

CONSULTA DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DAS AÇÕES JUNTO A PROGRAMAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, EM FORTALEZA¹

Isabel Cristina Filgueira Maciel²
Thelma Leite de Araújo³

Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. Rev Latino-am Enfermagem 2003 março-abril; 11(2):207-14.

A atuação da enfermeira nos Programas de Hipertensão e Diabetes tem se mostrado importante, abordando aspectos relativos às doenças e ao paciente, holisticamente. A consulta de enfermagem é um momento ímpar dessa abordagem. Estudo descritivo-exploratório, visa investigar as atividades desenvolvidas nas Consultas de Enfermagem realizadas nos Programas de Hipertensão Arterial implantados no município de Fortaleza-Ceará. Os dados foram coletados de março a maio de 1999, com 14 enfermeiras que trabalham nesses serviços e analisados à luz do referencial de Análise de Conteúdo de Bardin, contemplando a técnica de Análise Categorical. Os resultados mostraram que a consulta de enfermagem ainda é realizada de forma muito centrada na consulta médica, baseada, portanto, no modelo médico curativo tradicional. As atividades desenvolvidas pelas enfermeiras restringem-se à anamnese, exame físico sumário e orientações sobre dieta, medicamentos, caminhadas e uso de chás. Nas consultas, predomina o atendimento individual, sem considerar a família e abordagens grupais.

DESCRITORES: enfermagem, hipertensão

NURSING CONSULTATIONS: ANALYSIS OF THE ACTIONS DEVELOPED BY A HYPERTENSION PROGRAM IN THE CITY OF FORTALEZA

The nurses' performance in a hypertension and diabetes programs has been important, once its approach is not only directed to illness, but also to the patient as a whole. Therefore, the nursing consultation is a unique moment of this approach. This is a descriptive study aiming at searching the activities performed in the nursing consultations that are performed within Hypertension Programs in the city of Fortaleza, State of Ceará, Brazil. The data were gathered from March to May 1999, with 14 nurses, who work in these services. Data were analyzed according to Bardin's content analysis as well as the categorical analysis. The results showed that the nursing consultation is still based on the traditional curative medical model. The activities performed by nurses are restricted to anamnesis, brief physical examination and diet orientations, medications, walks and use of infusions. In the consultations, individual care prevails, without considering family and group approaches.

DESCRIPTORS: nursing, hypertension

CONSULTAS DE ENFERMERIA: ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LAS DE LOS PROGRAMAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE FORTALEZA

La actuación de la enfermería en los programas de hipertensión y diabetes es importante, porque abarca los aspectos referentes a la enfermedad y también el paciente holísticamente. Estudio descriptivo exploratorio que pretende investigar las actividades desarrolladas en las Consultas de Enfermería realizadas en los Programas de Hipertensión Arterial implantados en el municipio de Fortaleza-Ceará. Los datos fueron recogidos de marzo a mayo de 1999, con 14 enfermeras que trabajan en estos servicios fueron analizados siguiendo el análisis de contenido de Bardin, que contempla la técnica de análisis por categorías. Los resultados mostraron que la consulta de enfermería aún es realizada de forma centrada en la consulta médica, por lo tanto, aún basada en el modelo médico curativo tradicional. Las actividades desarrolladas por las enfermeras se restringen a anamnesis, examen físico sumario y orientaciones sobre dieta, medicamentos, caminatas y uso de infusiones. En las consultas predomina la atención individual, sin considerar la familia y los abordajes grupales.

DESCRIPTORES: enfermería, hipertensión

¹ Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado: "Fatores Intervenientes na Consulta de Enfermagem a Portadores de Hipertensão Arterial: contribuições para as Intervenções de Enfermagem", inserido no Projeto de Pesquisa "Autoajuda nas Alterações da Pressão Arterial" - CNPq - nº 52044/97-0; ² Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Docente do Departamento de Enfermagem Fundamental da Universidade Federal do Amazonas, e-mail: asafiel@uol.com.br; ³ Adjunto Doutor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

INTRODUÇÃO

Os Programas de Saúde Pública vêm evidenciando, cada vez mais, a importância da abordagem multiprofissional, uma vez percebida a necessidade dessa forma de atuação, levando-se em conta o fato de o cliente, em geral, carecer de intervenções que fogem da competência de um só profissional. Para que essa abordagem atinja os propósitos que lhe deram origem, torna-se imprescindível que cada profissional envolvido tenha domínio da área que está sob sua responsabilidade, não só do ponto de vista de conhecimento científico, mas também das suas implicações éticas, sociais e políticas. A partir do instante em que faz parte da equipe, a enfermeira precisa conhecer o seu papel e estar bem preparada para desempenhá-lo.

A Consulta de Enfermagem (CE) apresenta-se como direcionadora das ações de enfermagem dispensadas ao cliente, estando fundamentada na necessidade de cientificidade das ações desenvolvidas. A Consulta de Enfermagem pode ser definida como: ⁽¹⁾ "atividade diretamente prestada ao paciente, por meio da qual são identificados problemas de saúde-doença, prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente".

A Consulta de Enfermagem supõe a entrevista para coleta dos dados, o exame físico, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas encontrados. A partir dos diagnósticos efetivados, a enfermeira adotará condutas de resolutividade própria, ou de encaminhamento ao profissional ou serviço competente, no caso de a intervenção fugir ao seu âmbito de atuação.

Por determinação do Conselho Federal de Enfermagem⁽²⁾ e segundo a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, foi obtido respaldo legal para o desenvolvimento da Consulta de Enfermagem, entendida, no caso, como uma das atividades que melhor caracterizam o profissional liberal da categoria. A Consulta encontra-se listada dentre as atividades-fim da enfermeira, que são: aquelas que somente podem ser executadas por ela, sem possibilidade de delegação a outro membro da equipe de enfermagem. A referida Lei apenas consolidou uma atividade já

desenvolvida pelas enfermeiras, desde 1968, quando começou a ser difundida no país. Inicialmente, era exercida de forma não oficial, direcionada às gestantes e crianças saudáveis, sendo, posteriormente, estendida aos portadores de tuberculose e outros Programas da Área de Saúde Pública.

A denominação "Consulta de Enfermagem" surgiu, no Brasil, na década de 60. Não obstante, ela já existia desde a década de 20, denominada entrevista pós-clínica, por se tratar de um procedimento delegado pela equipe médica à enfermeira, a título de complementação da consulta médica⁽³⁻⁴⁾.

A conquista do espaço, para realização da consulta de enfermagem no Brasil, acompanhou as fases de ascensão e declínio da enfermagem como um todo, culminando na sua implantação de forma definitiva. A primeira fase pela qual passou a Consulta de Enfermagem, corresponde à época de criação da Escola Ana Néri, em 1923, quando a enfermeira de Saúde Pública fez-se valorizada, tendo uma atuação definida junto aos pacientes, tanto nos centros de saúde, como nos domicílios, exercendo uma função educativa, sem precedentes. Nessa fase, foi fundamental o apoio de médicos brasileiros (merecem ser lembrados Carlos Chagas e Clementino Fraga)⁽³⁾ e de enfermeiras americanas, responsáveis pela implantação da consulta de enfermagem no país.

A segunda fase caracterizou-se como um período de transição e declínio, vivenciado a partir de reformas ocorridas no país. Foi um período de contradições, durante o qual foram criados os Ministérios da Educação e da Saúde, e regulamentado o exercício da profissão de enfermagem. Em 1938, no Rio de Janeiro, então capital Federal, as enfermeiras conseguiram carrear, para a categoria, a organização dos serviços de Saúde Pública, nos Estados, sendo essa atribuição suspensa no ano posterior. A enfermeira perdia, assim, espaço na atuação direta ao paciente, sendo-lhe delegadas apenas funções normativas. Em contraposição, aumentava o número de candidatas à Escola Ana Néri. Essa fase de instabilidade estendeu-se até a Segunda Grande Guerra.

A terceira fase da evolução da Consulta de Enfermagem no Brasil correspondente ao pós-guerra, trouxe uma imagem mais positiva para a enfermagem e, conseqüentemente, para a Consulta de Enfermagem, sob sua responsabilidade, com a criação e aperfeiçoamento

* Comitê de Consulta de Enfermagem é um resumo da discussão em Comitê de Especialistas sobre Consulta de Enfermagem, realizado no XXXI CBEEn - Fortaleza - Ceará - 1979

de escolas de enfermagem, algumas incorporadas às universidades e à criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Nos hospitais da rede privada, a enfermeira ainda era uma presença tímida, o que já não acontecia na rede pública, com a profissional entrando em luta por maior espaço.

Em 1956, teve início a quarta fase, que trouxe melhores perspectivas para a profissão, com o surgimento das primeiras pesquisas de enfermagem, realização de congressos abordando pesquisas, reformas do ensino das escolas de enfermagem e inclusão da enfermeira nas equipes de planejamento de saúde⁽³⁾.

Nessas fases coexistentes da história da enfermagem brasileira e da Consulta de Enfermagem, foi-se consolidando o trabalho da enfermeira na área de Saúde Pública, o que se traduziu em fator decisivo para a implantação da consulta. A atividade, a esse tempo, já estava sendo realizada em outros países, como os Estados Unidos e Inglaterra. Em 1925, as enfermeiras americanas ofereceram grandes contribuições ao processo de implantação da Consulta de Enfermagem. Foi muito enfatizada, à época, a função educativa exercida pela enfermeira⁽³⁾.

No Estado do Ceará, um importante passo para a realização da Consulta de Enfermagem foi sua oficialização pela Secretaria de Saúde do Estado, em 1973⁽⁵⁾. A partir de sua implantação, ela foi evoluindo e sendo mais difundida e, atualmente, podemos observar Consultas de Enfermagem em diversos Programas, especialmente naqueles específicos para doenças crônicas. Desde 1995, é mantido vínculo com o Programa de Diabetes e Hipertensão Arterial, permitindo atendimento, mediante consulta, a uma média de 20 clientes por dia. Para o desempenho dessa função, não se conta, em verdade, com um preparo prévio, buscando-se, no conhecimento adquirido durante o curso de graduação, a base para o desempenho adequado do papel desempenhado. Ao se ingressar no Curso de Mestrado, e ao longo do seu desenvolvimento, grande tem sido a preocupação com esse fato, motivador, inclusive, da realização deste estudo, com o objetivo de investigar as ações desenvolvidas nas Consultas de Enfermagem dos Programas de Hipertensão arterial da cidade de Fortaleza.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, realizado no

município de Fortaleza. A população foi constituída por enfermeiras que atuavam em Programas de Hipertensão, em Unidades de Saúde vinculadas à Rede Municipal. Dessas, 14 foram entrevistadas porque atenderam aos critérios de inclusão no estudo, quais sejam: tempo mínimo de um ano de participação no Programa de Hipertensão; atuação em Unidade de Saúde que não tivesse vínculo com o Programa Saúde da Família e que concordasse, espontaneamente, em participar do estudo, após ser informada de seu objetivo. O critério de exclusão das enfermeiras que trabalhavam em Programas de Saúde da Família, fundamentou-se na premissa de que, nesses Programas, a Consulta tem características específicas, estando voltada para o atendimento da unidade familiar e não para o indivíduo, o que poderia levar a resultados diferenciados.

Os dados foram colhidos por meio de uma entrevista semi-estruturada, com base em uma pergunta norteadora: *que atividades você desenvolve na consulta de enfermagem?* Por oportuno, foi solicitada a permissão das entrevistadas, para gravação, três delas concedendo sua anuência. As demais entrevistas foram registradas por uma das pesquisadoras, procurando-se atentar para a maior fidedignidade nas anotações. Posteriormente, os dados foram submetidos à análise de conteúdo⁽⁶⁾.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com finalidade de descrever, objetivamente, sistematicamente e quantitativamente, o conteúdo dessa comunicação. Para isso, podem ser utilizadas técnicas, quais sejam, análise de avaliação, análise de enunciação, análise de expressão, análise estrutural, análise do discurso, análise das relações e análise categorial, as quais estão contempladas neste estudo. Essas técnicas auxiliam no detalhamento e na ordenação da aplicação dessas etapas. Pode-se, com elas, ver um rumo em meio ao caos que se forma, haja vista a grande quantidade de informações de que dispõe o pesquisador⁽⁶⁾. Após a coleta dos dados, procede-se à organização das informações por meio de três pólos cronológicos, que são a pré análise, a exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

Antes de ser mantido contato com as Unidades de Saúde nas quais seriam realizadas as entrevistas, o Projeto do estudo foi enviado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, conforme Resolução 196/96 do CNS. Após a aprovação pelo referido Comitê, foram feitos contatos devidos com as Unidades de Saúde e,

posteriormente, com as enfermeiras, quando elas foram convidadas a participar da pesquisa.

RESULTADOS

Considera-se importante ressaltar o tempo de atividade das enfermeiras entrevistadas nos Programas de Hipertensão. Das 14 entrevistadas, seis estavam trabalhando há, pelo menos, cinco anos; outras seis já trabalhavam com pessoas com hipertensão arterial, em um intervalo de tempo compreendido entre cinco e dez anos, e apenas duas atuavam na área há mais de dez anos. Dessa forma, considerou-se que todas entrevistadas tinham experiência suficiente no trato desses clientes.

Analisando os depoimentos das entrevistadas, observou-se que a atividade referida pelas enfermeiras, como sendo a consulta de Enfermagem, é caracterizada, principalmente, como a realização de levantamento de dados e pela realização de orientações: *...quem não vem com a pressão verificada, eu verifico, dou orientações...; ...o que eu faço é verificar o peso e a pressão, exame dos membros inferiores e as orientações...; Faço anamnese, oriento...; Anamnese... e orientações em cima das queixas; ...verifico a pressão, orientação... A consulta é mais orientação mesmo; Anamnese e, quando o paciente vem pela 1ª vez, eu verifico a pressão, oriento...; Anamnese, orientação sobretudo...*

Ao descreverem a etapa da consulta, que corresponderia ao momento do levantamento de dados, algumas enfermeiras utilizam a denominação médica de anamnese e outras citam desempenho de atividades de avaliação física, com destaque para a mensuração da pressão arterial e verificação do peso corporal. A mensuração da pressão arterial é o procedimento mais realizado por enfermeiras, em todo o mundo, quer na assistência primária, secundária ou terciária, em domicílios, hospitais, UTIs, salas de cirurgia e de recuperação ou em outras situações⁽⁷⁻⁸⁾.

A falta de referência explícita à execução de outras etapas da Consulta de Enfermagem, pôde significar, apenas, que as enfermeiras não as realizam de forma sistemática, uma vez que, quando E 5 afirma que as suas orientações têm como base as queixas dos clientes, poder-se-ia considerar que está implícita a etapa de diagnóstico. No entanto, o que mais chamou a atenção, foi o fato de as enfermeiras não conseguirem dar à consulta que realizam, uma descrição de etapas inter-relacionadas e

comuns entre si. A necessidade de sistematizar a Consulta de Enfermagem tem, como finalidade, dentre outras, dar à atividade um caráter profissional, organizar a abordagem do cliente e definir a competência da enfermeira. Não estando clara essa necessidade, a Consulta acaba não tendo objetivos próprios e sendo realizada como uma fase preliminar à consulta média (pré-consulta) ou mesmo complementar (pós-consulta).

A Consulta de Enfermagem deve ter objetivos claros e metodologia própria, fazendo com que a enfermeira tenha, de fato, uma atuação definida nos Programas de Saúde. Alguns autores^(5,9) lembram que a Consulta de Enfermagem deve, sistematicamente, compreender a realização de um histórico, com um enfoque mais amplo que a anamnese médica; a elaboração de diagnósticos de enfermagem deve, por sua vez, contemplar ações, adotando-se ou não, taxonomias consagradas ou a denominação de problemas ou de necessidades de atendimento e, finalmente, o plano assistencial. Inclui técnicas, normas e procedimentos que orientam e controlam a realização das ações destinadas à obtenção, análise e interpretação de informações acerca das condições de saúde da clientela, bem assim as decisões quanto à orientação e outras medidas que possam influir na adoção de práticas favoráveis à saúde⁽⁹⁾.

Além de ter uma metodologia, a Consulta de Enfermagem deveria adotar marcos referenciais próprios, não se limitando ao caráter biomédico, com enfoque no quadro clínico da doença, pelo que deveria se aproximar, na aparência e conteúdo, da consulta realizada pelo médico. Designar por Consultas de Enfermagem quaisquer atividades exercidas pelas enfermeiras, sem fundamentá-las na cientificidade, é impedir a percepção de sua identidade profissional e empobrecer o seu trabalho⁽¹⁰⁾. Também não se pode omitir o imprescindível registro das consultas como uma forma documental da participação das enfermeiras no atendimento multiprofissional.

As entrevistadas procuraram relacionar as ações ou tópicos abordados no momento da realização da etapa de levantamento de dados subjetivos e objetivos: *...verificar o peso e a pressão, exame dos membros inferiores...; pergunto sobre os hábitos alimentares, que é o mais importante, procuro saber do que ele se alimenta... e, em cima disso, eu oriento; primeiro, eu pergunto sobre a alimentação... aí a auxiliar de enfermagem vai verificar o peso e a pressão; ...é verificada a pressão e a glicemia pela auxiliar de enfermagem...exame dos membros inferiores, solicitação e leitura dos exames laboratoriais e orientações...; ...*

verifica a pressão...; ...a gente vê a pressão e orienta...

Analisando-se as ações citadas, observou-se que, quanto ao levantamento de dados subjetivos, a grande preocupação está na identificação do perfil alimentar da clientela, destacado, até mesmo, como sendo o tópico mais importante. Esse fato corrobora a afirmação anterior de que a enfermeira, por não ter marcos referenciais específicos para a abordagem do cliente, centra a sua consulta em fatores isolados, que representam risco para a situação clínica. Embora não tenha sido destacada pelas entrevistadas, muitas vezes a indagação dos hábitos e práticas alimentares é colocada para o cliente de forma fiscalizadora, cobrando comportamentos que são colocados como adequados, levando-os à omissão da realidade na tentativa de fuga das punições.

É interessante observar que o exame físico parece se centrar, como já foi comentado anteriormente, na avaliação da pressão arterial, na verificação do peso corporal e, mais raramente, no exame dos membros inferiores. Observou-se que não foi relatada, como parte do exame físico, a ausculta cardíaca e pulmonar.

O histórico de enfermagem dirigido ao portador de hipertensão deve incluir os seguintes dados: descrição das características sociodemográficas do indivíduo; período de duração do quadro hipertensivo; identificação do tratamento prévio; ingestão de substâncias hipertensoras; história familiar; sintomas sugestivos de dano em órgão-alvo ou de hipertensão secundária; existência de fatores de risco, associados com o fumo, obesidade, diabetes, dislipidemia, sedentarismo e estresse⁽¹¹⁾. No exame físico, as autoras orientam a investigação com base nos seguintes aspectos: observação da aparência do paciente; palpação das carótidas e da tireóide; ausculta do coração e do pulmão; palpação do abdome para investigação de massas renais, sopro da aorta ou artérias renais; palpação dos pulsos periféricos e pesquisa de edema; verificação do peso corporal; encaminhamento para exame de fundo de olho e neurológico, se necessário. Além dessas atribuições, lembram, ainda, referidas autoras, a observação pela enfermeira, dos resultados dos exames laboratoriais, haja vista a avaliação laboratorial inicial de um cliente com hipertensão ter, como rotina: exame de urina tipo I; dosagens de creatinina e potássio séricos, glicemia de jejum, ácido úrico e colesterol, além de eletrocardiograma.

A realização de entrevista para coleta de dados e de um exame físico, pressupõe o domínio, pelas

enfermeiras, das habilidades de comunicação, observação e de técnicas propedêuticas, o que não tem sido encontrado na experiência profissional que se tem vivenciado. A desabilidade pode estar relacionada à deficiência do conhecimento teórico e prático de semiologia e semiotécnica, dificuldade de delimitação da extensão e profundidade do exame físico de enfermagem e falta de programas de educação continuada, com avaliação da competência e propostas de atendimento às dificuldades.

As enfermeiras descreveram a etapa de intervenções como sendo o momento para realização de orientações e encaminhamentos: *Orientações...; ...encaminhamento, solicitação de exame, oriento a dieta; Orientações e encaminhamento, se necessário; ...vejo as complicações, faço as orientações...; A médica deixa as orientações comigo; ...quem verifica a pressão, também faz curativo...; Também orientamos.*

A atividade educativa, como prerrogativa da enfermeira, evidenciou-se como algo bastante presente e, até mesmo, com reconhecimento por outros profissionais, como destacou uma das entrevistadas. A enfermeira é um profissional capacitado, dentre os que trabalham na área da saúde, para desenvolver atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, podendo contribuir, significativamente, com sua prática, para a transformação do modelo assistencial⁽¹²⁾. Concorde-se, plenamente, com essa referência, de vez que cabe à enfermeira desenvolver não só o atendimento direto ao cliente, mas também estratégias que possibilitem o ensino à comunidade, de medidas de promoção à saúde, exercendo portanto, a função de educadora.

É necessário que a enfermeira busque estratégias para estimular a mudança de comportamento por parte do paciente, pois a adoção apenas de medidas de orientação não é suficiente para que esses pacientes mudem seu comportamento. É preciso motivá-los ao seguimento do tratamento mais efetivamente⁽¹³⁾.

No momento em que as entrevistadas discriminaram as orientações fornecidas, fizeram citação de diversos conteúdos, como as seguintes relacionadas: *...dou orientações sobre a medicação, a parte de alimentação, porque aqui não tem nutricionista, vejo as vacinas, incentivo a Prevenção do Câncer nas mulheres; tentar viver com os problemas...; ...oriento sobre medicamentos, dieta, exercícios, questões relacionadas à doença (sintomatologia); ...orientações em cima das queixas e cuidados dietéticos e educacionais da própria*

doença;...orientação sobre a alimentação;...oriento a dieta dentro do que eu leio no Consenso de Hipertensão...;... em cima disso faço uma dieta para ele.

Observou-se coerência entre os aspectos considerados relevantes para o levantamento de dados e os abordados nas orientações. Estiveram presentes, quase exclusivamente, temas relacionados ao tratamento, este considerado finalidade maior do Programa, exigindo muita habilidade da enfermeira, para conseguir o seu cumprimento efetivo. As enfermeiras, em seus depoimentos, demonstraram novamente a importância atribuída ao seguimento dietético. Cumpre destacar que a mudança de comportamento alimentar é de fundamental importância para a estabilização ou a normalização dos níveis de pressão arterial, uma vez que se reconhece o papel da obesidade na elevação da pressão arterial, o mesmo acontecendo em relação ao exagerado consumo de sal. Portanto, é imperiosa a implementação de medidas que estimulem ou facilitem a adesão das pessoas com hipertensão arterial a novos hábitos de alimentação que sejam mais salutares. No entanto, o tema deve ser abordado dentro de um contexto mais amplo, levando em conta, entre outros aspectos, aqueles relacionados com a cultura, crença e valores pessoais.

Informações sobre a influência do consumo de sal sobre o controle dos valores da pressão arterial, são medidas efetivas na adesão à dieta, pois a população brasileira chega a consumir cerca de 12 a 16 gramas de sal/dia, quando a quantidade necessária do ingrediente é de 0,5 grama/dia⁽¹⁴⁾. A média de consumo, segundo as autoras, gira em torno de três a seis gramas, o que ainda pode ser considerado elevado, sabendo-se da existência do sódio intrínseco nos alimentos. Portanto, é necessário que a enfermeira desenvolva, junto ao cliente, estratégias para a redução da quantidade do sal na alimentação. Na região Nordeste, onde foi realizado o estudo, a associação entre sabor da comida, valor da alimentação e uso de sal é muito presente. Torna-se necessário, portanto, que esse tópico do tratamento seja bastante discutido com o cliente e que propostas adequadas de seguimento sejam estabelecidas em conjunto.

As enfermeiras não esqueceram de informar que orientam também sobre outros temas que consideram importantes para um Programa específico de hipertensão: *...oriento exercícios, estímulo visita aos amigos para a parte de lazer também; ...oriento sobre a patologia, o tratamento, uso correto dos medicamentos...; ...oriento a caminhada...; ...orientamos sobre a*

hipertensão, o que é, os fatores de risco, como trata; Orientamos sobre as rotinas do Programa.

Em alguns momentos, observou-se que as enfermeiras tentam resgatar um processo educativo mais amplo, considerando o indivíduo dentro de uma totalidade, mesmo que pareça que isso ocorra não de forma deliberada, mas por característica da profissional.

Nos depoimentos foi enfocada, especialmente, a orientação individual, em detrimento da abordagem grupal, demonstrando que a realização de palestras educativas não faz parte do cotidiano das enfermeiras entrevistadas. Da mesma forma, não se observou a extensão da Consulta de Enfermagem aos familiares, atendo-se esta tão somente ao indivíduo, não considerando os fatores sociais e familiares implicados no tratamento de uma doença crônica, como a hipertensão.

As próprias entrevistadas comentaram o aspecto repetitivo e pouco criativo utilizado para o desenvolvimento das atividades educativas: *...é muito cansativo fazer essa consulta individualmente, mas não temos condição de fazer em grupo, já tentei mas não deu certo, porque são quatro clínicos, um atende, outro atende, não dá para juntar tudo, cada paciente é um problema; Palestra eu sei que ajuda muito, mas aqui não tem.*

O problema da não adesão ao tratamento da hipertensão têm sido abordado por diversos autores, e um estudo realizado em 1993⁽¹⁵⁾, detectou que, após um ano de tratamento, somente 50% dos indivíduos continuam freqüentando o serviço de saúde, 45% ingerindo a medicação, 20% mantendo os exercícios físicos, e apenas 10% cumprindo a orientação para controle do peso, restrição do álcool e dieta hipossódica. Já outro estudo⁽¹⁶⁾ aponta índices de 40% dos indivíduos fazendo tratamento até os primeiros quatro anos, após diagnosticada a hipertensão. Isso leva a crer que, para atender aos clientes, as enfermeiras necessitam desenvolver abordagens educacionais, estimulando-os a seguir as orientações, visando ao seu engajamento no Programa.

A necessidade de adoção de outros hábitos saudáveis, como o de redução do uso de álcool e de fumo, também foi um dos temas relacionados pelas enfermeiras como focado nas orientações: *Oriento sobre estilo de vida, hábitos de beber e fumar...*

A inclusão do tema abstenção de álcool e fumo, como parte do tratamento da hipertensão arterial, encontra-se amplamente respaldada na literatura concernente, que destaca não só o fato de o álcool elevar os níveis de pressão arterial, mas também por reduzir os efeitos dos

medicamentos anti-hipertensivos. Entre os homens, cujo consumo de álcool é mais elevado, são também notados índices mais altos de hipertensão⁽⁸⁾. Quanto ao tabagismo, é reconhecida sua atuação na elevação da pressão arterial, aumento dos batimentos cardíacos e contribuição para a aterosclerose, doença coronariana, morte súbita e acidente vascular cerebral. Nos clientes com hipertensão e fumantes, o risco de doença coronária é três vezes maior que nos não fumantes. O cigarro também influi no efeito adverso da redução dos lípides séricos, provocando resistência ao efeito das drogas anti-hipertensivas⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Outra intervenção citada pelas enfermeiras foi a indicação de chás como complemento da terapêutica:

...faço orientações, falo sobre a dieta, uso de plantas medicinais...; ...eu oriento tudo, chá, dieta...

É importante comentar que o uso de chás, por parte dos clientes, e sua "prescrição," pelas enfermeiras, é uma prática comum, nessa e em outras realidades. Um estudo avaliou 31 indivíduos atendidos no Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, da Universidade Federal do Espírito Santo, dentro do Projeto de Extensão Universitária ("Programa para Controle da Hipertensão Arterial"), tendo encontrado ali, dados sobre as ações de saúde que os entrevistados consideraram benéficas para a hipertensão, ficando o uso de chás em segundo lugar⁽¹⁵⁾. Segundo a autora, reza a literatura que existem ervas que atuam nos vasos sanguíneos, com o efeito provável de reduzir a pressão. Observa-se, no entanto, que as enfermeiras do presente estudo, indicavam os chás, tendo como base o uso empírico por experiência própria ou de outros, sem preocupação de dosagem, forma de preparo e mesmo de efeitos farmacológicos adversos.

Analisando-se os procedimentos realizados pelas enfermeiras, nas Unidades Básicas de Saúde, verificou-se que a maioria pertence à categoria atenção individual, o que mostra a incoerência no modelo de financiamento adotado e vigente, até o momento. Nos serviços em referência, predominam os Programas de Saúde destinados a indivíduos já acometidos ou mais propensos a agravos⁽¹²⁾. O modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde determina o desenvolvimento de ações de caráter individual e coletivo, visando ao alcance da promoção, prevenção, cura e reabilitação, contemplando, preferencialmente, a ampliação das ações de caráter preventivo, por meio do modelo de vigilância à saúde. Enfatiza, também, que as ações de caráter individual sobrepõem-se às de caráter coletivo, o que mostra que o

cuidar, em enfermagem, ainda é centrado no modelo médico individual.

As reuniões são ações educativas e terapêuticas em saúde, passíveis de realização com grupos de pacientes e seus familiares. Essa convivência profissional-paciente-família estimula a relação social, possibilita a troca de informações e permite apoio mútuo, uma vez que os pacientes se identificam entre si, percebendo a semelhança entre seus problemas, aprendendo a expressar seus medos e expectativas, o que os leva a buscar soluções conjuntas para os seus problemas⁽¹⁸⁾. A educação é uma ação de caráter permanente, não havendo seres educados e não educados. Todos se educam continuamente, existindo graus de educação, muito embora estes não sejam absolutos⁽¹⁹⁾. O autor discorre, ainda, que é transformando a totalidade que se transformam as partes e não o contrário. Deduz-se, dessa forma, que as palestras educativas são importantes, na medida em que se constrói uma consciência educadora e transformadora de forma individual. Percebe-se, por meio da práxis, como é bastante desgastante e cansativa a repetição, de forma individualizada, das mesmas orientações de caráter higieno-dietético e, quanto ao uso dos medicamentos, ao ponto de as informações fornecidas a cada cliente que vem para a consulta de enfermagem, terem um componente mecanicista, quase que de automatização.

A sessão educativa foi avaliada com portadores de hipertensão arterial e observaram que a aceitação destes, para a realização dessa atividade, foi positiva, constituindo, a referida sessão, um importante momento para troca de experiências entre os participantes. Foi percebido, ainda, pelas autoras, que é possível desenvolver essa atividade, mesmo diante de algumas condições adversas, como espaço físico exíguo, haja vista ter o referido encontro acontecido na sala de espera, no corredor, enquanto os pacientes aguardavam a vez de serem chamados à Consulta de Enfermagem⁽²⁰⁾.

Todo o debate que se coloca é altamente crítico e motivador e explica que o diálogo é uma relação horizontal de A com B, que nasce de uma postura crítica e gera criticidade. Além disso, é nutrido de amor, humanidade, esperança, fé e confiança, motivo pelo qual somente o diálogo comunica⁽¹⁹⁾. O autor defende, também, que a pedagogia da comunicação é necessária para vencer o anti-diálogo. A educação, no seu modo de entender, mata o poder criador, não só do educando mas também do

educador, na medida em que esse educador se transforma em alguém que impõe, ou seja, em um “doador de fórmulas e comunicados”, recebidos, passivamente, pelos que recebem seus ensinamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos depoimentos permitiu inferir-se que a atividade descrita como correspondente a uma Consulta de Enfermagem incorpora, apenas de forma parcial, uma tecnologia de cuidado específico da enfermagem. Falta sistematização do procedimento, não indicando, as enfermeiras, objetivos e metas próprias do profissional.

A consulta que realizam ainda está muito centrada no modelo médico tradicional, voltada para o indivíduo, sem considerar outros fatores envolvidos no processo saúde-doença, como seu meio psicossocial e familiar. A abordagem educativa exclusivamente individual pode tornar

a orientação uma atividade desgastante e repetitiva.

Os procedimentos mais descritos foram anamnese, encaminhamentos e orientações. O exame físico é limitado à verificação de peso, aferição da pressão arterial e breve referência à avaliação dos membros inferiores. As orientações abordam, principalmente, dieta, uso de medicações, de chás e atividades físicas.

Evidencia-se a necessidade de conscientização das enfermeiras quanto à sua participação nos programas de saúde, no instante em que desenvolve uma consulta própria, envolvendo responsabilidade na aquisição de uma competência que permita o seu desempenho, de forma adequada.

Obviamente que, nos cursos de graduação, os conteúdos referentes à consulta devem ser obrigatoriamente incluídos, mas os profissionais precisam ir além dessa formação, buscando, nas especializações e nos programas de educação continuada, o aprofundamento de seu conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comitê de Consulta de Enfermagem. Rev Bras Enfermagem 1979; 32:407-8.
2. Conselho Regional de Enfermagem (CE) Lei do Exercício Profissional. Fortaleza (CE); 1995.
3. Castro IB. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. Rev Bras Enfermagem 1975; 28:76-94.
4. Basso E, Veiga VE. Consulta de enfermagem: evolução histórica, definição e uma proposta de modelo para sua realização em Programa de Hipertensão Arterial. Rev Soc Cardiol Est São Paulo 1998 mar/abr; 8 (2 supl A):7-14.
5. Vanzin AS, Nery MES. Consulta de enfermagem: uma necessidade social? Porto Alegre (RS): RM e L Gráfica; 1996.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Rio de Janeiro (RJ): Edições 70; 1977.
7. Araújo TL., Arcuri EAM, Martins E. Instrumentação na medida da pressão arterial: aspectos históricos, conceituais e fontes de erro. Rev Esc Enfermagem USP 1998 abr; 32(1):31-41.
8. O'Brien E, Beevers DG, Marshall HJ. Manual de hipertensão. 3. ed. São Paulo (SP): Santos Editora; 1996.
9. Santos BRL, Mendes EEM. Programa de assistência de enfermagem a clientes portadores de danos cardiovasculares, no ambulatório de um hospital geral e de ensino de Porto Alegre-RS. Rev Bras Enfermagem 1983; 36:274- 81.
10. Car MR, Egry EY. Processo de trabalho da enfermagem na atenção ambulatorial ao adulto com hipertensão arterial: representações e contradições. Rev Esc Enfermagem USP 1995 ago; 29(2):180-92.
11. Lucena AF, Echer IC, Lautert L Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e assistenciais. Rev Gauch Enfermagem 1996 jan; 17(1):12-8.
12. Paula SHB. SUS e modelo de financiamento: ações realizadas e registradas pelas enfermeiras.[Dissertação] Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Ceará; 1997.
13. Dell'Acqua MCQ, Pessuto J, Bocchi SCMangini; Anjos RCPM dos. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. Rev Latino-am Enfermagem Ribeirão Preto 1997 jul; 5(3):43-8.
14. Veiga EV, Robazzi MLCC, Nogueira MS, Takakura MS, Hayashida M. Estudo dos Fatores de Risco da Hipertensão Arterial: conhecimento e exposição. Rev Soc Cardiol Est São Paulo 1993 nov/dez; 3 (6 Supl A):1-5.
15. Cade NV. O cotidiano e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Cogitare Enfermagem 1997 jul/dez; 2(2):10-5.
16. Ministério da Saúde (BR). Controlando a hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 1993.
17. Kaplan NM. Systemic hypertension: mechanisms and diagnosis. In: Braunwald E. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 4. ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1992.
18. 3º Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. 1998, Campos do Jordão (SP); 1998.
19. Freire P. Educação e mudança. 20ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1994.
20. Moreira TMM, Maciel ICF, Araújo TL de. Trabalhando a auto-ajuda em grupo no controle da hipertensão. Nursing 1999 Jun; 2(13):20-4.