



INDICADORES EMPÍRICOS PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PACIENTES HIPERTENSOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

EMPIRICAL INDICATORS FOR NURSING CONSULTATION OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN FAMILY HEALTH UNITS

INDICADORES EMPÍRICOS PARA LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA

Jancelice Santos Santana¹, Maria Júlia Guimarães Soares², Maria Miriam Lima Nóbrega³

RESUMO

Objetivo: descrever o desenvolvimento das primeiras fases da construção de um instrumento para a consulta de enfermagem de pacientes hipertensos. **Método:** estudo metodológico desenvolvido com 18 enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família e 36 usuários hipertensos no município de Cabedelo (PB), após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo nº 097/2010. Os dados foram coletados por meio da literatura e nos prontuários dos hipertensos. A análise se deu especificando o quantitativo de indicadores por necessidade e como cada indicador foi identificado na literatura e/ou nos prontuários. **Resultados:** foi elaborado um instrumento contendo 287 indicadores empíricos, que foram avaliados pelos enfermeiros, e foram obtidos 204 indicadores distribuídos nas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, apresentando frequência > 50%. **Conclusão:** espera-se que esse instrumento constitua um avanço na implementação da sistematização de enfermagem no âmbito das unidades de saúde da família. **Descritores:** Consulta; Enfermagem; Hipertensão.

ABSTRACT

Objective: describing the development of the first phase of the construction of an instrument for nursing consultation of hypertensive patients. **Method:** a methodological study conducted with 18 nurses working in the Family Health Strategy and 36 hypertensive patients in the city of Cabedelo (Paraíba), after the project approval by the Research Ethics Committee, Protocol nº 097 /2010. The data were collected through literature and the records of hypertensive patients. The analysis was given specifying the quantitative indicators for need and how each indicator was identified in the literature and or on the charts. **Results:** an instrument was drawn up containing 287 empirical indicators, which were evaluated by nurses, and were obtained 204 indicators distributed in psychobiological, psychosocial and psychospiritual needs, showing a frequency of > 50%. **Conclusion:** it is expected that this instrument constitutes advancement in the implementation of the systematization of nursing under the family health units. **Descriptors:** Consultation; Nursing; Hypertension.

RESUMEN

Objetivo: describir el desarrollo de las primeras fases de la construcción de un instrumento para la consulta de enfermería de pacientes hipertensos. **Método:** un estudio metodológico llevado a cabo con 18 enfermeras que trabajan en la Estrategia de Salud de la Familia y 36 pacientes hipertensos en la ciudad de Cabedelo (Paraíba), después de el proyecto ser aprobado por el Comité de Ética de Investigación, Protocolo nº 097/2010. Los datos fueron recolectados a través de la literatura y las historias clínicas de pacientes hipertensos. El análisis se realizó especificando la necesidad de indicadores cuantitativos y cómo cada indicador se ha identificado en la literatura, o los registros. **Resultados:** se desarrolló un instrumento que contiene 287 indicadores empíricos, los cuales fueron evaluados por enfermeras y fueron obtenidos 204 indicadores distribuidos en las necesidades psicobiológicas, psicossociales y psico-espirituales, presentando frecuencia > 50 %. **Conclusión:** se espera que este instrumento constituya un avance en la implementación de la sistematización de la enfermería en las unidades de salud de la familia. **Descriptores:** Consulta; Enfermería; Hipertensión.

¹Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/PPGENF/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. Email: Janceli@ibest.com.br; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento Médico-Cirúrgica e Administração, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/PPGENF/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. Email: mmjulve@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/PPGENF/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. Pesquisadora CNPq. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br

INTRODUÇÃO

Antes do desenvolvimento de suas teorias, a Enfermagem estava subordinada à Medicina. Esta proporcionou uma estrutura e organização ao conhecimento da Enfermagem, um meio sistemático de coletar dados para descrever, explicar e prever a prática.¹

Ao longo das últimas décadas, a Enfermagem tem passado por um acelerado processo de evolução. Essa mudança realiza-se, sobretudo, na conquista do reconhecimento de seu papel social e de uma intervenção profissional autônoma. A Enfermagem deixou de ser empírica e a prática passou a ser fundamentada em conhecimentos científicos que possibilitam uma assistência sistematizada e qualificada em relação às necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Para tanto, foram desenvolvidas teorias de Enfermagem com o intuito de organizar e sistematizar todas as questões que permeiam a atividade profissional, gerando conhecimentos que apoiarão e subsidiarão a prática do enfermeiro.

No Brasil, a primeira teoria surgiu em 1970, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, que se apoia em leis gerais dos fenômenos universais, como a lei do equilíbrio (homeostase), e na adaptação dos princípios do holismo. Sua autora, Wanda de Aguiar Horta (1926-1981), baseia-se nos seguintes pressupostos: 1) os cuidados de enfermagem são serviços prestados ao ser humano, que é parte integrante do universo dinâmico, em constante interação, o qual provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço; e 2) a Enfermagem é parte integrante da equipe de saúde, que previne e reverte o desequilíbrio do indivíduo por meio do atendimento de suas necessidades básicas, reconduzindo-o à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.²

Horta utilizou a teoria da motivação de Maslow (um psicólogo humanista) como base para o desenvolvimento de sua teoria e classificou as necessidades humanas básicas de acordo com a denominação de João Mohana: necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. A autora classificou como *psicobiológicas* as necessidades que envolvem: oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividade física; sexualidade; abrigo; mecânica corporal; motilidade; cuidado corporal; integridade cutaneomucosa; integridade física; regulação térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina,

eletrolítica e imunológica; crescimento celular; vascular; locomoção; percepção; ambiente; e terapêutica. São *psicossociais* as necessidades que envolvem: segurança; amor; liberdade; comunicação; criatividade; aprendizagem; gregária; recreação; lazer; espaço; orientação no tempo e no espaço; aceitação; autorrealização; autoestima; participação; autoimagem; e atenção. Por fim, são *psicoespirituais* as necessidades que envolvem: religião ou teologia; ética; ou filosofia de vida.²

A equipe de enfermagem, para que atue de forma eficiente e sistemática, precisa desenvolver seu trabalho de acordo com o método científico, ou seja, utilizar o processo de enfermagem (PE), que pode ser definido como um método dinâmico, flexível, organizado e utilizado na prática clínica da enfermagem para orientar o trabalho do enfermeiro na investigação dos dados do paciente, identificando as necessidades de cuidados, propondo intervenções e avaliando resultados dos cuidados implementados.³

A Resolução nº 272/2002, do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que trata da obrigatoriedade da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas instituições de saúde onde são realizadas ações de enfermagem, independentemente do nível de atenção prestada⁴, foi revogada e entrou em vigor a Resolução nº 358/2009, do mesmo órgão. Esta, em seus artigos 1º e 2º, determina a implantação do PE em todas as instituições de saúde, públicas e privadas, nas quais é praticado o cuidado profissional de enfermagem.

O PE, quando realizado em instituições prestadoras de serviço de saúde, em ambulatorios, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, é usualmente denominado consulta de enfermagem (CE). A vigente Resolução Cofen nº 358/2009 discorre sobre as cinco fases do PE: coleta de dados ou de histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem. Os artigos 3º a 5º determinam que o PE deva basear-se em um suporte teórico que oriente a execução de suas cinco fases, cabendo ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do PE, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem e a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem. O técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem participam da execução do PE, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do enfermeiro. O artigo 6º aborda a forma como

deve ser registrada a execução do PE.⁵

O PE viabiliza o trabalho da equipe de enfermagem durante o atendimento ao paciente, facilitando a identificação dos problemas e as decisões a serem tomadas; constitui-se como uma ferramenta essencial para a prestação do cuidado de enfermagem devido ao fato de ser utilizado em qualquer contexto que necessite de cuidado à saúde.⁶ É um instrumento que não só proporciona uma melhora na qualidade da assistência, mas, também, confere ao profissional maior autonomia em suas ações, respaldo legal e aumento do vínculo entre o profissional e o paciente.

No Brasil, a CE expande-se cada vez mais, considerando, em uma visão atual, a resposta do enfermeiro ao seu compromisso social, fortalecido e amparado pela Lei n. 7.498/86, artigo 8º, I, e pelo Decreto n. 94.406/87, que refere ser ela atividade privativa do enfermeiro. A Enfermagem dispõe de subsídios científicos suficientes para a tarefa de educar e esclarecer o indivíduo, a família e a comunidade, reforçando a atenção à população, no que concerne à prevenção e ao tratamento de doenças. Tal atividade precisa ser inserida no cotidiano do enfermeiro. Ela é uma das atribuições de grande relevância do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF). Por meio dela se confere resolutividade à assistência prestada ao usuário, traz-se um caráter profissional e define-se a competência do enfermeiro; no entanto, ela ainda não foi totalmente implementada nas instituições públicas e privadas, nem foi entendida ou valorizada como uma atividade importante na prevenção, promoção, e reabilitação da saúde da população.⁷

A atuação do enfermeiro nos programas de controle de doenças crônicas é da maior relevância, por sua visão e prática global das propostas de abordagem não farmacológica e medicamentosa, além de sua participação em praticamente todos os momentos do contato dos pacientes com a unidade de saúde. Garante qualidade da atenção, agilizando o atendimento e assegurando maior intensidade das ações para os casos identificados como de maior risco.

Quando o paciente é diagnosticado como hipertenso, o resultado são alterações orgânicas e emocionais no indivíduo, decorrentes de mudanças que poderão ocorrer no estilo de vida ou mesmo do próprio risco de morte. Essas alterações vão refletir sobre o equilíbrio de suas necessidades humanas básicas, levando-o a apresentar características específicas decorrentes da própria hipertensão arterial e das mudanças

em seu estilo de vida. Os sinais e sintomas da doença, quando se manifestam, muitas vezes, impedem que os indivíduos realizem suas atividades rotineiras de maneira satisfatória.⁸

Diante do exposto, este estudo tem por objetivos:

- Descrever o desenvolvimento das primeiras fases da construção de um instrumento para CE de pacientes hipertensos.
- Listar os indicadores empíricos encontrados na literatura e nos prontuários dos pacientes hipertensos, a partir das necessidades humanas básicas de Horta.
- Identificar a frequência desses indicadores empíricos em pacientes hipertensos durante a CE, visando à construção de um instrumento de CE para os usuários hipertensos atendidos nas unidades de saúde da família (USFs).

MÉTODO

Estudo metodológico, que consiste em uma pesquisa que se refere às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, discorrendo sobre a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa e tendo por objetivo construir um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável por outros pesquisadores.⁹

Esta pesquisa foi desenvolvida nas 18 USFs do município de Cabedelo (PB). Cada uma delas atua com uma equipe multiprofissional de saúde, que é constituída por um enfermeiro, um médico, um odontólogo, um auxiliar de consultório odontológico, um nutricionista, um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta, um técnico de enfermagem, um educador físico, agentes comunitários de saúde, um recepcionista e um auxiliar de limpeza. Esses profissionais desenvolvem ações de prevenção, de promoção e recuperação da saúde das famílias assistidas.

Para o desenvolvimento do estudo foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, norteados pela Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitando a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade, cumprindo, inclusive, todos os deveres para a manutenção da privacidade e dignidade das pessoas envolvidas¹⁰; logo depois, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, sob o Protocolo n. 097/2010.

Para a realização do estudo foram adotadas duas fases: 1) identificação dos indicadores empíricos, realizada por meio de levantamento bibliográfico; e 2) estruturação

do instrumento a partir da identificação dos indicadores empíricos no paciente hipertenso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados é a fase inicial do PE, que consiste na coleta de informações referentes ao estado de saúde do paciente, com o propósito de identificar as necessidades, os problemas, as preocupações e as reações humanas desse paciente assistido. Para que as reais necessidades sejam levantadas, faz-se necessária a utilização de um instrumento como ferramenta elaborada previamente.

Na hierarquia do conhecimento da Enfermagem, consideram-se indicadores empíricos os critérios e/ou as condições experimentais, que são utilizados para observar ou mensurar os conceitos de uma teoria.¹¹ Neste estudo, consideram-se indicadores empíricos as manifestações, observadas ou mensuradas, das necessidades humanas básicas afetadas no paciente hipertenso. Os indicadores mostram alterações em situações consideradas normais ou esperadas, e é por meio de sua identificação que se pode evitar a instalação de problemas.¹²

Na primeira fase foi realizado levantamento bibliográfico sobre a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta, e trabalhos que a associam ao paciente hipertenso, e sobre conteúdo relacionado ao exame físico que indique as necessidades humanas básicas desse paciente. Foi realizada, também, uma análise dos 53 prontuários dos pacientes hipertensos acompanhados durante a pesquisa intitulada “Perfil de um Grupo de Hipertensos: Conhecimento de Fatores que Interferem no Controle da Hipertensão Arterial”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB), sob o Protocolo n. 328.

Ao término desse levantamento, foi construído um instrumento contendo as definições de cada necessidade humana básica referida por Horta e por outros autores, além dos indicadores empíricos encontrados para cada necessidade.

O instrumento construído nessa fase foi composto por 287 indicadores empíricos, sendo 227 dentro das *necessidades psicobiológicas*, distribuídos da seguinte maneira: regulação neurológica (12); oxigenação (15); regulação vascular (18); nutrição (21); hidratação, regulação hidrossalina e eletrolítica (14); eliminação (21); regulação térmica (12); percepção

visual, auditiva, gustativa, olfativa, tátil e dolorosa (25); integridade física e cutaneomucosa (23); sono e repouso (13); cuidado corporal (5); atividade física (mecânica corporal, motilidade e locomoção) (28); sexualidade (3); regulação hormonal (6); segurança física, meio ambiente e abrigo (8); e terapêutica (7). Nas *necessidades psicossociais* foram 54 indicadores, distribuídos em: comunicação (6); gregária (3); liberdade (5); segurança emocional (9); amor e aceitação (6); recreação/lazer (8); criatividade (2); autoestima, autoconfiança e autorrespeito (5); atenção (4); educação para a saúde/aprendizagem (6); e nas *necessidades psicoespirituais* foram 6 indicadores: religiosidade/espiritualidade.

A segunda fase foi denominada estruturação do instrumento; ao construir um instrumento de CE, deve-se tentar estruturá-lo de modo que facilite sua aplicação. Para isso, é necessário buscar outros modelos para ter ideia sobre o modo como fazê-lo. Sendo assim, essa fase iniciou-se com a busca de instrumentos. A pesquisa teve como fontes de dados as seguintes produções: artigos em periódicos, jornais e catálogos de Enfermagem sobre saúde do adulto, teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias e trabalhos de conclusão de curso. Os artigos selecionados foram publicados no período de janeiro de 2005 a setembro de 2009 e localizados por meio de busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). As palavras-chave utilizadas foram “consulta de enfermagem”, “hipertensão” e “saúde da família”. Foram encontrados 82 artigos. Desse total, foram excluídos os repetidos e os que não se apresentavam em língua portuguesa. Após a leitura flutuante desses artigos, apenas 11 apresentavam o conceito de CE. Desses 11, apenas 1 versava sobre a construção de instrumento para CE ao portador de hanseníase; porém, não conseguimos identificar nenhum artigo sobre a CE ao hipertenso. Por conseguinte, foram utilizados os indicadores encontrados na literatura pertinente aos pacientes hipertensos e nos prontuários em suas dimensões psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, foi iniciada a verificação dos indicadores empíricos com maior frequência nos hipertensos, durante a CE nas USFs, visando a elaboração da primeira versão do instrumento para CE direcionada a essa clientela. Foi solicitada a participação

voluntária dos enfermeiros das USFs no que concerne à verificação dos indicadores empíricos identificados na literatura e nos 53 prontuários. Inicialmente, eles assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Nesse mesmo momento, os enfermeiros receberam o instrumento de identificação dos indicadores empíricos. Foi solicitado aos participantes da pesquisa que assinalassem concordar (ou não) que o indicador constasse

no instrumento e observar se o indicador estaria inserido na necessidade adequada. Foi disponibilizado um espaço livre, destinado às sugestões. Foram entregues 18 instrumentos para avaliação. Foi obtido um total de 204 indicadores, distribuídos nas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicossociais, que apresentaram frequência > 50%. Para melhor visualização desses indicadores, são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos indicadores empíricos identificados na literatura e nos prontuários de pacientes hipertensos que alcançaram frequência > 50%, segundo enfermeiros que atuam em USFs. Cabedelo (PB), 2010.

Necessidades	Indicadores empíricos	%
Psicobiológicas Neurológica (n = 11)	Nível de consciência	100
	Orientação temporo-espacial	100
	Perda progressiva da concentração	72,2
	Confusão mental	77,7
	Cefaleia	88,8
	Coordenação dos movimentos	83,3
	Tremores de extremidades	72,2
	Dormência ou alteração de alguma parte do corpo	77,7
	Perda temporária da sensibilidade	72,2
	Diminuição dos reflexos	66,6
	Parestesia	66,6
Oxigenação (n = 14)	Dispneia	100
	Taquipneia	83,3
	Ortopneia	83,3
	Cianose	100
	Auscul ta pulmonar	83,3
	Ruídos adventícios	72,2
	Creptos	72,2
	Roncos	77,7
	Sibilos	83,3
	Respiração curta	83,3
	Frequência respiratória	94,4
	Tosse	94,4
	Secreção	83,3
	Permeabilidade das vias aéreas	88,8
Regulação vascular (n = 18)	Coloração da pele	88,8
	Palidez	72,2
	Perfusão periférica	88,8
	Pressão arterial	100
	Frequência cardíaca	100
	Ritmo cardíaco	88,8
	Palpitações	100
	Característica do pulso	94,4
	Condições da rede vascular periférica	94,4
	Pulso periférico	88,8
	Varizes	88,8
	Flebite	88,8
	Edema	100
	Epistaxe	83,3
Regulação térmica (n = 4)	Hemorragias	77,7
	Doenças cardiovasculares	94,4
	Doenças cerebrovasculares	94,4
	Temperatura corporal	66,6
Nutrição (n = 12)	Sudorese	61,1
	Hipertermia	77,7
	Anorexia	66,6
	Uso de prótese	61,1
	Dentição incompleta	66,6
	Dor epigástrica	61,1
	Pirose	61,1
	Abdome globoso	55,5
	Abdome doloroso	55,5
	Abdome rígido	55,5
	Hábitos alimentares	83,3
	Caquexia	77,7
	Obesidade	66,6
	Peso	83,3
Hidratação (n = 8)	Diminuição do turgor e elasticidade	72,2
	Transpiração	66,6
	Diminuição da umidade das mucosas	66,6
	Astenia	61,1
	Polidipsia	77,7
	Ingestão hídrica (frequência, volume)	94,4
	Sede	100
	Perda ou retenção de líquidos	94,4

Eliminação (n = 8)	Retenção urinária	77,7
	Disúria	83,3
	Poliúria	77,7
	Incontinência urinária	83,3
	Náuseas	88,8
Regulação hidrossalina (n = 6)	Vômitos	77,7
	Diarreia	72,2
	Alteração na dosagem de eletrólitos orgânicos	66,6
	Alteração na dosagem hídrica orgânica	66,6
	Reposição de substância hidroeletrolítica	72,2
Regulação hormonal (n = 4)	Risco de perdas líquida e de eletrólitos	72,2
	Cãibras	88,8
	Fraqueza muscular	88,8
	Presença de doenças do sistema endócrino (diabetes <i>mellitus</i>)	100
	Menopausa	77,7
Percepção dos órgãos dos sentidos: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa (n = 18)	Uso de anticoncepcional	77,7
	Níveis de glicemia	88,8
	Condição da visão	88,8
	Capacidade de focalizar objetos a pequena distância	55,5
	Acuidade visual diminuída	77,7
Integridade física e cutâneo-mucosa (n = 14)	Sintomas de irritação ocular (coceira, ardência)	61,1
	Condições da audição	83,3
	Acuidade auditiva diminuída	77,7
	Otalgia	55,5
	Zumbidos	66,6
Sono e repouso (n = 9)	Perda auditiva	77,7
	Condições da gustação	61,1
	Sialorreia	55,5
	Alteração no paladar	55,5
	Halitose	55,5
Cuidado corporal (n = 6)	Olfato diminuído	55,5
	Sensibilidade tátil comprometida	77,7
	Sensibilidade a dor	55,5
	Presença de dor (local, frequência, tipo)	94,4
	Expressão facial de dor	94,4
Atividade física, mecânica corporal (n = 10)	Condições da pele	94,4
	Pele fria	66,6
	Pele úmida	66,6
	Pele pegajosa	66,6
	Ressecada	66,6
Motilidade (n = 5)	Palidez	72,2
	Icterícia	72,2
	Hiperemia	66,6
	Equimose	66,6
	Hematoma	72,2
	Cianose	72,2
	Lesão	61,1
	Pigmentação da pele	55,5
	Condições da mucosa	61,1
	Sono interrompido	83,3
	Acorda várias vezes à noite	77,7
	Dificuldade para adormecer	88,8
	Dorme durante o dia	72,2
	Uso de medicações sedativas	83,3
	Excesso de sono	72,2
	Presença de barulho no ambiente	55,5
	Hábitos de sono	77,7
	Vida sedentária	83,3
	Incapacidade de lavar o corpo ou parte do corpo	55,5
	Necessita de ajuda para realizar o cuidado	77,7
	Capaz de banhar-se	61,1
	Capaz de vestir-se	66,6
	Incapacidade de realizar a higiene oral satisfatória	61,1
	Incapacidade de realizar higiene corporal satisfatória	72,2
	Deambula	100
	Marcha com dependência física de outra pessoa	77,7
	Hemiplegia	66,6
	Paraplegia	66,6
	Perda de Membros inferiores	61,1
	Inatividade física	88,8
	Dor ao movimento	77,7
	Atividade motora diminuída	66,6
	Ausência de exercícios regulares	61,1
	Força muscular	55,5
	Necessidade de ajuda para se movimentar	61,1
	Restrição de movimentos por prescrição ou uso de equipamentos	77,7

Sexualidade (n = 5)	Restrição de movimentos voluntários	61,1
	Tônus muscular	61,1
	Movimento de todas as partes do corpo	61,1
	Comportamentos sexuais	77,7
	Falta de libido	77,7
Segurança física/meio ambiente/abrigo (n = 6)	Impotência	77,7
	Uso de anti-hipertensivo	94,4
	Casa própria	100
	Conforto do lar	88,8
	Destino do lixo	94,4
Terapêutica (n = 4)	Iluminação adequada	72,2
	Número de pessoas vivendo em casa	83,3
	Água tratada	83,3
	Recebe ações educativas sobre promoção da saúde	100
	Fuma	100
Necessidades psicossociais	Faz uso de bebida alcoólica	100
	Toma a medicação diariamente	100
	Indicadores empíricos	%
	Afasia	72,2
	Apraxia	83,3
Comunicação (n = 6)	Distúrbio na fala	77,7
	Não fala ou não pode falar	77,7
	Comunica-se adequadamente	77,7
	Uso de linguagem não verbal	66,6
	Evita familiares	66,6
Gregária (n = 1)	Dependente dos familiares e amigos	72,2
Liberdade (n = 5)	Dependente da enfermagem	72,2
	Participação no plano terapêutico	83,3
	Sugestão de alternativas para o plano terapêutico	88,8
	Decisão de recusar o seu tratamento	72,2
	Verbalização negativa sobre si	72,2
Autoestima (n = 5)	Não aceitação de sua condição de saúde	72,2
	Isolamento	55,5
	Mudança no estilo de vida	88,8
	Tem confiança nas suas próprias ideias	66,6
	Falta de confiança	66,6
Autorrealização (n = 2)	Manifestação de não realização	61,1
	Agitação	72,2
Amor e aceitação (n = 6)	Irritabilidade	77,7
	Solidão	77,7
	Rejeição	77,7
	Dependência	77,7
	Indiferença	72,2
Recreação/lazer (n = 5)	Desejo de participar de recreação	83,3
	Hábitos de recreação e lazer	77,7
	Monotonia	72,2
	Passeia	77,7
	Visita familiares/amigos	66,6
Segurança emocional (n = 7)	Ansiedade	88,8
	Depressão	83,3
	Insegurança	77,7
	Medo	72,2
	Apreensão	66,6
Criatividade (n = 2)	Choro	77,7
	Voz trêmula	66,6
	Desenvolve trabalhos manuais	77,7
	Participa de grupos voluntários	77,7
	Falta de conhecimento sobre sua doença	83,3
Educação para a saúde/aprendizagem (n = 5)	Não adesão ao regime terapêutico	83,3
	Uso de medicação anti-hipertensiva	83,3
	Uso de tranquilizantes	83,3
	Uso de antidepressivos	83,3
	Ter amigos e família	83,3
Atenção (n = 1)	Indicadores empíricos	%
Necessidades psicoespirituais	Religião	77,7
	Busca de assistência espiritual	77,7
	Necessidade de um líder espiritual ou de atividades religiosas	61,1
	Confronto religioso	61,1
	Distúrbio no sistema de crenças	55,5

Após a identificação dos indicadores considerados significativos para a CE de pacientes hipertensos em USFs, foi obtida a primeira versão do instrumento. Este instrumento foi submetido a um processo de validação de conteúdo e foi realizado o teste de sua operacionalização com pacientes hipertensos; seus resultados serão objeto de

futuro estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PE é um método que orienta a atuação profissional do enfermeiro, e o instrumento de CE constitui o primeiro passo para adentrar essa realidade. Considerando que o hipertenso apresenta particularidades específicas, que o

diferenciam de outros tipos de paciente, o instrumento de CE possibilitará concentrar informações familiares e do hipertenso imprescindíveis para um planejamento das ações de enfermagem adequado e coerente com as necessidades do paciente hipertenso. Este artigo teve por propósito o desenvolvimento das primeiras fases da construção de um instrumento de CE para o paciente hipertenso, com os objetivos de listar os indicadores empíricos encontrados na literatura e nos prontuários dos pacientes hipertensos, a partir das necessidades humanas básicas indicadas por Horta, e identificar a frequência desses indicadores empíricos em pacientes hipertensos.

Para listar os indicadores empíricos foi utilizada como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta, na qual a autora classifica as necessidades em três níveis: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Realizou-se uma revisão na literatura e foi possível definir cada necessidade e identificar para cada uma delas indicadores empíricos. Após essa busca, foi elaborado um instrumento contendo 287 indicadores empíricos, distribuídos de acordo com cada nível de necessidade descrito por Horta. Com esse instrumento, verificou-se a frequência desses indicadores no paciente hipertenso, obtendo como resultado 204 indicadores empíricos que compuseram a primeira versão do instrumento de CE para o paciente hipertenso.

A experiência de elaborar um instrumento possibilitou compreender melhor a importância do processo de implementação da CE, uma vez que proporcionará economia de tempo e praticidade aos enfermeiros, no sentido de elaborar o plano de cuidados, visando a uma assistência de qualidade. O instrumento constitui a primeira etapa para a implementação da SAE e tem por objetivo obter e identificar dados importantes sobre o estado de saúde do indivíduo, da família e da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Mcewen M, Wills EM. Bases teóricas para enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2009.
2. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Edusp; 1979.
3. Duran ECM, Toledo VP. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. Rev Gaúcha Enferm. 2011 June;32(2):234-40.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas instituições de saúde [document on the internet]. Brasília (DF): Cofen; 2002 [cited 2009 Sept 25]. Available from: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAen7cAF/resolucao-cofen-272-2002>.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem [document on the internet]. Brasília (DF): Cofen; 2009 [cited 2009 Nov 11]. Available from: http://www.portaldafenfermagem.com.br/legislacao_read.asp?id=337.
6. Lima RL, Stival MM, Lima LR, Oliveira CR, Chianca TCM. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva fundamentado em Horta. Rev Eletrônica Enferm [serial on the internet]. 2006 [cited 2011 June 12];8(3):349-57. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a05.htm.
7. Brasil. Atenção básica e a saúde da família [serial on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [cited 2008 Mar 21]. Available from: <http://www.saude.gov.br/dab/atencaobasica>.
8. Rissardo LK, Barreto MS, Oliveira AP et al. Influence of Hypertension and treatment in the quality of life of elderly. J Nurs UFPE on line [Internet] 2012 [cited 2012 Nov 12];6(12):2918-26. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3140>.
9. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
10. Brasil. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
11. Fawcett J. Criteria for evaluation of theory. Nurs Sci Q [Internet] 2005 [cited 2012 Nov 12]; 18(2):131-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15802745>.
12. Denser CPAC. Indicadores: instrumento para a prática de enfermagem com qualidade. In: Book AMT. Enfermagem de excelência: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

Submissão: 08/04/2013

Aceito: 08/05/2014

Publicado: 01/07/2014

Correspondência

Jancelice dos Santos Santana

Rua José Florentino Júnior, 320

Bairro Tambauzinho

CEP 58042040 – João Pessoa (PB), Brazil