

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

FRANCISCA BERTILIA CHAVES COSTA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IDENTIFICADAS EM CONSULTAS
A PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: estudo em um centro de
referência em Fortaleza - CE

FORTALEZA

2006

FRANCISCA BERTILIA CHAVES COSTA

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IDENTIFICADAS EM CONSULTAS A
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: estudo em um centro de referência
em Fortaleza - CE**

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

Área de Concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo

FORTALEZA

2006

C872i

Costa, Francisca Bertilia Chaves.

Intervenções de enfermagem identificadas em consultas a portadores de hipertensão arterial: estudo em um centro de referência de Fortaleza – CE / Francisca Bertilia Chaves Costa. - Fortaleza, 2006.

89p.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Hipertensão I. Araújo, Thelma Leite de (orient.) II. Título.

CDD 610.734

FRANCISCA BERTILIA CHAVES COSTA

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IDENTIFICADAS EM CONSULTAS A
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: estudo em um centro de referência
em Fortaleza – CE**

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

Aprovada em: 22 de dezembro de 2006

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Thelma Leite de Araujo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profª. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Profª. Dra. Lúcia de Fátima da Silva
Universidade Estadual do Ceará - UECE

SENHOR...

*Sua presença constante na busca dos meus ideais tornou
minha árdua trajetória leve e suave a caminhada...*

*Assim, agradeço o privilégio de poder contar sempre
contigo...*

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo,

Não apenas pela firme e segura orientação demonstrada, mas também pelo incentivo e ensinamentos durante esses anos de pesquisas.

Ao Márcio de Moraes,

Pelo seu amor e dedicação.
Pela amizade e companheirismo que encontrei em você.
Pela cumplicidade e apoio nas horas de tristezas e alegrias.

À Alice Chaves,

Exemplo de amor à família, trabalho e responsabilidade constantemente a mim dedicada. E, também, pelo constante “siga em frente”. Pela sua sabedoria e serenidade, a quem devo minha formação.

Ao Laete Costa,

“Naquela mesa ele sentava sempre
E me dizia sempre o que é viver melhor...
Naquela mesa ele contava histórias
Que hoje na memória eu guardo e sei de cor...
Naquela mesa ele sentava sempre
E contava contente o que fez pela manhã
E nos seus olhos era tanto brilho
Que mais que seu filho
Eu fiquei seu fã...”

A todos,

Pelo auxílio, de alguma forma, na realização deste trabalho e durante minha vida como profissional de enfermagem.



“Se não houver frutos, valeu a beleza das flores; se não houver flores, valeu a sombra das folhas; se não houver folhas, valeu a intenção da semente”.



“Às vezes tudo é tão sem sentido e parece-me tão descolorido. Nesses instantes, de preto e branco é que preciso fazer florescer as minhas flores e mesmo sabendo que na vida encontro espinhos, sempre vale a pena plantar boas sementes...”

(Henfil)

RESUMO

A atuação da enfermeira nas consultas a portadores de hipertensão arterial, realizando ações específicas e intervenções sistematizadas, tem crescente importância porque, não raro, o cliente carece de intervenções que fogem da competência de um só profissional. Teve-se como objetivo identificar intervenções de enfermagem documentadas em prontuários de portadores de hipertensão arterial atendidos em um serviço de referência; detectar a frequência do registro das intervenções; analisar, com base no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (Brasil, 2001) e nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), as intervenções com frequência igual ou superior a cinco vezes nos registros; e mapear as intervenções encontradas, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1. Foi realizado na cidade de Fortaleza, em uma unidade de saúde de referência em hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, para o Ceará. Universo constituído por 3.606 prontuários cadastrados de julho de 2003 a julho de 2005, no total de 704 prontuários com registro do diagnóstico de hipertensão arterial. Entre esses, 175 prontuários atenderam aos critérios de inclusão: ser prontuário de paciente portador do diagnóstico de hipertensão arterial primária ou essencial, sem outras morbidades, como neoplasias, doenças hematológicas, neuro-psiquiátricas, ósseas, metabólicas e renais; estar cadastrado, e em vigência desde julho de 2003; independente de sexo e idade e ter registro de, pelo menos, uma consulta de enfermagem. Os dados foram coletados nos prontuários pela análise dos registros das consultas de enfermagem realizadas de dezembro de 2005 a fevereiro de 2006. Utilizou-se um formulário que tinha como eixo as questões necessárias para atingir os objetivos propostos. Nos 175 prontuários, houve registro de 259 consultas de enfermagem (média: 1,48). Em todas havia registros de intervenções, no total de 10 ações de enfermagem e 972 registros de intervenções, com uma média de 3,7 intervenções por consulta. As ações presentes foram: verificar (819), orientar (71), encaminhar (65), ensinar (7), manter (5), estimular (1), conscientizar (1), evitar (1), vigiar (1) e solicitar (1). Na ação de verificar destacaram-se intervenções que ocorreram com uma frequência igual ou superior a cinco vezes: pressão arterial (257), peso (217), glicemia (212), altura (86); seguindo-se pelas intervenções referentes a encaminhar: cardiologista (18), odontologista (12), nutricionista (10), oftalmologista (8) e nefrologista (7), e orientar: para diminuir peso (9), dieta (8), orientações (5); manter: cuidados (5). Observou-se que a intervenção mais registrada foi verificação da pressão arterial (257), no entanto, mesmo essa sendo caracterizada como uma ação específica e imprescindível na consulta de enfermagem ao portador de hipertensão arterial, não se fez presente em todas as consultas. Esse fato parece indicar a ocorrência de sub-registros pelos enfermeiros, o que representa prejuízo para a avaliação sistemática do cliente e acompanhamento da eficácia de sua terapêutica. Conforme se conclui, a análise de registros de consultas de enfermagem possibilitou identificar intervenções e ações de enfermagem paralelas com as intervenções relacionadas na CIPE 1. No entanto, sub-registros podem estar ocorrendo, fazendo com que o quantitativo de intervenções seja inferior ao que poderia se esperar em face da especificidade das consultas analisadas.

Palavras - chaves: Enfermagem. Hipertensão.

ABSTRACT

The performance of the nurse in the consultations to carriers of hypertension, carrying through specific actions and systemize interventions, has increasing importance because, not rare, the customer lacks of interventions that run away from the ability of one alone professional. It was had as objective to identify registered interventions of nursing in handbooks of taken care of carriers of hypertension in a reference service; to detect the frequency of the register of the interventions; to analyze, on the basis of the Plan of Reorganization of the attention to the Hypertension and Diabetes Mellitus (2001) and in the Brazilian Lines of direction of Hypertension (2006), the interventions with a frequency equal or bigger the five times in the registers; e to mapear the found interventions, according to International Classification for Nursing Prattice, version 1.0. It was carried through in the city of Fortaleza, in a unit of health of reference in hypertension and diabetes mellitus, for the state Ceará. Universe consisting of 3.606 registered in cadastre handbooks of July of 2003 the July of 2005, in a total of 704 handbooks with register of the diagnosis of hypertension. Amongst these, 175 handbooks had taken care of to the inclusion criteria: to be handbook of carrying patient of the diagnosis of arterial or primary hypertension, without other disease, as neoplasias, hematology, neuro-psychiatric, bones, metabolic and renals illnesses; to be registered in cadastre, and in validity since July of 2003; independent of sex and age and, to have register of, at least, a nursing consultation. The data had been collected in handbooks for the analysis of the registers of the carried through consultations of nursing of December of 2005 the February of 2006. A form was used that had as axle the questions necessary to reach the considered objectives. In 175 handbooks, it had register of 259 consultations of nursing (average: 1,48). In all had registers of interventions, in a total of 10 actions of nursing and 972 registers of interventions, with a average of 3,7 interventions for consultation. The actions presented had been: to verify (819), to guide (71), to direct (65), to teach (7), to keep (5), to stimulate (1), to acquire knowledge (1), to prevent (1), to request (1) and to watch (1). In the action to verify interventions had been distinguished that had occurred with a frequency equal or bigger the five times: blood pressure (257), weight (217), glicemy (212), height (86); following itself for the referring interventions to direct: cardiologist (18), dentist (12), nutrition (10), ophthalmologist (8) and nephrologist (7) and to guide: to diminish weight (9), diet (8), orientation (5); to keep: cares (5). It was observed that the registered intervention more registered was verification of the arterial pressure (257), however it being characterized as a specific action and essential in the consultation of nursing to the carrier of hypertension, it was not presented in all consultations. This fact seems to indicate, the occurrence of sub-registers for the nurses, what it represents damage for the systematic evaluation of the customer and accompaniment of the effectiveness of its therapeutical one. One concludes that the analysis of registers of nursing consultations made possible to identify to interventions and action of nursing parallel with the interventions related in ICNP 1. However, sub-registers can be occurring, making with that the quantitative one of interventions is inferior to that face to the specific of the analyzed consultations could expect.

Key words: Nursing. Hypertension.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS.....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1 A consulta de enfermagem ao portador de hipertensão arterial: uma intervenção sistematizada.....	21
3.2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 1 (CIPE 1)	27
3.3 Registro de enfermagem.....	36
4 PERCURSO METODOLÓGICO	40
4.1 Material e métodos	40
4.1.1 Tipo e natureza do estudo.....	40
4.1.2 Local e período do estudo	40
4.1.3 Universo e população do estudo	42
4.1.4 Procedimento para a coleta de dados e período da coleta	42
4.1.5 Organização e análise dos dados	43
4.1.6 Aspectos administrativos e éticos do estudo.....	46
4.1.7 Recursos para o desenvolvimento do projeto	46
5 RESULTADOS.....	47
5.1 Termos da linha central ação identificados nas intervenções registradas nas consultas de enfermagem	47
5.2 Intervenções de enfermagem identificadas nos registros das consultas de enfermagem	48
5.3 Mapeamento das intervenções de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 1 (CIPE 1)	54
6 DISCUSSÃO.....	60
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES.....	86

1 INTRODUÇÃO

Dentro de uma abordagem multiprofissional, a atuação do enfermeiro junto a portadores de hipertensão arterial vem mostrando sua crescente importância, sobretudo ao se perceber a necessidade dessa forma de atuação, até por que, não raro, o cliente carece de intervenções que fogem da competência de um só profissional (MACIEL, 2000).

No Ceará, essa abordagem tornou-se mais presente a partir da implantação em 1994 do Programa Saúde da Família (PSF). Atualmente, os portadores de hipertensão arterial (HA) e diabetes *mellitus* (DM) são acompanhados por estratégias específicas, como o Programa de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), já expandido até para municípios mais distantes da capital do estado, inserido dentro da Estratégia Saúde da Família. Nessa modalidade de assistência, essa clientela é acompanhada por uma equipe, na qual a enfermagem tem uma atuação educadora voltada principalmente para impedir o surgimento de complicações agudas e crônicas.

Dentro dessa equipe, de acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), a enfermagem desempenha ações específicas como a realização da consulta de enfermagem (CE); o acompanhamento do tratamento dos clientes portadores de hipertensão; o encaminhamento ao médico pelo menos duas vezes ao ano e com maior frequência nos casos em que a pressão não estiver devidamente controlada ou na presença de outras intercorrências; a administração do serviço e a delegação e supervisão das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem.

Essas competências são atendidas em virtude da existência de uma fundamentação teórica que fornece ao profissional uma metodologia para assistir qualquer clientela, com etapas paralelas às que compõem o Processo de Enfermagem. Ou seja, ela supõe a entrevista para a coleta de dados, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição de enfermagem, a implementação de cuidados e avaliação.

Conforme Santos e Silva (2002), a partir de sua atuação o enfermeiro cumpre importante papel no engajamento do cliente portador de hipertensão arterial no autocuidado, a fim de manter seus níveis tensionais controlados.

De acordo com o Comitê de Consulta de Enfermagem (1979), a consulta de enfermagem é uma tarefa diretamente prestada ao cliente por meio da qual são primeiramente identificados problemas de saúde-doença, para logo em seguida serem prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam na promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do cliente. Portanto, na consulta, para serem identificados esses problemas é indispensável a realização de entrevista, exame físico e estabelecimento de diagnóstico de enfermagem. Nesse contexto ocorrem a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas identificados (MACIEL; ARAUJO, 2003).

Como uma atividade-fim e privativa do enfermeiro, a consulta de enfermagem contou com crescente espaço conquistado por este profissional no exercício de suas funções, acrescido do aprimoramento técnico-científico da profissão. Fez-se necessária, a partir desse contexto, a busca de um respaldo legal para as ações de enfermagem. Conseqüentemente, a consulta de enfermagem tornou-se privativa do enfermeiro pela promulgação da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, com a regulamentação do exercício de enfermagem pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1986; COREN, 1995). Esta é, pois uma atividade implícita nas funções do enfermeiro que, usando de sua autonomia profissional, assume a responsabilidade quanto à ação de enfermagem a ser determinada diante dos problemas detectados.

Segundo Vanzin e Nery (1996), a consulta de enfermagem originou-se da atuação do enfermeiro junto ao cliente, na relação de ajuda, nos centros de saúde e em domicílio, objetivando ações educativas, reconhecidas como importantes pela população.

Dessa forma, a consulta de enfermagem constitui um espaço no qual se dá o processo educativo com a finalidade de mudar hábitos prejudiciais à saúde da clientela portadora de hipertensão arterial. É com base nas orientações de enfermagem, por meio de uma intervenção sistematizada, que há possibilidade da transformação dessa clientela em agente de autocuidado e multiplicadora das ações de cuidado na família e na comunidade (SANTOS; SILVA, 2002).

O desenvolvimento da consulta de enfermagem requer do profissional a aquisição de habilidades e conhecimentos, além de demandar estudos que possibilitem o encontro de soluções para os problemas detectados. Nesse intuito, o levantamento de dados deve ser o momento em que se estabelece o perfil de saúde e doença do cliente, enquanto a análise dos

dados obtidos leva à identificação dos diagnósticos de enfermagem, para os quais serão desenvolvidas as intervenções e posteriores avaliações dos resultados de enfermagem alcançados (BARROS; VAZ; GERK, 2004).

Quanto às fases da metodologia da Consulta de Enfermagem, esta ocorre de modo variável, segundo o marco teórico que a fundamenta. Vanzin e Nery (1996) mencionam quatro fases ou componentes distribuídos na seguinte forma:

1ª. Histórico de enfermagem: consiste da coleta e da análise sistemática e ordenada de dados sobre o estado de saúde do cliente com a finalidade de formular o diagnóstico de enfermagem. Nesse primeiro momento, encontra-se o levantamento de problemas, realizado mediante a análise de registros preexistentes e por informações colhidas junto ao cliente, pela observação sistematizada – realização de exame físico geral e/ou especializado;

2ª. Diagnóstico de enfermagem: constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem, a partir da interpretação dos dados evidenciados pelo histórico de enfermagem, para que se chegue aos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. Nesse componente da consulta são identificados os problemas e avaliadas as necessidades de saúde possíveis de serem atendidas pelo enfermeiro;

3ª. Planejamento terapêutico de enfermagem – plano assistencial/prescrição: baseia-se no levantamento de dados e identificação dos problemas, com vistas a planejar, implementar e avaliar o cuidado prestado. Pode ser descrito como a determinação do que pode ser feito para ajudar o cliente. Envolve o estabelecimento mútuo de metas e objetivos, o julgamento de prioridades e o desenvolvimento de métodos para a solução de problemas reais ou potenciais;

4ª. Avaliação: pode ser definida como a estimativa das modificações comportamentais do cliente resultantes da ação do enfermeiro. É importante ressaltar, ainda, que a avaliação é um processo contínuo, e o diagnóstico, assim como o plano assistencial devem ser modificados conforme indicação da mudança das respostas do cliente ao seu estado de saúde.

Na tentativa de definir em que consistiria a fase de identificação dos diagnósticos de enfermagem, assim como organizar uma linguagem comum, enfermeiros começaram a desenvolver taxonomias. Entre elas, a mais conhecida no nosso meio é a proposta da North

American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Além dessa, existem outras, como a Classificação das Respostas Humanas de Interesse para a Prática de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), entre outras (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Muitos estudos foram realizados voltados para a utilização dos sistemas de classificação. Alguns sobressaem, como os de Cruz (1993). Ao mostrar que o uso de taxonomias junto a portadores de hipertensão arterial não é tão recente, a autora caracterizou os diagnósticos de enfermagem nessa clientela, utilizando, como referencial, a taxonomia I da NANDA. Outra contribuição é a de Carvalho (2003), ao elaborar os diagnósticos de enfermagem com uso da Taxonomia I da NANDA, de clientes de um Hospital Universitário em São Luís – MA. A autora os avaliou durante o período perioperatório da cirurgia cardíaca valvar, estabelecendo como objetivos: identificar as características definidoras e os fatores relacionados dos diagnósticos elaborados, assim como descrever os diagnósticos significantes para identificar as necessidades básicas alteradas no período perioperatório. Outro estudo que também utilizou a taxonomia da NANDA, desta vez a Taxonomia II, foi desenvolvido por Vasconcelos (2005). Nesse estudo, a autora investiga os diagnósticos de enfermagem presentes em clientes com hipertensão arterial atendidos em uma unidade básica de saúde da família, em Fortaleza – Ceará.

Conforme se nota, embora a taxonomia da NANDA seja a mais divulgada e utilizada, não conseguiu unificar a linguagem da enfermagem. Diante disso, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) formulou o Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). O sistema é um instrumento de informação para descrever a prática da profissão e, conseqüentemente, prover dados que identifiquem a contribuição da enfermagem no cuidado da saúde e, ao mesmo tempo, assegurem a qualidade ou promovam mudanças na prática de enfermagem por meio da educação, administração e pesquisa.

De acordo com International Council of Nurses (ICN) em 1996, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem tem como objetivos estabelecer uma linguagem comum, de forma a aumentar a comunicação entre a enfermagem, descrever os cuidados prestados às pessoas nos vários contextos da prática, além de possibilitar a comparação dos dados de enfermagem obtidos nos diversos contextos clínicos, população de clientes, áreas geográficas ou tempo.

Em 1996, publicou-se o primeiro produto, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão Alfa, contendo a organização de três pirâmides de conceitos: uma que descreve os fenômenos de enfermagem, como os problemas/diagnósticos de enfermagem; outra que descreve as intervenções de enfermagem, complementar à classificação de procedimentos médicos e cirúrgicos; e uma terceira pirâmide, que descreve os resultados clínicos do trabalho da enfermagem (ICN, 1996). Na evolução foi construída a versão Beta, em julho de 1999, e em janeiro de 2002, a versão Beta 2, ampliada e revisada (GARCIA; NÓBREGA, 2004). Atualmente, desde maio de 2005, encontra-se em circulação a versão 1.

Ao se analisar os estudos referentes à CIPE no Brasil, pode-se citar o de França (2000), que trabalhou com a identificação de diagnósticos de enfermagem em clientes com hanseníase. Essa autora utilizou a CIPE – versão Beta para identificar os diagnósticos de enfermagem da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem na rede pública da cidade de João Pessoa – PB. Outro estudo de referência foi realizado por Barros, Vaz e Gerck (2004), que investigaram as intervenções de enfermagem propostas para gestantes portadoras do HIV e as classificaram segundo o tipo de ação (eixo A) da CIPE – versão Beta 2.

Outros estudos que utilizaram a CIPE foram realizados por Palmeira (2005), Martinho (2005) e Camiá (2005). A primeira autora analisou os fenômenos de enfermagem, definidos na CIPE – versão Alfa, presentes em mulheres acompanhadas no serviço de ginecologia, e o segundo, propôs um guia de conduta subsidiado na CIPE – versão Alfa para as ações clínicas dos enfermeiros em consulta pré-natal com base na ocorrência de fenômenos de enfermagem na dimensão fisiológica. O estudo de Camiá (2005) procurou trabalhar, além dos fenômenos, também as ações de enfermagem identificadas em consultas de planejamento familiar, relacionadas à CIPE – versão Beta 2.

Como se pode constatar, são poucos ainda, na literatura, os estudos nos quais se adotam a CIPE – versão Beta 2 e a consulta de enfermagem, mais especificamente relacionados às intervenções de enfermagem. Esse fato é mais evidente quando se observa tal assunto na área da hipertensão arterial. Vale ainda ressaltar que nenhum estudo foi encontrado enfocando a versão 1 da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem.

Assim, o interesse pelo estudo surgiu a partir da união da participação da autora, desde março de 1999, no Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão “Ações Integradas em Saúde

Cardiovascular”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e desenvolvido no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Derivou-se, também, da experiência profissional no Programa Saúde da Família, como enfermeira, pois durante a vida acadêmica como bolsista do referido projeto, compreendeu-se que a consulta de enfermagem deveria ter enfoques mais específicos, principalmente com uma clientela tão delicada e especial como os portadores de hipertensão arterial.

Levou-se esse pensamento para a atuação profissional como enfermeira. Ao trabalhar em uma equipe multidisciplinar no Programa Saúde da Família, no interior do estado do Ceará, conforme observado, os enfermeiros que trabalhavam no mesmo município, também em equipes do programa, sentiam dificuldades diante do acompanhamento ao portador de hipertensão arterial. Entre estas, a mais evidenciada foi a falta de adesão ao tratamento. Dessa forma, buscou-se respostas para as seguintes questões: Como está sendo realizada a consulta de enfermagem junto a essa clientela? Será que esses profissionais foram preparados para atuar nesse programa? E, caso tenham sido preparados, por que não estão conseguindo atuar de forma satisfatória? (COSTA, 2005).

No intuito de encontrar respostas elaborou-se uma monografia como exigência de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, e nela constatou-se que as observações eram verdadeiras, pois com esse trabalho tentou-se responder a esses questionamentos, porém com profissionais enfermeiros de diferentes municípios do estado do Ceará.

Segundo verificado, os enfermeiros enfrentavam muitas dificuldades em relação à consulta de enfermagem ao portador de hipertensão arterial, a exemplo da grande demanda de clientes, locais inadequados para a realização das consultas, acessibilidade, falta de consulta médica e, principalmente, a adesão ao tratamento. Esse fato atingia, sobretudo os profissionais recém-formados, os quais eram inseridos no Programa de Hipertensão e Diabetes, da Estratégia Saúde da Família, sem nenhum treinamento específico para lidar com essa clientela. Ainda segundo constatado, os profissionais enfermeiros não utilizavam a metodologia da assistência específica na realização da consulta de enfermagem, e desse modo, suas consultas voltavam-se apenas para o modelo tradicional biomédico (COSTA, 2005).

Esses resultados são importantes, particularmente quando a discussão em pauta é o atendimento ao portador de hipertensão arterial, definida como uma entidade clínica multifatorial e uma síndrome caracterizada pela presença de níveis de pressão arterial elevados, associados a alterações hormonais e, no metabolismo, a fenômenos tróficos (CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998). A hipertensão arterial constitui-se como responsável por 25% e 40% da etiologia multifatorial das doenças isquêmicas do coração e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Esta multiplicidade de conseqüências coloca-a na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (FUCHS, 2004). Diante da gravidade do seu quadro clínico, apresenta-se como um problema de saúde pública de grande importância, visto que afeta 20% da população mundial e é um dos principais fatores de risco para todas as doenças cardíaco-cérebro-vasculares (PÓVOA; GALVÃO, 2002). Considerando os níveis de PA $\geq$ 140/90 mmHg como indicadores de hipertensão, as taxas de prevalência na população brasileira urbana adulta têm variado entre 22,3% e 43,9% (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

De acordo com sua etiologia, a hipertensão arterial pode ser classificada em dois grupos. A primeira, denominada primária ou essencial, possui causas etiológicas desconhecidas, compreendendo 90 a 95% dos casos. Sua origem está associada à presença de diversos fatores de risco (RIBEIRO, 1996). A outra forma da doença chama-se secundária e abrange aproximadamente 5 a 10% dos portadores de hipertensão. Este tipo de hipertensão é relacionado a alguma causa orgânica, predeterminada, como pode acontecer com clientes que apresentam doença renal e/ou utilizam determinados fármacos e drogas (LAVÍOLA, 2000; DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

Entretanto, a medicina ainda não estabeleceu a origem direta da hipertensão arterial essencial. O mais provável é que exista uma combinação de fatores determinantes para a elevação da pressão arterial. Mas o fato de não conseguirem determinar suas causas específicas leva os estudiosos a caracterizá-la como uma doença multifatorial.

Assim, o combate real à doença depende de sua detecção precoce, lembrando que seu diagnóstico é baseado, quase exclusivamente, na medida da pressão arterial pelo método

indireto com técnica auscultatória, possibilitando o seu controle pela instituição imediata de tratamento (PIERIN; SANTELLO; MION JR., 1997).

Por ser uma doença multifatorial, as ações preventivas e de acompanhamento envolvem orientações voltadas para todas as características relacionadas à doença e ao seu tratamento. Assim, o suporte para a adesão do cliente ao programa de tratamento requer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. Desse modo, a formação de uma equipe multiprofissional proporciona uma ação diferenciada, ampliando o sucesso do tratamento anti-hipertensivo e o controle dos demais fatores de risco cardiovascular (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

Diante dos aspectos ressaltados, decidiu-se dar continuidade ao estudo anterior sobre a temática. Agora, porém, com vistas a identificar em registros das consultas feitas por enfermeiros a portadores de hipertensão arterial as intervenções adotadas para o controle e tratamento da doença. Conforme referido, o tema se originou da monografia de especialização citada, no entanto com um novo enfoque questionador: Quais as intervenções de enfermagem adotadas pelos enfermeiros para o cliente portador de hipertensão?

Diante do exposto, a pesquisa se propõe a primeiramente identificar as intervenções de enfermagem registradas em prontuários de portadores de hipertensão arterial, assim como verificar a frequência com que essas ocorrem e analisar as que ocorreram com uma frequência igual ou superior a cinco vezes nos registros de acordo com o Plano de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2001) e V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), além de mapear os termos encontrados, segundo a classificação das ações da CIPE 1 dos enfermeiros que trabalham em um programa específico de acompanhamento a portadores de hipertensão arterial.

Acredita-se ser esse estudo de grande relevância, pois de acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (2003), embora os aspectos centrais da prática de enfermagem possam ser compartilhados mundialmente, esta deve ser definida localmente, considerando os fatores presentes em um ambiente local, que causam impacto no estado de saúde e podem ser foco da prática de enfermagem. E, além disso, a identificação dessas intervenções poderá contribuir para uma posterior avaliação da assistência que está sendo prestada aos portadores

de hipertensão arterial. Assim como, também, verificar a ocorrência e a completude das intervenções presentes nos registros de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar as intervenções de enfermagem documentadas nos prontuários de portadores de hipertensão arterial que freqüentam um serviço de referência para essa clientela.

2.2 Objetivos específicos

- Detectar a freqüência do registro das intervenções de enfermagem nas consultas de enfermagem, em prontuários, realizadas com a clientela portadora de hipertensão arterial;
- Analisar, a partir da preconização do Plano de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2001) e V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), as intervenções que ocorreram com uma freqüência igual ou superior a cinco vezes nos registros;
- Mapear as intervenções de enfermagem encontradas, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 1.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A consulta de enfermagem ao portador de hipertensão arterial: uma intervenção sistematizada

Desde que surge a vida existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer. Os homens, assim como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados. Porque cuidar, tomar conta é um ato que tem primeiro, e antes de tudo, como fim permitir a continuidade da vida, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte, seja essa do indivíduo, do grupo ou da espécie (COLLIÈRE, 1999).

Desse modo, durante muitos anos a prática do cuidar não pertencia exclusivamente a uma profissão, algo intrínseco a cada ser humano, e qualquer pessoa ajudava a outra a garantir o que lhe era necessário para a continuidade da vida, no referente à vida do grupo. Atualmente, em face da evolução dos tempos, se pode detectar vasta e importante relação entre a enfermagem e a prática do cuidar, quer seja para o indivíduo, família ou comunidade. Isso ocorre devido ao pressuposto segundo o qual a prática do profissional de enfermagem é de natureza interpessoal. Ademais, os enfermeiros vêem o ser humano de forma holística, reconhecendo, portanto, que a mente e o corpo não são separados, mas funcionam como um todo (PAUL; REEVAES, 1995).

Na enfermagem a prática do cuidado ocorre de maneira sistematizada com vistas a proporcionar condições individualizadas e oferecer subsídios para uma melhor administração da assistência junto ao cliente. Essa sistematização do cuidado verifica-se a partir de uma metodologia de assistência específica da enfermagem que possibilita uma melhor ordem e direção à prática do cuidar.

Como mencionam Paul e Reeves (1995), o processo de enfermagem é o esquema subjacente que propicia essa ordem e direção ao cuidado de enfermagem. É a essência da prática de enfermagem, o instrumento e a metodologia da profissão e, como tal, ajuda o enfermeiro a tomar decisões, a prever e avaliar as consequências, pois tal processo se constitui de uma atividade intelectual deliberada, na qual a prática é abordada de maneira ordenada e sistemática.

Para Garcia e Nóbrega (2004), o processo de enfermagem é entendido como um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como a nossa clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar quais aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional. Assim, esse implica a existência de alguns elementos que lhe são inerentes.

Dessa forma, sua fundamentação teórica deve utilizar pressupostos de modelos conceituais de enfermagem, além dos específicos ao cuidado de pessoa com determinada alteração da saúde.

Como consta em Paul e Reevaes (1995), o processo de enfermagem constitui-se de cinco etapas: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação e avaliação.

A fase investigativa inclui a coleta e a análise dos dados, enquanto os diagnósticos derivam da investigação. Já o planejamento ocorre para o fornecimento do cuidado de enfermagem descrito como a determinação do que pode ser feito para ajudar o cliente. A implementação refere-se às ações iniciadas para a obtenção das metas e objetivos definidos. E por último tem-se a avaliação, definida como a estimativa das modificações comportamentais do cliente resultantes da ação do enfermeiro. No entanto, durante as fases de diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, a reinvestigação pode levar a modificações imediatas em cada um dos quatro estágios. A reinvestigação, coleta e análise profunda dos dados é um processo contínuo, permanente, não devendo ser confundido com a avaliação, que mede os resultados. A reinvestigação também pode levar a uma mudança no diagnóstico, mediante modificação no planejamento, implementação e avaliação à medida que o processo avança.

Há mais de meio século, o processo de enfermagem vem sendo considerado um instrumento valioso ao desenvolvimento técnico e científico da profissão, proporcionando um meio para o ensino e a realização de pesquisas (CAMIÁ, 2005).

De acordo com a mesma fonte, a enfermagem, durante muito tempo, seguiu o modelo biomédico, que não atendia completamente às necessidades da profissão em suas atividades

independentes. Mas, nas últimas décadas, vem procurando uma atuação efetiva, com foco principal no ser humano e não mais na patologia, oferecendo uma assistência embasada em modelos que justifiquem a ciência e a arte do cuidar.

Na prática ambulatorial a aplicação do processo de enfermagem concretiza-se na consulta de enfermagem praticada, desde 1968, mas legitimada somente em 1986, como atividade exclusiva do enfermeiro, com a aprovação da Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, por meio da Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1986). Essa ocorre quando o enfermeiro, ao atender o indivíduo não-hospitalizado, aparentemente sadio ou doente, em tratamento ambulatorial, sistematiza a assistência de enfermagem (VANZIN; NERY, 1996).

Dentro do quadro da sistematização da assistência de enfermagem, encontra-se a consulta de enfermagem como um elemento fundamental para a realização da prática do cuidar/assistir qualquer clientela, com etapas paralelas às que compõem o Processo de Enfermagem, pois ela supõe a entrevista para a coleta de dados, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição de enfermagem, a implementação de cuidados e avaliação.

Conforme mencionado por Zagonel (2001), a consulta de enfermagem é um recurso para identificar os diagnósticos de enfermagem ou problemas de saúde do cliente, ao contribuir para a elaboração do plano de cuidados, objetivando a resolutividade desses problemas. Além disso, esta atividade oferece campo para atuação do enfermeiro, com vistas a melhorar as condições de saúde da população.

Segundo Vasconcelos (2005), a consulta de enfermagem tem sido desenvolvida em várias instituições de saúde, em níveis de complexidade diversos, desde a atenção primária nas unidades de saúde, como em níveis terciários nos ambulatorios gerais e especializados em instituições hospitalares. É uma das estratégias utilizadas pelo enfermeiro para o desenvolvimento da prática assistencial. Apresenta como finalidade a avaliação do estado de saúde do indivíduo, de acordo com a etapa do ciclo vital em que se encontra, como também visa à prevenção de doenças e ao controle de enfermidades, sejam elas de natureza transmissível e/ou crônico-degenerativas.

A consulta de enfermagem é vista como um dos espaços privilegiados de atuação do enfermeiro. Nesse momento, além das ações destinadas ao controle do funcionamento orgânico, é possível, pela interação cliente-profissional, compreender e tentar superar em conjunto os problemas da esfera psicossocial que, sem dúvida, passariam despercebidos quando se privilegia unicamente o biológico (FONSECA; CHIESA; OLIVEIRA, 1994).

Contudo, não se pode considerar consulta os atendimentos ou orientações em corredores, como alguns defendem. Consulta é um procedimento da assistência desenvolvida com base em princípios teórico-filosóficos definidos, empregando metodologia própria, o que representa a aplicação do processo de enfermagem (VARGENS; ARAÚJO, 1997).

Em 1979, no XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, o Comitê de Consulta de Enfermagem definiu-a como atividade diretamente prestada pelo enfermeiro ao cliente, mediante a qual são identificados problemas de saúde-doença e prescritas e implementadas medidas voltadas à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do cliente.

A consulta de enfermagem caracteriza-se por utilizar componentes do método científico para identificar situações de saúde-doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 1993).

Conforme descrevem Pierin e Car (1992) e o Conselho Federal de Enfermagem (1993), a consulta de enfermagem deve compreender os seguintes passos:

- **Identificação do cliente / família** – dados biossociais (idade, sexo, escolaridade, ocupação, entre outros), importantes para caracterizar e individualizar a clientela, além de fornecer subsídios para investigação da sua influência no tratamento;
- **Entrevista** – reconhecimento do cliente/família, seu contexto de saúde, tratamentos prévios e atuais (incluindo medicamentos em uso), grau de compreensão sobre eventuais fatores de risco associados, hábitos (fumo, álcool, dieta, atividade física, entre outros), identificação de possíveis limitantes ao processo educacional para o autocuidado;

- **Exame físico e avaliação** – registro de parâmetros vitais, dados antropométricos, avaliação física dos diferentes sistemas e verificação de resultados de exames complementares;
- **Diagnóstico de enfermagem** – compilação dos problemas identificados na entrevista e exame físico. Etapa em que, mediante julgamento clínico do enfermeiro, serão destacadas as prioridades e, com a participação do cliente, estabelecidas as metas do tratamento, que darão origem às condutas ou intervenções de enfermagem;
- **Plano de cuidados** – conjunto de condutas ou intervenções de enfermagem prestadas diretamente ao cliente, ou que deverão ser seguidas por ele ou seu responsável em seu ambiente. Inclui a prescrição de enfermagem;
- **Registro** – documentação, por meio de anotações claras e objetivas, que caracterizam o problema ou situação identificada nas etapas anteriores, as metas, as condutas ou intervenções implementadas, e orientações feitas ao cliente;
- **Evolução de enfermagem** – na avaliação do processo, verifica-se a resolução ou não dos problemas identificados, a adequação ou necessidade de reforço das medidas implementadas ou orientações feitas, e a aparição de novos problemas, com conseqüente necessidade de novas condutas de enfermagem.

Dentro do quadro de doenças que requerem cuidados específicos, encontram-se as doenças cardiovasculares (DCVs), as quais constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A hipertensão arterial representa um desses fatores, contribui decisivamente para o agravamento das DCVs e afeta de 11 a 20% da população adulta. Com frequência a hipertensão acarreta uma invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, família e sociedade (BRASIL, 2001).

A despeito dessa realidade, os portadores de doenças crônicas em geral, e, em especial, de hipertensão arterial, manifestam, com frequência, dificuldades referentes à adesão ao tratamento. Isso, potencialmente, poderá gerar conflitos pessoais e familiares, pois são alterações da saúde caracterizadas pelo longo tempo de tratamento e pela limitação no estilo

de vida, não só do portador, mas também de outros membros da família (OLIVEIRA et al., 2002).

Nos ambulatórios, nas unidades básicas de saúde, assim como em domicílio, a atuação do enfermeiro deve se pautar na sistematização de sua prática de cuidados. Cabe-lhe atuar para propiciar à enfermagem relevante papel no engajamento do portador de hipertensão arterial no autocuidado, possibilitando-lhe atingir um melhor nível de saúde.

O acompanhamento ambulatorial do portador de hipertensão arterial deve considerar a necessidade de adesão ao tratamento, tendo como ponto fundamental o conhecimento da doença e das condutas terapêuticas que o cercam (LOPES, 2003). Como referem Car, Pierin e Aquino (1991), o esclarecimento de todos os fatores intervenientes no controle da hipertensão arterial possibilitará o envolvimento do cliente na manutenção dos níveis pressóricos dentro dos limites adequados. Nesse contexto, o enfermeiro precisa atuar devidamente capacitado a desenvolver suas ações, mediante um processo de educação continuada.

Como observado, os diversos objetivos do processo educativo exigem diferentes abordagens, não só do enfermeiro, mas de uma equipe multiprofissional, com ações que girem em torno de um objetivo comum, qual seja, o cliente com hipertensão arterial (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002). A equipe deve permanecer coesa em torno deste único objetivo, e cada profissional deve desenvolver um método de trabalho de acordo com suas competências e atribuições legais. Consoante ressaltado por Lopes (2003), o trabalho em equipe multiprofissional objetiva ver o cliente como um complexo sistema psíquico e somático, não sendo possível que um único profissional possa atender a todas as suas necessidades.

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), são ações específicas do enfermeiro dentro da equipe multiprofissional: a consulta de enfermagem, compreendendo a medida da pressão arterial com manguito adequado à circunferência do braço, medida de altura e peso com roupas leves e sem sapatos; medida da circunferência da cintura e quadril e cálculo do índice de massa corporal; investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida; orientações sobre a doença e o uso regular de medicamentos prescritos pelo médico; orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares. Além da consulta, inclui-se o acompanhamento do tratamento dos clientes portadores de hipertensão; encaminhamento ao

médico pelo menos duas vezes ao ano e com maior frequência nos casos em que a pressão não estiver devidamente controlada ou na presença de outras intercorrências. Entre as funções administrativas mencionam-se a administração do serviço e a delegação e supervisão das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem.

Conforme Moreira (2003), o enfermeiro destaca-se como propagador de informações e esclarecimentos acerca da importância dos hábitos saudáveis para o controle da pressão arterial e contribui na implementação de intervenções favoráveis à saúde, ajudando o cliente e sua família no desenvolvimento de conhecimentos e atitudes que levem a uma eficaz assistência neste problema crônico de saúde.

Maciel e Araújo (2003) confirmam esta prática ao analisarem consultas de enfermagem realizadas em programas de hipertensão arterial em unidades de saúde de Fortaleza. As autoras comentam, ainda, que a atividade educativa foi evidenciada na enfermagem como algo bastante presente e até mesmo reconhecido por outros profissionais. O enfermeiro, pois, é um profissional capacitado, entre os que trabalham na área da saúde, para desenvolver atividades de promoção e prevenção de doenças. Portanto, pode contribuir com sua prática para a transformação do modelo assistencial.

3.2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 1 (CIPE 1)

A atividade de coletar, arquivar e analisar dados sobre os clientes para a implementação do cuidado, pelo qual os enfermeiros são responsáveis, tem levado diversos profissionais a procurar diferentes métodos e estratégias de coleta, armazenamento e análise dos dados. Na década de 1970, profissionais nos Estados Unidos e Europa deram início à discussão sobre os diferentes tipos de vocabulário que descrevem a prática de enfermagem (MARIN, 1996).

Nesse intuito, criam-se os sistemas de classificação ou taxonomias, ou seja, conhecimentos estruturados em que os elementos ou conceitos substantivos de uma disciplina ou de especialidades de uma disciplina são organizados em grupos ou classes, com base em suas similaridades (BLEGEN; TRIPP-REIMER, 1997).

Os sistemas de classificação da prática em saúde surgiram com base na Classificação Internacional de Doenças (CID) disseminada por todo o mundo, no período pós-guerra, abordando os fenômenos ou “doenças” socialmente reconhecidas pela ciência médica. É um instrumento de trabalho do médico capaz de classificar os usuários dos serviços de saúde entre clientes e não clientes, iniciando um processo de intervenção, ao lhes prescrever normas de conduta e comportamento com profundas repercussões na vida social (ANTUNES, 2000).

Segundo alerta a mesma autora, no entanto, não é somente o uso da CID que irá fazer o profissional da medicina ser competente e qualificado, assim como não se pode creditar só ao uso de sistemas de classificação da prática em enfermagem a garantia de excelentes cuidados de enfermagem (ANTUNES, 2000).

Atualmente, encontram-se disponíveis vários sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem, em interação com a execução tanto do processo de enfermagem como das consultas de enfermagem. São eles: os sistemas de classificação de diagnósticos, os de intervenções e os de resultados de enfermagem (SANTOS et al., 2004).

Por sistemas de classificação entendem-se os instrumentos tecnológicos que fornecem aos enfermeiros uma linguagem padronizada a ser utilizada: no processo e no produto do raciocínio e julgamento clínico acerca das respostas humanas aos problemas de saúde ou aos processos vitais; no processo e no produto do raciocínio e julgamento terapêutico acerca das necessidades de cuidado da clientela e dos resultados do cliente que são influenciados pelas intervenções de enfermagem; e na documentação da prática profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Como é notório, a utilização desses sistemas de classificação na prática de enfermagem tem mobilizado enfermeiros em todo o mundo, atendendo ao desafio de universalizar a sua linguagem e evidenciar os elementos da sua prática. A importância de uma linguagem de enfermagem internacionalmente padronizada nasceu no ano de 1989, no Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), realizado em Seul (Coreia do Sul). Esse conselho decidiu iniciar um projeto para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a fim de demonstrar uma evidência concreta sobre a importante contribuição da enfermagem para a saúde. Com essa finalidade, desenvolveu uma

linguagem única, capaz de envolver a enfermagem mundial, ao redor de uma causa comum (ICN, 1996; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000; CARPENITO, 2002).

A CIPE representa um marco unificador de todos os sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem disponíveis na área em âmbito internacional. Conforme se percebe em seu processo de construção, embora alguns dos sistemas de classificação existentes já incorporassem termos relacionados à prática, ainda havia a necessidade de identificar e incluir novos termos associados aos cuidados primários e à prática de enfermagem em serviços comunitários de saúde para serem inseridos nos sistemas de informação em saúde (GARCIA; NÓBREGA; SOUSA, 2002).

Para o CIE a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, prover dados que identifiquem a contribuição da enfermagem no cuidado da saúde e para promover mudanças na prática de enfermagem mediante a educação, administração e pesquisa (ICN, 1999).

No ano de 1994, enfermeiros de dez países das Américas e da África reuniram-se em Tlaxcala, no México, no intuito de estudar propostas para elaboração de um instrumento de informação que apoiasse os programas de enfermagem voltados à comunidade e sistemas de enfermagem de atenção primária à saúde (ICN, 2004). Esta reunião, organizada pelo CIE, foi muito importante à formulação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, sobretudo porque os sistemas de classificação de enfermagem existentes no mundo evidenciavam direcionamento acentuado para a assistência hospitalar e não à saúde coletiva (SILVA et al., 1997).

Neste evento, representantes da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) estiveram presentes, e se comprometeram a desenvolver o projeto no Brasil. Surgiu, então, a Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), com a finalidade de revelar a diversidade e a amplitude das práticas de enfermagem no contexto do Sistema Único de Saúde (EGRY et al., 1999).

Em 1996, o CIE publicou a CIPE - versão Alfa, descrita em três etapas: a identificação de termos, o agrupamento desses termos e sua hierarquização dentro de grupos estabelecidos e que, no final, é visualizado como pirâmides de conceitos, nos quais os termos da base são os

mais específicos e os gerais são os do vértice (NIELSEN; MORTENSEN, 1996). A CIPE - versão Alfa consistiu na organização de três pirâmides de conceitos: fenômenos, intervenções e resultados de enfermagem (ICN, 1996).

Como características gerais, estabeleceu-se que a CIPE deve ser ampla, simples, consistente com uma estrutura conceitual, baseada em um núcleo central, sensível às variações culturais, capaz de refletir o sistema de valores da enfermagem e ser utilizável de uma forma complementar ou integrada às classificações de doenças e saúde desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (ICN, 1996).

Desde a publicação da CIPE - versão Alfa, o CIE tem recebido comentários e críticas para avaliação e comprovação desta versão, tais como: validações multinacionais, resultados da verificação da utilização da CIPE no projeto *Telenurse*, conduzido por Randi Mortensen na Comunidade Européia e outros projetos. Tudo isto contribuiu para sua reformulação e o desenvolvimento da versão Beta (ICN, 1998).

No ano de 1999, o CIE apresentou a versão Beta da CIPE, demonstrando que o projeto tem características dinâmicas, sujeito às mudanças contínuas verificadas na ciência e na prática de enfermagem. Os fenômenos, as ações e os resultados de enfermagem continuam como componentes principais, mas uma mudança ocorreu da versão Alfa para a versão Beta: a adoção do enfoque multiaxial. Esse enfoque permite combinações dos conceitos dos distintos eixos, e, desse modo, proporciona maior solidez à classificação, diversificando a expressão de seus conceitos (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A versão Beta é composta de uma classificação de fenômenos, ações e resultados de enfermagem. Conforme se observa, a classificação das intervenções de enfermagem foi substituída pela classificação das ações de enfermagem, por ser muito mais abrangente. Como consta nessa classificação, toda intervenção é uma ação, mas o inverso não é afirmativo, e a ação é definida como os procedimentos utilizados pelos enfermeiros na prática assistencial (CIPE, 2003).

A classificação das ações de enfermagem é também uma classificação multiaxial, constituída por oito eixos. Nessa classificação, o termo ação de enfermagem foi definido como o desempenho dos enfermeiros na prática assistencial. Intervenção de enfermagem

aparece como a ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, para produzir um resultado de enfermagem (ICN, 2002).

Logo após, desenvolveu-se a versão Beta 2 da CIPE no intuito de: estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem; estimular a investigação de enfermagem; descrever os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade; representar conceitos usados nos locais e nas áreas de especialidades da prática de enfermagem; tornar possível a comparação dos dados de enfermagem; propiciar dados sobre a prática de enfermagem que possam influenciar a educação em enfermagem e as políticas de saúde e estimular a investigação de enfermagem (ICN, 2002).

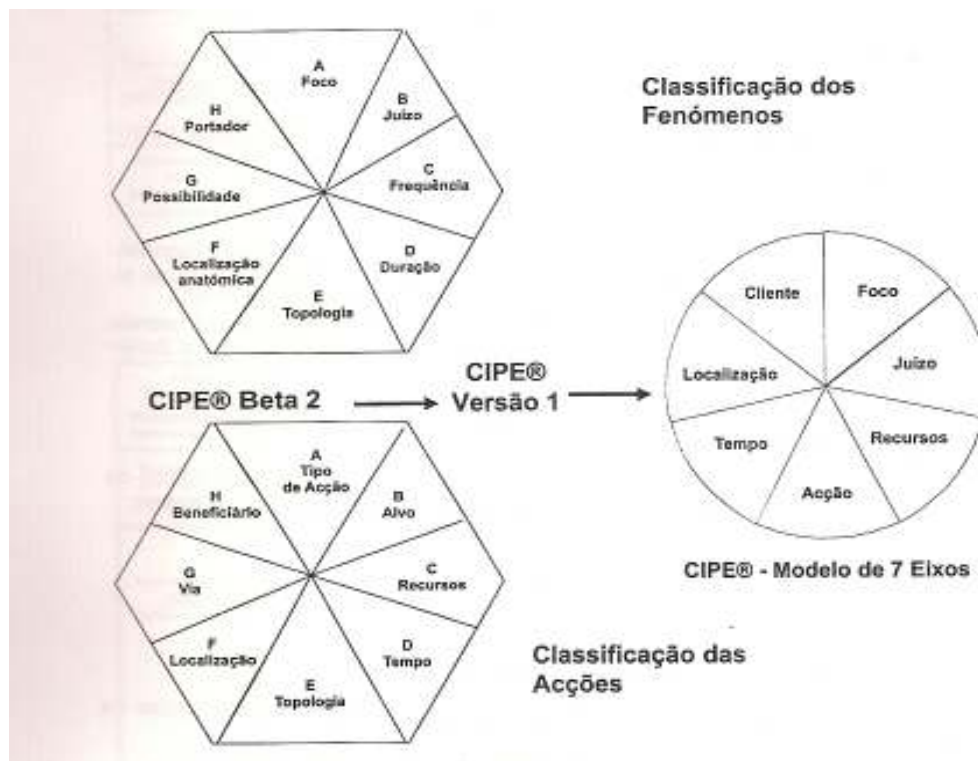
Em virtude de a versão Beta possuir uma estrutura multiaxial, é examinada por muitos enfermeiros e estudantes da prestação de cuidados por todo o mundo. Como resultado do comitê de avaliação da CIPE e do grupo consultivo estratégico da CIPE foi elaborada a versão 1.

No ano de 2005, o programa CIPE publicou a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1, lançada no Congresso do Conselho Internacional de Enfermagem em 25 de maio de 2005 em Taipé, Taiwan. A versão 1 fornece aos enfermeiros um sistema de linguagem unificado a fim representar e documentar as ações dos enfermeiros diante da assistência.

Junto com a adição de conceitos novos à CIPE, a mudança estrutural principal da versão 1 foi a colocação de duas classificações distintas (fenômeno de enfermagem e ações de enfermagem) a uma classificação, que pode ser usada para representar diagnósticos, intervenções e resultados.

Entre os benefícios da versão 1, o principal é que é facilmente compreensível a todos, e também, para os sistemas computadorizados. Já a maior mudança da versão Beta 2 para a versão 1 é a criação do modelo de sete eixos. As duas classificações distintas existentes na versão Beta 2 (as classificações dos fenômenos de enfermagem e as classificações das ações de enfermagem) foram integradas em uma classificação. Como observado, a versão 1 da CIPE é um modelo simplificado com uma única estrutura de classificação organizada em sete eixos (figura 1) (ICNP, 2005).

Figura 1 - Representação da mudança da versão Beta 2 para a versão 1



Fonte: ICNP (2005).

O modelo das sete linhas centrais ou sete eixos foi desenvolvido para corrigir problemas na versão Beta 2, tais como a redundância e a ambigüidade dos termos. Este modelo pode ser usado para desenvolver o diagnóstico e as intervenções de enfermagem, assim como os resultados de enfermagem.

A versão 1 permite aos enfermeiros documentar sistematicamente seu trabalho com os clientes, as famílias e as comunidades mediante uso de diagnósticos, intervenções e resultados padronizados aos cuidados. Isso porque esta versão foi desenvolvida como um sistema unificador da linguagem.

Para mais informações, são especificadas a seguir as definições de cada um dos sete eixos da versão 1 da CIPE. São elas:

- **Foco:** área de atenção relevante para a enfermagem (por exemplo, dor, eliminação, sem abrigo, esperança de vida, conhecimento).

- **Juízo:** opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem (por exemplo, nível decrescente, risco, melhorado, interrompido, anormal).
- **Meios/recursos:** forma ou método de concretizar uma intervenção (por exemplo, bandagem, serviço do nutricionista).
- **Ação:** processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente (por exemplo, educar, trocar, administrar, monitorar).
- **Tempo:** ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (por exemplo, admissão, nascimento da criança, crônico).
- **Localização:** orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou de uma intervenção (por exemplo, posterior, abdômen, escola, centro da saúde).
- **Cliente:** aquele a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção (por exemplo, família, comunidade, prestador de cuidados).

Similar à versão Beta 2, a CIPE 1 é usada para representar:

- Diagnósticos (problemas, necessidades);
- Intervenções de enfermagem (ou ações de enfermagem); e
- Resultados de enfermagem.

O modelo dos sete eixos foi desenvolvido para facilitar a composição destas indicações (diagnósticos, intervenções e resultados).

Como o uso deste modelo, os diagnósticos e os resultados de enfermagem são compostos a partir das seguintes recomendações (ICNP, 2005):

1. Deve incluir um termo da **linha central foco**.
2. Deve incluir um termo da **linha central juízo**.
3. Pode incluir termos adicionais, conforme necessário, das linhas centrais foco, juízo ou de outras linhas.

Ainda de acordo com a ICNP (2005), as intervenções de enfermagem são formadas com base nas seguintes recomendações:

1. Deve incluir um termo da **linha central ação ou eixo ação**.

2. Deve incluir pelo menos um termo **alvo**. Um termo alvo pode ser um termo de qualquer outra linha central, exceto a **linha central juízo ou eixo juízo**.
3. Pode incluir, caso necessário, termos adicionais do eixo **ação** ou de qualquer outra linha central.

Como exemplos de composição dos diagnósticos, intervenções e resultados, pode-se apresentar o que consta nas figuras 2 e 3. Estas figuras fornecem termos dos vários eixos que serão combinados por meio de uma fileira para construir uma indicação.

Figura 2 - Exemplos de composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem

T Eixos Processo Enfermagem	AÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUÍZO	LOCALIZAÇÃO	RECURSOS	TEMPO
Diagnóstico de Enfermagem			Não Adesão à medicação	Risco	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Explicar	Indivíduo			Domicílio	Regime Medicamentoso	
	Ensinar		Efeito Colateral				
	Monitorizar		Adesão à medicação		Domicílio	Caixa de Medicamentos	
Resultados de Enfermagem			Adesão à medicação	Actual	Domicílio		

Fonte: ICNP (2005).

De acordo com a figura compreende-se que a formulação dos diagnósticos, intervenções e resultados é feita a partir de combinações dos termos existentes em determinados eixos. Como diagnóstico de enfermagem pode-se observar: risco de não adesão à medicação em domicílio; intervenção de enfermagem: explicar ao indivíduo o regime medicamentoso em domicílio; e como resultados de enfermagem: atual adesão à medicação em domicílio.

Figura 3 - Exemplos de composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem

7 Eixos Processo Enfermagem	AÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUÍZO	LOCALIZAÇÃO	RECURSOS	TEMPO
Diagnóstico de Enfermagem		Indivíduo	Obstipação	Actual			
Intervenções de Enfermagem	Identificar	Indivíduo	Padrão Eliminação				
	Apreciar		Dor		Abdominal		
	Ensinar		Necessidades Dietéticas			Regime Dietético	
	Educar		Efeito Colateral do Medicamento (Laxante)				
	Administrar					Enema	
Resultados de Enfermagem			Obstipação	Diminuída			

Fonte: ICNP (2005).

Na figura 3, observam-se mais outros exemplos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Em conclusão, o objetivo de desenvolver a versão 1 foi fornecer uma base sustentável para a CIPE. A nova versão será mantida, implementada e melhorada mais facilmente. Contudo, a CIPE não está completa, até porque possui na sua essência a característica de ser dinâmica. Em âmbito mundial, os enfermeiros em todo mundo compartilham de muitas concepções, convicções e preocupações sobre como melhorar a saúde de seus clientes, famílias e comunidades. Portanto, a CIPE é muito útil, pois pode fornecer a esses profissionais uma linguagem partilhada para comunicarem e analisarem suas práticas e melhorarem os resultados dos cuidados de saúde globalmente (ICNP, 2005).

3.3 Registro de enfermagem

Em toda a sua história o homem sempre se preocupou de alguma forma em comunicar-se, registrando seus atos e pensamentos por intermédio de gravuras e códigos. Na enfermagem, a preocupação com a documentação relativa aos doentes foi observada por Florence Nightingale, há mais de um século, quando a precursora da enfermagem moderna já procurava informações sobre registros hospitalares para justificar os gastos públicos e realizar comparações (NIGHTINGALE, 1989).

Há décadas, a enfermagem utiliza como fundamento teórico de sua assistência o processo de enfermagem, constituído por um método intencionado de solução de problemas. Tal processo baseia-se no método científico para descrever, explicar e prever seu exercício, assim como seus resultados, com a finalidade de validar sua prática e dar à sociedade uma definição que fomente sua autonomia (SMELTZER; BARE, 2006).

Diante da importância do processo de enfermagem, tanto para o cliente como para o enfermeiro, destaca-se que o desenvolvimento de suas fases deve ser documentado no prontuário do cliente. Conforme se salienta, essa atividade permite a todos os membros da equipe de saúde tomar ciência das decisões, ações e resultados obtidos com os cuidados prestados ao cliente (POTTER; PERRY, 2006).

Nos países em desenvolvimento, essa documentação geralmente está representada pelos registros ou as anotações de enfermagem, e, segundo, alguns autores referem, elas constituem um meio de comunicação importante para a equipe de saúde envolvida com o cliente, pois facilitam a coordenação e continuidade do planejamento de saúde (SMELTZER; BARE, 2006; IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993), evitando dessa forma omissões e repetições desnecessárias no tratamento. Assim, a comunicação escrita documenta, de modo permanente, no prontuário, informações relevantes sobre os cuidados prestados ao cliente, e cabe ao enfermeiro a responsabilidade de mantê-lo atualizado (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Como recomendado, os registros de enfermagem no prontuário devem incluir a declaração dos problemas frequentemente referidos pelos clientes, os diagnósticos de

enfermagem, os tratamentos e as respostas tanto à assistência médica como à de enfermagem, expressando o reflexo da avaliação periódica do cliente (HOOD; DINCHER JR., 1992).

Para Mazza et al. (2001), os registros da assistência, desenvolvidos de maneira sistematizada, além de trazerem visibilidade para a enfermagem, propiciam a implementação e continuidade do cuidado individualizado, servem como bússola na organização da assistência. Ainda consoante referem, esta documentação também fornece dados para a identificação da responsabilidade profissional sobre as ações, bem como constitui base de dados para pesquisas com diferentes enfoques, contribuindo para a construção do conhecimento da profissão.

Segundo afirmam, para a enfermagem, o registro tem caráter técnico específico, pois deve atender às exigências legais e clínicas dos fatos, refletindo assim sua prática profissional pelos tempos. Por conseguinte, deixa de forma documental uma memória da sua atuação, possibilitando análises posteriores, tanto da profissão como da assistência prestada. Esta documentação é realizada por meio de diferentes tipos de registros: prescrições, anotações e evoluções de enfermagem. Tais registros dão sustentação à organização da assistência de enfermagem, em geral, e à metodologia da assistência de enfermagem, especificamente.

Conforme ressalta Carpenito (1999), a documentação de enfermagem tem finalidade clínica e administrativa. A primeira, com enfoque nas fases do processo de enfermagem, e a segunda, administrativa, para diferenciar a responsabilidade do enfermeiro dos demais profissionais da área, proporcionar critérios para melhorar a assistência prestada, classificar clientes, definir o enfoque de enfermagem ao cliente ou grupo e proporcionar justificativa para reembolso e dados para fins educacionais.

De modo geral, os registros de saúde cumprem diversas funções e satisfazem diferentes necessidades de informação. Quando estes registros são organizados em uma estrutura formal, dispõem de uma base de dados individual composta por um conjunto de dados ordenados e armazenados de maneira uniforme e permitem a manipulação e recuperação de dados normalizados (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS, 2001).

No entanto, para ser útil, a documentação deve ser exata, concisa e completa. Além disso, o fator agilidade é fundamental na área da saúde. Aliado à exatidão, precisão e abrangência dos dados e informações, é essencial na documentação, determinando a qualidade da assistência prestada (MARIN, 2001).

Por esse motivo, a informatização do prontuário do cliente com uso de terminologias específicas é importante, pois atende a todos estes requisitos, evitando erros de interpretação e facilitando a recuperação de dados. Além disso, como mencionado por Johnson et al. (2005), o uso de uma linguagem padronizada e informatizada poderá proporcionar a formulação de políticas organizacionais e públicas referentes à saúde e à assistência de enfermagem.

De acordo com Carboni e Reppetto (2005), a anotação de enfermagem contribui para a comunicação de informações do cliente e seu registro possibilita a continuidade da implementação da assistência e sua avaliação. Possibilita também ensino, pesquisa, realização de auditorias e verificação de aspectos legais. É uma fase significativa do processo de enfermagem que permite o acompanhamento do cliente, mediante dados descritos por toda a equipe de enfermagem, e que pode subsidiar uma melhor assistência ao cliente mediante informações não só à enfermagem, mas, também, à equipe multidisciplinar. Contudo, embora seja um instrumento necessário à continuidade e avaliação do atendimento ao cliente, nem sempre é feita corretamente, ou seja, na maior parte das vezes é incompleta, superficial, não pontual, entre tantos outros aspectos.

As referidas autoras desenvolveram um estudo que contemplava o objetivo de descrever a anotação de enfermagem como um instrumento gerador de dados assistenciais, administrativos e legais. Nessa pesquisa descritiva, feita a partir de um levantamento bibliográfico, realizado na base de dados LILACS, compreendido no período entre 1975 e 2004, constataram que a anotação de enfermagem registra informações importantes para toda a equipe multidisciplinar; é comunicação escrita a que todos têm acesso. Do ponto de vista administrativo, permite a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente, assim como a observação dos procedimentos realizados e descrição de itens a fim de se ter uma cobrança justa desses; também é um instrumento legal, por conter todos os registros pertinentes ao cliente, conferindo segurança, tanto para a equipe quanto para o cliente (CARBONI; REPPETTO, 2005).

Um outro estudo sobre a temática, realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, ressaltou a falta de valorização das anotações feitas pelas enfermeiras e equipe de enfermagem, bem como a superficialidade das anotações existentes. A partir desses resultados foi proposto um treinamento a fim de conscientizar sobre esta fase do processo de enfermagem e sua padronização (SUAREZ et al., 2000).

Para Mazza et al. (2001), o processo de trabalho da enfermagem é permeado pelos registros formais, os quais proporcionam documentação legal da organização e implementação e continuidade da assistência, contribuindo para a visibilidade da enfermagem. Fornecem, ainda, dados para a identificação da responsabilidade profissional.

Segundo referem os autores, os registros ou sua ausência podem gerar implicações legais, pelos conselhos profissionais (Sistema COFEN/COREN), civil ou penalmente. Portanto, o enfermeiro precisa estar consciente da sua obrigação e da sua responsabilidade perante a equipe de enfermagem que coordena, tendo clareza sobre o quê, como e onde registrar. E mais: deve estar alerta para a capacitação, o acompanhamento, a avaliação e a retroalimentação da sua equipe no relacionado aos registros formais de enfermagem.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Material e métodos

4.1.1 Tipo e natureza do estudo

O estudo caracteriza-se como documental, mas com características de exploratório e descritivo, com a abordagem dos dados de natureza quantitativa.

Segundo Tobar e Yalour (2001), um estudo documental é aquele realizado com base em documentos guardados em órgãos públicos ou privados de qualquer natureza, ou com pessoas: registros, atas, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos, balanços, comunicações informais, filmes, microfilmes, fotografias, vídeos, disquetes, diários, cartas pessoais, entre outros. Diante da argumentação, a pesquisa enquadra-se como documental, porquanto a investigação será feita a partir de prontuários.

Apresenta-se, ainda, como exploratória, por investigar as dimensões de um determinado fenômeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais se relaciona. E, descritivo, por permitir resumir, interpretar e comunicar a informação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.1.2 Local e período do estudo

Para a melhor exploração do problema, o estudo desenvolveu-se no período de 2005-2006 em uma unidade de saúde de referência em hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, para o estado do Ceará, localizada na cidade de Fortaleza, que atende, entre outras pessoas, portadores de hipertensão arterial.

Criada em 1988, a unidade tem como objetivo geral educar e controlar o paciente portador de diabetes e hipertensão. Atende em nível secundário os pacientes com DM e HA e desenvolve pesquisas relacionadas à epidemiologia, educação e assistência do diabetes e da hipertensão, bem como promove educação aos profissionais de atendimento e cliente (CIDH, 2006).

A unidade apresenta o seguinte perfil de clientes diabéticos e/ou hipertensos:

- diabéticos e/ou hipertensos com as seguintes complicações crônicas: retinopatia diabética, pé diabético, nefropatia, neuropatia diabética, doença vascular periférica, cardiopatia;
- gestante diabética;
- pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo I ;
- pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo II de difícil controle ou em uso de insulina;
- portadores de endocrinopatias;
- crianças portadoras de puberdade precoce ou distúrbio do crescimento;
- pacientes portadores de hipertensão refratária ou hipertensão secundária.

A unidade referida presta assistência para uma cobertura populacional de 7.430.661 habitantes no estado do Ceará (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE, 2000). Constitui-se de uma unidade de referência secundária que possui uma equipe transdisciplinar, a qual é responsável pela oferta de vários serviços, a saber: serviço médico (cardiologia, endocrinologia, clínica geral, nefrologia, angiologia, oftalmologia, psiquiatria); serviço de enfermagem; odontologia; terapia ocupacional; fisioterapia; nutrição e serviço social.

Além das atividades oferecidas pelas diversas categorias profissionais, destacam-se na unidade os seguintes serviços especializados: um ambulatório para pé diabético; serviço de exames complementares (mapa, ergometria, eletrocardiograma, doppler vascular, ecocardiografia, e retinografia fluoresceínica), serviço de laserterapia e de atendimento em forma de leito/dia, principalmente para pacientes em cetoacidose e crise hipertensiva.

No ano 2000, registrou 21.917 pacientes inscritos, dos quais 71% são pacientes com três ou mais consultas/ano. Atende diariamente uma média de 250 pacientes/dia, no total de 4.000/mês, e está incorporada para colaboração em pesquisas na área de genoma em hipertensão e diabetes com a UPC&IBIMED/CSG (CIDH, 2006).

4.1.3 Universo e população do estudo

O universo do estudo foi representado por prontuários de clientes atendidos na referida unidade de saúde escolhida para a realização do estudo. Entre esses, encontram-se portadores de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, puberdade precoce, baixa estatura, hiper e hipotireoidismo, dislipidemia, entre outros. Dentro desse universo, a população do estudo foi formada pelos prontuários dos clientes de ambos os sexos e de qualquer faixa etária que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Ter diagnóstico médico de hipertensão arterial primária ou essencial sem a presença de outras doenças, tais como neoplasias, doenças hematológicas, doenças neuropsiquiátricas, doenças ósseas, metabólicas e renais;
- Estar cadastrado e acompanhado na unidade de saúde desde julho de 2003;
- Haver registro no prontuário de, pelo menos, uma consulta de enfermagem;
- Ser um prontuário disponível para a consulta do pesquisador.

4.1.4 Procedimento para a coleta de dados e período da coleta

Primeiramente realizou-se um levantamento da totalidade de prontuários de clientes cadastrados na unidade de julho de 2003 a julho de 2005 no lócus do estudo, para a constituição do universo de pesquisa. Foram encontrados 3.606 prontuários. Destes, 313 atendiam ao critério de serem de portadores de hipertensão arterial sem as doenças associadas consideradas para o estudo. O critério de ser um prontuário de um portador de hipertensão arterial foi identificado a partir da observação da estatística por diagnóstico, e compõe-se de um livro de registro no qual são identificados todos os prontuários por diagnóstico médico.

Durante a análise de cada prontuário (313) verificou-se ausência de registro de consultas de enfermagem em 113 prontuários e 25 prontuários não foram analisados por não estarem disponíveis no momento da coleta de dados. Diante disto, foram excluídos do estudo.

Conseqüentemente, após esse último refinamento, a população foi selecionada, e reduziu-se para 175 prontuários. Os dados foram coletados, portanto, a partir da análise das anotações existentes nas consultas de enfermagem registradas nos prontuários. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário (apêndice B), que apresentava como eixo as questões

necessárias para atingir os objetivos do estudo. Além dessas questões, no formulário foram registradas informações sobre os clientes, utilizadas para se interpretar as intervenções encontradas, como idade, sexo, ocupação, estado civil, procedência, fatores de risco, tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Antes de ser utilizado de forma definitiva, esse formulário foi testado com uma pequena parte dos prontuários a título de validação, verificando-se a necessidade de acréscimo de algumas questões. Após a reformulação, o formulário foi considerado adequado.

Para o procedimento de coleta, cada prontuário era examinado e fazia-se a leitura cuidadosa de todas as consultas de enfermagem registradas. O número de consultas constantes em cada prontuário era registrado e as informações dessas consultas eram transcritas na sua totalidade para o instrumento. A coleta foi realizada exclusivamente pela pesquisadora.

Das informações coletadas, foram extraídas aquelas relativas a intervenções de enfermagem. Para que uma intervenção fosse considerada realizada, era suficiente constar, no registro, ao menos, de uma das consultas.

A coleta de dados aconteceu de dezembro de 2005 a janeiro de 2006, nos dias e horários estabelecidos de acordo com a conveniência da instituição.

4.1.5 Organização e análise dos dados

Segundo Minayo (1994), a fase de análise tem como finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos do estudo e/ou responder às questões colocadas. Visa, também, ampliar o conhecimento sobre o assunto abordado, articulando-se ao contexto cultural do qual faz parte.

Os dados constantes nos formulários foram tabulados no Excel XP, o que facilitou a compreensão e análise dos achados. Após a tabulação, as intervenções foram quantificadas, considerando-se cada vez que haviam aparecido nos registros. Por exemplo: se em um prontuário fossem encontrados registros de três consultas de enfermagem e em todos constasse a medida da pressão arterial, contava-se que a intervenção havia sido realizada três vezes.

Foram identificadas as intervenções presentes nas consultas, quantificadas pela frequência absoluta, na tentativa de atingir o objetivo geral do estudo e o primeiro específico. Em razão do grande número de intervenções constantes como registradas apenas uma ou duas vezes, determinou-se que seriam analisadas apenas aquelas ocorridas com uma frequência absoluta igual ou superior a cinco, como segundo objetivo específico do trabalho. Esse número de registros foi escolhido de forma aleatória pela pesquisadora.

As intervenções com frequência absoluta igual ou superior a cinco foram analisadas a partir da preconização do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2001) e V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006).

E como terceiro e último objetivo específico do estudo, mapear as intervenções de enfermagem encontradas, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 1 (CIPE 1), utilizou-se o mapeamento cruzado, já usado em outros estudos, como o de Camiá (2005).

Para propiciar melhor compreensão e facilitar a apresentação dos resultados, optou-se em dividir as intervenções de enfermagem pela linha central ação ou **eixo ação**, proposta pela CIPE 1, por ser um termo que deve ser incluído na elaboração da intervenção de enfermagem.

Para Barros, Vaz e Gerk (2004), na classificação das ações de enfermagem da CIPE – versão Beta 2, a *ação de enfermagem* é definida como o comportamento desempenhado pelas enfermeiras na prática e *intervenção de enfermagem* como a ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem com o objetivo de alcançar um resultado.

A CIPE 1 não estabelece distinção entre o que corresponderia a uma ação e a uma intervenção. Dessa forma, intervenção ou ação de enfermagem seriam termos similares. Porém, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 1, encontra-se a linha central **ação**, a qual apresenta termos que devem fazer parte da intervenção de enfermagem.

Diante disso, o estabelecimento das intervenções ou ações segue algumas recomendações (ICNP, 2005), tais como:

1. Deve incluir um termo da linha central **ação**.

2. Deve incluir pelo menos um termo **alvo**. Um termo alvo pode ser um termo de qualquer outra linha central, exceto a linha central **juízo**.
3. Pode incluir, caso necessário, termos adicionais do eixo **ação** ou de qualquer outra linha central.

A descrição de uma intervenção de enfermagem deve incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo **ação** e, opcionalmente, termos dos outros eixos para expandir ou reforçar a intervenção. A linha central **ação** refere-se a um processo intencional aplicado a um cliente ou executado por esse (por exemplo, educar, administrar e monitorar).

Como se pode perceber, os termos do eixo **ação** da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 1, diferentes da CIPE – versão Beta 2, não se restringem apenas aos comportamentos do enfermeiro, mas também aos do cliente então assistido.

Para atender ao último objetivo proposto para este estudo, as intervenções de enfermagem identificadas no estudo foram mapeadas de acordo com a CIPE 1, utilizando-se o seguinte método:

1. Todas as intervenções de enfermagem apresentadas nos prontuários dos portadores de hipertensão arterial do serviço foram compiladas, organizadas e listadas em um quadro (quadro 1).
2. Os termos utilizados pelos enfermeiros para descrever as intervenções de enfermagem foram comparados com os termos presentes na CIPE 1, ou seja, os dados de intervenções não padronizados foram mapeados em uma linguagem padronizada.
3. A análise da concordância foi realizada pela pesquisadora, baseando-se no critério descrito por Zielstoff et al. (1992) e utilizado por Camiá (2005). Segundo esse critério determina, quando o termo encontrado corresponde exatamente ao termo do sistema de classificação, teria **concordância exata**; apresentando sinônimos e conceitos similares, teria **concordância parcial**, e caso não se encontrasse nenhuma semelhança entre o termo e o sistema de classificação não teria **nenhuma concordância**.

4.1.6 Aspectos administrativos e éticos do estudo

Antes de iniciar-se os procedimentos para a coleta de dados no local escolhido para o estudo, enviou-se um ofício à administração da instituição (apêndice A) solicitando autorização para o acesso aos prontuários, com apresentação dos objetivos do estudo e compromisso da pesquisadora responsável na não identificação da instituição na divulgação dos resultados. Também foi anexada cópia do projeto. Houve anuência por escrito da instituição.

Após sua autorização, a proposta do estudo foi encaminhada para análise e aprovação do Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, com vistas a atender aos aspectos recomendados na Resolução 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

4.1.7 Recursos para o desenvolvimento do projeto

Inicialmente, a fonte financiadora do projeto foi a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), sob a forma de bolsa, porém, após alguns meses, foi transferida para a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A pesquisa também contou com recursos financeiros oriundos do CNPq e da própria pesquisadora.

5 RESULTADOS

Conforme descrito, foram analisados 175 prontuários, dentro de um universo de 3.606, cadastrados na unidade de atendimento de julho de 2003 a julho de 2005, que atenderam aos critérios de inclusão.

Nos prontuários foram encontrados registros de 259 consultas de enfermagem (CE) (média: 1,48 por prontuário). Pela análise das consultas encontrou-se um total de 972 registros de intervenções (média: 3,7 por CE), resultando no total de 63 intervenções de enfermagem diferentes.

Para melhor visualização dos resultados, optou-se por apresentar os achados em três etapas:

- Termos da linha central **ação** identificados nas intervenções registradas nas consultas de enfermagem;
- Intervenções de enfermagem identificadas nos registros das consultas de enfermagem;
- Mapeamento das intervenções de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 1 (CIPE 1);

5.1 Termos da linha central **ação** identificados nas intervenções registradas nas consultas de enfermagem

Os termos da linha central **ação** encontrados nos prontuários de clientes portadores de hipertensão arterial que foram atendidos em consulta de enfermagem estão listadas na tabela 1 por ordem de frequência.

Tabela 1 - Frequência dos termos da linha central **ação** registrados nos prontuários. Fortaleza – Ceará, 2005-2006

TERMOS DA LINHA CENTRAL AÇÃO	N	%
Verificar	819	84,3
Orientar	71	7,3
Encaminhar	65	6,7
Ensinar	7	0,7
Manter	5	0,5
Estimular	1	0,1
Conscientizar	1	0,1
Evitar	1	0,1
Vigiar	1	0,1
Solicitar	1	0,1
TOTAL	972	100,0

Conforme visualizado na tabela 1, foram identificados dez termos da linha central **ação** no total de 972 registros. O termo da linha central **ação** predominantemente identificado foi verificar (84,3%). Esse pode ser conceituado, segundo Ferreira (2004), como um verbo de ação (transitivo direto) que abrange o ato de investigar ou provar a verdade de; além de comprovar a exatidão de; confirmar, corroborar.

5.2 Intervenções de enfermagem identificadas nos registros das consultas de enfermagem

Nas tabelas a seguir e em comentários apontados, compreende-se melhor a relação entre o eixo **ação** do item anterior e as intervenções de enfermagem. Nessas visualizam-se o termo do eixo **ação** seguido das intervenções de enfermagem correspondentes.

Tabela 2 - Frequência dos registros das intervenções de enfermagem relacionadas com o termo verificar em prontuários de um centro de referência para portadores de hipertensão arterial. Fortaleza – Ceará, 2005-2006

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	N	%
Verificar pressão arterial	257	31,4
Verificar peso	217	26,5
Verificar glicemia	212	25,9
Verificar altura	86	10,5
Verificar pulso	30	3,7
Verificar circunferência abdominal	10	1,2
Verificar índice de massa corporal	7	0,9
TOTAL	819	100,0

Foram encontradas sete intervenções de enfermagem relacionadas ao termo verificar da linha central **ação**, no total de 819 registros. Destaca-se a verificação da pressão arterial como a intervenção mais frequente, não só com referência ao termo, mas também em todos os registros analisados (N=972/26,4%).

Tabela 3 - Frequência dos registros das intervenções de enfermagem relacionadas com o termo orientar em prontuários de um centro de referência para portadores de hipertensão arterial. Fortaleza – Ceará, 2005-2006

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	N	%
Orientar a diminuir peso	9	12,7
Orientar sobre a dieta	8	11,3
Orientar orientações	5	7,0
Orientar caminhada	4	5,6
Orientar prevenções	4	5,6
Orientar atividade física	4	5,6
Orientar diminuir NaCl	3	4,2
Orientar conduta	3	4,2
Orientar cuidados gerais	3	4,2
Orientar aumento de hidratação oral	2	2,8
Orientar hidratação da pele	2	2,8
Orientar largar fumo	2	2,8
Orientar cuidados com hipertensão arterial sistêmica	2	2,8
Orientar a não usar temperos industrializados	2	2,8
Orientar cuidados com hipotensão	1	1,4
Orientar diminuir açúcares	1	1,4
Orientar diurese	1	1,4
Orientar higiene geral	1	1,4
Orientar largar álcool	1	1,4
Orientar largar cafeína	1	1,4
Orientar medidas antiestresses	1	1,4
Orientar medidas neurolépticas	1	1,4
Orientar mudança no estilo de vida	1	1,4
Orientar quanto ao retorno para dar continuidade ao tratamento para hipertensão arterial	1	1,4
Orientar receita	1	1,4
Orientar introduzir aveia	1	1,4
Orientar introduzir mamão com água de coco	1	1,4
Orientar introduzir soja	1	1,4
Orientar manter conduta	1	1,4
Orientar quanto resultado de exames	1	1,4
Orientar quanto tratamento	1	1,4
Orientar sobre o que é hipertensão arterial	1	1,4
TOTAL	71	100,0

Na tabela 3 observam-se as intervenções relativas ao termo orientar da linha central **ação**. Comparando com a tabela anterior, constata-se serem em número maior (32), no entanto, com menor frequência de registros (71), demonstrando serem menos significativas na atuação do enfermeiro. Várias intervenções aparecem registradas apenas uma vez. A intervenção *orientar para diminuir o peso* foi a mais presente (9/12,7%), mesmo assim com

baixa frequência. Na comparação com as demais intervenções registradas, representa 0,9% do total de registros das intervenções do estudo (N=972).

Conforme se observa, algumas intervenções relativas ao termo orientar e registradas como *orientações* (sem especificar), *prevenções*, *conduta*, *cuidados gerais* e *manter conduta* são pouco claras. Representam uso inapropriado de termos ou apresentam falta de complementação e de especificação de informações necessárias para o esclarecimento da intervenção de enfermagem. Essa falta de clareza no registro das intervenções dificulta o entendimento do que foi abordado na orientação e constitui um problema não só para os enfermeiros, mas, também, para os outros profissionais que atendem o portador de hipertensão arterial e que não conseguem saber o que já foi abordado.

Tabela 4 - Frequência dos registros das intervenções de enfermagem relacionadas com o termo encaminhar em prontuários de um centro de referência para portadores de hipertensão arterial. Fortaleza – Ceará, 2005-2006

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	N	%
Encaminhar ao cardiologista	18	27,7
Encaminhar ao odontologista	12	18,5
Encaminhar ao nutricionista	10	15,4
Encaminhar ao oftalmologista	8	12,3
Encaminhar ao nefrologista	7	10,8
Encaminhar ao ECG	2	3,1
Encaminhar ao fisioterapeuta	2	3,1
Encaminhar ao vascular	2	3,1
Encaminhar ao leito/dia	1	1,5
Encaminhar ao médico	1	1,5
Encaminhar ao serviço social	2	3,1
TOTAL	65	100,0

Das onze intervenções diferentes, a intervenção *encaminhar ao cardiologista* foi a que se fez mais constante, seguida pela intervenção *encaminhar ao odontologista*. Ao se comparar com o total de registros das intervenções identificadas no estudo, representam, respectivamente, 1,8% e 1,2% (N=972).

Tabela 5 - Frequência dos registros das intervenções de enfermagem relacionadas com o termo ensinar em prontuários de um centro de referência para portadores de hipertensão arterial. Fortaleza – Ceará, 2005-2006

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	N	%
Ensinar cuidados nefrológicos	3	42,9
Ensinar cuidados com hipertensão arterial sistêmica	2	28,6
Ensinar cuidados para diminuir o peso	1	14,3
Ensinar exercícios nos pés edemaciados após retorno do trabalho	1	14,3
TOTAL	7	100,0

Foram encontradas apenas quatro intervenções diferentes relacionadas ao termo ensinar, presentes somente sete vezes nos registros analisados. A intervenção *ensinar cuidados nefrológicos* foi a mais predominante, seguida da *ensinar cuidados com hipertensão arterial sistêmica*. Comparando com o total de registros das intervenções do estudo, observa-se que *ensinar cuidados nefrológicos* mostra uma frequência de 0,3% e *ensinar cuidados com hipertensão arterial sistêmica*, 0,2% (N=972).

Os demais termos da linha central **ação**, manter, estimular, conscientizar, evitar, vigiar e solicitar, apareceram nos registros relacionados com poucas intervenções e com baixa frequência de registros. Quanto ao termo manter, apenas *manter cuidados* foi a intervenção indicada em cinco registros. Os demais termos apareceram somente uma vez e sempre com uma intervenção, conforme se segue: *Estimular a adesão ao tratamento* (estimular), *Conscientizar a necessidade de dieta* (conscientizar), *Evitar a bradicardia* (evitar), *Vigiar a pressão arterial* (vigiar) e *Solicitar exames de rotina* (solicitar). As intervenções relativas ao termo manter representaram 6,9% do total de registros das intervenções e as demais, 0,1%.

Aplicando-se às 60 intervenções de enfermagem relacionadas à linha central **ação**, que apareceram registradas no total de 972 vezes, o critério de selecionar-se para análise apenas aquelas que constaram pelo menos cinco registros de consultas de enfermagem, foi elaborada a relação a seguir:

Tabela 6 - Intervenções de enfermagem que tiveram a frequência absoluta de registros igual ou maior que cinco vezes em prontuários de um centro de referência para portadores de hipertensão arterial. Fortaleza – Ceará, 2005-2006

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	Nº DE REGISTROS (N=972)	%
Verificar a pressão arterial	257	26,4
Verificar o peso	217	22,3
Verificar a glicemia	212	21,8
Verificar a altura	86	8,8
Encaminhar ao cardiologista	18	1,8
Encaminhar ao odontologista	12	1,2
Encaminhar à nutrição	10	1,0
Orientar para diminuir peso	9	0,8
Orientar sobre a dieta	8	0,8
Encaminhar ao oftalmologista	8	0,8
Encaminhar ao nefrologista	7	0,7
Orientar orientações	5	0,5
Manter cuidados	5	0,5

Segundo se observa, apenas 13 intervenções constaram dos registros de pelo menos cinco consultas. As intervenções relacionadas com o termo verificar representaram a maior parte dos registros, e com o termo encaminhar, em um total de cinco, o maior número de intervenções.

Apesar de a intervenção *verificar a pressão arterial* ter sido a mais freqüente nos registros (257 vezes), ao ser relacionada com o total de consultas analisadas (259), percebe-se sua ausência em duas consultas. Tendo em vista a observação de diversas consultas realizadas pelos enfermeiros na unidade lócus do estudo, durante as quais a pressão arterial era sempre motivo de atenção, acredita-se ter ocorrido omissão de registros da intervenção.

As intervenções de enfermagem *verificar peso*, *verificar glicemia* e *verificar altura* tiveram uma freqüência, respectivamente, de 22,3%, 21,8% e 8,8% do total de registros de intervenções (N=972). E, em relação ao termo verificar, que englobou 819 registros, representaram 26,5%, 25,9% e 10,5%, respectivamente.

A mensuração do peso encontra-se como uma das atribuições do enfermeiro na assistência do portador de hipertensão arterial durante a consulta de enfermagem

(DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). No entanto, neste estudo, em apenas 217 consultas de enfermagem constaram registros dessa intervenção.

Para uma avaliação adequada da massa corporal do cliente necessita-se tanto das medidas do peso, como da altura. E, quando se relacionam os registros de peso e os de altura encontrados, observa-se que de 259 consultas de enfermagem, o peso constou em 217 e a altura em 86. Portanto, impossibilitam a avaliação do índice de massa corporal em um número significativo de atendimentos.

É indispensável a realização da glicemia capilar nos indivíduos portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, a cada consulta, e nas pessoas com hipertensão sem diabetes concomitante, uma vez ao ano (BRASIL, 2001). Talvez por não ser uma atividade obrigatoriamente realizada em todas as consultas de enfermagem, o registro de sua frequência absoluta correspondeu a 212 verificações de glicemia capilar no total de 259 consultas de enfermagem.

As intervenções inseridas no termo encaminhar constituem o segundo grupo de intervenções mais presentes no total investigado. Foram representadas por *encaminhar ao cardiologista*, *encaminhar ao odontologista*, *encaminhar ao nutricionista*, *encaminhar ao oftalmologista* e *encaminhar ao nefrologista*. Correspondem, respectivamente, a 1,8%, 1,2%, 1%, 0,8%, 0,7% do total de registros de intervenções nos prontuários (N=972) e 27,7%, 18,5%, 15,4%, 12,3%, 10,8% do total de registros com o termo encaminhar (65).

As intervenções de enfermagem relativas a *orientar para diminuir peso*, *orientar sobre a dieta*, *orientar orientações* e *manter cuidados* foram as menos frequentes, com um percentual de 0,8%, 0,8%, 0,5%, 0,5% do total de registros das intervenções de enfermagem (N=972).

5.3 Mapeamento das intervenções de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 1 (CIPE 1)

Do total de 972 registros de intervenções de enfermagem, correspondentes às 60 intervenções identificadas nos prontuários dos clientes portadores de hipertensão arterial

atendidos em consultas de enfermagem, foram obtidos dez diferentes termos da linha central **ação**. Os termos identificados estão todos contemplados na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem – versão 1, seja de forma exata ou parcial, como: verificar, orientar, encaminhar, ensinar, manter, estimular, conscientizar, evitar, vigiar e solicitar. O mapeamento dos termos que constituíram as intervenções de enfermagem em analogia com a CIPE 1 encontra-se no quadro 1.

Quadro 1 - Analogia dos termos utilizados para elaboração das intervenções de enfermagem identificados em prontuários de um serviço de referência para portadores de hipertensão arterial com a CIPE 1. Fortaleza-Ceará, 2005-2006

AÇÕES/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	TERMOS DA CIPE 1
1. VERIFICAR	VERIFICAR
pressão arterial	pressão sangüínea
peso	peso corporal
glicemia	-
altura	altura
pulso	pulso
circunferência abdominal	abdômen
índice de massa corporal	<i>status</i> nutricional
2. ORIENTAR	ORIENTAR
diminuir peso	diminuir peso corporal
dieta	dieta
orientações	orientação
caminhada	caminhada
prevenções	prevenção
atividade física	atividade física
diminuir NaCl	dieta
conduta	conduta
aumento de hidratação oral	aumento de água
hidratação da pele	cuidados com a pele
largar fumo	interromper o uso de tabaco
cuidados com hipertensão arterial sistêmica	cuidados com hipertensão
cuidados gerais	cuidados
a não usar temperos industrializados	ingestão de alimentos
cuidados com hipotensão	cuidados com hipotensão
diminuir açúcares	ingestão de alimentos
diurese	urina
higiene geral	higiene
largar álcool	interromper o uso de álcool
largar cafeína	ingestão de alimentos
medidas antiestresses	medidas para evitar o estresse
medidas neurolépticas	-
mudança no estilo de vida	mudança de vida
quanto ao retorno para dar continuidade ao tratamento para hipertensão arterial	-

receita	prescrição
introduzir aveia	ingestão de alimentos
introduzir mamão com água de coco	ingestão de alimentos
introduzir soja	ingestão de alimentos
manter conduta	continuar conduta
quanto resultado de exames	exames
quanto tratamento	tratamento
sobre o que é hipertensão arterial	hipertensão
3. ENCAMINHAR	REFERIR
cardiologista	serviço médico
odontologista	clínica dental
nutricionista	serviço de nutrição
oftalmologista	serviço médico
nefrologista	serviço médico
ECG	serviço médico
fisioterapeuta	serviço de fisioterapia
vascular	serviço médico
leito/dia	serviço médico
médico	serviço médico
serviço social	serviço social
4. ENSINAR	ENSINAR
cuidados nefrológicos	cuidados
cuidados com hipertensão arterial sistêmica	cuidados com hipertensão
	cuidados para diminuir o peso
	corporal
cuidados para diminuir o peso	exercícios para os pés com
exercícios nos pés edemacionados após retorno do	edema
trabalho	
5. MANTER	CONTINUAR
cuidados	cuidados
6. ESTIMULAR	ESTIMULAR
adesão ao tratamento	adesão ao tratamento
7. CONSCIENTIZAR	ESTIMULAR
necessidade de dieta	necessidade de dieta
8. EVITAR	EVITAR
bradicardia	bradicardia
9. VIGIAR	VIGIAR
pressão arterial	pressão sanguínea
10. SOLICITAR	SOLICITAR
exames de rotina	exames de rotina

No quadro 1, visualizam-se os termos empregados para o estabelecimento das intervenções de enfermagem. Para melhor identificação e análise desses termos, optou-se por dividir as intervenções pela linha central **ação**, já que qualquer termo desse eixo deve constar na intervenção de enfermagem.

Tabela 7 - Concordância dos termos da linha central **ação** encontrados nos registros dos prontuários das consultas de enfermagem a portadores de hipertensão arterial de um serviço de referência, segundo a CIPE 1. Fortaleza – Ceará, 2005-2006

CONCORDÂNCIA	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Exata	7	70,0
Parcial	3	30,0
Nenhuma	-	-
TOTAL	10	100,0

Ao realizar-se o mapeamento dos termos com a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem, observa-se que os dez termos encontrados na linha central **ação** são contemplados por esse sistema de classificação de forma exata ou parcial. Foram considerados contemplados de forma exata os termos: verificar, orientar, ensinar, estimular, evitar, vigiar e solicitar, e, de forma parcial, os termos: encaminhar, manter e conscientizar.

Seguem-se as principais definições dos termos considerados exatos, segundo a CIPE 1 (ICNP, 2005) para a linha central **ação**:

- Verificar – ação de avaliar com as características específicas: estabelecer a verdade ou correção de alguma coisa.
- Orientar – ação de informar com as características específicas: dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados a saúde.
- Ensinar - ação de informar com as características específicas: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde.
- Estimular – ação de executar com as características específicas: incitar ou despertar alguma coisa.
- Evitar – ação de prevenir com as características específicas: afastar-se ou manter-se afastado de alguma coisa.
- Vigiar – ação de monitorizar com as características específicas: averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo.
- Solicitar – ação de coordenar com as características específicas: pedir a alguém que faça alguma coisa, pedir alguma coisa.

Em relação aos termos que não apareceram na forma exata descrita pela CIPE 1, a definição se deu a partir da escolha da pesquisadora por termos com maior aproximação. As ações registradas como *encaminhar* para algum serviço ou profissional foram consideradas como parcialmente similares ao termo referir. Esse termo é definido como: encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou a alguma coisa. Os registros de ações com o termo *manter* foram considerados relativos ao continuar. Continuar, segundo a CIPE 1, significa sequência do tempo com as características específicas de estar ocorrendo sem parar ou pausando em intervalos, sequência ininterrupta. E, finalmente, as ações referentes ao termo *conscientizar* foram consideradas como similares a estimular. Estimular apresenta como definição: incitar ou despertar alguma coisa (ICNP, 2005).

Tabela 8 - Concordância das 63 intervenções de enfermagem encontradas nos registros dos prontuários das consultas de enfermagem a portadores de hipertensão arterial de um serviço de referência, segundo a CIPE 1. Fortaleza – Ceará, 2005-2006

CONCORDÂNCIA	FREQÜÊNCIA	
	N	%
Exata	12	7,9
Parcial	45	87,3
Nenhuma	3	4,8
TOTAL	60	100,0

Na análise da concordância das intervenções de enfermagem constantes nas consultas, conforme se percebe, existe um maior número de termos com correspondência parcial à Classificação Internacional da Prática de Enfermagem – versão 1 do que de termos com correspondência total ou sem correspondência. As intervenções *verificar a altura e pulso; orientar dieta, orientações, caminhada, prevenções, atividade física, conduta e cuidados com hipotensão; estimular a adesão ao tratamento; evitar a bradicardia e solicitar exames de rotina* estão presentes de forma exata na CIPE 1.

Para o enquadramento das demais, buscou-se na CIPE 1 os conceitos similares à intervenção e que, aparentemente, tinham o mesmo significado. Aquelas que puderam ser identificadas por aproximação, no total de 45, foram consideradas como parcialmente presentes e apenas três foram consideradas como não tendo concordância.

As intervenções consideradas como não apresentando concordância com a CIPE 1 foram: *verificar glicemia, orientar medidas neurolépticas e orientar quanto ao retorno para dar continuidade ao tratamento para hipertensão arterial.*

6 DISCUSSÃO

Um dos canais de comunicação passíveis de ser utilizados pela enfermagem é o registro, por meio da escrita. Contudo, a constatação da deficiência do uso desse recurso no processo de comunicação é um problema que vem inquietando vários estudiosos, a exemplo de Consentino e Lunardi Filho (2000). Com base em leituras referentes a anotações/registros de enfermagem, experiências profissionais e reflexões, os autores tentaram definir pressupostos que consideraram essenciais para o desenvolvimento da profissão no relacionado ao tema. Destacaram, também, a necessidade do registro de enfermagem, assim como a sua aplicabilidade e importância para a melhoria da qualidade da assistência/cuidado de enfermagem prestada ao ser humano.

Do ponto de vista da auditoria, o registro ou não das intervenções de enfermagem durante as consultas no prontuário indica como está sendo prestado o cuidado à clientela que procura atendimento nos serviços de saúde. Conforme se sabe, a auditoria apresenta como premissa a avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente, mediante atividades de controle e avaliação de aspectos específicos e dos processos e resultados da prestação de serviços. O registro possibilita, pois, a melhoria da qualidade da assistência prestada e, inclusive, tem valor para cálculos de custos (CARBONI; REPPETTO, 2005).

No presente estudo, segundo verificou-se, do total de 288 prontuários encontrados, apenas em 175 constavam registros de consultas de enfermagem. Esse achado se agrava ao se considerar o período de análise dos prontuários: dois anos. Nesses prontuários foram encontrados 259 registros de consultas e 972 registros de intervenções de enfermagem. Em relação aos registros das intervenções, esses levaram à identificação de 63 diferentes intervenções de enfermagem.

Em face do quantitativo de prontuários analisados, durante o período de dois anos em um serviço que determina uma consulta de enfermagem a cada, aproximadamente, três meses, conforme o quadro situacional do cliente, acredita-se que, além de ausência de registros, tenha ocorrido, também, subnotificação das intervenções executadas. Segundo se supõe, desde sua formação acadêmica, os enfermeiros da unidade onde o estudo foi realizado devem ter recebido informações sobre a importância da atuação no atendimento à clientela não só de

portadores de hipertensão arterial, mas de todas as pessoas que procuram o serviço. Devem ter sido advertidos, também, da necessidade de registrar as intervenções.

Contudo, pela análise dos prontuários, isso não vem ocorrendo. Portanto, é preciso refletir sobre essa prática inadequada e os prejuízos dela decorrentes. Silva e Pimenta (2003) buscaram analisar registros de dor e analgesia em prontuários de doentes hospitalizados, comparando as anotações de enfermagem com o relato dos doentes. Encontraram não só ausência de registros de dores (25,4%), como registros incompletos sobre a dor, com falta de descrição de suas características e dos prejuízos dela advindos. Na opinião dos autores, a adoção de um padrão de avaliação diária do doente, no caso específico, sobre dor, poderia contribuir para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem.

Diante destas evidências, urge se focar, nos cursos que preparam os enfermeiros para atuarem nos programas de tratamento, a importância do registro das consultas. Consoante observado, apesar da utilidade dos registros completos, em muitas das consultas analisadas não havia registro de algumas das intervenções essenciais para o atendimento a portadores de hipertensão arterial, como, por exemplo, a verificação da pressão arterial.

Quando se fala de intervenções de enfermagem sempre se pensa, também, na existência de possíveis diagnósticos para uma determinada clientela. Neste estudo, entretanto, não foi possível correlacionar as intervenções com os diagnósticos de enfermagem, pois, na consulta de enfermagem desenvolvida na unidade, essa etapa não é registrada. Todavia, as intervenções registradas e analisadas estão intimamente relacionadas com as atividades desenvolvidas em serviços de acompanhamento a portadores de hipertensão arterial.

Pode-se mesmo considerar que a não adoção da etapa de diagnósticos de enfermagem, ou a falta de registro dos diagnósticos formulados, estaria prejudicando a quantidade e a qualidade dos registros de enfermagem como um todo. Marin e Azevedo (2003) identificaram as anotações de enfermagem documentadas em prontuários de pacientes internadas em uma enfermaria obstétrica e também não encontraram nesses prontuários registros de diagnósticos de enfermagem. Conforme identificaram, nesses prontuários a prescrição de enfermagem foi encontrada em apenas 16%. Na opinião dos autores, quando o processo de enfermagem não é adotado em todas as suas fases e de forma sistemática, o registro é incompleto e não permite pela sua análise determinar de forma ampla a atuação profissional. Como exemplo, citam o

estudo de Fernandes, realizado em 1989, que constatou melhoria dos registros em relação às características e conteúdo em unidades de enfermagem quando se adotava a sistematização da assistência em todas as suas etapas com o correspondente registro.

Estudos que trabalharam as intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos de enfermagem, como o de Camiá (2005), destacam a importância dessa relação. A autora analisou 52 prontuários, cujos objetivos eram a identificação dos fenômenos e das ações de enfermagem documentadas nos prontuários de mulheres que freqüentam um serviço de planejamento familiar, assim como o mapeamento dos fenômenos e das ações de enfermagem identificadas, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão Beta 2. Obteve como resultados o registro em todos os prontuários de fenômenos e ações, porém, conforme identificou, nem todas as ações correspondiam aos fenômenos, ou seja, a quantidade de ações estava inferior aos fenômenos. Nesse caso, é possível que as ações não tenham sido documentadas no prontuário, embora, em sua grande maioria, estivessem intimamente relacionadas com os fenômenos documentados e com as atividades desenvolvidas em serviços de planejamento familiar.

No presente estudo, o termo da linha central **ação** verificar foi o mais presente nos registros dos enfermeiros durante a consulta de enfermagem. Sete intervenções foram relacionadas a esse termo. Dessas, a mais representativa foi a medida da pressão arterial, seguindo-se da mensuração do peso, glicemia, altura, pulso, circunferência abdominal e índice de massa corporal.

Segundo as recomendações das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), na consulta de enfermagem o enfermeiro deve realizar procedimentos técnicos como verificar a pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal, braquial e do quadril. Contudo, ressalta-se, dentro da abordagem multiprofissional, a assistência prestada pelo enfermeiro não deve constar apenas de procedimentos técnicos, até porque esses não são de competência privativa desse profissional.

O cuidado de enfermagem é específico dessa área e não deve ser igual ao de outros profissionais, pois se o fosse não haveria a necessidade da sua presença na equipe multidisciplinar que acompanha o portador de hipertensão arterial. Um dos principais papéis

do enfermeiro nessa abordagem é a sua atuação educativa junto a essa clientela com vistas a manter os níveis pressóricos controlados dentro de parâmetros considerados normais.

Para melhor compreensão e análise dos dados, foram estudadas aquelas intervenções ocorridas com uma frequência absoluta igual ou superior a cinco vezes, relacionadas com cada termo do eixo **ação**. As que atenderam a esse critério foram: verificação da pressão arterial, peso, glicemia, altura; encaminhamento ao cardiologista, odontologista, ao nutricionista, oftalmologista, nefrologista; orientação para diminuir o peso, sobre dieta e por último manter cuidados.

Na assistência ao portador de hipertensão arterial segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), é imprescindível a verificação da pressão arterial durante a consulta de enfermagem. É importante ressaltar, contudo, não ser essa uma intervenção de competência privativa do enfermeiro.

Conforme determinado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), no plano de reorganização de atenção aos portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, a equipe mínima de Saúde da Família é constituída por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde. Essa equipe deve atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*. Para o enfermeiro são definidas as seguintes atribuições:

1. Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
2. Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
3. Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos;
4. Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);
5. Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;

6. Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;
7. Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades;
8. Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais e do diabetes sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades;
9. Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades;
10. Acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco. Realizar, também, cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco;
11. Realizar glicemia capilar dos pacientes diabéticos, a cada consulta, e nos hipertensos não-diabéticos, uma vez ao ano.

Circulam atualmente as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006). Nelas também se discute a importância da abordagem multiprofissional na atenção ao portador de hipertensão arterial. Nota-se a necessidade dessa atuação, pois a hipertensão constitui-se de uma doença multifatorial que envolve conduta/cuidados voltados para vários objetivos, e assim, com uma abordagem multiprofissional seu tratamento deve ser mais efetivo (BOULWARE et al., 2001).

Quanto à sua composição, a equipe multiprofissional pode abranger todos os profissionais que lidam com portadores de hipertensão arterial: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, fisioterapeutas, musicoterapeutas, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Entre as ações específicas do enfermeiro na participação da equipe multiprofissional, as Diretrizes (2006) destacam:

1. Na consulta de enfermagem:

- medida da pressão arterial com manguito adequado à circunferência do braço; medida de altura e peso com roupas leves e sem sapatos, medida da circunferência da cintura e quadril e cálculo do índice de massa corporal;
 - investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida;
 - orientação sobre a doença e o uso regular de medicamentos prescritos pelo médico;
 - orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares.
2. Acompanhamento do tratamento dos portadores de HA.
 3. Encaminhamento ao médico pelo menos duas vezes ao ano e com maior frequência nos casos em que a pressão não estiver devidamente controlada ou na presença de outras intercorrências.
 4. Administração do serviço.
 5. Delegação e supervisão das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem.

Mesmo sendo essencial a verificação da pressão arterial, no trabalho ora desenvolvido observou-se a falta desse registro em duas das consultas de enfermagem analisadas.

O peso e a altura são medidas indispensáveis para a avaliação da massa corporal, pois a elevação do índice de massa corporal, mais especificamente relacionado ao peso, é um fator predisponente para a hipertensão, e, segundo estudos, é responsável por aproximadamente 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 1997). Diante dessas premissas, existe a crescente necessidade do controle do peso dentro do programa de acompanhamento dessa clientela.

A meta é alcançar o índice de massa corporal inferior a 25 kg/m², embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja suficiente para reduzir a pressão arterial (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). As mesmas Diretrizes consideram ser a verificação do peso imprescindível durante a consulta de enfermagem e há necessidade do seu registro em todas as consultas para que o cliente possa ser avaliado durante o tratamento. Quanto à altura, deve constar seu registro pelo menos no primeiro contato com o cliente, caso já tenha concluído sua fase de crescimento.

No presente estudo, quando se relacionam os registros de peso e altura para a avaliação do IMC, segundo se observa, de 259 consultas de enfermagem, houve o registro do

peso em 217 e da altura em 86. Dessa forma, questiona-se como estaria sendo avaliado o índice de massa corporal desses clientes, haja vista que o número de registros de mensurações de altura representa 39,6% das anotações do peso.

A avaliação dos índices glicêmicos é outro parâmetro de grande importância na consulta de enfermagem (BRASIL, 2001). É fundamental a realização da glicemia capilar nos indivíduos portadores de HA e DM, a cada consulta, e nas pessoas com hipertensão sem diabetes concomitante, uma vez ao ano (BRASIL, 2001).

Embora não exista a obrigatoriedade dessa intervenção em todas as consultas, exceto nos clientes portadores de hipertensão e diabetes, em todos os prontuários deveria haver pelo menos um registro anual. Isso, no entanto, não se verificou.

Outro ponto importante do estudo a ser discutido refere-se aos registros das intervenções de encaminhamentos.

O enfermeiro que atua com portadores de hipertensão arterial, dentro da abordagem multidisciplinar, deve, diante da complexidade da sua clientela e da necessidade de um atendimento mais global, contar com a ajuda de outros profissionais quando a situação de saúde exigir uma resolutividade que foge da sua competência. Como mencionado, o local do estudo é um centro de referência para o estado e um centro de especialidades. Desta forma, os enfermeiros podem realizar encaminhamentos dos clientes que precisam de avaliação para especialistas disponíveis no próprio serviço.

Os encaminhamentos acontecem diante da necessidade de cada cliente, dentro de sua estratificação de risco. De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), para a tomada da decisão terapêutica exige-se a confirmação diagnóstica, seguindo-se a estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores de pressão arterial, a presença de fatores de risco cardiovasculares, as lesões em órgãos-alvo e as doenças cardiovasculares.

Nos registros analisados foram encontrados encaminhamentos para diversas especialidades. Dessas, as mais frequentes foram a cardiologia, a odontologia, a nutrição, a oftalmologia e a nefrologia.

Diante da estratificação de risco abordada, encontrou-se nos registros a existência de fatores de risco importantes que justificam o encaminhamento, como a presença de hipercolesterolemia, sedentarismo, tabagismo, etilismo, obesidade e de antecedentes familiares com alterações cardiovasculares.

De acordo com o Plano de Reorganização da Atenção (BRASIL, 2001), devem ser encaminhados para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo ou com co-morbidades. Também devem ser encaminhados para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que, mesmo apresentando controle dos níveis da pressão arterial e da glicemia, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades, e, finalmente, devem ser encaminhados para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidade, conforme já referido.

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) preconizam o encaminhamento do cliente para o médico pelo menos duas vezes ao ano e com maior frequência quando a pressão não estiver devidamente controlada ou na presença de outras intercorrências.

O portador de hipertensão arterial deve ser avaliado também por um oftalmologista para a realização do exame de fundo de olho, para identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema. Esse exame é imprescindível para a estratificação de risco cardiovascular e decisão terapêutica, assim como para a avaliação do tratamento (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

As repercussões da hipertensão arterial se fazem sentir principalmente no leito vascular de órgãos-alvo, entre eles, o olho, no qual a retinopatia hipertensiva (RH) se destaca.

Ao estudar o assunto, Sakata et al. (2002) avaliaram a prevalência de retinopatia hipertensiva em pacientes hipertensos (controlados e não controlados) e normotensos na população acima dos 40 anos do município de Piraquara. Foram avaliadas 1.741 pessoas. Dessas, 669 (38,43%) eram hipertensas, 645 (37,05%) normotensas e 427 (24,53%) suspeitas de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Encontraram-se 211 (12,12%) pessoas com sinais de

RH. Do total de pessoas com RH, 154 (73%) eram hipertensas, 17 (2,64%) normotensas e 40 (9,37%) suspeitas de HAS. Entre as portadoras de hipertensão arterial, com valores controlados, 12,2% apresentavam sinais de retinopatia. Já entre as portadoras de hipertensão arterial com os níveis de pressão arterial não controlados, 25,3% apresentavam sinais da doença. Conforme concluíram os autores, a prevalência de RH foi maior nas pessoas portadoras de hipertensão comparativamente às normotensas e suspeitas de HAS ($p < 0,001$, $OR = 5,32$).

Em relação ao nefrologista, o cliente precisa ser avaliado sobretudo para esse profissional poder identificar lesões no parênquima renal, o que também influenciará na estratificação de risco cardiovascular e decisão terapêutica.

Na opinião de Romão Júnior (2004), são de extrema importância a detecção precoce da doença renal e a tomada de condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão, pois essas podem reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à doença renal crônica. Como as duas principais causas de insuficiência renal crônica são a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, quem cuida desses pacientes são os médicos clínicos gerais que trabalham na área de atenção básica à saúde. Ao mesmo tempo, os portadores de disfunção renal leve apresentam quase sempre evolução progressiva, insidiosa e assintomática, dificultando o diagnóstico precoce da disfunção renal. Assim, a capacitação, a conscientização e vigilância do médico de cuidados primários à saúde são essenciais para o diagnóstico e encaminhamento precoce ao nefrologista e à instituição de diretrizes apropriadas para retardar a progressão da doença renal crônica, prevenir suas complicações, modificar co-morbidades presentes e preparar adequadamente uma terapia de substituição renal.

O trabalho de Lopes et al. (2002) mostra o resultado de uma avaliação da influência da hipertensão arterial diagnosticada durante os primeiros dois meses de acompanhamento com a incidência de doença renal terminal (DRT) em negros e mulatos portadores de glomerulonefrite, levando em consideração a idade, o sexo e o diagnóstico histológico. O estudo se caracterizou como de coorte retrospectivo, baseado em uma amostra de 120 pacientes negros e mulatos: 26 com glomerulonefrite membranoproliferativa (GNMP), 58 com glomeruloesclerose segmentar e focal (GSF) e 36 com outros tipos de glomerulonefrites (OTGN).

Segundo observaram, a hipertensão foi considerada presente em pacientes usando anti-hipertensivos e em adultos apresentando média de três medidas de pressão arterial (PA) sistólica igual ou superior a 140 ou média das correspondentes medidas da PA diastólica igual ou superior a 90 mmHg. Para a faixa etária igual ou inferior a 18 anos foram utilizados os critérios da "Task Force on Blood Pressure in Children".

A partir do diagnóstico médico de HA no início do acompanhamento em 48 dos 120 pacientes (41,6%), conforme constataram, a incidência de DRT foi aproximadamente 2,6 vezes maior em pacientes hipertensos (risco relativo (RR) = 2,62; intervalo de confiança (IC) 95% = 1,01-7,03; $p=0,031$). A associação entre HA e aumento da incidência de DRT foi similar entre o grupo com idade menor ou igual a 18 anos e o grupo com idade superior a 18 anos. Mesmo após o ajuste para idade, sexo e tipo histológico, a incidência de DRT permaneceu maior (e marginalmente significativa) em hipertensos que em normotensos (RR ajustado = 2,15; IC 95% = 0,86-5,39; $p=0,07$). De acordo com os resultados, a detecção precoce de HA em negros e mulatos com glomerulonefrite ajuda a identificar pacientes com maior risco de DRT, independente da idade, do sexo e do tipo histológico.

Consoante verificado, a presença de um odontólogo ainda não consta como obrigatória na composição da equipe que atende os portadores de hipertensão arterial, mas a unidade do estudo conta com atenção à saúde bucal no próprio local. Diante da necessidade do cliente, o enfermeiro o encaminha ao setor especializado.

De acordo com o estudo de Silva (2005), a presença de um odontólogo é relevante, porquanto o aumento da sobrevida e, conseqüentemente, o crescimento da população idosa fazem ressurgir nos dias de hoje a busca por uma vida com mais qualidade e saúde. Portanto, a manutenção do sistema estomatognático de pacientes senescentes é de extrema importância, pois é através dele que o indivíduo se alimenta.

Quando o enfermeiro percebe certo grau de dificuldade/resistência do cliente em relação ao seu padrão alimentar, deve encaminhá-lo à consulta de nutrição. Nessa, segundo o estabelecido nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), serão realizadas as medidas da pressão arterial; de altura e peso; da circunferência da cintura e quadril e o cálculo do índice de massa corporal. Além disso, deverá ser realizada a anamnese alimentar,

avaliando frequência, quantidade e qualidade de alimentos, intolerâncias e alergias alimentares; diagnóstico nutricional; prescrição e orientação específica da dieta, considerando aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais, com ensinamentos que possibilitem preparações alimentares saborosas, práticas e saudáveis; identificação dos alimentos *diet* e/ou *light* e do teor de sódio existente nos alimentos processados; avaliação da interação de alimentos e/ou nutrientes com medicamentos; seguimento da evolução nutricional e por último a educação nutricional.

As orientações referentes ao consumo de certos nutrientes passíveis de induzir respostas às vezes indesejáveis na pressão arterial e no sistema cardiovascular podem ser prestadas pelo profissional nutricionista e igualmente pelo enfermeiro como parte de suas ações educativas. Deve-se chamar atenção para os tipos diferentes de alimentos, lembrando que os “de risco”, ricos em sódio e gorduras saturadas, por exemplo, devem ser evitados, ao passo que os “de proteção”, ricos em fibras e potássio, são permitidos (MILLEN et al., 2001).

Como recomendado pela Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), o hábito alimentar do portador de hipertensão arterial deve incluir: redução da quantidade de sal na elaboração de alimentos; retirada do saleiro da mesa; restrição das fontes industrializadas de sal: molhos prontos, sopas em pó, embutidos, conservas, enlatados, congelados, defumados e salgados de pacote de *snacks*; uso restrito ou abolição de bebidas alcoólicas; preferência por temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, em substituição aos similares industrializados; redução de alimentos de alta densidade calórica, substituindo doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas, diminuindo o consumo de bebidas açucaradas e dando preferência a adoçantes não calóricos; inclusão de, pelo menos, cinco porções de frutas/verduras no plano alimentar diário, com ênfase em vegetais ou frutas cítricas e cereais integrais; opção por alimentos com reduzido teor de gordura, mono ou poliinsaturadas, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco; ingestão adequada de cálcio pelo uso de produtos lácteos, de preferência, desnatados; busca de forma prazerosa e palatável de preparo dos alimentos: assados, crus e grelhados; plano alimentar que atenda às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo/família (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Entre os principais fatores de risco ambientais para o aparecimento da hipertensão arterial considerados passíveis de modificação sobressaem os hábitos alimentares inadequados, principalmente a ingestão excessiva de sal e o baixo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool. É importante ressaltar que o controle desses fatores possibilita a redução da PA e diminuição do risco cardiovascular (PAS/OMS, 2003).

É extremamente relevante o controle de peso pelo cliente portador de hipertensão arterial, conforme discutido. E, diante desse fato, o enfermeiro trabalha de forma bastante atuante ao desenvolver ações educativas a partir de orientações e ensinamentos para o portador e sua família, sempre que possível.

Tradicionalmente os enfermeiros são reconhecidos como protagonistas do cuidado e historicamente envolvidos em ações educativas como, por exemplo, orientar, treinar e encaminhar, realizando muitas intervenções para minimizar a ruptura ou desequilíbrio que desencadeiam respostas emocionais e espirituais nos clientes e seus familiares (CARMAGNAMI, 1999). Desta forma, considera-se que orientar tenha importância crucial como ação de enfermagem.

No estudo, foram encontrados 71 registros referentes à ação **orientar**, ou seja, apenas 7,4% do total de registros de intervenções. Mesmo diante da questão da quantidade e qualidade de registros que estão sendo analisados e que podem estar comprometendo os resultados encontrados, considera-se ser muito baixo o número de intervenções registradas nessa ação, talvez pela complexidade envolvida com o fato de orientar. Segundo demonstrado por estudos, a orientação implica um mecanismo elaborado, baseando-se na experiência e nos conhecimentos do orientador e do orientando, auxiliando esse último a analisar diferentes opções, para tornar-se apto a descobrir novos caminhos (VITIELLO, 2002). No entanto, é indispensável o enfermeiro aprofundar seu conhecimento sobre esse aspecto de sua prática profissional, pois a cada dia novos estudos são realizados comprovando a importância da educação em saúde.

Sobre o assunto, outros estudos foram produzidos, como o de Hammerschmidt e Lisboa (2004), que desenvolveram um processo de educação em saúde com um grupo de pacientes adultos e de terceira idade. Conforme relataram, a enfermagem nos últimos anos, na

visão da educação, tem se preocupado em resgatar o indivíduo como cidadão. Como prática de educação em saúde tem acompanhado as mudanças no papel social da profissão. Porém, os enfermeiros na prática diária muitas vezes reproduzem o modelo proposto de busca da cientificidade pautado na concepção mecanicista de saúde-doença que vê o indivíduo como “objeto”. O trabalho por elas elaborado permitiu vivenciar a importância da educação em saúde e demonstrou a necessidade contínua do profissional enfermeiro nas ações educativas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Menciona-se, também, o estudo de Rocha e Silva (2004). Eles analisaram a contribuição de um grupo de auto-ajuda, com base na educação em saúde, para o processo de adaptação das pessoas portadoras de hipertensão arterial à sua condição de saúde-doença. Os resultados mostraram a necessidade de promoção de saúde, com ênfase nas principais orientações, pois estas, muitas vezes, não são assimiladas e, por isso, dificultam o processo de adaptação. O estudo sugere a prática de educação em saúde a fim de permitir que as pessoas sejam participantes na construção do seu novo estilo de vida.

Sobressai, ainda, o de Cabrera-Pivaral et al. (2004), os quais realizaram um estudo para identificar o impacto de educação participativa no índice de massa corporal e glicemia em indivíduos obesos com diabetes tipo 2, e constataram que a intervenção educativa participativa, mediante reflexão-ação do portador desse tipo de diabetes, oferece benefícios no controle da glicose sanguínea e no índice de massa corporal.

Consoante se percebe, estudos relacionados à educação em saúde ainda relatam certa dificuldade do enfermeiro desenvolver atividades educativas, pois essas, conforme o presente estudo, são quase inexistentes nos registros de enfermagem. Neste, aponta-se para diversas intervenções relacionadas a essa ação, no entanto verificou-se que são citadas poucas vezes nos registros. Apresentam-se com uma frequência absoluta de uma vez a, no máximo, nove vezes em um contingente de 972 registros de intervenções de enfermagem.

Alguns registros de intervenções evidenciaram dificuldade para serem analisados. Entre eles o registro de *orientações* (sem especificar em que consistiriam essas orientações) e *manter cuidados*, que, igualmente, é vago e não possibilita o seguimento da aprendizagem do paciente. Aparentemente o registro de *manter cuidados* se refere à manutenção de cuidados

enfocados em consultas anteriores. Esta expressão é mais constante em prescrições médicas e muitas vezes é registrada de forma rotineira.

Um estudo desenvolvido no Hospital das Clínicas da Universidade do Paraná ressaltou a falta de valorização das anotações pelas enfermeiras e equipe de enfermagem, bem como a superficialidade das anotações. A partir disso, foi proposto um treinamento a fim de conscientizar sobre esta fase do processo de enfermagem e sua padronização (SUAREZ et al., 2000). Avaliações similares devem ser incentivadas em outros serviços, com vistas a capacitar os enfermeiros para poderem documentar sua prática de forma adequada.

A última etapa prevista do estudo ora elaborado foi a realização do mapeamento cruzado das intervenções registradas nas consultas de enfermagem com as ações e intervenções presentes na CIPE 1.

Com referência aos termos da linha central **ação** a analogia foi 100%. Quanto às intervenções, a maior parte teve concordância parcial. No entanto, três intervenções não tiveram paralelo com os termos da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem 1. Camiá (2005), ao analisar intervenções de enfermagem em consultas de planejamento familiar, identificou uma ação e uma intervenção que não estavam incluídas na CIPE 1. A ação encontrada foi **retornar** e a intervenção relacionava-se a essa ação. Conforme a autora comenta, a ação **orientar** seria mais apropriada para o registro da intervenção, mesmo apesar dessa intervenção não constar da CIPE 1.

No presente estudo, as intervenções não encontradas na CIPE 1 (*verificar glicemia, orientar medidas neurolépticas e orientar o retorno para dar continuidade ao tratamento da hipertensão arterial*) não puderam ser encontradas, porque *glicemia* e *orientar retorno* não constam, e quanto a *orientar medidas neurolépticas*, não foi possível identificar do que constava. Neurolépticos são medicamentos antipsicóticos, levando à suposição de que medidas neurolépticas seriam técnicas de relaxamento. Como mencionado, a falta de clareza no registro compromete a compreensão da equipe e dificulta o seguimento do paciente. Para evitar esses problemas, os estudiosos recomendam que os enfermeiros vejam as anotações como meios de comunicação que devem ser eficazes na condução das mensagens (CARBONI; REPETTO, 2005).

A falta de inclusão do termo *glicemia* na CIPE 1 parece estranha, e se acompanha da falta de outros termos na mesma temática, como *diabetes*. De acordo com o argumentado por Camiá (2005), alguns termos poderiam não estar incluídos por serem referentes a áreas específicas, mas em relação à presente situação, outros termos aproximados estão presentes, como *hipoglicemia* e *hiperglicemia*.

É importante ressaltar esses aspectos, pois a CIPE 1 propõe-se a ser uma linguagem universal e uma tentativa de unificação desta junto à assistência, seja de um portador de hipertensão arterial, como de qualquer outro cliente necessitado de cuidados. Dessa forma, todos os termos devem ser nela contemplados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo foi realizado pela análise de 175 prontuários de pacientes portadores de hipertensão arterial atendidos em um centro de referência em hipertensão arterial da cidade de Fortaleza – Ceará, com o objetivo principal de identificar as intervenções de enfermagem documentadas nos prontuários dessa clientela. Além desse objetivo geral, buscou-se, também, detectar a frequência dos registros dessas intervenções nas consultas de enfermagem; analisar, a partir da preconização do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2001) e V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), as intervenções que ocorreram com uma frequência igual ou superior a cinco vezes nos registros, e mapear as intervenções de enfermagem encontradas, segundo a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem 1.

Foram identificados registros de 259 consultas de enfermagem (média: 1,48 consulta por prontuário) e 972 registros de intervenções (média: 3,7 registros de intervenções por consulta), no total de 60 intervenções diferentes.

Revelou-se significativo o número de prontuários sem registros de consultas de enfermagem, sobretudo ao se levar em conta terem sido analisadas consultas ao longo de dois anos e o fato do estudo haver sido realizado em um centro de referência onde os pacientes são atendidos, pelo menos a cada três meses, pelo enfermeiro. Confirmam-se os achados de que o enfermeiro ainda não está preocupado com a documentação de sua prática, e isto prejudica não só a assistência, mas também a realização de estudos destinados a investigar essa prática. O registro é um elemento importante para a avaliação dos procedimentos implementados em determinada situação. Compreende o acompanhamento e a análise da evolução do cliente e, conseqüentemente, do seu estado de saúde. A partir da avaliação, é possível determinar que ações foram efetivas, e as que foram pouco efetivas ou mesmo inefetivas diante dos problemas do cliente. Esta fase é básica para a reformulação de todo o plano de cuidados (ZAGONEL, 2001).

Ainda segundo a mencionada autora, o registro serve de subsídio a pesquisas, envolvendo sentimentos, percepções dos clientes diante da consulta de enfermagem, dados quantitativos, levantamento de problemas mais incidentes em determinado grupo populacional e modelos de implementação de teorias ou referenciais de enfermagem.

Dentro de uma abordagem multiprofissional a anotação de enfermagem registra informações fundamentais para toda a equipe. É um meio de comunicação escrita ao qual todos têm acesso, e serve como subsídios fundamentais para a continuidade da assistência ao cliente. Do ponto de vista administrativo, permite a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente, assim como a observação dos procedimentos realizados e descrição de itens exigidos a fim de ter uma cobrança justa destes. É também um instrumento legal, pois, em virtude de conter todos os registros pertinentes ao cliente, estabelece segurança, tanto para a equipe quanto para o cliente (CARBONI; REPETTO, 2005).

Anotações sobre a intervenção de enfermagem *verificar a pressão arterial* foram as mais presentes nos registros, significando ser essa uma intervenção executada em quase todas as consultas realizadas no serviço. Mesmo assim, parece estranho não constar da sua totalidade, porque se trata de uma intervenção básica para se avaliar as condições do paciente portador de hipertensão arterial. Outras intervenções, também consideradas essenciais na consulta de enfermagem nos Programas de Controle e Tratamento de Hipertensão, como, *Estimular a adesão ao tratamento* (estimular), *Conscientizar a necessidade de dieta* (conscientizar), *Evitar a bradicardia* (evitar), *Vigiar a pressão arterial* (vigiar) e *Solicitar exames de rotina* (solicitar), foram identificadas com apenas um registro nos prontuários investigados.

Ao se analisar as intervenções registradas com uma frequência absoluta igual ou superior a cinco vezes com base no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2001) e V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), observa-se que estas, em sua grande maioria, correspondiam ao proposto para o atendimento ao portador de hipertensão arterial.

Conforme se percebe, tanto o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2001) como as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) são unânimes em um aspecto: a atuação do enfermeiro é de extrema importância no atendimento ao portador de hipertensão arterial, a partir de uma abordagem multiprofissional. E essa atuação se faz presente, mais especificamente, por intermédio da consulta de enfermagem, a qual, segundo Zagonel (2001), é uma atividade

privativa do enfermeiro que enfatiza a proteção e promoção da saúde, tendo o ser humano como sujeito e como marco referencial as teorias de enfermagem. A consulta de enfermagem é a aplicabilidade do processo de enfermagem em nível ambulatorial. Tal processo oferece aos enfermeiros uma forma lógica, sistemática e racional de organizar informações, de modo que o cuidado de enfermagem seja apropriado e efetivo.

Ao atuar na consulta de enfermagem, o enfermeiro coloca em prática uma ação transformadora, e, desse modo, distancia-se do modelo mecanicista e tecnicista, executando um modelo de compreensão, respeito, sensibilidade, solidariedade, dimensões que compõem o cuidado (ZAGONEL, 2001).

Em face, porém, dos resultados obtidos no presente estudo, segundo constatou-se, a maior frequência dos registros das intervenções estava relacionada ao ato de verificar, isto é, ligada a procedimentos técnicos. Diante disso, pode-se supor que a consulta estaria, ainda, voltada para o modelo tradicional biomédico, não assumindo o enfermeiro sua verdadeira responsabilidade, qual seja, educar para a transformação do portador de hipertensão arterial.

Consoante estabelecido, o último objetivo do estudo foi mapear as intervenções de enfermagem encontradas segundo a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem 1. A CIPE 1 demonstrou ser bastante abrangente, pois as intervenções de enfermagem identificadas em prontuários apresentaram, em sua maioria, concordância exata e parcial.

As justificativas para a elaboração da CIPE foram vinculadas, principalmente, à falta de um sistema e de uma linguagem específica da profissão, exigência indispensável para que a enfermagem possa contar com dados confiáveis na formulação de políticas de saúde, na contenção de custos, na informatização dos serviços de saúde, na crescente valorização nas classificações médicas e como propósito para controlar seu próprio trabalho. Esse fato tem impulsionado a enfermagem para demonstrar sua importância na contribuição nos serviços de saúde, no crescimento do significado de padronização e na necessidade urgente de ter uma linguagem capaz de descrever e comunicar as atividades de enfermagem (ICN, 1992).

Ante as lacunas identificadas nos registros das consultas de enfermagem, fica evidente a urgência de um melhor preparo dos executores desta atividade e da ação efetiva de uma

equipe interdisciplinar com vistas a produzir melhoria nos cuidados prestados ao cliente portador de hipertensão arterial.

Este estudo não se encerra aqui; não é um fim em si mesmo, mas apenas uma oportunidade para que outras investigações sobre a temática possam ser produzidas. Espera-se, não obstante, ter contribuído, de alguma forma, para estimular o desenvolvimento, a habilidade e o aperfeiçoamento da consulta de enfermagem, o que influi, significativamente, na qualidade da assistência prestada ao cliente.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, M. J. M. A prática de enfermagem e os sistemas de classificação: a ótica da ABEn. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. (Org.) **Sistemas de classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem/Idéia, 2000. p. 9-18.
- BARROS, S. M. O.; VAZ, M. J. R.; GERK, M. A. S. Identificação e classificação das ações de enfermagem para gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana. **Einstein**, v. 2, n. 1, p. 14-19, 2004.
- BLEGEN, M. A.; TRIPP-REIMER, T. Implications of nursing taxonomies for middle-range theory development. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 19, n. 3, p. 37-49, 1997.
- BRASIL. Lei nº 7.498, 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273-9275.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, p.15-25, 1996. Suplemento.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília, 2001. 102 p.
- BOULWARE, L. E.; DAUMIT, G. L.; FRICK, K. D.; MINKOVITZ, C. S.; LAWRENCE, R. S.; POWE, N. R. An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. **Am. J. Prev. Med.**, v. 21, n. 3, p. 221-232, Oct. 2001.
- CABRERA-PIVARAL, C. E.; GONZÁLEZ-PÉREZ, G.; VEGA-LÓPEZ, M. G.; ARIAS-MERINO, E. D. Impacto de la educación participativa en el índice de massa corporal y glicemia en individuos obesos com diabetes tipo 2. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 275-281, jan./fev. 2004.
- CAMIÁ, E. K. G. **Fenômenos e ações de enfermagem identificados em consultas de planejamento familiar segundo a CIPE**: versão beta 2. 2005. 152 f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.
- CARMAGNAMI, M. I. S. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes submetidos à laringectomia total e parcial**. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.
- CARBONI, R. M.; REPETTO, M. A. Anotação de enfermagem: um instrumento assistencial, administrativo e legal. **Rev. Paul. Enf.**, v. 23, n. ¾, p. 260-264, 2005.
- CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf., USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 259-269, dez. 1991.

CARPENITO, L. J. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação:** diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem:** aplicação à prática clínica. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CARVALHO, L. D. P. **Diagnósticos de enfermagem no período perioperatório de cirurgia cardíaca valvar.** 2003. 123 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

CENTRO INTEGRADO DE DIABETES E HIPERTENSÃO (CIDH). O Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão. Fortaleza, 2006. Disponível em: <http://www.upcibimed.ufc.br/5i_Pesquisa.html>. Acesso em: 27 jul.2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 159, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Documentos básicos de enfermagem:** principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. São Paulo, 1993. p. 101-102.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ed. Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. 385 p.

COMITÊ DE CONSULTA DE ENFERMAGEM. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 32, p. 407-408, 1979.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) - versão Beta 2.** São Paulo, 2003.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3. São Paulo, 1998.

CONSENTINO, S. F.; LUNARDI FILHO, W. D. Anotações/registros de enfermagem: uma prática educativa em busca de uma outra ação. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n.2, pt. 1, p. 147-157, maio/ago. 2000.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Lei do exercício profissional.** Fortaleza, 1995.

COSTA, F. B. C. **A consulta de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial no programa saúde da família.** 2005. 54 p. Monografia (Especialização) - Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

CRUZ, I. C. F. **Diagnósticos de enfermagem:** estratégia para sua formulação e validação. 1993. 157 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4. Campos do Jordão, 2002. 40 p.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 5. São Paulo, 2006. 48 p.

EGRY, E. Y. et al. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva: a experiência brasileira. In: CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. (Org.). **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva**: CIPESC. Brasília: ABEn, 1999.

FERNANDES, R. A. Q. **Estudo da influência do processo de enfermagem na qualidade das anotações no prontuário**. 1989. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004. 2120 p.

FONSECA, R. M. G. S.; CHIESA, A. M.; OLIVEIRA, M. A. C. A práxis da enfermeira na prevenção do câncer ginecológico num contexto de integração docente assistencial. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 321-331, 1994.

FRANÇA, U. M. Identificação de diagnósticos de enfermagem da CIPE – Versão Beta em pacientes com hanseníase. **Revista da ADUFPB – JP**, p. 49-53, dez. 2000.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I., GIUGLIANI, E. R. J. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 66, p. 641-656.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo: [s.n.], 2004. v. 2, p. 37-63.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; SOUSA, M. C. M. Validação das definições de termos identificados no projeto CIPESC para o eixo foco da prática de enfermagem da CIPE. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 55, n. 1, p. 52-63, jan./fev. 2002.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LISBOA, M. C. Educação em saúde para pessoas idosas com diabetes *mellitus*. **Rev. Nursing**, v. 79, n. 7, dez. 2004.

HOOD, G. H.; DINCHER J. R. **Fundamentos e práticas de enfermagem**: atendimento completo ao paciente. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico, 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002censo.shtm>>. Acesso em: 27 jul. 2006.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **International classification for nursing practice**: version 1.0. Geneva, 2005. 210 p.

_____. **International classification for nursing practice**: beta. Geneva, 1999.

_____. **La clasificación internacional para la práctica de enfermería: um marco unificador: la versión alfa.** Geneva, 1996. 252 p.

_____. **Actualización:** nueva versión beta de la CIPE: actualización de la CIPE. Ginebra, 1998.

_____. **CIPE:** classificação internacional para a prática de enfermagem beta 2. Conselho internacional de enfermagem. Tradução de Heimar de Fátima Marin. São Paulo: CENFOBS, 2003.

_____. **ICNP Beta 2:** international classification for nursing practice (ICNP). Geneva, 2002. Disponível em: <<http://icn.ch/icnpupdate.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2002.

_____. **Proyecto ICNP para los países financiados por la fundación W.K. Kellogg.** Disponível em: <<http://www.icn.ch/icnpkelloggsp.htm>>. Acesso em: 1º jul. 2004.

_____. The birth of ICNP idea. **Int. Nurs. Review**, v. 39, n.4, p. 1-41, 1992.

IYER, P. R.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JOHNSON, M. et al. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem:** ligações entre NANDA, NOC e NIC. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LAVÍTOLA, P. L. Hipertensão arterial. **Rev. Racine**, v. 59, p. 50-51, nov./dez. 2000.

LOPES, A. A.; SILVEIRA, M. A.; MARTINELLI, R.; NOBLAT, A. C. B. Influência da hipertensão arterial na incidência de doença renal terminal em negros e mulatos portadores de glomerulonefrite. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 48, n. 2, p. 167-171, 2002.

LOPES, M. L. H. **Consulta de enfermagem ao portador de hipertensão arterial:** trabalhando o autocuidado. 2003. 110 p. Dissertação (Mestrado) - Mestrado Interinstitucional. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Maranhão, Fortaleza, 2003.

MACIEL, I. C. F. **Fatores intervenientes na consulta de enfermagem a portadores de hipertensão arterial:** contribuições para as intervenções de enfermagem. 2000. 123 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

MACIEL, I. C. F.; ARAUJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 207-214, mar./abr. 2003.

MARIN, H. F.; AZEVEDO, C. M. A. Avaliação da informação registrada em prontuários de pacientes internadas em uma enfermaria obstétrica. **Acta Paul. Enferm.**, v. 16, n.1, jan./mar. 2003.

MARIN, H. F. **Documentação de enfermagem**: representação da terminologia em um sistema de classificação. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MARIN, H. F. O vocabulário em enfermagem: uma revisão. **Acta Paul. Enf.**, v. 9, n. 3, p. 68-75, 1996.

MARTINHO, N. J. **Guia de conduta em pré-natal**: desenvolvimento de tecnologia em enfermagem à luz da CIPE: versão alfa. 2000. 127 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

MAZZA, V. A.; WESTPHALEN, M. E. A.; KLETEMBERG, D. F.; SOPPER, C. R. Instrumentalização para registrar em enfermagem. In: WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB Editora, 2001. p. 137-146.

MILLEN, B. E.; QUATROMONI, P. A.; COPENHAFFER, D. L.; DEMISSIE, S.; O'HORO, C. E.; D'AGOSTINO, R. B. Validation of a dietary pattern approach for evaluation nutritional risk: the Framingham Nutrition Studies. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 101, n. 2, p. 187-194, Feb. 2001.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 80 p.

MOREIRA, T. M. M. **Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial**: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza-Ceará. 2003. 260 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

NIELSEN, G. H.; MORTENSEN, R. A. The architecture for an international classification for nursing practice (ICNP). **Int. Nurs. Rev.**, v. 43, n. 6, p. 175-182, 1996.

NIGTHINGALE, F. **Notas de enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1989. 174 p.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE**: versão Alfa. João Pessoa: Idéia, 2000.

OLIVEIRA, T. C. de; ARAUJO, T. L. de; MELO, E. M.; ALMEIDA, D. T. de. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Rev. Latinoam Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 530-536, jul./ago. 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/ga/facts.shtml>>. Acesso em: 28 mar. 2007.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. **Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería**. Washington, D.C., 2001. 160 p.

PALMEIRA, I. L. T. **Fenômenos de enfermagem relacionados ao termo “razões para as ações” em mulheres atendidas em um serviço de ginecologia de Fortaleza–Ceará.** 2005. 109 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

PAUL, C.; REEVES, J. S. Visão geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, J. B. (Colab.). **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4. ed. Porto Alegre: ARTMED. 1995. cap. 2, p. 22-32.

PIERIN, A. M. G.; CAR, M. R. Instrumentos de consulta de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 26, n. 1, p.17-32, mar. 1992.

PIERIN, A. M. G.; SANTELLO, E. L.; MION JR., D. A medida da pressão arterial na clínica. In: AMODEO, C.; LIMA, E. G.; VASQUEZ, E. C. **Hipertensão arterial.** São Paulo: Savier, 1997. cap. 8, p.73-78.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 487 p.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2006. 1976 p.

PÓVOA, R.; GALVÃO, L. **Crises hipertensivas** [artigo científico]. 2002. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dmed/cardio/ch/crises.htm>>. Acesso em: 28 mar. 2007.

RIBEIRO, A. B. Conceito, determinação e classificação da hipertensão arterial. In: _____. **Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica.** São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 1, p. 1-7.

ROCHA, L. A.; SILVA, L. F. Viver com hipertensão arterial: modo adaptativo fisiológico e necessidade de educação em saúde. **Rev. Paul. Enf.**, v. 23, n. 2, p. 114-152, 2004.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **J. Bras. Nefrol.**, v. 24, n. 3, p. 1-3, ago. 2004. Suplemento.

SAKATA, K.; SAKATA, V.; BARRETO JUNIOR, J.; BOTTÓS, K. M.; BOTTÓS, J. M.; DUARTE FILHO, N. P.; BUSATTO, D. Hipertensão e retinopatia hipertensiva. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 65, n. 2, p. 207-211, mar./abr. 2002.

SANTOS, I.; et al. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções.** São Paulo, v. 2, p. 37-63, 2004.

SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, R. M. **Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado.** Fortaleza: UNIFOR, 2002. 96 p.

SILVA, I. A. et al. A participação do Brasil no projeto de classificação internacional das práticas de enfermagem. In: GUEDES, M. V. C.; ARAUJO, T. L. (Org.). **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem.** 2. ed. Brasília: ABEn, 1997.

SILVA, V. C. C. **Avaliação bucal e nutricional de pacientes senescentes**. 2005. 107 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA, Y. A. B.; PIMENTA, C. A. M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 37, n. 2, p. 109-118, 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SUAREZ, G. G.; ALBINI, L.; SEGUI, M. L. H.; PAGANINI, M. C. Anotações de enfermagem: padronização no hospital de clínicas da UFPR. **Cogitare Enf.**, n. 5, p. 12-15, 2000. Número especial.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Consulta de enfermagem**: uma necessidade social? Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 391 p.

VARGENS, O. M. C.; ARAÚJO, L. M. Consulta de enfermagem ginecológica: relatando uma experiência. **R. Enferm. UERJ**, v. 5, n. 1, p. 367-372, 1997.

VASCONCELOS, F. F. **Diagnósticos de enfermagem em adultos portadores de hipertensão arterial**: estudo em um grupo específico. 2005. 124 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

VITIELLO, N. Repressão sexual, sexualidade na infância e adolescência, educação sexual. In: PIATO, S. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 683-697.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Genebra, 1997.

ZAGONEL, I. P. S. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. (Org.) **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB Editora, 2001. p. 80-105.

ZIELSTORFF, R. D.; CIMINO, C.; BARNETT, G. O.; HASSAN, L.; BLEWETT, D. R. Representation of nursing terminology in the UMLS Metathesaurus: a pilot study. **Proc. Annu. Symp. Comput. Appl. Med. Care**, p. 392-396, 1992.

APÊNDICES

APÊNDICE A

OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA
PESQUISA: **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IDENTIFICADAS EM
CONSULTAS A PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: estudo em um
centro de referência em Fortaleza - CE**

Fortaleza, de 2005

Venho, por meio deste, solicitar autorização para que o estudo intitulado *Intervenções de enfermagem identificadas em consultas a portadores de hipertensão arterial: estudo em um centro de referência em Fortaleza - CE*, seja desenvolvido nesta instituição.

O estudo tem como finalidade identificar as intervenções de enfermagem adotadas, em consultas de enfermagem, para portadores de hipertensão arterial. Além de detectar a prevalência destas nas consultas de enfermagem, realizadas a essa clientela, e mapear, a partir das intervenções encontradas, os termos utilizados para a elaboração destas, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIE – versão 1), para a classificação das ações.

Para o alcance desses objetivos necessitarei ter acesso aos prontuários de clientes cadastrados no período de julho de 2003 a julho de 2005.

Comprometo-me a utilizar as informações apenas no contexto do meu estudo, a não divulgar nenhum dado que possa identificar a instituição da pesquisa, os profissionais que nessa trabalhem e os clientes que forem atendidos. Garanto à instituição a disponibilidade de qualquer das informações coletadas, e esclareço, ainda, que os prontuários serão consultados no local determinado pelo serviço, para seu manuseio, sem retirada de impressos ou danificação dos documentos.

E, caso tenha dúvidas quanto à ética da pesquisa, encontra-se disponível o telefone: (85) 4009-8338 (Comitê de Ética em Pesquisa) para mais informações.

Para outros esclarecimentos, eu, Francisca Bertilia Chaves Costa, pesquisadora responsável, estarei disponível no seguinte endereço: Rua Ildefonso Albano, 2955 – Apt. 204B, telefone: (85) 3251-1097. Joaquim Távora. CEP: 60001-115 - Fortaleza – CE.

Desde já meus agradecimentos.

Pesquisadora responsável

Assinatura do responsável pela instituição

APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Nº do prontuário: _____ Data de acesso ao prontuário: __/__/__ Data de abertura do prontuário: __/__/__ Sexo: _____ Idade: _____ Estado civil: _____ Ocupação: _____ Procedência: _____ Diagnóstico médico: _____							
Fatores de risco cardiovascular: _____ _____							
Antecedentes patológicos pessoais e familiares: _____ _____ _____							
Tratamento medicamentoso (dosagem): _____ _____ _____ _____							
Tratamento não-medicamentoso: _____ _____ _____							
Procedimentos realizados na consulta de enfermagem:							
Data da consulta 							
Procedimentos							
PA*							
Peso							
Altura							
IMC							
Pulso							
Medicação administrada (quantidade)							
Glicemia							
Intervenções**							

* Informar se a pressão arterial foi verificada com o paciente sentado e/ou em pé.

** Sim: X.

