

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA - ESENFAR  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - CPGP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)

SABRINA BARBOSA MATOS DA CONCEIÇÃO

**CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS ADULTOS COM HIPERTENSÃO: UM PLANO  
DE AÇÃO FUNDAMENTADO NO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA  
PENDER**

MACEIÓ  
2015

SABRINA BARBOSA MATOS DA CONCEIÇÃO

**CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS ADULTOS COM HIPERTENSÃO: UM PLANO DE AÇÃO FUNDAMENTADO NO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas.

Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza.

MACEIÓ  
2015

**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
**Bibliotecário: Roselito de Oliveira Santos**

C744c Conceição, Sabrina Barbosa Matos da.  
Cuidado de enfermagem aos adultos com hipertensão: um plano de ação fundamentado no modelo de promoção da saúde de Nola Pender / Sabrina Barbosa Matos da Conceição. – Maceió, 2014.  
123 f. : il.

Orientadora: Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2015.

Bibliografia: f. 89-98.  
Anexos: f. 99

1. Promoção da saúde 2. Cuidado de enfermagem. 3. Hipertensão  
4. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU: 616-083:

## Folha de Aprovação

AUTOR: SABRINA BARBOSA MATOS DA CONCEIÇÃO

### **CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS ADULTOS COM HIPERTENSÃO: UM PLANO DE AÇÃO FUNDAMENTADO NO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER**

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 27 de março de 2015.

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, UFAL (Orientadora)

#### **Banca Examinadora:**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Iraci dos Santos, UERJ (Examinadora Externa)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Débora de Souza Santos, UFAL (Examinadora Interna)

## AGRADECIMENTOS

Muito obrigada, meu Deus! Por teu amor que sempre me encoraja a prosseguir e ilumina minha mente para compreender melhor o teu querer em minha vida. Tu és minha companhia sempre e minha fortaleza.

Querido Deus, te agradeço também pelo meu esposo amado Fábio Conceição, pelo seu amor, cuidado e carinho que me completa e ajuda nas minhas limitações e fez de tudo para que conquistasse mais um dos nossos sonhos de felicidade.

Agradeço-te meu Deus, pelos meus pais Samuel Matos e Valdira S. Barbosa Matos, que me ensinaram sobre teu amor, cuidando de mim e dando suporte em todos os momentos da minha vida e nesta nova etapa de estudos do mestrado e pela minha irmã Verena S. Barbosa Matos, pelo companheirismo, amizade e alegria constante.

Minha gratidão à orientadora Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, que me apoiou nos momentos mais difíceis da pesquisa e pela experiência de aprendizado na trajetória deste mestrado. Também por participar com ela e as amigas Géssyca Cavalcante de Melo e Silvana Maria Barros de Oliveira, de dois grupos para o desenvolvimento das nossas pesquisas, Promoção da Saúde e PROCUIDADO, em que Deus cuidou das nossas vidas e nos instruiu, de modo a estarmos bem ajustadas, também entre nós. Muito obrigada, amigas! Pela dedicação e empenho de vocês no desenvolvimento e esforço para a realização desta pesquisa.

Agradeço as professoras Dra. Iraci dos Santos; Dra. Débora de Souza Santos; Dra. Mércia Zeviani Brêda, pelo enriquecimento da pesquisa com suas preciosas contribuições.

Igualmente agradeço à equipe multiprofissional de saúde do local da pesquisa e aos participantes desta, que não mediram esforços para contribuir com a pesquisa.

Agradeço também aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGEnf, ao seu colegiado, bem como à Universidade Federal de Alagoas – UFAL, por oferecer um ambiente de pesquisa fundamental ao desenvolvimento deste estudo.

Aos amigos enfermeiros da terceira geração de um sonho conquistado pela nossa Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL por juntos estarmos escrevendo a história da nossa profissão. Meus sinceros agradecimentos às fomentadoras de pesquisa Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas - FAPEAL, parceria essa que me foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

“Como a carta de navegação, processos de planejamento e avaliação não determinam para onde se vai chegar, não nos dão o controle do que vai acontecer na travessia, nem substituem o ato mesmo de navegar. Mas eles podem nos ajudar a definir em que direção queremos seguir, perceber o que vai acontecendo pelo caminho e o que podemos e queremos fazer diante desses acontecimentos” (AYRES et al, 2012, p. 411).

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes, sendo considerada como um grave problema de saúde pública no mundo. Seu acompanhamento terapêutico é realizado por meio do tratamento medicamentoso ou não, podendo-se criar planos de ação para melhorar a saúde das pessoas que convivem com esta doença. Assim esta pesquisa teve por objetivo: analisar a aplicabilidade de um plano de ação fundamentado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender no cuidado de enfermagem aos adultos com hipertensão em tratamento. Trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa, tendo como participantes 14 adultos com hipertensão, acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família e pelo Serviço de Promoção da Saúde, localizados em Satuba, Alagoas, Brasil. Para a produção dos dados foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, utilizando cinco formulários elaborados conforme sugere o modelo teórico de Pender. Os dados produzidos foram analisados segundo os componentes do diagrama do referido modelo para construção de um plano. Os resultados mostraram que este plano pode ser aplicável na perspectiva do cuidado de enfermagem, pois houve boa adesão da proposta deste plano, tanto por parte dos adultos com hipertensão, quanto dos profissionais de saúde. A partir da aproximação da realidade dos participantes, identificou-se características e experiências no estilo de vida deles, que por sua vez, contribuiu para a adoção de comportamentos promotores da saúde. Portanto, a aplicação deste plano promoveu vínculo e compromisso, quebra com a lógica biomédica, potencializou a negociação, estimulou a autonomia e o empoderamento e proporcionou a longitudinalidade do cuidado. Este estudo pode trazer subsídios para os enfermeiros a respeito de uma proposta de aplicabilidade do modelo de Pender promovendo um conhecimento próprio da profissão como ciência.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde. Cuidado de Enfermagem. Modelos Teóricos. Hipertensão. Atenção Primária.

## ABSTRACT

The Hypertension is one of the most frequent chronic diseases and is considered as a serious public health problem worldwide. Its therapeutic monitoring is done through drug treatment or not, being able to create action plans to improve the health of people living with this disease. So this study aimed to: analyze the applicability of a reasoned plan of action in Nola Pender's Health Promotion Model in nursing care to adults with hypertension in treatment. This is a cross-sectional study with a qualitative approach with the participants 14 adults with hypertension, accompanied by the Family Health Strategy and the Health Promotion Service, located in Satuba, Alagoas, Brazil. For the production of data was used semi-structured interview technique, using five forms prepared as suggested by the theoretical model of Pender. The data produced were analyzed according to the diagram components of that model construction of a plane. The results showed that this plan may be used in nursing care perspective, since there was good proposal plan adhesion by both adults with hypertension and health professionals. From the approximation of reality of the participants, we identified characteristics and experiences in their lifestyle, which in turn, contributed to the adoption of health-promoting behaviors. Therefore, this plan implementation promoted bond and commitment, breaking with the biomedical logic, leveraged the trading between health professional and patient, encouraged autonomy and empowerment and provided the longitudinality care. This study may provide support for nurses regarding a proposal for the use of Pender model promoting a proper knowledge of the profession as a science.

**Key words:** Health Promotion. Nursing Care. Theoretical Models. Hypertension. Primary Care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de representação do espaço metodológico quadripolar.....	33
Figura 2 – Diagrama revisado do modelo de promoção da saúde de Nola Pender .....	36
Figura 3 - Aplicação do diagrama do modelo teórico de promoção da saúde de Nola J. Pender no cuidado de adulto com hipertensão da primeira participante da pesquisa, Satuba, AL, Brasil, 2014.....	67
Figura 4 - Aplicação do diagrama do modelo teórico de promoção da saúde de Nola J. Pender no cuidado de adulto com hipertensão no sexto participante da pesquisa, Satuba, AL, Brasil, 2014 .....	73

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados, Satuba, Alagoas, Brasil, 2014. ....	50
Quadro 2 – Distribuição dos participantes segundo avaliação antropométrica e pressão arterial, Satuba, AL, Brasil, 2014 .....	51
Quadro 3 – Distribuição dos participantes segundo avaliação antropométrica inicial e final e pressão arterial, Satuba, AL, 2014.....	79

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Tipo de alimentação a partir das primeiras refeições do dia, Satuba, AL, Brasil, 2014. ....	53
Tabela 2 – Tipo de alimentação a partir do meio dia e ingestão hídrica, Satuba, AL, 2014. ....	54

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	20
<b>2.1 A promoção da saúde e o cuidado de enfermagem</b> .....	20
2.1.1 Aplicação de modelos para a promoção da saúde .....	29
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO - MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER</b> .....	33
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	42
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	42
<b>4.2 Cenário</b> .....	42
<b>4.3 Participantes da pesquisa</b> .....	43
<b>4.4 Produção de informações</b> .....	43
4.4.1 Os instrumentos .....	43
4.4.2 Aproximação dos participantes .....	45
<b>4.5 Aspectos éticos</b> .....	48
<b>4.6 Análise das informações</b> .....	48
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	49
<b>5.1 Características e experiências individuais de adultos com hipertensão: fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e os comportamentos prévios ao plano de cuidado conjunto</b> .....	49
<b>5.2 Conhecimentos e sentimentos dos adultos com hipertensão acerca dos comportamentos promotores de saúde necessários à sua condição e o autocuidado</b> .....	56
5.2.1 Significados da hipertensão arterial.....	57
5.2.2 Conhecimento em saúde: cuidar de mim e do outro .....	59
5.2.3 Mecanismos de enfrentamento da doença: qualidade de vida.....	62
<b>5.3 Construção conjunta do plano de ação pelo adulto com hipertensão e o enfermeiro: o processo de assumir os comportamentos de promoção da saúde possíveis e desejados...</b>	65
<b>5.4 Comportamentos promotores de saúde em curso/alcançados como resultado da aplicação do plano de ação conjunto elaborado</b> .....	76
5.4.1 Potencialidades e desafios da aplicação de um plano de ação fundamentado no modelo de promoção da saúde de Nola Pender .....	81

<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	86
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	89
<b>APÊNDICES</b> .....	99
<b>ANEXOS</b> .....	118

## 1 INTRODUÇÃO

A aplicabilidade de um plano de ação fundamentado no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender no cuidado de enfermagem aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o objeto deste estudo. A concepção desse objeto de estudo surgiu da experiência de trabalhar com pessoas com hipertensão na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município Satuba, localizado no Estado de Alagoas, Brasil, onde foi realizado este estudo no período de seis meses. A experiência permitiu observar que tais pessoas eram diagnosticadas com a doença, acompanhadas pelos profissionais de saúde e em poucos momentos havia a preocupação de analisar a vulnerabilidade em seu estilo de vida, como integrantes da atenção a doença e em especial na promoção da saúde.

Assim, a prática mostra, não apenas nessa realidade, que a atenção às pessoas com HAS se restringe a consultas nas quais se verifica a pressão arterial, prescreve-se medicamentos e presta-lhes algumas orientações relacionadas ao consumo de sal e a necessidade de exercitar-se. Salvo algumas exceções, as unidades de saúde da Atenção Primária não promovem uma resposta social satisfatória com práticas educacionais e de promoção da saúde para um cuidado integral e contínuo a população.

Desta maneira, não oferecem atividades para gerar conhecimentos e habilidades para que pessoas com esta doença conheçam seus problemas e assim escolham seu tratamento; adotem ou mantenham comportamentos que contribuem para sua saúde ou mudem comportamentos de risco à saúde; utilizem os recursos disponíveis para dar suporte às mudanças necessárias e superem as barreiras contrárias a melhoria da saúde (MENDES, 2012).

As necessidades em saúde apresentadas pelas pessoas são conformadas a partir do significado que dão ao processo saúde/doença, e esse processo de formação de subjetividade é influenciado por inúmeros determinantes e condicionantes biológicos, sociais, psicológicos e econômicos (BYDŁOWSKI, LEFEVRE, PEREIRA, 2011). No entanto, tem-se observado, na prática, que os profissionais de saúde desconsideram todas as dimensões que envolvem a vida das pessoas, pois ainda são influenciados pelo modelo biomédico, que desenvolve o processo de trabalho de modo impessoal, centrado na cura da doença já instalada, na hospitalização e fragmentação do sujeito, não potencializando a autonomia sobre seu processo de saúde/doença, tão necessária para o fortalecimento da promoção da saúde (GOMES et al, 2011).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2010), a HAS é uma das Doenças crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais frequentes, sendo definida como condição clínica multifatorial expressa por níveis elevados e persistentes de pressão arterial (PA Sistólica  $\geq$  140mmHg; PA Diastólica  $\geq$  90 mmHg), considerada um grave problema de saúde pública no mundo.

No Brasil, 40% dos brasileiros têm doenças crônicas não transmissíveis e destas 21,4% ou 31,3 milhões das pessoas com mais de 18 anos já foram diagnosticadas com hipertensão e 2,2 milhões de adultos já sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo que em Alagoas a proporção de pessoas maiores de 18 anos com diagnóstico de hipertensão chega a 5,5%, sendo uma das doenças crônicas com elevado grau de morbidade e mortalidade (IBGE, 2013). Dentre os principais problemas mencionados no Plano Municipal de Satuba sobre as condições de saúde da população composta por 14.603 habitantes têm-se o alto índice de pessoas com hipertensão, totalizando 1.268 que estão sendo acompanhadas pela ESF (DATASUS, 2014). Assim, a hipertensão arterial é um problema de saúde de grande relevância também para o município referido. Além disso, essa doença se constitui como um dos principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, que há algumas décadas representam a segunda (29%) das causas de morte depois das causas externas neste município.

Em um estudo sobre a promoção, prevenção e cuidado da hipertensão no Brasil do total de 12.324 adultos, de 20 a 59 anos, em 100 municípios brasileiros, 16,3% referiram diagnóstico médico de hipertensão. As maiores prevalências de hipertensão foram observadas na categoria de idade de 50 a 59 anos, com maior frequência nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, enquanto a menor concentração de HAS nessa faixa etária foi encontrada na região Nordeste (40,7%). A proporção de pessoas hipertensas com nenhuma escolaridade nesta última região foi superior à encontrada em todas as demais regiões, seguida pelas regiões Norte e Centro-Oeste (PICCINI et al, 2012).

Outro achado considerável nesse estudo de Piccini et al, (2012) foi que 66,1% esteve em consulta médica por hipertensão no último ano, da qual metade (52,4%) realizou eletrocardiograma. Dos hipertensos que tiveram sua pressão arterial aferida na entrevista (74,6%), quase a metade (42,4%) apresentava cifras tensionais descompensadas, o que se mostrava como um risco para uma série de complicações. Dentre as complicações da HAS destaca-se a doença arterial coronária, doença cerebrovascular, insuficiência renal crônica, e outras, que geram alto custo para os

sistemas de saúde, podem ter origem na hipertensão ou em fatores de risco relacionados à sua etiologia (LOTEMBERG et al, 2010).

Esses fatores podem ser tanto individuais como também coletivos e contextuais que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento que incluem as características individuais como sexo, idade, raça/cor, hereditariedade e aspectos próprios ao modo de vida e comportamentos das pessoas tais como o estresse psicossocial, sedentarismo, sobrepeso/obesidade, ingestão excessiva de sódio e gorduras saturadas, uso de bebidas alcoólicas e tabagismo, também as crenças, conhecimentos e significados acerca do processo saúde-doença, os valores e interesses das pessoas, o acesso à informação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, as influências exercidas pela família, escola, serviços de saúde entre outras (CARVALHO, et al, 2013; AYRES et al, 2012).

Em relação às formas de tratamento da HAS, há o tratamento medicamentoso e não medicamentoso ressaltando a importância da abordagem multiprofissional, sendo que a decisão terapêutica vai depender do risco cardiovascular que considera a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2010) o período de tempo recomendado para a adoção apenas de medidas de modificação de estilo de vida isoladamente em pacientes hipertensos com baixo risco cardiovascular, é de no máximo seis meses. Após três meses, caso os pacientes não estejam respondendo a essas medidas, deve-se fazer uma nova avaliação e após os seis meses também para o controle da pressão arterial. Se esse benefício não for confirmado durante o tempo preconizado, já está indicada a instituição do tratamento medicamentoso em associação.

Em pacientes com riscos médios, altos ou muito altos, independentemente da pressão arterial, o tratamento medicamentoso também deve ser associado para se atingir a meta preconizada o mais precocemente. Alguns estudos aleatórios e controlados contra placebo insinuam que a instituição de tratamento medicamentoso em pacientes de alto risco diminui os eventos cardiovasculares quando há valores de pressão arterial entre 130-139 /85-89 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Este protocolo é um exemplo de tratamento da HAS no modelo biomédico, centrado nas ações curativas sem analisar a vulnerabilidade individual, social e o

contexto socioeconômico e cultural das pessoas que convivem com a doença (AYRES et al, 2012).

Nas últimas décadas, a sociedade mundial foi marcada por um período de transição estrutural decorrente dos avanços tecnológicos, que resultaram mudanças significativas na vida das pessoas. Como resultado, ocorreram intensas mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, caracterizadas pelo envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Nesse cenário, destaca-se a HAS, por sua relevância epidemiológica, pois se apresenta como uma das principais doenças crônicas da população mundial e brasileira (SILVA; SANTOS, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Atualmente, o Brasil vivencia a tripla carga de doenças, com predomínio das doenças crônicas (66,2%) e seus fatores de risco como sobrepeso, tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada; seguida das doenças agudas como infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva (23,6%) e o crescimento das causas externas (10,2%), porém, muitas vezes, o modelo de atenção adotado para o tratamento das doenças crônicas predominantes está organizado para responder às condições agudas, o que pode impossibilitar a melhoria satisfatória da saúde das pessoas com doenças crônicas assistidas, assim necessitando, diante deste contexto, de uma mudança no modelo de atenção (MENDES, 2011).

Portanto, um dos problemas críticos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a incompatibilidade entre uma situação de saúde que combina transição demográfica acelerada e tripla carga de doença, com forte predominância de condições crônicas e um sistema fragmentado de saúde que opera de forma episódica e reativa e que é voltado principalmente para a atenção às condições agudas (MENDES, 2010). Diante disso, é preciso repensar a clínica da Atenção Primária, porque para uma atenção mais coerente às condições crônicas, esta deve ser mais direcionada para o cuidado em vez do foco ser na cura (MENDES, 2012). Para o reestabelecimento desta compatibilidade é preciso um sistema integrado de saúde que opera de forma contínua e proativa e voltado equilibradamente para a atenção às condições agudas e crônicas através das redes de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Nesse sentido, além do tratamento medicamentoso, o cuidado direcionado as pessoas com HAS requer uma atenção voltada para as condições crônicas através da priorização das ações da Atenção Básica para uma resposta social organizada com longitudinalidade, integralidade, corresponsabilização, comunicação e resolubilidade

(MENDES, 2012). Desse modo, é fundamental que os profissionais de saúde, principalmente da atenção básica, analisem a vulnerabilidade das pessoas e a partir daí, auxiliem os indivíduos na adoção de comportamentos saudáveis para a promoção da saúde (RISSARDO et al, 2012; MENDES, 2012).

Assim, a promoção da saúde no século XXI traz muitos desafios devido às mudanças rápidas e contínuas na população, força de trabalho, tecnologia e ambiente de cuidados de saúde. Entretanto, esses desafios criam novas oportunidades para enfermeiros, que como outros membros de uma equipe interdisciplinar, pode criar planos inovadores para melhorar a saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços da atenção básica em saúde, o trabalho com grupos foi incorporado pelas equipes, sendo até sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde. No plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), Brasil (2004), por exemplo, está contida a indicação de que o enfermeiro e toda a equipe multiprofissional deve realizar atendimento individual e grupal com hipertensos e diabéticos como estratégia de educação que favorece a promoção da saúde (CORREIA, et al. 2010).

Desta forma, a Estratégia Saúde da Família é a estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde que tem como finalidade a reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde e traz um conceito de trabalho em saúde focado nos conceitos de acolhimento, qualidade de vida, responsabilização e vínculo entre as equipes e os usuários (PAZ et al, 2011). Além de direcionar seu processo de trabalho para resolver as necessidades dos indivíduos e produzir como resultado a sua autonomia.

Dentre as iniciativas de promoção da saúde pautadas pela Estratégia Global da Organização Mundial de Saúde, destacam-se as Academias da Saúde que recentemente a Portaria n. 719, de 07 de abril de 2011 instituiu este programa no âmbito do SUS, constitui serviços de promoção da saúde compostos por uma equipe multiprofissional qualificada, infraestrutura e equipamentos que propiciam a população vulnerável socialmente, atividade física e orientação nutricional, lazer e modos de vida saudáveis, incrementando as políticas governamentais de promoção da saúde (SALOMÃO et al, 2013). Em Satuba, onde foi desenvolvida essa pesquisa, há um complexo hidroginástico, que também se constitui em um serviço de promoção da saúde, que tem como objetivo realizar ações multiprofissionais e intersetoriais de cuidados com a saúde

e estimular a prática de atividades físicas nas unidades de saúde da família para a população (SATUBA, 2014).

Para o estabelecimento de uma nova clínica para a atenção às condições crônicas na ESF e nos serviços de promoção da saúde é necessário mudar o foco da cura para o cuidado; da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa; da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional; o estabelecimento de novas formas de relação entre a ESF e a atenção ambulatorial especializada; o fortalecimento do cuidado compartilhado (MENDES, 2012).

Ainda, a HAS poderá levar a uma considerável alteração no estilo de vida das pessoas, principalmente pelas restrições determinadas pelo tratamento medicamentoso ou não, sendo essencial a corresponsabilização entre os profissionais de saúde e as pessoas com hipertensão. Desta maneira, cabe, ao enfermeiro, implementar ações específicas de cuidado à saúde das pessoas com hipertensão, orientando-as para um novo conviver com o acompanhamento terapêutico e possibilitando a compreensão de todo o contexto que a envolve (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2002).

Com a finalidade de apoiar o cuidado de enfermagem em um referencial teórico, este estudo foi fundamentado no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, justificando-se esta escolha pelo entendimento que seus pressupostos favorecem uma melhor análise da situação vivenciada pela pessoa com hipertensão. Com isso, percebe-se ser de grande importância a aplicação de um plano de cuidado de enfermagem fundamentado neste modelo teórico. Considerando os aspectos levantados, esse estudo tem como questão de pesquisa: **um plano de ação fundamentado no MPS de Nola Pender se aplica ao cuidado de enfermagem aos adultos com HAS em tratamento na Estratégia de Saúde da Família?**

Para responder a esta questão o estudo teve como Objetivo Geral:

- Analisar a aplicabilidade de um plano de ação fundamentado no MPS de Nola Pender no cuidado de enfermagem aos adultos com HAS em tratamento.

E como Objetivos Específicos:

- Identificar as características, experiências individuais, conhecimentos e sentimentos do adulto com HAS que contribuem para sua participação ou não no desenvolvimento de comportamentos saudáveis;
- Construir um plano conjunto com o adulto com HAS a fim de alcançar os comportamentos de promoção da saúde desejáveis;

- Acompanhar a implementação do plano construído conjuntamente com o adulto com HAS;
- Avaliar os resultados dos comportamentos de promoção da saúde estabelecidos no plano com o adulto com HAS.

Os indicativos de aplicabilidade serão identificados a partir da avaliação deste plano de ação fundamentado no modelo teórico de Pender, buscando-se sistematizar a assistência de enfermagem através da aplicação deste plano como possibilidade de servir de instrumento com operacionalidade simples, ágil e de qualidade para o cuidado de adultos com hipertensão nos serviços da rede de atenção à saúde. Desta forma, a aplicação deste plano poderá proporcionar práticas de saúde com corresponsabilidade, integralidade, quebra com a lógica biomédica, vínculo e compromisso, estimular a autonomia das pessoas assistidas e a longitudinalidade do cuidado.

Portanto, considera-se que fazer este estudo fundamentado no modelo teórico de Pender poderá oferecer subsídios científicos para a prática de enfermagem articulada com a equipe multiprofissional e desta forma também favorecer a melhoria da qualidade do cuidado prestado para além do adoecimento da pessoa contribuindo claramente para a promoção da saúde em todas as áreas, principalmente a Enfermagem.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 A promoção da saúde e o cuidado de enfermagem**

No modelo de promoção da saúde, a valorização da integralidade do sujeito é evidenciada na maneira como o processo saúde-doença-cuidado é entendido e na forma como são propostas as respostas sociais para este processo. Este modelo também acredita na concepção de que a saúde é influenciada por condições mais amplas do que simplesmente a hereditariedade, a biologia humana e os fatores ambientais mais imediatos, incluindo as dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais (BUSS, 2003).

Esse entendimento remete ao Informe Lalonde pelo governo canadense em 1974 que é considerado importante marco histórico conceitual da promoção da saúde. Esse documento foi produzido pelo Ministério de Bem Estar e Saúde do Canadá, sintetizou o ideário, que preconiza como eixo central um conjunto de ações que procuram intervir positivamente sobre comportamentos individuais não saudáveis (CARVALHO, 2004).

Esse Relatório, partindo da realidade do sistema de saúde canadense, no início da década de 1970 apresenta a noção da promoção da saúde, enfatizando a importância de mudanças do comportamento, a partir de ações sobre os estilos de vida dos diversos grupos populacionais. Ainda, demonstra que o tradicional padrão médico-assistencial era o componente de menor efeito sobre a promoção de melhorias à saúde (FERREIRA; BUSS, 2002).

As ações de promoção da saúde, historicamente, foram colocadas nos últimos lugares na hierarquia dos procedimentos de abordagem da população, por motivos ligados ao conhecimento a respeito do assunto, do paradigma do processo saúde-doença, da intencionalidade das políticas públicas de saúde vigentes e da realidade individual, comunitária e local, bem como da formação dos profissionais de saúde, questões administrativas e de gestão do serviço de saúde (BRASIL, 2003).

Nesse aspecto, o conceito de campo da saúde enfatizado no Relatório Lalonde, (1974) corresponde a um conjunto de práticas e saberes que têm influência direta sobre a mesma e que extrapolam a assistência médica, realçando quatro grupos de determinantes do processo saúde-doença: a biologia humana (genética e fisiologia); a organização dos serviços de saúde; o ambiente (natural e social) e o estilo de vida (CARVALHO, 2004).

Entretanto esse conceito, considerando o fluxo histórico, trouxe o entendimento que os indivíduos deveriam assumir a responsabilidade sobre os efeitos negativos de seus hábitos de vida e assim esse discurso behaviorista (comportamental) limitava o conceito da promoção da saúde porque dava menor importância a fatores dos indivíduos como de gênero, raça e classe, incentivando a culpabilização das vítimas cujas responsabilidades por problemas de saúde residiam fora da sua governabilidade (GENIOLE; KODJAOGLANIAM; VIEIRA, 2011). Para superar o modelo behaviorista, na década de 80 foi formulada a vertente sócio-ambiental, posteriormente denominada de Nova Promoção à Saúde, esse novo modelo investiu na preparação individual e coletiva para promover um maior controle sobre os determinantes de saúde.

Segundo Pereira, (2012) esse relatório Lalonde, ao ser considerado como marco conceitual, teve a repercussão dos seus relatos no cenário mundial, desencadeando uma série de iniciativas, lideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as quais foram iniciadas pela Assembléia de Alma-Ata, cuja Declaração final preconizava o lema “Saúde para todos no ano 2000”, e a importância da atenção primária à saúde, conforme o trecho que se segue:

A conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem - estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OPAS, 1978, p. 1-3).

Desse modo, a Declaração de Alma Ata apresenta indicação, em caráter internacional, para que os cuidados primários à saúde fossem aplicados em todo o mundo. Essa ação amplia uma nova visão para o conceito de saúde, visto que, conforme Coelho; Filho (2002), as questões de saúde sempre foram orientadas por uma noção negativa, de privilégio ao controle das enfermidades, não considerando as condições determinantes.

Ainda no cenário de discussão de Promoção à Saúde, foi planejada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção, em Ottawa (1986), sendo uma ação conjunta da Organização Mundial da Saúde e da Associação Canadense de Saúde Pública (BUSS; CARVALHO, 2009).

Por sua vez, a carta de Ottawa apresentou-se como marco teórico da nova promoção da saúde, fundamentado em um conceito de promoção da saúde para além da visão biologicista, incluindo questões sociais, econômicas, ambientais e educacionais,

como pré-requisitos essenciais à saúde da população (CARVALHO, 2004). Dessa maneira, uma vez que a saúde é o principal recurso para o desenvolvimento social e político das nações, a promoção da saúde prioriza a participação do sujeito para o autocuidado e é:

O nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como um objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai pra além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OPAS, 1986, p.1-5).

Destacam-se aqui os princípios norteadores, dispostos na Carta de Ottawa, para a construção de práticas voltadas à Promoção da Saúde, como: fortalecimento da participação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; criação de políticas públicas saudáveis; parcerias intersetoriais e reorientação do sistema de saúde (OPAS, 1986). A promoção da saúde direcionou-se para um bem-estar global, considerando recursos fundamentais para a saúde: paz; habitação; educação; alimentação; renda; justiça social e equidade (BRASIL, 2002). Seguiram-se outras conferências como a de Adelaide; Sundsväl; Rio de Janeiro; Santafé; Porto of Spain; Trinidad e Tobago; Jacarta e Bancoc que aprofundaram discussões sobre os aspectos enunciados na carta de Ottawa (PEREIRA, 2012).

Portanto, considerando a mudança de paradigma, a promoção da saúde deve ser pautada sobre a lógica do entendimento do processo saúde-doença e do saber socialmente construído. Considerando as dimensões dos indivíduos e grupos, faz-se necessário que o processo social seja construído sob a priorização do diálogo entre o profissional de saúde e os mesmos, porque somente o compromisso com aspectos que transcendem a biologia, o tecnicismo e o saber hegemônico podem minimizar a diferença existente entre profissional e paciente, principalmente nas questões relacionadas à educação em saúde (GENIOLE; KODJAOGLANIAM; VIEIRA, 2011).

Assim, cada vez mais está presente à discussão sobre a participação da comunidade como forma de instituir novas relações entre os indivíduos e a sociedade, com vistas à construção de projetos de vida mais saudáveis, a partir da ressignificação das práticas de promoção da saúde. Assim, faz-se necessário que os enfermeiros e os

demais profissionais de saúde, principalmente da Atenção Básica ou primária promovam a mudança do foco de atenção às doenças para uma abordagem centrada no indivíduo e sua família. A ESF inserida na Atenção Básica só cumprirá sua finalidade a partir do momento que sua população adscrita seja capaz de construir um modo de vida saudável garantindo a saúde de todos os membros da comunidade (GENIOLE; KODJAOGLANIAM; VIEIRA, 2011).

Diante disso, a Promoção da Saúde talvez seja o rumo do atual agir em saúde, de valor imensurável para a qualidade de vida da população. Assim, a promoção da saúde atua através de ações intersetoriais nas práticas de saúde, buscando soluções integrais para os problemas de saúde dos indivíduos e atendimento das necessidades da população. Neste contexto, a ESF trouxe a possibilidade de aproximação entre a equipe de saúde e a população, sendo uma forma importante de melhorar o acesso, organizar a demanda e planejar e executar as ações em saúde realmente prioritárias para o contexto em questão (GENIOLE; KODJAOGLANIAM; VIEIRA, 2011).

No Brasil, com as transformações contemporâneas na sociedade após o regime militar em 1964, houve críticas sistemáticas ao saber hegemônico-dominante, inclusive no setor saúde, daí surgiram novos ideais de construção de um saber contra-hegemônico e politicamente efetivo. Assim, ocorreram discussões sobre a grave crise no setor saúde que fortaleceram os movimentos sociais e populares deste período, oportunizando a criação do SUS e mais tarde da ESF (NORONHA et al, 2009).

Nesse contexto, os princípios da Promoção da Saúde referenciados na Carta de Ottawa foram incorporados pelo Movimento da Reforma Sanitária, na Constituição Federal de 1988 e no SUS, com o objetivo de reduzir as iniquidades em saúde e empoderar os indivíduos e grupos para atuarem sobre sua saúde (BUSS, 2003). No entanto, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi somente elaborada e aprovada pelo Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) em 2006. Esta política representa um marco no processo de construção do SUS, reafirmando a compreensão dos determinantes sociais da saúde no processo saúde doença (BRASIL, 2006; MALTA et al, 2014).

A PNPS reforçou a intencionalidade dos atores sociais envolvidos no processo de fortalecimento e na administração do Sistema Único de Saúde - (SUS) em consolidar a promoção da saúde como prática social intersetorial diretamente relacionada à qualidade de vida e ao equilíbrio do processo saúde-doença (BRASIL, 2006).

Dessa forma, sendo a promoção da saúde um dos eixos norteadores das ações da Estratégia de Saúde da Família, esta poderá contribuir para a qualidade de vida através de: ações que produzam e disponibilizem o conhecimento a respeito dos determinantes do binômio saúde-doença; construção conjunta com a comunidade de agendas sociais saudáveis e demonstração de formas de organização social e comunitária que garantam melhor qualidade de vida (GONDIM *apud* GENIOLE et al, 2011).

Diante disso, é importante que essas ações sigam as prioridades determinadas pela PNPS, consideradas parte do Pacto pela Saúde, as quais são: alimentação saudável, prática corporal e atividades físicas, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

Por outro lado, é preciso se considerar que além da mobilização do setor saúde para que essas prioridades sejam contempladas, há que se investir na intersetorialidade como pilar central das ações de promoção da saúde, visando à elevação dos padrões de qualidade de vida e do bem-estar coletivo (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, os profissionais da equipe de saúde devem desenvolver a capacidade de propor acordos intra e intersetoriais e estimular o controle social para o compartilhamento de necessidades, a fim de que a concepção de saúde não fique centrada somente na assistência aos enfermos, mas, também na promoção da qualidade de vida das pessoas, com o objetivo de aumentar o nível de eficácia e efetividade dessas ações (ROCHA, et al. *apud* GENIOLE et al, 2011).

Desse modo, a compreensão atual de Promoção da Saúde, difundida pela PNPS, fortalece o SUS na medida em que estimula a ampliação da rede de corresponsabilização pelas ações de saúde. É necessário frisar que a Promoção da Saúde, embora, venha fazendo parte das políticas gestoras há algumas décadas, no campo das práticas deve permanecer reorientando os serviços de saúde (GENIOLE; KODJAOGLANIAM; VIEIRA, 2011).

Em 2014, completou oito anos desde a publicação da PNPS e durante este período ocorreram importantes avanços e desafios. Assim, nos últimos anos foram assumidas novas demandas e compromissos nacionais como as agendas sociais coordenadas pela Casa Civil da Presidência da República, como o programa de enfrentamento da pobreza, agendas internacionais como a Conferência de Alto Nível ONU – DCNT (2011), a Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde

(2011), a Conferência Rio + 20 (2012), a 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde - *Saúde em todas*, ocorrida na Finlândia em (2013), dentre outras. Assim, o Ministério da Saúde decidiu pela revisão ampla, participativa e inclusiva da PNPS, quanto aos seus objetivos, diretrizes e ações prioritárias, a fim de repensar as prioridades da política para os próximos anos (MALTA et al, 2014).

Desta forma, a portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014 redefine a PNPS, sendo que seus valores atuais são fundamentados na solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça e inclusão social. Ainda, adota como princípios: a equidade; participação social; a autonomia; o empoderamento; a intra e intersetorialidade; a sustentabilidade, a integralidade e territorialidade e tem como objetivo “promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2014, art. 6º).

Uma das diretrizes da PNPS revisada é a incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente na rotina das ações da atenção básica em saúde, através de ações intersetoriais. Tendo como prioridades para os próximos anos: a formação e a educação permanente; a alimentação adequada e saudável; as práticas corporais e de atividades físicas; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, além do uso de álcool e outras drogas; promoção da mobilidade segura, da cultura da paz e de direitos humanos, e, promoção também do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2014). A nova PNPS estabelece ainda as responsabilidades de cada esfera do SUS para a parceria necessária ao estabelecimento das ações em saúde.

As ações coordenadas pelo setor saúde avançam no desenho de ações que almejam à melhoria da saúde, estilos de vida saudáveis, dirigidas à população em geral, e em especial a públicos prioritários que frequentam as unidades de saúde, como idosos, pessoas com obesidade, diabetes e/ou hipertensão, dentre outros (MALTA et al, 2014).

O Programa Academia da Saúde consta no Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, como uma das iniciativas para o aumento da atividade física da população, em especial o público que frequenta a atenção básica de saúde (BRASIL, 2011; MALTA; SILVA, 2013), demonstrando inclusive um importante potencial para estimular a participação masculina e dos adolescentes. Assim, o Programa Academia da Saúde torna-se um elemento essencial para ajudar a se atingir

a meta de redução do sedentarismo e aumento dos níveis de atividade física na população (MALTA et al, 2014).

Um modelo de atenção voltado para a promoção da saúde, preconizado pela ESF, configura-se com uma lógica de atendimento centrada na relação usuário e serviço, fundamentada no respeito mútuo, valorização das subjetividades e autonomia das pessoas assistidas (BOSI; AFFONSO *apud* SANTOS, TENÓRIO, BRÊDA, MISHIMA, 2014).

Nesse sentido, todo esforço deve ser feito para que a Promoção da Saúde seja estimulada e mantida como um dos paradigmas orientadores da ESF e dos serviços da rede de atenção à saúde, o que pode começar com a sensibilização e formação dos profissionais direcionadas para tais práticas mais resolutivas dos problemas de saúde e atendimento das necessidades da população, com equidade e demais princípios desse novo paradigma. Assim, a construção de instrumento como neste estudo, que valoriza o paradigma da promoção da saúde é fundamental para a efetividade da atenção às pessoas que convivem com uma doença crônica como a HAS.

Os profissionais de saúde, tradicionalmente, foram formados para privilegiar o conhecimento da biomedicina, o que tem levado a muitas frustrações, especialmente nas atividades de cuidado com pessoas em condições crônicas, em que a doença não é algo passageiro, mas permanece e torna-se imbricada na vivência do cotidiano (SILVA; TRENTINI, 2002).

Na atualidade, dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro enfrenta grandes desafios, dentre eles o lidar com a complexidade do ser humano com condições crônicas, tais como a HAS, pois tal condição apresenta características peculiares que influenciam a percepção e a convivência da pessoa com o adoecimento. Diante disso, para o cuidado às pessoas com doenças crônicas e em especial a HAS, o enfermeiro precisa participar dos processos de construção do conhecimento, no sentido de assimilar e utilizar inovações, tanto tecnológicas como humanísticas, de modo equilibrado, para que se possam oferecer condições de compartilhar o autocuidado com as pessoas por ele acompanhadas de forma mais satisfatória ao contexto de vida delas (FAVA et al, 2013).

Por outro lado, os enfermeiros, muitas vezes, não conseguem desempenhar satisfatoriamente seu processo de trabalho nas ESF devido à sobrecarga de atividades, como a assistência direta à população ao mesmo tempo em que precisa tratar de questões sobre a gerência da unidade e da própria equipe de enfermagem, o que pode resultar em invisibilidade do seu trabalho por parte dos usuários. Assim, é necessário

que o papel tão essencial do enfermeiro integrante da equipe de saúde se torne mais visível e reconhecido pelos usuários (BOELL et al, 2012).

Desta maneira, faz-se necessário que o profissional enfermeiro ocupe seu espaço no atendimento às pessoas com HAS, realizando ações de promoção e educação em saúde, orientações e consultas de enfermagem para que os acompanhamentos terapêuticos dessas pessoas possam ir além de consultas médicas e uso de medicações (SEIFFERT et al, 2014).

Um dos principais e mais tradicionais projetos da Enfermagem é a promoção do autocuidado. Assim, desde o início da sua história, o movimento da promoção da saúde vem articulando seus projetos promocionais a partir de investimentos na autonomia dos sujeitos para o cuidado de si (OLIVEIRA, 2011).

O projeto de promoção da saúde se propõe a inovar esta tarefa de educar a população para capacitá-la a se responsabilizar por sua saúde. Assim, segundo Oliveira *apud* Oliveira, 2011, a inovação estaria centrada nas seguintes premissas: a) a saúde não pode mais ser entendida simplesmente como ausência de doença, mas como qualidade de vida e um recurso para a vida; b) a saúde é resultado de muitos fatores, inclusive ambientais; c) ações promocionais em saúde devem investir concomitantemente em mudanças de estilo de vida – dimensão individual, e em mudanças contextuais – dimensão estrutural; d) a educação pode promover saúde, mas a direção não deve ser apenas informar, mas, também, aumentar a consciência crítica dos sujeitos sobre sua realidade para que possam nela atuar para melhorá-la e, e) nos processos educativos devem ser privilegiados espaços dialógicos de aprendizagem evitando-se metodologias de persuasão.

É essencial que o enfermeiro no processo de trabalho priorize a escuta do sujeito do seu cuidado para a produção de um plano de cuidado compartilhado de interesses comuns, que seja reflexivo e não prescritivo e autoritário (OLIVEIRA, 2011). Assim, autora ainda reflete que “a aposta é que a escuta do outro possa nos tornar conhecedores e sensíveis aos seus desejos, aproveitando neste ato a oportunidade de trocar posição com este outro a partir do reconhecimento de que nele há certa projeção de nós mesmos” (OLIVEIRA, 2011. p.188).

Desta maneira, é possível pensar na possibilidade de um cuidado promotor da autonomia do sujeito, sem ter uma atitude paternalista nem muito menos deixá-lo num sentido unilateral e absoluto para garantir seu livre-arbítrio, mas uma autonomia

fundamentada pelo próprio sentido ético do encontro comprometido mutuamente com os projetos de felicidade do outro (AYRES *apud* OLIVEIRA, 2011).

Desta maneira, o cuidado de Enfermagem comprometido com o atendimento da pessoa com HAS como no caso deste estudo poderá propor ações que visem o envolvimento do indivíduo com seu autocuidado. Os enfermeiros juntamente com a equipe de saúde na atenção primária tem importância primordial, tanto no diagnóstico como no acompanhamento terapêutico e na educação da pessoa que convive com uma doença, principalmente crônica, em que o cuidado oferecido vai além de meramente seguir prescrições, mas abrange aspectos relacionados a todo um contexto socioeconômico e cultural da própria pessoa. Portanto, o conhecimento adquirido nas relações de cuidado não implica necessariamente mudança de comportamento, mas vai depender de uma ação conjunta, contínua e intensa por parte de todos envolvidos: os profissionais de saúde e a pessoa (COLÓSIMO et al, 2012).

Assim, o problema de saúde trazido pela pessoa demanda práticas de saúde para a sua resolução, tais práticas referentes à resposta social através de ações e serviços para resolubilidade dessa necessidade do indivíduo, configuram um modelo de atenção em saúde (SANTOS, TENÓRIO, BRÊDA, MISHIMA, 2014). O autocuidado apoiado é um exemplo de ferramenta do modelo de atenção às doenças crônicas e pode ser considerado também um cuidado de enfermagem, em que se busca o empoderamento das pessoas para assumirem responsabilidades por sua saúde e a prestação sistemática de serviços educacionais e de apoio para aumentar a autoconfiança e habilidade dessas pessoas gerenciar seus problemas; o que inclui o acompanhamento regular das condições de saúde, estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para solução de seus problemas (MENDES, 2012).

Portanto, para uma atuação da enfermagem junto à equipe multiprofissional em saúde para o autocuidado do indivíduo é importante que as abordagens envolvam ações educativas, como grupos de pessoas com HAS, atividade física e orientação nutricional, considerando-se a realidade socioeconômica e cultural da pessoa, uso correto dos medicamentos, com ênfase em novos hábitos e estilo de vida, atenção e intervenção relacionadas aos riscos, necessidades de saúde identificadas e orientações quanto ao encaminhamento da pessoa sob seus cuidados para outros profissionais, quando indicados (nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico). Destaca-se que as abordagens individuais também são necessárias e eficientes, ainda mais quando associadas à inserção do indivíduo em um grupo, pois há maiores possibilidades de

êxito na motivação e na efetividade do acompanhamento terapêutico e promoção da saúde (COLÓSIMO et al, 2012).

Desta maneira, quando se trata de cuidar de pessoas com doenças crônicas se torna primordial o vínculo entre a pessoa e o enfermeiro. Nesse sentido, a Enfermagem pode proporcionar acolhimento e conforto às pessoas, seja prestando o cuidado ou coordenando outros setores para a prestação da assistência integral e assim promovendo a autonomia das pessoas através das ações de educação e promoção da saúde (CASTRO; FIGUEIREDO, 2009; GUERRA, 2013).

A partir da contextualização do cuidado de Enfermagem acerca da atenção à saúde da pessoa com doença crônica, em especial a HAS neste estudo, evidencia-se a necessidade do fortalecimento das discussões sobre a promoção da saúde, porque se trata de um modelo teórico-conceitual, que nas últimas décadas, se posiciona criticamente ao modelo biomédico de atenção à saúde (MARTINS, 2013). No que diz respeito à atenção a saúde das pessoas com doenças crônicas, centra-se no cuidado integral e no processo saúde/doença.

### 2.1.1 Aplicação de modelos para a promoção da saúde

Realizou-se revisão de literatura em US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), The Cochrane Library (Cochrane), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINHAL) e Base de Dados em Enfermagem (BDEnf), utilizando os descritores: promoção da saúde e modelos teóricos. Nessa busca considerou-se o seguinte critério de inclusão: artigos de pesquisa disponíveis eletronicamente no período de 2004 a 2014, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol.

A busca foi realizada por acesso online em setembro de 2014, sendo a amostra final desta revisão constituída por 14 artigos do total de 47 encontrados. Desses, seis foram identificados no Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), dois na SCIELO, dois no PubMed, um na Cochrane, um no CINAHL e dois na BDEF. Segue a descrição da síntese dos resultados consultados.

Existem muitos modelos e métodos explicativos para a Promoção da Saúde e vários referenciais teóricos que buscam explicar como executá-la, dentre eles destacam-se:

- a) **O modelo de Crenças em Saúde:** que motiva o indivíduo a agir a partir da presença de estímulos para ação que facilite o mesmo a desenvolver as etapas de percepção de suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras, em uma recente pesquisa foi usado na promoção do autocuidado do coração dos pacientes com insuficiência. Com base no estudo citado, o modelo de crenças em saúde tem a capacidade de ser usado como um instrumento para estabelecer programas educacionais para indivíduos e comunidades (BAGHIANIMOGHADAM, M. H. et al, 2013).
- b) **Modelo Transteorético:** sugere que, embora os indivíduos percebam que precisam realizar mudanças em seus comportamentos, eles os fazem em estágios ao invés de realizarem uma mudança considerável e rápida. Durante esses estágios, o indivíduo, pensa sobre o problema de comportamento, considera o que fazer e decide quando iniciar ou não uma ação. Uma pesquisa baseada nesse modelo serviu para analisar os materiais de intervenção de cessação do tabagismo (SCHUMANN, A. et al, 2007).
- c) **Teoria Social Cognitiva:** A Teoria Social Cognitiva, proposta por Albert Bandura, foi formulada, inicialmente, com o nome de Teoria da Aprendizagem Social e ainda é conhecida com esses termos por muitos pesquisadores e profissionais no Brasil (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008). Ela tem duas direções, uma que busca o esclarecimento dos mecanismos básicos que governam o funcionamento humano e outra que procura descobrir o funcionamento macroanalítico de fatores sociais no desenvolvimento, adaptação e mudança humanos. A estratégia utilizada em uma pesquisa produziu um saber para estimular uma mudança de comportamento baseada em evidências e teve o potencial para promover peso saudável e reduzir o declínio da atividade física associada à adolescência, contribuindo assim para a construção sobre os conhecimentos existentes e ajuda na orientação de intervenções direcionadas a grupos em risco (LUBANS, et al, 2010).
- d) **Método Paulo Freire:** vem sendo utilizado em pesquisas científicas e no cotidiano do trabalho da equipe multidisciplinar, no contexto das diversas regiões do Brasil, com ênfase nos trabalhos desenvolvidos na Estratégia de Saúde da Família. No contexto brasileiro, o referencial de Paulo Freire tem por base a área educacional, entretanto, a prática de pesquisa em saúde

apresenta-se em expansão, embora lenta, considerando que em muitos países, as ações de promoção da saúde estão consolidadas e utilizam este referencial como opção metodológica importante, consistindo de três momentos dialéticos: Investigação temática; Codificação e decodificação e Desvelamento crítico. A estratégia do método Paulo Freire apresentou-se propícia para analisar a incorporação das ações de Promoção da Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família de um município brasileiro catarinense em que foi previsto uma relação de diálogo do pesquisador com os sujeitos da pesquisa, que revela a realidade social, permitindo que as reflexões dos participantes os levassem a novas propostas de ação sobre o cotidiano de promoção da saúde (HEIDEMANN, et al, 2014).

- e) **O MPS de Pender:** este estudo se baseia no comportamento como base promotora da saúde e no qual são identificados os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005). A estratégia desse modelo foi usada em pesquisas como para avaliar um programa educacional a fim de melhorar a atividade física entre adolescentes iranianos, descrever hábitos de atividade física e seus determinantes em escolares das instituições públicas de Fortaleza no Brasil, investigar índices antropométricos de crianças com até dois anos de idade, com cardiopatias congênitas, na unidade de terapia intensiva, levando os profissionais de saúde a utilizarem formas mais necessárias de investigação ao contexto vivenciado, analisar a construção de ações de autocuidado de pessoas idosas, entre outras (SANAEINASAB, et al, 2012; GUEDES, et al, 2009; MONTEIRO, et al, 2009; SILVA; SANTOS, 2010).

Os modelos de Pender e de Crenças em Saúde, dentre outros, são utilizados para a promoção da saúde centrados na interação entre os indivíduos e trabalhadores de saúde e pelo levantamento das crenças individuais para a tomada de decisões na vida.

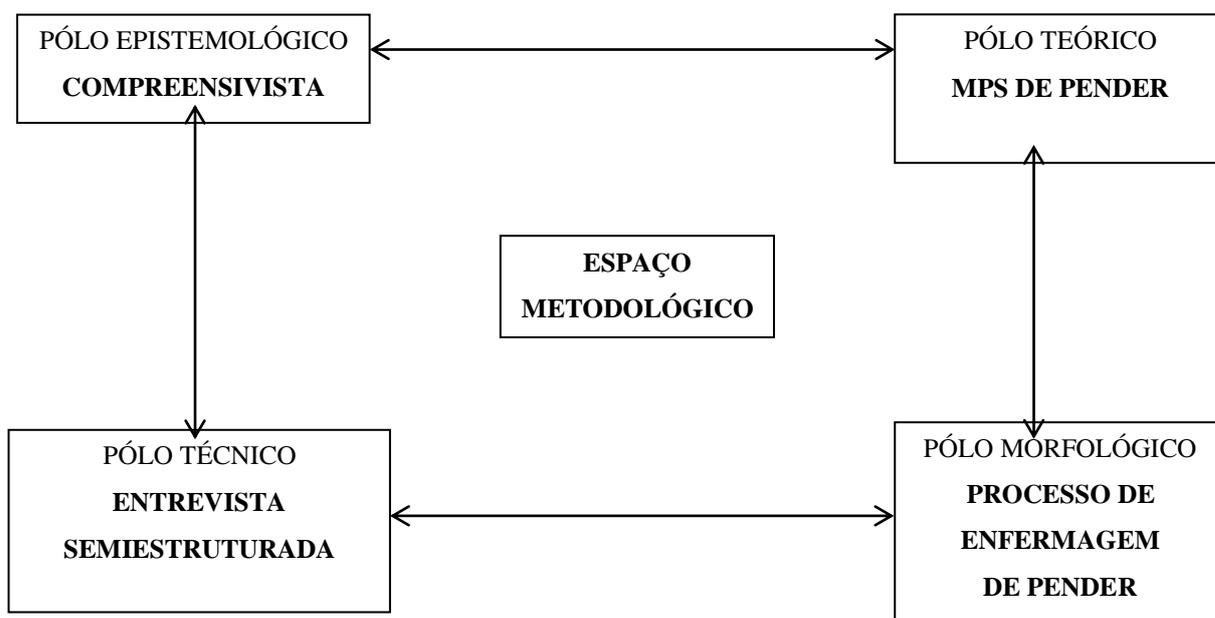
Dentre os modelos explicitados, na promoção da saúde, destaca-se o Modelo de Nola Pender, centrado na relação de diálogo do enfermeiro com os indivíduos, que revela o contexto socioeconômico e cultural, permitindo que as reflexões das pessoas construam novas propostas de ação sobre o cotidiano de promoção da saúde e a participação ativa das pessoas no cuidado conjunto.

Segundo Pender; Murdaugh; Parsons, (2011) o conhecimento de teorias e modelos de comportamento de saúde individuais permite a enfermeira selecionar o modelo mais apropriado para a mudança de comportamento do indivíduo, sendo que a escolha da teoria deve considerar as necessidades dele. Desta forma, as teorias existentes, modelos e estratégias permite a enfermeira a se envolver em aconselhamento com base em provas e implementar intervenções mais adequadas para atender cada indivíduo, família e comunidade na sua singularidade e assim melhorar a qualidade de promoção da saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO - MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

Para delimitação desta pesquisa, segundo Van Der Sand et al, (2013), utilizou-se o espaço metodológico quadripolar que corresponde ao ambiente da pesquisa composto por quatro campos que influenciam e/ou facilitam a pesquisa e se relacionam com cada contexto particular da produção de conhecimento, articulando-se com a finalidade de garantir a sua cientificidade; compreendendo os pólos: epistemológico, teórico, morfológico e técnico. Segue a representação deste espaço como foi delineado neste estudo (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama de representação do espaço metodológico quadripolar



Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015.

O pólo epistemológico se estende por todo processo da pesquisa correspondendo à vigilância crítica (VAN DER SAND et al, 2013). Nesse estudo foi composto pela abordagem compreensivista, entendida como a compreensão e interpretação da realidade, que considera a subjetividade como fundamento da vida social, sendo inerente a construção da objetividade nas ciências sociais (MINAYO, 2010).

O pólo técnico é referente aos métodos de pesquisa, de coleta de dados e análise das informações, transformando-as em dados pertinentes à problemática pesquisada (VAN DER SAND et al, 2013). Sendo a entrevista semiestruturada elegida para esse

estudo, pela compreensão de que dessa forma, diminui o risco de que o entrevistado interprete erroneamente a questão, já que o pesquisador-entrevistador pode verificar se o questionamento foi bem compreendido (LENOIR, 2006). Para Minayo, (2010) a utilização da técnica da entrevista semiestruturada está baseada no discurso livre do entrevistado permitindo se conhecer a sua opinião de forma aprofundada e ainda permite flexibilidade na abordagem dos temas.

O pólo morfológico é aquele que enuncia as regras de estruturação e formação do objeto científico, através da articulação de conceitos, teorias de forma explicativa ou interpretativa (VAN DER SAND et al, 2013). Aqui, compreendido pelo Processo de Enfermagem do MPS de Pender. O MPS de Pender fornece uma estrutura clara que abrange condutas que promovem a saúde de forma individual ou coletiva permitindo o planejamento, intervenção e avaliação de suas ações (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). Para efetivar o cuidado de enfermagem durante suas atividades profissionais, os enfermeiros fazem uso de uma metodologia ou instrumento tecnológico, denominado processo de enfermagem, que deve estar articulado com as bases teórico-filosóficas da área, uma vez que estas respaldam e embasam a interpretação dos fenômenos de interesse da prática assistencial (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

O espaço prático de elaboração de conceitos, conhecimentos científicos e sistemática dos fatos a que essa pesquisa se propõe a conhecer consiste no pólo teórico segundo Van der Sand et al, (2013). Aqui representado pelo MPS que propõe a identificação de características e fatores que influenciam comportamentos saudáveis como um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que influencia positivamente indivíduos a se engajarem em comportamentos de saúde (SILVA; SANTOS, 2010; ALVES, 2010).

Assim, esse modelo surge como proposta para atender as necessidades de Promoção da Saúde, considerando que os indivíduos devem ser incentivados a corresponsabilização por sua saúde, a qual deverá resultar das suas próprias escolhas, tendo a autonomia como eixo central. O autocuidado se relaciona diretamente à promoção da saúde e a qualidade de vida, uma vez que promove o desenvolvimento da autonomia (ALVES, 2010). Nesse sentido, o objetivo da Enfermagem é ajudar as pessoas a cuidar de si mesmas (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

A definição de saúde evoluiu do uso tradicional e curativo a um fenômeno multidimensional que envolve dimensões biopsicossociais, espirituais, ambientais e

culturais. Assim, enfermeiros e outros profissionais de saúde devem compreender e avaliar todas as dimensões em suas avaliações de saúde. A informação sobre a avaliação pode então ser utilizado para o desenvolvimento de intervenções. Desta maneira, uma visão holística da saúde, enfermeiros trabalham em parceria com os clientes para fornecer os conhecimentos e habilidades necessárias a capacitá-los a alcançar seus objetivos de saúde ou adaptar-se a sua perspectiva positiva na realização de uma avaliação ou o desenho de estratégias de promoção da saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Assim, é importante a compreensão que não basta que uma pessoa receba uma informação em saúde para que ela mude suas atitudes, pois motivos de origem econômica, social, cultural, afetivos e de credibilidade influenciam em suas escolhas. Portanto o indivíduo, ao receber a informação, faz a sua análise e só então manifesta sua disposição em mudar ou não o seu comportamento, caso isso seja possível (GENIOLE; KODJAOGLANIAM; VIEIRA, 2011).

O papel do enfermeiro é como facilitador e mais do que nunca fundamental para convidar as pessoas a assumirem mais responsabilidade pela sua saúde, pelo desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde e manutenção desses comportamentos ao longo do tempo de vida delas. É necessária também uma abordagem da equipe multidisciplinar para implementar programas de promoção da saúde em diversos locais (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

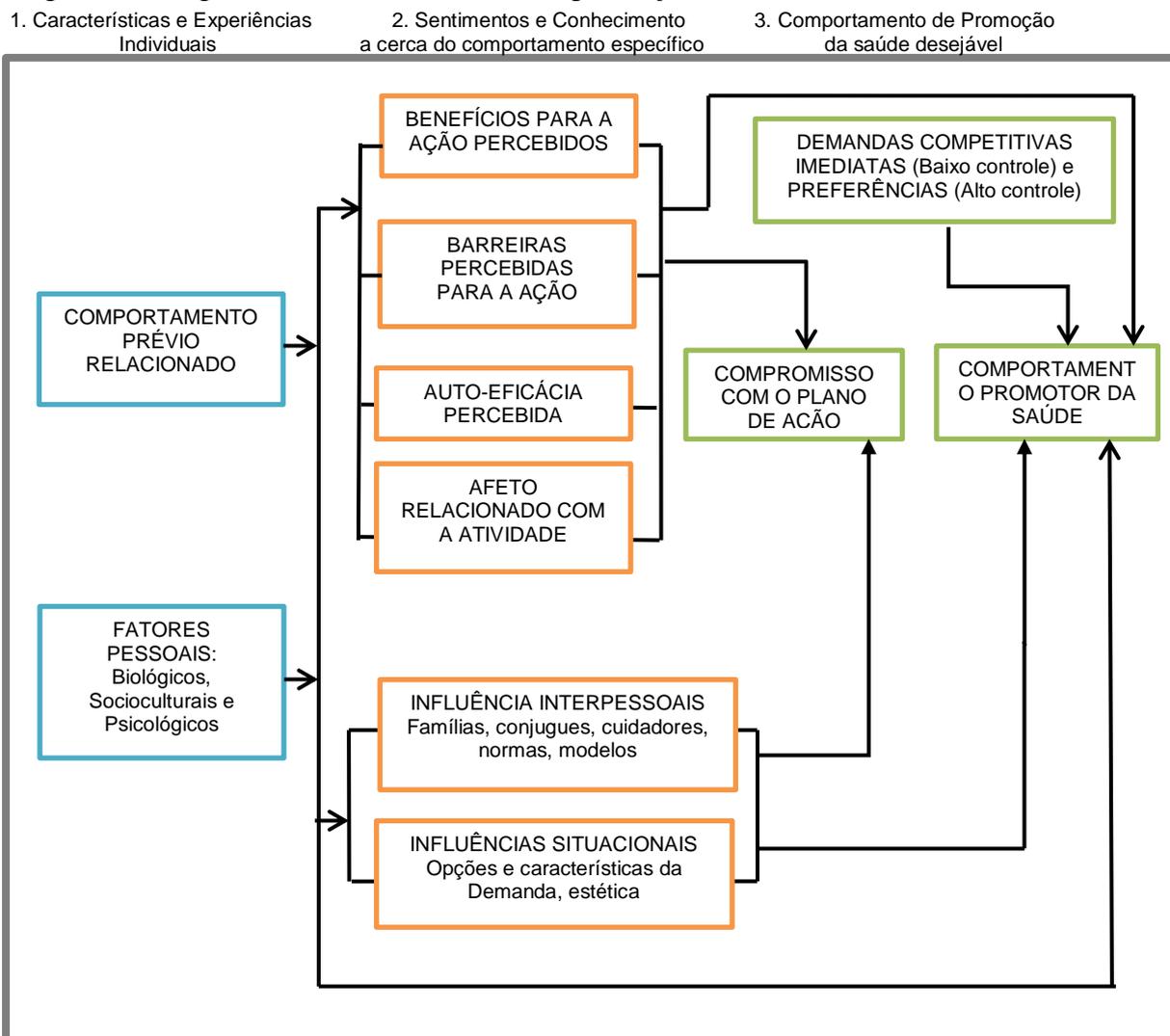
Dentre as teorias de enfermagem direcionadas à abordagem do cuidado aos indivíduos, encontra-se o MPS de Nola J. Pender, enfermeira doutora em psicologia e ensino, e pesquisadora da Universidade de Michigan (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Influenciado pelos conceitos da Teoria da Expectativa de Valor, de Victor Vroom (1964), e da Teoria Cognitiva Social, de Albert Bandura (1925), o MPS busca fundamentar a concepção de promoção da saúde em atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

O MPS de Nola Pender é fundamentalmente um modelo de Enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde pelo estudo da inter-relação de três componentes principais, a saber: características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer

alcançar; e o comportamento de promoção da saúde desejável conforme o Diagrama revisado (Figura 2), a seguir:

Figura 2 – Diagrama revisado do modelo de promoção da saúde de Nola Pender



Fonte: Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. New Jersey (EUA): Pearson; 2011. 340p.

O componente 1 – Características e Experiências individuais compreende o comportamento anterior do indivíduo e os seus fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais). Neste trabalho, esta fase corresponde ao levantamento de dados do processo de enfermagem. Constitui-se, portanto, no primeiro componente do processo, em que é realizada a produção de dados sistematizada, com o objetivo de delinear o perfil do cliente, família e comunidade.

Comportamentos prévios referem-se às experiências anteriores que podem ter efeitos diretos e indiretos na probabilidade do indivíduo vir a comprometer-se com as

condutas de promoção da saúde (HOYOS, et al, 2011). Por sua vez os fatores pessoais são aqueles que interferem diretamente nos comportamentos adotados, tais como os biológicos (idade, sexo, índice de massa corporal), psicológicos (a autoestima, a automotivação, a competência pessoal, o estado de saúde percebido) e socioculturais (raça, etnia, cultura, formação e o nível socioeconômico).

O componente 2 – Sentimentos e Conhecimentos acerca do comportamento específico, descrito no centro do diagrama é formado pelas categorias: benefícios percebidos da ação; barreiras percebidas à ação; auto-eficácia percebida; sentimento relacionado à atividade, influências interpessoais (família, cônjuges, cuidadores) e influências situacionais.

Ainda, sobre o componente 2, referindo-se ao conceito de cada categoria, têm-se que benefícios percebidos da ação são os resultados positivos antecipados que reforçam as consequências de se adotar comportamentos; barreiras percebidas à ação refere-se às avaliações negativas, dificuldades e custos pessoais antecipados que pode dificultar um compromisso com a ação; autoeficácia percebida é um dos conceitos mais importantes neste modelo porque representa o julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar determinados comportamentos promotores de saúde. A autoeficácia percebida influi sobre as barreiras de ação percebidas, de modo que a maior eficácia leva a percepções menores das barreiras para o desempenho desses comportamentos (ALVES, 2010; HOYOS, 2011).

Referente ao sentimento relacionado à atividade, os sentimentos positivos ou negativos podem favorecer ou não a conduta promotora de saúde. Também, existe uma relação direta com a autoeficácia percebida de modo que quanto mais positivo o sentimento maior é o sentimento de eficácia. As influências interpessoais revelam que o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde ou por normas e modelos sociais, de modo que as pessoas ficam mais propensas a adotar comportamentos quando pessoas importantes para elas as ajudam e apoiam ou mesmo esperam que mudanças através da adoção dos comportamentos ocorram em suas vidas. A última categoria desse segundo componente, as influências situacionais referem que o ambiente pode aumentar ou diminuir o compromisso ou participação em determinados comportamentos de saúde (SILVA; SANTOS, 2010; HOYOS, 2011).

Dando prosseguimento às etapas do diagrama, os diferentes componentes citados acima influenciam o componente 3, que corresponde ao comportamento de

promoção da saúde desejável, compreendendo o compromisso com um plano de ação; as demandas concorrentes imediatas (baixo controle) e preferências (alto controle), bem como o próprio comportamento promotor de saúde.

O compromisso com o plano de ação refere-se às ações que possibilitam a manutenção do comportamento de promoção da saúde esperado, que no processo de enfermagem corresponde a aplicação das intervenções propostas; quanto às exigências imediatas e preferências, a primeira significa o baixo controle pessoal sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas como o trabalho e as responsabilidades do cuidado com a família, já as preferências exercem um alto controle sobre as ações de mudança de comportamento. O último conceito desse componente que é o Comportamento de promoção da saúde significa o resultado da implementação do MPS (ALVES, 2010; HOYOS, 2011).

O MPS foi escolhido por ter como objetivo auxiliar os enfermeiros a compreender através das crenças individuais, os principais determinantes de comportamentos de saúde como base para o aconselhamento comportamental que promova estilos de vida saudáveis, aproximação que se pretende fazer com esse estudo no caso das pessoas com HAS (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

O MPS contribui para a criação de instrumentos que permitem uma valorização dos estilos de vida promotores de saúde dos indivíduos, que traz uma novidade para as enfermeiras na assistência, tanto no apoio como na educação em saúde (GUERRA, 2013).

Enfermeiros têm múltiplas oportunidades e desafios com populações vulneráveis, devido à diversidade, pobreza e fatores que aumentam o risco de doenças. Antes de trabalhar com populações diversas, enfermeiros devem examinar primeiramente suas próprias atitudes e valores, bem como a maneira com a qual eles podem facilitar ou impedir culturalmente a apropriada promoção da saúde aos clientes. Em seguida, eles deveriam se comprometer para se tornar culturalmente competentes, visto que eles trabalham com grupos vulneráveis (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Comunicação efetiva e conhecimento para desenhar programas de sucesso podem ser aprendidos através de cursos e práticas. Mudanças no estilo de vida em populações vulneráveis são complexas, devido a tais fatores como potenciais dificuldades de linguagem, nível de educação, pobreza, moradias inseguras e diferentes crenças culturais. Conceitos mais amplos tais como influência social, entre outros,

precisam ser considerados. Além disso, a identificação de barreiras potenciais é importante quando se planeja programas que encorajam e facilitam estilos de vida saudáveis (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Na terceira edição do livro *Health Promotion in Nursing Practice*, em 1996, Pender apresenta os principais pressupostos do MPS, que enfatiza o papel ativo da pessoa na gestão do seu comportamento de saúde (SAKRAIDA, 2006):

- a) As pessoas procuram criar condições de vida que lhes permitam expressar seu potencial de saúde humana;
- b) As pessoas têm a capacidade de possuir uma autoconsciência reflexiva, incluída a valorização de suas próprias competências;
- c) As pessoas valorizam o crescimento que entendem positivo e buscam um equilíbrio pessoalmente aceitável entre a mudança e a estabilidade;
- d) As pessoas procuram regular de forma ativa a própria conduta;
- e) As pessoas interagem com o ambiente, transformando-o e sendo transformadas por ele;
- f) Os profissionais de saúde estão incluídos no ambiente interpessoal que influenciam as pessoas ao longo de sua vida;
- g) A reconfiguração dos padrões de interação pessoa-ambiente deve ser iniciada por ele mesmo e é essencial para a troca de comportamento.

Na quarta edição do livro *Health Promotion in Nursing Practice*, em 2002, aparece 14 princípios teóricos derivados do modelo (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2002):

- a) A conduta prévia e as características herdadas ou adquiridas influenciam as crenças, os sentimentos e a promulgação das condutas de promoção da saúde;
- b) As pessoas se comprometem a adotar condutas a partir das quais antecipam os benefícios derivados e valorizados por elas;
- c) As barreiras percebidas podem obrigar a adquirir um compromisso com a ação, a mediação da conduta e a conduta real;
- d) A competência percebida da eficácia pela pessoa para executar certa conduta aumenta a probabilidade de um compromisso de ação e atuação real da conduta;
- e) A eficácia percebida pela pessoa tem como resultado menos barreira percebida para uma conduta de saúde específica;

- f) O sentimento positivo faz uma conduta chegar a uma eficácia, que pode, pouco a pouco, levar a um aumento do sentimento positivo;
- g) Quando as emoções positivas do sentimento se associam a uma conduta, a probabilidade de compromisso e de ação aumenta;
- h) É mais provável que os indivíduos se comprometam a adotar condutas de promoção da saúde quando as pessoas importantes para eles estimulam sua conduta, esperam que se produza a conduta e oferecem ajuda e apoio para permiti-la;
- i) As famílias, o cônjuge e os profissionais de saúde são fontes importantes de influência interpessoal, que podem fazer aumentar ou diminuir o compromisso para adotar uma conduta promotora de saúde;
- j) As influências situacionais podem fazer aumentar ou diminuir o compromisso da participação na conduta promotora de saúde;
- k) Quanto maior o compromisso de um plano específico de ação, mais provável é que se mantenham as condutas promotoras de saúde ao longo do tempo;
- l) O compromisso de um plano de ação é menos provável que acabe em uma conduta desejada quando as exigências contrapostas nas quais as pessoas têm menos controle requerem uma atenção imediata;
- m) É menos provável que o compromisso de um plano de ação chegue a ser a conduta desejada quando umas ações são mais atrativas que outras e, para tanto, são preferidas na meta da conduta;
- n) As pessoas podem modificar os conhecimentos, o afeto e o entorno interpessoal e físico para criar incentivos para as ações de saúde.

O MPS é um modelo conceitual que se formulou com vistas a integrar os conhecimentos sobre a conduta promotora de saúde e gerar conseqüentemente questionamentos para suas comprovações (GUERRA, 2013). Segundo Pender; Murdaugh; Parsons, (1996), houve a aceitação na comunidade da Enfermagem para a prática profissional, formação, investigação e desenvolvimentos posteriores. Segue a síntese das informações correspondentes a cada área descrita.

Na prática profissional, os profissionais de Enfermagem acreditam que o MPS é de grande importância porque se aplica ao longo de todo ciclo de vida e é útil em uma ampla variedade de situações. O MPS fornece um apoio para solução de Enfermagem

na política sanitária e na reforma do cuidado de saúde oferecendo um meio para compreender como as pessoas podem ver-se motivadas para alcançar a saúde pessoal.

Quanto à formação, o MPS se incorpora no plano de estudos da Enfermagem como um aspecto de valorização da saúde, Enfermagem de saúde comunitária e cursos centrados no bem-estar.

Sobre a investigação, o MPS é um modelo para investigação demonstrando a sua precisão empírica. O perfil do estilo de vida promotor da saúde, derivado do modelo, serve comumente para definição operacional para as condutas promotoras de saúde. O modelo tem implicações para a aplicação, remarcando a importância da valorização no indivíduo dos fatores que se acredita que influenciam nas mudanças de condutas de saúde.

Para os desenvolvimentos posteriores, os estudos de intervenção adicionais representam um próximo passo no uso do modelo para fortalecer a ciência Enfermagem.

Em relação às críticas pela teoria do MPS se dão pela: simplicidade, ou seja, as definições conceituais oferecem clareza e é de fácil compreensão a complexidade dos fenômenos da conduta de saúde; generalidade, porque é muito generalista nas populações de adulto e o instrumento de investigação é aplicado em uma grande diversidade de contextos; precisão empírica, pois existe investigação empírica continuada, especialmente nos estudos de intervenção, em que se pode melhorar o modelo. Sendo que o modelo tem recebido apoio da demonstração por parte de Pender e outros autores como marco da explicação da promoção da saúde; e, consequências deduzíveis, já que o modelo pode influenciar de forma potencial a interação da Enfermagem com a clientela. Nola Pender identificou a promoção da saúde como meta para o século XXI, do mesmo modo que a prevenção da enfermidade foi uma meta do século XX.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem qualitativa. Os estudos transversais produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, o que consistiu nesta pesquisa como uma ferramenta de grande utilidade para a descrição das características dos participantes (SITTA et al, 2010). A abordagem qualitativa que também foi utilizada é capaz de alcançar o aspecto subjetivo dos participantes da pesquisa, incluindo seus valores e crenças, e, portanto, optou-se por esse tipo de estudo como estratégia para atender aos seus objetivos, pois, de acordo com Minayo, (2010) é ideal para que se tenha uma maior aproximação entre sujeito e objeto, tornando esta experiência significativa.

### **4.2 Cenário**

O estudo foi realizado em um Serviço de Promoção da Saúde denominado de SATUVIDA complexo hidroginástico, localizado no município de Satuba, em Alagoas, Brasil. A escolha do grupo SATUVIDA, justifica-se pelo fato do mesmo integrar a rede de atenção em saúde que atende também adultos com hipertensão, acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família. Também porque os usuários, que ali estão já demonstram querer cuidar da saúde e comumente buscam esse serviço como forma de apoio ao processo de mudança de comportamento para um estilo de vida mais saudável, com a finalidade de alcançar metas relacionadas às condições que apresentam para melhoria da qualidade de vida.

Esse serviço constitui-se como espaço para a prática de atividades físicas e cuidados com a saúde, dele participa uma equipe multiprofissional composta por dois educadores físicos, uma nutricionista e dois técnicos de enfermagem que assiste os usuários que frequentam o serviço.

Satuba é um município alagoano que possui uma área geográfica de aproximadamente 42.628 Km<sup>2</sup>, ficando a 15 km da capital Maceió. A população residente é composta por 14.603 pessoas, distribuídas num espaço urbano e rural, sendo 6.341 do sexo masculino e 5.875 do sexo feminino, sendo uma população predominante

jovem, ou seja, 85% se enquadram na faixa etária de menos de 40 anos (SATUBA, 2014).

A Estratégia de Saúde da Família do município é uma das principais portas de entrada no sistema de saúde, possui seis Unidades de Saúde da Família (Zona Urbana e Rural), que cobre 79% da população sendo quatro na zona urbana e duas na zona rural (SATUBA, 2010).

Considerando o alto índice de pessoas com HAS e outros problemas de saúde diagnosticados para a elaboração do Plano Municipal, têm-se a consolidação da promoção em saúde como estratégia para Atenção Básica no município e como prática de inclusão social (SATUBA, 2014).

### **4.3 Participantes da pesquisa**

Os sujeitos do estudo foram adultos, de ambos os sexos, com diagnóstico de hipertensão em tratamento na Estratégia de Saúde da Família. A quantidade de sujeitos foi definida pela saturação de informações, visto que o próprio procedimento possibilitou compreender o fenômeno estudado (MINAYO, 2010).

A amostragem por saturação é um método próprio das investigações qualitativas usado como um processo de validação em pesquisas onde as informações coletadas tornam desnecessário, o tratamento probabilístico da amostra (POLIT; BECK, 2011).

A população atendida pelo serviço de promoção da saúde, no momento da coleta de dados era de 166 pessoas, dessas, 33 tinham HAS. Da pesquisa, fizeram parte 14 desses hipertensos por atenderem a saturação da amostra e aos critérios de inclusão, a saber: adultos, com diagnóstico igual ou inferior a três anos e serem atendidos pelas equipes de Saúde da Família do município e do serviço de promoção da saúde.

### **4.4 Produção de informações**

#### **4.4.1 Os instrumentos**

Para a produção de informações foram construídos cinco instrumentos que compreendem:

1. Formulário de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), que levantou informações referentes aos componentes 1 e 2 do modelo. Como o estudo foi realizado com pessoas com HAS que já estavam em tratamento na ESF, os comportamentos levantados referiram-se aos comportamentos atuais das mesmas. Constatou neste instrumento outras informações complementares para um maior conhecimento da situação do participante como período do diagnóstico da hipertensão, as condições de saúde bucal, o uso de medicações e detalhes da avaliação antropométrica e as outras medidas como a da circunferência abdominal, frequência cardíaca e pressão arterial;

2. Formulário para avaliação dos fatores biopsicossociais do estilo de vida dos participantes (APÊNDICE B), que foi utilizado com vistas a construir o plano de ação conjunto entre enfermeira e participante, compreendendo a avaliação dos fatores biopsicossociais modificáveis do estilo de vida e que deveriam ser modificados frente à condição da pessoa com hipertensão. Constataram também os resultados comportamentais e de saúde desejados e as crenças descritas no MPS (benefícios de ação percebidos; barreiras para ação percebidas; autoeficácia percebida; sentimento relacionado com a atividade; influências interpessoais e situacionais);

3. Formulário para estabelecimento do plano de ação conjunto e acordo enfermeira-participante (APÊNDICE C), que corresponde às informações referentes ao plano de ação construído conjuntamente enfermeira e participante e do seu acordo, composto por metas, estratégias e compromisso com a ação para a intervenção no processo de enfermagem segundo o MPS;

4. Formulário para avaliação semanal do compromisso com o plano de ação (APÊNDICE D), que foi construído para o acompanhamento quinzenal do compromisso com o plano de ação, serviu para registrar os comportamentos de saúde acordados que os participantes estavam colocando em prática e as estratégias necessárias para alcançar as metas desejadas;

5. Formulário para avaliação do resultado do plano conjunto com o participante (APÊNDICE E), que foi elaborado para registrar os resultados do comportamento de promoção da saúde estabelecidos no plano conjunto com o participante, os comportamentos promotores de saúde não colocados em prática e seus motivos, e, por último, a avaliação clínica final.

Todos os instrumentos foram fundamentados no processo de enfermagem do MPS de Pender, adaptado para aplicação no cuidado de enfermagem aos adultos com hipertensão. Assim, para a aplicação do plano de ação do estudo, primeiramente

realizou-se um levantamento da situação, as características e experiências dos sujeitos e os comportamentos de saúde; em seguida um planejamento, que foi a construção do plano conjunto com o hipertenso; posteriormente a intervenção, constituindo-se no acompanhamento dos comportamentos que o hipertenso estava colocando em prática e por fim os resultados foram avaliados a respeito do comportamento promotor da saúde de acordo com a implementação do plano.

#### 4.4.2 Aproximação dos participantes

O estudo foi previamente explicado aos profissionais de saúde da ESF e do grupo SATUVIDA solicitando a colaboração voluntária de todos para desenvolvê-lo. Houve assim, o empenho da equipe multiprofissional, através da indicação dos participantes, da disponibilidade do local apropriado para a realização das consultas e do trabalho em parceria para a promoção da saúde tal como o reforço no desenvolvimento das atividades físicas e de educação em saúde, que já estavam se desenvolvendo na rotina daqueles usuários.

A coleta de informações foi realizada no período de maio a outubro de 2014 por meio da técnica de entrevista com os participantes gravada com aparelho digital, com uma média de duração de 30 minutos.

Desta forma, ocorreram, em média, quatro encontros com os participantes da pesquisa, semanalmente, para o cuidado de enfermagem, através da aplicação de um plano de ação conjunto com eles de forma individual.

A construção conjunta do plano de cuidado com os participantes permitiu estabelecer metas, estratégias de ação, definição dos benefícios e barreiras e o sistema de acompanhamento. Para chegar ao plano de cuidado estabelecido no segundo encontro, primeiro a pesquisadora realizou no primeiro encontro, uma avaliação da pessoa para conhecer suas crenças, conhecimentos e comportamentos, depois se realizou o aconselhamento com base nas informações sobre os riscos à saúde e a discussão dos sentimentos, barreiras e benefícios de uma possível mudança de comportamento para aumentar ou intensificar o bem-estar do adulto com hipertensão levando-se ao momento do acordo entre a pesquisadora-enfermeira e o participante que é a definição colaborativa de metas, ações e da percepção da autoeficácia.

Feito o acordo e estabelecido os próximos encontros de acompanhamento e avaliação do plano de cuidado, semanalmente, identificou-se as demandas de baixo

controle, as preferências para a solução de problemas e as influências interpessoais e situacionais. E, finalmente, no terceiro e quarto encontro foi realizada a revisão do plano de cuidado e renegociação de metas e ações a fim de alcançá-las. Os sujeitos foram encaminhados pela rede de serviços do município, conforme necessidades apresentadas.

As medidas antropométricas foram realizadas no primeiro e no último encontro de acompanhamento. Os procedimentos para medida da pressão arterial dos participantes neste estudo seguiu as normas recomendadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2010). A frequência cardíaca foi medida na artéria radial, pois sua elevação está relacionada ao aumento do risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No encontro final foram avaliadas as mudanças que ocorreram nos participantes ao longo da duração do plano de ação. Foram ainda comparadas as diferenças de parâmetros antropométricos do início e final e apresentados os resultados obtidos para eles. Concluindo com a análise das questões que podem direcionar a continuidade desse cuidado ao adulto com hipertensão, de acordo com o interesse dos envolvidos; profissionais de saúde, usuários, familiares e serviços.

A seguir será apresentada uma síntese dos procedimentos utilizados em cada um dos quatro encontros com os participantes da pesquisa:

1. No primeiro encontro com o participante da pesquisa foi utilizado o formulário de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) para avaliar o conhecimento dele sobre a sua condição de saúde e a sua autoeficácia para o autocuidado, também para perguntar sobre o que era mais importante para ele no momento do seu cuidado e quais as barreiras que enxergava para a realização do autocuidado;
2. No segundo encontro foi utilizado o formulário para avaliação dos fatores biopsicossociais do estilo de vida do participante (APÊNDICE B) para informar a pessoa sobre seus riscos a saúde, os resultados da avaliação clínica, reconhecendo sua individualidade e contexto sociocultural. Também para informar ao participante que as mudanças comportamentais são tão importantes, por exemplo, quanto tomar medicamentos no seu acompanhamento terapêutico, a fim de promover a sua saúde mesmo convivendo com a hipertensão, informar quais os resultados científicos

comprovados sobre a mudança de comportamento na saúde para encorajar a pessoa a participar do seu próprio cuidado.

3. Ainda neste segundo encontro utilizamos o formulário para o estabelecimento do plano de ação conjunto e acordo enfermeira-participante (APÊNDICE C) para estabelecer de forma compartilhada com a pessoa, as metas específicas para os resultados desejados e os objetivos para alcançá-los através do compromisso com a ação, também este encontro serviu para estimular a pessoa a buscar ajuda de parentes e amigos para apoiá-los na definição das metas; discutir benefícios e barreiras referentes a possíveis metas e assim construir de forma compartilhada todo um plano de ação para conquistar os resultados desejáveis e identificar em conjunto com a pessoa seu sentimento e sua capacidade para alcançar as metas; e, por último foi entregue ao participante uma cópia por escrito do plano de ação com as assinaturas do acordo estabelecido;

4. No terceiro encontro com o participante foi utilizado o formulário para avaliação semanal do compromisso com o plano de ação (APÊNDICE D) para acompanhar os comportamentos que ele estava colocando em prática, as demandas concorrentes imediatas e as preferências a fim de estabelecer estratégias e renegociação de metas conforme necessidades. Como também para interferir para que a pessoa pudesse utilizar os recursos comunitários importantes no seu autocuidado, identificando com a mesma possíveis recursos existentes na família e na comunidade para que desse suporte ao autocuidado; ajudar a identificar as possíveis barreiras para atingir a meta; discutir com a mesma o plano de ação de cuidado; e, quando necessário encaminhar para um grupo promotor da saúde como o SATUVIDA e a igreja, além de prestar orientações e serviços que sejam adequados a sua cultura;

5. No quarto e último encontro da pesquisa utilizou-se o formulário para avaliação do resultado do plano conjunto com o participante (APÊNDICE E) para fazer a revisão do progresso do plano de ação de cuidado e os resultados, tanto os que foram colocados em prática ou aqueles que não foram por algum motivo e desta forma rever o plano de ações para que ele possa dar continuidade em sua vida com maior autonomia para tomar decisões importantes no seu autocuidado.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Com base no que é preconizado na resolução nº466/12 para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa através da Plataforma Brasil e aprovado-09/08/2013 - sob o parecer de nº 17767813900005013 (ANEXO A).

Para identificação dos participantes foram utilizados códigos identificadores compostos pela letra P (inicial de participantes), seguido pela numeração referente à sequência das entrevistas (P1, P2, participante 1, 2 e assim sucessivamente).

Os aspectos éticos foram observados para este estudo como a participação espontânea do sujeito, podendo ele escolher o seu momento de parar; a garantia do anonimato com o uso de códigos identificadores; o esclarecimento do propósito da pesquisa e respeito aos entrevistados e aos dados colhidos, sem induzi-los nem constrangê-los.

Para que as entrevistas fossem realizadas, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – (TCLE), em que o sujeito assinou ou registrou com a digital após a explicação e/ou ler, entender e concordar com sua participação voluntária na pesquisa (ANEXO B).

#### **4.6 Análise das informações**

As informações produzidas por meio da entrevista e dos encontros individuais para acompanhamento e avaliação do plano de ação voltado à adoção de comportamentos de promoção da saúde, foram analisados à luz do MPS de Nola Pender e aplicados ao diagrama proposto no referido modelo com o fim de responder a questão norteadora da pesquisa e analisar a aplicabilidade deste modelo no cuidado de enfermagem aos adultos com hipertensão. Os resultados foram apresentados e discutidos em quatro dimensões de acordo com os componentes do modelo teórico.

## **5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este capítulo trata da apresentação e discussão dos resultados, organizado segundo os componentes do Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender.

### **5.1 Características e experiências individuais de adultos com hipertensão: fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e os comportamentos prévios ao plano de cuidado conjunto**

Para a análise da aplicabilidade de um plano de ação fundamentado no MPS de Nola Pender no cuidado de enfermagem aos adultos com HAS, foram identificadas, em primeiro lugar, as características e experiências individuais que compreende o comportamento anterior do indivíduo ao plano de ação de cuidado conjunto e os seus fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais), correspondendo ao primeiro componente do diagrama do modelo.

O conhecimento das características e experiências dos indivíduos com HAS assistidos pelo Núcleo SATUVIDA e acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família é importante para promover a aproximação do profissional de saúde com a realidade de vida de cada um e com suas possibilidades de adotar comportamentos saudáveis.

No que se refere às características e experiências individuais bem como os fatores pessoais, foram pesquisados aspectos como: a idade, etnia/cor, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, religião, atividade física, alimentação, uso de bebidas alcoólicas, uso de tabaco, sono e repouso e a avaliação inicial. Todos os aspectos foram apresentados, considerando os comportamentos dos participantes no primeiro encontro.

Os entrevistados foram adultos jovens entre 25 a 54 anos, dos quais treze do sexo feminino e um do sexo masculino que, atualmente, vivem com seus familiares. O quadro 1 apresenta a caracterização detalhada dos entrevistados.

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados, Satuba, Alagoas, Brasil, 2014.

Código	Idade	Etnia/cor	Sexo	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Religião	Renda Familiar	Descoberta do diagnóstico
P1	25	Parda	F	Solteira	Ensino Superior Incompleto	Estudante	Católica	Um salário	2 anos
P2	35	Parda	F	Solteira	Analfabeta	Lar	Católica	Menos de um salário	1 ano
P3	48	Parda	F	Solteira	Ensino Fundamental completo	Lar	Católica	Dois salários	3 anos
P4	44	Branca	F	Solteira	Ensino Médio incompleto	Lar	Evangélica	Um salário	3 anos
P5	45	Parda	F	Casada	Ensino Fundamental completo	Ag. Adm.	Evangélica	Cinco salários	Menos de um ano
P6	47	Parda	M	Divorciado	Ensino Médio completo	Digitador	Católica	Entre três a cinco salários	3 anos
P7	44	Parda	F	Casada	Ensino Fundamental completo	Lar	Católica	Entre três a cinco salários	3 anos
P8	52	Branca	F	Casada	Ensino Médio completo	Assistente Adm. Educ.	Católica	Entre três a cinco salários	2 anos
P9	45	Branca	F	Solteira	Ensino Médio incompleto	Doceira	Católica	Menos de um salário	Menos de um ano
P10	37	Parda	F	Divorciada	Ensino Superior incompleto	Estudante	Testemunha de Jeová	Entre três a cinco salários	Um ano
P11	49	Parda	F	Viúva	Ensino Fundamental completo	Lar	Católica	Entre três a cinco salários	Um ano
P12	48	Branca	F	Casada	Ensino Fundamental completo	Lar	Católica	Dois salários	3 anos
P13	42	Indígena	F	Casada	Ensino Médio Completo	Lar	Católica	Um salário	3 anos
P14	54	Branca	F	Casada	Ensino Médio Completo	Ag. Com. de Saúde	Católica	Um salário	3 anos

Fonte : Dados produzidos pela autora, 2015.

\*Salário-mínimo em outubro de 2014, igual a R\$ 724,00.

Houve predomínio de participantes do sexo feminino, resultados também encontrados em estudo realizado com adultos e idosos em unidade básica no município de Campinas (SP), que mostrou ser as mulheres as que mais frequentam os serviços de saúde (BORIM; GUARIENTO; ALMEIDA, 2011; SALOMÃO et al, 2013). Entretanto, os profissionais de saúde necessitam de maior empenho para alcançar a população masculina e oferecer-lhes atendimento integral. A segunda causa de morte em Satuba (AL) são as doenças do aparelho circulatório (29%). Destas as principais causas foram o Infarto agudo do miocárdio 18% e AVC isquêmico com 18%. O sexo masculino tem 63,5% dos óbitos e a faixa etária mais acometida é de 50 anos (SATUBA, 2014).

Em relação à etnia/cor, como o Brasil é um país de miscigenados a maioria não se lembra da sua etnia, referindo-se a sua cor. Diante disso, oito participantes se consideraram pardos e apenas um declarou pertencer à etnia indígena, sendo que nas respostas não declararam etnia negra corroborando com os resultados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (2010), apresentando a minoria da população brasileira inserida na etnia negra. Entretanto, cabe ressaltar que a relação entre etnia negra e HAS está associada tanto a fatores biológicos como sociais (PIRES, MUSSI, 2012).

A ocupação do lar e serem pertencentes à família com baixos rendimentos trazem limitações para qualidade de vida, como aponta outra pesquisa em que houve maior frequência da HAS em classes econômicas menos favorecidas (RAMOS; MAIA, 2013). Constatou-se também baixa escolaridade, o que pode afetar as condições de saúde das pessoas, dificultando a compreensão de orientações para comportamentos saudáveis e aumentar o risco de complicações (BERLEZI; SCHNEIDER, 2009).

No Quadro 2 apresentam-se os resultados da avaliação antropométrica inicial dos entrevistados concernentes aos valores do IMC, Circunferência Abdominal (C.A.), Pressão Arterial (P.A.) e Frequência Cardíaca (F.C).

Quadro 2 – Distribuição dos participantes segundo avaliação antropométrica e pressão arterial, Satuba, AL, Brasil, 2014.

Código	IMC(kg/cm <sup>2</sup> )	C. A (cm)	PA (mmHg)	FC (bpm)
P1	51,92	139	130x90	99
P2	37,3	99	115x85	87
P3	29,6	95	143x104	81
P4	35,1	106	118x70	62
P5	28,8	91	120x76	77
P6	20,5	83	120x80	70
P7	32,5	101	200x117	79
P8	24	88	131x70	72
P9	34,7	108	130x90	71
P10	30,2	102	110x80	56
P11	20,8	78	100x70	96
P12	29,8	101	130x90	96
P13	26,7	86	110x80	80
P14	33,6	108	100x80	88

Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015.

Em relação aos fatores de risco modificáveis de HAS, constatou-se IMC representativo de sobrepeso e obesidade em 11 dos participantes, embora busquem adotar mudanças no seu estilo de vida favoráveis a promoção da saúde (práticas de atividades físicas, não tabagismo e diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas). Procuram em sua realidade o serviço que lhe proporciona oportunidade dessas práticas, pelas condições da doença ou mesmo pelo encaminhamento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF).

A relação entre o aumento de peso e da pressão arterial em adultos é quase uma relação linear (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Assim, a perda de peso e da circunferência abdominal correlaciona-se com reduções da pressão arterial e melhora de alterações metabólicas associadas. Ainda estudos mostram que existe relação entre o aumento da pressão arterial com a idade, resultando no aumento da prevalência da doença em pessoas com maior faixa etária, daí um dos aspectos importantes para a promoção do autocuidado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SILVA; SANTOS, 2010; PICCINI et al, 2012).

As estratégias que ajudam um hipertenso a controlar a pressão arterial, melhorar ou intensificar seu bem-estar são as mesmas preconizadas para qualquer pessoa que tenha à vontade de adotar comportamentos saudáveis em seu estilo de vida, como preconiza o Modelo de Pender: fazer exercícios, evitar o uso do álcool, ter uma alimentação equilibrada rica em frutas, verduras, grãos integrais e lácteos magros, restrição de sal, perder o excesso de peso. Portanto, ao adotar comportamentos saudáveis como mencionados, o hipertenso reduz a pressão arterial de 21 a 55 mmHg e isso diminui o risco para complicações como infarto e acidente vascular encefálico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os profissionais de saúde são importantes influenciadores para os padrões alimentares saudáveis. Enfermeiros e outros profissionais de saúde não devem apenas defender uma alimentação saudável para os outros, mas também colocar as orientações dietéticas em prática como parte de seu estilo de vida. Manter comportamentos alimentares saudáveis, bem como gerir os problemas que cercam a manutenção de práticas nutricionais positivas indicará sinceridade e comprometimento com as boas práticas de saúde que falam mais alto que palavras para os clientes (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

O esquema de alimentação dos entrevistados está distribuído em cinco refeições ao longo do dia, bem como seus hábitos de ingestão hídrica, referente ao dia anterior à

entrevista. A tabela 1, a seguir, apresenta as três primeiras refeições do dia, a saber: desjejum, lanche da manhã e almoço.

Tabela 1 – Tipo de alimentação a partir das primeiras refeições do dia, Satuba, AL, Brasil, 2014.

<b>Alimentação</b>	<b>Consumo n(%)</b>	<b>Código Identificador</b>
<b><i>Desjejum</i></b>		
Inhame/Macaxeira	1 (7,14%)	P6
Ovos	1 (7,14%)	P6
Vitamina ou suco de frutas	3 (21,42%)	P6, P8 e P11
Pão integral	1 (7,14%)	P6
Queijo	2 (14,28%)	P6 e P10
Leite	4 (28,57%)	P4, P5, P9, P10
Café com pão ou bolacha	11 (78,57%)	P1,P2,P3,P4,P5,P7,P8,P9,P10,P13 e P14.
Papa (mingau) de aveia	1 (7,14%)	P12
<b><i>Lanche da Manhã</i></b>		
Porção de fruta	6 (42,85%)	P2,P4,P6,P8, P10 e P12
Pão com ovos	1 (7,14%)	P11
Barrinha de cereal	1 (7,14%)	P5
Biscoito recheado	1 (7,14%)	P1
Nenhum	5 (35,71%)	P3, P7, P9, P13 e P14.
<b><i>Almoço</i></b>		
Arroz integral	1 (7,14%)	P6
Arroz branco	11 (78,57%)	P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P11, P13 e P14.
Feijão	11 (78,57%)	P1, P2, P3, P5, P6, P7, P9, P10, P11, P13 e P14.
Carne vermelha	6 (42,85%)	P1, P2, P5, P6, P9 e P14.
Frango	4 (28,57%)	P1, P3, P8 e P11.
Peixe	1 (7,14%)	P10
Suco de frutas	2 (14,28%)	P6 e P7.
Macarrão	3 (21,42%)	P1, P8 e P10.
Vinagrete/Salada	5 (35,71%)	P7, P8, P9, P12 e P13.
Churrasco	1 (7,14%)	P12

Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015.

A tabela 2 seguinte apresenta as duas últimas refeições do dia (lanche da tarde e jantar) e a ingestão hídrica dos entrevistados.

Tabela 2 – Tipo de alimentação a partir do meio dia e ingestão hídrica, Satuba, AL, 2014.

<b>Alimentação</b>	<b>Consumo n(%)</b>	<b>Código Identificador</b>
<b>Lanche da Tarde</b>		
Fruta	6 (42,85%)	P1, P2, P6, P7, P10 e P11.
Biscoitos/Bolachas	2 (14,28%)	P1 e P4.
Barrinha de cereal	1 (7,14%)	P5
Nenhum	6 (42,85%)	P3, P8, P9, P12, P13 e P14.
<b>Jantar</b>		
Cuscuz	3 (21,42%)	P3, P8 e P14.
Inhame/Macaxeira	4 (28,57%)	P3, P6, P9, e P10.
Ovos	1 (7,14%)	P6
Pão integral	1 (7,14%)	P6
Queijo	2 (14,28%)	P6 e P9
Munguzá	1 (7,14%)	P13
Macarrão e Arroz	1 (7,14%)	P1
Feijão	1 (7,14%)	P1
Carne vermelha	2 (14,28%)	P1 e P14.
Frango	2 (14,28%)	P3 e P10.
Leite	1 (7,14%)	P13
Chá	1 (7,14%)	P5
Café descafeinado (cevada)	1 (7,14%)	P10
Café com pão ou bolacha	3 (21,42%)	P2, P9, P13
Iogurte	1 (7,14%)	P11
Nenhum	3 (21,42%)	P2, P4 e P12.
<b>Ingestão Hídrica</b>		
10 vezes ou mais por dia	2 (14,28%)	P2 e P10.
8 a 9 vezes por dia	2 (14,28%)	P7 e P12.
4 a 5 vezes por dia	3 (21,42%)	P5, P6 e P11.
3 vezes por dia	1 (7,14%)	P1
Indeterminadas vezes por dia	6 (42,85%)	P3, P4, P8, P9, P13 e P14.

Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015.

Em relação à alimentação, a análise dos dados, evidencia com base no que os entrevistados relataram, que os mesmos parecem vir adotando uma alimentação equilibrada, em que incluem frutas, verduras, grãos integrais e lácteos. Em contrapartida, permanecem na marca do sobrepeso e da obesidade. Em pesquisa realizada em outro serviço de promoção da saúde foi observado em pacientes obesos o contrário. Tinham comportamentos alimentares desfavoráveis a saúde, destacando o hábito de “beliscar entre as refeições”, alimentos ricos em açúcares, gorduras saturadas e sódio, razão porque permaneciam obesos representando um padrão alimentar desfavorável para o controle pressórico (PICCINI et al, 2012).

Referente à atividade física, doze participantes praticavam regularmente no espaço do serviço SATUVIDA, na frequência de três vezes por semana exercícios

anaeróbicos com carga (musculação) e aeróbicos (dança). Um praticava futebol e outro hidroginástica.

Esse serviço de promoção da saúde em parceria com as Equipes de Saúde da Família constituem um espaço importante na Atenção Básica para o cuidado integral, como vêm realizando práticas de inclusão social. Diante dos achados deste estudo é possível alegar que os participantes se sentem integrados ao grupo SATUVIDA, considerando-o que além de um espaço para a prática de atividades físicas é um espaço promotor de bem-estar, conhecimento em saúde, de lazer e de encontro com amigos, aumentando a socialização deles.

Para o aconselhamento quanto às atividades físicas, os enfermeiros devem começar por avaliar o cliente quanto aos padrões de atividade física; as atividades preferidas e as percepções de barreiras para ser ativo. Os adultos devem ser questionados sobre seus hábitos de atividade física no trabalho, em casa, e durante o tempo de lazer para determinar se estas atividades físicas são suficientes para conferir benefícios à saúde. Assim, eles devem ser assistidos no planejamento de um programa de atividade física agradável e conveniente, realista e estruturado para atingir as metas desejáveis (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

O acompanhamento de rotina e sessões de reforço é essencial para auxiliar as pessoas na manutenção de seus programas de exercícios. Também programas de exercícios em casa podem funcionar para alguns adultos, enquanto que para outros podem precisar de programas estruturados para serem oferecidos em locais de trabalho ou em locais da comunidade convenientes. Sendo que atividades em grupo podem ser particularmente atraentes para adultos que preferem o apoio social e as relações de amizade proporcionadas por programas de grupo (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

No que diz respeito ao alcoolismo, três ingeriram bebidas alcoólicas no dia anterior e no último final de semana, sendo que em um deles o uso é frequente. Dos participantes que não bebem (n=11), um deles relatou ter deixado o uso de bebidas alcoólicas, em decorrência do próprio problema de saúde e por entender que engorda. E quanto ao tabagismo, nenhum faz uso dessa substância.

O hábito do consumo de álcool nos finais de semana leva a se pensar em uso familiar e atividade de lazer, porém, vale ressaltar que os delitos de médio e baixo potencial ofensivo, entre os quais se pode citar os aborrecimentos e a violência doméstica, estão associados à ingestão de álcool nos finais de semana em situações de

lazer familiar. As consequências da ingestão do álcool afetam o consumidor no seu nível físico e psicológico, irradiando-se também ao grupo familiar e vão além do contexto social (MELO *apud* GONÇALVES; GALERA, 2010).

Assim, uma avaliação do ambiente social e físico irá fornecer informações úteis sobre os aspectos do ambiente que podem estar afetando positivamente ou negativamente a saúde do indivíduo ou comunidade (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Referente ao comportamento de sono e repouso treze participantes afirmaram que dormem de sete a dez horas e um dorme cerca de cinco horas e meia por noite. Quando questionados se acordam cansados, oito participantes responderam que não e os demais que se sentem cansados ao acordar.

Uma parcela significativa da população estudada apresenta fatores modificáveis que merecem atenção especial dos profissionais de saúde referente ao manejo do estresse, pois acordam cansados, não conseguem relaxar e também tem aborrecimentos frequentes, o que pode resultar em complicações da HAS.

Nesse sentido, além do tratamento medicamentoso, o cuidado direcionado a pessoas com HAS requer uma atenção voltada às características e fatores pessoais porque estes são determinantes da conduta que as influenciam na adoção de comportamentos de saúde (HOYOS et al, 2011). Os participantes, por exemplo, apresentaram fatores de risco e comportamentos prévios ao plano de cuidado, relacionados a hábitos de comer frituras e sedentarismo; aborrecimentos frequentes e estresse; padrão de sono inadequado; ingestão de bebidas alcoólicas; tensão no papel de cuidadores de familiares com complicações da hipertensão.

Desse modo, é fundamental que os profissionais de saúde, principalmente da atenção primária, avaliem esses fatores de risco (APÊNDICE F) e a partir daí, auxiliem os indivíduos na adoção de comportamentos saudáveis para evitar a descompensação do quadro clínico e a instalação de complicações (RISSARDO et al, 2012).

## **5.2 Conhecimentos e sentimentos dos adultos com hipertensão acerca dos comportamentos promotores de saúde necessários à sua condição e o autocuidado**

Conhecer os aspectos de maior relevância motivacional para o cuidado de enfermagem de adultos com hipertensão se refere ao segundo componente do MPS de Pender, no qual são apresentados e discutidos os significados da hipertensão arterial; os

conhecimentos e sentimentos acerca da promoção da saúde, os benefícios, barreiras, as influências interpessoais e situacionais para o seu autocuidado; e, os mecanismos que utilizam para o enfrentamento da doença, relacionando com as características e experiências individuais do primeiro componente do diagrama do modelo acima citado. Estes aspectos identificados na vida das pessoas são passíveis de serem modificados pelas ações de Enfermagem (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

O MPS de Pender dialoga com o paradigma da promoção da saúde, pois é centrado na pessoa e prioriza a expressão delas sobre seus próprios comportamentos a partir da sua cognição, percepção e experiências de vida de forma única e pessoal (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

### 5.2.1 Significados da hipertensão arterial

Em relação ao conhecimento da doença, quatro participantes relataram que hipertensão é o excesso de sal no organismo e que não se deve comer alimentos salgados para não causar derrame, infarto e AVC; três disseram que é a pressão que sobe devido ao emocional; outros três relataram que é uma doença causada por uma vida não saudável (alimentação rica em frituras, massas, refrigerantes, sedentarismo); um respondeu que é a pressão do sangue que se eleva e outro que é uma doença que não tem cura pode matar e dois não souberam responder. Conforme as falas dos participantes:

Que pressão alta, a pessoa não pode comer de tudo, coisa salgada né, que ela sobe, eu mesma, no meu caso, é quando ela sobe e eu tenho raiva, no meu caso é assim. (P3, 48 anos)

Assim, falam que é o excesso de sal que tem, o excesso de sal aumenta a pressão, aumentando a pressão aí tem problemas vasculares fica mais propício a ter AVC [...] (P1, 25 anos).

As informações que eu tive que eu procurei é assim hipertensão é de acordo com a sua alimentação entendeu aí o sangue vai ficando grosso e você vai ficando hipertensa, entendeu? Foi assim que eu soube, não sei se é, guardei [...] (P8, 52 anos).

Que mata, né. Se você não cuidar, se você não se alimentar direito, não cortar, principalmente quem fuma, quem bebe, principalmente o sal, né... ter uma boa alimentação, principalmente ter uma comida mais leve, menos gordurosa, né, é isso que eu sei, é isso que eu tento fazer, né (P13, 42 anos).

Os depoimentos dos participantes permitiram perceber que eles associam a questão da alimentação inadequada, excessiva em sal e gorduras, sedentarismo,

sobrepeso, obesidade e alcoolismo como causas da hipertensão, este entendimento pode influenciar a mudança de hábitos para um estilo de vida mais saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Os participantes demonstraram ter conhecimento acerca da doença e da susceptibilidade de complicações corroborando com a pesquisa em que os pacientes tiveram uma preocupação em realizar uma dieta saudável, com pouca gordura e pouco sódio, constituindo um resultado relevante e relacionado ao estilo de vida (BARROS et al, 2014).

A hipertensão ainda foi descrita a partir de suas complicações, sendo referida como uma doença que pode causar problemas vasculares. O saber apresentado sobre as complicações neste estudo assemelha-se aos achados encontrados no estudo sobre as concepções dos usuários com HAS acerca dos fatores de risco para a doença, em que também se destacou o AVC (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012). Como o tratamento da HAS está também ligado à redução das complicações, principalmente em órgãos-alvos é importante este conhecimento para facilitar a realização do cuidado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Também, os participantes consideram a causa da HAS um problema de ordem familiar. Segue as falas sobre isto:

[...] tenho um caso da minha mãe em casa que fico mais nervosa ainda, porque se eu adoecer quem vai cuidar dela [...] se eu não cuidar sei o que pode acontecer comigo [...]o meu pai também é hipertenso e não se cuida, diz que não sente nada ai quando a pressão dele sobe, sobe muito alto chega até os olhos dele ficar vermelho, só que ele não toma medicamento porque não vai deixar de tomar a cerveja dele. Tenho irmão só que a pressão dele é boa (P1, 25 anos).

Tem minha irmã, meu irmão, minha mãe, meu pai que já se foi também. Todo mundo se cuida da mãe ao filho (P6, 47 anos).

Eu tenho um irmão que tem pressão alta agora, só porque ele passou por muitos problemas entendeu, ai foi isso ai, os outros não tem, mas ele teve problema no casamento também e hoje ele tem problema de pressão. E meu irmão ele bebe, tá nem ai, eu acho que ele não se cuida, entendeu pra pelo menos ele regular um pouco, não vejo ele fazendo nada, como às vezes ele vai lá e bebe (P8, 52 anos).

As experiências individuais dos participantes de conviverem com familiares que tiveram AVC e outras complicações decorrentes da hipertensão representaram um motivo relevante para a conscientização do cuidado com a saúde como apontado em outro estudo, em que os usuários consideraram tal experiência como fonte de saberes sobre a doença e assim poderiam contribuir para a adoção de certas posturas diante de situações de risco (SEIFFERT et al, 2014).

## 5.2.2 Conhecimento em saúde: cuidar de mim e do outro

Durante a entrevista, os participantes relataram como adquiriram conhecimentos em saúde, através dos profissionais de saúde, meios de comunicação e no seu próprio contexto familiar que usam para o seu cuidado, estendendo-o para pessoas próximas.

A minha mãe tá começando a cuidar depois que ela adoeceu porque é eu que to fazendo o controle de tudo, da alimentação dela [...] (P1, 25 anos).

Não é pra emagrecer não, é que é pra saúde. Então, esse plano tá bom demais, é agora quinta, né? A minha irmã, ela cuida muito bem da saúde, mas as taxas dela é tão alta aí ela faz SATUVIDA, ela faz caminhada, tudo dela, ela não come nada com óleo, é dela mesmo quando ela come se sente mal [...]Eu estou me sentindo muito bem, eu to assistindo esse programa [...] (P3,48 anos).

[...] às vezes você quer passar um pouco do limite da comida, porque a pressão vem também muito da comida porque eu assisto muito [programa de TV] e passa muito essas coisas, eu assisto muito, às vezes você quer pôr um pouquinho de sal já não pode porque só do cheiro a pressão vai lá pra cima, então a gente evita muita coisa eu aprendi mais ainda (P4, 44 anos).

Em relação à aquisição destes conhecimentos sobre a HAS, os achados foram semelhantes a um estudo sobre os saberes de usuários referenciados a uma unidade de saúde da família acerca da hipertensão arterial cujos dados revelaram que a família, os serviços de saúde e os meios de comunicação são as fontes pelas quais os usuários obtêm informações acerca da doença (SEIFFERT et al, 2014). De acordo com outro estudo, intitulado “Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem” foi dito que nos últimos anos, a mídia e as campanhas de saúde têm contribuído significativamente para a abordagem e tratamento, principalmente no que diz respeito às doenças crônicas (ULBRICH et al, 2012).

Também se percebe na vida destas pessoas com HAS o que elas consideram como benefícios; sentimentos relacionados à adoção de comportamentos saudáveis; autoeficácia percebida, as preferências, influências interpessoais e situacionais de acordo com os pressupostos do MPS.

No momento to bem porque encontrei você que vai me ajudar [...] participo aqui do SATUVIDA, eu faço na bicicleta e na esteira (P14, 54 anos).

[...] aquele colega de antigamente tava um pouco estressado [...] aí eu pensei, só que eu não disse a ele, vou tirar ele pra tirar o estresse um pouquinho, vamos passear, bora, aí a gente foi pra praia [...] (P8, 52 anos).

[...] o mundo tá se perdendo, eu creio assim que não tem tempo de se alimentar, não tem tempo de fazer uma alimentação certinha, [...] eu sempre fui uma pessoa que eu gostei de me cuidar (P8, 52 anos).

A participação no grupo de promoção da saúde – SATUVIDA esteve presente nas narrativas, sendo algo referido como importante por promover um espaço de manutenção do convívio social e de envolvimento em atividades físicas, levando-os a ter uma percepção de bem-estar. Assim, as influências interpessoais (APÊNDICE G) revelam que o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde ou por normas e modelos sociais, de modo que as pessoas ficam mais propensas a adotar comportamentos quando pessoas importantes para elas as ajudam e apoiam ou mesmo esperam que mudanças através da adoção dos comportamentos ocorram em suas vidas, já quanto às influências situacionais (APÊNDICE G), estas referem que o ambiente pode aumentar ou diminuir o compromisso ou participação em determinados comportamentos de saúde (SILVA; SANTOS, 2010; HOYOS, et al, 2011).

A autoeficácia percebida é um dos conceitos mais importantes neste modelo porque representa o julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar determinados comportamentos promotores de saúde. A autoeficácia percebida (APÊNDICE H) influi sobre as barreiras de ação percebidas, de modo que a maior eficácia leva a percepções menores das barreiras para o desempenho desses comportamentos como a participante disse que sempre gostou de se cuidar. Referente ao afeto relacionado à atividade, os sentimentos positivos ou negativos podem favorecer ou não a conduta promotora de saúde. Também, existe uma relação direta com a autoeficácia percebida de modo que quanto mais positivo o sentimento maior é o sentimento de eficácia (ALVES, 2010).

Ainda os participantes demonstraram construir um novo conhecimento em saúde, através da associação das informações científicas que tiveram acesso com o saber popular. Sendo que os cuidados são direcionados para sua prática de vida, como: alimentação, uso da medicação, atividade física, técnicas de relaxamento, uso de práticas populares, acompanhamento com a equipe de saúde. A respeito deste assunto têm-se os relatos a seguir:

Não to assim nota 10 mais já diminui bastante o sal, muitas coisas que eu comia, hoje em dia não como mais. Eu acho que eu já perdi peso por isso (P13, 42 anos).

Sempre que posso, eu descanso um pouco. Quando meus filhos vão para a escola ai eu descanso um pouco, depois que eu chego do trabalho, sempre tem que ter um tempo pra relaxar, né, pra ficar bem, né [...] Mantenho sempre o horário das medicações, pra controlar a pressão arterial é sempre após o café da manhã e o [medicamento para insônia] é sempre à noite às dezenove horas (P5, 45 anos).

Quando eu me preocupo, um dia antes ou dois dias quando eu acordo aí não to me sentindo bem [...] eu tomo um suco de fruta do qual tem a tendência de baixar, pronto aí fica bem, controla e dá até pra chegar à noite, entendeu? [...] eu tomo um suco de maracujá que já tem um calmantezinho, uma laranja, um suco de laranja com cenoura que abaixa também (P8, 52 anos).

A elevação da pressão arterial foi percebida através de sensações diferentes durante o sono, desta maneira pode-se considerar que a experiência com a doença permite que as pessoas reconheçam alterações em seu organismo, servindo de alerta de que a alguma complicação como infarto e AVC pode ocorrer e assim procurar os serviços de saúde, se necessário e outros recursos para o cuidado (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012). Este achado corrobora com um estudo sobre os saberes de usuários referenciados a uma unidade de saúde da família acerca da HAS em que os participantes percebiam os desconfortos físicos consequentes do aumento da pressão arterial, este estudo, ressaltava ainda sobre a necessidade da orientação aos usuários para realizarem os cuidados continuamente e não somente nestes momentos de exacerbação da doença (SEIFFERT et al, 2014).

O grupo de participantes valorizou o autocuidado como prática determinante para a promoção da saúde através de práticas saudáveis de alimentação, sono e repouso, lazer, evitando o estresse, prática de relaxamento e utilização de recursos populares para amenizar os sintomas desconfortáveis decorrentes da elevação da pressão arterial corroborando com um estudo de Santos; Tenório; Brêda; Mishima, (2014), em que um grupo de mulheres apontou o autocuidado também como determinante na conservação da saúde.

Assim, a prática do autocuidado é importante para o alcance da promoção da saúde, uma vez que fortalece a autonomia do indivíduo para um compromisso ativo na busca pela qualidade de vida de si mesmo e do próximo (SANTOS; TENÓRIO; BRÊDA; MISHIMA, 2014). É importante inferir que o autocuidado pode ser fundamental em um modelo de promoção da saúde se considerado parte de uma política ampla e democrática, para não atribuir a “culpabilização” ao indivíduo por sua doença e retirar do Estado sua responsabilidade no suporte de recursos necessários para que as pessoas promovam a saúde, considerando seus determinantes e condicionantes (OLIVEIRA apud SANTOS; TENÓRIO; BRÊDA; MISHIMA, 2014).

### 5.2.3 Mecanismos de enfrentamento da doença: qualidade de vida

Mecanismo de enfrentamento é definido como esforços que um indivíduo realiza para gerenciar demandas internas e externas específicas que são avaliadas como excedendo os recursos pessoais (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Os mecanismos para a adoção de comportamentos saudáveis frente à nova condição de conviverem com a HAS dos participantes corresponderam à fé em Deus, apoio da família, realização de atividades ocupacionais, lazer, sexualidade satisfatória e participação de um grupo do serviço de promoção da saúde. Alguns adultos citaram o apoio de amigos e familiares como incentivadores do seu cuidado pessoal no acompanhamento terapêutico visando uma melhor qualidade de vida.

Eu pensei que tinha zerado a paz, aonde Deus ele aonde nem pensei que ele tava trabalhando na minha vida ele estava, assim ele trabalha na minha vida mesmo sem eu perceber, então por isto eu estou feliz [...] ter cuidado pra não se irritar, mas quando vem a irritação é muito difícil de você evitar [...] nessa história ai que eu te contei foi impossível eu evitar, mas hoje eu digo graças a Deus eu estou bem [...] (P8, 52 anos).

Tiro um tempo pra relaxar, eu passeei, viajei, viajei com minha família, viajei com as pessoas da minha igreja, fui pra o shopping coisa assim que mulher gosta de ir ao shopping, né. Em casa eu deito no sofá, eu assisto TV, gosto de ler a Bíblia, tiro um tempo pra brincar com as crianças e o restante do tempo fazer os serviços da casa (P5, 45 anos).

Hoje estou bem, o porquê eu acho que é a namorada nova. Tá bem, me sinto bem (P6, 47 anos).

Para uma das participantes as causas da HAS estão relacionadas à irritação e nervosismo, este achado corrobora com outro estudo em que os depoentes também associaram a doença com o problema do nervoso, que envolve situações diversas como conflitos familiares e estresse no trabalho, em que muitas vezes deixam “marcas profundas” que propiciam, para alguns, uma nova forma de enxergar a vida e ressignificar o cuidado com a saúde (FAVA et al, 2013).

As informações obtidas a partir de uma avaliação espiritual e cultural podem fornecer conhecimentos valiosos no desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde para populações diversas (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Em relação à espiritualidade dos 14 participantes, doze expressaram que se sentem ligados a uma força maior. Quando perguntados sobre os aspectos mais importantes em sua vida, as principais respostas foram: a saúde, a família, Deus, bem-estar, felicidade, paz, estar bem consigo mesmo e perder peso. Todos responderam que

acreditam que sua vida tem um propósito e referiram contar com o apoio de amigos e familiares no seu cuidado. Seguem as falas dos participantes:

Primeiramente servir a Deus, ser feliz com minha família, viver em paz, pra mim é o que importa, a saúde e a paz em primeiro lugar o resto a gente corre atrás (P5, 45 anos).

Propósito que eu acredito na minha religião. Viver pra sempre e livre de todos os problemas que existe na terra conforme baseado na Bíblia (P10, 37 anos).

Saúde, o bem-estar da minha família que tá em primeiro lugar também e o pai soberano que é Deus, né (P11, 49 anos).

Todos os participantes são praticantes de religião e se sentem conectados a uma força maior. A saúde espiritual é definida como a capacidade de desenvolver o ser interior para o seu pleno potencial e inclui a capacidade de descobrir e articular qual é o propósito básico de vida, para aprender a experimentar o amor, alegria, paz e realização; e dessa maneira ajudar a si mesmo e aos outros a alcançar o seu potencial máximo (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Nos depoimentos percebe-se que eles buscam o apoio de Deus para enfrentar melhor os problemas do cotidiano, além de contribuir para mudanças de comportamento, cuidados à saúde, ampliar a rede social, dando um maior significado a vida. Os relatos deles revelam a importância que é dada às relações familiares, como meio de permitir não só a troca de afeto, mas também, a construção de mecanismos de enfrentamento da doença. Desta maneira, constata-se que a religião, a espiritualidade e a família constituíram para os participantes as principais fontes de apoio.

O manejo do estresse foi avaliado a partir de como os participantes referiram que estavam se sentindo, de usarem diariamente alguma forma de relaxamento diário e do como consideravam seu trabalho. Assim treze participantes responderam que estavam bem e vale ressaltar que dos motivos relatados um foi por ter a pressão arterial controlada e outro por participar das atividades do serviço SATUVIDA. A pessoa que relatou não estar bem atribuiu como motivos o cansaço e a pressão arterial elevada durante a semana toda. Seguem as falas dos participantes:

Bem, porque estou conseguindo além de hipertensa e ter um problema depressivo, mas está sendo controlado. Ontem fui para a academia e para o psicólogo, gostei muito porque ele deu um ponto positivo em minha vida, disse que eu estou ficando boa (P10, 37 anos).

[...]Sábado que eu quis me livrar de uns problemas ai sai de casa só cheguei de noite sabe como eu fiquei passei o dia todo no comércio olhando as coisas,

mas o problema me acompanhou, mas eu tentei sabe aliviar [...] (P9, 45 anos).

Hoje eu to um pouquinho pra baixo. Por causa disso ai, porque eu fiquei a semana todinha com a pressão alta, ai eu fico triste, né. (P12, 48 anos).

O estresse é uma ameaça potencial para a saúde mental e o bem-estar físico e está associado a doenças como cardiovasculares, câncer e distúrbios gastrointestinais. A avaliação dos aborrecimentos diários e alegrias podem ser uma melhor abordagem para a previsão de resultados de saúde ou de doença do que a avaliação habitual dos acontecimentos da vida. As experiências negativas, tais como aborrecimentos causam alterações neuroendócrinas que predis põem à doença, enquanto experiências positivas, como alegrias podem amenizar transtornos de estresse (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Quanto ao trabalho oito participantes consideraram rotineiro, cinco consideraram ótimo e um estressante. Em relação a reservar tempo para relaxar onze participantes afirmaram que sim, porém os demais informaram que frequentemente não conseguem relaxar:

Foi bom, é sempre assim só que quando a pressão tá meio assim eu não tenho aquele controle de trabalhar porque é um serviço que exige muita atenção. Ai quando a pressão fica assim eu fico um pouco sem paciência ai a diretora graças a Deus que ela me entende, entendeu quando eu não estou bem, ainda bem que ela me entende (P8, 52 anos).

Ontem foi bom porque é assim eu e minha filha, eu lavo os pratos, varro a casa, ali já tá bom tudo, nos seus devidos lugares, tudo limpinho, não tem como alguém tá mexendo em nada (P4, 44 anos).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2010), existem fatores como os psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional que participam do desencadeamento e manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a mudança de hábitos. Para o manejo ou controle do estresse diferentes técnicas têm sido avaliadas, como a meditação, musicoterapia, biofeedback, yoga, entre outras técnicas que foram capazes de reduzir discretamente pressão arterial de pessoas com hipertensão.

O enfermeiro e o cliente devem tomar decisões colaborativas sobre as intervenções mais adequadas para utilização, considerando o estado de saúde mental e física do cliente. Esta decisão deve também basear sobre as fontes de estresse experimentadas pelo cliente e seus padrões gerais de resposta a eventos estressantes. O enfermeiro deve estar ciente de seu nível de conforto próprio e conhecimento sobre as intervenções de redução do estresse antes de cuidar das pessoas ou encaminhá-las para

outros profissionais de saúde quando necessário (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

### **5.3 Construção conjunta do plano de ação pelo adulto com hipertensão e o enfermeiro: o processo de assumir os comportamentos de promoção da saúde possíveis e desejados**

Este componente diz respeito ao compromisso com um plano de ação estabelecido entre enfermeira e participante (APÊNDICE I) para a adoção de comportamentos de saúde a fim de manter ou intensificar o bem-estar da pessoa, assim contribuindo para a promoção da saúde e provável alcance dos resultados desejados no cuidado deles.

Diante disso, em face da condição de vida de conviver com a HAS, faz-se necessário, muitas vezes, uma mudança no estilo de vida e para isso as pessoas com tal condição devem contar com o apoio de enfermeiros e demais profissionais de saúde na aquisição de novos conhecimentos, capacidades e habilidades para adoção de comportamentos saudáveis com vistas a uma melhor qualidade de vida.

A nova visão da saúde como bem-estar e a questão de orientar a pessoa para o autocuidado têm como objetivo fortalecer a autonomia e participação ativa do indivíduo. Isto corrobora com as diretrizes da Política de Promoção da Saúde que apresenta a necessidade do desenvolvimento de habilidades individuais, com o intuito de permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e a saúde (BRASIL, 2006).

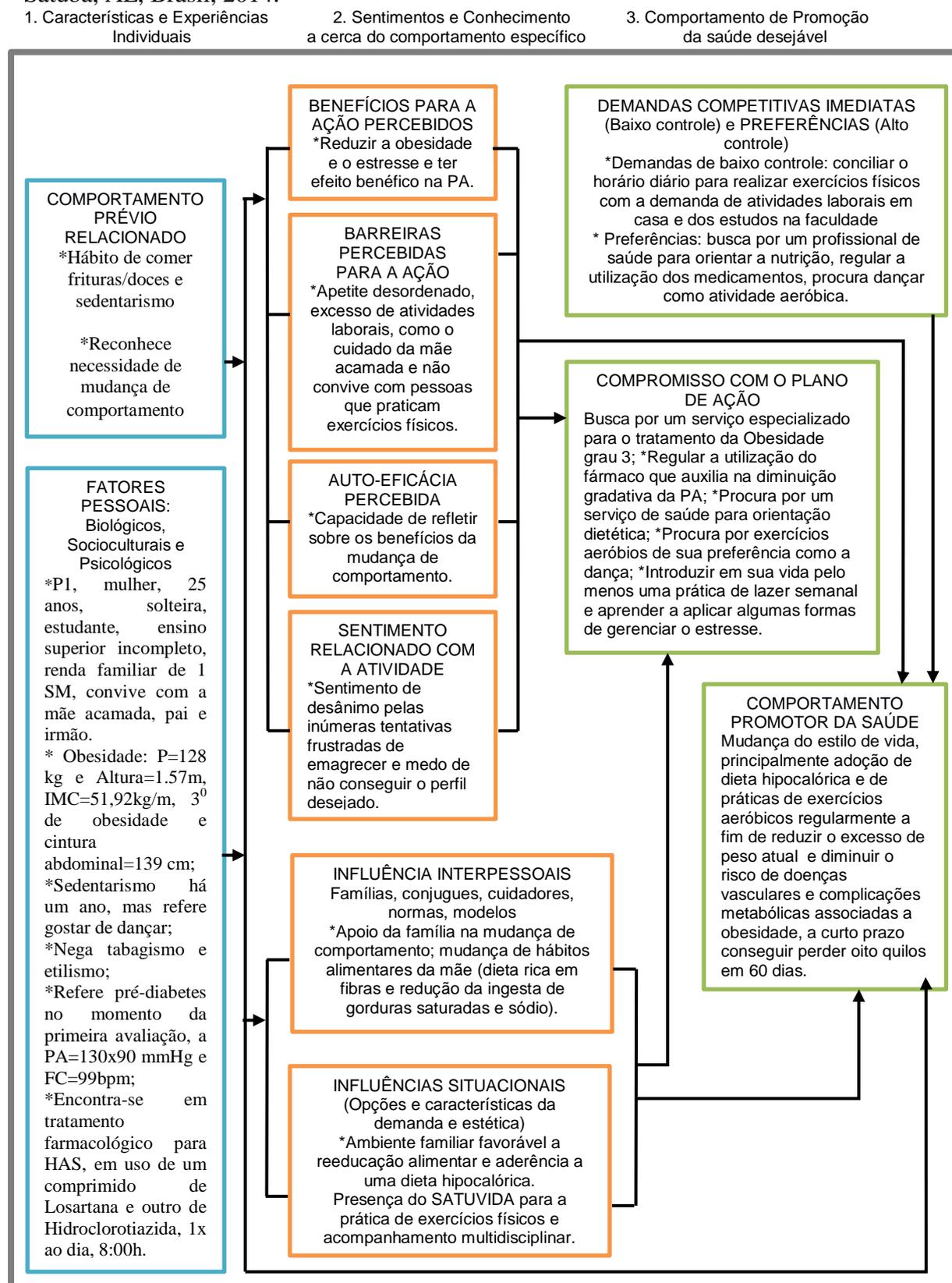
A partir da proposta da pesquisa e utilizando os princípios do Modelo de Promoção da Saúde, foram montados os diagramas (Figura 3 e 4) a seguir para orientar a produção de dados, a discussão e chegar ao objeto de estudo. Abaixo de cada diagrama tem uma narrativa individual de cada um dos dois participantes dentre os 14 da pesquisa, escolhidos para uma melhor compreensão da forma como foi construído o plano de ação de cuidado conjunto com eles. Desta forma, pode também servir de subsídio para aplicá-lo no cotidiano das Equipes de Saúde da Família em uma nova relação enfermeira-usuário com maior vínculo e compromisso.

A escolha pelas narrativas desses dois adultos se deve a relevância das suas falas, para a técnica utilizada. Desta maneira, propiciou situar o adoecimento no estilo de viver deles, trazendo elementos acerca de suas concepções de hipertensão e como

vivenciam o autocuidado e o acompanhamento da doença, face às interações, barreiras, facilidades e dificuldades pelas quais atravessa, considerando o contexto sociocultural a que pertencem.

Assim, mediada pelo modelo de Pender é possível afirmar que houve mudanças nas práticas de vida dessas pessoas, como cuidados na alimentação, reforço nos exercícios físicos e abandono de bebidas alcoólicas.

Figura 3 - Aplicação do diagrama do modelo teórico de promoção da saúde de Nola J. Pender no cuidado de adulto com hipertensão da primeira participante da pesquisa, Satuba, AL, Brasil, 2014.



Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015, adaptado do diagrama revisado do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

P1, de 25 anos, solteira, parda, mulher tímida, mora no interior de Alagoas, tem uma aparência bonita, mas, em seu íntimo, ela quer emagrecer e melhorar seu estado de saúde. Descobriu, há dois anos, que estava com hipertensão e pré-diabetes. Tendo 1.57 metros de altura e 128 quilos apresenta obesidade mórbida e, recentemente, o cardiologista identificou um problema no seu coração.

A sua timidez muitas vezes a impede de tirar suas dúvidas ou esclarecer orientações recebidas pelos profissionais de saúde. Sobre a hipertensão considera que é o excesso de sal que aumenta a pressão e assim pode ter problemas vasculares, ficando mais propícia a ter AVC, por este motivo fica nervosa, ainda mais porque sua mãe teve esta doença e é acamada devido à seqüela da HAS. Desse modo, ela imagina que se adoecer ninguém vai cuidar de sua mãe, então por isso procura se cuidar, principalmente no uso da medicação.

O pai de P1 é pedreiro e seu irmão ajudante de pedreiro. Ela terminou o ensino médio e agora estuda no nível superior e cuida da mãe. Todos moram juntos e contam com uma renda familiar de um salário-mínimo. Ultimamente, descreve sua vida como uma correria por ter que trabalhar em casa, cuidar da mãe e ainda ter tempo para os estudos, fato que a deixa ansiosa e angustiada. Por isso, come muitos biscoitos recheados de chocolate e frituras e não consegue manter os resultados das dietas mais saudáveis.

Ela cuida da alimentação da mãe para que seja mais saudável, porém seus amigos e familiares desejam que ela se cuide para se tornar uma mulher esbelta e saudável. Também diz que é preguiçosa para caminhar e as atividades do SATUVIDA que deseja fazer não consegue porque está difícil conciliar o horário com seus estudos na faculdade. Sente desânimo ao lembrar as várias tentativas de emagrecer.

P1 tem se aborrecido sempre, mas quando tem um problema com alguém procura resolver com calma se a pessoa quiser, não gosta de discussão, pois diz:

[...] não gosto de ficar batendo boca (P1, 25 anos).

Acredita em Deus, é católica e as coisas que considera mais importantes em sua vida são a saúde e o bem-estar. Considera que sua vida tem um propósito e pretende no futuro arrumar um emprego, ser independente e ter sua casa própria levando sua mãe. Ela diz:

porque eu não deixo minha mãe não, mas eu quero ter a minha independência (P1, 25 anos).

P1 fala que conta com o apoio da família da mãe dela, suas tias, que sempre vão a sua casa, porém tem poucos amigos na cidade, seus amigos mais próximos são os do local onde estuda.

Depois do primeiro encontro com essa participante e de ouvir sua história, suas crenças, conhecimentos e comportamentos, conversei sobre a avaliação no sentido do que ela precisaria mudar para atingir um estilo de vida mais saudável, bem como seus pontos fortes e os fatores de risco e sugeri um acordo através da construção de um plano de cuidados conjunto. Portanto, aconselhei a procurar orientações médicas e nutricionais conforme os encaminhamentos, e também, tornar-se uma praticante regular de atividade física (3x/semana) no mínimo, adequar o uso da medicação para o controle da hipertensão, modificar alguns hábitos alimentares, aprender e aplicar algumas formas de gerenciar o estresse e introduzir em sua vida pelo menos uma prática de lazer semanal. Isso poderia servir de impulso para a elevação de sua autoestima, além de favorecer a sua saúde e bem-estar.

E foi o que ocorreu. Depois do nosso segundo encontro, P1 se sentiu encorajada. Reestruturou seus hábitos alimentares, procurou os serviços de saúde, buscou fazer exercícios físicos de sua preferência como à dança em sua própria casa e até se esforçou para caminhar, aprendeu a relaxar mais e contar suas coisas quando se sentia nervosa. Algumas dificuldades relatadas concorreram com a implementação do plano de cuidados, tal como não conseguir marcar com o cardiologista, porque a Secretaria de Saúde não tinha marcado e assim a médica da ESF não deu o encaminhamento para o SATUVIDA, que passou a disponibilizar outro horário para a prática de atividades físicas.

Assim sendo, observa-se que a adoção de comportamentos saudáveis contribuiu para seu bem-estar, autoestima e qualidade de vida, porque segundo ela não ligava para alimentação, nem para caminhar e agora está tendo mais consciência do que precisa fazer frente aos problemas de saúde com os quais convive.

No plano de cuidados compartilhados entre P1 e a enfermeira pesquisadora foi realizado primeiramente o registro da sua história de vida e uma avaliação clínica em que foi identificado Índice de Massa Corpórea-IMC compatível com obesidade grau 3, circunferência abdominal igual a 139 cm e pressão arterial igual a 130x90 mmHg, sendo encaminhada tão prontamente para orientação médica, nutricional e odontológica, este último encaminhamento devido aos incômodos relatados nos dentes. Após comunicar a avaliação no sentido do que ela precisaria mudar para atingir um estilo de vida saudável,

bem como seus pontos fortes, os fatores de risco e ainda relembrando os resultados comportamentais e de saúde desejados, construiu-se conjuntamente um plano de mudança que foi formalizado com as assinaturas do acordo conforme o modelo de promoção da saúde de Nola Pender, sendo que a gestão do plano pela enfermeira foi realizado através de avaliações e reforços quinzenais.

Os resultados comportamentais e de saúde desejados foram tornar-se uma praticante regular de atividade física (3x/semana) no mínimo e perder cerca de oito quilos nos primeiros dois meses e o plano de mudanças acordado teve como objetivos adequar o uso da medicação para o controle da hipertensão conforme prescrito pelo médico, começar um programa de caminhada progressiva; modificar alguns hábitos alimentares e perder oito quilos em 60 dias; aprender e aplicar algumas formas de gerenciar o estresse e introduzir em sua vida pelo menos uma prática de lazer semanal.

A P1 imaginou que se conseguisse adotar essas ações do plano conjunto em sua rotina diária poderia reduzir a gordura e o estresse e ter efeito benéfico na pressão arterial, além de se manter saudável, prevenir doenças como as vasculares e reduzir a cintura abdominal. Apesar disso, teve sentimentos de desânimo ao lembrar as várias tentativas de emagrecer e pensou nas suas dificuldades como apetite desordenado e não conviver com pessoas que praticam exercícios diariamente, pois não estava mais conseguindo conciliar o horário dos estudos com o das atividades do serviço de promoção da saúde. Sente-se cansada, nervosa, angustiada e ansiosa pelo excesso de atividades laborais como o cuidado intenso e solitário da mãe acamada.

Chegando a uma nova consulta com uma das enfermeiras pesquisadoras, a P1 contou o que estava conseguindo fazer das atividades acordadas no plano para melhorar sua qualidade de vida, então começou a dizer que buscou por um profissional de saúde para orientar a nutrição, procurou fazer exercícios aeróbicos como dançar em sua casa, a atividade que realmente prefere. Além disso, buscou os outros serviços de saúde que foi encaminhada. Compareceu a consulta da nutricionista e tentou acompanhar, muitas coisas deixou de comer da sua alimentação, como diz:

eu cortei o biscoito desde aquele dia, ainda como [aquele biscoito de água e sal], mas o biscoito recheado não comi mais não, sempre como a bolacha integral ou se não mesmo o suco e as frutas [...] É melhor evitar do que comer um porque eu não consigo comer um só mesmo (P1, 25 anos).

Quanto à caminhada foi alguns dias e deixou, mas exercícios que está fazendo são as atividades de casa associada com a dança, esta última a que mais gosta, assim ela diz:

[...] quando eu começo fazer uma coisa vou até o fim, depois que eu relaxo (P1, 25 anos).

O tempo que tira pra relaxar continua sendo ficar com sua mãe na esquina da sua casa ou para assistir novela. Algumas dificuldades foram relatadas que concorreram com a implementação do plano de mudanças, como não conseguiu marcar com o cardiologista, porque a Secretaria de Saúde ainda não marcou, mesmo ela indo lá confirmar sempre a marcação e assim a médica da ESF não deu o encaminhamento para o SATUVIDA. Não conseguiu marcar dentista porque no Posto Central não estava tendo atendimento e na ESF sempre tinha um problema como não instalação de equipamentos ou falta da dentista.

Para a P1 o estabelecimento do plano conjunto dela com a enfermeira-pesquisadora contribuiu para sua promoção da saúde e qualidade de vida, porque segundo ela não ligava para alimentação, nem para caminhar e agora está tendo mais consciência do que precisa fazer frente aos problemas de saúde que convive. Ainda, considera que alcançou resultados como aprender a relaxar mais, aprender a contar as coisas quando se sente nervosa, porém esperava assim perder mais peso corporal, ter tido mais força de vontade para fazer a caminhada para ver se perdia alguns quilos porque ela diz:

não aumentei, mas também não perdi né eu me mantive, ah, mas eu queria ter perdido, mas com fé em Deus eu vou conseguir (P1, 25 anos).

Uma vez que não conseguiu colocar os exercícios físicos em prática justifica pelo problema que deu nos seus exames e a alimentação que acha que deveria ter se esforçado mais, como diz, por fim:

que até hoje saiu meio perambulando na alimentação, assim a redução de sal eu reduzi até por causa da mainha, mas o negócio mais são as coisas gordurosas, são esses biscoitos que ainda como não vou menti (P1, 25 anos).

No decorrer das entrevistas com os participantes foi possível estabelecer um plano conjunto de cuidados fundamentado no MPS de Nola Pender (APÊNDICE I), que vai além dos aspectos biológicos, já que se reconhece que a experiência com a doença e as ações necessárias para o tratamento e cuidados em longo prazo, estão ligadas com o

contexto sociocultural da vida das pessoas, diante disso evidenciou-se nas falas dos participantes os pressupostos deste referencial como os benefícios, barreiras e auto-eficácia percebida para adoção de comportamentos saudáveis, bem como as demandas imediatas de baixo controle e preferências.

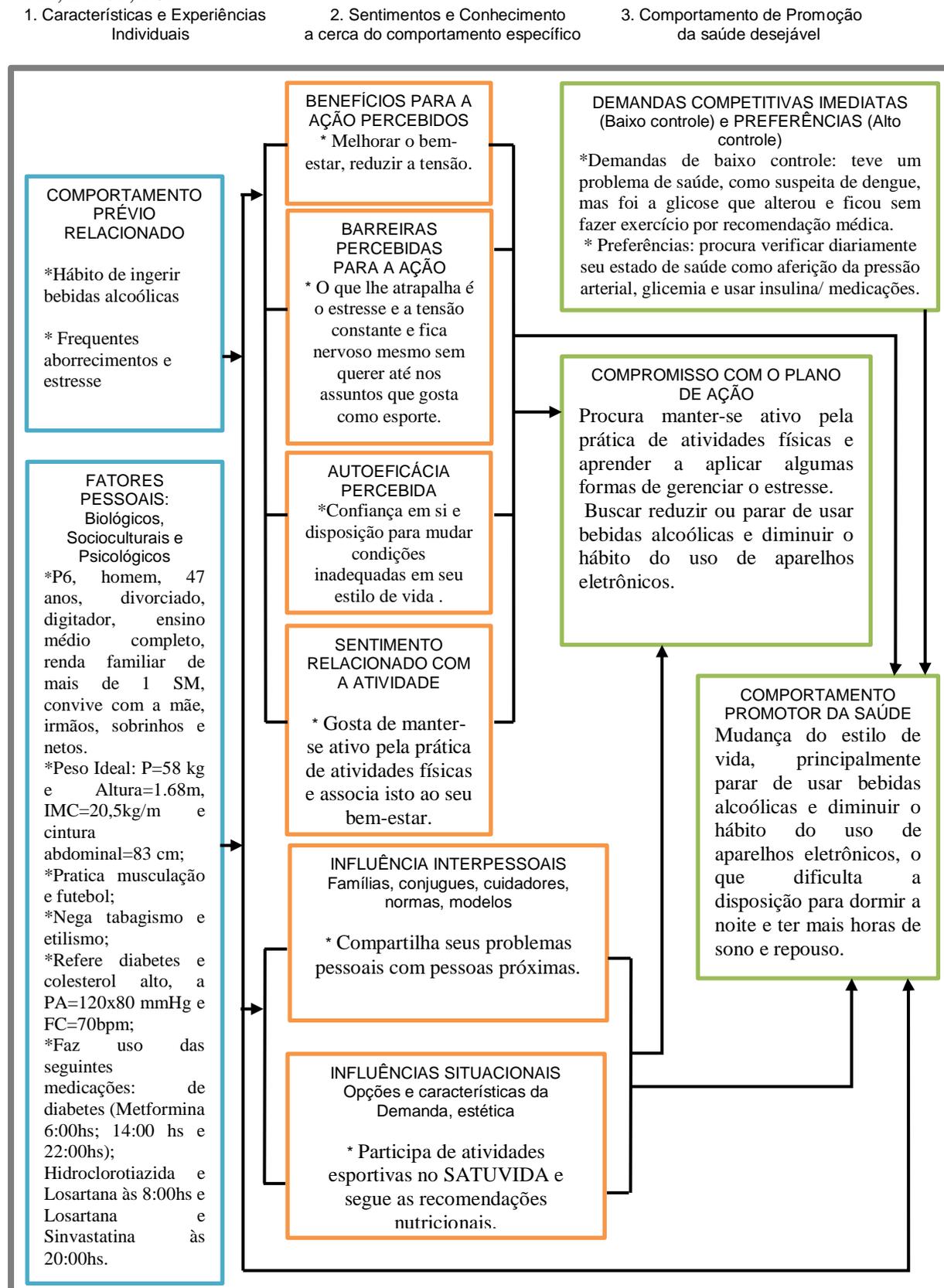
As barreiras percebidas à ação (APÊNDICE J) referem-se às avaliações negativas, dificuldades e custos pessoais antecipados que pode dificultar um compromisso com a ação como a P1 que teve sentimentos de desânimo ao lembrar as várias tentativas de emagrecer e pensou nas suas dificuldades como apetite desordenado e não conviver com pessoas que praticam exercícios diariamente, pois não estava mais conseguindo conciliar o horário dos estudos com o das atividades do serviço de promoção da saúde (HOYOS et al, 2011; ALVES, 2010).

O compromisso com o plano de ação refere-se às ações que possibilitam a manutenção do comportamento de promoção da saúde esperado, mas existem às exigências imediatas (APÊNDICE L) que concorrem com a implementação do plano de mudanças, significando o baixo controle pessoal sobre os comportamentos que requerem alterações imediatas como o trabalho, acesso aos serviços de saúde e as responsabilidades do cuidado com a família como na história da P1, em que relatou que além de cuidar da mãe acamada teve dificuldades no acesso às consultas médicas e outros serviços de saúde (HOYOS et al, 2011). Esta dificuldade de acesso ao serviço de saúde gera desconfiança e insatisfação com o serviço de saúde (FAVA et al, 2013).

No que diz respeito, as preferências (APÊNDICE L), essas exercem um alto controle sobre as ações de mudança de comportamento, pois a partir dos sentimentos positivos à ação, a pessoa mantém mais facilmente o compromisso com a adoção de comportamentos saudáveis como no caso da P1 que prefere a dança em sua casa, como prática de exercícios físicos, devido as circunstâncias de ter que cuidar da mãe acamada e a impossibilidade atual de comparecer as atividades do serviço de promoção da saúde (HOYOS et al, 2011; ALVES, 2010).

Percebe-se que a participante buscou alcançar comportamentos de saúde desejados como um novo caminho de cuidados na alimentação e na prática de exercícios na rotina diária, ainda manteve seus estudos na faculdade vislumbrando seu projeto de felicidade, embora enfrentasse várias barreiras e exigências imediatas na vida (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Figura 4 - Aplicação do diagrama do modelo teórico de promoção da saúde de Nola J. Pender no cuidado de adulto com hipertensão no sexto participante da pesquisa, Satuba, AL, Brasil, 2014.



Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015, adaptado do diagrama revisado do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

P6, de 47 anos, pardo, divorciado, está com seu peso ideal, exibe uma aparência exuberante. Passa cinco dias da semana suando a camisa na academia do SATUVIDA e no futebol com os amigos, mantém uma dieta rígida e reforçada com sucos, chá de insulina e bebe muita água, consulta os profissionais de saúde com frequência para o acompanhamento dos problemas de saúde.

Descobriu que estava com hipertensão há menos de três anos e tem diabetes e colesterol alto, agora busca os recursos disponíveis para cuidar da sua saúde. Sente-se bem com sua vida sexual e a noite sempre tira um tempo para relaxar, embora durma tarde e acorde muito cedo pelo vício que tem de ficar mais tempo usando o computador.

Ele completou o ensino médio e recebe um salário-mínimo para trabalhar como digitador considerando uma boa atividade, porém para atender as demandas é uma correria. Nos finais de semana, costuma tomar cinco latinhas de cerveja com os seus amigos.

Para se cuidar, procura fazer tudo direito. Mas, associa a elevação da pressão arterial ao seu constante nervosismo em tudo. Às vezes se estressa com seu filho, mesmo sendo coisas normais da idade da criança. Quando tem um problema com uma pessoa, também perde a calma, mas reconhece que está errado. P6 tem sua mãe, uma irmã e um irmão com hipertensão e seu pai que faleceu também tinha esta doença, porém ele diz:

todo mundo se cuida da mãe ao filho (P6, 47 anos).

Quando entrevistado sobre os cuidados que se deve ter, ele respondeu que são a alimentação e os exercícios físicos, sendo este último o mais recomendado. Ele acredita que seu propósito é crescer e se dar bem na vida, crê em Deus e frequenta regularmente a igreja católica. Fala que a pessoa que mais cuida dele é a sua mãe, a qual mora com ele, seus irmãos, filho e sobrinhos e atualmente está muito bem porque tem uma namorada nova. Pretende no futuro dar um irmão para seu filho.

Para completar seu interesse de se cuidar, estabelecemos um plano de cuidados conjunto. P6 parece ter interesse de cuidar das suas emoções, além do físico. Ele investe em cultura, atualiza-se e se preocupa em aprimorar a mente. Porém desconhecia os efeitos do uso frequente de bebidas alcoólicas convivendo com a hipertensão e outros problemas de saúde. E um dos comportamentos que propôs a mudar foi reduzir ou evitar a ingestão destas bebidas. Daí P6 imaginou que se conseguisse adotar essas ações do plano conjunto em sua rotina diária poderia melhorar o bem-estar e reduzir a tensão.

Chegando a uma nova consulta com a pesquisadora principal, P6 contou que manteve algumas práticas saudáveis e teve disposição para evitar o uso de bebidas alcoólicas e diminuir o hábito do uso de aparelhos eletrônicos, o que dificultava a vontade para dormir a noite e ter mais horas de sono e repouso.

O tempo passou e P6 compareceu ao nosso quarto e último encontro da pesquisa, alegremente, disse que alcançou grandes resultados em sua vida, desses o mais significativo e desejado pra ele foi perder a vontade de tomar bebidas alcoólicas, sendo ajudado por sua forte espiritualidade, como diz:

Suspendi bebida alcoólica e peço a Deus pra não voltar mais nunca e nem to com vontade, to não [...] eu peço que Deus me dê forças todos os dias pra eu nunca mais tomar (P6, 47 anos).

Ele refere que colocou em prática o plano conjunto na sua rotina diária e continua buscando adotar comportamentos saudáveis. Apesar disso, pensou sobre o que poderia lhe atrapalhar como o estresse e a tensão constante e por ficar nervoso mesmo sem querer até nos assuntos que mais gosta como esporte.

Algumas dificuldades foram relatadas que concorreram com a implementação do plano de mudanças, pois teve um problema de saúde, como suspeita de dengue, mas foi à glicose que alterou e ficou sem fazer exercício por recomendação médica. Apesar dos contratempos, o P6 teve uma boa recuperação e procura verificar diariamente seu estado de saúde como aferição da pressão arterial, glicemia e passou a usar insulina e demais medicações; sempre no intervalo do almoço e do jantar come frutas e come muitas verduras. Compareceu a consulta odontológica e remarcou o tratamento. Suspendeu bebidas alcoólicas e pede a Deus pra não voltar mais nunca, até a profissional de saúde disse que podia tomar duas ou três latas, mas não quer, encontra-se decidido.

Para o P6 o estabelecimento do plano conjunto dele com a enfermeira-pesquisadora, contribuiu para sua promoção da saúde e qualidade de vida, porque segundo ele é um incentivo a mais e ele sente que alcançou grandes resultados, como diz:

[...] a gente sente dentro da gente que alcançou, sente muito (P6, 47 anos).

O P6 refere que apenas não estava fazendo exercícios físicos temporariamente por restrições médicas e se encontra aguardando resultados dos exames devido a um problema de saúde que teve e precisou de internação, mas espera a liberação para voltar aos exercícios físicos, como diz:

[...] pra minha caminhada e meu futebol, essas coisas que no momento eu estou parado (P6, 47 anos).

Os benefícios percebidos da ação (APÊNDICE J) são os resultados positivos antecipados que reforçam as consequências de se adotar comportamentos como o P6 imaginou que se conseguisse adotar essas ações do plano conjunto em sua rotina diária poderia melhorar o bem-estar e reduzir a tensão (HOYOS et al, 2011; ALVES, 2010). O participante decidiu firmemente suspender o uso de bebidas alcoólicas, percebe-se assim que a autoeficácia percebida e os sentimentos positivos serviram também de apoio para adoção deste cuidado (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

#### **5.4 Comportamentos promotores de saúde em curso/alcançados como resultado da aplicação do plano de ação conjunto elaborado**

Dos 14 participantes, 10 foram até o quarto encontro para a consulta individualizada, três foram até a terceira consulta (P9; P10 e P12) e uma compareceu até a segunda (P2), considerável adesão ao estudo, o que permitiu maior avaliação dos resultados da aplicação de um plano de cuidado de enfermagem na vida destas pessoas; narrativas de adultos com hipertensão (APÊNDICE M), bem como perceber as influências exercidas pelas barreiras à ação e as demandas imediatas de baixo controle que concorriam com a conquista da adoção de comportamentos saudáveis para um melhor bem-estar ou promoção da saúde.

Assim o resultado da aplicação do MPS de Pender é o ponto da conclusão do comportamento desejado, em que é possível refletir no resultado da tomada de decisão, preparação e manutenção do plano de ação (HOYOS et al, 2011). Nessa compreensão, diante da nova condição de conviver com a HAS faz-se necessário o desenvolvimento de recursos pessoais para enfrentar as adversidades impostas pela doença com maior qualidade de vida. Segundo as falas dos participantes, houve mudanças nas práticas de vida que melhoraram ou intensificaram o próprio cuidado com vistas ao bem-estar, como resultados da implementação deste plano conjunto, respeitando a autonomia dos participantes desta pesquisa e favorecendo o processo de reflexão sobre as mudanças em sua vida a partir do significado do conhecimento em saúde adquirido e o seu contexto sociocultural.

As falas dos participantes a seguir são representativas do componente 3 do MPS, sendo possível estabelecer relações com o resultado do comportamento desejável a

partir do compromisso com o plano conjunto como expansão da consciência sobre os problemas de saúde, perseverança, maior espiritualidade, bem-estar, harmonia do corpo, dificuldades de se cuidar e compreensão dos males à saúde.

Contribuiu, assim porque antes eu não ligava pra alimentação, nem pra caminhar, nem pra isso, já hoje eu sei que eu tô pecando não tô fazendo as coisas certinho, mas eu tenho mais a consciência [...].Acho que o resultado que eu alcancei foi relaxar mais, aprender a relaxar mais, aprender a contar as coisas quando eu tô meio nervosa assim, a contar, relaxar, aí isso a respiração, esperava assim perder mais (P1, 25 anos)

[...] Estou muito bem porque depois que eu adotei essa alimentação, né como você me informou né, a prática de exercícios apesar de que eu passei uns 15 dias sem fazer, a minha saúde melhorou muito, mesmo não conseguindo diminuir o peso né, meu objetivo né, mas vamos lá com esforço a gente consegue (P5, 45 anos).

Favoreceu, porque é assim além de eu viver assim querendo ai eu vi alguém que também se interessou pra ver essa idéia que não só por mim [...] (P8, 52 anos).

Alcancei, a gente sente dentro da gente que alcançou, sente muito [...] Suspendi bebida alcoólica e peço a Deus pra não voltar mais nunca e nem to com vontade (P6, 47 anos).

Na fala dos participantes também é possível observar o desenvolvimento do sentimento positivo em relação a valorização do atendimento com interesse, respeito, resolutividade e consideração nos termos “ ai eu vi alguém que também se interessou” e “vamos lá com esforço a gente consegue” corroborando com um estudo desenvolvido na capital Alagoana em que analisou os significados atribuídos pelos usuários da Atenção Primária à Saúde ao seu processo saúde/doença e aos serviços utilizados, em que os resultados demonstraram também relações com os profissionais do serviço marcadas por afetos positivos podendo-se inferir que a resolução de suas necessidades de saúde pode gerar afetos positivos nas pessoas e com isso influenciar a continuidade e adesão aos serviços oferecidos (SANTOS; TENÓRIO; BRÊDA; MISHIMA, 2014).

Portanto, os sentimentos positivos estabelecidos na relação entre os profissionais de saúde do serviço e as pessoas assistidas, em que é valorizada a subjetividade delas em seu processo de produção da saúde pode oportunizar vínculos solidários e consequentemente potencializar espaços democráticos de decisão e um modelo de atenção mais voltado para a promoção da saúde no contexto da ESF (BRASIL *apud* SANTOS; TENÓRIO; BRÊDA; MISHIMA, 2014).

O último conceito é o comportamento promotor de saúde que significa o resultado da implementação do MPS, o que demonstrou influencia na vida dos

participantes contribuindo para a adoção de um estilo de vida mais saudável com a finalidade de melhorar ou intensificar seu bem-estar, também na história dos participantes nota-se que eles buscam por cuidado centrado não apenas nas tecnologias duras, mas, também nas leves para dialogar acerca das condições que envolvem conviver com a doença como evidenciado no relato da participante em que diz que já vivia querendo se cuidar e encontrou alguém que também se interessou para ver sua ideia. Assim, para uma maior integralidade, efetividade e acesso é preciso repensar as práticas de saúde com foco na humanização (MARIN; STORNILO; MORAVCIK, 2010).

Alguns acordos do compromisso com a adoção de comportamentos saudáveis não foram colocados em prática, pelo motivo da influência direta das barreiras e demandas de baixo controle, bem como da própria escolha do participante no decorrer da implementação deste plano.

Corro muito Mulê dentro de casa, é uma coisa é outra dentro de casa, casa com muita gente, tem meu pai mais de 80 anos ele tem, quando dá 11 horas eu corro corro, eu não tenho nem tempo muito [...] (P3, 48 anos).

Esse tempo frio que tava eu não dormia direito, só com dor ai eu comecei a tomar remédio por minha conta, eu sei que é errado, mas fazer o que, né? (P9, 45 anos).

Os exercícios que eu não coloquei em prática foi por causa daquele problema, que deu no meu exame, deixa eu vê mais, só eu acho que o resto, a alimentação que eu acho que eu deveria ter me esforçado mais que até hoje saio meio perambulando na alimentação [...] (P1, 25 anos).

O que a nutricionista mandou fazer não, porque eu não gostei muito não, agora assim algumas coisas que eu acho que tá dando pra fazer, eu to fazendo eu to comendo né (P3, 48 anos).

[...] tem uma comida que você não pode comer, mas você diz só hoje eu vou comer esse pouquinho, não é isso, é isso às vezes eu passo um pouquinho, mas depois eu volto atrás e passo dois a três meses sem comer (P4, 44 anos).

Desta forma, o conhecimento da singularidade da forma de pensar a vida das pessoas que convivem com a hipertensão pode permitir à implementação de cuidados integrados e contextualizados, estimulando a potencialidade das pessoas para a autonomia no cuidado da sua saúde (FAVA et al, 2013).

O Quadro 3 a seguir demonstra o resultado da avaliação clínica e antropométrica correspondente às consultas individualizadas iniciais e finais dos entrevistados.

Quadro 3 – Distribuição dos participantes segundo avaliação antropométrica inicial e final e pressão arterial, Satuba, AL, 2014.

DADOS	P.A.i (mmHg)	P.A.f (mmHg)	F.C.i (bpm)	F.C.f (bpm)	Pesoi (Kg)	Pesof (Kg)	C.A.i (cm)	C.A.f (cm)	Tempo.i.f. (dias)
P1	130x90	160x100	99	88	128	128	139	139	168
P2 <sup>1</sup>	115x85	-	87	-	92	-	99	-	-
P3	143x104	130x90	81	76	71	69	95	92	137
P4	118x70	100x70	62	72	81.100	79	106	103	168
P5	120x76	110x80	77	70	66.500	66	91	88	68
P6	120x80	120x80	70	72	58	60,4	83	86	140
P7	200x110	150x100	99	94	79	74	101	95	168
P8	130x70	110x70	72	70	55,5	60	88	89	168
P9	130x90	110x70	71	84	99	99,200	108	108	63
P10	110x80	100x70	56	88	75.300	72	102	97	82
P11	100x70	110x70	96	94	50	49	78	74	28
P12	130x90	150x100	96	92	77.350	77	101	100	16
P13	110x80	120x80	80	88	62,500	63	86	85	28
P14	100x80	100x70	88	80	88.300	88.550	108	108	37

Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015.

Legenda: Pai - Pressão arterial inicial; Paf- Pressão arterial final; FCi – Frequência Cardíaca inicial; FCf – Frequência Cardíaca final; Pesoi – Peso inicial; Pesof – Peso final; Cai – Circunferência Abdominal inicial; CAf – Circunferência abdominal final; Tempo.i.f. – Tempo entre medição inicial e medição final.

Os dados apresentados neste quadro, de acordo com os resultados obtidos pelos participantes na sua mudança das práticas de vida, demonstram possivelmente que eles implementaram o plano de ação de cuidado conjunto em sua rotina diária, o que poderá contribuir para diminuição dos riscos cardiovasculares, contribuindo para redução da pressão arterial a níveis preconizados para pessoas com hipertensão sob uso de medicação, diminuição do peso corporal e circunferência abdominal e menor frequência cardíaca com a adoção, mudança ou manutenção de comportamentos favoráveis à saúde (P3, P4, P5, P7, P10, P11). Outros participantes mantiveram ou aumentaram discretamente o peso corporal, mas também conseguiram redução ou manutenção da pressão arterial de acordo com os níveis recomendados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2010), como verificado na avaliação deles (P6, P8, P9, P13, P14).

Por outro lado, as participantes (P1, P12) mantiveram o mesmo peso corporal, com IMC compatível de obesidade e não tiveram ainda uma melhora significativa de seu risco cardiovascular, como se pode observar que houve aumento da pressão arterial. Durante a construção e acompanhamento do plano de cuidado conjunto pode-se

<sup>1</sup> P2 compareceu até o segundo encontro, então só foi possível fazer a primeira avaliação antropométrica, por isso consta no Quadro 3 os valores correspondentes.

compreender as barreiras, desafios, exigências imediatas de baixo controle que concorreram com o sucesso da implementação do cuidado na rotina de vida delas, como no caso de P1 que não conseguiu conciliar o horário diário para realizar exercícios físicos com a demanda das atividades em casa (como o cuidado intenso da mãe acamada) e teve dificuldade na assistência dos serviços de saúde da rede de atenção municipal, pois foi encaminhada, mas não conseguiu marcar com o cardiologista na Secretaria de Saúde dificultando o andamento do cuidado compartilhado.

No plano de cuidado conjunto com P12 foi possível verificar também barreiras e exigências imediatas em seu contexto de vida, como constantes aborrecimentos e nervosismo devido à situação conjugal comprometida atualmente e estresse devido a uma cirurgia programada o que dificultou o seu relaxamento e diminuição da tensão, uma das metas do plano estabelecido. Estes fatores na vida das participantes são compreendidos pelos pressupostos de Pender quando refere que o compromisso de um plano de ação é menos provável que acabe em uma conduta desejada quando as exigências contrapostas nas quais as pessoas têm menos controle requerem uma atenção imediata; e, as influências situacionais, como o acesso as ações e serviços de saúde, podem fazer aumentar ou diminuir o compromisso da participação na conduta promotora de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2002).

Estes achados exprimem os principais aspectos que interferem no cotidiano de pessoas com hipertensão que carecem de maior atenção pelos enfermeiros e equipe multiprofissional que trabalham com a promoção da saúde, visando à corresponsabilização pelo cuidado dos indivíduos. De uma maneira geral, os participantes receberam cuidados mais adequados à sua condição de conviver com uma doença crônica como a hipertensão, pois a aplicação deste plano de ação como uma tecnologia inovadora do cuidado, permitiu construir conjuntamente com eles, conhecimentos e habilidades para conhecerem seus problemas, decidirem escolher seu tratamento e superar as barreiras que se antepõe a melhoria da saúde como afirma Mendes, (2012) sobre os objetivos do autocuidado apoiado, uma tecnologia inovadora do Modelo de Atenção às Doenças Crônicas que vêm sendo implementado em Curitiba e outras regiões do Brasil.

Desta maneira, pode-se inferir que a aplicação de um plano de ação fundamentado no modelo de promoção da saúde de Nola Pender no cuidado de enfermagem de adultos com hipertensão promoveu boa adesão, vínculo e compromisso, quebra com a lógica biomédica, potencializou a negociação, estimulou a autonomia e o

empoderamento da pessoa com hipertensão e contribuiu com o cuidado longitudinal. Isto se relaciona diretamente com o paradigma de promoção da saúde porque prioriza a participação da pessoa no seu autocuidado, como afirma na Carta de Ottawa, um marco teórico na nova promoção da saúde, “que é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OPAS, 1986, p.1-5).

A aplicação de um plano de ação fundamentado no modelo teórico de Pender sustentou-se no princípio de fortalecimento da pessoa com hipertensão, com o objetivo de aumentar sua capacidade individual e coletiva para o manejo da diversidade de condicionantes de saúde que aparecem durante a vida. Também o cuidado de enfermagem às pessoas com hipertensão deve envolver o autocuidado visando a Promoção da Saúde na adoção de estilos de vida saudáveis, dando-se um enfoque de responsabilização conjunta no processo saúde-doença-cuidado (CZERESNIA; de FREITAS, 2012).

Há uma relação direta entre o modelo de Pender e a proposta de promoção de estilos de vida saudáveis, em termos de construir decisões para modificar comportamentos de risco. Assim, Pender sugere que os fatores cognitivos e perceptuais dos indivíduos são modificados pelas condições situacionais, interpessoais e a própria cultura, o que influencia as suas decisões, assim mais do que vontade é preciso conhecimento e condições para que os indivíduos tomem decisões importantes para viverem de modo mais saudável (OSORIO et al, 2010).

Desta maneira, este plano de ação dialoga com os princípios do paradigma da Promoção da Saúde, que segundo Pender; Murdaugh; Parsons, (2011) são entendidos como o desenvolvimento de comportamentos motivados pelo desejo de aumentar o bem-estar e valorizar o potencial das pessoas para o estado de ótima saúde, o que no decorrer do tempo vêm norteando o planejamento de políticas públicas, estratégias de ações voltadas a indivíduos e comunidades bem como ações dos profissionais de saúde e na investigação de problemas de saúde.

#### 5.4.1 Potencialidades e desafios da aplicação de um plano de ação fundamentado no modelo de promoção da saúde de Nola Pender

As intervenções de promoção da saúde já não podem se concentrar exclusivamente sobre o indivíduo para alcançar a mudança de comportamento em larga

escala. A visão abrangente de promoção da saúde enfatiza a necessidade de colaboração entre os profissionais de saúde, organizações de cuidados de saúde e os responsáveis políticos a nível local, estadual e nacional (PENDER; MURDAUGH, PARSONS, 2011).

A aplicação de um plano de ação fundamentado no MPS de Nola Pender no cuidado de enfermagem de adultos com hipertensão, acompanhados pelas ESF e serviço de promoção da saúde significou que ações semelhantes a essa podem operar assim com efetividade, eficiência e qualidade nos cuidados primários.

A partir da análise da aplicabilidade do plano de ação fundamentado neste modelo teórico foi possível visualizar potencialidades e desafios para a promoção da saúde e cuidado de enfermagem de adultos com hipertensão.

As potencialidades deste modelo servem para apoiar a mudança de paradigma; desenvolver um sistema integrado de atenção à saúde; alinhar políticas setoriais para a saúde; organizar a gestão do trabalho do setor da saúde; centralizar o cuidado na pessoa com hipertensão ou ainda estendendo o escopo das ações para usuários com outras doenças crônicas e familiares; proporcionar a continuidade do cuidado e acompanhamento terapêutico; apoiar as pessoas em sua comunidade; e, enfim enfatizar a promoção da saúde.

Quanto aos desafios, estes são muitos e envolve a gestão, a clínica e a população numa rede de atenção que precisa ser proativa para o cuidado de condições crônicas, o qual exige uma resposta social contínua, proativa e integrada (MENDES, 2012). Eugênio Vilaça Mendes no congresso “A Atenção Primária a Saúde nas Redes de Atenção à Saúde”, comentou o seguinte:

[...] os profissionais de saúde só interagem com as pessoas com doenças crônicas em um espaço curto de tempo, então será que em pouco tempo por melhor que seja a enfermeira/profissional de saúde vai melhorar as condições de saúde da pessoa se ela não participar? (MENDES, 2012, informação verbal)<sup>2</sup>.

Assim, no SUS existem muitos desafios, os gestores e as equipes precisam encontrar soluções para os problemas, talvez pela identificação e sistematização de experiências inovadoras produzidas localmente (MENDES, 2012). Os enfermeiros vão precisar para ajudar a construir comunidades saudáveis implementar intervenções que

---

<sup>2</sup> MENDES, E.V. A APS nas Redes de atenção à Saúde. In: Congresso. Parte 3. Portal de Inovação: 2012.

visem o desenvolvimento de competências e capacidades da comunidade, para isso são necessárias habilidades para trabalhar com as comunidades com o objetivo de identificar recursos, problemas e oportunidades. A enfermeira também deve aprender a implementar estratégias para envolver os membros da comunidade e ser capaz de ensinar habilidades de liderança necessárias aos indivíduos para desempenhar um papel ativo no processo de mudança (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Então os desafios previstos caso um plano de ação fundamentado no modelo teórico de Nola Pender fosse aplicado no processo de trabalho das ESF poderiam ser com ênfase nas mudanças organizacionais, em que a gestão deveria oferecer suporte material e apoio para soluções de problemas a fim de alcançar as mudanças necessárias na atenção e cuidado das pessoas usuárias das ações e serviços de saúde; e, também introduzir na estrutura e organização dos serviços instrumentos inovadores como prontuários eletrônicos e softwares para aplicação do diagrama do MPS de Pender no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais de saúde para o acompanhamento terapêutico contínuo dos usuários.

Na clínica é preciso sensibilizar os profissionais de saúde e demais trabalhadores para uma mudança na atenção à saúde das pessoas com hipertensão, para trabalhar tanto individualmente quanto coletivamente através de grupos nas ESF buscando compartilhar experiências sob o desafio de mudar hábitos e comportamentos e empoderar os indivíduos para uma corresponsabilização por sua saúde a partir do entendimento também dos determinantes sociais para uma maior participação da comunidade, expandindo as ações do modelo.

Partindo do entendimento de que o indivíduo vulnerável tem responsabilidade sobre suas ações e sobre o ambiente que o envolve e que essa responsabilização é mútua por envolver os profissionais de saúde numa formação de vínculo e compromisso que norteiam as ações de cuidado e de promoção da saúde; a identificação de risco e vulnerabilidade, dialoga com a proposta do MPS de Pender tanto pelo reconhecimento do risco de adoecimento, quanto pela vulnerabilidade e pelo censo de responsabilização compartilhada entre a enfermagem e os indivíduos assistidos (AYRES, 2009; PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Por causa dos múltiplos fatores envolvidos no comportamento mudança que vão além do individual, enfermeiros devem também participar ativamente na promoção da política de saúde para diminuir riscos sociais e ambientais presentes em muitas comunidades (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

No Brasil existe um modelo de atenção às doenças crônicas, originário do modelo de Wagner e equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, nos Estados Unidos, mas com modificações para adaptá-lo ao Sistema Único de Saúde (SUS), feitas por Eugênio Vilaça Mendes, que tem sido utilizado pelo menos parcialmente, como parte de experiências inovadoras de cuidados de condições crônicas no SUS, na Secretaria Municipal de Curitiba, no Grupo Hospitalar Conceição e em outras regiões. Este modelo foi escolhido no plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, de 2011-2022 (MENDES, 2012).

Diante disso, planos de ação fundamentados no MPS de Pender poderão ser usados também como ferramentas inovadoras no cuidado de adultos com hipertensão para a promoção da saúde, iniciando com experiências locais como essa no município Alagoano. Assim, a gestão do município poderá oferecer uma estrutura que favoreça a implantação das tecnologias inovadoras como o prontuário eletrônico. Também é fundamental a integração dos profissionais de saúde, contando com as equipes como o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e serviços de promoção da saúde que podem possibilitar a operacionalidade das ações e serviços no cuidado à população com doenças crônicas como a hipertensão, com mais qualidade, eficiência e eficácia.

Desta maneira, o apoio da gestão na organização das ações de saúde na Atenção Básica é primordial para este suporte de apoio e oferecer condições para que tanto às equipes quanto os usuários tenham este resultado esperado no planejamento.

Num estudo desenvolvido, recentemente, em uma unidade de saúde da família da cidade de Maceió, Alagoas, Brasil, com usuárias desta instituição, foi apontado que elas buscam o serviço quando estão doentes ou quando se sentem incapazes de realizar o autocuidado, e assim com este tipo de demanda colocam suas expectativas de recobrar sua saúde no serviço, no caso na ESF. No entanto, sentem-se insatisfeitas com o atendimento prestado pelo serviço, por não atender às suas expectativas e ainda receberem atendimento hostil por parte de alguns trabalhadores da equipe que não se importam com suas dificuldades de acessar o serviço (barreiras como doença, falta no trabalho), dando preferência a grupos específicos, que, muitas vezes, não são atendidos também por conta de uma agenda rígida. Desta forma, este tipo de resposta do serviço trata-se de um modelo verticalizado e assimétrico, longe da humanização, do diálogo e da relação possibilitada pelo encontro, dificultando assim a construção de espaços democráticos de decisão (SANTOS; TENÓRIO; BRÊDA; MISHIMA, 2014).

Entretanto, a aplicação deste plano de ação proporcionou uma inovação no cuidado de enfermagem aos adultos com hipertensão, pois substituiu uma atenção com foco no processo prescritivo e autoritário, dizendo o que eles precisavam fazer para uma atenção realizada com pactuação, em que perceberam, se conscientizaram e se sensibilizaram que precisavam ser corresponsáveis pela sua saúde. Então foi valorizado o que cada participante trouxe de conhecimento para o compartilhamento do seu cuidado. Desta maneira, percebeu-se que eles participaram ativamente nas propostas para o seu autocuidado, dialogando sobre suas possibilidades e seus mecanismos para fazer a transformação do seu modo de viver e assim fazer uma intervenção mais positiva sobre os fatores de risco.

Quanto às fragilidades e limitações da aplicabilidade do plano de ação, estas se referem ao tipo de estudo transversal, pois o cuidado desenvolvido exige continuidade e para que ocorram mudanças significativas na vida das pessoas é preciso negociação contextualizada ao cotidiano delas, de forma processual, não cabendo transversalidade.

Retomando as questões sobre as potencialidades, esse tipo de tecnologia inovadora proporciona um manejo mais adequado para resolutividade das necessidades das pessoas que convivem com hipertensão, que muitas vezes, chegam as ESF com muitas queixas e às vezes demandam muito do serviço, mas com o exemplo dessa experiência da pesquisa pode-se inferir a possibilidade de diminuir este tipo de demanda na ESF e conseguir oferecer um cuidado mais abrangente e integral.

## 6 CONCLUSÃO

Este estudo analisou a aplicabilidade de um plano de ação fundamentado no MPS de Nola Pender no cuidado de enfermagem de adultos com hipertensão. Assim, os resultados mostraram que este plano pode ser aplicável na perspectiva do cuidado de enfermagem, pois houve boa adesão da proposta deste plano tanto por parte dos adultos com hipertensão quanto dos profissionais de saúde, visto que, compareceram aos encontros e procuraram honrar com o acordo. Também, a partir da aproximação da realidade dos participantes, identificou-se características e experiências no estilo de vida deles, que por sua vez, contribuiu para a adoção de comportamentos promotores da saúde. Portanto, a aplicação deste plano promoveu vínculo e compromisso, quebra com a lógica biomédica, potencializou a negociação, estimulou a autonomia e o empoderamento e proporcionou a longitudinalidade do cuidado.

Desta maneira, é possível entender que a mudança de comportamento é complexa e exige um acompanhamento e apoio constante dentro do processo motivacional para que a pessoa acredite que é possível mudar, através da aplicação de tecnologias mais adequadas como esse plano de ação de cuidado conjunto com ela. Neste plano, o enfermeiro pode apoiar as pessoas para que o objetivo acordado seja atingido. O acordo estabelecido é levado para a rotina das pessoas, modificando de fato, hábitos e comportamentos de risco e assim com mais vínculo com o profissional de enfermagem, pode-se resgatar a humanização do cuidado e desta forma criar até uma relação de confiança e amizade com essas pessoas sob seus cuidados.

Este estudo também identificou as características e experiências individuais de adultos com HAS em tratamento, com base no MPS. Assim, os resultados mostraram que tais participantes, incluídos na análise, estão adotando comportamentos saudáveis relacionados ao ambiente que eles estão inseridos; fazem atividades físicas, dormem um número de horas razoável, conta com o apoio de familiares e amigos, alimentam-se de forma balanceada e ingerem líquidos frequentemente, têm práticas de lazer, acreditam e se sentem ligados a uma força maior, não são tabagistas nem etilistas.

A adoção destes comportamentos saudáveis possivelmente, para alguns adultos com hipertensão, ocorreu após o diagnóstico dessa doença, que aconteceu recentemente na vida deles (menos de um a três anos), assim se pode refletir que antes eles tinham comportamentos favoráveis ao adoecimento, resultando o estado de saúde atual

(obesidade e sobrepeso), embora não se possa afirmar essa inferência devido às limitações do estudo transversal.

Assim, mesmo tendo hábitos mais saudáveis agora, 50% dos participantes desta pesquisa estão obesos, alguns não conseguem relaxar e frequentemente acordam cansados. Esses fatores modificáveis podem estar contribuindo para as elevações na pressão arterial identificadas, embora não possam ser determinados como causais, em razão do desenho desse estudo.

Portanto, a partir da identificação das características e experiências individuais, propõe-se que tais fatores sejam trabalhados pela enfermagem e equipe multiprofissional mediante o estímulo a adoção de comportamentos saudáveis como a prática de exercícios físicos e técnicas de relaxamento progressivo para evitar complicações da doença e promover à saúde.

Considera-se que as características e experiências individuais dos participantes, como conhecimento da doença, a espiritualidade, vida com propósito e relações interpessoais, entre outras identificadas, podem favorecer a adoção de comportamentos saudáveis, no seu estilo de vida, pois se desenvolveu a consciência e conseqüentemente, a capacidade de se ajudar para alcançar o seu pleno potencial.

As experiências vividas por adultos com HAS em tratamento nas Equipes de Saúde da Família e no serviço de promoção da saúde também foram descritas. Assim, os resultados mostraram a importância de valorizar o saber construído pelos participantes sobre a experiência do adoecimento a fim de compartilhar o cuidado em saúde com eles, servindo como recurso para facilitar o processo de interação e negociação de um plano de cuidado, como o que foi implementado na vida deles, fundamentado no MPS de Nola Pender.

Portanto, a partir da relação dialógica e valorização do conhecimento das pessoas que convivem com a hipertensão, considerando seu contexto sociocultural, nota-se que os benefícios e barreiras percebidos à adoção de comportamentos saudáveis, bem como os sentimentos e autoeficácia percebida, as demandas de baixo controle e preferências, unidas às noções da doença e do tratamento que emergem da experiência de vida e da singularidade no processo de adoecer e cuidar de si pode dificultar ou facilitar a mudança de comportamentos com vistas à promoção da saúde.

Surgiram da análise dos achados, elementos acerca do significado da hipertensão pelos participantes e como vivenciam o processo de cuidado frente à doença, considerando o contexto sociocultural a que pertencem. Os participantes mencionaram

as principais causas da doença, destacando os hábitos alimentares, aspectos emocionais e história familiar. Ainda, a família, a espiritualidade e a religião, as influências pessoais e situacionais constituíram suporte para o enfrentamento dos problemas cotidianos; recursos populares foram usados (sucos naturais) para proporcionar bem-estar e remissão dos sintomas, através do cuidado frente às alterações da pressão arterial.

Conclui-se que, as histórias de vida descobertas durante os encontros entre a enfermeira-pesquisadora e participante podem contribuir para a construção de um saber em saúde possibilitando um cuidado de enfermagem integral, como resultante da compreensão das situações singulares de saúde das pessoas. Desta forma, é possível construir um plano de cuidado conjunto de acordo com as necessidades de cada pessoa, considerando todo o complexo biopsicossocial que envolve ter uma doença crônica como a hipertensão.

Portanto, este estudo poderá servir de subsídios para os serviços de saúde, principalmente da atenção básica, para criarem mais espaços em que as pessoas compartilhem seus saberes, participem das decisões do acompanhamento terapêutico e expressem suas inquietações e desejos com vistas a vivenciarem projetos de satisfatório bem-estar. Assim, as pessoas ao atuarem como sujeitos principais da sua história na construção do saber, sentem-se mais preparados para questionar as orientações dos profissionais e assim assumi-las conforme sua escolha individual e avaliação prática. Almeja-se que os achados desta pesquisa também possam contribuir para a área de saúde, em especial a enfermagem, permitindo subsídios para a formação de enfermeiros comprometidos com o novo paradigma da promoção da saúde e assim prossigam com o cuidado que busque a emancipação das pessoas assistidas.

Portanto, o plano de ação de cuidado conjunto pode ser considerado uma tecnologia inovadora que pode ajudar a ESF e serviços de promoção da saúde a apoiar o processo de mudança de comportamento e os hábitos de risco das pessoas com HAS; sendo, o foco principal reconhecer qual a disposição da pessoa para o processo de mudança e auxiliar na adoção de novos hábitos, isso exige uma relação de confiança e parceria entre o profissional e as pessoas assistidas, incluindo a utilização de técnicas motivacionais. O intuito deste estudo também é buscar apresentar aos enfermeiros uma proposta de aplicabilidade do MPS de Pender promovendo a utilização do conhecimento próprio da enfermagem, valorizando essa profissão como ciência.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, A. C. S. Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender. 2010. 162f. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.**
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FILHO, H.C.S.; JÚNIOR, I. F. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Revista e Aumentada. 2 ed. 2012. p. 375-416.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: 2009; v. 18, n.2, p. 11-23.
- AYRES, J.R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciêns Saúde Coletiva* 2004; 9(3): 583-92. In: OLIVEIRA, D.L.L.C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Rev Bras Enferm**. 2011; 64(1):185-8.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3a ed. Itapevi: AC Farmacêutica. 2009. 85 p.
- BAGHIANIMOGHADAM, M. H. *et al*. Application of the Health Belief Model in Promotion of Self-Care in Heart Failure Patients. **Acta Medica Iranica**, 2013; 51(1): 52-58.
- BANDURA, A.; AZZI, R. G; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, (2008). 176 p.
- BARROS, A. A et al. Comportamentos de saúde de pessoas hipertensas: modelo de crenças em saúde. *Rev Rene*. 2014; 15(3):525-32. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1719/pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2014.
- BERLEZI, E.M.; SCHNEIDER, R.H. Análise de Risco Cardiovascular em Hipertensos Adscritos a uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Rev Contexto Saúde**. 2009; 9(17):45-52. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1459>>. Acesso em: 22 Nov. 2014.

BOELL, J.E.W.; MEIRELLES, B.H.S.; SILVA, D.M.G.V.; LESSMANN, J.C. Arterial hypertension and diabetes mellitus: health care in a basic unit. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2012;6(6):1485-90. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2203/pdf\\_102](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2203/pdf_102)> Acesso em: 5 mar. 2015.

BORIM, F.S.A.; GUARIENTO, M.E.; ALMEIDA, E.A. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. *Rev Soc Bras Clín Méd.* 2011; 9(2):107-Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-583350>>. Acesso em: 22 Nov. 2014.

BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K.C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. In: SANTOS, D.S.; TENÓRIO, E.A.; BRÊDA, M.Z.; MISHIMA, S.M. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* nov.-dez. 2014;22(6):918-25. Disponível em : <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 19 fev 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em: 4 mar.2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. CNE/CONEP. Resolução nº 466/2012. Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de promoção da saúde.** 2. ed. Brasília, DF; 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde – Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 63 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem**. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 52 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, primeira reimpressão.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.719/2011. Disponível em: <<https://www.diariomunicipal.sc.gov.br/.../0.207750001311889439>>. Acesso em: 18 fev 2015.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Orgs). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (6):2305-2316, 2009.

BYDLOWSKI, C. R.; LEFEVRE, A. M. C.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 Mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300013>.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. **Cad. Saúde Pública**. jul/ago.2004, Rio de Janeiro, 20 (4): 1088-1095.

CARVALHO, M.V. de. et al .A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. **Arq bras cardiol**. 2013;100(2):164-174. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X2013000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2013000200009)>. Acesso em: 20 Nov. 2014.

CASTRO, M. R.; FIGUEIREDO, N.M.A. O estado da arte sobre cuidado ao idoso: diagnóstico da produção científica em enfermagem. **Physis**. 2009; 19 (3): 743-59.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. de: Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, maio/ago.2002, Rio de Janeiro: vol. 9 (2): 315-33.

COLÓSIMO, F.C.; SILVA, L.B.E.; MARRONI, S.N.; SILVA, S.S.B.E.; PIERIN, A.M.G.P. In: HARADA, M.J.C.S.; PEDREIRA, M.L.G.; VIANA, D. L. Promoção da saúde: fundamentos e práticas. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2012. p. 471-502.

CORREIA, A.D.S et al. **Políticas Públicas de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde da Família**. v. 1. Campo Grande-MS: Ed. UFMS, 2010. 166 p.

CZERESNIA D, DE FREITAS CM. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz: 2012.

DATASUS. Sistema de informação da atenção básica. Situação de Saúde. Alagoas: set/2014.

FAVA, S.M.C.L.; ZAGO, M.M.F.; NOGUEIRA, M.S.; DÁZIO, E.M.R. Experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial sistêmica: um estudo etnográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. set.-out. 2013. 21(5):[07 telas]. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em 19 fev 2015.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FIFE, B.L. et al. Promoting Adaptive Coping by Persons with HIV Disease: Evaluation of a Patient/Partner Intervention Model. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2008; 19(1): 75–84.

GARCIA, T.R., NÓBREGA, M.M.L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery RevEnferm**. 2009 mar; 13(1):188-93. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000100026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000100026&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 Nov. 2014.

GENIOLE, L. A. I.; KODJAOGLANIAM, V. L.; VIEIRA, C. C. A. **A família e educação em saúde**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011. 187 p.

GONÇALVES, J.R.L.; GALERA, S.A.F. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2010. May-Jun; 18(Spec):543-9.

GOMES, K. de. O. et al. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2011;16(1):881-892.

GUEDES, N. G. et al. Atividade física de escolares: análise segundo o modelo teórico de promoção da saúde de Pender. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2009; 43 (4): 774-80.

GUERRA, R. G. M. Convivência da pessoa idosa com diabetes buscando autonomia para o autocuidado: estudo sociopoético. Dissertação (Mestrado) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro: 2013. 134 p.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014; 19 (8):3553-3559.

HOYOS, G.P.A, et al. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. **Enferm uni**. 2011; 8(4):16-23. Disponível em: <<http://medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>>. Acesso em: 21 Nov 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Disponível em:< <http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 Dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. 55 p.

LENOIR, Y. Pesquisar e formar: repensar o lugar e a função da prática de ensino. *Educ Soc [Internet]*. 2006; 27(97): 1299-325. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87313710011>>. Acesso em 25 jan. 2015.

LOTEMBERG, A.M.P. et al. Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional. **J bras nefrol**. 2010; 95(1):16-20. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010128002010000500007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010128002010000500007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 18 Nov 2014.

LUBANS, D. R. et al. The Nutrition and Enjoyable Activity for Teen Girls (NEAT girls) randomized controlled trial for adolescent girls from disadvantaged secondary schools: rationale, study protocol, and baseline results. **BMC Public Health**. 2010, 10: 652.

MACHADO MC, PIRES CGS, LOBÃO WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Cienc saude colet**. 2012; 17(5):1365-74.

MALTA, D. C. et al. Política de Promoção da Saúde e atividade física. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. Pelotas/RS. Mai/2014, 19(3):286-299.

MALTA, D.C.; SILVA JÚNIOR, J.B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2013; 22 (1):151-164.

MARIN, M.J.S.; STORNILO, L.V.; MORAVCIK, M.Y. Humanization of care from the perspective of the family health strategy teams in a city in the interior of São Paulo, Brazil. **Rev. Latino-am Enfermagem**. jul-ago 2010; 18 (4): 763-9.

MARTINS, V. V. Saúde sexual de mulheres com estomia na perspectiva da teoria de Nola Pender. Dissertação (Mestrado) da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2013. 177 p.

MELO ZM, CALDAS MT, CARVALHO MMC, LIMA AT. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade de Recife. *Psicologia em Estudo* 2005 mai/ago: 10:201-208. In: GONÇALVES JRL, GALERA SAF. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2010. May-Jun; 18(Spec):543-9.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; ROMEU, S.F.D. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 9-29.

MONTEIRO, F. P. M. et al. Avaliação do Estado Nutricional de Crianças com Cardiopatia Congênita sob a Ótica de Pender. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):581-8.

MORAES PA, BERTOLOZZI MR, HINO P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 2011;45(1):19-25.

NORONHA, M. G. R. C. S. et al. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde? *Ciência &Saúde Coletiva*. v. 14. n.2. abri. 2009. P.497-506.

OLIVEIRA, D. L. L. C. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(3): 423-31. In: OLIVEIRA, D.L.L.C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):185-8.

OLIVEIRA, D.L.L.C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):185-8. In: SANTOS, D.S.; TENÓRIO, E.A.; BRÊDA, M.Z.; MISHIMA, S.M. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. nov.-dez. 2014;22(6):918-25. Disponível em : <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 19 fev 2015.

OLIVEIRA, D.L.L.C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):185-8.

OLIVEIRA TC, ARAUJO TL. Mecanismos desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36(3): 276-81.

OPAS, 1978. Declaração de Alma-ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>> Acesso em 2 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. 1986. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 2 dez. 2014.

OSORIO, A.G.; ROSERO, M. Y. T.; LADINO, A. M. M.; GÁRCES, C. A. V.; RODRÍGUEZ, S. P. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 15, No.1, enero - junio 2010, págs. 128 – 143.

PAZ, E.P.A et al. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. **Invest Educ Enferm**. 2011, 29 (3). Disponível em:<<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/7120/9823>>. Acesso em: 26 Nov. 2014.

PENDER, N.J.; MURDAUGH, C.L.; PARSONS, M.A. **Health promotion in nursing practice**. 6th ed. New Jersey: Pearson; 2011. 348 p.

\_\_\_\_\_. **Health promotion in nursing practice**. 4. ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 2002.

PEREIRA, A. L. A Política Nacional de Promoção à Saúde. In: HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M.L.G.; VIANA, D. L. **Promoção da Saúde: Fundamentos e Práticas**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2012. p. 4-17.

PICCINI, R.X. et al. Promotion, prevention and arterial hypertension care in Brazil. **Public health reviews**. 2012; 46(3):543-50. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3208.pdf>>. Acesso em: 22 Nov. 2014.

PIRES CGS, MUSSI FC. Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. *Rev esc enferm USP*. 2012; 46(3):580-9.

POLIT DF, BECK CT. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, F.F.A.; MAIA, J.A. Tratamento da hipertensão arterial entre usuários idosos assistidos pela enfermagem numa unidade básica de saúde da família. **Rev Bras Educ Saúde**. 2013; 3(2):9-16. Disponível em: <<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2136>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

RISSARDO, L.K. et al. Influence of hypertension and treatment in the quality of life of elderly. **Rev enferm UFPE on line**. 2012; 6(12):2918-26. Disponível em:<[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3140/pdf\\_1731](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3140/pdf_1731)>. Acesso em: 22 Nov. 2014.

SAKRAIDA, T. J. Nola Pender: health promotion model. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Nursing theorists and their work**. New York: Mosby, 2006. p. 452-471.

SALOMÃO, C.B. et al. Fatores associados à hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. **REME rev min enferm**. 2013; 17(1):32-8. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/577>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

SANAEINASAB, H. et al. A model-based educational intervention to increase physical activity among Iranian adolescents. **J Pediatr (Rio J)**.2012;88(5):430-8.

SANTOS, D.S.; TENÓRIO, E.A.; BRÊDA, M.Z.; MISHIMA, S.M. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. nov.-dez. 2014;22(6):918-25. Disponível em :< [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 19 fev 2015.

SATUBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Brasil, Satuba, Alagoas: 2014. 56 p.

SATUBA. Secretaria Municipal de Saúde de Satuba-Alagoas. **Plano municipal de Saúde 2010-2013**. Satuba-Al: 2010. 55 p.

SCHUMANN, A. et al. Variability of tailoring of a smoking cessation intervention based on the transtheoretical model. **Addictive Behaviors**. 32 (2007) 3083–3087.

SEIFFERT, M.A. et al. Saberes de usuários referenciados a uma unidade de saúde da família acerca da hipertensão arterial. **Rev enferm UFPE on line**. nov. 2014. Recife, 8(supl. 3):4080-7. Disponível em: <[www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../10890](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../10890)>. Acesso 2 fev.2015.

SILVA, D.G.V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. mai-jun 2002.; 10(3):423-32.

SILVA, A.C.S.; SANTOS, I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de nola pender. **Texto & contexto enferm.** 2010; 19(4): 745-53. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072010000400018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072010000400018&script=sci_arttext)>. Acesso: 22 nov. 2014.

SITTA, É.I.; ARAKAWA, A.M.; CALDANA, M.L.; PERES, S.H.C.S. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Rev. CEFAC.** 2010 Nov-Dez; 12(6):1059-1066.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq bras cardiol.** 2010; 95(1):1-51. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)> . Acesso em: 19 nov. 2014.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação & Pesquisa**, São Paulo: 2005. v. 31, n. 3, p. 443-466.

ULBRICH, E.M.; MAFTUM, M.A.; LABRONICI, L.M.; MANTOVANI, M.F. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. **Rev gaúch enferm [Internet].** 2012;33(2):22-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/05.pdf>> . Acesso em: 5 mar. 2015.

VAN DER SAND, I.C.P.; HILDEBRANT, L.M.; CABRAL, F.B.; MOREIRA, M.C.; GUTIÉRREZ, M.G.R. Produção do conhecimento em enfermagem à luz dos campos sociais e do espaço quadripolar da pesquisa: um exercício reflexivo. **Texto & Contexto Enferm.** 2013; 22(4): 1187-96. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/38.pdf>>. Acesso em: 25 jan.2015.

VICTOR, J.F.; LOPES, M.V.O.; XIMENES, L.B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paul Enferm.** 2005;18(3):235-40.

**APÊNDICE A - Formulário de entrevista semiestruturada****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Iniciais

Data de nascimento:

Sexo:

Data e/ou período do diagnóstico:

Indagar ao (a) participante:

Nível de estudos:

Estado Civil/União:

Renda própria e familiar:

Ocupação e profissão:

Religião:

Sente-se ligado (a) a uma força maior do que ele(a)?

Sobre as coisas mais importantes para ele (a) na sua vida.

Acredita que a sua vida tem um propósito?

Conta com o apoio de familiares, amigos ou pessoas que cuidam?

Fale como o sr(a) está se sentindo hoje e por que?

**FALE COM FOI O SEU DIA DE ONTEM**

Caso o(a) participante não fale um desses itens pergunte:

A que horas acordou e a que horas foi dormir ontem. Foi sempre assim? Quando acorda se sente cansado? É sempre assim?

Como se alimentou ontem: horário da primeira alimentação e o que comeu. Em seguida quando se alimentou novamente e o que e assim por diante até chegar a última alimentação. Pergunte se é sempre assim?

Pergunte se ontem ele tomou água? Lembra quantas vezes? É sempre assim?

Pergunte se teve alguma atividade de lazer ontem? E no último final de semana? É sempre assim?

Pergunte se ontem se encontrou com amigos e familiares? E no último final de semana? É sempre assim?

Pergunte se tomou alguma bebida alcoólica ontem? É sempre assim? E no último final de semana bebeu? É sempre assim?

Pergunte se fumou ontem e quantos cigarros? É sempre assim?

Pergunte ao (a) participante se fez uso de algum tipo de droga ontem? É sempre assim?

Pergunte se fez alguma atividade física ontem qual e como? É sempre assim?

Pergunte se tirou um tempo para relaxar ontem? É sempre assim?

Pergunte se faz plano para o futuro?

Pergunte se teve alguma coisa que lhe aborreceu ontem? Tem se aborrecido sempre?

Caso tenha ido trabalhar ontem fale com foi o seu dia de trabalho do senhor (a)? É sempre assim?

Indague ao (a) participante se quando tem um problema com alguma pessoa, seu jeito de resolver é conversando, com calma ou se é daquele tipo que “não leva desaforo para casa”, muitas vezes perdendo a calma?

Indague ao (a) participante como está sua vida sexual?

Indague ao (a) participante o que não está bem na sua saúde?

Pergunte ao participante se ele (a) pede ao médico, enfermeira ou outro profissional de saúde para explicar melhor quando não entende as orientações/explicações que falam nas consultas ou grupo?

Pergunte se procura cuidados dos profissionais de saúde quando precisa ou mesmo sem está marcado?

1. Indague ao participante se ele (a) sabe o porquê, recentemente, vem fazendo consultas e tomando remédios todos os dias?

1.1. Caso responda que está com hipertensão passe para pergunta 2

1.2 Caso responda algo diferente explique o motivo, ou seja, que foi diagnosticado com hipertensão e passe para pergunta 2.

2. Indague se ele (a) já ouviu falar sobre hipertensão.

2.1 Se o mesmo disser sim passe para pergunta 3.

2.2 Se ele disser que não, explique que é uma doença silenciosa, que é descoberta quando a pessoa mede a pressão (mostrar o aparelho) e essa está alta, (mesmo sem ela está sentindo nada), mas que a pessoa também pode estar tendo dores de cabeça e chegar a ter coisas mais sérias, caso não seja descoberta e tratada. Perguntar nesse momento se agora o participante lembrou-se de ter ouvido falar alguma coisa sobre essa doença. Caso diga que sim passe para a pergunta 3. Caso diga não passe para pergunta quatro.

3. E o que lhe disseram sobre ela?

3.1. Caso demonstre conhecimento correto sobre o que ouviu falar em relação a doença passe para a pergunta 4.

3.2. Caso diga aspectos que não são claros em relação a doença dê a mesma explicação contida no item 2.2.

4. Agora que o participante parece ter uma ideia mais clara do que se trata a hipertensão pergunte se conhece alguém da sua família ou outras pessoas que tem hipertensão.

4.1. Caso cite parentes próximos indague se já prestou atenção ao que eles fazem para cuidar hipertensão.

4.2. Caso responda que não conhece ninguém passe para a pergunta 5.

5. Esclareça ao participante que a hipertensão além de comparecer as consultas médicas e de enfermagem e tomar certinho o remédio precisa de alguns cuidados para evitar que ela possa levar o mesmo a ter coisas bem mais sérias tipo um derrame, um infarto dentre outras. Então indague se ele sabe que outros cuidados são esses que ele deve fazer/ter?

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

<b>DADOS</b>	<b>P. A.</b>	<b>F. C.</b>	<b>PESO</b>	<b>ALTURA</b>	<b>IMC</b>	<b>C.A.</b>
<b>AVALIAÇÃO</b>						
/ /						

Quando foi ao dentista? Sente algum incômodo nos dentes/boca?

Doenças Atuais:

Medicações Contínuas e como ele (a) está tomando?

Cirurgias ou internações:

Fonte: Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. New Jersey: Pearson; 2011. 348p.

**APÊNDICE B** – Formulário para avaliação dos fatores biopsicossociais do estilo de vida dos entrevistados

Para a construção do plano conjunto enfermeira e hipertenso é importante avaliar os fatores biopsicossociais modificáveis do estilo de vida e que deveriam ser modificados face a condição da presença da hipertensão. Relatar quais são eles:

Resultados comportamentais e de saúde desejados:

Objetivos pessoais de saúde (Ordem decrescente de prioridade)	Comportamentos selecionados para atingir objetivos	Fases de Mudança	Estratégias / Intervenções para a mudança

**Crenças identificadas:**

1. Benefícios para ação:
2. Barreiras para a ação:
3. Auto-eficácia:
4. Sentimentos em relação ao comportamento:
5. Influências Interpessoais:
6. Situações que influenciam:
7. Compromisso com o plano de ação:
8. Demandas Concorrentes Imediatas:
  - a) Demandas de baixo controle:
  - b) Preferências de alto controle:
9. Comportamento Promotor de Saúde:

Fonte: Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. New Jersey: Pearson; 2011. 348p.

**APÊNDICE C** – Formulário para o estabelecimento do plano de ação conjunto e acordo enfermeira-participante

Declaração de meta de saúde

Eu, \_\_\_\_\_ assumo o compromisso de \_\_\_\_\_ por um período de \_\_\_\_\_, quando, a enfermeira fornecerá os resultados do plano na data \_\_\_\_\_ para mim.

Assinado

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

Participante

Enfermeira

**APÊNDICE D** – Formulário para avaliação semanal do compromisso com o plano de ação

Quais os comportamentos que os mesmos estão colocando em prática?

Comportamento	SIM	NÃO

**Estratégias para alcançar as metas estabelecidas conjuntamente no plano de ação:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Fonte: Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. New Jersey: Pearson; 2011. 348p.

**APÊNDICE E** – Formulário para avaliação do resultado do plano conjunto com o participante

Esses cuidados oferecidos pela enfermeira e o estabelecimento do plano conjunto com você contribuiu para o controle da hipertensão e promoção da sua saúde e qualidade de vida? De que forma?

Como está se sentindo hoje?

Resultados alcançados no plano conjunto

Orientações não colocadas em prática. Solicite ao participante que responda qual o motivo de não alcançar tal comportamento promotor de saúde?

**AValiação CLÍNICA**

<b>DADOS</b>	<b>P. A.</b>	<b>F. C.</b>	<b>PESO</b>	<b>ALTURA</b>	<b>IMC</b>	<b>C.A.</b>
<b>AVALIAÇÃO</b>  / /						

Fonte: Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. New Jersey: Pearson; 2011. 348p.

**APÊNDICE F** – Fatores de risco e comportamentos prévios ao plano de cuidados dos adultos com hipertensão, Satuba, AL, Brasil.

(continua)

Participantes	Fatores de risco e Comportamentos prévios ao plano de cuidados
P1	Hábito de comer frituras/doces e sedentarismo; Reconhece necessidade de mudança de comportamento.
P2	Hábito de consumir lanches não saudáveis em casa; aborrecimentos frequentes resultando elevação da pressão arterial;
P3	Aborrecimentos frequentes com elevação da pressão arterial; Padrão de sono inadequado; Padrão de uso das medicações inadequado;
P4	Aborrecimentos frequentes com elevação da pressão arterial; Padrão de sono inadequado.
P5	Recorrentes episódios de dores no estômago relacionado à gastrite; Padrão de sono inadequado faz uso de medicação.
P6	Hábito de ingerir bebidas alcoólicas; Frequentes aborrecimentos e estresse.
P7	Busca adotar comportamentos saudáveis em seu estilo de vida na alimentação e ingestão hídrica, mas constantemente apresenta elevações da pressão arterial e da glicose. Recorrentes infecções urinárias e não completa o tratamento odontológico devido a picos hipertensivos.
P8	Estresse emocional e irritação com elevação da pressão arterial; Padrão de satisfação de necessidades de intimidade insuficiente.
P9	Nível de instrução capaz de lhe ajudar a compreender a doença da qual é portadora, quais os riscos aos quais está sujeita e o que é importante fazer para controlar sua doença; exposta a fatores de estresse contínuos; não tem aderido satisfatoriamente a medicação prescrita lhe levando a episódios de pico hipertensivo, seu comportamento relacionado a mudanças em seu estilo de vida é lento, fragmentado, há ausência de disciplina em especial no que diz respeito a alimentação e não pratica nem um tipo de atividade de lazer. Padrão de sono inadequado; Tensão no papel de cuidadora (mãe doente, ferida no tornozelo). Lanches não saudáveis consumidos em casa.
P10	Tristeza e desânimo constante com diagnóstico médico de depressão; lanches não saudáveis consumidos diariamente; pratica atividade de lazer raramente.
P11	Hábito de ingerir bebidas alcoólicas; Padrão de sono inadequado.
P12	Hábito de ingerir bebidas alcoólicas; exposta a fatores de estresse contínuos; não tem respondido satisfatoriamente a medicação prescrita lhe levando a episódios de pico hipertensivo, há ausência de

	disciplina em especial no que diz respeito à alimentação.
P13	Não expõe aos profissionais de saúde as suas dúvidas e insatisfações; sente dor na coluna lombar constantemente.
P14	Exposta a fatores de estresse contínuos; seu comportamento relacionado a mudanças em seu estilo de vida é lento, fragmentado, há ausência de disciplina em especial no que diz respeito a alimentação e não pratica nem um tipo de atividade de lazer. Padrão de sono inadequado.

Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015.

(conclusão)

**APÊNDICE G - Influências interpessoais e situacionais dos entrevistados, Satuba, AL, Brasil, 2014.**

<b>Influências Interpessoais</b>	<b>Influências Situacionais</b>
P1-Mudança dos hábitos alimentares da mãe (dieta rica em fibras e redução da ingesta de gorduras e sódio) e apoio da família na mudança de comportamento.	P1-Ambiente familiar favorável à reeducação alimentar e aderência a uma dieta hipocalórica para tratamento da obesidade; acompanhamento pela ESF e presença do serviço de promoção da saúde – SATUVIDA para a prática de exercícios físicos e acompanhamento multidisciplinar.
P2-Conta com o apoio da vizinha.	P2-Contato com a nutricionista logo que começou a fazer academia.
P3- A irmã cuida muito bem da saúde e se alimenta adequadamente, gosta de frutas e evita óleos, faz todos os exames porque paga plano, se dependesse da irmã ela estaria muito bem.	P3-Faz exercícios no SATUVIDA e já foi na nutricionista.
P4-Dialoga sempre com as amigas, contando o que sente umas com as outras.	P4-Contato com os vizinhos, procurando distrair, rir, conversar, para sair o estresse.
P5-Conta com o apoio do esposo, mãe, irmã e filhos.	P5-Compartilha seus problemas com pessoas próximas.
P6-Compartilha seus problemas pessoais com pessoas próximas.	P6- Participa de atividades esportivas e segue as recomendações nutricionais.
P7-Divide as preocupações com as amigas.	P7-Participa das atividades do SATUVIDA e já foi para nutricionista desse local recentemente.
P8-Conversa tanto com o novo esposo que se esquece do tempo. Conta com o apoio dos filhos, a mãe e os dezesseis irmãos que quando se junta é uma resenha.	P8-Retornou para academia-SATUVIDA depois de uns dois meses. Participa de grupos da igreja de acolhimento a pessoas usuárias de droga para aprender a cuidar do outro – Agentes da Paz.
P9-Tem um paquera; familiares moram afastados, mas se tiver algum problema todos ajudam. Cuida do filho que é diabético e da tia que a criou, preocupando-se constantemente com ambos. Gosta da alegria dos outros. Tem uma prima que é nutricionista.	P9-Participa da hidroginástica no SATUVIDA.
P10-Mora com sua mãe e tem um bom relacionamento.	P10- Participa da dança no SATUVIDA, vai à reunião do grupo e congressos da sua religião frequentemente.
P11-Amiga do SATUVIDA que incentiva fazer exercícios e lhe é uma boa companhia, almoça junto e se diverte.	P11-Participa do SATUVIDA
P12-Conta com o apoio da nora, que lhe acompanha nos exercícios físicos e juntamente com a mesma faz uso de bebidas alcoólicas.	P12-Faz treinamento individual, exercícios com carga no SATUVIDA e conta com a presença da nutricionista do local e também do NASF.
P13-Conta com o apoio dos familiares e uma amiga em especial que a acompanha nas atividades físicas.	P13-Faz abdominal, alongamento e dança no SATUVIDA três vezes por semana.
P14-Conta com o apoio de seus familiares	P14-Faz treinamento individual, exercícios com carga tipo esteira e bicicleta no SATUVIDA e acredita que a enfermeira pesquisadora vai lhe ajudar.

Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015.

(conclusão)

**APÊNDICE H – Auto-eficácia percebida e sentimento relacionado à atividade dos entrevistados, Satuba, AL, Brasil, 2014.**

<b>Auto-eficácia percebida</b>	<b>Sentimento relacionado ao comportamento</b>
P1-Aceita que o sedentarismo e hábitos alimentares desordenados trazem prejuízos à sua saúde, capacidade de refletir sobre os benefícios da mudança de comportamento.	P1-Medo de não conseguir emagrecer, não gosta de caminhada porque sente preguiça.
P2-Acredita que adotar comportamentos saudáveis melhora a qualidade de vida.	P2-Entusiasmo para cuidar da saúde.
P3- Crê que comer bem não é só pra emagrecer, mas é para a saúde. Acha que vai se sentir bem caso alcance o que deseja.	P3-Gosta de caminhar, porém deixou de gostar de dançar, esforça-se pra não esquecer a medicação.
P4-Acha importante ter conhecimento para o preparo de alimentos mais saudáveis e tem interesse de buscar informações sobre a saúde, justificando que às vezes pode ter um problema e não saber que tem e às vezes sente algo e não sabe o que é aquilo e no programa bem-estar aprende muita coisa.	P4-Gosta de caminhar todos os dias, quando não faz pela manhã faz à tarde.
P5-Considera importante dedicar tempo pra cuidar de si mesma; quando as crianças estão na escola e ela chega do trabalho, toma banho, almoça e deita um pouco, às vezes lê e às vezes fica só relaxando sem fazer nada.	P5-Gosta de frutas; falta de coragem pra caminhar.
P6-Procura manter-se ativo pela prática de atividades físicas e associa isso ao seu bem-estar.	P6-Disposição para mudar condições inadequadas em seu estilo de vida, como parar de usar bebidas alcoólicas e diminuir o hábito do uso de aparelhos eletrônicos, o que dificulta a disposição para dormir a noite e ter mais horas de sono e repouso.
P7-Busca conhecimentos sobre saúde, assistindo programas como o bem-estar.	P7-Gosta muito de comer frutas e verduras
P8-Busca conhecimentos sobre alimentação natural e procura adotar comportamentos saudáveis em seu estilo de vida, sempre gostou de se cuidar.	P8-Animada para cuidar mais de si e do seu novo companheiro.
P9-Busca a leitura para relaxar e livros de auto-ajuda que produz pensamentos agradáveis-livro “Palavras de Vida”. Relembra fatos da infância que faz bem para o seu relaxamento. Gosta da própria companhia, faz amizades facilmente.	P9-Sente-se renovada e com bom-humor ao fazer hidroginástica.
P10-Busca técnicas de relaxamento como respiração profunda e procura a espiritualidade para superar os problemas.	P10-Vontade de se cuidar para se sentir bem.
P11-Procura conhecer os hábitos que devem evitar para controlar a doença.	P11-Gosta de caminhar e valoriza a saúde, relata que sem a saúde a pessoa não é nada.
P12-Reconhece que alguns hábitos atuais no seu estilo de vida podem lhe prejudicar, como o uso de bebidas alcoólicas.	P12-Disposição para caminhada à semana toda.
P13-Adere ao tratamento para prevenção do aparecimento do cálculo renal e controla a hipertensão com hábitos como beber muita água e usa constantemente a medicação. Demonstra tranquilidade nas relações interpessoais. Acredita que está evitando hábitos alimentares que prejudicam a saúde, mas ainda não está nota dez.	P13-Gosta de fazer atividades com as mãos como crochê e considera a saúde como a coisa mais importante da sua vida.
P14-Comunicativa e procura o atendimento em saúde quando precisa. Tenta o auto-controle, ficando calada, procurando não reclamar para evitar maiores aborrecimentos. Sabe identificar fatores que causam elevação da pressão arterial em sua vida, como estresse, nervosismo e preocupação associando ao emocional e reconhece os sintomas como cefaléia e “ansiedade muito ruim” – angústia.	P14-Medo das complicações que a falta de controle da hipertensão pode trazer e desanima ou deixa de fazer atividade física como de costume quando não enxerga resultados que deseja ou devido aos sintomas de dores que apresenta ao fazer exercícios aeróbicos.

Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015.

(conclusão)

**APÊNDICE I – Atividades do Plano de ação compartilhado entre enfermeira e entrevistado, Satuba, AL, Brasil, 2014.**

(continua)

<b>Atividades inclusas no plano</b>	<b>Participantes pretendiam aderir essas atividades</b>
Regular a utilização da medicação que auxilia na diminuição gradativa da pressão arterial	P2; P3; P9; P14.
Procurar por serviço de saúde para orientação dietética/Encaminhamento e contra referência	P1. P2; P3; P4; P5; P7; P9; P10; P11; P12; P13; P14.
Mudar de lanches de alto teor de sal (sódio) para baixo teor de sódio	P1; P3; P9.
Procurar por exercícios aeróbicos de sua preferência	P1
Busca por um serviço médico para o tratamento da Obesidade, formas de tratamento da hipertensão e outros sintomas	P1; P2; P3; P4; P7; P9; P10; P11; P12; P13; P14.
Introduzir em sua vida pelo menos uma prática de lazer	P1; P7; P9; P12; P13.
Aplicar algumas formas de gerenciar o estresse	P1; P2; P3; P6; P9; P10; P11; P12; P13; P14.
Busca por serviço odontológico	P1; P2; P3; P4; P7; P9; P13
Busca por serviço psicológico	P9; P10
Usar técnicas de relaxamento progressivo ao terminar as tarefas do trabalho de cada dia	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8; P9; P10; P11; P12; P13; P14.
Tentar dormir o suficiente para o descanso/Encaminhamento para o médico	P1; P2; P3; P4; P7; P9
Comer em média duas porções de legumes e duas porções de frutas por dia	P1; P2; P3; P4; P5; P7; P9; P10; P11; P12; P13; P14.
Caminhar três vezes por semana por um período de 30 minutos	P1; P2; P3; P4; P5; P7; P10; P11; P12; P13; P14.
Concentrar-se em pensamentos agradáveis antes de dormir	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8; P9; P10; P11; P12; P13; P14.
Discutir seus problemas e preocupações com pessoas próximas a você	P1; P2; P3; P4; P6; P7; P8; P9; P10; P11; P12; P13; P14.
Adotar uma rotina para evitar o cansaço	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8; P9; P10; P11; P12; P13; P14.
Relatar quaisquer sintomas ou sinais incomuns para um médico ou outro profissional de saúde	P1; P2; P9; P11; P12; P13; P14.
Perguntar as dúvidas aos profissionais de saúde quando não entender o que eles falam nas consultas.	P1; P2; P9; P11; P12; P13; P14.
Seguir um programa de exercício planejado como caminhada ou dança no grupo SATUVIDA.	P1

Olhar cada dia como interessante e desafiador.	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8; P9; P10; P11; P12; P13; P14.
Assistir programas de televisão sobre a melhoria da saúde.	P2; P3; P4; P7
Ficar mais tempo com os amigos.	P1; P2; P3; P4; P8; P9; P10; P14
Manter a frequência à igreja e discutir propósitos e objetivos de vida entre os membros da família.	P3; P8; P11
Procurar evitar o uso de bebidas alcoólicas ou se for utilizar, com moderação.	P6; P11; P12

Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015.

(conclusão)

**APÊNDICE J - Benefícios e barreiras percebidas à ação dos entrevistados, Satuba, AL, Brasil, 2014.**

(continua)

<b>Benefícios percebidos à ação</b>	<b>Barreiras percebidas à ação</b>
P1-Reduzir a obesidade/gordura e o estresse e ter efeito benéfico na pressão arterial, além de se manter saudável, prevenir doenças como as vasculares e reduzir a cintura abdominal.	P1-Sentimento de desânimo pelas várias tentativas de emagrecer, apetite desordenado, não convive com pessoas que praticam exercícios diariamente, sensações de ansiedade provocadas pelo excesso de atividades laborais como o cuidado intenso da mãe acamada, como angústia e nervosismo; não consegue conciliar o horário dos estudos com o das atividades do serviço de promoção da saúde.
P2-Melhorar a qualidade de vida.	P2- Sensação de estresse e tensão pelas várias atividades do lar, o que dificulta relaxar.
P3-Cuidar da saúde e considera que seguir esse plano é bom demais pra melhorar a saúde.	P3-Falta de tempo, corre muito em casa pra cuidar do pai idoso, tentativa de fazer uma dieta e resultou em fraqueza; vontade grande de comer lanches, ansiedade porque pensa muito nas tarefas do dia seguinte.
P4- Sair à preocupação e o estresse, ficar ótima.	P4. Falta de tempo para comparecer as consultas individualizadas devido marcação de exames para cirurgia, correria. Dificuldade de se alimentar devido problemas gástricos. Às vezes pensa coisas desagradáveis, mas procura ir dormir, orar a Deus e toma remédio para controle da depressão.
P5-Baixar a pressão arterial	P5-Insônia frequente e tenta descansar, fica até na cama mais tarde, mas não dorme.
P6-Melhorar o bem-estar, reduzir a tensão.	P6-O que lhe atrapalha é o estresse e a tensão constante e fica nervoso mesmo sem querer até nos assuntos que gosta como esporte.
P7-Diminuir o peso	P7-Desânimo para fazer caminhadas quando o tempo torna-se chuvoso e preocupação com os filhos que moram longe.
P8-Permanecer saudável e controlar a hipertensão.	P8- Receio de ficar morando sozinha e encontra-se no tempo de superação de um recente estresse do divórcio, às vezes preocupa-se e sente mal-estar quando acorda devido a picos hipertensivos à noite, porém toma medidas naturais para melhorar como sucos de goiaba com maracujá.
P9-Pensar mais um pouco em si, quanto mais ela se sentir melhor, mais é o que deseja.	P9-Sente preguiça de caminhar e tem problemas no joelho e as tarefas de casa que realiza traz muito cansaço, ainda mais porque todos em sua casa pedem coisas pra ela. Apetite desordenado para comer chocolates. Constantes aborrecimentos com familiares que moram perto da própria casa.
P10-Ficar boa; controlar o problema depressivo e da hipertensão.	P10-Por enquanto não dá pra fazer caminhada devido à dificuldade de conciliar o tempo desta atividade com o horário da faculdade. Tem o hábito de ficar em casa e quando sai pra alguma atividade de lazer acha tudo estranho.
P11-Permanecer com saúde em primeiro lugar, o resto se ajeita, porque sem a saúde, ela diz que a pessoa não é nada.	P11-Medo e preocupação frequente devido problemas que lhe ocorreram e sente sono frequente associando-o ao uso da medicação, o que lhe causa indisposição durante o dia. Em uso de bebidas alcoólicas nos finais de semana.
P12-Perder muito peso	P12-Deixa de fazer caminhadas quando chove e faz uso de bebidas alcoólicas.
P13-Melhorar as dores que às vezes sente.	P13-Fica desgostosa, preocupada e triste devido a dores lombares, o que a deixa desanimada para as atividades do dia.
P14-Perder peso pra estar bem consigo mesma, perder a sua “barriga”.	P14-Quanto à atividade de lazer, acha que não tem muito pra onde sair, o que resulta pra ela em falta de opção e tem preocupação com o filho que fica fazendo coisa errada mais considera coisas do dia a dia.

Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015.

(conclusão)

**APÊNDICE L – Resultados das demandas concorrentes imediatas de baixo controle e preferências de alto controle, Satuba, AL, Brasil, 2014.**

(continua)

<b>Demandas Concorrentes Imediatas (Baixo controle)</b>	<b>Preferências (Alto controle)</b>
<p>P1-Conciliar o horário diário para realizar exercícios físicos com a demanda das atividades em casa (como o cuidado da mãe acamada), ordenar o apetite e adotar uma dieta hipocalórica. Não conseguiu marcar com o cardiologista, porque a Secretaria de Saúde ainda não marcou, mesmo ela indo lá confirmar sempre a marcação e assim a médica da ESF não deu o encaminhamento para o SATUVIDA. Não conseguiu marcar dentista porque no Posto Central não estava tendo atendimento e na ESF sempre tinha um problema como não instalação de equipamentos ou falta da dentista.</p>	<p>P1-Busca por um profissional de saúde para orientar a nutrição, procura fazer exercícios aeróbicos como dançar em sua casa. Busca os serviços de saúde quando encaminhada. Compareceu a consulta da nutricionista e tenta acompanhar, muitas coisas está cortando da sua alimentação, caminhada foi alguns dias e deixou, mas exercícios que está fazendo são as atividades de casa e de vez em quando dança também em sua casa. O tempo que tira pra relaxar é ficar com sua mãe na esquina da sua casa ou para assistir novela.</p>
<p>P2-Envolvida com várias de atividades do lar, o que demanda muito do seu tempo, restando pouco pra conseguir relaxar.</p>	<p>P2-Procura os serviços de saúde quando encaminhada.</p>
<p>P3-Indisposição por não conseguir dormir, não consegue relaxar porque tem muita coisa pra fazer e resolver; esquece de comer frutas e verduras; devido a chuva evita caminhar; toma medicação mas não gosta porque aumenta a frequência para ir no banheiro; sente cansaço até para sair para o lazer; sente muita preocupação antes de dormir; pára pra relaxar mas não é suficiente porque depois ela pensa em fazer logo outras coisas; fica “aperrida” e dar mais vontade de comer. Fica preocupada com o irmão e a criança que cuida. No ambiente onde mora vive com tensão, passa muito tempo cuidando do pai e irmãos. O cansaço impede de fazer até o que gosta. O medicamento para dormir não surgiu efeito, então tomou superdosagem. Não gosta de chás. Mesmo tendo tempo para dormir sente angústia e não consegue. Às vezes conversa com alguém mais as pessoas tem mais problemas do que ela.</p>	<p>P3-Tentativa de comer verduras como abóbora e batata e substituir lanches não saudáveis; prefere bolacha integral com suco. Mantém os exercícios no SATUVIDA; amiga mesmo é sua irmã quem cuida dela e mora na mesma casa; evita sal e gordura; deseja dormir mais e pensar em coisa boa, o que ela pode mais fazer nesse plano é exercício e caminhada, agora ela queria controlar a alimentação, gosta de suco de maracujá que relaxa um pouco. Procura os serviços quando encaminhada. Em vez de comer frequentemente está tomando mais água. Gosta de assistir televisão para ver programas de saúde. Prefere ficar em casa a sair. O lazer que gosta é procurar descansar. Evita certos alimentos como o milho que considera que eleva sua pressão.</p>
<p>P4-Em casa se estressa por qualquer coisa, não quis procurar a nutricionista porque estava mais preocupada com fazer exames para cirurgia, parou as atividades no SATUVIDA e pretende voltar após a cirurgia de histerectomia, não foi para a consulta com o dentista.</p>	<p>P4-Continua a caminhada para relaxar e chegar o dia da cirurgia bem, comeu mais frutas e legumes, assiste programas sobre a saúde e gosta de ler também sobre o assunto.</p>
<p>P5-Parou as atividades do SATUVIDA devido ao recesso da copa e falta de tempo para exercícios porque teve que cuidar da mãe após complicação na cirurgia. Não procurou os serviços de saúde encaminhados.</p>	<p>P5-Come mais legumes mais frutas, toma medicamento na hora certa, viaja com a família e pessoas da igreja, faz passeio com sua família, relaxa, brinca com as crianças e tira um tempo pra cuidar da casa, estava de férias.</p>
<p>P6-Teve um problema de saúde, como suspeita de dengue, mas foi a glicose que alterou e ficou sem fazer exercício por recomendação médica.</p>	<p>P6-Boa recuperação da saúde, procura verificar diariamente seu estado de saúde como aferição da pressão arterial, glicemia e usar insulina e demais medicações; sempre no intervalo do almoço e do jantar come frutas e come muitas verduras. Compareceu a consulta odontológica e remarcou o tratamento. Suspendeu bebidas alcoólicas e pede a Deus pra não voltar mais nunca, até a médica disse que podia tomar duas ou três, mas não quer, encontra-se decidido.</p>
<p>P7-Não marcou nutricionista, nem conseguiu marcar dentista, não está com vontade de fazer caminhada porque amanhece chovendo, as amigas não estão fazendo e ela não quer ir sozinha.</p>	<p>P7-Fica deitada no sofá e acha que relaxa, come verduras e frutas todos os dias, continua fazendo exercícios e procura não esquecer de tomar os medicamentos.</p>
<p>P8- Sente dores na coluna dependendo do exercício físico como os anaeróbicos de carga.</p>	<p>P8-Anda de bem com a vida, mudança dos hábitos alimentares porque não queria envelhecer com pressão alta, foi para o naturalista, busca conhecimentos</p>

	constantemente sobre nutrientes dos alimentos, evita adoçante porque considera que tem muitas químicas, acredita que vai fazer a diferença na sua forma de cuidar de si, evita carnes vermelhas.
P9-Tempo frio sentia dor no joelho e não conseguia dormir.	P9-Quase todo dia utiliza a técnica de relaxamento que lhe foi ensinada; foi na endocrinologista; procurou marcar a nutricionista e dentista; acorda cedo para caminhada e procura andar em lugares movimentados mesmo sentindo que o problema lhe acompanha.
P10-Perdeu a requisição para a nutricionista, porque estava passando por problemas, esteve doente e sua mãe também. Teve crise de depressão e sente falta de atenção. Sente bastante sono e continua acordando preocupada. Parou os exercícios por motivo de saúde.	P10-Estava procurando se alimentar bem; a cardiologista pediu Eletrocardiograma e refere que vai fazer, está em acompanhamento odontológico, escuta música e ora a Deus para relaxar. Às vezes mesmo ficando 15 dias sem ir para o psicólogo, mas fazendo a técnica de relaxamento sente-se melhor.
P11-Não marcou nutricionista e os demais encaminhamentos porque estava esperando a agente de saúde passar na sua casa.	P11-Sente-se bem fazendo a academia.
P12-Enjoa e sente raiva de fazer sempre as mesmas tarefas em casa, fica estressada e perde a calma quando conversa com uma pessoa a qual tem algum problema, situação conjugal comprometida atualmente e fica estressada com uma cirurgia que vai fazer, o que pode dificultar o relaxamento.	P12-Conseguiu marcar os encaminhamentos para os demais profissionais de saúde; faz a técnica de relaxamento ensinada; faz caminhada pela manhã e a tarde exercícios no SATUVIDA; diminuiu a ingestão de álcool de cinco latas para uma lata.
P13-Tem problemas alérgicos e sentiu dificuldade de dormir no dia anterior.	P13-Acorda mais disposta; procurou marcar consulta para dentista e médica conforme encaminhamento; busca fazer a técnica de relaxamento ensinada todos os dias, come mais verduras e frutas, pretende começar a caminhada amanhã;
P14-Apesar de marcar nutricionista, não conseguiu ir ainda a consulta, porque a profissional saiu do serviço. Uma semana que não caminha porque começou a chover. Dificuldade de acesso ao serviço odontológico por falta de equipamentos em condições de serem utilizados para o atendimento, a médica encontrava-se de férias.	P14-Faz a técnica de relaxamento ensinada, conseguiu marcar nutricionista e procurou marcar consulta para médica. Vai começar a fazer exercícios. denominado “zumba” porque dizem que o povo está perdendo muito peso com esse tipo de atividade.

Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015.

(conclusão)

**APÊNDICE M – Resultados do comportamento promotor da saúde estabelecidos no plano conjunto com o adulto com hipertensão, Satuba, AL, Brasil, 2014.**

(continua)

<p><b>De que forma esses cuidados oferecidos pela enfermeira e o estabelecimento do plano conjunto com você contribuiu para o controle da hipertensão e promoção da sua saúde e qualidade de vida?</b></p>
<p>P1-“Contribuiuuu, assim porque antes eu não ligava pra alimentação, nem pra caminhar, nem pra isso, já hoje eu sei que eu tô pecando não tô fazendo as coisas certinho, mas eu tenho mais a consciência de que quando eu vou fazer uma coisa errada ai eu fico pensando naquilo, to fazendo isso mas sei que isso não é certo, ai eu tô tendo mais consciência do que eu tenho que fazer devido a meus problemas que eu tenho até porque eu não me cuidei, agora tô tendo.”</p>
<p>P3-“Eu estou me sentindo muito bem, eu to assistindo esse programa que você mandou, eu assisti um pouco né, caminhada, agora na alimentação eu achei que tava comendo mais, mas eu já perdi né, não sei o que pode ser, a única fruta que eu gosto mais é a laranja, laranja e banana, porque eu não gosto muito assim de melancia, melão eu não gosto não.”</p>
<p>P4-“Com certeza, ajuda muito, é porque às vezes a gente relaxa, ah é porque eu to com pressão eu vou fica isso, entendeu? Mas devido é aquela explicação cada vez mais, aquela coisa toda, a gente vai aprendendo mais coisa, a gente vai evitando muitas coisa, né.”</p>
<p>P5 “Contribuii de forma muito boa, porque eu passei a me cuidar melhor, dar mais atenção a alimentação, comer mais legumes, mais frutas, tomar medicamento na hora certa, pra mim foi tudo de bom. Estou muito bem porque depois que eu adotei essa alimentação, né como você me informou né, a prática de exercícios apesar de que eu passei uns 15 dias sem fazer, a minha saúde melhorou muito, mesmo não conseguindo diminuir o peso né, meu objetivo né, mas vamos lá com esforço a gente consegue.”</p>
<p>P6 “Contribuii, contribuii sim e muito, porque é um incentivo a mais. Estou me sentindo bem, bem melhor, porque eu tive um problema de saúde agora entre julho e agosto, ai tive uma queda muito baixa que até fui parar no HDT, fiz vários exames, ficaram até com suspeita de dengue mais, resumindo foi a glicose que alterou um pouco, fiquei um pouco enfermo mas graças a Deus desse tempo pra cá eu vim me recuperando bem, bem mesmo, no momento eu acordo 5:30 da manhã ai eu tomo meu banho, vou ao posto de saúde verificar pressão, glicemia e tomo minha insulina e a partir da insulina que foi dia 12 de agosto que comecei a tomar, eu senti dentro de mim uma melhora muito boa, antes tomava comprimido metformina e glibecamida e pra pressão hidroclorotiazida e losartana e ainda continuo tomando e pra o colesterol sinvastatina.”</p>
<p>P7 “Contribuii. Olha os cuidados que eu tive foi os de sempre mesmo, os exercícios, a comida, tudo.”</p>
<p>P8 “Favoreceu, porque é assim além de eu viver assim querendo ai eu vi alguém que também se interessou pra ver essa idéia que não só por mim, porque tem gente que chega pressão muito alta e não sabe o que fazer, então, se você vê que tem uma alimentação boa, você vê que não vai chegar a esse ponto, entendeu aquele ponto de chegar, é tudo bem não vou dizer que isso não possa acontecer de chegar um derrame uma coisa, isso é horrível e o mundo tá se perdendo, eu creio assim que não tem tempo de se alimentar, não tem tempo de fazer uma alimentação certinha, outros não tem assim uma condição apesar de que tem gente que até tem, mas é relaxado em termos disso ai e por causa disso vem tudo, vem tudo, começa logo a gordura ruim, já ficando toda mole e aquela coisa toda, isso ai né precisa você prestar atenção, não precisa chegar a esse ponto, você se cuide direitinho pra envelhecer bem, entendeu, porque é assim a gente envelhece e tudo mais a mente não envelhece, permanece novinha como eu agora.... tempo de vida do povo tá diminuindo.”</p>
<p>P11 “Com certeza, eu melhorei minha auto-estima, eu melhorei minha saúde, tudo, tudo.”</p>
<p>P13 “Contribuii muito e além do mais, ai é que a gente fica mais preocupada e mais com cuidado na gente mesmo em termo da alimentação, porque quando o povo não vem falando, assim alertando a gente relaxa ai pelo menos fica mais cuidando da pessoa mesmo em termo da alimentação, principalmente, cortando mais o sal, comendo mais verdura, é o que eu to fazendo. “</p>
<p>P14 “Contribuii muito mesmo, porque minha pressão está sempre controlada, aquela ansiedade que eu tinha até que tá mais, não to bem ainda totalmente, mas já diminuiu bastante, to conseguindo ficar mais tranquila.”</p>
<p><b>Resultados alcançados no plano conjunto</b></p>
<p>P1 “Acho que o resultado que eu alcancei foi relaxar mais, aprender a relaxar mais, aprender a contar as</p>

<p>coisas quando eu tô meio nervosa assim, a contar, relaxar, aí isso a respiração, esperava assim perder mais, ter tido força de vontade mais pra fazer a caminhada pra ver se eu perdia alguns quilos porque eu no aumentei, mas também não perdi, né eu me mantive, ah mas eu queria ter perdido mas com fé em Deus eu vou conseguir.”</p>
<p>P3 “Tô descansando melhor esses 15 dias mais, depois eu não sei mais e tô fazendo caminhada, tá bom.”</p>
<p>P4 “Alcansei, porque tipo assim, às vezes você quer passar um pouco do limite da comida, porque a pressão vem também muito da comida porque eu assisto muito o [programa de TV] e passa muito essas coisa, eu assisto muito, às vezes você quer pôr um pouquinho de sal já não pode porque só do cheiro a pressão vai lá pra cima, então a gente evita muita coisa eu aprendi mais ainda.”</p>
<p>P5 “Tiro um tempo pra relaxar, eu passei, viajei, viajei com minha família, viajei com as pessoas da minha igreja, fui pra o shopping coisa assim que mulher gosta de ir ao shopping, né. Em casa eu deito no sofá, eu assisto tv, gosto de ler a Bíblia, tiro um tempo pra brincar com as crianças e o restante do tempo fazer os serviços da casa. Mantenho sempre o horário das medicações, pra controlar a pressão arterial é sempre após o café da manhã e o [medicamento] é sempre à noite às dezenove horas.”</p>
<p>P6 “Alcansei, a gente sente dentro da gente que alcançou, sente muito. Sempre no intervalo do almoço e da janta eu como frutas, e no almoço eu como bastante verduras. Fui ao dentista e vou voltar agora até marquei pra voltar agora após três meses, a última vez que eu fui foi dia oito de julho. Suspendi bebida alcoólica e peço a Deus pra não voltar mais nunca e nem to com vontade, to não, até a médica disse que eu podia tomar duas, três, mas eu não quero, eu peço que Deus me dê forças todos os dias pra eu nunca mais tomar. “</p>
<p>P7 “É porque eu já fazia antes, era.”</p>
<p>P8 “ Ah eu vi um bom resultado, por exemplo, vou dizer um resultado que ficou em mim, a gente quando passa dos trinta e cinco, então a tendência é endurecer, né, as locomoções, os nervos, a gente fica assim durinha né, então se você praticar academia ou fazer uma caminhada, eu não faço uma caminhada direto, mas eu sempre gostei de fazer uma academia, então eu fazia musculação, mas eu não gosto de musculação porque eu tenho problema na coluna, aí depois da musculação eu não fico me sentindo bem, mas pense como é bom, menina eu fazia academia e o rapaz colocava uma cinta para que não forçasse a coluna e eu não vi que eu estava muito bem aí eu fui no show, assim da igreja aí a moça disse olha tem um CD aqui e eu vou dar um CD pra quem fizer melhor, eu disse a minha mãe eu vou ganhar aí eu corri, aí eu disse eu vou ganhar, aí quando ela fez a música era pra rebolar e baixar um pouquinho, só que eu baixei e fui até o chão, só que quando eu baixei e fui até o chão, ela botou o olho e disse pra o rapaz de novo toca aí e eu fui de novo até o chão, aí disse você venha aqui aí eu subi e quando chegou lá que eu olho um monte de gente aí ela disse faça aí o que você fez embaixo, menina demais você da sua idade fazer isso, não é que seja velha, ela disse, menina eu vi que eu estava molinha, molinha, entendeu, ainda fiz mais duas vezes e disse caramba, então isso é a academia e quando você para você vai sentindo que vai enrijecendo, entendeu, é necessário que a gente pratique. Vai praticando uma academia, se não pode faça uma caminhada aquela coisa toda, como eu faço o SATUVIDA porque ali você distribui pra todo corpo e assim é bom, muito bom eu gosto.”</p>
<p>P11 “Bem, fez bem pra mim.”</p>
<p>P13 “Alcansei, melhorei, to me sentindo mais leve, to mais otimista pra fazer as coisas hoje.” O relaxamento eu to, gostei pelo menos a pessoa aprende a falar com a pessoa mesmo, pelo menos está se comunicando com si, eu acho, porque de primeiro a gente não ia pensar no pé, na perna, nos braços e nada antes de dormir pelo menos agora fala com todos os órgãos do corpo, não é.”</p>
<p>P14 “Bem...ah porque assim eu perdi o peso porque tava assim muito pesada, a barriga também tá diminuindo e a pressão está ótima, é tá bem porque antes era só tudo descontrolado e agora to conseguindo normalizar né. Fico primeiro relaxando os pés, depois as mãos e por último a cabeça que eu tento ficar bem relaxada pra ficar calma aí vou relaxando.</p>
<p><b>Orientações não colocadas em prática. Qual o motivo de não alcançar tal comportamento promotor de saúde?</b></p>
<p>P1 “Os exercícios que eu não coloquei em prática foi por causa daquele problema que deu nos meus exames, deixa eu vê mais, só eu acho que o resto, a alimentação que eu acho que eu deveria ter me esforçado mais que até hoje saio meio perambulando na alimentação, assim a redução de sal eu reduzi até por causa da mainha, mas o negócio mais é as coisa gordurosas é esses biscoitos que ainda como não vou menti.”</p>
<p>P3 “O que a nutricionista mandou fazer não, porque eu não gostei muito não, agora assim algumas coisas que eu acho que tá dando pra fazer, eu to fazendo eu to comendo né.”</p>

P4 “Não, porque eu não quis porque às vezes você não, eu to com vontade de comer, porque é assim tipo assim, eu não gosto de macarronada, de lasanha, essas coisas não é comigo, nada de massa, mas você já tem uma comida que você não pode comer, mas você diz só hoje eu vou comer esse pouquinho, não é isso, é isso às vezes eu passo um pouquinho, mas depois eu volto atrás e passo dois a três meses sem comer.”
P5 “ Parei os exercícios, porque o SATUVIDA entrou em recesso, devido a copa e eu não tive muito tempo assim porque minha mãe fez a cirurgia de catarata e depois da cirurgia apareceu glaucoma ai teve que fazer um tratamento com colírio ai deu reação alérgica ai eu fiquei indo sempre quase todos os dias eu tava lá até que fez os exames, a médica trocou o colírio, agora ela está bem, agora estou com tempo disponível pra praticar o esporte no SATUVIDA. Ainda não fui na nutricionista porque não foi possível marcar, mas ainda eu vou, dentista também não ainda não, médico também não. Eu gosto de caminhar de manhã cedo, porque a tarde eu não tenho coragem pra ir por causa do sol, ai eu não caminhei.
P6 “Não. Tudo que a senhora pediu eu coloquei, estou colocando ainda. Eu to parado nos exercícios físicos por ordem superior da médica, que ela disse que só ia me liberar depois dos resultados dos exames, que eu fiz um exame dia 23 de outubro, que ela me deu depois que eu tive esse problema dois meses pra me avaliar pra depois me liberar pra minha caminhada e meu futebol essas coisas que no momento eu estou parado.”
P7 “Não...nenhuma dificuldade.”
P8 “Olha é o seguinte se eu pudesse eu fazia Pilatos, uma coisa assim pra alongar mais, pra ficar bem melhor,ou fazer uma academia de um tipo diferente não com musculação tipo assim peso, aquelas coisas, mas acontece que eu não posso ai eu vou ficando por aqui, mas é o que eu to podendo fazer, se eu pudesse eu faria uma coisa melhor, entendeu, uma coisa melhor é claro pra eu me sentir bem melhor, né, aquela coisa pra esticar bem direitinho pra ficar bem, né, aquela coisa. Mas outras coisas não. Acho que é só isso mesmo.”
P11 “Não. Coloquei tudo, sou muito sincera gosto de dizer, fiz aquele relaxamento que vc diz olho, pé, fiz, fiz, to tomando até um suplemento muito bom me dá mais energia, eu já só magrinha né.”
P13 “Ainda não coloquei em prática assim os dias que eu não venho pra cá, fazer, porque sempre acontece alguma coisa que não dá pra fazer os exercícios tem que fazer só segunda, quarta e sexta mesmo, entendeu? Ai tenho que colocar em prática os outros dias, intervalos que tem do SATUVIDA pra fazer exercícios também porque eu não consegui fazer.
P14 “ Não...to conseguindo e aos poucos eu chego lá. To com uma semana que não caminho porque começou a chover e tudo né, ai eu dei aquela parada, mas eu vou continuar. Teve problema de sair pessoal do trabalho que não era concursado, só quando a nutricionista voltar agora, já tá marcado só procurar.”

Fonte: Dados produzidos pela autora, 2015.

(conclusão)

## ANEXO A – Termo de Aprovação do Comitê de Ética

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Maceió – AL, 10/10/2013

Senhor(a) Pesquisador(a), Sabrina Barbosa Matos da Conceição  
Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 09/08/2013 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº **17767813.9.0000.5013**, sob o título **O estilo de vida de adultos com hipertensão: aplicação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender**, vem por meio deste instrumento, comunicar a APROVAÇÃO do processo supra citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução nº 466/12.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(\*) Áreas temáticas especiais

Válido até: Julho de 2014

Profª Drª Deise Juliana Francisco  
Coordenadora do Comitê de  
Ética em Pesquisa -UFAL

## ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA

### ***TCLE Dirigido aos Adultos com Hipertensão***

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”*  
(Resolução. Nº 466/2012-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

**Eu,.....,R**

**G: tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo “O estilo de vida de adultos com hipertensão: aplicação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender”, recebi de Sabrina Barbosa Matos da Conceição, pesquisadora responsável, sob a orientação de Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza,, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:**

- Que este projeto é desenvolvido junto ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) da Universidade Federal de Alagoas.
- Que o estudo tem como finalidade discutir a aplicação do modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender entendido como modelo teórico de Enfermagem, no estilo de vida do adulto com hipertensão, que é considerado como o modo típico de viver que caracteriza o indivíduo.
- Que a coleta de dados será realizada através de entrevistas gravadas.
- Que os depoimentos serão integralmente transcritos, sem nenhum tipo de interferência do pesquisador e os depoentes serão protegidos por codinomes.

- Que durante todo o desenvolvimento da pesquisa estão garantidos os direitos à privacidade, anonimato e sigilo no que se refere às declarações coletadas.
- Que você receberá uma cópia deste termo, com números de telefone e email do pesquisador principal e demais, para que possa a qualquer momento esclarecer dúvidas a respeito do projeto.
- Que a sua participação é voluntária, por isso se você tem o direito de recusar a sua participação, assim como tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo.
- Que os resultados, positivos ou não, serão publicados em revistas científicas.
- Que eu participarei das seguintes etapas: Vou ser entrevistado(a), neste momento as pesquisadoras vão gravar meus comentários em um aparelho chamado MP4. Depois elas vão passar a gravação para o papel e eu vou dizer se coincide ou não com o que eu falei. Se estiver tudo certo eu autorizo o uso das minhas informações para esta pesquisa.
- Que não se conhece outro meio de obter os mesmos resultados desse estudo que não seja através do que será dito por mim.
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: ao lembrar a experiência que passei poderei me emocionar revendo esses momentos.
- Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: posso me sentir cansado(a), posso me emocionar, chorar ou até ficar irritado(a).
- Que deverei contar com a seguinte assistência: as pesquisadoras estarão comigo o tempo todo durante a entrevista. Vão me ouvir com paciência e se eu chorar ou ficar irritado(a), elas vão parar a entrevista. Vão respeitar o meu momento e se for necessário irão marcar outro encontro. Vão me dar o tempo que eu precisar. Se nós acharmos necessário, vamos interromper a conversa pelo tempo que for necessário para que eu me acalme e queira continuar. Meu contato será apenas com as pesquisadoras responsáveis, Prof.<sup>a</sup> Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza e Sabrina Barbosa Matos da Conceição. Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, são: contribuir com o cuidado e assistência aos adultos com hipertensão.
- Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: após eu ter aceitado o convite, as pesquisadoras responsáveis marcarão o dia e local do

encontro comigo conforme a minha escolha e disponibilidade, que poderá ser mais de uma vez caso eu me canse ou combinemos como sendo o melhor para nós. Caso sinta qualquer incômodo, as pesquisadoras providenciarão os meios necessários para que eu possa voltar ao meu equilíbrio.

- Que sempre que eu desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre qualquer etapa da pesquisa.
- Que eu nada pagarei e nada receberei para participar desta pesquisa, sendo uma ação voluntária e de ajuda às pesquisadoras e aos adultos com hipertensão.
- Que eu serei indenizado (a) por qualquer dano que venha a sofrer com a minha participação na pesquisa.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação na mencionada pesquisa e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dela participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE EU TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A).

**Endereço do(a) participante-voluntário(a)**

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

**Contato de urgência:** Sr(a). Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza

Domicílio: Av. Ariosvaldo Pereira Cintra

Nº: /Complemento: 291, apto 101

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone: Gruta de Lourdes/ CEP: 57052-580/ Maceió/ (82) 3241-9244 (residência); 8874-2757(Oi); 9985-3589(Tim) e 9100-0690 (Claro)

Ponto de referência: Rua do Hospital do Coração do Bairro da Gruta

**Endereço da responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Instituição: Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas  
(ESENFAR/UFAL)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota

Nº: /Complemento: s/n

Bairro: /CEP/Cidade: Cidade Universitária/ CEP: 57072-900 /Maceió

Telefones p/contato: (82) 3214-1154

**ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:**

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:**

**Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária**

**Telefone: (82) 3214-1041**

<p><b>Assinatura ou impressão datiloscópica do (a) voluntário (a):</b></p>  <hr/> <p>(Rubricar as demais folhas)</p>	<hr/> <p><b>Sabrina Barbosa Matos da Conceição</b> <b>Pesquisadora</b></p> <hr/> <p><b>Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza</b> <b>Orientadora e Pesquisadora</b> (Rubricar as demais páginas)</p>
--	--

(\*) Modelo utilizado pelo Comitê de Ética da UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS.

