



INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM EM HIPERTENSÃO ARTERIAL AMBULATORIAL

Resumo: Construir um instrumento para consulta de enfermagem às pessoas com Hipertensão Arterial que realizam acompanhamento ambulatorial. Estudo metodológico, quantitativo, desenvolvido em três etapas: determinação dos indicadores por meio da literatura; adaptação de um modelo prévio e dos diagnósticos de enfermagem identificados em estudo transversal; e construção do instrumento. O processo de elaboração ocorreu entre janeiro e setembro de 2025. O instrumento integra a coleta sistemática de dados, estruturando-se em seis etapas: identificação, dados clínicos, anamnese, exame físico com ênfase cardiovascular, planejamento do cuidado fundamentado em taxonomias de enfermagem - contendo 17 diagnósticos, 24 resultados e 23 intervenções - além de encaminhamentos e observações. Incluíram-se ainda o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e o escore PREVENT, para facilitar a prática clínica. Foi possível construir o instrumento, fundamentado em diretrizes nacionais, taxonomias renomadas e ferramentas validadas. Recomenda-se sua validação e teste de usabilidade em estudos futuros. Descritores: Lista de Checagem, Hipertensão Arterial, Consulta de Enfermagem, Atenção Secundária à Saúde.

Nursing consultation tool for outpatient hypertension

Abstract: To construct an instrument for nursing consultation with people with hypertension who undergo outpatient follow-up. Methodological, quantitative study, developed in three stages: determination of indicators through the literature; adaptation of a previous model and nursing diagnoses identified in a cross-sectional study; and construction of the instrument. The elaboration process took place between January and September 2025. The instrument integrates the systematic collection of data, structured in six stages: identification, clinical data, anamnesis, physical examination with cardiovascular emphasis, care planning based on nursing taxonomies - containing 17 diagnoses, 24 outcomes and 23 interventions - in addition to referrals and observations. The Systemic Arterial Hypertension Treatment Adherence Questionnaire and the PREVENT score were also included to facilitate clinical practice. It was possible to construct the instrument, based on national guidelines, renowned taxonomies and validated tools. Its validation and usability testing are recommended in future studies.

Descriptors: Checklist, Arterial Hypertension, Office Nursing, Secondary Care.

Herramienta de consulta de enfermería para hipertensión arterial ambulatoria

Resumen: Construir un instrumento para la consulta de enfermería con personas con hipertensión arterial en seguimiento ambulatorio. Estudio metodológico cuantitativo, desarrollado en tres etapas: determinación de indicadores a través de la literatura; adaptación de un modelo previo y diagnósticos de enfermería identificados en un estudio transversal; y construcción del instrumento. El proceso de elaboración se llevó a cabo entre enero y septiembre de 2025. El instrumento integra la recopilación sistemática de datos, estructurada en seis etapas: identificación, datos clínicos, anamnesis, exploración física con énfasis en enfermedades cardiovasculares, planificación de cuidados basada en taxonomías de enfermería (que contienen 17 diagnósticos, 24 resultados y 23 intervenciones), además de derivaciones y observaciones. También se incluyeron el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica y la escala PREVENT para facilitar la práctica clínica. El instrumento se construyó con base en guías nacionales, taxonomías reconocidas y herramientas validadas. Se recomienda su validación y pruebas de usabilidad en futuros estudios.

Descriptores: Lista de Verificación, Hipertensión Arterial, Enfermería de Consulta, Atención Secundaria de Salud.

Vanessa André de Oliveira

Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande.

E-mail: vanessaandre085@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3048-1971>

José Rocha Gouveia Neto

Mestre em Enfermagem. Universidade Norte do Paraná.

E-mail: jrocha.gn@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6249-4400>

Ana Cláudia Torres de Medeiros

Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande.

E-mail: anaclaudia.tm@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3695-9745>

Beatriz Costa Lira

Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande.

E-mail: beatrizlira40@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8598-2418>

Elicarlos Marques Nunes

Doutor em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Campina Grande.

E-mail: elicarlos.marques@professor.ufcg.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2135-6017>

Taciana da Costa Farias Almeida

Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande.

E-mail: tacianacfalmeida@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9390-9656>

Submissão: 09/12/2025

Aprovação: 03/02/2026

Publicação: 23/02/2026



Como citar este artigo:

Oliveira VA, Gouveia Neto JR, Medeiros ACT, Lira BC, Nunes EM, Almeida TCF. Instrumento de consulta de enfermagem em hipertensão arterial ambulatorial. São Paulo: Rev Recien. 2026; 16(44):139-150. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2026.16.44014>

Introdução

A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica dependente de condições multifatoriais e fatores epigenéticos e sociais. Caracteriza-se pela elevação dos valores pressóricos sanguíneos de maneira persistente, e seu diagnóstico dá-se através da aferição da pressão arterial (PA) ao menos em duas distintas ocasiões, na qual obtêm-se uma medida de PA sistólica (PAS) superior ou igual a 140 mmHg e/ou uma PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, realizada por meio da técnica correta e na ausência de medicação anti-hipertensiva¹.

No Brasil, segundo relatório do Ministério da Saúde publicado no ano de 2022, houve uma elevação de 3,7% dos diagnósticos médicos de hipertensão entre os anos de 2006 e 2021, com prevalência do gênero masculino. Observa-se que, a HA está diretamente relacionada ao envelhecimento populacional, a urbanização e aos hábitos não saudáveis, evidencia-se que, as mudanças adquiridas através dos novos estilos de vida, com base em dietas mais rápidas, desnutridas e repletas de gordura, juntamente com a ausência de atividade física, promovem os fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da HA².

Neste sentido, cabe aos profissionais da saúde, incentivar comportamentos saudáveis nos atendimentos a clientela adscrita.

A consulta de enfermagem (CE) é uma ação privativa do enfermeiro, assegurada pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, baseada em evidências científicas e organizada conforme o Processo de Enfermagem (PE). Esse, estabelece etapas para a sua realização, com a finalidade de promover uma assistência qualificada e direcionada

às necessidades singulares de cuidado do indivíduo, com a construção do vínculo entre profissional e paciente, o que facilita no compartilhamento de informações e incentivo a ações de autocuidado^{3,4}.

A CE desempenha um papel fundamental na obtenção dos diagnósticos de enfermagem, além de amplificar o autocuidado dos pacientes, o que promove benefícios no controle de seu tratamento. Ademais, afirma a autonomia do profissional enfermeiro, ao favorecer um cuidado de qualidade⁵.

Diante da abrangência das possíveis situações diagnósticas, houve a necessidade de uma padronização, para que existisse um cuidado mais estruturado e direcionado; com esse propósito fazem uso de taxonomias para a sua classificação, o que facilita uma linguagem padronizada na assistência de Enfermagem⁶⁻⁸.

A utilização de uma ferramenta estruturada nas CE contribui positivamente para a padronização e aperfeiçoamento dos registros da equipe. Além de favorecer a permuta de informações entre profissional e paciente, assim como nas classes divergentes de profissionais da saúde e seus níveis de atenção, o que promove uma assistência qualificada ao usuário hipertenso, sua família e coletividade, além de difundir conhecimentos^{9,10}.

O desenvolvimento de instrumentos que orientem as consultas a essa determinada população é indispensável, pois possibilita uma assistência enfatizada no cuidado cardiovascular, ao respeitar as individualidades do paciente, com o intuito de redução de seus agravos, e prevenção de Doenças Cardiovasculares (DCV) e lesões em órgãos-alvo (LOA).

Pesquisas apontam que a utilização de instrumentos de coleta de dados nas CE,

proporcionam melhorias na assistência, visando atender às necessidades do público estudado, com o intuito de prevenir doenças e implantar intervenções. Com a finalidade de promover a mudança de hábitos, com ênfase na autonomia do próprio usuário, trazendo-o como aquele que detém o maior poder na modificação de sua qualidade de vida^{5,10,11}.

A realidade observada durante as CE no ambulatório de cardiologia de um hospital universitário, evidenciou a necessidade de um material que padronizasse e qualificasse o cuidado oferecido a pacientes com diagnóstico de HA.

Diante da realidade observada e da literatura revisada, evidencia-se uma escassez de estudos que proponham um instrumento para a CE ao hipertenso no contexto estudado, que contemple o planejamento de cuidados, emerge a seguinte questão: como elaborar um instrumento, fundamentado nas diretrizes e taxonomias, para utilização nessas consultas?

Portanto, esse estudo teve como objetivo construir um instrumento para consulta de enfermagem às pessoas com Hipertensão Arterial que realizam acompanhamento ambulatorial.

Objetivo

Construir um instrumento para consulta de enfermagem às pessoas com Hipertensão Arterial que realizam acompanhamento ambulatorial.

Material e Método

Estudo metodológico, de abordagem quantitativa¹², embasado na literatura científica, no levantamento de diagnósticos de enfermagem elencados em consultas de enfermagem a essa clientela, e adaptado a estudo previamente desenvolvido por Carneiro¹³, que propôs um

modelo estruturado para o atendimento de pacientes hipertensos na atenção secundária.

O instrumento foi desenvolvido em três etapas:

Na **primeira etapa**, houve a determinação dos indicadores através da pesquisa na literatura, a fim de subsidiar a elaboração de um instrumento a ser utilizado em CE ao paciente hipertenso.

Na **segunda etapa**, houve a adaptação de um modelo estruturado previamente¹³, conforme as recomendações da literatura atual e embasado em diretrizes do Ministério da Saúde^{2,14,15}, garantindo sua aplicabilidade prática.

A adaptação do instrumento se deu com relação ao contexto local da pesquisa, a partir do levantamento dos DE mais prevalentes nessa população, que sucedeu durante as CE de rotina no ambulatório de cardiologia de um hospital universitário do estado da Paraíba.

Essa coleta foi realizada entre novembro de 2023 e janeiro de 2024, após aprovação do projeto pelo comitê de ética (CAAE nº 70147123.6.0000.5182 e Parecer nº 6.306.542), com 63 indivíduos com diagnóstico de HA que corresponderam aos critérios de inclusão: idade superior ou igual a 18 anos e que faziam acompanhamento no ambulatório de cardiologia de um hospital universitário do estado da Paraíba, e assinaram voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram tabulados, codificados e digitados inicialmente em planilha *Microsoft Office Excel®*, em seguida utilizou-se do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) Versão 22.0, para análise descritiva. Com base nessa análise, foram elencados 17 DE com ênfase na função cardiovascular, segundo a taxonomia II da

*North American Nursing Diagnoses Association (NANDA-I)*⁶.

Salienta-se a relevância que a CE ambulatorial e o estabelecimento desses diagnósticos têm na obtenção de resultados positivos. Além de destacar a importância de sua implementação para a continuidade do cuidado a esses pacientes, que demandam uma atenção maior devido às possíveis complicações que podem surgir em decorrência de uma HA descontrolada.

Por fim, na **terceira etapa**, ocorreu a construção do instrumento de CE, utilizando todo o arcabouço teórico e prático identificado. O processo de construção foi realizado entre janeiro e setembro de 2025.

Aproveitou-se como fundamentação teórica as bases de dados *Science Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Google Acadêmico* e Portal de Periódicos CAPES, ao aplicar os descritores: *Checklist/* Lista de checagem, Coleta de dados, Hipertensão Arterial, Consulta de Enfermagem, Enfermagem ambulatorial e Diagnóstico de Enfermagem, além do operador booleano AND.

Após leitura dos resumos e texto completo, resultou em 17 artigos utilizados na construção dessa pesquisa^{5,9-11,17-29}. Também foram consultadas as diretrizes do Ministério da Saúde referentes ao cuidado com a hipertensão^{1,2,14-16}.

Posteriormente, após a seleção dos indicadores, com base na revisão integrativa de literatura e na experiência prática, iniciou-se a terceira etapa, com a construção do instrumento, propriamente dito, no qual utilizou-se a plataforma digital *Microsoft Office Word®* para estruturação

visual e organização do *layout* do instrumento.

Os DE encontrados, serviram de base para a formulação do plano de cuidados voltado a este público, que visa a praticidade e otimização de tempo dos profissionais, além de um atendimento mais aprimorado e tratamento mais eficaz.

Ademais, escores validados foram adicionados para promover um atendimento completo, como o escore de PREVENT¹ e o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS)¹⁷. Estes avaliam o risco cardiovascular e a adesão ao tratamento, respectivamente, com o intuito de proporcionar melhorias nos resultados, e prescrição de intervenções fundamentadas.

O escore de PREVENT, propõe uma estimativa do risco de desenvolver eventos cardiovasculares em 10 e em 30 anos em pacientes na faixa etária entre 30 e 79 anos, e abrange doenças como: Doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular encefálico (AVE), doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) e insuficiência cardíaca (IC), que permitem uma identificação mais acurada dos diferentes riscos da população, sobretudo em pacientes mais jovens, e busca intervir para que haja a devida prevenção e combate na evolução das DCV¹.

No entanto, o escore de PREVENT não provém de dados da população brasileira e isso pode torná-lo menos preciso, porém é o mais indicado pela Diretriz Brasileira de HA. Contudo, existe uma classificação dos estágios de HA de acordo com o nível da PA, presença de fatores de risco cardiovascular, LOA ou DCV estabelecida, que pode fazer essa análise, ainda que, possua acurácia limitada e não seja validada¹. Esse também foi acrescido ao instrumento, pode-se observá-lo na

figura 1.

Figura 1. Tabela da Estratificação do Risco Cardiovascular.

Classificação dos estágios de hipertensão arterial de acordo com o nível de pressão arterial, presença de fatores de risco cardiovascular, lesão de órgão-alvo ou doença cardiovascular estabelecida.

Fatores de risco CV, presença de LOA ou DCV	PA (mmHg)			
	PAS 130-139 PAD 80-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Sem fatores de risco CV	RISCO BAIXO	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
1 ou 2 fatores de risco CV	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
≥ 3 fatores de risco CV	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
LOA, DRC Estágio 3 ou DM	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO
DCV estabelecida ou DRC Estágio ≥ 4	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO

CV: cardiovascular; DCV: doença cardiovascular; DM: diabetes mellitus; DRC: doença renal crônica; LOA: lesão em órgão-alvo; PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica. Observação: são considerados fatores de risco CV para essa análise: sexo masculino; idade: > 55 anos no homem e > 65 anos na mulher; DCV prematura em parentes de 1º grau (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos); tabagismo; dislipidemia: colesterol de lipoproteína de baixa densidade (low-density lipoprotein cholesterol – LDLc) ≥ 100 mg/dL e/ou não colesterol de lipoproteína de alta densidade (high-density lipoprotein cholesterol – HDLc) 130 mg/dL e/ou HDLc ≤ 40 mg/dL no homem e ≤ 50 mg/dL na mulher e/ou triglicerídeos (TG) > 150 mg/dL; obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²).

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - 2025.

O QATHAS foi um instrumento desenvolvido com o objetivo de quantificar a adesão ao tratamento dos pacientes com hipertensão, quanto a sua adesão ao tratamento medicamentoso ou não¹⁷.

Resultados

O instrumento foi desenvolvido para CE direcionadas a pessoas com HA em ambiente ambulatorial, com o objetivo de promover a coleta de dados padronizada e individualizada. Constituído de anamnese detalhada, exame físico específico e, por fim, do plano de cuidados

destinado a este público, incluindo os DE⁶, RE⁸ e IE⁷, o que possibilita a continuidade do cuidado.

Sua elaboração foi estruturada em seis categorias. Na primeira trata-se da **Identificação** do indivíduo, que abarca os dados pessoais e socioeconômicos, como o nome, idade, sexo biológico, naturalidade, estado civil, etnia, escolaridade, uso de tecnologias, filhos, condição de atividade e renda familiar. A segunda consiste nos **Dados Clínicos**, que traz os antecedentes pessoais acerca das comorbidades, sua queixa principal, os antecedentes familiares e os exames laboratoriais mais pertinentes.

Figura 2. Dados Clínicos do Instrumento de Consulta de Enfermagem ao usuário com Hipertensão Arterial, 2025.

DADOS CLÍNICOS

Comorbidades: ☐ Hipertensão Arterial **Ano do diagnóstico:** _____

☐ Doença Renal ☐ Cardiopatias ☐ Diabetes ☐ Dislipidemias

Outras comorbidades: _____

Antecedentes Familiares: ☐ HA ☐ Doenças cardiovasculares

Outras, quais? _____

Queixa principal: _____

Exames laboratoriais alterados:

☐ Colesterol Total: _____

☐ HDL: _____

☐ LDL: _____

☐ Triglicerídeos: _____

☐ VLDL: _____

☐ HbA1c: _____

☐ Glicemia de jejum: _____

☐ Sódio: _____

☐ Potássio: _____

☐ Creatinina: _____

☐ Ureia: _____

☐ EAS: _____

☐ ECG: _____

Fonte: Instrumento próprio - 2025.

Na terceira inicia-se a **Anamnese** mais detalhada sobre a saúde do indivíduo, compreendendo questões como os hábitos de vida para a promoção da saúde, as medicações em uso e seu breve conhecimento sobre elas, questões sobre o tabagismo e etilismo, noções básicas de nutrição, eliminação e troca, padrões de atividade física, conforto e; e abrange questões psicossociais e da espiritualidade.

A quarta aborda o **Exame Físico** geral e específico com ênfase no sistema cardiovascular,

além dos dados antropométricos. A quinta consiste no **Planejamento do Cuidado**, e incorpora os diagnósticos de enfermagem NANDA-I⁽⁶⁾ mais prevalentes no paciente hipertenso, observados na tabela 1, baseados na coleta de dados realizada na segunda etapa da pesquisa, durante as CE ambulatoriais no contexto estudado, além de englobar os RE e as IE fundamentados na NOC⁸ e NIC⁷, respectivamente.

Tabela 1. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem relacionados a hipertensão arterial de pacientes acompanhados em um ambulatório de Cardiologia. n= 63. Campina Grande, 2024.

Diagnósticos de Enfermagem	n (%)
Risco de função cardiovascular prejudicada	63 (100)
Estilo de vida sedentário	29 (46,03)
Obesidade	26 (41,26)
Excesso de peso	20 (31,74)
Risco de trombose	15 (23,8)
Risco de pressão arterial instável	15 (23,8)
Risco de nível de glicose no sangue instável	12 (19,04)
Dor crônica	08 (12,69)
Risco de diminuição da perfusão do tecido cardíaco	08 (12,69)
Risco de perfusão tecidual ineficaz	06 (9,52)
Comportamento de saúde sujeito a risco	05 (7,93)
Fadiga	03 (4,76)
Perfusão tecidual periférica ineficaz	02 (3,17)
Prontidão para o autocuidado	02 (3,17)
aprimorado	
Diminuição do débito cardíaco	01 (1,58)
Ansiedade	01 (1,58)
Risco de perfusão do tecido cerebral ineficaz	01 (1,58)

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Com base nos 17 DE identificados e no perfil da população do contexto vivenciado, foram possíveis elencar 23 IE e 24 RE.

Dentre as IE elencadas como prioridades para os DE identificados estão: Precauções cardíacas; Monitorização de sinais vitais; Assistência na automodificação; Assistência para redução de peso; Controle do peso; Monitorização das extremidades inferiores; Ensino: processo da doença; Promoção do exercício; Controle de medicamentos; Controle da hipoglicemia; Controle de energia; Assistência no autocuidado; Monitorização nutricional; Controle da dor; Identificação de risco; Precauções contra embolia; Precauções circulatórias; Cuidados para embolia: periférica; Controle da sensibilidade periférica; Facilitação da autorresponsabilidade; Modificação do comportamento; Redução da ansiedade e Supervisão.

Em relação aos RE, esperam-se: Controle de riscos: doença cardiovascular; Autocontrole da hipertensão; Gravidade da hipertensão; Participação em programa de exercício físico; Tolerância à atividade; Comportamento de perda de peso; Controle de riscos: trombo; Efetividade da bomba cardíaca; Perfusão tissular: periférica; Gravidade da doença arterial periférica; Nível de fadiga; Repouso; Conhecimento: prevenção do trombo; Nível de glicose no sangue; Autocontrole do diabetes; Controle da dor; Nível da dor; Bem-estar pessoal; Perfusão tissular: cardíaca; Conhecimento: promoção da saúde; Conhecimento: controle da hipertensão; Nível de ansiedade; Perfusão tissular: cerebral; Controle de riscos: acidente vascular encefálico.

Por fim, a sexta categoria conta com a fase de **Encaminhamentos Necessários**, que enaltece a

importância da assistência multiprofissional oportunizando, ao final da consulta, o profissional enfermeiro avaliar se há necessidade de

encaminhar o paciente para uma avaliação com outro profissional da saúde, dispondo de um espaço para observações gerais.

Figura 3. Encaminhamentos Necessários do Instrumento de Consulta de Enfermagem ao usuário com Hipertensão Arterial, 2025.

ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS:

☐ Médico ☐ Nutricionista ☐ Psicólogo ☐ Profissional de Educação Física

☐ Grupo educativo Outros: _____

Observações gerais: _____

Fonte: Instrumento próprio – 2025.

Esta última categoria também inclui o questionário de adesão ao tratamento da HA (QATHAS) que avalia a adesão do paciente hipertenso ao seu processo terapêutico, seja ele medicamentoso ou não, a partir de 12 variáveis que a mensuram¹⁷. E o Escore de PREVENT¹, que avalia o risco que o paciente tem de sofrer problemas cardiovasculares nos próximos 10 e 30 anos, representado na estratificação do risco cardiovascular.

Assim o instrumento proposto apresenta os DE NANDA, juntamente com os RE esperados e as IE recomendadas, contribuindo para um plano de cuidados mais completo, ágil e eficaz, auxiliando os profissionais de enfermagem, sem comprometer a autonomia e o raciocínio clínico e crítico desses profissionais.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo desenvolver um instrumento direcionado à CE ao

paciente hipertenso, fundamentado nas diretrizes nacionais de atenção à hipertensão arterial e na taxonomia NANDA-I⁶.

Considerada como uma doença assintomática, a HA é subnotificada, e incide em DCV, que é a principal causa de mortalidade no Brasil e no mundo^{1,14}. Sua evolução pode ocasionar alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como o coração, cérebro, rins e vasos, e levar a complicações fatais e não fatais, como: o infarto agudo do miocárdio (IAM), angina pectoris, IC, DAC, AVEI ou AVEH, demência, doença de Alzheimer, doença renal crônica (DRC), retinopatia hipertensiva, aterosclerose, dentre outras^{14,18}.

A Atenção Secundária faz parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ocupa o nível intermediário de densidade tecnológica, responsável por prover o atendimento especializado, que fornece apoio diagnóstico e terapêutico, além de outros serviços¹⁵. Devido ao seu nível assistencial, atenta-se aos pacientes

hipertensos que fazem acompanhamento ambulatorial, por necessitarem de um suporte mais elevado.

Uma análise realizada com pacientes hipertensos numa unidade ambulatorial, revelou que quanto maior for o tempo de diagnóstico da HA, maior é o risco cardiovascular que eles possuem¹⁹. Isso reflete sobre a adesão ao tratamento, a qual, geralmente, apresenta-se inadequada, o que implica que esses usuários demandem maiores cuidados, visto que possuem grandes ameaças de complicações e mortalidade.

A busca por implementar todas as etapas do PE no cotidiano dos serviços, ainda é considerada como um desafio. Desse modo, faz-se necessário instituir ferramentas que forneçam condições para esse aprimoramento.

Ao incorporar os DE, RE e IE, contempla a coleta sistemática de dados e incorpora ferramentas validadas para apoiar o raciocínio clínico e crítico do profissional, direcionando-o para condutas mais assertivas e estruturadas.

Os achados deste estudo validam os resultados de Carneiro¹³, que propôs um modelo estruturado de assistência ao hipertenso na atenção secundária. Da mesma maneira, estudos evidenciam que a utilização de ferramentas, como o QATHAS, o escore de PREVENT e o escore de *Framingham*. Este apresenta o mesmo objetivo do PREVENT, porém com um menor período de avaliação de risco cardiovascular em apenas 10 anos, sendo recomendado o PREVENT, que estima este risco no período de 10 a 30 anos^{1,20}, ainda que pouco frequentes em instrumentos voltados à CE ao hipertenso, possibilitam mensurar e intervir na adesão ao tratamento, facilitando a compreensão do

paciente acerca de sua condição, o que impacta no seu autocuidado, além de melhorar a tomada de decisão dos profissionais, e favorece uma abordagem mais holística^{17,19,20}.

O instrumento construído surge como uma forma de suprir uma lacuna identificada na literatura. Uma vez que a maioria dos estudos disponíveis acerca da construção de instrumentos a serem utilizados nas CE, abordam isoladamente etapas da consulta, sem contemplar um modelo atual estruturado que integre a coleta de dados, o planejamento de cuidados e o monitoramento dos resultados, principalmente quando voltados à população hipertensa na atenção secundária^{11,21-26}.

A inclusão de tópicos que abordam fatores psicossociais e a espiritualidade é relevante, por possuírem influência no autocuidado, na redução do estresse e no aumento da adesão ao tratamento, o que promove um controle maior da PA¹. Esses aspectos não foram abordados em instrumento brasileiro construído anteriormente¹³.

Pesquisas internacionais, avaliaram os atendimentos prestados por enfermeiros tanto na atenção terciária, quanto na secundária, e identificaram os benefícios que um programa de enfermagem de reabilitação proporcionou a uma paciente após um AVEI e o rastreamento de DCV em pacientes hipertensos. Ambas as pesquisas demonstraram que, o envolvimento do profissional de enfermagem ao examinar e realizar o devido acompanhamento, apresenta melhorias na adesão medicamentosa desses pacientes, nas modificações de riscos e ao executar com sucesso o atendimento, provoca a redução do risco de diagnósticos incorretos, além da satisfação em relação ao atendimento por parte dos usuários que

frequentam as consultas^{27,28}.

Estudos destacam a importância que instrumentos padronizados possuem na uniformização e qualificação do atendimento^{5,10,29}. Contudo, diferentemente desses trabalhos, o presente estudo agregou elementos procedentes de um levantamento original sobre os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nesse público, o que possibilita uma maior aplicabilidade clínica ao instrumento proposto, no contexto estudado, que também pode ser aplicado a situações semelhantes.

Os DE podem apresentar-se, como diagnósticos reais; e os potenciais diagnósticos, que são os de risco e os de promoção de saúde, os quais fornecem a base de informações para que as IE sejam selecionadas. Essas intervenções são prescritas pelos enfermeiros e realizadas pela equipe de enfermagem, e buscam os melhores RE, que são responsáveis por mensurar o progresso ou regresso do paciente ao longo da assistência prescrita³⁰.

A inclusão desses recursos no presente instrumento representa um avanço, pois permite a sistematização embasada em evidências, a otimização do tempo do enfermeiro, e contribui para o raciocínio clínico mais ágil, a aplicabilidade do Processo de Enfermagem, o avanço na intercomunicação entre os membros da equipe e a continuidade do cuidado⁵.

Em síntese, o instrumento sugerido apresenta-se como uma opção inovadora para conceituar a CE ao paciente hipertenso, o que fornece o suporte técnico e científico para a prática assistencial.

Como limitação do estudo, destaca-se a escassez de trabalhos que apresentem a construção de um instrumento de CE voltado ao paciente hipertenso no âmbito da atenção secundária, que

inclua além da anamnese, exame físico e diagnósticos, o planejamento do cuidado, a possibilidade de uma assistência sistematizada, o acompanhamento evolutivo do paciente. Ademais, que contenham ferramentas para a mensuração da adesão terapêutica e do risco cardiovascular.

Em virtude disso, acredita-se na valiosa contribuição dessa pesquisa no atendimento ambulatorial ao portador de HA, para o alcance de metas que visem melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, revelando suas contribuições para a saúde, sobretudo, para consolidação de uma ferramenta eficaz no manejo clínico do paciente, com o intuito de fortalecer a prática baseada em evidências e a enfermagem como ciência.

Conclusão

Foi possível construir o instrumento de acordo com os diagnósticos identificados no contexto regional, utilizando-se de diretrizes nacionais, taxonomias renomadas e ferramentas consolidadas acerca da saúde cardiovascular do paciente hipertenso.

Sugere-se que este instrumento seja validado por especialistas e testado a sua usabilidade com profissionais atuantes no ambulatório de cardiologia para que possa ser utilizado com segurança nos atendimentos cotidianos, bem como para avaliar seu impacto nos desfechos clínicos e na assistência prestada.

Referências

1. Brandão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Armstrong AC, Mulinari RA, Feitosa ADM, et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - 2025. Arq Bras Cardiol. 2025; 122(9):e20250624.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não

Transmissíveis. Vigilatel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.

3. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 1986.

4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo o contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: Diário Oficial da União. 2024.

5. Santos KC, Fonseca DF, Oliveira PP, Duarte AGS, Melo JMA, Souza RS. Men's health care: construction and validation of a tool for nursing consultation. Rev Bras Enferm. 2020; 73(3):e20190013.

6. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, Garcez RM, Barros ALBL, Napoleão AA, et al. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e classificações 2021-2023. 12. ed. Porto Alegre: Artmed. 2021; 13(4):e6992.

7. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, Barros ALBL, Rodrigues DC, et al. Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2016.

8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, Barros ALBL, Fernandes A, et al. Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2016.

9. Santana JS, Nóbrega MML, Oliveira JS, Oliveira MJG. Nursing consultation software for hypertensive users of the family health strategy. Rev Bras Enferm. 2018; 71(5):2398-403.

10. Albuquerque MEF, Santos SMP, Martini LGC, Vieira GACM, Noronha JAF, Lima MAS. O processo de construção de um instrumento para consulta de enfermagem em IST. 4º Congresso Sul Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem e 3º Mostra Internacional de Cuidado de Enfermagem no Ciclo da Vida; Anais do 4º CONSSAE e 3º MICENF; 2021 Out 25-27; Congress me. Santa Catarina. 2021.

11. Silva RLDT, Ishida EE, Cardoni Junior L, Marcon SS. Construção e validação de

instrumento para avaliação da assistência à pessoa com Hipertensão na Atenção Básica. Texto Contexto Enferm. 2017; 26(4):e0500014.

12. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª edição. Novo Hamburgo (RS): Feevale. 2013.

13. Carneiro CS. Validação de um instrumento de coleta de dados para avaliação clínica de pessoas com hipertensão arterial [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 2008.

14. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: módulo 4: Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministérios da Saúde. 2022.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 49, de 23 de julho de 2025. Torna pública a decisão de aprovar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Diário Oficial da União. 2025.

17. Rodrigues MTP, Moreira TMM, Andrade AF. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. Rev Saúde Pública. 2014; 48(2):232-239.

18. Amorim JS, Ramos AFSRA, Paiva FDT, Vêras RFO, Oliveira P, Baganha IF, et al. Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão da literatura atual. Braz Journal of Implantology and Health Sciences. 2024; 6(7):2549-2563.

19. Nobre ALCSD, Lima CA, Oliveira MJL, Vieira DMA, Martelli Júnior H, Costa SM. Hipertensos assistidos em serviço de atenção secundária: risco cardiovascular e determinantes sociais de saúde. Cad Saúde Coletiva, 2020; 28(3):334-344.

20. Malta DC, Pinheiro PC, Teixeira RA, Machado IE, Santos FM, Ribeiro ALP. Estimativas do Risco Cardiovascular em Dez Anos na População Brasileira: um estudo de base populacional. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):423-431.

21. Felisberto MAS, Bittencourt GKGD, Silva AO, Nóbrega MML. Construção de um instrumento para consulta de enfermagem à mulher idosa com incontinência urinária. *Enferm Foco*. 2021; 12(1):47-53.
22. Melo LHA, Bernardo THL, Sarmiento PA, Santos AA. Construção e validação de conteúdo do instrumento: consulta de enfermagem para pessoa com úlcera falcêmica à luz da teoria de Orem. *Rev Principia*. 2021; 1(56):289-300.
23. Dutra MOM, Baptista RS, Araújo MGO, Cerqueira ACDR, Sousa FS, Gouveia MTO, et al. Construção e validação de conteúdo de um instrumento para consulta de enfermagem à mulher no climatério. *Rev Caderno Pedagógico*. 2024; 21(12):01-21.
24. Scali DC, Costa ABS, Corral ACT, Saviolli R, Pires ABM, Miura CRM, et al. Elaboration of a nursing consultation instrument for suspected and cases of COVID-19 and/or Influenza. *Global Academic Nursing Journal*. 2023; 4(1):e337.
25. Zanatta EA, Hanzen IP, Siega CK, Portaluppi DM, Zocche DAA. Action Research as Method for Build an Instrument for the Nursing Consultation to Children. *NTQR*. 2021; 8:1-8.
26. Santos ACL, Costa MCMDR, Sousa CSP, Menezes LST, Lima JMO, Maia ICVL. Consulta de enfermagem ambulatorial em cardiologia: uma pesquisa convergente assistencial. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2022; 96(40):e-021286.
27. Leão RMN, Teixeira MGG, Mendes M, Ribeiro OMPL. Nursing program rehabilitation for post-puerperal patient with stroke: a case report. *Cogitare Enferm*. 2025; 30:e95359en.
28. Kavita, Thakur JS, Vijayvergiya R, Ghai S. Task shifting of cardiovascular risk assessment and secondary prevention of cardiovascular diseases in a tertiary health care setting of Northern India. *BMC Health Services Research*. 2020; 20:10.
29. Teixeira AKS, Silva LF, Silva ANC. Validação do conteúdo de um instrumento para consulta de enfermagem à pessoa com úlcera venosa. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. São Paulo. 2022; 20:e3522.
30. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. *Ligações NANDA-NOC-NIC*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2010.