



Associação entre diagnósticos de enfermagem e variáveis sociais/clínicas em pacientes hipertensos*

Association among nursing diagnoses, demographic variables, and clinical characteristics of patients with high blood pressure

Asociación entre diagnósticos de enfermería y variables sociales/ clínicas en pacientes hipertensos

Francisca de Fátima Vasconcelos¹, Thelma Leite de Araújo², Thereza Maria Magalhães Moreira³, Marcos Venícios de Oliveira Lopes⁴

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação estatística entre diagnósticos e características sociais / clínicas de pacientes hipertensos. **Métodos:** Os dados foram coletados numa unidade básica de saúde de Fortaleza-Ce com 67 pacientes. A identificação dos diagnósticos foi procedida segundo a taxonomia da NANDA. Para análise dos dados utilizou-se testes de Fisher, Qui-Quadrado de Pearson e Razão de Verossimilhança. **Resultados:** Encontrou-se 54 diagnósticos de enfermagem e 15 acima do percentil 75. Verificou-se associação estatística entre: Controle eficaz do regime terapêutico e número de medicamentos; Padrão de sono perturbado e estado civil; Intolerância à atividade e escolaridade e anos de diagnóstico; Disfunção sexual e sexo e escolaridade; Risco para quedas e idade, estado civil e tempo de diagnóstico da doença; Dor crônica e estado civil. **Conclusão:** Algumas características demográficas estão associadas à ocorrência de diagnósticos de enfermagem.

Descritores: Hipertensão; Diagnóstico de enfermagem; Enfermagem; Fatores socioeconômicos

ABSTRACT

Objectives: To analyze the association among diagnoses, demographic variables, and clinical characteristics of patients with high blood pressure. **Methods:** The data were collected in 67 patients from a primary care unit in Fortaleza, Brazil. The NANDA Taxonomy was used to determine the nursing diagnoses. Data analysis consisted of Fisher's exact test, Chi-square test, and likelihood ratio test. **Results:** Fifty four nursing diagnoses were identified; fifteen were above the 75th percentile. Ineffective individual therapeutic regimen management and number of medication, sleep pattern disturbance and marital status, activity intolerance and education, activity intolerance and time of diagnoses, sexual dysfunction and gender, sexual dysfunction and education, risk for falls and age, marital status and time of diagnoses, chronic pain and marital status all had significant association coefficients. **Conclusion:** Some demographic characteristics were associated with nursing diagnoses.

Keywords: Hypertension; Nursing diagnosis; Nursing; Socioeconomic factors

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación estadística entre diagnósticos y características sociales / clínicas de pacientes hipertensos. **Métodos:** Los datos fueron recolectados en una unidad básica de salud de Fortaleza-Ceará con 67 pacientes. La identificación de los diagnósticos se llevó a cabo según la taxonomía de la NANDA. Para el análisis de los datos se utilizó test de Fisher, Chi-Cuadrado de Pearson y Razón de Verosemejanza. **Resultados:** Se encontró 54 diagnósticos de enfermería y 15 sobre el percentil 75. Se verificó asociación estadística entre: Control eficaz del régimen terapéutico y número de medicamentos; Patrón de sueño perturbado y estado civil; Intolerancia a la actividad y escolaridad y años de diagnóstico; Disfunción sexual y sexo y escolaridad; Riesgo para caídas y edad, estado civil y tiempo de diagnóstico de la enfermedad; Dolor crónico y estado civil. **Conclusión:** Algunas características demográficas están asociadas a la ocurrencia de diagnósticos de enfermería.

Descritores: Hipertensión; Diagnóstico de enfermería; Enfermería; Factores socioeconómicos

* Artigo extraído da dissertação de Mestrado intitulada "Diagnósticos de enfermagem em pacientes portadores de hipertensão arterial: estudo em uma população definida", apresentada no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC- Fortaleza (CE), Brasil, inserido no Projeto Ações Integradas em Saúde Cardiovascular N° 500639/2003-5 e bolsa de estudos pela FUNCAP.

¹ Mestre pela Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE) – Brasil.

² Doutora, Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE) – Brasil.

³ Doutora, Professora da Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE) – Brasil.

⁴ Doutor, Professor Adjunto da Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE) – Brasil.

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem procurado desenvolver sua prática com base no método científico, adotando a sistematização da assistência como forma de trabalho, o que torna possível a atenção individualizada, ordenada e dirigida a resultados. As etapas de levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, prescrição de intervenções e avaliação dos resultados obtidos têm sido objeto de diversos estudos que têm como meta o aprimoramento da arte da enfermagem e a ampliação dos conhecimentos científicos de forma a atender mais adequadamente à clientela sob seus cuidados.

A etapa do diagnóstico de enfermagem constitui a base para a formulação de intervenções e tem por si só congregado uma gama de estudos realizados com grupos específicos que apresentam determinadas condições em comum, tais como faixa etária⁽¹⁾, diagnóstico médico⁽²⁾ ou mesmo condição de vida⁽³⁾. Alguns desses estudos vêm apontando para a possível associação entre a presença de determinados diagnósticos em uma dada situação ou população, levando-se a acreditar que a formulação de um diagnóstico poderia implicar na ocorrência de outros. Alguns autores⁽⁴⁾ ao estudarem pessoas que apresentavam dor oncológica, constataram que determinados diagnósticos apresentavam certo padrão de ocorrência, levando Cruz⁽⁵⁾ a sugerir a possibilidade de que dor crônica poderia ser uma síndrome e não somente uma categoria diagnóstica. A autora considerou que síndromes seriam conjuntos de manifestações e os resultados de seus estudos apontaram para uma possível síndrome da dor crônica, composta pelos diagnósticos de Distúrbio no padrão de sono, Déficit de conhecimento, Ansiedade e Medo, Intolerância à atividade e Mobilidade física prejudicada. Mais recente, Silva, Lopes e Araujo,⁽⁶⁾ estudando crianças com cardiopatias congênitas, encontraram associação estatística fortemente significativa entre os diagnósticos de enfermagem Padrão respiratório Ineficaz, Desobstrução ineficaz das vias aéreas e Hipertermia, também sugerindo a investigação de uma possível síndrome.

Acredita-se na necessidade de realização de outros estudos que busquem associação entre diferentes diagnósticos de enfermagem, constituindo ou não síndromes, e entre os diagnósticos de enfermagem e determinadas características do grupo estudado. Esta crença se fundamenta nos benefícios decorrentes desses estudos, tais como: ampliação do olhar sobre as necessidades da clientela, uma vez que o fato de se identificar um diagnóstico pode significar pista que conduz a outros; aprofundar o conhecimento sobre os fatores de risco e mesmo sobre os fatores relacionados, uma vez que um diagnóstico associado pode ser considerado fator de risco ou relacionado com o

surgimento de outro e, finalmente, contribuir para a construção de uma base mais consistente para a elaboração de intervenções que possam ser eficazes e permitam o alcance de resultados significativos.

Destarte, estabeleceu-se para este estudo o objetivo de elaborar diagnósticos de enfermagem para portadores de hipertensão arterial, buscando-se associá-los às características sociais e clínicas da clientela estudada.

MÉTODOS

O estudo foi de natureza quantitativa, transversal, do tipo descritivo. A população foi composta pelos pacientes hipertensos em acompanhamento numa unidade básica de saúde de Fortaleza-Ceará, que estavam cadastrados no Programa HIPERDIA. Este programa foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde com finalidade de propiciar um perfil dos pacientes que apresentam hipertensão arterial e/ou diabetes e de conhecer as medicações utilizadas pelos mesmos. Os critérios para inclusão foram: estar cadastrado no Programa HIPERDIA até fevereiro de 2004 e fazer parte de uma área específica do Programa Saúde da Família na qual uma das pesquisadoras fazia atendimento de enfermagem; ser portador de hipertensão arterial sistêmica associada ou não a outras alterações cardiovasculares; estar em condições físicas e mentais para responder aos itens de uma entrevista; ter pelo menos um ano de diagnóstico médico e de tratamento da doença e aceitar participar voluntariamente no estudo. Do total de 374 cadastrados, a amostra que contemplou os requisitos acima foi de 67 pacientes.

A coleta de dados foi realizada no domicílio do paciente, no período de março a julho de 2004 durante uma consulta de enfermagem. O instrumento para a coleta de dados foi baseado na Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁽⁷⁾, como também a identificação dos diagnósticos. As características sociais e clínicas pesquisadas foram: idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, profissão, renda familiar, além de tempo de diagnóstico da doença, número de medicações e índice de massa corporal.

Considerou-se solteiros todos os que referiram ser solteiros, divorciados ou viúvos e casados os que mencionaram ser casados ou viver em união consensual. A idade foi dividida em quatro faixas etárias, sendo 39 anos o valor menor e 89 anos a maior idade encontrada nas pessoas que fizeram parte da pesquisa. A escolaridade foi classificada em três níveis (analfabeto, fundamental incompleto e fundamental ou médio completo). A religião foi classificada em duas modalidades (católica e outros todos os que referiram ser de outra denominação religiosa). Em relação à ocupação, foi considerada como aposentado, do lar e outros (todas as outras profissões).

A renda sofreu três divisões (menos de um salário mínimo, um a dois salários mínimos e mais de dois salários mínimos). O tempo de diagnóstico da doença foi apresentado em três faixas (um a cinco anos, de seis a dez anos e mais de onze anos) e o índice de massa corporal foi classificado em três níveis (normal, sobrepeso e obeso). O número de medicações foi dividido com uma medicação ou duas ou mais medicações.

Para a análise de associação entre os diagnósticos e as variáveis aplicou-se os testes não-paramétricos Qui-Quadrado de Pearson, Fisher e Teste da Razão de Verossimilhança, considerando seus respectivos pressupostos⁽⁸⁾. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$)

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, atendendo aos aspectos éticos de pesquisa com seres humanos e a coleta de dados ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁽⁹⁾.

RESULTADOS

Foram entrevistados 67 pacientes, sendo, na sua maioria, do sexo feminino (73,1%), na faixa etária de 50 a 69 anos (67,2%), 70,8% casados e 82,1% católicos. Em relação à escolaridade, 28,8% eram analfabetos e 57,6% tinham o ensino fundamental incompleto. Com relação à ocupação, 65,5% eram trabalhadores do lar e 20,0% eram aposentados. A faixa salarial familiar predominante era de um a quatro salários mínimos (70,4%) e 44,8% tinham tempo de diagnóstico da doença de um a cinco anos. Ao avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC), detectou-se que 43,5% apresentavam sobrepeso e 37,1% eram obesos tipo I. Em média, esses pacientes tomavam 1,6 medicamentos ($\pm 0,55$). Quanto ao número de doses tomadas por eles, 19% usavam uma vez ao dia; 50% duas vezes e 31% três doses diárias. Em relação ao número de medicação anti-hipertensiva, 43,3% tomavam apenas um medicamento, 53,7% tomavam dois medicamentos e 3% três medicamentos.

Os dados obtidos neste estudo permitiram formular um total de 54 diagnósticos de enfermagem, distribuídos nas diversas classes de domínios da taxonomia utilizada. A média foi de sete diagnósticos por paciente e a maioria apresentou diagnósticos inseridos em mais de um domínio. Entre os diagnósticos encontrados, foram analisados aqueles cuja frequência se encontrava acima do percentil 75, que incorporou um total de 15 diagnósticos (26,7%).

Os diagnósticos situados acima do percentil 75 estavam distribuídos em 10 dos 12 domínios investigados. Os domínios que não incluíram diagnósticos acima do percentil 75 foram: Autopercepção e Enfrentamento/Tolerância ao Estresse.

O diagnóstico Controle eficaz do regime terapêutico apresentou associação estatisticamente significativa com o número de medicamentos utilizados pelos pacientes (Fisher/ $p=0,016$). Isto é, aqueles que faziam uso de apenas uma medicação apresentavam 5,241 (IC 95%= 1,20 – 22,84) vezes mais chances de um controle eficaz do regime terapêutico, quando comparados com os que tomavam duas ou mais medicações.

O diagnóstico Padrão de sono perturbado apresentou associação com a variável estado civil ($x^2= 8,86$, $p=0,002$), o que significa dizer que, dentre pacientes solteiros, 61,1% (11/18) tiveram padrão de sono perturbado, enquanto que os casados apresentaram percentual de 19,1% (9/47). Ainda, a chance de um paciente solteiro ter o diagnóstico Padrão de sono perturbado foi de 6,635 (IC 95%= 1,74 – 26,44) vezes maior que o paciente do grupo de casados. Isto é, aumentou em 5,635 vezes.

Existiu associação entre Intolerância à atividade e anos de diagnóstico de hipertensão arterial (Fisher/ $p=0,022$), sendo que os pacientes com mais de 11 anos de diagnóstico de doença apresentaram 10,66 (IC 95%= 1,05 – 259,83) vezes mais chances do que os que se encontravam na faixa de 6 a 10 anos. E com relação à escolaridade ($p=0,008$), os analfabetos apresentaram 5,940 (IC 95%= 1,38 – 27,12) vezes mais chances de apresentarem Intolerância à atividade do que os de fundamental incompleto.

Em relação ao diagnóstico Disfunção sexual, encontrou-se associação com sexo ($x^2= 6,85$, $p=0,008$) e escolaridade ($p=0,012$). Os pacientes com escolaridade de ensino fundamental ou médio completo apresentavam 10,67 (IC 95%= 1,27 – 114,72) vezes mais chances de desenvolverem disfunção sexual do que os analfabetos. Com relação à variável sexo, os pacientes do sexo masculino apresentavam 4,352 (IC 95%= 1,22 – 16,03) vezes mais chances de desenvolverem Disfunção sexual quando comparados com as do sexo feminino.

O diagnóstico de enfermagem Risco para quedas apresentou associações com as variáveis: idade, estado civil e tempo de diagnóstico da doença. Em relação à idade, os pacientes com idade entre 61 a 70 anos apresentavam 7,80 (IC 95%= 1,17 – 60,77; $x^2= 6,45$; $p=0,011$) vezes mais chances e os de 71 a 89 anos tinham 39 vezes mais chances, quando comparados com a faixa etária de 39 a 50 anos (IC 95%= 2,76 – 1257,76; Fisher / $p < 0,001$). Observou-se que o avançar da idade contribuiu para que o paciente tenha mais chances de desenvolver o diagnóstico Risco para quedas. Com relação ao estado civil ($x^2= 6,34$; $p=0,011$), os solteiros apresentaram 5,217 (IC 95%= 1,18 – 26,31) vezes mais chances de desenvolverem o diagnóstico mencionado anteriormente do que os casados.

Em relação ao tempo de diagnóstico da doença,

percebeu-se que, quanto mais tempo de diagnóstico tem o paciente, maiores são as chances de desenvolver Risco para quedas. Isto é, os pacientes com diagnóstico acima de 11 anos têm 7,41 vezes mais chances de ter Risco para quedas quando comparados com os de um a cinco anos de diagnóstico, o que vai coincidir com o aumento de idade ou de complicações da doença (IC 95%= 1,54 – 40,43; $\chi^2= 8,68$; $p=0,003$).

Encontrou-se associação do diagnóstico Dor crônica e a variável estado civil (Fisher/ $p=0,027$). Os pacientes solteiros apresentaram 4,222 (IC 95%= 1,13 – 16,26) vezes mais chances de apresentarem Dor crônica do que os casados. Ademais, o referido diagnóstico mostrou associação estatisticamente significativa com a utilização de apenas um medicamento (IC 95% = 1,77 – 24,95; $\chi^2 = 10,97$, $p < 0,001$, OR = 6,50).

Em relação aos diagnósticos de enfermagem Controle ineficaz do regime terapêutico, Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, Constipação, Andar prejudicado, Mobilidade física prejudicada, Conhecimento deficiente, Processos familiares disfuncionais: alcoolismo, Disposição para bem-estar espiritual aumentado e Dentição prejudicada não foi encontrada nenhuma associação estatística significativa com as variáveis pesquisadas.

DISCUSSÃO

Ao discutir os dados, observou-se que o diagnóstico Controle eficaz do regime terapêutico esteve presente em dez pacientes. Nenhum destes pacientes era obeso, mas 80,0% apresentavam sobrepeso. Mesmo assim, resolveu-se classificá-los como pacientes que demonstravam bom controle do regime terapêutico, considerando os seguintes parâmetros: apresentarem valores da pressão arterial dentro do limite de normalidade; referirem ter consciência das complicações que a elevação de peso poderia causar para sua saúde e estarem em controle alimentar. Apresentaram, também, como características definidoras a escolha apropriada de atividades diárias para atingir objetivos de um programa de tratamento e o desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de seqüelas.

A relação de dependência entre este diagnóstico e o número de medicações utilizadas descrita nos resultados, chama a atenção para a necessidade de detecção precoce da doença no paciente, tendo em vista que, quanto mais precocemente avaliado, diagnosticado e tratado, menores serão as chances de uso de mais de uma medicação. Estudos relacionados às características associadas ao não controle da pressão arterial de pacientes hipertensos em tratamento medicamentoso concluíram que os pacientes que tinham a posologia dos medicamentos anti-hipertensivos maior que uma vez ao dia, apresentavam maior taxa de não controle da hipertensão, como também que os principais fatores

intervenientes mais presentes na não-adesão foram: número de doses, quantidade de medicamentos, horários de administração, efeitos colaterais, eficácia das drogas, custo, tratamento prolongado, alterações no esquema terapêutico e descontinuidade do tratamento⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Detectar a presença deste diagnóstico em hipertensos torna-se um dado importante. Para um controle eficaz da hipertensão, o paciente necessita obter informação sobre sua doença, fatores de risco, complicações, medicação e seus possíveis efeitos, entre outros cuidados. Riccio e Silva⁽¹²⁾ afirmam que é básica a necessidade de informação para conscientizar os pacientes hipertensos sobre seguir o tratamento e desenvolver o autocuidado, o que resultaria no aumento da adesão, prevenindo internações no serviço de saúde, inclusive em unidades de terapia intensiva, decorrentes de complicações. A forma como estas informações serão repassadas, pelo profissional, deverá ser individualizada e de acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa, para sua melhor adesão.

O diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual apresentou associação com o sexo masculino e maior predominância na faixa etária entre 51 a 60 anos, seguida da faixa de 39 a 50 anos. No estudo feito por Cunha⁽¹³⁾, este diagnóstico foi identificado com maior frequência na faixa etária de 50 a 59 anos. Entretanto, a autora comenta que não foi possível relacionar tal disfunção com esta faixa etária por existirem relatos de vida sexual ativa em idades mais elevadas. Este fato concorda com nossos dados, tendo em vista que, apesar da maior frequência, não houve indicativo de associação entre estas duas variáveis.

O diagnóstico Risco para quedas foi maior no sexo feminino, na faixa etária acima de 60 anos. Isso se justifica pelo fato de que, com o avançar da idade, as pessoas ficam mais expostas ao risco de quedas e por serem os pacientes, na grande maioria do sexo feminino, apresentando com frequência, problemas osteomusculares, seguidos de perda de massa óssea.

Estudos mostram que as pessoas acima de 60 anos têm maior tendência à instabilidade postural, alterações da marcha, diminuição dos movimentos, alterações na musculatura, enrijecimento articular e diminuição de ossos saudáveis. As alterações sofridas em toda a estrutura corporal favorecem, com frequência, ao aparecimento de quedas⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. A partir desta idade observa-se com maior predisposição para apresentarem alterações osteomusculares, como também alterações metabólicas, incluindo a supressão de estrogênio na menopausa, desequilíbrio da reabsorção de cálcio, a desmineralização constante da massa e da densidade óssea, o que se traduz numa maior porosidade e fragilidade do tecido ósseo⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

Algumas áreas, consideradas domínios na

Taxonomia II, devem receber maior atenção durante a consulta de enfermagem aos pacientes hipertensos. Entre estes domínios destacam-se: promoção da saúde, nutrição, atividade/repouso, percepção/cognição, sexualidade, princípios de vida, segurança/proteção e conforto.

O conhecimento sobre as associações encontradas entre diferentes diagnósticos e as características sociais e clínicas da clientela deve ser utilizado no planejamento e implementação das intervenções de enfermagem. Algumas associações encontradas merecem maior investigação, como por exemplo, a associação entre Padrão de sono perturbado e estado civil; disfunção sexual e sexo, entre outros.

O risco para quedas mostrou-se inespecífico para a alteração da pressão arterial, tendo em vista sua relação direta com a idade. Por outro lado, o diagnóstico Disfunção sexual que apresentou associação com o sexo masculino pode ser influenciado pelo tipo de medicamento utilizado pelo hipertenso. É importante ressaltar que apesar de não haver sido identificada associação com o número de medicamentos, sabe-se que determinados tipos de fármacos específicos para o tratamento da hipertensão podem apresentar como efeito adverso uma alteração na função sexual.

Em relação à prática de enfermagem, evidenciou-se a importância do atendimento ao portador de hipertensão com base na identificação de diagnósticos de enfermagem, por atuarem como instrumentos de direcionamento das ações de enfermagem a esta clientela. De forma idêntica, faz-se necessário o conhecimento de algumas características sociais e clínicas da clientela e de sua associação ou não à presença de determinado diagnóstico.

Outras pesquisas nesta área são necessárias, para que se possa aprofundar o estudo de diagnósticos não contemplados neste estudo ou nesta população específica.

REFERÊNCIAS

1. Silva VM. Caracterização de diagnósticos de enfermagem em crianças com cardiopatia congênita: estudo num hospital especializado em doenças cardiopulmonares. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará - Departamento de Enfermagem; 2005.
2. Cafer CR, Barros ALBL, Lucena AF, Mahl MLS, Michel JLM. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. *Acta Paul Enfermagem*. 2005;18(4):347-53.
3. Alves VM, Moura ZA, Palmeira ILT, Lopes MVO. Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. *Acta Paul Enfermagem*. 2006;19(1):70-5.
4. Pimenta CAM, Cruz DALM. Câncer e dor: alterações nos padrões de resposta humana. *Acta Paul Enfermagem*. 1994;7(1):27-34.
5. Cruz DALM. Dor crônica: categoria diagnóstica ou síndrome? [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998.
6. Silva VM, Lopes MVO, Araújo TL. Asociación entre diagnósticos de enfermería en niños con cardiopatías congénitas. *Enferm Cardiol*. 2004;11(32-33):33-7.
7. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002. Porto Alegre: Artmed; 2002. 288 p.
8. Levin J. Estatística aplicada a ciências humanas. 2a ed. São Paulo: Harbra; 1987.
9. Brasil. Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos - Res. CNS 196/96. *Bioética*. 1996; 4(2 Supl):15-25.
10. Salgado BJL, Monteiro Júnior FC, Rêgo JBB, Salgado BJL, Pereira MM, Brito LGO, Gonçalves ANR. Características associadas ao não controle da pressão arterial de pacientes hipertensos em tratamento medicamentoso. *Rev Hosp Univ UFMA*. 2002;3(1):13-8.
11. Sarquis LMM, Dell'Acqua MCQ, Gallani MCBJ, Moreira RM, Bocchi SCM, Tase TH, Pierin AMG. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Rev Esc Enfermagem USP*. 1998;32(4):335-53.
12. Riccio GMG, Silva RCG. O diagnóstico de enfermagem "déficit de conhecimento" é indicador da presença de má adesão ao tratamento por hipertensão? *Cad Centro Universitário S. Camilo*. 2001;7(1):37-43.
13. Cunha ICKO. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes com hipertensão arterial em acompanhamento ambulatorial. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.
14. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
15. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
16. Araújo LAO, Santana RF, Bachion MM. Mobilidade física prejudicada em idosos: fatores relacionados e características definidoras. *Rev Bras Enfermagem*. 2002; 55(1):19-25.

Tabela 1 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem e seus respectivos domínios e classes, Fortaleza-Ce, Mar/ Jul 2004.

Domínio	Classe	Diagnóstico	n	%	
1- Promoção da Saúde	1- Controle da Saúde	Controle eficaz do regime terapêutico *	10	14,9	
		Controle ineficaz do regime terapêutico *	57	85,1	
		Controle familiar ineficaz do regime terapêutico	6	9,0	
		Comportamento de busca de saúde	2	3,0	
		Manutenção do lar prejudicada	3	4,5	
2-Nutrição	1 - Ingestão	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais *	29	43,3	
		Deglutição prejudicada	1	1,5	
		Risco para nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	1	1,5	
3-Eliminação	1 - Sistema Urinário	Incontinência urinária por pressão	2	3,0	
	2 - Sistema Gastro-Intestinal	Constipação *	19	28,4	
		Risco para constipação	1	1,5	
4 – Atividade / Repouso	1 - Sono Repouso	Padrão de sono perturbado *	20	29,9	
		Andar prejudicado *	12	17,9	
		Mobilidade física prejudicada *	10	14,9	
	2 - Atividade/ Exercícios	Atividade de recreação deficiente	9	13,4	
		Déficit no autocuidado para alimentação	1	1,5	
		Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	3	4,5	
		Déficit no autocuidado para banho/higiene	2	3,0	
	4 -Respostas Cardiovasculares / Pulmonares	Déficit no autocuidado para higiene íntima	1	1,5	
		Intolerância a atividade *	15	22,4	
		Perfusão tissular ineficaz	1	1,5	
5 – Percepção/ Cognição	1 - Sensação/Percepção	Percepção sensorial perturbada	7	10,4	
	2 - Cognição	Conhecimento deficiente *	14	20,9	
6 - Auto-percepção	1 - Autoconceito	Desesperança	4	6,0	
		Impotência	3	4,5	
		Risco para solidão	1	1,5	
	2 - Auto-estima	Baixa auto-estima situacional	4	6,0	
		Baixa auto-estima crônica	3	4,5	
	3 - Imagem Corporal	Imagem corporal perturbada	1	1,5	
	7 - Relacionamento de Papel	1 - Papéis do Cuidador	Tensão devido ao papel de cuidador	3	4,5
2 - Relações Familiares		Processos familiares disfuncionais: alcoolismo *	10	14,9	
		Processos familiares interrompidos	7	10,4	
3 - Desempenho de Papel		Interação social prejudicada	7	10,4	
		Desempenho de papel ineficaz	1	1,5	
8 - Sexualidade	1 - Função Sexual	Disfunção sexual *	24	35,8	
		Padrão de sexualidade ineficaz	7	10,4	
9 – Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse	1 - Resposta de Enfrentamento	Sentimento de pesar disfuncional	6	9,0	
		Ansiedade	5	7,5	
		Enfrentamento familiar comprometido	4	6,0	
		Adaptação prejudicada	4	6,0	
		Tristeza crônica	2	3,0	
		Enfrentamento ineficaz	2	3,0	
		Enfrentamento familiar incapacitado	2	3,0	
Sentimento de pesar antecipado	1	1,5			
10 - Princípios de Vida	1 - Crenças	Disposição para bem-estar espiritual aumentado *	34	50,7	
	2 - Congruência entre Valores/Crenças/Ações	Desobediência	2	3,0	
11– Segurança/ Proteção	1 - Lesão Física	Dentição prejudicada *	66	98,5	
		Risco para quedas *	39	58,2	
		Risco para trauma	1	1,5	
		Risco para aspiração	1	1,5	
		Risco para sufocação	1	1,5	
12 - Conforto	1 - Conforto Físico	Dor crônica *	19	28,4	
		2 - Conforto Social	Isolamento social	1	1,5

*Diagnósticos de Enfermagem acima do percentil 75

Tabela 2 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75 e variáveis sociais e clínicas, Fortaleza-Ce, Mar/Jul 2004.

Variáveis	DE	Controle eficaz do regime terapêutico	Padrão de sono perturbado	Intolerância à atividade	Disfunção sexual	Risco para quedas	Dor crônica
Idade		$\chi^2=1,05$; $p=0,306$;	$\chi^2= 0,60$; $p=0,940$;	$\chi^2=0,46$; $p=0,054$;	$\chi^2= 0,05$; $p=0,212$;	$\chi^2= 6,45$; $p=0,011$; OR = 7,80 IC 95% = 1,17 – 60,77	$\chi^2= 0,18$; $p=0,440$;
Sexo		$\chi^2=0,02$; $p=0,717$;	$\chi^2= 0,28$; $p=0,598$;	$\chi^2= 0,63$; $p=1,000$;	$\chi^2= 6,85$; $p=0,008$; OR= 4,35 IC 95% = 1,22 – 16,03	$\chi^2= 0,09$; $p=0,770$;	$\chi^2= 2,54$ $p=0,111$;
Estado Civil		$\chi^2=0,56$; $p=1,000$;	$\chi^2= 8,86$; $p=0,002$; OR= 6,63 IC 95% = 1,74 – 26,44	$\chi^2= 0,96$; $p=0,328$;	$\chi^2=1,52$; $p=0,217$;	$\chi^2= 6,34$; $p=0,011$; OR= 5,21 IC 95% = 1,18 – 26,31	Fisher/ $p=0,027$; OR= 4,22 IC 95% = 1,13 – 16,26
Escolaridade		$\chi^2=0,38$; $p=0,714$;	$\chi^2=0,24$; $p=0,338$;	Fisher/ $p=0,008$; OR=5,94 IC 95% = 1,38 – 27,12	Fisher/ $p=0,012$; OR= 10,67 IC 95% = 1,27 – 114,72	$\chi^2=0,13$; $p=0,209$;	$\chi^2=0,27$; $p=0,243$;
Religião		$\chi^2=0,11$; $p=0,188$;	$\chi^2=0,256$; $p=0,323$;	$\chi^2=0,53$; $p=1,000$;	$\chi^2=0,02$; $p=0,054$;	$\chi^2=0,96$; $p=0,327$;	$\chi^2=0,45$; $p=0,729$;
Ocupação		$\chi^2=0,43$; $p=0,584$;	$\chi^2=0,49$; $p=0,458$;	$\chi^2=0,42$; $p=0,150$;	$\chi^2=0,07$; $p=0,185$;	$\chi^2=0,45$; $p=0,516$;	$\chi^2=0,43$; $p=0,042$;
Renda		$\chi^2=0,88$; $p=0,094$;	$\chi^2= 1,36$; $p=0,243$;	$\chi^2=0,15$; $p=0,344$;	$\chi^2=0,29$; $p=0,590$;	$\chi^2= 0,01$; $p=0,932$;	$\chi^2=0,07$; $p=0,166$;
Tempo de diagnóstico		$\chi^2=0,29$; $p=0,569$;	$\chi^2=0,10$; $p=0,752$;	Fisher/ $p=0,022$; OR= 10,66 IC 95% = 1,05 – 259,83	$\chi^2=0,28$; $p=0,598$;	$\chi^2= 8,68$; $p=0,003$; OR= 7,41 IC 95% =1,54 – 40,43	$\chi^2=0,14$; $p=0,710$;
N.º de medicamentos		Fisher / $p =$ 0,016; OR=5,24 IC 95% = 1,202 – 22,846	$\chi^2=3,77$; $p=0,052$;	$\chi^2=0,94$; $p=0,333$;	$\chi^2=0,91$; $p=0,341$;	$\chi^2= 3,31$; $p=0,068$;	$\chi^2=10,97$; $p<0,001$; OR=6,5 IC 95% = 1,77 – 24,95
IMC		$\chi^2=0,44$; $p=0,003$;	$\chi^2=0,48$; $p=0,714$;	$\chi^2=1,45??$; $p=0,227$;	$\chi^2=0,60$; $p=0,284$;	$\chi^2=0,17$; $p=0,430$;	$\chi^2=0,18$; $p=0,337$; IC 95% = 0,40 – 104,95