

 <https://orcid.org/0000-0002-9599-6351>

Couto LA, Dzembatyti CC, Fernandes DLG, Bonfim D, Nunciaroni AT, Varela ALV. Analysis
of nursing consultations for people with systemic arterial hypertension in Primary Health
Care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4876 [cited _____. Available from: _____].
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.7998.4876>

ano mês dia URL

Introdução

Uma Atenção Primária à Saúde (APS) fortalecida, adequadamente dimensionada, com base territorial e com participação comunitária, está associada aos sistemas de saúde com melhores resultados e maior acesso da população aos serviços⁽¹⁻²⁾. No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos fatores mais influentes na mortalidade precoce por doenças cardiovasculares (DCV) quando associada aos fatores dietéticos, metabólicos e ambientais⁽³⁾. Desta forma, a APS é campo fértil para implementação de políticas públicas e intervenções precoces baseadas em evidências a fim de diminuir as tendências da incidência e de complicações relacionadas à HAS.

No seguimento longitudinal da pessoa com HAS na APS, é recomendado pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial que o cuidado contemple abordagem clínica, aspectos psicossociais, culturais e socioeconômicos que determinam a saúde⁽⁴⁻⁶⁾. Denota-se, portanto, a importância do manejo da HAS na APS, uma vez que este ponto da Rede de Atenção à Saúde considera as condições que podem determinar a saúde e os desfechos cardiovasculares da população.

Assim, no contexto da APS, a enfermeira ocupa um papel de destaque na gestão do cuidado, em especial no que concerne às mudanças comportamentais e melhoria da qualidade de vida. Neste cenário, estudos demonstram que as intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa com HAS na APS estão associadas à redução de níveis pressóricos, melhora de dados antropométricos, adesão ao tratamento e mudanças comportamentais positivas⁽⁷⁻⁹⁾.

Entre as ferramentas de trabalho da enfermeira na APS, destaca-se o Processo de Enfermagem (PE). Trata-se de instrumento metodológico por meio do qual se concretiza a Consulta de Enfermagem⁽¹⁰⁾ e que contribui para a sistematização do raciocínio clínico, identificação das necessidades de saúde e planejamento do cuidado, possibilitando um plano de cuidado que fortaleça a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a avaliação dos resultados de saúde.

Desta forma, a enfermeira tem papel importante na oferta do cuidado centrado no usuário com intervenções frente às necessidades de saúde, o que possibilita a criação de um vínculo de confiança⁽¹¹⁻¹²⁾. Ainda nesta perspectiva, uma revisão emergente sobre estratégias de comunicação personalizada aponta relação positiva entre cuidados de enfermagem personalizados e satisfação/adesão ao tratamento pactuado⁽¹³⁾, bem como contribuição favorável na construção do vínculo e empoderamento dos usuários no autocuidado⁽¹⁴⁾.

Embora o PE seja legalmente determinado e reconhecido como o método para a implementação do

cuidado de enfermagem, ainda estão presentes diversos desafios para a sua efetiva utilização na APS brasileira, tanto relacionados à sua operacionalização como em relação às especificidades no cuidado a pessoas com HAS. Assim, a fim de fornecer subsídios para aprimorar a prática clínica e consolidar a implementação do PE nos atendimentos aos usuários com HAS na APS, busca-se compreender como as enfermeiras têm utilizado os elementos preconizados pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial nas Consultas de Enfermagem, considerando as etapas do PE e estratégias de comunicação clínica.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo analisar a consulta de enfermagem em pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, as etapas do Processo de Enfermagem (PE) e a comunicação clínica.

Método

A redação deste estudo seguiu o *checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁵⁾.

Delineamento e local do estudo

Trata-se de estudo observacional analítico transversal, realizado a partir de dados secundários de um estudo multicêntrico, intitulado "Habilidades de prática avançada na gestão do cuidado em consultas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: diagnóstico situacional e proposta de capacitação", que avalia diferentes linhas de cuidado para enfermeiros na APS por meio da gravação de 203 consultas de enfermagem realizadas por 32 enfermeiros. A coleta de dados ocorreu em 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de quatro unidades federativas diferentes, sendo 6 localizadas na região Norte, 7 no Nordeste e 4 no Sudeste do país.

No presente estudo foram incluídas as consultas de enfermagem realizadas a pessoas que autodeclararam ter HAS e que tenham sido gravadas na íntegra (n=29), realizadas por 13 enfermeiros.

População e definição da amostra

O processo amostral foi definido por conveniência, considerando a inclusão de diferentes cenários do território brasileiro (Figura 1). Assim, diante da dimensão continental do país, optou-se por contemplar três das cinco macrorregiões, em cidades com perfil demográfico, de morbimortalidade e de oferta de serviços distintos, sendo duas cidades de grande e duas de pequeno porte.

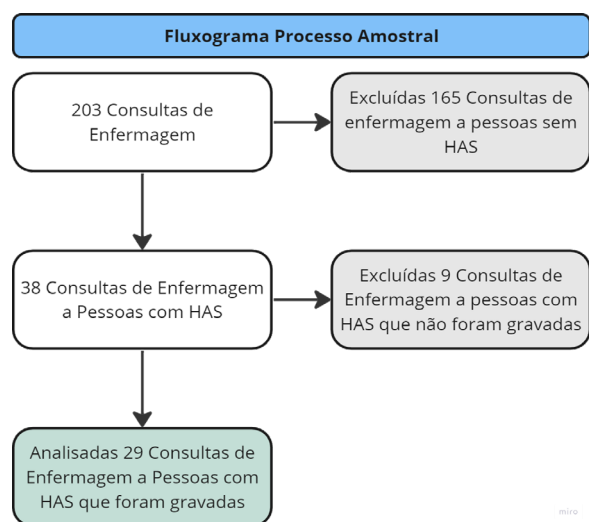


Figura 1 - Fluxograma referente ao processo de amostragem

Critérios de seleção

Os participantes deste estudo foram enfermeiros e usuários presentes na consulta de enfermagem gravada. Os critérios de inclusão para os enfermeiros foram atuar no cuidado direto aos usuários da APS há pelo menos um ano. Para os usuários, foi considerado critério de inclusão aqueles que buscaram atendimento por alguma enfermeira que tivesse aceitado participar do estudo.

Os enfermeiros e usuários que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o termo de autorização de imagem e voz e o instrumento de caracterização demográfica.

Coleta de dados

A coleta de dados do estudo multicêntrico ocorreu no período de maio a julho de 2022, após convite e pactuação com a gestão e enfermeiros participantes. Os dados foram coletados por duas pesquisadoras. À primeira atribuiu-se o convite aos usuários na sala de espera e a obtenção do consentimento. Realizou-se, ainda, a caracterização do usuário, por meio de dados sociodemográficos, motivo da procura da Consulta de Enfermagem e antecedentes de saúde, assim como de enfermeiros acerca de dados sociodemográficos, da formação, características do campo e motivação profissional. A segunda pesquisadora foi responsável por manipular as duas câmeras de filmagem, modelo GoPro® Hero9, sendo uma posicionada no consultório e uma no corpo da enfermeira, fixada por meio do uso de faixa peitoral elástica.

Além da gravação, os dados sobre os registros das consultas foram extraídos de prontuários físicos ou eletrônicos após o término do atendimento. A obtenção

dos dados ocorreu por meio de um instrumento elaborado pelas pesquisadoras, construído com o objetivo da avaliação do registro do processo de enfermagem nos prontuários. Este processo permitiu avaliar as etapas do processo de enfermagem e o raciocínio clínico não expressado verbalmente aos pacientes.

Adicionalmente, no presente estudo, no período de setembro a outubro de 2023, foram extraídos os dados das gravações de consultas de enfermagem às pessoas com HAS, com enfoque na avaliação das recomendações contidas nas Diretrizes Brasileiras de HAS, a partir das etapas do PE.

Variáveis do estudo e instrumentos de coleta de informações

Para avaliação das Consultas de Enfermagem em relação ao cuidado do usuário com HAS, foi elaborado um *checklist*. Tal documento teve como referência as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽⁴⁾ para embasamento da avaliação de parâmetros clínicos; a Resolução COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) 736/2024⁽¹⁰⁾ e o Manual Processo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde⁽¹⁶⁾ para a avaliação do cumprimento das etapas do Processo de Enfermagem, além do guia de habilidades de comunicação *Calgary- Cambridge Guide to the Medical Interview – Communication Process*⁽¹⁷⁾ para avaliação das estratégias de comunicação clínica utilizadas.

O processo de construção dos itens e subitens do *checklist* aconteceu com a avaliação conjunta das autoras do artigo, uma equipe composta por enfermeiras e nutricionistas, com vasta experiência em pesquisa e no cuidado aos usuários que apresentam condições crônicas na APS. A discussão dos conceitos e a integração das questões que compõem o *checklist* foram feitas em reuniões em que participaram no mínimo três pesquisadoras. Após a obtenção de consenso, foi realizada uma análise-piloto de duas consultas de enfermagem a fim de calibrar o instrumento e padronizar as avaliadoras em conceitos e respostas.

A partir dos resultados do piloto, foram discutidas questões que apresentavam divergência entre as respostas das avaliadoras a fim de que, ao final, um novo consenso fosse criado. Nestas reuniões, além da análise do conteúdo, foram retiradas perguntas, inseridas novas indagações e reformuladas outras que apresentaram tal necessidade. Esse processo resultou em um encontro semanal de 1h30 por três semanas. Após concordância, deu-se início ao processo de avaliação do total das consultas de enfermagem por duas enfermeiras (LC e CD).

Os itens e subitens do *checklist* foram organizados nas seções: "Avaliação de Enfermagem", "Diagnóstico

de Enfermagem”, “Planejamento de Enfermagem”, “Implementação da Assistência de Enfermagem”, “Evolução de Enfermagem”, “Comunicação” e “Caracterização da Consulta”. Para as análises, a caracterização da consulta não foi considerada como uma etapa do índice de cumprimento das etapas do PE e comunicação. Os subitens são questões dependentes dos itens, por exemplo: para que a pergunta “Profissional realizou técnica correta de aferição de pressão arterial?” fosse aplicável, era necessário que a resposta para a pergunta “Profissional realizou aferição de pressão arterial?” fosse “sim”. Da mesma maneira, para que a pergunta “Profissional solicitou exame de glicemia de jejum?” fosse aplicável, era necessário que a resposta para a pergunta “Profissional solicitou exames complementares básicos?” tivesse sido “sim”.

Cada item e subitem foi avaliado como presente ou ausente segundo as ações da enfermeira durante a consulta. Adicionalmente, foram incluídas colunas de evidência de cena e observações, para preenchimento caso houvesse necessidade. Na coluna de “Evidência de Cena”, foi inserida a correspondente parte do vídeo em que a resposta ficava evidente, bem como o minuto em que ela aparecia. O campo de “Observações” ficou aberto para escrita livre de observações que a avaliadora achasse pertinente. Subsequentemente, deu-se início ao processo oficial de análise dos vídeos, que levou cerca de 2 meses para ser finalizado na íntegra.

Tanto a construção do instrumento para avaliação dos registros de prontuário e do *checklist* para análise das consultas de enfermagem gravadas, quanto o gerenciamento dos dados foram realizados em formato eletrônico, na plataforma RedCap (*Research Electronic Data Capture*).

Para reduzir o viés de seleção, foram definidos critérios de inclusão e exclusão. O instrumento de análise das consultas de enfermagem foi construído tendo como base referências de uso nacional no campo do cuidado à pessoa com HAS na APS, reduzindo possíveis vieses de mensuração, bem como o treinamento uniforme das pesquisadoras que analisaram os vídeos das consultas de enfermagem. Além disso, a transparência na descrição dos procedimentos e as análises bivariadas empregadas ajudam a avaliar a robustez dos resultados. Essas medidas, em conjunto, fortalecem a qualidade metodológica e a credibilidade das conclusões do presente estudo.

Tratamento e análise dos dados

Realizou-se inicialmente uma análise descritiva univariada de todas as variáveis, utilizando medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio-padrão ou intervalo interquartilico), conforme apropriado, além de distribuições de frequência para

variáveis categóricas. A normalidade da distribuição de cada variável contínua foi formalmente avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Para a análise bivariada com o intuito de explorar a relação entre o cumprimento percentual das etapas do PE e o tempo de duração da consulta, optou-se por uma abordagem gráfica complementada por análise estatística inferencial. Especificamente, foi construído um gráfico de dispersão com três elementos:

- 1) pontos representando cada observação,
- 2) retas de regressão linear tracejadas para visualizar a tendência da relação em cada subgrupo e
- 3) distinção por cores baseada na variável categórica “Número de Diagnósticos Reportados”. Considerando que a variável ‘tempo de duração da consulta’ violou o pressuposto de normalidade (Shapiro-Wilk, $p < 0,05$), a força e a direção da associação contínua entre essas duas variáveis foram quantificadas utilizando-se o método não paramétrico do coeficiente de correlação de postos de Spearman (ρ).

Para avaliar a adesão às Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, foi realizada uma análise observacional transversal, utilizando o PE como estrutura metodológica de referência. Um *checklist* de extração de dados foi construído alinhando cada etapa do processo — Avaliação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Evolução de enfermagem — com as recomendações específicas das Diretrizes. Por meio da observação direta de 29 consultas, verificou-se a execução de itens críticos para o manejo da HAS, como a técnica correta de aferição de pressão arterial, a investigação de fatores de risco cardiovascular, a realização do exame físico direcionado, a educação em saúde e o estabelecimento de um plano de cuidado compartilhado. Dessa forma, o PE serviu como uma lente analítica para mensurar de forma sistemática e integral se as práticas observadas correspondiam ao padrão de excelência clínica preconizado.

O percentual de cumprimento das etapas do PE foi calculado com base no número de itens analisados, considerando que todas as etapas possuem o mesmo peso. Para isso, foi determinado o total de itens que compõem integralmente o PE, garantindo uma distribuição equitativa entre as etapas. Esses percentuais foram descritos e relacionados graficamente segundo as características dos usuários, dos profissionais de enfermagem e as características das consultas. Todas as análises estatísticas foram realizadas usando o *software* estatístico R versão 4.1.3 (*R Project for Statistical Computing*) junto com o *software* estatístico R Studio versão 1.4.1717 (RStudio).

Considerações éticas

Os preceitos éticos e legais foram cumpridos, respeitando-se a Resolução n.º 466/2012 do Conselho

Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (56255622.2.0000.0071) e teve anuência dos centros coparticipantes. Em conformidade com a Ciência Aberta, os dados estão disponíveis a partir de consulta aos autores, de forma parcial, uma vez que a gravação das consultas de enfermagem pode identificar os enfermeiros, usuários e unidades de saúde participantes.

Resultados

Usuários

No presente estudo, foram incluídas 29 gravações de consultas de enfermagem concernentes aos usuários das unidades de Atenção Primária à Saúde que autorreferiram diagnóstico de HAS. Os usuários incluídos nas análises apresentaram uma média de idade de 56,62 anos ($\pm$ 15,28), sendo 86,21% do sexo feminino e 68,96% pretos ou pardos.

Em relação às condições socioeconômicas, 72,41% dos usuários recebiam alguma renda e, destes, 75,87% recebiam entre 0 e 2 salários-mínimos. No que tange às localidades de origem, três usuários eram do município localizado no estado de Alagoas (AL), 11 do estado do Amazonas (AM), seis do Rio Grande do Norte (RN) e nove do estado de São Paulo (SP). Ademais, 82,76% referiram morar acompanhados de familiares. Além de hipertensão arterial, 55,27% dos usuários referiram ter mais de três diagnósticos diferentes. Os principais motivos de procura do serviço de saúde foram evento agudo (30,37%), coleta de exame citopatológico de colo uterino (17,24%) e avaliação de resultado de exame (10,34%).

Enfermeiras

Um total de 13 enfermeiros foi responsável pelas consultas aos usuários com HAS, sendo 1 de AL, 4 de AM, 3 de RN e 5 de SP. Destes, 76,92% eram do sexo feminino. Os serviços de saúde nos quais trabalhavam eram, em 61,54% dos casos, Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família e, dos 13 profissionais participantes do estudo, 8 (61,5%) possuíam pelo menos 5 anos de experiência na área de atuação. Todos os profissionais afirmaram possuir algum tipo de pós-graduação e, deles, 91,54% tinham residência ou especialização de APS, em Saúde da Família e Comunidade, em Saúde Coletiva ou em Saúde Pública.

No que diz respeito aos elementos facilitadores ou dificultadores para a realização das consultas, 76,92% dos enfermeiros possuíam sala exclusiva e 61,54% tinham acesso a alguma Taxonomia como norteadora de Diagnósticos de Enfermagem. Demais informações acerca

das características dos enfermeiros cujas consultas foram avaliadas neste estudo encontram-se dispostas na Tabela 1. Como ilustrado ainda nesta tabela, houve casos em que os enfermeiros não informaram ou relataram a participação em mais de um curso no último ano e a aplicação de múltiplos protocolos no atendimento aos usuários.

Tabela 1 - Perfil profissional de atuação e de formação dos enfermeiros atuantes nos serviços de saúde (n = 13). Brasil, 2022-2023

Variáveis	% (n)*
Salário	
1 a 2 SM†	15,38 (2)
3 a 4 SM†	23,08 (3)
5 a 6 SM†	-
> 7 SM†	61,54 (8)
Outro vínculo empregatício	
Sim	38,46 (5)
Não	61,54 (8)
Tipo de equipe na Unidade	
Estratégia Saúde da Família	61,54 (8)
UBS† Mista	15,38 (2)
UBS† Tradicional	15,38 (2)
UBS† Rural	7,69 (1)
Existe Equipe Multidisciplinar na Unidade	
Sim	61,54 (8)
Não	38,46 (5)
Tempo de experiência como enfermeiro da APS§	
Entre 1 e 5 anos	3,46 (5)
Entre 6 e 10 anos	46,15 (6)
> 10 anos	15,38 (2)
Existem dificuldades para realização de consulta	
Sim	69,23 (9)
Não	30,77 (4)
Instrumentos padronizados sobre Processo de Enfermagem	
Sim	38,46 (5)
Não	61,54 (8)
Taxonomia utilizada para Diagnóstico de Enfermagem	
NANDA	23,08 (3)
CIPE [¶]	30,77 (4)
Outros	7,69 (1)
Nenhuma	38,46 (5)
Motivação profissional	
Com satisfação	76,92 (10)
Sem satisfação	23,08 (3)
Residência ou Especialização em APS§	
Sim	30,77 (4)
Não	69,23 (9)
Especialização em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva ou Saúde Pública	
Sim	61,54 (8)
Não	38,46 (5)
Número de Profissionais com Mestrado	
Sim	30,77 (4)
Não	69,23 (9)
Participação em cursos no último ano	
Saúde do Idoso	23,08 (3)
Cuidado aos crônicos (HAS**/DM††)	30,77 (4)
Processo de Enfermagem	30,77 (4)

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variáveis	% (n)*
Teve aulas sobre o Processo de Enfermagem	
Sim	84,62 (11)
Não	7,69 (1)
Não sei	7,69 (1)
Na sua unidade usam Protocolos de Enfermagem	
Sim	46,15 (6)
Não	53,85 (7)
Protocolos usados na Saúde do Idoso	
Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde	76,92 (10)
Protocolo do Estado	7,69 (1)
Protocolo de outros municípios	7,69 (1)
Protocolo do COREN**	-
Protocolo da sua secretaria municipal de saúde	15,38 (2)
Protocolos usados para atenção aos Crônicos	
Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde	76,92 (10)
Protocolo Ministério da Saúde	61,54 (8)
Protocolo do Estado	23,08 (3)
Protocolo de outros municípios	7,69 (1)
Protocolo do COREN**	-
Protocolo da sua Secretaria Municipal de Saúde	15,38 (2)

*%(n) = Valor percentual (número bruto); *SM = Salário-mínimo, correspondente a R\$1518,00 no Brasil, ano 2025; †UBS = Unidade Básica de Saúde; ‡APS = Atenção Primária à Saúde; †NANDA = North American Nursing Diagnosis Association; *CIPE = Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem; **HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; ††DM = Diabetes Mellitus; **COREN = Conselho Regional de Enfermagem

O tempo médio de cada consulta foi de 22,89 minutos ($\pm 13,54$), 66,67% delas foram interrompidas durante a realização, 55,17% foram agendadas previamente e a queixa do usuário estava relacionada à HAS em 24,14% dos atendimentos.

A descrição a seguir trata do conteúdo gerado a partir da análise dos vídeos das consultas, de acordo com o *checklist*. Na etapa de Avaliação de Enfermagem, 72,41% dos profissionais não aferiram a pressão arterial durante o atendimento e, dos que aferiram, 25% realizaram tal procedimento com técnica correta. A busca por dados antropométricos esteve ausente em 51,72% das consultas, assim como a ausculta cardíaca (86,21%). A avaliação das extremidades dos usuários esteve presente em 10% das consultas, em que os profissionais investigaram a possibilidade da presença de edema.

Os profissionais realizaram avaliação de exames complementares básicos em 31,0% das consultas e em 88,89% delas o resultado foi comunicado ao usuário. O uso de medicamentos contínuos foi investigado em 51,72% das consultas e em nenhuma delas questionou-se a respeito de uso de medicamentos sem prescrição e/ou uso de drogas ilícitas.

Os fatores de risco específicos para doença cardiovascular real foram explorados em 72,42% das consultas, sendo a idade o mais frequente (66,67%). A presença do tabagismo, consumo de álcool ou quantitativo da ingestão de sódio não foi explorada em 94,24%, 95,25% e 95,24% das consultas, respectivamente.

Doença arterial coronariana e renal crônica estiveram presentes em 1 e 3 atendimentos, respectivamente. A investigação da presença de diabetes foi evidenciada em 42,86% das consultas.

Em 79,31% dos atendimentos não foram investigados aspectos psicossociais, culturais e socioeconômicos que pudessem estar associados aos valores de medidas da pressão arterial e comorbidades e, dos que continham tal investigação, o estresse emocional foi o mais frequente (66,67%).

Estiveram ausentes em 100% das consultas: avaliação de Índice Tornozelo Braquial (ITB), ausculta de artérias carótidas, cálculo de Taxa de Filtração Glomerular (TFG), exame neurológico, antecedentes de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e investigação de retinopatia hipertensiva, cálculo de Velocidade de Onda de Pulso (VOP), avaliação de *ictus* em palpação, investigação de história familiar de início precoce de HAS, investigação de apneia do sono e de pressão de pulso.

A comunicação do Diagnóstico de Enfermagem não foi evidente em nenhuma das consultas. Em relação à etapa de Planejamento, 89,66% dos profissionais não estabeleceram metas e o planejamento foi construído em conjunto com o usuário em 20,69% dos atendimentos.

A Prescrição de Enfermagem não foi verbalizada em 75,86% das consultas e em nenhuma delas tal prescrição foi entregue por escrito ao usuário. Por fim, o cálculo do risco cardiovascular não ficou evidente em nenhum dos atendimentos. As consultas de seguimento foram 65,62% dos atendimentos e a etapa de Evolução de Enfermagem não ficou explícita em nenhum deles.

No que tange às habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal dos profissionais, 65,52% realizaram identificação do usuário e 86,21% não se apresentaram. O conforto e a privacidade foram garantidos em 96,55% das consultas e a entrevista foi iniciada com questões abertas em 51,72% dos atendimentos. Ademais, 79,31% dos profissionais mantiveram contato visual com o usuário durante a interação e ofereceram tempo suficiente para o usuário se expressar, sem interrupções.

Além disso, 58,62% dos profissionais realizaram escuta ativa e 93,1% utilizaram linguagem adaptada às condições educacionais e socioeconômicas dos usuários. A verificação da compreensão da pessoa e o encorajamento ao esclarecimento de dúvidas estiveram presentes em 79,31% dos atendimentos e a técnica de sumarização foi aplicada em 55,17% dos encontros clínicos. Ainda, 75,86% dos usuários não foram envolvidos no planejamento de opções terapêuticas a respeito do próprio processo saúde-doença-cuidado e não foi solicitada devolutiva do usuário a respeito do atendimento prestado em 89,66% das consultas.

Processo de Enfermagem**Segundo a execução**

Na Tabela 2 é demonstrado que, em resumo, do total dos 48 itens avaliados pelo *checklist*, verificou-se

que a mediana de itens cumpridos foi de 18, o que indica que 50% dos enfermeiros cumpriram até 18 itens do Processo de Enfermagem. Esse valor corresponde a uma mediana de 20% de cumprimento em relação ao total de etapas do PE.

Tabela 2 - Distribuição do cumprimento das etapas do Processo de Enfermagem, segundo itens propostos pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (N = 29). Brasil, 2022-2023

Variáveis	Sim % (n)*	Não % (n)*
Avaliação de Enfermagem realizada pelos profissionais		
Aferiu a pressão arterial durante a consulta?	27,59 (8)	72,41 (21)
Buscou dados antropométricos do usuário?	48,28 (14)	51,72 (15)
Realizou ausculta de artérias carótidas?	-	100,0 (29)
Realizou ausculta cardíaca?	13,79 (4)	86,21 (25)
Contou frequência cardíaca?	3,45 (1)	96,55 (28)
Examinou extremidades?	10,34 (3)	89,66 (26)
Realizou avaliação de ITB [†] ?	-	100,0 (29)
Verificou resultados de exames complementares básicos relacionados à hipertensão ou RCV [‡] ?	31,03 (9)	68,97 (20)
Avaliou função renal por meio de cálculo de TFG [§] com CKD-EPI ou MDRD [¶] ?	-	100,0 (29)
Examinou abdômen?	6,9 (2)	93,1 (27)
Realizou exame neurológico?	-	100,0 (29)
Investigou medicamentos em uso contínuo?	51,72 (15)	48,28 (14)
Investigou uso de medicamentos sem prescrição médica?	-	100,0 (29)
Investigou uso de drogas ilícitas?	-	100,0 (29)
Investigou fatores de risco específicos para doença cardiovascular real?	72,41 (21)	27,59 (8)
Investigou fatores que podem modificar o risco do usuário hipertenso?	27,59 (8)	72,41 (21)
Investigou aspectos psicossociais, culturais e socioeconômicos que podem estar interferindo nos valores aferidos/nas comorbidades?	20,69 (6)	79,31 (23)
Realizou avaliação de VOP ^{**} ?	-	100,0 (29)
Avaliou <i>ictus</i> em palpação?	-	100,0 (29)
Diagnóstico de Enfermagem		
Elencou diagnóstico(s) de enfermagem:	-	100,0 (29)
Comunicou diagnóstico(s) elencado(s) ao usuário?	-	100,0 (29)
Planejamento de Enfermagem		
Determinou resultados que se espera alcançar e/ou estabeleceu metas?	10,34 (3)	89,66 (26)
Estabeleceu ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas para o alcance das metas?	33,33 (1)	66,67 (2)
Implementação da Assistência de Enfermagem		
Usuário tem necessidade de solicitação de exames complementares básicos?	17,24 (5)	82,76 (24)
Realizou prescrição de enfermagem? (Seja escrita ou verbal)	24,14 (7)	75,86 (22)
Dos que realizaram prescrição (n=7), esta foi entregue ao usuário escrita no papel?	-	100,0 (7)
Evolução de Enfermagem		
Avaliou a assistência de enfermagem?	-	100,0 (29)
Elencou novos diagnósticos de enfermagem para a necessidade que está sendo apresentada?	-	100,0 (29)

*%(n) = Valor percentual (número bruto); [†]ITB = Índice Tornozelo-Braquial; [‡]RCV = Risco Cardiovascular; [§]TFG = Taxa de Filtração Glomerular; ^{||}CKD-EPI = *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*, equação para estimar a taxa de filtração glomerular; [¶]MDRD = *Modification of Diet in Renal Disease*, fórmula para estimar a taxa de filtração glomerular; ^{**}VOP = Velocidade de Onda de Pulso

Conforme ilustrado na Figura 2, observou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre um maior tempo de duração da consulta de enfermagem e a maior adesão às etapas do Processo de Enfermagem (PE) em pacientes com HAS. A análise do

tempo de consulta pelo teste de Shapiro-Wilk confirmou a ausência de normalidade em sua distribuição ($p = 0,0121$). Diante desse resultado, optou-se pela utilização do teste não paramétrico de Spearman para avaliar a correlação.

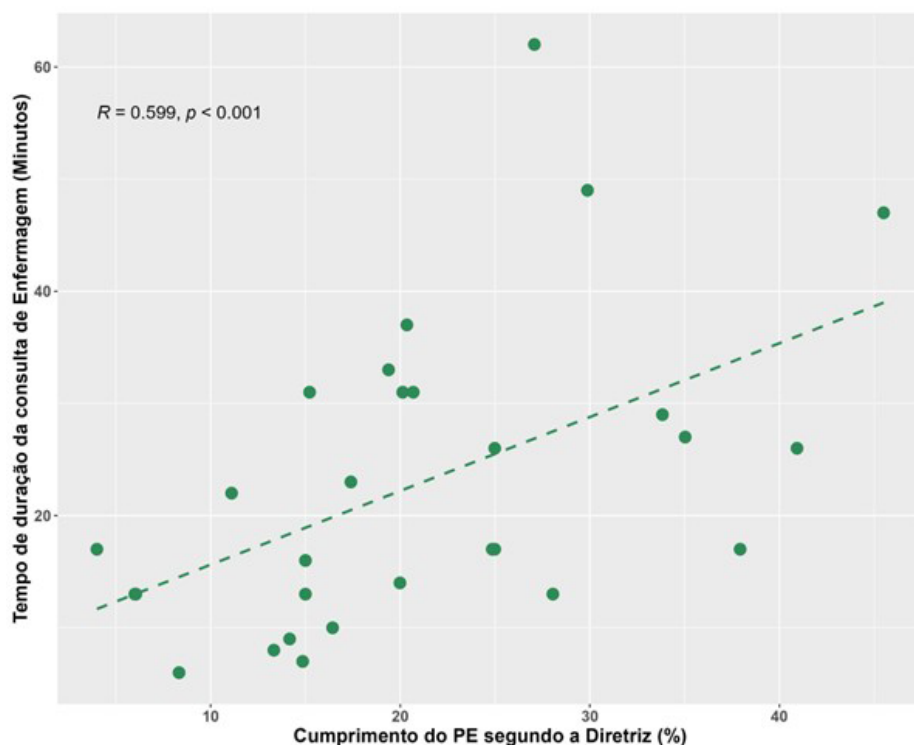


Figura 2 - Correlação entre o tempo de duração da consulta de enfermagem e o cumprimento das etapas do Processo de Enfermagem junto aos usuários com Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde. Brasil, 2022-2023

A análise estratificada por complexidade diagnóstica (Figura 3) revelou um gradiente de magnitude de correlação, embora sem significância estatística em nenhum dos subgrupos ($p > 0,05$). Especificamente, observou-se uma correlação positiva moderada ($p = 0,521$; $p = 0,150$) no grupo com apenas HAS, uma correlação positiva muito fraca ($p = 0,138$; $p = 0,653$)

no grupo com um diagnóstico adicional e uma correlação positiva de magnitude forte ($p = 0,685$; $p = 0,090$) no grupo com maior complexidade (2-3 diagnósticos adicionais). Este padrão ascendente sugere que a relação entre tempo de consulta e adesão ao PE intensifica-se progressivamente com o aumento da complexidade do quadro clínico.

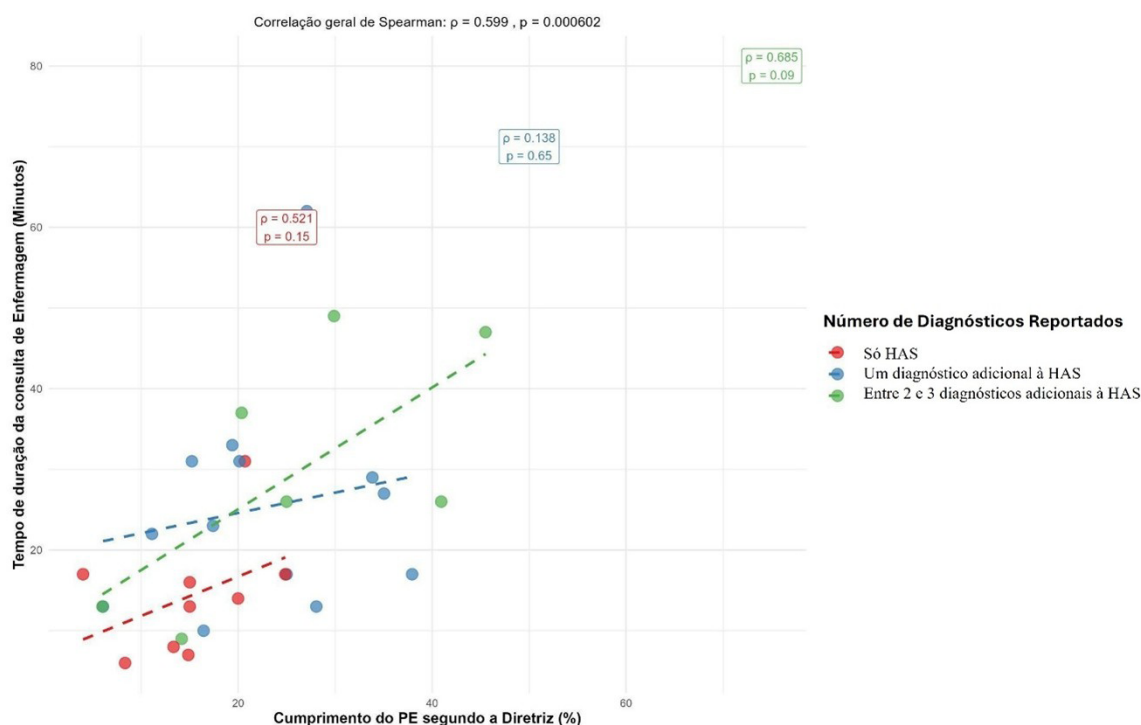


Figura 3 - Correlação entre os diagnósticos associados à Hipertensão Arterial e o tempo de consulta necessário para o cumprimento das etapas do Processo de Enfermagem. Brasil, 2022-2023

Segundo o registro

De acordo com as etapas do PE, 79,31% dos atendimentos foram descritos em prontuário e o conteúdo era legível em 87,5% dos registros. Na Avaliação, os dados subjetivos estavam ausentes em 52,17% das consultas e os dados objetivos estavam ausentes em 86,96% delas. 73,91% das consultas não apresentaram registro do diagnóstico de enfermagem e 95,65% delas continham pelo menos um diagnóstico segundo a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP).

Em relação à etapa do Planejamento, em 95,65% das consultas não houve registro de metas e, das que apresentaram, uma delas tinha de fato relação com o diagnóstico de enfermagem elencado anteriormente. A prescrição de enfermagem esteve presente em dois registros de consultas, que estavam condizentes com as metas e diagnósticos de enfermagem previamente estabelecidos. A etapa de Implementação esteve ausente em 95,65% dos registros e a etapa de Evolução de Enfermagem ficou evidente em 50% deles.

Discussão

Os resultados deste estudo indicam uma lacuna significativa entre a prática observada na Atenção Primária à Saúde e os padrões de cuidado recomendados pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, quando analisados através da lente do Processo de Enfermagem (PE). A baixa frequência de realização de componentes essenciais da avaliação – como a aferição técnica da pressão arterial, a investigação de fatores de risco modificáveis (como ingestão de sódio e sedentarismo) e o exame físico direcionado – sugere que o cuidado está sendo realizado de forma mecanizada e fragmentada, não aproveitando a consulta como uma oportunidade para uma captação completa e precisa do perfil de risco cardiovascular do usuário.

A quase ausência da formulação de diagnósticos de enfermagem (100% não elencaram) é particularmente preocupante, pois demonstra que o julgamento clínico não está sendo formalizado, impedindo que o planejamento de cuidado seja específico, individualizado e baseado nas reais necessidades de saúde identificadas. Tal fragilidade revelou-se desde o momento de Avaliação de Enfermagem, que acontece de maneira incompleta. Consequentemente, considerando que as etapas do PE são inter-relacionadas e interdependentes, a realização das etapas subsequentes fica comprometida. Tal resultado condiz com achados de estudo que realizou diagnóstico situacional da atuação do enfermeiro na APS de Santa Catarina⁽¹⁸⁾ realizado em 2023, que chegou à conclusão de que a aplicação do PE nas consultas de enfermagem ainda se dá de maneira incipiente e fragmentada.

A desconexão entre a coleta de dados e as etapas subsequentes do PE resulta em um ciclo de cuidado incompleto. A ausência de diagnósticos clínicos sistematizados compromete o planejamento, que tende a ser inespecífico ou ausente, como evidenciado pela baixa taxa de estabelecimento de metas conjuntas (10,34%). Esse cenário já foi descrito em outros contextos, nos quais a elaboração de planos de cuidado individualizados mostrou-se um diferencial na prática assistencial, favorecendo adesão e controle da hipertensão⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Consequentemente, as intervenções de enfermagem implementadas carecem de base teórica e de direcionamento claro, centrando-se em solicitações de exames e prescrições genéricas, em detrimento de estratégias educativas e comportamentais. No entanto, evidências robustas apontam que intervenções educativas lideradas por enfermeiros reduzem de forma significativa os níveis pressóricos e favorecem o autocuidado^(8,21-22).

A alta proporção de profissionais que não forneceram *feedback* ou não verificaram a compreensão do usuário (89,66%) reforça uma comunicação unidirecional, que não promove corresponsabilização. Estudos qualitativos também evidenciam que, na prática, a Consulta de Enfermagem tende a ser pouco criativa e centrada no profissional, limitando a participação ativa do usuário⁽²³⁾. Dessa forma, observa-se que a lacuna na integração entre diagnóstico, planejamento e intervenção repercute diretamente na efetividade do cuidado em condições crônicas, reforçando a necessidade de reorganização do processo de trabalho para garantir cuidado centrado no usuário e baseado em evidências.

Com o intuito de analisar os fatores relacionados à aplicação do PE em sua totalidade, foram consideradas as características dos usuários atendidos, dos enfermeiros e das consultas avaliadas. Um importante aspecto foi o tempo de consulta, pois ficou evidente que pessoas com múltiplas comorbidades necessitam de um tempo de consulta maior para que todas as necessidades de saúde sejam respondidas. Além disso, houve interrupção na maioria dos atendimentos, o que desorganiza o raciocínio clínico e traz prejuízo no manejo do tempo, evidenciado por uma revisão integrativa de literatura realizada em 2020⁽²⁴⁾.

Esbarra-se, então, no contexto da comunicação clínica, ponto importante na consulta de enfermagem, porém avaliado neste estudo como ainda sendo algo secundário. Ações como comunicar os diagnósticos e as metas terapêuticas, entregar a prescrição de enfermagem por escrito e avaliar a assistência junto ao usuário são essenciais para a comunicação clínica efetiva⁽²⁵⁻²⁶⁾, para a adesão ao tratamento⁽²⁷⁾ e melhoria do vínculo e da satisfação⁽²⁸⁾. Entretanto, manejar a agenda e lidar com as interferências externas que acabam sendo responsabilidade dos enfermeiros na APS ainda é um

desafio para a plena implementação do PE e para a execução da consulta de enfermagem que contempla todos os itens recomendados pelas Diretrizes de HAS⁽²⁹⁾.

Análise de consultas de enfermagem realizadas no Rio de Janeiro em 2021 evidenciou profissionais sobrecarregados com a pressão assistencial de agendas lotadas, que gerou como resultado um modelo de atendimento médico-centrado e focado principalmente em queixa-conduta⁽³⁰⁾, o que dificulta a utilização do PE em sua integralidade, bem como pode interferir negativamente com desfechos clínicos dos usuários.

Destaca-se o não cumprimento da etapa de Diagnóstico de Enfermagem. Em nosso estudo, essa etapa esteve presente 26,09% das consultas avaliadas, e justifica tal fato com a falta de habilidade e manejo com as taxonomias classificatórias. Todavia, 38,5% dos profissionais avaliados referiram não utilizar nenhuma taxonomia para diagnóstico de enfermagem. Tais evidências dialogam com resultados em outros contextos, cuja dificuldade em implementar a etapa de diagnósticos no PE ainda é fortemente marcada por complexidade teórica, lacunas na formação, falta de apoio institucional, alta carga de trabalho e baixo domínio prático⁽³¹⁻³²⁾.

Embora a maioria dos profissionais relate ter tido formação na graduação sobre Processo de Enfermagem e possua especialização e/ou residência, verifica-se que há um distanciamento entre teoria e a real utilização dessa ferramenta por eles, sendo o principal fator dificultador a falta de capacitação e a implementação do conhecimento na prática⁽³³⁾, entendendo-se que o PE é uma ferramenta para a prática segura do enfermeiro. Tem-se, portanto, que conhecer as Taxonomias que padronizam os cuidados específicos da enfermagem, assim como padrões de cuidado em Programas de Saúde, pois protocolos gerais, por exemplo, não garantem a completa apropriação do PE na realização do encontro clínico durante a consulta.

Desta forma, ainda que muitos profissionais participantes do estudo tenham referido utilizar algum protocolo para nortear o atendimento, mais da metade deles não era específica para a enfermagem, o que pode configurar um empecilho para a consolidação de um PE qualificado⁽³⁴⁾. O uso de protocolos de enfermagem é fundamental, pois auxiliam na tomada de decisão com foco na segurança do paciente e respaldam o profissional considerando os princípios éticos da profissão⁽³⁵⁾. A necessidade da implementação de protocolos como estratégias de redução dos dificultadores e como fortalecimento do processo⁽³⁶⁾ teria grande importância, visto que 53,85% dos enfermeiros relataram não utilizar Protocolos de Enfermagem durante sua prática assistencial.

Em municípios de grande porte do interior do estado de São Paulo⁽³⁷⁾, em 2015, o PE em uma unidade de APS

ainda era implementado de forma incipiente, sendo que 19% dos enfermeiros referiram não utilizar, 38% avaliaram que utilizam raramente e 29% algumas vezes. Em comparação aos nossos resultados, houve melhora na utilização do PE, ainda que não contemple as suas cinco etapas. Assim, é fundamental que, associado à elaboração de diretrizes e protocolos clínicos, seja calculado e evidenciado o tempo necessário para o cumprimento das atividades previstas, pois isso poderia implicar até mesmo no grau de recomendação de determinada intervenção, na priorização de casos mais graves e na necessidade do aumento do quantitativo de profissionais disponíveis ao atendimento a esses usuários⁽³⁸⁾.

Apesar dos desafios para o PE na APS durante o cuidado junto à pessoa com HAS, as consultas de enfermagem são práticas assistenciais que favorecem o cuidado longitudinal, uma vez que as intervenções são pautadas em evidências científicas e direcionam-se aos aspectos clínicos, sociais, culturais e regionais do cuidado, de forma personalizada⁽³⁹⁻⁴¹⁾.

A partir do PE, pautado em teorias e utilizado em sua totalidade, desenvolvido junto com a pessoa, em âmbito individual, há maior satisfação com o acompanhamento de saúde, o que favorece mudanças de comportamentos e melhora da situação clínica e da qualidade de vida⁽⁴²⁻⁴³⁾. Para os profissionais, a consulta de enfermagem, apesar dos desafios, aumenta a autonomia da enfermeira e produz experiências positivas de atuação⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾. Na esfera das políticas públicas e do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS poderá ser ainda mais fortalecida, com expressiva contribuição da enfermagem para a redução da carga de doenças crônicas não transmissíveis.

Este estudo tem algumas limitações. Primeiro, não foi calculado o tamanho da amostra e a seleção das unidades ocorreu por conveniência. No entanto, foram incluídas unidades de 4 diferentes municípios do país que apresentam características sociodemográficas particulares das regiões do Brasil. A segunda limitação faz referência ao número de consultas analisadas (n=29) e ao número de Enfermeiros (n=13), resultando em características heterogêneas dos profissionais e um limitado espectro. Pode ser uma limitação o possível viés de informação relacionado ao instrumento utilizado para a avaliação das consultas de enfermagem.

Finalmente, como acontece nos estudos observacionais, existe a possibilidade de um viés de seleção atribuível aos enfermeiros que aceitaram participar, que podem apresentar práticas diferentes em relação aos que recusaram participar da pesquisa. Ademais, há possibilidade de viés de desejabilidade social, que pode ser desencadeado pela mudança comportamental por ser participante da pesquisa e estar sujeito à gravação e observação. Apesar das limitações, o presente estudo discute importantes resultados no que

tange à avaliação de todas as etapas do PE na APS no cuidado à pessoa com HAS. Os achados contribuem para a reflexão crítica do cuidado de enfermagem, além de apontar para a importância do registro do PE. Apresenta os fatores associados aos desafios da utilização do PE, o que guiará ações e pesquisas e permitirá adequação de documentos e políticas públicas de modo a contemplar as especificidades da enfermagem na APS.

Devido à quantidade ainda escassa de estudos realizados no Brasil sobre tal temática, essa pesquisa, enquanto estudo primário, abre caminhos e alumia futuras discussões para produção de instrumentos e conhecimentos que fortaleçam a prática clínica de enfermagem. Pretende-se, desta forma, impactar positivamente a razão de existir enquanto categoria profissional: proporcionar o melhor cuidado aos usuários, fundamentado em instrumentos sólidos e baseado nas melhores evidências científicas.

Conclusão

Evidenciou-se fragilidade na avaliação dos elementos recomendados pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e na consolidação do PE durante as consultas de enfermagem às pessoas com HAS. Complexidade dos usuários, tempo e interrupção de consultas, elevada demanda assistencial, formação dos profissionais e falta de protocolos de enfermagem estruturados a partir das etapas do PE foram hipóteses levantadas para justificar tal achado. Além disso, a publicação de diretrizes assistenciais sem documento norteador para sua aplicabilidade consiste em empecilho para sua real implementação no cotidiano.

Referências

1. Macinko J, Mendonça CS. The Family Health Strategy, a strong model of Primary Health Care that delivers results. *Saude Debate*. 2018;42(Spe 1):18-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
2. World Health Organization; United Nations Children's Fund. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2025 Sep 4]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>
3. Brant LCC, Nascimento BR, Veloso GA, Gomes CS, Polanczyk C, Oliveira GMM, et al. Burden of cardiovascular diseases attributable to risk factors in Brazil: data from the Global Burden of Disease 2019 study. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55:e0263-2021. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0263-2021>
4. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Brazilian Guidelines of Hypertension – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(3):516-658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
5. Chaturvedi A, Zhu A, Gadela NV, Prabhakaran D, Jafar TH. Social determinants of health and disparities in hypertension and cardiovascular diseases. *Hypertension*. 2024;81(3):387-99. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21354>
6. Metlock FE, Hinnah T, Benjasirisan C, Alharthi A, Ogungbe O, Turkson-Ocran RN, et al. Impact of social determinants of health on hypertension outcomes: a systematic review. *Hypertension*. 2024;81(8):1675-700. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.22571>
7. Silva ATM, Mantovani MF, Moreira RC, Arthur JP, Souza RM. Nursing case management for people with hypertension in primary health care: a randomized controlled trial. *Res Nurs Health*. 2020;43(1):68-78. <https://doi.org/10.1002/nur.21994>
8. Ito M, Tajika A, Toyomoto R, Imai H, Sakata M, Honda Y, et al. The short and long-term efficacy of nurse-led interventions for improving blood pressure control in people with hypertension in primary care settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):143. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02380-x>
9. Stephen C, Halcomb E, Fernandez R, McInnes S, Batterham M, Zwar N. Nurse-led interventions to manage hypertension in general practice: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2022;78(5):1281-93. <https://doi.org/10.1111/jan.15159>
10. Conselho Federal de Enfermagem (BR). 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. *Diário Oficial da União [Internet]*. 2024 Jan 23 [cited 2025 Sep 4];Seção 1. Available from: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>
11. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs*. 2021;20:158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
12. Hu J, Wang Y, Li X. Continuity of care in chronic diseases: a concept analysis by literature review. *J Korean Acad Nurs*. 2020;50(4):513-22. <https://doi.org/10.4040/jkan.20079>
13. Jandaghian-Bidgoli M, Jamalnia S, Pashmforosh M, Shaterian N, Darabiyan P, Rafi A. Personalized nursing as the missing link of providing care: a systematic review. *BMC Nurs*. 2025;24(1):239. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02855-x>

14. Iroegbu C, Tuot DS, Lewis L, Matura LA. The influence of patient-provider communication on self-management among patients with chronic illness: a systematic mixed studies review. *J Adv Nurs*. 2025;81(4):1678-99. <https://doi.org/10.1111/jan.16492>
15. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
16. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Processo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde [Internet]. 1. ed. rev. São Paulo: SMS; 2022 [cited 2025 Sep 4]. 37 p. Available from: <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/sa%C3%BAde-lan%C3%A7a-protocolos-atualizados-em-enfermagem>
17. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003;78(8):802-9. <https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-00011>
18. Rostirolla LM, Adamy EK, Vendruscolo C, Argenta C, Zanatta EA. Situational diagnosis of the nurses' performance in primary health care. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2023;13:e4739. <https://doi.org/10.19175/recom.v13i1.4739>
19. Silva RLDT, Arruda GO, Barreto MS, Oliveira MLF, Matsuda LM, Marcon SS. Development of a care plan as a differential in care practice for hypertensive patients. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(5):494-505. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600070>
20. Oliveira CJ, Araujo TL, Costa FBC, Costa AGS. Clinical validation of the nursing diagnosis "noncompliance" in people with hypertension. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2025 May 2];17(4):611-9. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DtPnzYzQp4SddsYWtcbtGxv/?lang=en>
21. Falcão LM, Guedes MVC, Borges JWP, Silva GRF. Educational intervention performed by nurses for blood pressure control: a systematic review with meta-analysis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e3929. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6648.3929>
22. Alves AM, Rodrigues A, Sá-Couto P, Simões JL. Effect of an educational nursing intervention on the mental adjustment of patients with chronic arterial hypertension: an interventional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(1):170. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010170>
23. Albanes ICS, Vila BS, Lozano AW, Maldonado AS, Freitas ACG, Gouvêa AR, et al. Nurse perspectives on Previne Brasil performance indicators: analysis of care in hypertension and diabetes. *Nursing (Sao Paulo)* [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 30];25(291):7602-15. Available from: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/0628318>
24. Silva e Lima SG, Spagnolo RS, Juliani CMCM, Silva L, Fernandes VC, Martin LB. Nursing consultation in Primary Health Care: integrative revision. *Ensaio Cienc Cienc Biol Agrar Saude* [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 30];24(5 Suppl):693-702. Available from: <https://ensaioseciencia.pgsscogna.com.br/ensaioseciencia/article/view/7946>
25. Stults CD, Mazor KM, Cheung M, Ruo B, Li M, Walker A, et al. Patients' perspectives on plans generated during primary care visits and self-reported adherence at 3 months: data from a randomized trial. *J Particip Med*. 2024;16:e50242. <https://doi.org/10.2196/50242>
26. Stewart D, Schober M, Nissen L, Ladd E, Lamarche K, Bournival M, et al. Guidelines on prescriptive authority for nurses 2021 [Internet]. Geneva: International Council of Nurses; 2021 [cited 2025 Nov 26]. 48 p. Available from: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-prescriptive-authority-nurses-2021>
27. Mamaghani EA, Soleimani A, Zirak M. Trust in nurses and its association with medication adherence of cardiovascular patients: a descriptive correlational study. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024;8:100278. <https://doi.org/10.1016/j.ijnrsa.2024.100278>
28. Terry D, Hills D, Bradley C, Govan L. Nurse-led clinics in primary health care: a scoping review of contemporary definitions, implementation enablers and barriers and their health impact. *J Clin Nurs*. 2024;33(5):1724-38. <https://doi.org/10.1111/jocn.17003>
29. Suhonen R, Stolt M, Habermann M, Hjaltadottir I, Vryonides S, Tonnessen S, et al. Ethical elements in priority setting in nursing care: a scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2018;88:25-42. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006>
30. Amaral IBST, Silva ALA. Nurses consultation in the Family Health Strategy: a cut-off in Rio de Janeiro. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2021;13:227-33. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8250>
31. Seçer S, Karaca A. Evaluation of nurses' perceptions of nursing diagnoses and their opinions regarding the application of nursing process. *Florence Nightingale J Nurs*. 2021;29(2):229-38. <https://doi.org/10.5152/FNJJN.2021.20034>
32. Gryscek ALFPL, Fracoli LA, Padoveze MC, Caballero SPOS, Vilas Boas MAA. Critical analysis of the potential use of nursing nomenclatures in primary health care. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2025 May 2];10(7):50-6. Available from: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/2471-13213-2-PB.pdf>
33. Mota BAM, Moura-Lanza F, Nogueira-Cortez D. Effectiveness of nursing appointments in adherence to hypertension treatment. *Rev Salud Publica (Bogota)*.

- 2019;21(3):324-32. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n3.70291>
34. Silva e Lima SG, Juliani CMC, Spagnuolo RS. Nursing consultation in primary care: from the beginning of praxis to daily life. *Rev Baiana Enferm.* 2023;37:e54664. <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.54664>
35. Báfica ACMF, Gomes AMB, Siqueira EF, Souza JM, Paese F, Belaver GM, et al. Comprehensive primary health care: expanding access for strong and resolute nursing. *Enferm Foco [Internet]*. 2021 [cited 2025 Apr 4];12(Suppl 1):61-6. Available from: <https://enfermfoco.org/en/article/comprehensive-primary-health-care-expanding-access-for-strong-and-resolute-nursing/>
36. Silva JFT, Costa ACM. Nursing process: characterization of its application in primary health care. *Enferm Foco [Internet]*. 2024 [cited 2025 May 2];15:e-2024111. Available from: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-15-e-2024111/2357-707X-enfoco-15-e-2024111.pdf
37. Ribeiro GC, Padoveze MC. Nursing care systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03375. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017028803375>
38. Li S, Craig S, Mitchell G, Fitzsimons D, Creighton L, Thompson G, et al. Nurse-led strategies for lifestyle modification to control hypertension in older adults: a scoping review. *Nurs Rep.* 2025;15(3):106. <https://doi.org/10.3390/nursrep15030106>
39. Chase JA, Bogener JL, Ruppert TM, Conn VS. The effectiveness of medication adherence interventions among patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(4):357-66. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000259>
40. Estrada LV, Solano J, Turchioe MR, Cortes YI, Caceres BA. Comparative effectiveness of behavioral interventions for cardiovascular risk reduction in Latinos: a systematic review. *J Cardiovasc Nurs.* 2022;37(4):324-40. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000806>
41. Abbott L, Williams C, Slate E, Gropper S. Promoting heart health among rural African Americans. *J Cardiovasc Nurs.* 2018;33(1):E8-E14. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000410>
42. Barratt J, Thomas N. Nurse practitioner consultations in primary health care: patient, carer and nurse practitioner qualitative interpretations of communication processes. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;20:e1. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000798>
43. Graarup J, Højskov IE. Patients' perspective of attending nursing consultations - a pilot and feasibility study. *Nurs Open.* 2020;7(5):1482-8. <https://doi.org/10.1002/nop2.522>
44. Kahl C, Meirelles BHS, Cunha KS, Bernardo MS, Erdmann AL. Contributions of the nurse's clinical practice to primary care. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):354-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0348>
45. Silva e Lima SG, Spagnuolo RS, Juliani CMC, Colichi RMB. Nursing consultation in the Family Health Strategy and the nurse's perception: Grounded Theory. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(4):e20201105. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1105>

Contribuição dos autores

Contribuições obrigatórias

Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas:

Luciana Assis Couto, Carin Caroline Dzembaty, Dafne Louize Gomes Fernandes, Daiana Bonfim, Andressa Teoli Nunciaroni, Andrea Liliana Vesga Varela.

Contribuições específicas

Curadoria de dados: Luciana Assis Couto, Carin Caroline Dzembaty, Dafne Louize Gomes Fernandes, Daiana Bonfim, Andressa Teoli Nunciaroni, Andrea Liliana Vesga Varela. **Supervisão e gestão do projeto:** Andressa Teoli Nunciaroni, Andrea Liliana Vesga Varela.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Declaração de Disponibilidade de Dados

Todos os dados gerados ou analisados durante este estudo estão incluídos neste artigo publicado.

Recebido: 09.04.2025

Aceito: 13.12.2025

Editora Associada:

Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

Copyright © 2026 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autora correspondente:

Andressa Teoli Nunciaroni

E-mail: andressa.nunciaroni@unirio.br

 <https://orcid.org/0000-0001-6469-592X>