

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO HIPERTENSO ACOMPANHADO NA ATENÇÃO BÁSICA

NURSING CONSULTATION TO THE USER WITH HYPERTENSION IN PRIMARY ATTENTION

CONSULTA DE ENFERMERÍA QUE ACOMPAÑA AL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Gilvan Ferreira Felipe¹, Thereza Maria Magalhães Moreira², Lúcia de Fátima da Silva³, Andressa Suelly Saturnino de Oliveira⁴

Na atenção básica, o cuidado de enfermagem ao usuário hipertenso pode ser prestado durante a consulta de enfermagem. Objetivou-se analisar as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem ao usuário hipertenso na atenção básica. Estudo descritivo, quantitativo, desenvolvido em três Centros de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional IV de Fortaleza-CE, por meio do acompanhamento de 39 consultas e preenchimento de um *check list*. Verificou-se que as consultas abordaram, com maior frequência, a identificação do tratamento prévio da hipertensão (100,0%), a ingestão de substâncias hipertensoras (61,5%), a investigação dos fatores de risco cardiovascular modificáveis (53,8%), a observação da aparência do usuário (100,0%), a verificação da pressão arterial (100,0%) e implementação de cuidados de enfermagem (87,2%), com destaque para a educação em saúde. Apesar disso, concluiu-se que alguns aspectos importantes não estavam sendo abordados durante a consulta, o que pode ocasionar atendimento deficiente aos usuários com hipertensão.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Hipertensão; Centros de Saúde.

In primary care, the nursing care for hypertensive patients can be provided during the nursing consultation. The main aim of this research was to examine the activities developed by nurses during the nursing consultation for hypertensive patients followed in primary care. This descriptive study, developed in three Family Health Centers of the Regional IV Executive Secretary in Fortaleza, through monitoring of 39 consultations and completion of a checklist. It was found out that the consultations approached, more frequently, the identification of previous treatment of hypertension (100.0%), hypertensive drug intake (61.5%), investigation of modifiable cardiovascular risk factors (53.8 %), observation of the appearance of the user (100.0%), blood pressure monitoring (100.0%) and implementation of nursing care (87.2%), with emphasis on health education. Nevertheless, it was concluded that some important aspects are not being approached during the consultation, which can cause poor service to users with hypertension.

Descriptors: Nursing Care; Hypertension; Health Centers.

En la atención primaria, el cuidado de enfermería al paciente hipertenso puede realizarse durante la consulta de enfermería. El objetivo fue analizar las actividades desarrolladas por el enfermero durante esta consulta. Estudio descriptivo, cuantitativo, desarrollado en tres Unidades de Salud Familiar de la Secretaría Ejecutiva Regional IV de Fortaleza-CE, acompañando 39 consultas y completando una lista de verificación (*check list*). Se verificó que las consultas enfocaron, con mayor frecuencia, la identificación del tratamiento previo de la hipertensión (100,0%), la ingestión de sustancias hipertensivas (61,5%), la investigación de factores de riesgo cardiovascular modificables (53,8 %), la observación de la apariencia del usuario (100,0%), la verificación de la presión arterial (100,0%) y la práctica de cuidados de enfermería (87,2%), destacándose la educación en la salud. Sin embargo, se concluyó que algunos aspectos importantes no eran abordados durante la consulta, lo cual puede llevar a una atención deficiente de los pacientes con hipertensión.

Descriptores: Atención de Enfermería; Hipertensión; Centros de Salud.

¹ Enfermeiro. Discente do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista FUNCAP. Brasil. E-mail: gilvanfelipe@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE), do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde, do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública-UECE/Brasil e do Doutorado em Saúde Coletiva (UECE-UFC). Pesquisadora CNPq. E-mail: tmmmoreira@yahoo.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde — UECE/Brasil. E-mail: luthy2008@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Discente do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde (UECE)/Brasil. Bolsista CAPES. E-mail: andressasuely@hotmail.com

Autor correspondente: Gilvan Ferreira Felipe

Rua dos Maias, 210, casa 2 — Bairro Parque Manibura. CEP: 60821-640. Fortaleza — Ceará / Brasil. E-mail: gilvanfelipe@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No cuidado às pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), o enfermeiro desempenha importante papel, principalmente na atenção básica, na qual se verifica um acompanhamento que permite a aproximação com o contexto social do usuário do serviço e a compreensão de suas necessidades, singularidade e história de vida. Nesse nível de atenção, destacam-se as atividades de educação em saúde, em virtude da formação acadêmica do enfermeiro estar voltada, principalmente, às ações de prevenção e promoção da saúde do usuário, família e comunidade.

A prevalência de brasileiros diagnosticados com HAS cresceu de 21,5%, em 2006, para 24,4%, em 2009, de acordo com pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde com 54 mil adultos. Segundo esse estudo, a proporção de pessoas com essa síndrome é maior entre as mulheres (27,2%) que entre os homens (21,2%). Na cidade de Fortaleza — Ceará, a prevalência foi de 20,7%. A maioria dessas pessoas (75,0%) recorre ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na atenção básica, sendo incluídas no Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, que compreende um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das complicações da HAS⁽¹⁾. Essa síndrome requer consideráveis recursos financeiros, o que pode ser verificado por meio do custo anual direto de seu tratamento, que corresponde a 1,4% dos gastos totais do SUS. Constitui um dos tratamentos mais caros, pois o custo para tratar uma pessoa com HAS chega a ser 80,0% superior ao do tratamento de uma pessoa normotensa⁽²⁾.

Por ser uma síndrome multifatorial, que envolve orientações voltadas ao alcance de várias metas, a HAS terá seu tratamento mais efetivo com o apoio de equipe multiprofissional. Essa equipe pode ser constituída por todos os profissionais que possam contribuir com o cuidado aos usuários hipertensos, dentre eles enfermeiros, nutricionistas, médicos, psicólogos, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde, devendo cada membro trabalhar conforme os limites e especificidades de sua formação⁽³⁾.

A importância do papel do enfermeiro no acompanhamento de pessoas com HAS é reconhecida há décadas. Na Estratégia Saúde da Família (ESF), o cuidado de enfermagem individualizado ao usuário com HAS pode ser prestado, principalmente, por meio da consulta de

enfermagem (CE). Sendo assim, questiona-se: quais as ações executadas pelo enfermeiro durante a CE ao usuário com HAS na atenção básica?

A denominação CE foi criada, em 1968, por profissionais que participaram de um curso de planejamento de saúde da Fundação de Ensino Especializado de Saúde Pública (atual Fundação Oswaldo Cruz — FIOCRUZ) no Rio de Janeiro. No Brasil, a difusão da CE se deu em fins de novembro do mesmo ano, no Seminário Nacional sobre o Currículo dos Cursos de Graduação em Enfermagem, realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)⁽⁴⁾.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) apresenta, na Resolução nº 159/1993, a CE como um processo da prática do enfermeiro na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às necessidades de saúde da população. Essa atividade utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar ações de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Compõe-se, mais especificamente, de histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução. Apresenta, ainda, consonância com as demais propostas do SUS, pois se fundamenta nos princípios da universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde⁽⁵⁾. Além disso, aponta-se que a CE deve ser planejada, com estabelecimento de objetivos que, de fato, possam ser alcançados e com delineamento baseado na metodologia científica, fazendo com que a atuação do enfermeiro possa ser visualizada e valorizada por toda a equipe de saúde e pelos usuários do serviço. Para isso, pressupõe-se o desenvolvimento de habilidades de comunicação, observação e utilização de técnicas propedêuticas.

Aponta-se, ainda, a importância da utilização de um referencial teórico-metodológico para fundamentar e guiar a prática de enfermagem durante a CE, no qual estão implicados alguns aspectos, como a visão de mundo do enfermeiro e o seu conhecimento técnico-científico. Aplicada à uma metodologia para o cuidado, a teoria possibilitará ao enfermeiro conhecer e trabalhar com problemas de saúde potenciais e reais, a partir da compreensão das necessidades de saúde identificadas.

Justifica-se a realização da pesquisa por compreender que na ESF a CE se apresenta como valioso instru-

mento para o cuidado de enfermagem, pois possibilita atenção qualificada ao usuário, por meio da escuta e investigação dos problemas de saúde, criação de um plano de cuidados que integre decisões e objetivos do usuário e acompanhamento periódico deste. Acrescentam-se a isso algumas atribuições específicas que são de competência do enfermeiro como integrante da equipe de saúde da atenção básica, como solicitação de exames complementares e prescrição/transcrição de medicamentos, conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e disposições legais da profissão⁽⁶⁾.

A relevância do estudo se pauta na elevada prevalência da HAS na população brasileira e mundial, assim como na importância do papel dos enfermeiros da atenção básica no tratamento dessa síndrome, favorecendo seu controle, a prevenção de complicações associadas, a diminuição da mortalidade e a redução significativa de gastos que incorrem ao SUS.

Nessa perspectiva, o estudo objetivou analisar as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro durante a CE ao usuário hipertenso acompanhado na atenção básica.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, de natureza quantitativa, desenvolvido em três Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) em Fortaleza, por meio do acompanhamento das CE aos usuários hipertensos, incluídos no Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*. Optou-se pela inclusão dos três CSF devido à proximidade destes da instituição de ensino superior à qual estão ligados os pesquisadores, que já desenvolvem estudos nos CSF dessa regional, e por apresentarem equipes completas da ESF em atuação no período de realização da pesquisa.

Os participantes do estudo foram todos os enfermeiros componentes das equipes da ESF dos CSF acessados, sendo que dois desses centros dispunham de quatro equipes e o outro de cinco equipes, cada uma com um enfermeiro, constituindo um total de 13 enfermeiros.

Vale ressaltar que todos os enfermeiros participantes do estudo foram aprovados em concurso público da Prefeitura Municipal de Fortaleza e, em seguida, submetidos a um curso de inserção no SUS, que visava conferir-lhes melhor preparo para assumir as atividades como enfermeiros da ESF. Apreende-se dessa informação

que esses profissionais receberam instruções para atuação nos programas instituídos pelo Ministério da Saúde na atenção básica.

Após a explicação do objetivo do estudo aos enfermeiros, solicitou-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Seguida à anuência destes, a coleta de dados foi realizada, ocorrendo entre os meses de janeiro e março de 2007, por meio da observação de três consultas de cada enfermeiro participante, totalizando 39 consultas, haja vista que o acompanhamento de um número menor de CE de cada enfermeiro poderia acarretar prejuízo ao alcance do objetivo almejado. Além disso, realizou-se o preenchimento de um *check list*, contendo as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro durante a CE, que contempla a investigação de aspectos clínicos e demais práticas assistenciais de enfermagem à pessoa com HAS, descritos em estudo anterior⁽⁷⁾. Os itens da CE ao hipertenso abordados no estudo que embasou a elaboração desse instrumento foram: anamnese (descrição das características sociodemográficas do indivíduo, tempo de diagnóstico da HAS, identificação de tratamento prévio, ingestão de substâncias hipertensoras, histórico familiar, identificação de manifestações clínicas sugestivas de acometimento de órgão-alvo, existência de fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares (DCV), associados ao tabagismo, sobrepeso/obesidade, diabetes, dislipidemia, sedentarismo e estresse); exame físico (observação da aparência do usuário, palpação das carótidas e da tireóide, ausculta cardíaca e pulmonar, palpação do abdome para investigação de massas renais, sopro da aorta ou artérias renais, palpação dos pulsos periféricos e pesquisa de edema, aferição do peso corporal, encaminhamento para exame de fundo de olho e neurológico, quando necessário); resultados de exames observados (exame de urina tipo I, dosagens de creatinina, ácido úrico e potássio séricos, glicemia de jejum, colesterol, além de eletrocardiograma); fases do processo de enfermagem (histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação, evolução/avaliação).

Após a tabulação, os dados foram organizados em tabela e, em seguida, realizou-se análise descritiva com base nas frequências absolutas e percentuais. Os resultados foram discutidos com respaldo na literatura pertinente.

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases da pesquisa, em consonância com o que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O

estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sendo protocolado e aprovado sob o n° 05050457-6/2005.

RESULTADOS

Apresenta-se a seguir o conjunto de resultados obtidos por meio da observação das 39 CE dos profissionais participantes do estudo. Estes resultados englobam as atividades executadas pelos enfermeiros no momento da CE (anamnese, exame físico, observação de resultados de exames e fases do processo de enfermagem), bem como as que deixaram de ser realizadas apesar de sua importância no adequado acompanhamento dos usuários.

Verificou-se que as CE eram conduzidas a partir das queixas apresentadas pelos usuários, realizadas de modo semelhante à consulta médica, o que reflete forte influência do modelo assistencial biomédico. A investigação dos aspectos clínicos foi predominante, com ênfase no seguimento do tratamento farmacológico, na investigação de fatores de risco para doenças cardiovasculares, na observação da aparência do usuário e na verificação da pressão arterial (PA).

Conforme apresentado na Tabela 1, durante a anamnese, em todas as CE houve identificação de tratamento prévio da HAS; em grande parte houve identificação de in-

gestão de substâncias hipertensoras (61,5%), com destaque para o sal; em cerca da metade verificou-se a existência de fatores de risco modificáveis associados (53,8%), porém em apenas 7,7% das consultas foram registradas as características sociodemográficas do usuário.

Quanto ao exame físico, constatou-se que em todas as consultas o enfermeiro observou a aparência do usuário e realizou aferição da PA, e em quase metade dessas (46,6%), o peso corporal foi verificado. Algumas vezes, as aferições de PA e peso foram realizadas pela auxiliar/técnica de enfermagem antes da CE.

Sobre a observação dos resultados de exames laboratoriais, constatou-se que em 20,5% das consultas esses resultados foram analisados. Quanto à solicitação de exames complementares, em 10,2% das consultas, realizadas pelos enfermeiros deste estudo, observou-se tal atividade, porém sem que se procedesse à análise dos resultados dos exames anteriores.

Na grande maioria das consultas (87,2%) houve a implementação de algum cuidado de enfermagem, quer seja pela transcrição medicamentosa, quer pela realização de educação em saúde, atividade esta que se constituiu como a mais frequente observada na fase de implementação (82,0%) do processo de enfermagem. As atividades de educação em saúde se centraram em orientações individuais como estratégia para incentivar

Tabela 1 — Distribuição dos dados abordados durante as CE. Fortaleza, CE, Brasil, 2007 n = 39

Dados Abordados	f	%
Anamnese		
Identificação do tratamento prévio	39	100,0
Ingestão de substâncias hipertensoras	24	61,5
Existência de fatores de risco associados (fumo, obesidade, diabetes, dislipidemia, sedentarismo e estresse)	21	53,8
Sintomas sugestivos de dano em órgão-alvo	08	20,5
História familiar	07	18,0
Tempo de diagnóstico da HAS	05	12,8
Descrição das características sociodemográficas do indivíduo	03	7,7
Exame físico		
Observação da aparência do paciente	39	100,0
Verificação da pressão arterial	39	100,0
Verificação do peso corporal	18	46,6
Observação dos resultados de exames		
Exame de Urina	08	20,5
Exame de sangue — dosagens de creatinina sérica; potássio sérico; glicemia de jejum; ácido úrico e colesterol	08	20,5
Fases do processo de enfermagem		
Histórico	39	100,0
Implementação de cuidados de enfermagem	34	87,2

o seguimento do tratamento não farmacológico da HAS, para adoção de hábitos de vida saudáveis, como abandono do tabagismo, redução/controle de peso e combate ao sedentarismo. Verificou-se associação desta fase do processo de enfermagem com a etapa de anamnese da CE, pois as orientações dadas se referiam aos fatores de risco modificáveis identificados em cada usuário. Em nenhum momento foi observado o estabelecimento de algum tipo de diagnóstico de enfermagem, baseado, ou não, em taxonomias diagnósticas.

DISCUSSÃO

A CE envolve dois momentos distintos e interdependentes — (1) avaliação clínica e das necessidades de cuidados e/ou autocuidado e (2) ações educativas em saúde para o engajamento no autocuidado com vista à promoção da saúde.

Quanto ao primeiro momento da CE, a identificação do tratamento anti-hipertensivo prescrito em todas as consultas observadas denota a preocupação do enfermeiro em dar continuidade ao acompanhamento, seguido da avaliação do que foi prescrito anteriormente. A associação das necessidades reportadas pelo usuário com o tratamento proposto pelo profissional anterior (médico ou enfermeiro) permite o planejamento, junto ao usuário, de novas estratégias (caso seja necessário) para o alcance dos resultados esperados ao controle da HAS.

Na investigação do enfermeiro quanto à ingestão de substâncias hipertensoras, o destaque foi dado quanto ao consumo de sal de cozinha pelos usuários em virtude da conhecida relação entre o sódio e a PA. A ênfase na investigação quanto ao consumo do sal se justifica pela forte evidência de seu impacto acentuado na PA em comparação com outros componentes da alimentação, como gordura saturada. A redução de 9-12g/dia de sal de cozinha para a quantidade recomendada (5-6g/dia) apresenta efeitos comprovados à saúde, como redução das cifras pressóricas, da retenção de água no organismo, de doenças cerebrovasculares, da massa do ventrículo esquerdo em pessoas com HAS primária, da obesidade e de risco de desenvolvimento de doenças renais. A atenção quanto a esse aspecto se justifica, ainda, pelo fato de cerca de 80,0% do sódio ingerido ser encontrado em alimentos industrializados que, atualmente, são consumidos com bastante frequência⁽⁸⁾.

A análise dos dados evidenciou, ainda, que alguns aspectos do primeiro momento da CE, tidos como essenciais para o acompanhamento adequado dos usuários com diagnóstico de HAS, não foram contemplados ou os foram de forma parcial. Nas investigações feitas durante a anamnese, com o intuito de obter informações básicas para o tratamento da HAS, muitas das consultas não abordaram a descrição das características sociodemográficas e dos fatores de risco, que apresentam uma influência preponderante na ocorrência de DCV⁽⁹⁻¹⁰⁾. Sobre esse resultado, alguns autores apontam a necessidade de incluir a investigação do perfil sociodemográfico e econômico no planejamento das ações de saúde, devido à conhecida relação entre desigualdade socioeconômica e situação de saúde da população. Essas diferenças desempenham importante papel nas condições de saúde em decorrência de vários fatores, tais como acesso ao sistema de saúde, grau de informação, compreensão do problema e adesão ao tratamento⁽¹¹⁻¹²⁾.

Ao analisar essas características, os profissionais de saúde se permitem conhecer o contexto em que vive cada usuário que atende no CSF, além de buscar estratégias de abordagem das questões de saúde e as intervenções de forma compreensível, de acordo com a necessidade de cada usuário⁽¹³⁾.

A importância de investigar as características sociodemográficas durante a CE pode ser visualizada de forma a conhecer aspectos do processo saúde-doença do usuário. A literatura mostra, ainda, que a natureza social da HAS não se verifica no caso clínico e que o processo saúde-doença é socialmente determinado, o que implica em reconhecer quais são as formas de produzir e consumir de uma sociedade. As particularidades dos grupos sociais na maneira como trabalham e vivem caracterizam a forma como adoecem. Diante disso, os usuários não podem ser considerados somente por parâmetros biológicos universais. As necessidades de saúde individuais também precisam ser conhecidas para que sejam incorporadas aos processos terapêuticos. Durante a CE, o enfermeiro deve buscar compreender como a vivência dos processos de adoecimento/fortalecimento é influenciada pela inserção social (formas de vida, trabalho e saúde) e pela subjetividade (percepções, crenças e valores) dos grupos sociais. Buscar compreender as reais necessidades de saúde da população, bem como os perfis de (re)produção social, auxilia a compreender como se dá essa inserção social, que carrega consigo distintas

condições de vida, potencialidades de saúde e sobrevivência dos sujeitos⁽¹⁴⁾.

Quanto ao exame físico, por fazer parte da CE, deve ser realizado com a propedêutica adequada que pode ser aperfeiçoada com a prática clínica do enfermeiro. Nessa etapa da CE, a observação da aparência do usuário e a verificação da PA foram as atividades contempladas com maior frequência. Isso porque na realização do exame físico, a avaliação clínica se inicia com a observação do estado geral do usuário. Quanto à aferição da PA, a execução desta atividade pelo enfermeiro é amplamente reconhecida por se tratar de um procedimento fundamental na avaliação semiológica do aparelho cardiovascular, que permite guiar condutas terapêuticas e, principalmente, acompanhar a eficácia do tratamento anti-hipertensivo⁽¹⁵⁾.

No entanto, a observação das CE evidenciou que algumas técnicas propedêuticas, como a palpação e a ausculta, não foram realizadas, o que pode gerar consequências negativas ao acompanhamento dos usuários com HAS, pois alguns aspectos clínicos podem não ser percebidos, repercutindo no agravamento da síndrome pela falta de atenção qualificada do enfermeiro. Resultado semelhante foi obtido em outro estudo realizado em Fortaleza, ao indicar que o exame físico de enfermagem ao usuário com HAS abordava quase que exclusivamente a verificação da PA e do peso, deixando de lado partes importantes do exame como a ausculta cardiopulmonar. Essa desabilidade do enfermeiro pode estar relacionada à deficiência de conhecimento teórico-prático de semiótica, dificuldade de delimitação da extensão e profundidade do exame físico de enfermagem e falta de programas de educação permanente, com avaliação da competência e propostas de atendimento às dificuldades encontradas durante a realização da CE⁽¹⁶⁾.

Sobre a grande quantidade de consultas em que os enfermeiros não analisaram os resultados de exames solicitados em consultas anteriores, verificou-se que esse dado corrobora o resultado encontrado em estudo sobre as práticas do enfermeiro no controle da HAS na atenção básica de Sobral — Ceará, que traz que 94,0% dos enfermeiros afirmavam solicitar e avaliar exames complementares no momento da consulta, contudo, durante a observação destas, a porcentagem diminuiu para 8,0%⁽¹⁷⁾. Destaca-se que nas consultas observadas durante a coleta de dados do presente estudo, esses exames

poderiam ser facilmente acessados de maneira *online* pelo computador disponível na sala do enfermeiro de cada um dos CSF. O Ministério da Saúde, por meio do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*⁽¹⁸⁾, salienta a importância da oferta de exames complementares para o acompanhamento de hipertensos, com a finalidade de identificar alterações metabólicas e lesões em órgão-alvo.

No segundo momento da CE abordam-se as ações educativas em saúde, que são direcionadas pelas informações coletadas no primeiro momento e que compuseram o histórico de enfermagem, cuja abordagem foi verificada em todas as CE. Quanto à implementação dos cuidados de enfermagem, que ocorreram na quase totalidade das consultas, centrou-se na educação em saúde, que se apresenta como importante estratégia para estimular o engajamento da pessoa com HAS no autocuidado e, por conseguinte, melhorar a adesão ao tratamento proposto. Por meio de reflexão crítica, o enfermeiro pode relacionar a teoria ao contexto da prática e, assim, propor momentos de diálogo com o usuário em que fiquem evidentes as necessidades de autocuidado, bem como as potencialidades do sujeito.

Compreende-se a educação em saúde como um dos principais elementos da promoção da saúde, pois possibilita o reconhecimento do usuário como sujeito, que possui um saber sobre seu processo saúde-doença-cuidado e, portanto, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com os profissionais de saúde, analisar criticamente o contexto em que está inserido e aperfeiçoar suas estratégias de enfrentamento⁽¹⁴⁾. Contudo, a implementação do cuidado de enfermagem por meio da educação em saúde, neste estudo, foi centrada em orientações individuais, o que denota uma prática incipiente quanto às estratégias de cuidado coletivas, como a realização de grupos de educação em saúde, que possibilitam o surgimento de novos conhecimentos a partir da socialização das experiências de cada um, acrescidos dos conhecimentos dos facilitadores, além de possibilitar mudança de comportamento para o exercício da cidadania⁽¹⁹⁾. Isso porque apenas as orientações individuais não são suficientes para a modificação do comportamento frente à HAS. É necessário motivação para seguir o tratamento mais efetivamente e para a adoção de estilo de vida saudável.

Destaca-se, ainda, que outros aspectos poderiam ser incluídos na CE para haver adequado acompaña-

mento do usuário, como a investigação da situação econômica, as atividades que o indivíduo executa, sentimentos sobre a doença, crenças de saúde, experiência anterior com a doença no meio em que vive, percepção da seriedade do problema, complexidade do tratamento, atividades decorrentes do sistema de saúde vigente, efeitos colaterais dos medicamentos, percepção social do problema e relacionamento com os membros da equipe de saúde⁽²⁰⁾.

Adota-se como referência a CE que contempla no segundo momento, sistematicamente, a realização de um histórico, com enfoque mais amplo que a anamnese médica; a elaboração de diagnósticos de enfermagem, baseados (ou não) em taxonomias consagradas ou a denominação de necessidades de atendimento e, finalmente, o plano assistencial. A realização da CE inclui técnicas, normas e procedimentos que orientam e controlam a realização das ações destinadas à obtenção, análise e interpretação de informações acerca das condições de saúde da clientela, bem como as decisões quanto à orientação e outras medidas que possam influenciar na adoção de práticas favoráveis à saúde⁽¹⁶⁾.

Designar por CE atividades executadas pelo enfermeiro em um momento de encontro com o usuário do serviço sem clara sistematização das ações e fundamentação científica contribui com a desvalorização do papel desse profissional no acompanhamento da pessoa com HAS, pois os objetivos da consulta não ficam claros e acaba por ser compreendida como uma fase preliminar à consulta médica ou mesmo complementar a esta⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÕES

A análise das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro durante a CE ao usuário hipertenso na atenção básica permitiu constatar que houve ênfase na identificação do tratamento prévio da HAS, ingestão de substâncias hipertensoras pelo usuário e da investigação dos fatores de risco modificáveis para DCV, bem como da observação da aparência do usuário e da aferição da PA. Quanto às fases do processo de enfermagem, observou-se que as etapas contempladas foram o histórico e a implementação de cuidados centrados na educação em saúde para o engajamento no autocuidado, o que foi percebido, principalmente, por meio de orientações individuais.

Quanto aos aspectos que não foram contemplados ou que o foram de forma parcial, na anamnese houve

deficiência na investigação de DCV no histórico familiar, bem como na descrição das características sociodemográficas do usuário. No exame físico não foram contempladas a ausculta e a palpação no método propedêutico, o que pode gerar consequências negativas para o acompanhamento da pessoa com HAS, pois alguns aspectos clínicos podem não ser percebidos. Quanto à observação dos resultados dos exames laboratoriais solicitados em consulta anterior, verificou-se que em poucas CE investigou-se esse aspecto.

Por se tratar de um estudo realizado por meio da observação das CE, não foi investigado junto aos enfermeiros o motivo da não realização dessas atividades ou de sua implementação parcial, o que se constitui um dos limites desta pesquisa.

É vasta a literatura que traz orientações sobre os principais aspectos que devem ser abordados na CE à pessoa com HAS, contudo, nota-se a necessidade de atenção a outros aspectos que permitam descobrir a percepção do usuário sobre a doença, seu contexto familiar e social e o relacionamento com a equipe de saúde.

As discussões sobre os resultados encontrados no presente estudo não têm a finalidade de criticar as ações desenvolvidas na ocasião da CE, mas de apresentar aspectos que foram contemplados, bem como os que necessitam ser aprimorados para garantir o acompanhamento qualificado de usuários hipertensos na atenção básica. Pretende-se, ainda, motivar a busca pela fundamentação científica para sistematizar as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, para que o termo CE possa denominar ações que realmente foram planejadas e executadas com base no método científico.

Acredita-se que há, ainda, muito a se pesquisar acerca da temática em questão. Espera-se contribuir um pouco mais para as discussões acerca do assunto e para o desenvolvimento do saber existente sobre CE ao usuário hipertenso. Aponta-se, também, a necessidade de publicações que apresentem como resultado o sucesso obtido pelos enfermeiros ao implementar as propostas deste e de outros estudos.

AGRADECIMENTO

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Dib MW, Riera R, Ferraz MB. Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 27(2):125-31.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Rev Bras Hipertens*. 2010;17(1):7-59.
4. Santos ZMSA, Silva RM. Consulta de enfermagem. In: Santos ZMSA, Silva RM. *Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado*. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2002. p.39-42.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução No 159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. [Internet] [Acessado 2010 Set 10]; [cerca de 2p.]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>
6. Ministério da Saúde (BR). Departamento de atenção básica. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
7. Lucena AF, Echer IC, Lautert L. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e assistenciais. *Rev Gaúcha Enferm*. 1996; 17(1):12-8.
8. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *J Hum Hypertens*. 2009; 23:363-84.
9. Oliveira CJ, Moreira TMM. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Rev Rene*. 2010;11(1):76-85.
10. Wetzal Júnior W, Silveira MPT. Hipertensão arterial: um problema de todos. *Rev Nursing*. 2005; 8(81):70-5.
11. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA et al. Prevalência e fatores sócio-demográficos em hipertensos de São José do Rio Preto — SP. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91(1):31-5.
12. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83(5):424-8.
13. Veras RFS, Oliveira JS. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Rene*. 2009; 10(3):132-8.
14. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(2):233-8.
15. Colares LG, Bernardino LM, Barbosa JPA, França LB, Medeiros MF, Lima MAF et al. Estudo comparativo da pressão arterial sistêmica aferida por três métodos distintos não-invasivos. *Rev Med Minas Gerais*. 2009; 19(3):214-9.
16. Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003; 11(2):207-14.
17. Ximenes Neto FR, Melo JR. Controle da hipertensão arterial na atenção primária em saúde — uma análise das práticas do enfermeiro. *Enfermería Global*. 2005; s/n(6):1-16.
18. Ministério da Saúde (BR). Departamento de ações programáticas estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
19. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto contexto — enferm*. 2005; 14(3):332-40.
20. Moreira TMM, Araújo TL. Sistema interpessoal de Imogene King: as relações entre pacientes com hipertensão não-aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2002;15(3):35-43.

Recebido: 23/09/2010

Aceito: 07/02/2011