente com hipertensão é aceitar a convivência com a cronicidade da doença, o que não é tarefa fácil e se associa com sentimentos de tristeza, raiva, agressividade e hostilidade. A superação desses é feita por meio da conscientização de sua condição e necessidade de enfrentar a moléstia, com o seguimento do tratamento proposto para que possa levar uma vida o mais próximo da normal possível. Isso exige conhecimento da doença, de suas manifestações, sinais, sintomas e vontade de cooperar ativamente no seu tratamento. É perceptível o destaque do ego nessa intervenção, que é um dos conceitos do sistema pessoal de King (1981).

5ª intervenção: *promover a participação de sua família no tratamento.* Nesse momento, a intenção foi incluir a família no programa terapêutico, considerando o fato do paciente ser muito ligado a ela. Os filhos não acreditavam que o pai pudesse aderir à terapêutica. Então, tentou-se resgatar esse apoio, pois as doenças crônicas são caracterizadas pela longa duração de seu tratamento e pela limitação que trazem ao estilo de vida do portador e de todos os elementos que compõem seu núcleo familiar (Araújo et al., 1998). Uma alteração de saúde em um de seus membros altera a saúde familiar, pois em geral, nos sistemas nada acontece isolado. King (1981) afirma que o sistema social encontra-se em interação com os sistemas interpessoal e pessoal.

6ª intervenção: *explicar e discutir com o paciente a terapêutica a ele proposta, assim como a necessidade de perder peso, fazer exercícios e tomar os medicamentos corretamente* e **7ª intervenção:** *estimular a diminuição do consumo do sal, gordura, café e bebida alcoólica em excesso.* Com essas duas intervenções, procurou-se trazer a proposta de adesão ao tratamento mais definida ao cotidiano do paciente, com atividades simples, mas difíceis de serem seguidas porque implicam em mudança das atitudes que compõem um padrão de vida ao qual o paciente está habituado. Dellacqua (1997) afirma que a motivação do indivíduo para participar do tratamento de forma efetiva é fundamental. Assim, vemos que somente medidas de orientação não bastam para que haja mudança de comportamento, é essencial a utilização de métodos educacionais que contemplem as necessidades de conhecer, para que os pacientes incorporem atitudes que contribuam para o controle da doença. Essas medidas devem ser contínuas e os indivíduos vistos como únicos, com problemas e história de vida. King (1981) afirma que comunicação interpessoal eficaz entre paciente e enfermeiro facilita a proximidade entre ambos e contribui para a maior adoção do tratamento.

8ª intervenção: *incentivar o paciente a mudar de médico.* Justificamos a orientação pela percepção de dificuldade na comunicação entre os dois. Superar a barreira da não adesão do paciente ao tratamento exige do profissional paciência, tolerância, boa comunicação e reforço das mensagens sobre estilo de vida saudável, como também conhecimento dos recentes avanços em farmacoterapia (Piterman, 1993). Na enfermagem, isso é muito significativo, pois um bom relacionamento enfermeira-paciente é fundamental ao alcance de metas. King (1981) refere que a transação (relacionamento efetivo) é uma exigência ao alcance de metas.

Em uma avaliação geral, vimos que, desde a primeira visita, o paciente evoluía progressivamente. De início, adotou-se o alcance de meta diário, ou seja, ao acordar, o paciente esperava cumprir nosso “acordo” naquele dia, sem pensar em como seria o amanhã. Isso porque já estava muito desiludido com a doença e com o tratamento, referindo não saber se o suportaria por muito tempo. Foi aconselhado a participar de grupos de auto-ajuda em um serviço de acompanhamento de pacientes com hipertensão, mas referiu não gostar muito da idéia, alegando, também, não ter disponibilidade de tempo.

Ao final da primeira semana, o paciente já caminhava 30 minutos por dia, de segunda à sexta-feira, sendo que o fim de semana ficou decretado como “feriado”. A esposa mostrava-se ansiosa em relação aos seus progressos, indo junto durante as caminhadas. Mas os medicamentos ainda não eram tomados corretamente, pois, com frequência, esquecia de tomá-los.

Ao final da segunda semana, o paciente referiu ter continuado com as caminhadas e tomado os medicamentos conforme prescrito, embora não tivesse feito nova consulta médica. Queixou-se de sonolência e perguntou novamente sobre fármacos para emagrecer e para melhorar o desempenho sexual. Foi aconselhado a insistir nas medidas higiênico-dietéticas associadas aos medicamentos já prescritos, devendo perder peso com exercícios e alimentação adequada. Ao se pesar, descobriu ter diminuído meio quilo, o que o empolgou.

Após a terceira semana, referiu já estar “habituação a caminhar” e “sentir-se mais leve”. Afirmou ter procurado um novo médico, que manteve os medicamentos prescritos, solicitando alguns exames, os quais já havia realizado, sem receber o resultado. Ainda mostrou resistência em relação às modificações alimentares, que a esposa estava tentando implementar em casa. Foi orientado sobre os benefícios proporcionados ao organismo pelo controle das cifras tensionais e de como isso seria significativo a longo prazo.

Ao final de 23 dias de acompanhamento, o paciente demonstrava menos ansiedade em relação ao tratamento, relatando a intenção de prosseguir com os comportamentos saudáveis necessários ao controle da doença. A participação da família vem tendo importância capital nesse processo. King (1981) afirma que a família é um sistema social extremamente importante na adesão de sistemas pessoais a um tratamento crônico. A interação entre o paciente e a esposa (sistema interpessoal) foi de grande relevância no processo, pois isso lhe forneceu um encorajamento diário.

Acredita-se que a adesão do paciente ao tratamento continue evoluindo. A utilização do processo de enfermagem de King, por meio de ações orientadas a metas foi de fundamental contribuição para evolução do mesmo,

facilitando a delimitação de metas, de meios viáveis para alcançá-las, a percepção da evolução contínua das condições do paciente, a estipulação de prioridades na terapêutica e, sobretudo, o estabelecimento de um “pacto” entre enfermeira e paciente, ponto central deste estudo.

4 CONCLUSÃO

Percebe-se que a adesão foi facilitada sensivelmente e que o plano de enfermagem implementado alcançou as metas de tomar os medicamentos corretamente e caminhar 30 minutos por dia. As metas de perder seis quilos em seis meses e controlar a pressão arterial não foram atingidas durante o tempo de acompanhamento do paciente.

Sabe-se que a evolução de pacientes crônicos é lenta, o que pode desestimulá-lo com relação ao tratamento. Trabalhar com metas a serem alcançadas encorajou o paciente a prosseguir e, com o apoio da família, esse encorajamento pode avançar no sentido de atingir o controle da HA, prevenindo complicações e obtendo condições de uma vida melhor. A interação entre os sistemas pessoal, interpessoal e social é determinante nesse processo, pois, a partir desta abordagem, o paciente passa a ser visto como um sistema pessoal extremamente influenciado pelas pessoas com quem convive e pelo meio no qual vive. Para ele, portanto, é difícil ouvir “a partir de hoje, diminua o sal, a gordura, o álcool”, justificando a necessidade de uma abordagem holística.

ABSTRACT: It's a case study of customer with hypertension and with no compliance to the treatment. It was objectified to facilitate his compliance to the treatment, specifying goals based on the King's Theory of Reaching Goals, to drift and implement nursing attendance to the customer. It took place six home visits, with health assessment, applying King's nursing process. It was worked the diagnose *ineffective control of the therapeutic regime*. They were defined as goals: 1. to take the medicines, 2. to walk 30 minutes by day, 3. to control the high blood pressure and 4. to lose a kilogram by month, until to stay six kilos in six months. The nursing interventions were: to identify factors that impede the control of the hypertension in the customer, to obtain relationship between his needs and viable services, to promote participation in groups of self-help and to promote participation of the family in the treatment. It took place weekly evolution for 23 days. The compliance was facilitated and was reached the goals of to take the medications and to walk 30 minutes by day, but the other goals haven't been still reached.

KEY WORDS: Nurse-patient relations; Hypertension; Goals; Nursing theory.

REFERÊNCIAS

- 1 ARAÚJO, T. L. de et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 8, n. 2, supl. a, p.1-6, mar./abr. 1998.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Doenças Crônicas Degenerativas. **Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial**. Brasília, 1988.
- 3 CARPENITO, L. J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- 4 CARVALHO, E. C., ROSSI, L. A. Modelos, estruturas e teorias de enfermagem: aplicação através do processo de enfermagem. In GARCIA, T. R., PAGLIUCA, L. M. F. **A construção do conhecimento em enfermagem**: coletânea de trabalhos. Fortaleza: RENE, 1998. cap. 4, p. 65-85.
- 5 CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3., 1998, São Paulo. **Anais...** Campos do Jordão, 1998. 38 p.
- 6 DELLÁQUA, M. C. Q. et al. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.5, n.3, p.43-48, jul. 1997.
- 7 FULLER, J., SCHALLER-AYERS, J. **Health assessment**: a nursing approach. 2. ed. Philadelphia: Lippincott, 1994. cap. 7-17, p. 89-544.
- 8 GUERRA, E. M. D. **Recusa ao tratamento da hipertensão arterial**: contribuições para o refinamento do diagnóstico. Fortaleza, 1998. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 1998.
- 9 IYER, P. W., TAPTICH, B. J., BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.
- 10 KING, I. M. **A theory for nursing**: systems, concepts, process. New York: Wiley Medical Publications, 1981.
- 11 MION JÚNIOR, D. Pressão alta, orientação para vencer esse problema. **Rev. Tec. Art.**, p.10, 1994.
- 12 MION JÚNIOR, D. et al. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 229-236, 1995.
- 13 MOREIRA, T.M.M. **Descrevendo a não adesão ao tratamento a partir de uma compreensão de sistemas**. Fortaleza, 1999. Dissertação (Mestrado)– Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 1999.
- 14 NÓBREGA, M. M. L., GARCIA, T. R. Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das propostas do SNDE. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 2., 1994, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: GIDE, 1994.
- 15 PIERIN, A. M. G., CAR, M. R. Instrumento de consulta de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 17-32, mar. 92.
- 16 PITERMAN, L. Hypertension: are we getting the message? **Aust. Fam. Physician**, Rozelle, v. 22, n. 5, p. 711-722, May 1993.
- 17 RESENDE, M. M. C. R. **Fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial à luz da estrutura conceitual da Teoria de King**. Belo Horizonte, 1998. 116 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 1998.

Endereço do autor:

R. 95, n.º 171 - 2ª etapa - José Walter
60751-110- Fortaleza - CE

ANEXO I

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Sexo

Idade

Posição familiar

SISTEMA PESSOAL	SISTEMA INTERPESSOAL	SISTEMA SOCIAL
PERCEPÇÃO E ACOMPANHAMENTO GERAL DA SAÚDE		
1. Como o senhor está de saúde? 2. Tem/teve algum problema de saúde recentemente (no último ano)? 3. que tem feito para manter sua saúde ? Acredita que isso tenha contribuído para sua saúde? De que maneira? 4. Como são os seus hábitos em relação ao fumo e ao álcool?	5. Como o senhor tem feito para seguir as sugestões dos médicos e das enfermeiras? 6. Quais os fatores de risco identificados pelo senhor em relação a sua doença?	7. Percepção de saúde da comunidade?
NUTRIÇÃO E METABOLISMO		
<ul style="list-style-type: none"> • Como o senhor se alimenta diariamente? Sente-se satisfeito com essa alimentação? • O que o senhor bebe diariamente? (água, suco, especificar) • Está satisfeito em relação a sua nutrição? Como anda seu peso? (Perguntar estatura). • Toma algum complemento nutricional? • Conte-me como é seu apetite, seus hábitos alimentares peculiares? (alguma particularidade?). Observar condição dos dentes (presença de cáries, uso de próteses, etc.). Dificuldades para mastigar/fazer a digestão? Especificar. • Tem alguma coisa que o senhor não come porque não pode ou não gosta? 	<ul style="list-style-type: none"> • O senhor come sozinho? • Quem compra a alimentação? • Quem faz sua comida? 	<ul style="list-style-type: none"> • O senhor ou alguém na sua família tem diabetes? (Observar condição da pele. Dificuldade de cicatrização da pele?)
ELIMINAÇÕES		
<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos intestinais? • Dietas laxantes/ constipantes? • Hábitos urológicos? • Incontinência urinária? • Sua muito? Qualidade do odor? • Algum outro dado a acrescentar? 	Se encontrar problema, investigar em que medida ele influi nas outras áreas (interpessoal/social).	7. Tem banheiro em casa? É acessível?
EXERCÍCIOS E ATIVIDADES		
<ul style="list-style-type: none"> • Descreva um dia típico de atividades seu? • Suas atividades usuais de lazer e o tempo aproximadamente gasto com elas? • Tem algum problema em casa com: <ol style="list-style-type: none"> a. Alimentar-se ou preparar a alimentação? b. Banho? c. Higiene? d. Vestir-se ou arrumar-se? Caso ele tenha, pedir que descreva (você pode avaliar o grau dessa dificuldade) e tente colocar por que ele (a) acha que tem dificuldade com essas atividades. 4. Quais suas aptidões físicas (Tipo, Frequência, Intensidade e Duração). 5. Como é sua tolerância à atividade. Descreva alguns problemas experienciados com atividades e exercícios usuais. Se sentiu dor em algum músculo ou dificuldade para respirar/tosse ou, ainda, fadiga/cansaço ou palpitação.	6. Considere fatores que influenciam na tolerância à atividade, como o diagnóstico médico atual ou se ele teve hospitalização prévia. Pergunte, ainda, se ele tem história familiar de doença cardíaca, hipertensão, bronquite, asma, pneumonia, trauma musculoesquelético, osteoporose ou algum déficit sensorial. 7. Anote suas observações e impressões. 8. Verifique peso, altura, pulso, frequência cardíaca, PA deitado e em pé. 9. Pergunte sua maior preocupação no momento/queixas. 10. Identifique problemas de saúde existentes.	
COGNIÇÃO E PERCEPÇÃO		
<ul style="list-style-type: none"> - Como é sua visão? Usa óculos? Qual a última vez em que foi ao oftalmologista? O que tem na visão? - E para ouvir, sente alguma dificuldade? - Como é para sentir cheiro/gosto dos alimentos? Normal? - Tem algum déficit de memória? Dificuldade para aprender algo? - Sente alguma dor/desconforto/incômodo? Em relação a quê? Como convive com isso? 	Como o senhor percebe que os outros o percebem? Fazer a mesma pergunta à esposa.	Observar/perguntar se a família isola ele. O que é que está havendo?
SONO E REPOUSO		
<ul style="list-style-type: none"> • Como é o seu sono? (dorme bem/mal/não dorme/outro) • Toma algum sonífero ou outra coisa para dormir? • Sonha? • Como faz para descansar e relaxar? 		

¹ Roteiro elaborado com base no instrumento proposto por Fuller e Schaller-Ayers (1994).

SISTEMA PESSOAL	SISTEMA INTERPESSOAL	SISTEMA SOCIAL
AUTOCONCEITO		
1. Como o senhor se percebe? Quem o senhor acha que é? 2. Gostaria de mudar algo em si mesmo? O que? Por quê? 3. Como se sente em relação ao seu futuro? (Otimista/pessimista/outro). Por quê? 4. O que mudou depois da doença?		
PAPÉIS E RELACIONAMENTO		
	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem mora? Se casado, tem filhos, netos? Quantos? • Como o senhor e sua família lidam com os problemas? • Sua família depende do senhor para algo? • Qual seu papel na família? Como é sua relação com ela? • Pertence a algum grupo? Qual? Qual seu papel nele? Como é sua relação com ele? • Como são seus vizinhos? Como é seu relacionamento com eles? • E no trabalho? Como é seu relacionamento com os colegas? 	
SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO		
<ul style="list-style-type: none"> • Considera seu relacionamento sexual satisfatório? A doença alterou alguma coisa? • Os remédios causaram alguma alteração? (Dificuldade de ereção ? – Ver idade) • Tem algo a acrescentar? 		
ESTRESSE		
<ul style="list-style-type: none"> • O senhor passou/tem passado por mudanças/dificuldades nos últimos anos? Como tem feito para enfrentá-las? • Como é seu temperamento na maioria das vezes? • Usa algum medicamento/droga como calmante/excitante? Qual? Como lida com os problemas cotidianos? Essa forma tem funcionado? De que maneira?		
CRENÇAS E VALORES		
<ul style="list-style-type: none"> • Quais suas crenças e valores? • Há algo que almeja alcançar? O que? • Como o senhor vê Deus? • Qual o espaço que Deus ocupa em sua vida? • Como convive com o avançar da idade ? 		
EXAME FÍSICO		
	<ul style="list-style-type: none"> - Aparência, higiene - Membranas, mucosas - Dentição (uso de próteses ?) - Voz - Sabe e consegue ler? Uso de lentes? - Pulso (acrescentar características: ritmo, intensidade, amplitude, frequência,...) – verificar pulso apical - Respiração (profundidade, ritmo, distensão torácica, algum som normal/anormal auscultado) - Pressão Arterial/ exame cardiológico - Tonicidade Muscular – Algum comprometimento pela doença ? - Postura - Anormalidades nos ossos? (Obesidade ?) - Pele (espinhas, cravos, hidratação, cor, lesões) - Uso de algum objeto no corpo - Peso atual/habitual - Altura - Temperatura - Observações gerais do examinador - Condições da adesão ao tratamento - Que medicamentos toma ? 20. Gostaria de acrescentar algo à entrevista? 21. Tem alguma pergunta a fazer ou alguma dúvida a esclarecer?	

ANEXO II

MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELO PACIENTE

MALEATO DE ENALAPRIL

Quando hidrolisado, funciona no organismo como inibidor da enzima conversora da angiotensina.

Indicações: hipertensão essencial em todos os graus, hipertensão renovascular e insuficiência cardíaca congestiva.

Contra-indicações: sensibilidade à droga.

Efeitos adversos: tontura, cefaléia, fadiga, astenia, impotência.

Dose usual: 10 a 40 mg (2 vezes por dia).

CLORIDRATO DE PROPRANOLOL + HIDROCLOROTIAZIDA

O cloridrato de propranolol é um bloqueador b- adrenérgico, atuando no sistema nervoso autônomo simpático. A hidroclorotiazida é um diurético tiazídico usado como anti-hipertensivo.

Indicações: o uso combinado dessas drogas acontece posteriormente ao seu uso isolado ineficaz. Esse fármaco é, portanto, utilizado no tratamento da hipertensão arterial resistente.

Contra-indicações: choque cardiogênico, bradicardia sinusal, bloqueio atrio ventricular, asma brônquica, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e hipersensibilidade à droga.

Precauções: não usar em clientes com insuficiência hepática ou renal.

Dose usual: 40 mg (2 vezes por dia).