

ANÁLISE DO CONHECIMENTO TEÓRICO/PRÁTICO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE SOBRE MEDIDA INDIRETA DA PRESSÃO ARTERIAL

ANALYSIS OF HEALTH PROFESSIONALS THEORETICAL/PRACTICAL KNOWLEDGE ON INDIRECT MEASUREMENT OF BLOOD PRESSURE

Milena Aparecida Dionizio MOREIRA¹; Roberto BERNARDINO JÚNIOR²

1. Enfermeira Graduada pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, mestre em Ciências da Saúde, Uberlândia, MG, Brasil; 2. Professor, Doutor, Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
bernardino@icbim.ufu.br

RESUMO: A pressão arterial é um importante sinal vital que reflete alterações focais e sistêmicas. É utilizada como parâmetro de avaliação clínica no exame físico de praticamente todas as especialidades da área da saúde, e quando sofre alterações dos níveis considerados fisiológicos, freqüentemente o faz de maneira silenciosa. O procedimento de aferição de pressão arterial não pode ser negligenciado, pois baseado nos valores obtidos faz-se o plano de tratamento de uma doença. Diante da relevância que apresenta, a aferição merece atenção e critérios para otimizar os valores medidos, sendo estes de suma importância numa avaliação da condição sistêmica e da evolução do quadro geral dos pacientes. Para realização desta pesquisa avaliou-se o conhecimento teórico e prático de 10 médicos, 10 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem através da observação do procedimento de aferição da pressão arterial e também por um questionário com 10 perguntas. Tanto o questionário quanto o procedimento foram divididos entre questões de cunho teórico e prático. No questionário, médicos se sobressaíram nas questões teóricas (40%) e enfermeiros nas de cunho prático (40%). Nos procedimentos para aferição da pressão arterial, enfermeiros e médicos obtiveram o mesmo desempenho em questões de cunho prático, mas nas de cunho teórico os enfermeiros se sobressaíram. Concluiu-se que, de forma geral, médicos possuem sua formação, no que tange à pressão arterial voltada para a teoria, técnicos para a prática e enfermeiros encontram-se em equilíbrio entre prática e teoria. Apenas nas comparações entre enfermeiros e médicos e entre médicos e técnicos sobre as perguntas de cunho teórico do questionário mostraram diferenças estatisticamente significantes ($p < 0.05$).

PALAVRAS - CHAVE: Pressão Arterial. Conhecimento. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A pressão sanguínea representa “a força exercida pelo sangue contra qualquer unidade de área da parede vascular” (GUYTON; HALL, 2006), ou seja, é a força que o sangue exerce sobre a parede de um vaso. Quando este vaso é uma artéria, temos a pressão sanguínea arterial, ou simplesmente pressão arterial.

O volume de sangue bombeado pelo coração durante um minuto é denominado débito cardíaco. Quando o volume de sangue aumenta dentro do vaso sanguíneo, maior quantidade de sangue é bombeada contra as paredes arteriais, fazendo com que a pressão arterial se eleve. O débito cardíaco pode aumentar em consequência do aumento do número de contrações por minuto (freqüência cardíaca), aumento no volume sanguíneo ou maior contratilidade (força gerada pelo músculo cardíaco). Por outro lado, quando o volume de sangue dentro dos vasos é reduzido, como em uma hemorragia, a pressão arterial diminui. (SMELTZER; BARE, 2005).

A resistência vascular periférica é a resistência ao fluxo sanguíneo determinada pelo

tônus da musculatura vascular e pelo diâmetro dos vasos sanguíneos. As artérias e arteríolas são circundadas por músculo liso que se contrai ou relaxa para modificar o tamanho da luz do vaso. Quanto menor for a luz de um vaso, maior será a resistência vascular periférica ao fluxo sanguíneo e maior a pressão arterial. À medida que os vasos se dilatam e a resistência cai, a pressão arterial diminui. (POTTER; PERRY, 2004)

A viscosidade sanguínea ou espessura sanguínea afeta a facilidade com que o sangue flui através dos vasos. Essa viscosidade é determinada pelo percentual de eritrócitos no sangue (hematócrito). Quando o hematócrito se eleva, o fluxo sanguíneo fica mais lento, aumentando assim a pressão arterial. (POTTER; PERRY, 2004)

As paredes de uma artéria são elásticas permitindo o aumento do seu diâmetro ou a diminuição do mesmo diante de alterações na pressão sanguínea arterial. Entretanto, em determinadas doenças, como a arteriosclerose, as paredes vasculares perdem sua elasticidade e são substituídas pro tecido fibroso. Dessa forma não podem se distender ocorrendo maior resistência ao fluxo sanguíneo, aumentando a pressão arterial.

Assim, a pressão do sangue reflete as inter-relações entre débito cardíaco, resistência vascular periférica, viscosidade sanguínea e elasticidade das artérias (POTTER; PERRY, 2004).

Alguns fatores podem interferir nos valores de pressão arterial, tais como:

- Idade: Cada faixa etária apresenta um valor pressórico característico. Segundo os dados obtidos em Potter e Perry (2004), a pressão arterial ótima para cada idade é: 85/54 mmHg para crianças de um mês, 95/65 mmHg para crianças de um ano, 105/65 mmHg para crianças de 6 anos, 110/75 mmHg para a faixa etária de 10 a 13 anos, 120/75 mmHg para a faixa etária de 14 a 17 anos, 120/80 mmHg para adultos e a PA média de 40 para neonatos de até 3 Kg.

A pressão arterial média é “um conceito artificial que reduz uma variável oscilatória a um valor médio constante” (AIRES, Margarida de Mello, 2008, p.490), ou seja, a pressão arterial média é um valor representativo da pressão no sistema arterial, dada pela fórmula: Pressão Arterial Média = Pressão diastólica + (Pressão sistólica – Pressão diastólica) 2/3.

- Estado emocional: Ansiedade, medo e dor resultam em estimulação simpática, o que aumenta a frequência cardíaca, débito cardíaco e resistência vascular periférica e assim elevam a pressão arterial. (POTTER; PERRY, 2004)

- Fatores genéticos e ambientais: Para Barreto-Filho e Krieger (2003), dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos. Já Potter e Perry (2004) citam como exemplo o sistema regulador da pressão arterial e sensibilidade ao sal.

- Medicamentos: Alguns medicamentos podem afetar direta ou indiretamente a pressão arterial, reduzindo a resistência vascular periférica total ou reduzindo o débito cardíaco. (POTTER; PERRY, 2004)

- Variação diurna: Os níveis de PA variam no curso de um dia. Geralmente a pressão arterial é mais baixa no início da manhã, aumenta gradualmente durante a manhã e a tarde, alcançando o máximo no final da tarde ou à noite, isto se dá devido a alguns fatores aos quais somos expostos, tais como, atividades do decorrer do dia, esforço físico, estresse, entre outros. (POTTER; PERRY, 2004)

A pressão arterial pode ser medida de forma direta ou indireta. O método direto requer a inserção de um cateter fino dentro de uma artéria. O método indireto é mais comum e requer o uso do esfigmomanômetro e do estetoscópio. O

procedimento para aferição da PA pelo método indireto foi o foco deste trabalho e os passos para ideal realização desde procedimento está descrito integralmente em Materiais e Método.

A pressão arterial, como um dos sinais vitais, pode sofrer alterações de seus valores em decorrência de fatores como idade, sedentarismo, hábitos alimentares, problemas em órgãos como rins e coração. Estas oscilações, com grande frequência, são assintomáticas e nem por isso deixam de causar complicações às vezes letais.

É comum ainda, o paciente não ter ciência sobre seus valores de PA.

Diante de tal complexidade, por vezes menosprezada, o profissional de saúde deve ser detentor de conhecimento teórico e prático que o capacite a uma correta avaliação da pressão arterial, e também deve adquirir o hábito de realizá-la como medida preventiva e diagnóstica de possíveis quadros anormais de PA.

Assim, esta pesquisa teve como objetivo avaliar e identificar eventuais diferenças no conhecimento teórico e prático de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal de Uberlândia, sobre a técnica de aferição de PA.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo de caráter quantitativo exploratório (análise restrita aos participantes da amostra) foi realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC – UFU), onde foram selecionados 10 médicos, 10 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem, totalizando 30 voluntários.

A seleção dos voluntários foi realizada de forma aleatória onde os dez (10) primeiros médicos(as), enfermeiros(as) e técnicos em enfermagem abordados que satisfizeram os critérios de inclusão e que concordaram em participar deste trabalho compuseram o grupo pesquisado.

Foram incluídos apenas os profissionais médicos(as), enfermeiros(as) e técnicos em enfermagem que estavam em atividade no HC – UFU, com idade entre 20 e 40 anos, tempo de atuação profissional entre 1 dia e 20 anos e que atuam no período diurno.

As comparações foram feitas entre os grupos considerando apenas os dados obtidos pela observação e aplicação do questionário.

Como parâmetro principal de observação tomou-se o procedimento descrito em Fundamentos

de Enfermagem por Potter e Perry (2004), dos quais foram observados os seguintes itens:

1) Determinar o melhor sítio para a avaliação da PA.

2) Evitar aplicar o manguito no membro, quando os líquidos intravenosos estiverem sendo infundidos; shunt arteriovenoso, ou fístula, estiver presente; cirurgia de mama ou axilar houver sido realizada naquele lado; se uso de aparelho gessado ou bandagem volumosa. Os membros inferiores poderão ser utilizados, quando as artérias braquiais forem inacessíveis.

3) Selecionar o tamanho adequado do manguito, ele deve possuir largura de 40% da circunferência do braço e dois terços do comprimento do mesmo. O manguito adulto médio tem de 12 a 14 cm de largura e 30 cm de comprimento. O manguito para o exame arterial nos membros inferiores deve ser largo e longo o suficiente para envolver um maior perímetro da coxa.

4) Determinar a PA basal anterior (quando disponível) com base no prontuário do cliente.

5) Quando não disponível estimar a pressão sistólica palpando a artéria distal ao manguito até a pressão de 30 mmHg acima do ponto em que a pulsação desaparece. Desinsuflar lentamente o manguito e anotar o ponto em que o pulso reaparece.

6) Aguardar cerca de um minuto para iniciar a aferição.

7) Orientar o cliente a esvaziar a bexiga, evitar o exercício, ingestão de bebidas alcoólicas, café, outros alimentos e fumo por 30 minutos antes da avaliação.

8) Posicionar o paciente sentado ou deitado.

9) Certificar-se de que o ambiente está aquecido adequadamente, tranquilo e relaxado.

10) Explicar ao cliente que a PA deve ser avaliada.

11) Fazer com que o cliente descanse pelo menos 5 minutos antes da medição.

12) Pedir ao cliente que não fale quando a PA estiver sendo medida.

13) Lavar as mãos.

14) Com o cliente deitado, posicionar a coxa, apoiada sobre a cama, a altura do coração.

15) Para o braço, virar a palma da mão para cima. Para a coxa, totalmente distendida se o cliente estiver em decúbito ventral ou posicionar com o joelho ligeiramente flexionado se em decúbito dorsal.

16) Expor o membro por completo, removendo roupas que façam restrição.

17) Palpar a artéria braquial (braço) ou a arterial poplítea (perna).

18) Posicionar o manguito a 3 cm do sítio de pulsação (fossa antecubital ou fossa poplítea).

19) Aplicar o balão do manguito em posição centralizada sobre a artéria.

20) Enrolar o manguito uniformemente e de forma apertada ao redor do membro.

21) Posicionar o manômetro ao nível do olhar do observador.

22) Colocar os receptores do estetoscópio nos ouvidos e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sobre a artéria.

23) Fechar a válvula de pressão do bulbo, insuflar a bolsa até 30 mmHg acima da pressão sistólica determinada pelo método palpatório.

24) Liberar lentamente a válvula de pressão do bulbo e permitir que o mercúrio ou a agulha do aneróide do manômetro caia em velocidade de 2 a 3 mmHg/seg. Observando o ponto do manômetro quando é ouvido o primeiro som claro (Primeiro som de Korotkoff) o qual indica a pressão sistólica e continuar a desinsuflar gradualmente o manguito, observando o ponto em que o som desaparece (Último som de Korotkoff).

25) Ouvir por 10 a 20 mmHg depois do último som.

26) Os registros iniciais devem ser feitos em ambos os braços.

27) Remover o manguito do membro

28) Lavar as mãos

Tais itens foram dispostos com o objetivo de formar um “*checklist*” que a pesquisadora foi analisando enquanto observava os voluntários realizando a medição da pressão arterial.

Além da observação, a pesquisa também se constituía de um questionário com 10 perguntas que foram respondidas pelos participantes e estão descritas abaixo.

- 1) O senhor (a) sabe medir a pressão arterial tanto nos membros superiores quanto inferiores?
- 2) Existe alguma relação entre a dobra do cotovelo e a posição do manguito? Se sim, qual a relação?
- 3) Existe alguma relação entre o comprimento do manguito e o diâmetro do braço do paciente? Se sim, que relação é esta?
- 4) Existe relação de altura entre o membro utilizado para aferir PA e o coração? Se sim, qual é esta relação?
- 5) Quanto tempo no mínimo o paciente deve evitar ingestão de alimentos, bebidas

- alcoólicas, fumar e realizar exercícios físicos para uma adequada aferição?
- 6) Quanto tempo no mínimo o paciente deve permanecer de repouso antes da aferição?
 - 7) Até que nível numérico marcado no manômetro ou na coluna de mercúrio, infla-se a bolsa do manguito?
 - 8) A Pressão arterial sistólica corresponde a qual ruído de Korotkoff? E a Pressão arterial diastólica?
 - 9) Se for necessário realizar mais de uma medição na mesma pessoa deve existir intervalo entre elas? Se sim, de quanto tempo?
 - 10) Em relação ao manguito qual a posição do estetoscópio?
 - a. Não há relação
 - b. Sob o manguito
 - c. Afastado aproximadamente 2 cm
 - d. Nunca observei tal relação

Tanto as perguntas do questionário quanto os itens observados no “*checklist*” foram divididos de acordo com a sua característica metodológica em teóricos e de execução. Possuíam cunho teórico aquelas perguntas e/ou itens que envolviam uma análise prévia às aferições, e que de forma geral estão presentes na literatura científica, demonstrando se os profissionais tiveram um embasamento teórico em seus cursos de formação. Os parâmetros considerados de execução foram

aqueles que envolviam análises no decorrer da aferição, ou seja, aqueles em que a falta de conhecimento teórico não inviabilizaria a execução do procedimento; tal conhecimento durante a aferição evidenciou a preparação prática dos profissionais.

No questionário, as perguntas classificadas como teóricas foram as de número 3, 4, 5 e 8. As perguntas classificadas como de execução foram as de número 1, 2, 6, 7, 9 e 10.

Os itens do “*checklist*” observados durante a execução de aferição de PA foram considerados de cunho teórico os de número 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 26 e 28 e os considerados de execução foram as 5, 6, 8, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 27.

Nota-se que tanto o questionário quanto o “*checklist*” apresentaram questões teóricas e práticas evidenciando que o profissional deve saber relacionar o conhecimento adquirido na literatura científica com a prática hospitalar.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva de porcentagem. Para esta análise dos dados pareados foi utilizado o programa BioEstat e o teste “t” de student.

RESULTADOS

Os resultados observados quanto aos procedimentos avaliados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Porcentagem de ações corretas no procedimento de aferição de pressão arterial

Itens do Procedimento	Enfermeiros	Médicos	Técnicos de Enfermagem
1	100%	30%	80%
2	100%	70%	90%
3	10%	20%	20%
4	20%	30%	0%
5	30%	40%	0%
6	30%	10%	0%
7	0%	20%	0%
8	100%	100%	100%
9	100%	100%	100%
10	100%	80%	100%
11	40%	30%	0%
12	20%	20%	20%
13	20%	0%	50%
14	90%	100%	90%

15	90%	100%	90%
16	100%	100%	100%
17	60%	60%	60%
18	60%	50%	90%
19	80%	30%	70%
20	90%	100%	100%
21	70%	70%	60%
22	100%	100%	100%
23	30%	10%	0%
24	80%	90%	70%
25	20%	10%	0%
26	10%	20%	0%
27	100%	100%	100%
28	40%	10%	30%

As respostas aos questionário são apresentadas na Tabela 3.

Questões	Enfermeiros	Médicos	Técnicos de Enf.
1	100%	80%	80%
2	60%	20%	40%
3	10%	50%	10%
4	30%	100%	40%
5	30%	40%	20%
6	20%	20%	10%
7	40%	10%	10%
8	30%	50%	10%
9	0%	10%	30%
10	50%	80%	70%

Nas Tabelas 3, 4 e 5 realizou-se um paralelo entre algumas perguntas do questionário e o procedimento de aferição de pressão arterial, ou seja, foi

comparado se os profissionais responderam o questionário e realizaram o mesmo durante a aferição da PA.

Tabela 3: Correspondência entre respostas e ações dos Enfermeiros

Questão	Responderam corretamente	Realizaram a ação
2	60%	60%
3	10%	10%
4	30%	90%
5	30%	0%
6	20%	40%
7	40%	30%
9	0%	30%
10	50%	70%

Tabela 4: Correspondência entre respostas e ações dos Médicos

Questão	Responderam corretamente	Realizaram a ação
2	20%	50%
3	50%	20%

4	100%	100%
5	40%	20%
6	20%	30%
7	10%	10%
9	10%	10%
10	80%	50%

Tabela 5: Correspondência entre respostas e ações dos Técnicos de Enfermagem

Questão	Responderam corretamente	Realizaram a ação
2	40%	90%
3	10%	20%
4	40%	90%
5	20%	0%
6	10%	0%
7	10%	0%
9	30%	0%
10	70%	40%

DISCUSSÃO

Para facilitar a interpretação dos resultados dividimos as perguntas do questionário e as observações das execuções de aferição da PA em teóricas, aquelas que envolviam uma análise prévia às aferições; e de execução, aquelas que envolviam análises no decorrer da aferição, ou seja, aquelas em que a falta de conhecimento teórico não inviabilizaria a execução da prática.

As perguntas classificadas como teóricas foram as de número 3, 4, 5 e 8. As perguntas classificadas como de execução foram as de número 1, 2, 6, 7, 9 e 10.

Dessa forma notamos que os enfermeiros se sobressaíram nas questões de execução (40% das questões). Acreditamos que tal resultado deva-se ao fato de que lidam com o método de aferição da PA em seu cotidiano mais frequentemente; apesar de possuírem melhor desempenho, nota-se que 40% de rendimento é um valor não satisfatório, principalmente, relacionado a um procedimento que envolve a vida de pessoas. O mesmo foi observado em pesquisa semelhante (ARAÚJO; ARCURI, 1998) que demonstrou que “enfermeiros têm desconhecimento e dúvidas sobre diversos aspectos conceituais e fatores anatomo-patológicos que influenciam a medida da pressão arterial”.

Os médicos se sobressaíram nas questões teóricas (40% das questões) o que é característico de sua formação, voltada para a clínica e fisiopatologia; fato semelhante ocorreu em pesquisa anterior (CORDELLA et al, 2005) na qual os médicos apresentaram melhor desempenho (56% de acertos) que outros profissionais de saúde, entretanto nesse

estudo não havia divisão entre questões teóricas e práticas.

Os técnicos se sobressaíram apenas na questão de número 9 “Se for necessário realizar mais de uma medição na mesma pessoa deve existir intervalo entre elas? Se sim, de quanto tempo?” que trata da execução da aferição atentando-se para o caráter repetitivo do procedimento. Nos momentos que exigem uma maior dedicação a um único paciente, cabe ao técnico de enfermagem o acompanhamento mais freqüente do mesmo, pois o enfermeiro e o médico por vezes se encontram envolvidos em outras atividades ou até mesmo por falta de recursos humanos do setor.

Encontramos ainda outro detalhe que nos chamou a atenção. A única pergunta de cunho prático onde os médicos se destacaram era de múltipla escolha, assim refletimos que por ser de múltipla escolha possa ter influenciado a resposta da classe médica.

Nos atos observados durante a execução de aferição de PA as observações consideradas teóricas foram as de número 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 26 e 28 e as consideradas de execução foram as 5, 6, 8, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 27, seguindo a mesma definição utilizada para as perguntas do questionário.

Desse modo observamos que enfermeiros e médicos apresentaram o mesmo índice de acertos nas ações ligadas à execução, mas nas ações que possuíam cunho teórico os enfermeiros se sobressaíram. Isto pode se relacionar ao fato de que o Enfermeiro se encontra em uma posição acadêmica onde se contempla tanto a teoria quanto a prática, encontrando um equilíbrio entre a formação

médica voltada para a teoria e complexidade e a formação técnica voltada para a execução.

Os técnicos de enfermagem obtiveram bom desempenho no passo 13 do procedimento que possui cunho teórico e no passo 18 de cunho prático, estes atos por serem mais comuns e de simples aplicação são cobrados dos técnicos visando melhoria na assistência. Entretanto, foi observado que oito (08) itens dos vinte e oito (28) que compunham o “*checklist*” não foram realizados pelos técnicos de enfermagem ou não foram realizados corretamente, isso evidencia que existe uma deficiência na capacitação desses profissionais. Tal fato tão preocupante já foi descrito anteriormente (LIMA et al, 2000) e demonstra que apesar da evolução científica algumas áreas e profissionais da saúde permanecem negligenciados.

Traçamos ainda um paralelo entre questionário e procedimento de aferição de pressão arterial e obtivemos que nas questões 02 e 04, correspondentes aos passos 18 e 14 do procedimento respectivamente, o rendimento, em todos os grupos, foi maior na prática do que na teoria, pois são ações convencionadas, compartilhadas e automatizadas, mas que nem sempre se reflete o motivo que as justifica.

Na pergunta 03 do questionário, que correspondente ao passo 03 da prática, encontramos 03 resultados diferentes. Na classe de enfermeiros o mesmo percentual que selecionou o tamanho adequado do manguito durante a aferição, mensurou suas medidas no questionário, ratificando o resultado. Os técnicos obtiveram um percentual maior de acertos na execução da aferição; levantamos a hipótese de que isto ocorreu porque em alguns dos setores onde a pesquisa foi realizada somente existia um tipo de manguito específico para os usuários daquele setor (como na pediatria, por exemplo) fazendo com que não houvesse a possibilidade de erro na escolha. Já os médicos obtiveram resultados superiores nas respostas do questionário, confirmando a proposição de que sua formação acadêmica no quesito pressão arterial é mais direcionada para a teoria, atribuindo pouca importância a pequenas diferenças nos valores de PA.

A questão 05 apresentou melhor rendimento teórico do que prático nas três categorias profissionais, pois nem sempre durante o procedimento o profissional se recorda que esse detalhe interfere nos resultados de pressão arterial, mas quando indagado no questionário ele traz à memória o conhecimento que possui a respeito.

Na questão 06, correspondente ao passo 11 da execução, técnicos se sobressaíram na teoria

levantando a hipótese de que o questionário possa despertar um conhecimento esquecido durante o ato da aferição. Entretanto médicos e enfermeiros demonstraram resultados contrapostos a esta hipótese, o que nos levou a refletir que eles possuem o conhecimento de que o paciente deve repousar antes da aferição de PA, mas não sabem mensurar ao certo quanto tempo é necessário, evidenciando então porque apresentaram resultados superiores na prática do que na teoria.

Na questão 07 que se relaciona com o passo 23 da prática, não houve uma diferença significativa entre teoria e prática, mas destaca-se o melhor desempenho dos enfermeiros, confirmando a conjectura de que enfermeiros estão no equilíbrio entre teoria e prática.

Na questão 09 que corresponde ao passo 06 do procedimento prático, técnicos de enfermagem apresentaram o mesmo percentual de acertos na teoria e na prática, mas médicos e enfermeiros obtiveram maior percentual na prática, confirmando a proposição de que sabem que deve haver um período entre aferições, mas não sabem quantificar exatamente este período.

E por fim a questão 10 que se relaciona na execução da aferição com o passo 22 evidenciou que médicos e técnicos que obtiveram melhor resultado no questionário, possam ter sido influenciados pelas alternativas presentes na questão, em contrapartida os enfermeiros se sobressaíram na prática o que nos levou a concluir que pelo hábito de executar de determinada maneira não analisam/refletem sobre o motivo de tal atitude.

As questões 01 e 08 não foram comparadas por não apresentarem correspondente prático.

Três resultados do procedimento práticos nos chamaram a atenção. O fato de que enfermeiros e técnicos, em sua totalidade, explicaram ao paciente o procedimento a ser realizado diferente do que fizeram os médicos. Isso evidencia a maior proximidade entre enfermeiros/técnicos com o paciente. Observamos ainda que nenhum dos médicos analisados realizou a lavagem de mãos antes do procedimento e apenas um deles (10%) lavou as mãos após o procedimento. É importante também ressaltar que mesmo entre enfermeiros e técnicos o percentual de lavagem de mãos foi maior após a realização da aferição de PA, mostrando que os profissionais possuem uma maior preocupação com sua proteção individual do que com o paciente.

CONCLUSÕES

De forma geral, médicos possuem sua formação no que tange à pressão arterial voltada

para a teoria, técnicos para a prática e enfermeiros encontram-se em equilíbrio entre prática e teoria.

Em determinados procedimentos práticos a fundamentação teórica se faz necessária para a reflexão dos atos realizados bem como de suas conseqüências na qualidade da assistência prestada.

A disponibilidade de recursos humanos e materiais interfere nos resultados da assistência ao paciente.

Há diferenças significativas apenas nas comparações sobre as questões teóricas do questionário entre enfermeiros e médicos e entre médicos e técnicos.

ABSTRACT: Blood pressure is an important vital sign that reflects systemic and focal changes. It is used as endpoint in clinical physical examination of virtually all specialties in health field, when undergoes changes from normal levels, often does so silently. The procedure for measuring blood pressure can not be neglected because based on the values obtained it is the plano f treating a disease. Given its importance, the measurements deserves attention and criteria to optimize the measured values, which are of paramount importance in assessing the systemic condition and the evolution of the patients' health. To perform this survey we evaluated the theoretical and practical knowledge of 10 physicians, 10 nurses and 10 nursing technicians observing the procedure of measuring blood pressure and also by a questionnaire with 10 questions. Both the questionnaire and the procedure were divided into theoretical and practical questions. In the questionnaire, physicians have excelled in theoretical issues (40%) and nurses in the practical approach (40%). In the procedures for blood pressure measurements, nurses and physicians had the same performance on practical approach, but in the theoretical one nurses stood out. Note that, in general, physicians have their medical blood pressure training, focused on theory, while technicians on practice and nurses are in balance between theory and practice. Only in comparisons between nurses and doctors and between doctors and technicians on the theoretical questions of the questionnaire showed statistically significant differences ($p < 0.05$).

KEYWORDS: Blood Pressure. Knowledge. Nursing.

REFERÊNCIAS

AIRES, M. de M. **Fisiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008

ARAÚJO, T. L.; ARCURI, E. A. M. Influência de fatores anátomo-fisiológicos na medida indireta da pressão arterial: identificação do conhecimento dos enfermeiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 21-29, out. 1998.

CORDELLA, M. P. et al. Medida indireta de pressão arterial: um programa de educação continuada para a equipe de enfermagem em um hospital de ensino. **Arquivos de Ciência da Saúde**. São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 21-26, jan/mar. 2005.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Fisiologia Médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006

LIMA, F. E. T. L. et al. Aferição da pressão arterial: conhecimento teórico e prático de auxiliares e técnicos de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 1, n. 2, p. 100-106, jul/dez. 2000.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004

RABELLO, C. C. P. et al. O conhecimento de profissionais da área da saúde sobre a medida da pressão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 127-134, jun. 2004.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica versus Estilo de Vida Docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 6, n. 3, p. 330-335, 2004.

SMELTZER, S C.; BARE, B. G. **Enfermagem médico - cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.