

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DUYLHIAN CÁSSIO RIBEIRO

Descrição do perfil dos pacientes atendidos com crise hipertensiva na Policlínica de Cariacica/ES: ferramenta para melhoria da assistência de enfermagem

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DUYLHIAN CÁSSIO RIBEIRO

Descrição do perfil dos pacientes atendidos com crise hipertensiva na Policlínica de Cariacica/ES: ferramenta para melhoria da assistência de enfermagem

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof. Me Jucineide Proença da Cruz Schmidel

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Descrição do perfil dos pacientes atendidos com crise hipertensiva na Policlínica de Cariacica/ES: ferramenta para melhoria da assistência de enfermagem** de autoria do aluno **Duyhian Cássio Ribeiro** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Me. Jucineide Proença da Cruz Schmidel
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente aos meus pais, familiares, amigos, enfim a todos que amo e fazem parte do meu dia a dia e que acompanharam nesses anos todo o meu percurso profissional de muitas vitórias e conquistas.

O Deus, autor da vida, por me iluminar com o dom da inteligência, por me guiar nesta jornada vitoriosa, pois são dele todas as essa vitórias alcançadas em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Deus das maravilhas que em todas as caminhadas da minha vida está presente em guiando e me cobrindo com suas bênçãos, me protegendo e me fortalecendo nas minhas lutas diárias e iluminando meus caminhos.

A todos os meus educadores e incentivadores, que passaram conhecimentos e experiências contribuindo para minha formação e aprimoramento como enfermeiro, a vocês a minha gratidão e respeito eterno. Em especial a minha orientadora Jucineide, pela paciência e compreensão que me guiou e me auxiliou durante toda essa pesquisa.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Leonardo Boff

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. OBJETIVO	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	13
2.1.1. Diagnóstico de hipertensão arterial.....	16
2.1.2. Investigação laboratorial.....	18
2.2. FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE HIPERTENSÃO.....	19
2.3. CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	20
2.3.1. Hipertensão arterial primária.....	20
2.3.2. Hipertensão arterial secundária.....	21
2.4. COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO.....	22
2.5. MEDICAMENTOS USADOS PARA TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO.....	24
2.6. CRISE HIPERTENSIVA.....	26
2.6.1. Emergência hipertensiva.....	27
2.6.2. Urgência hipertensiva.....	28
2.6.3. Sinais e sintomas encontrados na crise hipertensiva.....	30
2.6.4. Lesões em órgãos-alvo.....	30
2.7. PRINCIPAIS MEDICAÇÕES USADAS NAS EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS.....	31
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CARIACICA-ES.....	33
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL E CAPACIDADE INSTALADA.....	33
4. MÉTODO.....	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	37
6. PROPOSIÇÕES.....	41
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	45
ANEXOS.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Sinais Classificatórios da hipertensão secundária.....	21
Quadro 2. Complicações sistêmicas da hipertensão arterial.....	23
Quadro 3. Escolha do tratamento de acordo com o grau de hipertensão.....	24
Quadro 4. Medidas de atenção á saúde do paciente hipertenso.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos pacientes quanto ao sexo e faixa etária.....	37
Tabela 2 – Grau de instrução dos pacientes.....	37
Tabela 3 - Ocorrência de comorbidades nos pacientes pesquisados.....	38
Tabela 4 – Hábitos de vida observados.....	38

RESUMO

A hipertensão arterial se tornou uma das doenças mais sérias enfrentadas pelo SUS, tendo em vista as admissões de pacientes nos serviços de urgência e emergência acometidos por crise hipertensiva. A crise hipertensiva se caracteriza pela elevação súbita da pressão arterial, podendo nesse momento apresentar comprometimento de órgãos nobres como o coração, rins e cérebro, e que podem acarretar sequelas irreversíveis, ou levar o indivíduo à morte. O fato que despertou a atenção para a realização do presente estudo foi à alta frequência de pacientes hipertensos que chegam à Policlínica de Cariacica/ES com a pressão arterial sem controle e quais seriam os motivos que levariam estes pacientes a serem atendidos nessas situações de emergência/urgência. Neste sentido o objetivo deste estudo é descrever o perfil dos pacientes hipertensos atendidos no Pronto-Socorro da Policlínica de Cariacica/ES no período de fevereiro a março de 2014. É um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, tendo como procedimento de coletadas de dados a pesquisa documental. Para tanto foi utilizado como instrumento, questionário composto de perguntas fechadas, direcionadas e específicas ao tema, com variáveis referentes a: características antropométricas; valores da PA no momento da internação; características sociodemográficas; hábitos de vida; dados sobre a doença; presença de comorbidades associados; tratamentos já realizados, como medicações prescritas, motivo que levou a crise hipertensiva, tipos de orientação dietética, conhecimento sobre a doença. Foram coletados os dados em 20 prontuários de pacientes que ficaram em observação na Policlínica de Itacibá em Cariacica/ES após na admissão serem diagnosticados com Crise Hipertensiva. Percebeu-se que os pacientes hipertensos são mais do sexo feminino do que masculino e que apresentam sérios déficits com relação à adesão ao tratamento da doença, devido o que justifica a ocorrência do quadro clínico de crise hipertensiva. É indiscutível a importância de implantação efetiva da educação em saúde dentro de uma Unidade de Pronto Atendimento, pois ela objetiva a conscientização do paciente para a necessidade de modificar o estilo de vida, além de entender e conhecer o tratamento e favorecer um comportamento participativo (estímulo ao autocuidado).

Palavras-chave: Hipertensão, Crise hipertensiva, Consulta de Enfermagem, Policlínicas.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem registrando a nível mundial aumento nas taxas de mortalidade decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

De acordo com SCHMIDT et al (2011) dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares são as que geram o maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde nacional, e continuam a ser, a principal causa de morte no Brasil, sendo que a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11% nos últimos anos.

A hipertensão arterial é considerada atualmente um grave problema de saúde pública pela alta prevalência de 15% a 20% na população adulta, além de constituir importante fator de risco coronário. Esta relacionada a 40% dos óbitos por doenças cardiovasculares e a uma maior chance de desenvolver complicações como acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca. Por se tratar de uma doença crônica, e na maioria das vezes assintomática, requer tratamento contínuo para toda a vida para o seu controle. (OLIVEIRA e LEMOS 2008).

A hipertensão arterial se tornou uma das doenças mais sérias enfrentadas pelo SUS, tendo em vista as admissões de pacientes nos serviços de urgência e emergência acometidos por crise hipertensiva. A crise hipertensiva se caracteriza pela elevação súbita da pressão arterial, podendo nesse momento apresentar comprometimento de órgãos nobres como o coração, rins e cérebro, e que podem acarretar sequelas irreversíveis, ou levar o indivíduo à morte. (NUNES, 2008).

Ao dar entrada em uma Unidade de emergência, a pessoa com crise hipertensiva tendo um aumento brusco da pressão, apresenta os seguintes sinais e sintomas, como cefaleia severa, sensação de mal-estar, ansiedade, agitação, tontura, dor no peito, tosse, falta de ar, alterações visuais e vasoespasmos ao exame de fundo de olho. Pode ocorrer em indivíduos com pressão arterial habitualmente dentro de faixas de normalidade, em indivíduos portadores de hipertensão arterial ainda sem diagnóstico, como também em portadores de hipertensão arterial diagnosticada e em tratamento, sendo, nesses casos, muitas vezes em consequência a não adesão ao regime terapêutico. É importante o diagnóstico e tratamento adequado, pois proporcionam menores gastos com internações, invalidez, bem como com a assistência às cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais e suas sequelas, reduzindo também a procura aos serviços de emergência. (LOPES, 2007).

O fato que despertou a atenção para a realização do presente estudo foi à alta frequência de pacientes hipertensos que chegam à Policlínica de Cariacica/ES com a pressão arterial sem controle, e quais seriam os motivos que levariam estes pacientes a serem atendidos nessas situações de emergência/urgência?

Diante desse contexto, observa-se que o aumento de pacientes hipertensos nos atendimentos de urgência e emergência em Policlínicas remete para a necessidade, cada vez maior de se conhecer a doença hipertensiva e seus mecanismos de atuação, bem como para tomadas de decisões de gestão e planejamento da assistência de enfermagem.

Este estudo sobre o perfil dos pacientes atendidos com crise hipertensiva é relevante pela possibilidade de buscar a melhoria da assistência de enfermagem nos serviços prestados em Policlínicas e trazer informações sobre as necessidades do serviço, levando em consideração os dados biossociais, hábitos de vida, conhecimento sobre a doença, suas características e tratamento da pressão arterial. Pretende-se também gerar informações valiosas, que possam servir de instrumentos para ações futuras a ser desenvolvidas e direcionadas pela Atenção Primária a Saúde do Município de Cariacica/ES aos pacientes hipertensos, com vistas a melhor adesão ao tratamento e conseqüentemente colaborar decisivamente na melhoria da qualidade de vida dos pacientes em questão.

Neste sentido o objetivo geral deste estudo é:

Descrever o perfil dos pacientes hipertensos atendidos no Pronto-Socorro da Policlínica de Cariacica/ES no período de 06 a 16 de março de 2014 para implantação da consulta de enfermagem na alta dos usuários.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença prevalente no Brasil e que atinge cerca de 35% dos adultos maiores de 40 anos. Uma das principais preocupações com a HAS, é que esta é um dos principais fatores de risco de morbidade e o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, tendo um alto custo social.

A Hipertensão Arterial pode ser definida como:

Uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial, assintomática (na grande maioria dos casos) que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p 65).

Segundo Guyton e Hall (2011), a pressão arterial é a força com que o coração bombeia o sangue; esta é determinada pelo volume de sangue que sai do coração (débito cardíaco) e a resistência periférica. O valor da pressão arterial depende do débito cardíaco que se expressa pelo volume de sangue bombeado durante 1 minuto; e da resistência periférica, que pode ser representado pela seguinte fórmula: $PA = DC$ (débito cardíaco) \times RP (resistência periférica).

Fatores possíveis de influenciar o débito cardíaco: frequência cardíaca, contratilidade e excreção/retenção de sódio; enquanto que a hipertrofia vascular, fatores humorais, ação constritora (alfa) e a ação vasodilatadora (beta) influenciam a resistência periférica (POTTER e PERRY, 2006).

Potter e Perry (2006) afirmam ainda que, quando o débito cardíaco aumenta, maior é o volume sanguíneo bombeado contra as paredes arteriais com consequente aumento da pressão arterial. Se ocorrer aumento da frequência cardíaca, aumento da contratilidade cardíaca ou aumento do volume sanguíneo ocorrerá consequentemente o aumento do débito cardíaco.

Neste sentido, descreve-se aumento da pressão arterial devido ao débito cardíaco \times resistência periférica da seguinte forma:

[...] quando houver um aumento no volume de sangue a ser ejetado, por exemplo, quando os rins não funcionam normalmente ou quando o coração contrai de modo insuficiente, ou quando a frequência cardíaca aumenta, isto é, o coração bate mais vezes

por minuto para ejetar um determinado volume de sangue, ou quando a resistência oferecida pelas artérias para a passagem do sangue estiver aumentada, ocorre aumento da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p 48).

A hipertensão é associada ao espessamento e perda da elasticidade nas paredes arteriais. A resistência vascular periférica aumenta dentro dos vasos espessos e inelásticos. O coração deve bombear continuamente contra maior resistência. Como consequência, diminui o fluxo sanguíneo para órgãos vitais, como o coração, cérebro e rim (POTTER e PERRY, 2006).

Através da revisão de diversos conceitos básicos, a hipertensão foi definida como uma pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg, durante um período contínuo de aferição da pressão arterial do indivíduo (NUNES, 2008).

Na maioria dos casos, a hipertensão permanece num nível moderado e razoavelmente estável durante muitos anos, sendo compatível com uma vida longa, a não ser que ocorram complicações tais como: infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal ou acidente vascular cerebral (AVC); porém cerca de 5% dos hipertensos apresentam uma PA rapidamente crescente que, se não for tratada, leva a morte entre um ou dois anos. Essa forma é chamada de hipertensão acelerada ou maligna (NUNES, 2008).

Os sintomas da hipertensão arterial são sutis, podemos dizer até que são assintomáticos, porém alguns autores afirmam que os sintomas podem apresentar-se mesmo no início da doença com os principais sintomas; cefaleia devido à vasoconstrição, palpitações, cansaço, alteração da visão, ictus cordis desviado e propulsivo, dor precordial, dispneia, tontura e falta de ar dentre outras. (SMELTZER e BARE, 2005).

A adesão ao plano de cuidados tanto medicamentoso como a mudança de hábitos de vida são difíceis de serem aceitos por grande parte dos hipertensos, por isso ocorre ainda muitas complicações à cerca da hipertensão. Dessa forma, é inquestionável o papel do estilo de vida saudável que inclui a prática da atividade física na melhora do controle da HAS. A abordagem simultânea da terapia nutricional e do exercício físico é importante, uma vez que engloba grande parte das mudanças necessárias relacionadas ao estilo de vida, tanto para a prevenção como para o controle da HA. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Nesse mecanismo, o rim exerce um importante papel, pois é um importante órgão que tem como função segundo Nunes (2008, p 512) “(...) controlar o volume de líquidos, controlar o

excesso de sais ou retê-los caso seja necessário, controlar a pressão arterial, secreção de substâncias exógenas como medicamentos, produzir e secretar hormônios (cininas, prostaglandinas, renina, eritropoetina). No adulto o rim tem cerca de 11 a 13 cm de comprimento, 5 a 7,5 cm de largura, 2,5 a 3 cm de espessura, com aproximadamente 125 a 170 gramas no homem e 115 a 155 gramas na mulher.”

No interior dos rins as artérias dividem-se em vasos cada vez menores até formarem enovelados de capilares dentro da cápsula de Bowman, o que constitui o glomérulo, este é recoberto por células epiteliais. O glomérulo é o filtro do rim, onde o sangue é filtrado e elimina substâncias indesejadas, enquanto o sistema de túbulos coletores absorve parte do líquido filtrado nos glomérulos. (SMELTZER e BARE, 2005).

Nos túbulos renais o filtrado glomerular é processado e transformado em urina. A quantidade de urina formada diariamente varia entre 1,2 a 1,5 litros. É através da mesma que substâncias tóxicas do catabolismo, ou substâncias que estão em excesso no organismo são eliminadas, entre essas substâncias encontramos: sódio, cálcio, fósforo, ureia, ácido úrico, entre outros. (SMELTZER e BARE, 2005).

Percurso do sangue: Aorta -> artéria renal -> arteríola aferente -> glomérulo de Malpighi -> arteríola eferente -> capilares peritubulares -> veia renal -> veia cava inferior (NUNES, 2008).

Os rins recebem sangue originado dos ramos da artéria aorta abdominal. A artéria renal dividiu-se no hilo em um ramo anterior e um ramo posterior. Estes ramos dividem-se em várias artérias segmentares que irão irrigar vários segmentos do rim. Essas artérias dão origem às artérias interlobares, que na junção cortiço-medular dividem-se para formar as artérias arqueadas e posteriormente as artérias interlobulares. Dessas artérias surgem as arteríolas aferentes que dão origem aos glomérulos e em seguida, juntam-se para formar a arteríola eferente (NUNES, 2008).

O rim possui importância significativa no controle da pressão arterial devido a sua função de secretar enzimas, as quais irão funcionar na regulação da PA.

A enzima renina é produzida por células renais, onde tem a capacidade de transformar o angiotensinogênio em angiotensina I e que irá transformar-se em angiotensina II, que provoca a vasoconstrição das arteríolas, e que acarretará em aumento da resistência periférica, com consequente aumento da pressão arterial. A angiotensina irá desencadear a liberação do hormônio aldosterona pelas glândulas adrenais. A aldosterona é um hormônio esteroide, que é sintetizado pela glândula suprarrenal. Sua principal função é realizar o balanço de potássio e sódio. A

aldosterona aumenta a concentração de sódio no espaço extracelular e aumenta a reabsorção de sódio, que irá acarretar em maior volume sanguíneo, com conseqüente aumento da pressão arterial sistêmica. (SMELTZER e BARE, 2005).

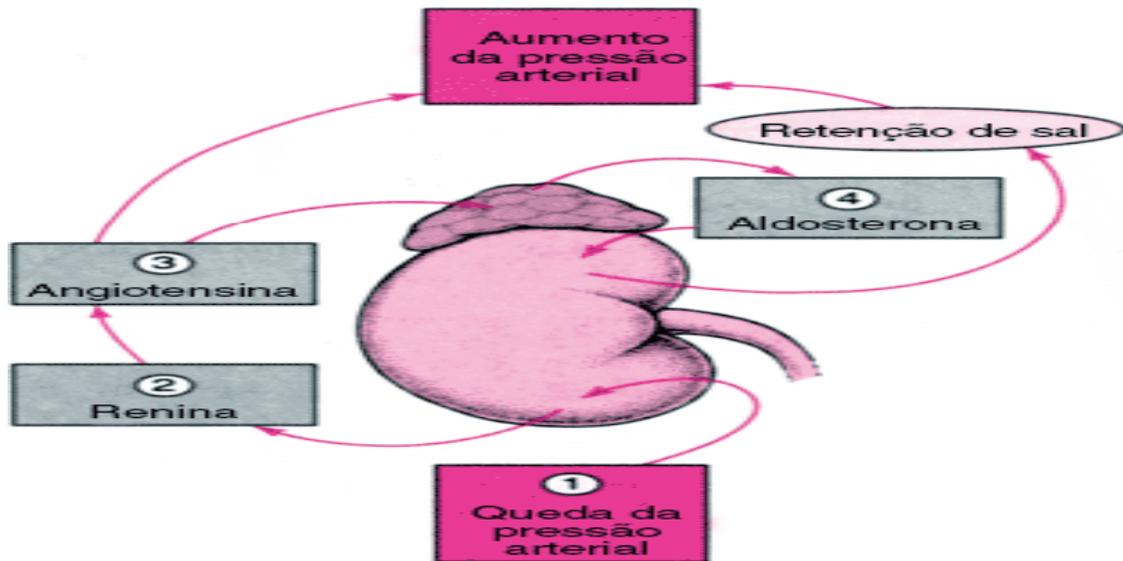


Figura 1 – Sistema Renina-Angiotensina no controle da Pressão Arterial
 Fonte: V Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 2006, pg48

2.1.1 Diagnóstico de hipertensão arterial

Sabemos que a aferição da pressão arterial é fundamental para estabelecer o diagnóstico da hipertensão.

Segundo Guyton e Hall (2011) o diagnóstico é necessário para esclarecer a causa da doença e escolher a melhor forma no controle da mesma, para isto deve-se confirmar a elevação persistente da pressão, avaliar possíveis lesões de órgão alvo e diagnosticar a etiologia da hipertensão arterial.

Uma medida da pressão arterial alta não é diagnóstico de hipertensão, porém, quando a aferição é realizada em vários períodos, e a mesma revela uma pressão arterial igual ou maior que 140/90 mmHg, deve-se atentar-se para um possível diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (NUNES, 2008).

Recentes estudos da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) sugerem que quando um paciente é diagnosticado com HAS, a equipe de saúde deve dar todas as orientações de forma simples e clara, para que o mesmo não pense que nunca mais terá uma vida normal após o

diagnóstico e para garantir que o paciente siga cuidadosamente o plano de tratamento, pois, é a partir de um tratamento adequado e criterioso que o indivíduo poderá evitar complicações derivadas da hipertensão não tratada.

A pressão arterial é medida comumente na artéria braquial, podendo ainda ser aferida em outras artérias (tibial, poplítea), quando não for possível a aferição na mesma (SMELTZER e BARE, 2005). Para um exame fidedigno da aferição da pressão arterial, torna-se necessário que a PA seja aferida em circunstâncias casuais e o resultado deve ser anormal em pelo menos duas aferições em diferentes dias em uma mesma semana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Nunes (2008), são necessários os seguintes cuidados para que o resultado da aferição seja confiável: calibração e bom estado de conservação do manômetro, o manguito deve ser apropriado ao tamanho do braço do indivíduo e o tempo de esvaziamento do manguito não deve ser muito rápido, enquanto que o paciente não pode ter feito exercícios físicos pelo menos há 60 minutos, não deve ter fumado antes de aferir a pressão e deve ter ficado em repouso por no mínimo cinco minutos.

Dados importantes a serem investigados no exame físico do paciente hipertenso segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p 09):

- Peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e aferição do perímetro da cintura;
- Inspeção: fácies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária (edema);
- Sinais vitais: medida da PA e frequência cardíaca.
- Pescoço: palpação da artéria carótida, verificação de turgência jugular tireoide;
- Exame do pulmão: ausculta de estertores, sinais de congestão pulmonar, roncocal e sibilocal;
- Identificação de sopros abdominais na aorta e nas artérias renais.
- Avaliar extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosocal;
- Avaliação de edema;
- Exame neurológico: nível de consciência, orientação;
- Exame de fundo do olho (fundoscopia): identificar estreitamento arteriocal, cruzamentos arteriovenosocal patológicos, hemorragias, exsudatos, papiledema, vasoespasmo e sinais de endurecimento e esclerose da retina.

- Exame do pré-córdio: ictus sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo: arritmias; 3ª bulha, que sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo; ou 4ª bulha, que sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo, hiperfonese de 2ª bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico.

2.1.2 Investigação Laboratorial

A investigação laboratorial consiste na avaliação de lesões de órgão alvo, confirmar pressão arterial anormal e identificar a possível etiologia da hipertensão.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p 10) para que esses objetivos sejam atingidos, “(...) são fundamentais a história clínica, o exame físico e a avaliação laboratorial, respeitando-se o princípio de custo/benefício, todos os pacientes hipertensos devem ser submetidos pelo menos aos seguintes exames:

- a) determinação da glicemia de jejum — existe grande associação entre hipertensão arterial e diabetes melito, sendo esse um fator de risco cardiovascular adicional à elevação da pressão arterial;
- b) determinação dos níveis de colesterol e triglicérides — são, também, fatores de risco cardiovascular importante e devem ser tratados, quando elevados, concomitantemente ao tratamento anti-hipertensivo. Dosagens de colesterol total superiores a 240 mg/dl devem ser complementadas com a dosagem das diversas frações do colesterol. A redução dos níveis de LDL para abaixo de 140 mg/dl tem se mostrado útil na prevenção de angina e infarto agudo do miocárdio;
- c) creatinina sérica — a determinação da função renal no hipertenso é importante não só para avaliar o papel do rim na gênese da hipertensão arterial como também determinar se o quadro hipertensivo levou a lesão renal (nefrosclerose benigna ou maligna);
- d) urina tipo I — na avaliação renal, quer como agente etiológico quer como órgão-alvo da hipertensão;
- e) ácido úrico — tem sido associada a maior morbidade e mortalidade cardiovascular. Para os pacientes com história de gota ou com níveis séricos elevados, deve ser evitado o uso de diuréticos;

- f) dosagem de K⁺ sérico – importante na determinação do nível basal para o posterior uso de diuréticos, poupadores de potássio e inibidores da enzima de conversão da angiotensina;
- g) eletrocardiograma - a avaliação eletrocardiográfica do hipertenso é importante na determinação do risco cardiovascular (presença de sobrecarga ventricular esquerda e/ ou alterações da repolarização ventricular) e na avaliação de contraindicações do uso de determinados agentes anti-hipertensivos (bloqueios atrioventriculares). Pacientes que apresentem alterações clínicas ou laboratoriais sugestivas de lesões importante sem órgãos-alvo ou de causas secundárias da hipertensão deverão ser investigados por meio de algoritmos específicos.”

2.2 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE HIPERTENSÃO

Muitos são os fatores de risco envolvidos para o desenvolvimento da hipertensão arterial, de acordo com Hoffmann, Silva e Siviero (2010) dentre os principais estão:

- História familiar: indivíduos que têm familiares de primeiro grau com a pressão arterial elevada possuem chances elevadas de torna-se hipertensos.
- Obesidade: o indivíduo obeso tem maior risco de desenvolver hipertensão com consequente risco de complicações cardiovasculares. A perda de peso é um dos fatores não farmacológicos mais importantes na diminuição da pressão arterial, quanto maior o IMC maior a pressão arterial encontrada nos indivíduos.
- Consumo excessivo de sal: o consumo aumentado de sal predispõe ao aumento da pressão arterial, pois o sódio irá pré dispor a retenção de líquidos, aumentando assim a pressão arterial.
- Tabagismo: a nicotina é prejudicial, pois promove a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a pressão arterial e a resistência periférica.
- Raça: a pressão arterial alta é mais frequente nos afrodescendentes que nos caucasianos, e a mesma tende a aumentar precocemente nesta etnia, onde as complicações devido a hipertensão nos afrodescendentes é duas vezes maior que na população branca. Pesquisas realizadas por Lima e Lima (2010) demonstraram que em negros a hipertrofia ventricular e a nefroesclerose é mais frequente que em brancos com os mesmos níveis pressóricos.
- Idade: a pressão arterial tende a aumentar com o avanço da idade, sendo que uma pressão arterial ótima para um adulto de meia idade seria de 120/80 mmHg a 135/85 mmHg. O aumento

da idade gera alterações da musculatura lisa e do tecido conjuntivo do vaso, o que favorece ao aumento da pressão arterial nos pacientes mais idosos.

- Sedentarismo: O exercício físico regular reduz a pressão arterial podendo contribuir também para a redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão.
- Estresse: as evidências de possíveis efeitos do estresse psicossocial na pressão arterial relacionada às condições estressantes. O estímulo estressor atinge a cadeia ganglionar simpática e espalha-se por vários órgãos periféricos, esses sinais provocam uma intensa descarga simpática (adrenérgica), com produção de uma resposta complexa, que culmina com o aumento da PA.

2.3 CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Após o diagnóstico do indivíduo hipertenso, o próximo passo é classificar qual o tipo de hipertensão para a escolha do melhor tratamento ao cliente. Quando identificado o possível fator responsável pelo aparecimento da hipertensão, pode ser possível controlar a mesma sem a necessidade de terapia medicamentosa dependendo de sua etiologia.

A hipertensão é classificada segundo sua etiologia, pesquisas realizadas por diversos autores entre eles Hoffmann, Silva e Siviero (2010) verificaram que 90 a 95% dos casos de hipertensão são classificados como hipertensão primária, enquanto que 5 a 10% são classificadas como hipertensão secundária.

2.3.1 Hipertensão Arterial Primária

Também conhecida como hipertensão essencial, classifica-se, segundo alguns autores, como hipertenso primário, o paciente que não apresenta hipertensão com causas detectáveis, porém sabe-se que esse tipo de hipertenso apresenta forte componente genético e são influenciados também por fatores ambientais, tais como ingestão aumentada de sódio e distúrbios emocionais. (NUNES, 2008).

Nesses pacientes ocorre aumento da rigidez das paredes arteriais, fator que é favorecido pela herança genética em 70% dos casos. Por essa razão, é preciso verificar o histórico familiar

do paciente, uma vez que, se seus pais ou parentes próximos são hipertensos, ele tem grandes probabilidades de desenvolver a doença. (NUNES, 2008).

Alguns autores acreditam que nos pacientes que apresentam hipertensão primária, geralmente não encontramos outras patologias que possam explicar a elevação tensional e não raramente, a única alteração documentável será a elevação dos níveis pressóricos. A maioria dos pesquisadores no campo da hipertensão arterial concorda que a fisiopatologia da hipertensão essencial envolve múltiplos fatores que, interagindo com características geneticamente determinadas, levam à elevação pressórica. (SMELTZER e BARE, 2005).

A hipertensão arterial primária não tem cura, porém é uma patologia controlável com o uso medicamentoso ou apenas com a mudança no estilo de vida. Dentre essas mudanças podemos citar a cessação do tabagismo, a ingestão diminuída de sódio, a realização de atividade física e a perda de peso. Quando este tipo de hipertensão não é tratado, a mesma pode evoluir lentamente para lesão renal. (SMELTZER e BARE, 2005).

2.3.2 Hipertensão Arterial Secundária

A hipertensão arterial secundária tem suas causas definidas, podendo ser por causas renais (o rim participa na regulação da pressão arterial), endócrinas (secreção de hormônios que modulam a pressão arterial), distúrbios neurológicos e por causa medicamentosa (SMELTZER e BARE, 2005). A hipertensão induzida por medicamentos – mesmo que este aumento de pressão arterial seja transitório – ocorre principalmente em mulheres jovens em uso de contraceptivo oral. Sendo assim, quando definida a causa da hipertensão secundária, seu tratamento será específico, tornando seu controle mais fácil, rápido e satisfatório. Os sinais classificatórios deste tipo de HAS são:

QUADRO 1 – Sinais classificatórios de hipertensão secundária

• Início da hipertensão antes dos 30 ou após os 50 anos
• Hipertensão arterial grave (estágio 3) e/ou resistente à terapia
• Tríade do feocromocitoma: palpitações, sudorese e cefaléia em crises
• Uso de medicamentos e drogas que possam elevar a pressão arterial
• Fácies ou biótipo de doença que cursa com hipertensão: doença renal, hipertireoidismo, acromegalia, síndrome de Cushing

• Presença de massas ou sopros abdominais
• Diminuição da amplitude ou retardo do pulso femoral
• Aumento da creatinina sérica
• Hipopotassemia espontânea (< 3,0 mEq/l)
• Exame de urina anormal (proteinúria ou hematúria)

Fonte: SMELTZER e BARE, 2005, p 402

2.4 COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO

As complicações da hipertensão arterial atingem com maior frequência os rins, o cérebro, o coração e os vasos. As complicações cardíacas devido à hipertensão arterial advêm do aumento da sobrecarga de trabalho cardíaco, onde ocorrem alterações fisiológicas e anatômicas (LOPES, 2007).

- Hipertrofia do ventrículo esquerdo: é uma complicação dos pacientes hipertensos devido à sobrecarga cardíaca no coração, apresentando risco para insuficiência cardíaca e morte súbita. (LOPES, 2007).
- Insuficiência cardíaca: A hipertensão arterial pode promover alterações estruturais no ventrículo esquerdo, acompanhadas ou não por isquemia coronariana, que contribuem para o desenvolvimento de insuficiência cardíaca com função sistólica preservada ou não. Os vasos sanguíneos tornam-se espessos e estreitos acelerando o processo de adesão de placas de gorduras na sua superfície. Na sequência do processo, as artérias vão perdendo sua elasticidade e ficam endurecidas (arteriosclerose) e passa a haver a possibilidade de entupimento ou rompimento (ORSOLIN et al., 2005).
- Acidente vascular cerebral: A hipertensão arterial é o maior fator de risco para doença vascular encefálica. O risco tem maior correlação com os níveis de pressão arterial sistólica e aumenta na presença de outros fatores causais. A diminuição do fluxo sanguíneo para o cérebro leva a lesões devido à alteração da sua circulação. É muito comum ocorrer à encefalopatia hipertensiva (ORSOLIN et al., 2005).
- Nefropatias: A nefrosclerose hipertensiva é a causa mais comum de doença renal progressiva, particularmente em negros americanos. Estudos prospectivos em pacientes do sexo masculino têm demonstrado evidências conclusivas e diretas da relação entre pressão arterial e doença renal terminal. (ORSOLIN et al., 2005). A lesão renal predispõe ao aumento da retenção de

água e sódio, aumentando ainda mais a pressão arterial tornando-se assim um ciclo vicioso (D'ÁVILA, GUERRA e PAVAN, 2006).

As complicações sistêmicas da Hipertensão Arterial são descritas detalhadamente no quadro 2:

QUADRO 2– COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Complicações crônicas da HAS	<p>A HAS é um fator para o desenvolvimento da aterosclerose, podendo contribuir para a obstrução das artérias. A pressão das pequenas arteríolas pode levar a alterações funcionais do órgão-alvo. Os pequenos vasos dos rins, dos olhos, do cérebro e do coração são particularmente vulneráveis.</p> <p>Ao pensarmos nas complicações crônicas da HAS, citamos como principais as lesões que acometem o sistema cardiovascular, o sistema nervoso central (SNC) e o sistema renal.</p>
Sistema Cardiovascular	<p>A elevação da pressão induz ao esforço cardíaco, e a principal lesão relacionada ao coração apresenta-se como hipertrofia do ventrículo esquerdo (espessamento da parede e diminuição da cavidade), que é o mais afetado pela resistência à pressão. O bombeamento ineficaz desse ventrículo prejudica o retorno venoso e a perfusão sistêmica, podendo ocasionar edema pulmonar, infarto do miocárdio e hipoxemia periférica.</p>
Sistema Nervoso Central	<p>Na hipertensão grave, o SNC é afetado, pois a pressão sanguínea elevada pressiona o fluxo sanguíneo cerebral. Em geral, à medida que a pressão sanguínea aumenta, as arteríolas cerebrais sofrem vasoconstrição. Durante as crises hipertensivas, com elevações rápidas e graves na pressão intracraniana, o transporte de oxigênio é prejudicado e a função cerebral é reduzida.</p> <p>A lesão hipertensiva típica é o aneurisma de <i>Charcot-Bouchard</i>, havendo também o aparecimento de lesões de rarefação da substância branca. A trombose e a hemorragia são em geral episódios agudos. Microinfartos assintomáticos ou com quadro clínico de demência discreta podem ocorrer</p>
Sistema Renal	<p>Pressões prolongadas às arteríolas renais causam lesão crônica e inflamação, o que leva à nefrosclerose, que, em suma, é o supercrescimento e enrijecimento dos tecidos conjuntivos dos rins.</p> <p>A hipertensão é perpetuada à medida que a secreção de renina e aldosterona são estimuladas pela redução do fluxo sanguíneo nos rins. O volume sanguíneo expande, aumentando a pressão arterial</p>

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p 11

2.5 MEDICAMENTOS USADOS PARA TRATAMENTO DA HIPERTENSAO

O tratamento da hipertensão fundamenta-se, basicamente, em farmacológico e não farmacológico. Dentre os métodos não farmacológicos podemos incluir a diminuição da ingestão de sódio e alimentos industrializados, cessação do tabagismo, controle do peso corporal através da realização de atividade física e alimentação equilibrada (ORSOLIN, et al., 2005).

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da PA. De acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), para usuários com HAS estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio, a meta a ser atingida é a redução da PA a níveis abaixo de 140/90 mmHg; para aqueles com risco cardiovascular alto e muito alto, ou com 3 ou mais fatores de risco, presença de Diabetes *Mellitus*, Síndrome Metabólica, lesões em órgãos-alvo ou insuficiência renal, a meta requer o estabelecimento de limites menores de PA (130/80 mmHg). Abaixo são apresentados os critérios para escolha do tratamento de acordo com o grau de hipertensão:

QUADRO 3 – Escolha do tratamento de acordo com o grau de hipertensão

Pressão arterial	Grupo A	Grupo B	Grupo C
Normal limítrofe (130-139 mmHg/ 85-89 mmHg)	Modificações no estilo de vida	Modificações no estilo de vida	Modificações no estilo de vida*
Hipertensão leve (estágio 1) (140-159 mmHg/ 90-99 mmHg)	Modificações no estilo de vida (até 12 meses)	Modificações no estilo de vida** (até 6 meses)	Terapia medicamentosa
Hipertensão moderada e severa (estágios 2 e 3) (> 160 mmHg/ > 100 mmHg)	Terapia medicamentosa	Terapia medicamentosa	Terapia medicamentosa
* Tratamento medicamentoso deve ser instituído na presença de insuficiência cardíaca, insuficiência renal, ou diabete melito. ** Pacientes com múltiplos fatores de risco podem ser considerados para o tratamento medicamentoso inicial.			

Fonte: SMELTZER e BARE, 2006, P 478

Atualmente há variados medicamentos anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento, que podem ser usados isoladamente ou mesmo combinados. O objetivo principal do tratamento da hipertensão é a redução das complicações através da obtenção de níveis pressóricos adequados, controle dos fatores de risco e das lesões de órgãos alvo, obtidas em longo prazo. Há evidências que os medicamentos inibidores da enzima conversora de angiotensina são mais eficazes para retardar o acometimento renal relacionado à hipertensão (NUNES, 2008). Os tipos de medicamentos com efeitos hipotensores são muito variados, na medida em que apresentam diversos mecanismos de ação, e a sua escolha é feita pelo médico em função das características de cada paciente. Em seguida, são mencionados alguns dos grupos de medicamentos mais utilizados.

- Diuréticos: esse tipo de medicamento provoca maior eliminação de água e sódio com consequente diminuição da pressão arterial devido a diminuição do volume circulante.
- Diuréticos de alça: agem na porção ascendente da alça de Henle, segmento espesso, bloqueando a bomba de sódio-potássio-2cloreto, ao competir com o cloreto, os mais potentes diuréticos. Esses diuréticos eliminam mais sódio, pois a reabsorção além desse segmento não é suficiente para minimizar a sua excreção, e também por impedir a reabsorção de água livre por dificultar a concentração da medula renal (OLIVEIRA e LEMOS 2008).
- Diuréticos tiazídicos: atua no túbulo distal; seu mecanismo de ação está relacionado inicialmente a depleção de volume, através da inibição da reabsorção de sódio e cloreto na porção inicial do túbulo distal e posteriormente à redução na resistência vascular periférica. Os medicamentos tiazídicos são contraindicados para os pacientes com gota e insuficiência renal.
- Diuréticos poupadores de potássio: Os diuréticos poupadores de potássio são classificados como agentes hipotensores fracos, mas quando usados em associação com diuréticos tiazídicos são benéficos em pacientes com risco de desenvolver hipocalemia. Pertencem a esta classe os antagonistas da aldosterona (espironolactona) e outras substâncias como a amilorida e o triamtereno.
- Bloqueador beta adrenérgico: estes medicamentos inibem a estimulação do sistema nervoso autônomo. A ação anti-hipertensiva dos betabloqueadores se faz por diminuição inicial do débito cardíaco, redução na secreção de renina, readaptação dos baroreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas. (GUEDES et al., 2008).

- Bloqueadores alfa adrenérgicos: atuam apenas nas artérias, não diminuindo o débito cardíaco. Esses medicamentos agem por bloquear especificamente os receptores alfa-1 pós-sinápticos. (GUEDES et al., 2008).
- Inibidores da enzima de conversão da angiotensina: seu mecanismo de ação se dá devido a não conversão de angiotensina I em angiotensina II que é um vasoconstrictor potente, além de aumentar a produção de aldosterona. Os inibidores da ECA estão hoje entre os anti-hipertensivos com o maior número de indicações terapêuticas, além da hipertensão arterial. São hipotensores muito eficazes, tanto em monoterapia como em associação com outras drogas, especialmente diuréticos. (GUEDES et al., 2008).
- Vasodilatadores: atuam sobre as artérias de pequeno e médio calibre, provocando vasodilatação e conseqüente diminuição da pressão arterial sistêmica. (GUEDES et al., 2008).
- Bloqueadores dos canais de cálcio: apresenta três grupos de medicamentos – fenilalquilaminas, benzotiazepinas e dihidropiridínicos, sendo que este último é o mais efetivo como hipotensor. Os bloqueadores dos canais de cálcio reduzem a resistência vascular periférica devido à diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares (NUNES, 2008).

Em relação à escolha do agente anti-hipertensivo inicial, é importante salientar que o perfil de segurança para o hipertenso geral, em termos de redução de risco cardiovascular, tem se mostrado igual na comparação das drogas mais antigas em relação às mais modernas, à exceção para alguns desfechos selecionados em determinados grupos de risco (GUEDES et al., 2008).

2.6 CRISE HIPERTENSIVA

Uma forma de complicação da hipertensão arterial é a crise hipertensiva, “definida como elevação abrupta e intensa da pressão arterial (PA), em geral, pressão diastólica acima de 120mmhg, frequentemente sintomática, com risco de deterioração aguda de órgãos alvo. É necessária redução imediata ou em horas dos níveis pressóricos para aliviar os sintomas, prevenir ou evitar o agravamento das lesões aos órgãos alvos. A incidência da crise hipertensiva é menor que 1%, sendo a principal causa a hipertensão arterial mal controlada não tratada e/ou não diagnosticada.” (PORTO, 2007, p 497).

Essa elevação abrupta da pressão arterial leva a uma vasoconstricção dos vasos, se a pressão continua a aumentar, a vasoconstricção que era compensatória, cessa, ocorrendo então um aumento continua na pressão arterial e no fluxo sanguíneo em todo o sistema vascular.

A fisiopatologia das crises hipertensivas se deve ao aumento abrupto da resistência vascular sistêmica geralmente relacionada aos vasoconstritores humorais. Com a elevação dos níveis pressóricos ocorre lesão endotelial e necrose fibrinóide das arteríolas. Esta lesão vascular leva a deposição de plaquetas e fibrina, com quebra da auto regulação vascular normal. Desta forma há isquemia de diversos órgãos com liberação de substâncias vasoativas completando o círculo vicioso (PORTO, 2007, P 499).

Em diversas literaturas podemos encontrar autores relatando sobre um fato importante de ocorrência frequente no atendimento da crise hipertensiva, que é a chamada pseudocrise hipertensiva. Nesses pacientes, independentemente dos níveis pressóricos, não há evidências de lesão aguda de órgãos-alvo, nem risco imediato de vida, geralmente estes pacientes encontram-se assintomáticos. São pacientes hipertensos crônicos em tratamento não controlado, encaminhados ao setor de emergência hospitalar por apresentarem pressão arterial muito elevada (PORTO, 2007).

É importante ressaltar que é comum a existência de situações de estresse psicológico agudo associado à presença de níveis de pressão elevados, mas que não caracterizam crise hipertensiva. Nessa situação, recomenda-se o tratamento agudo do estresse psicológico. A hipertensão arterial deverá ser tratada em ambulatório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p 11)

Segundo Smeltzer e Bare (2005) a crise hipertensiva é mais comum entre alguns indivíduos, nos quais podemos destacar: negros, fumantes, mulheres em uso de anticoncepcional oral, pessoas de classe social de nível inferior, paciente em alto grau de estresse e paciente com hipertensão secundária renovascular.

A crise hipertensiva é sub-classificada em emergências e urgências hipertensivas.

2.6.1 Emergência hipertensiva

Caracteriza-se segundo Porto (2007) por risco iminente de vida e/ou deterioração rápida de órgãos-alvo (rim, coração e cérebro); requer redução imediata da pressão arterial a níveis seguros para evitar a hipoperfusão.

Nos casos de emergências hipertensivas, há risco iminente de vida ou de lesão orgânica irreversível, e os clientes devem ser hospitalizados e submetidos a tratamento com vasodilatadores de uso endovenoso (GUEDES et al., 2005).

Pesquisa realizada por alguns autores como Porto (2007) mostrou algumas situações caracterizadas como emergência hipertensiva, dentre elas destaca-se as seguintes:

1. Encefalopatia Hipertensiva
2. Dissecção aguda da aorta
3. Edema agudo pulmonar
4. Crise desencadeada pelo feocromocitoma
5. Hemorragia intra-cerebral
6. Eclampsia
7. Interação da monoamino oxidase com alimentos contendo tiramina
8. Hipertensão associada com doença coronária
9. Hipertensão acelerada ou maligna
10. Hipertensão pós-operatória

Durante as emergências hipertensivas, a crise é acompanhada de sinais que indicam lesões em órgãos-alvo em progressão, tais como encefalopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão, infarto do miocárdio e evidências de hipertensão maligna (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006).

De acordo com Porto (2007) as emergências hipertensivas ocorrem mais frequentemente em pacientes previamente diagnosticados com hipertensão primária que não adotam um tratamento adequado.

2.6.2 Urgência hipertensiva

É definida como risco de deterioração de órgãos-alvo, porém não apresenta risco de vida, pode ser tratada em minutos ou até horas (PORTO, 2007)

A correção dos níveis elevados da pressão arterial deve ocorrer dentro de, no máximo, 24 horas, e geralmente a permanência hospitalar é pequena, e após medicação, se a pressão demonstrar responder satisfatoriamente à terapêutica, a pessoa tem alta e é orientada a dar

continuidade ao tratamento ambulatorial. As crises hipertensivas de urgência parecem mais relacionadas a situações de estresses psicológicos associados a níveis pressóricos elevados (GUEDES et al., 2005).

É importante também diferenciar a urgência e emergência hipertensivas de pseudocrise hipertensiva, que significa “a elevação acentuada da pressão arterial desencadeada por dor, desconforto, ansiedade ou abandono do tratamento. Nestes casos, há ausência de sinais de deterioração rápida de órgãos-alvo e os pacientes apresentam elevação transitória da pressão arterial diante de algum evento emocional, doloroso ou desconfortável, como enxaqueca, tontura, cefaleias vasculares ou de origem musculoesquelética, pós-operatório imediato, manifestações da síndrome do pânico, entre outros. Geralmente acomete usuários com hipertensão leve ou moderada não controlada ou que abandonaram o tratamento. Nestes casos, o tratamento é realizado apenas com medicamentos de uso rotineiro para aliviar os sintomas.” (PORTO, 2007, p.497).

A abordagem das crises hipertensivas requer o emprego de medidas usuais (anamnese, exame físico, exame de fundo de olho, bioquímica, eletrocardiograma e raio X de tórax) e envolve duas fases sequenciais. A primeira consiste em excluir os pacientes com pseudocrise hipertensiva e a segunda inclui a identificação do quadro clínico como urgência ou emergência hipertensiva (PORTO, 2007)

Nos casos de urgência e emergência hipertensiva, o enfermeiro deve avaliar em conjunto com o médico a necessidade de encaminhamento do usuário ao serviço terciário, mas as ações de enfermagem imediatas, a serem realizadas em conjunto com a equipe de saúde, incluem os seguintes itens conforme quadro 4:

QUADRO 4 – Medidas de atenção à saúde do paciente hipertenso

Anamnese	Avaliação de preexistência de hipertensão, história de saúde, crises anteriores, uso de medicamentos, uso ou abuso de substâncias que interferem na PA, fatores de risco associados.
Exame físico	Avaliação de funções cardiocirculatórias, neurológicas, renais. Observação de sinais e sintomas como dor torácica, cefaleia, dispneia, nível de consciência, alterações visuais, epistaxe, edemas, alterações urinárias.
Monitorização dos sinais vitais	Com avaliação da pressão arterial a cada 30 minutos ou em intervalos menores.

O usuário deve ser mantido	Em repouso no leito.
Punção venosa	Para administração criteriosa de medicamentos via parenteral.
Orientar o usuário sobre procedimentos e terapêuticas	Manobras para redução da ansiedade.
Providenciar exames complementares indispensáveis	Para a avaliação e caracterização do estado hipertensivo e das lesões de órgãos-alvo: eletrocardiograma, urina, bioquímica do sangue, raio X de tórax, fundoscopia.

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006, p 49.

A adesão ao regime terapêutico tem como resultados esperados o controle da pressão arterial, a redução na incidência ou retardo na ocorrência de complicações cardiovasculares e a melhoria da qualidade de vida (GUEDES et al., 2005).

A não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial pode ocorrer devido a diversos fatores que podem estar relacionados ao paciente (hábitos de vida, crenças e hábitos culturais); à própria doença (cronicidade e ausência de sintomas); ao tratamento (efeitos incômodos das drogas); e ao acesso ao tratamento (GUEDES et al., 2005 p 654).

2. 6.3 Sinais e sintomas encontrados na crise hipertensiva

Guedes et al (2005) realizaram um estudo de análise prospectiva em prontuários médicos durante 12 meses onde encontrou os seguintes sinais e sintomas frequente nos pacientes que formam diagnosticados como urgência e emergência hipertensiva: cefaleia, tontura, dispneia, déficit neurológico, dor torácica, vômitos, parestesia, arritmia, síncope, sonolência, coma e epistaxe. Foram encontrados outros em menor proporção, não significante onde o autor não citou.

2.6.4 Lesão em órgão – alvo

A hipertensão leva ao espessamento e perda da elasticidade das paredes arteriais, devido a isso o coração ira bombear o sangue contra uma resistência maior, diminuindo assim o fluxo sanguíneo para órgãos vitais, como o coração, cérebro e rim. (PORTO, 2007).

Dentre as lesões mais comuns nestes órgãos temos: hipertrofia ventricular esquerda, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, doença vascular arterial periférica, retinopatia hipertensiva e nefropatias (PORTO, 2007).

A fundoscopia é usada para avaliar a presença de retinopatia hipertensiva; a ultrasonografia do abdome utiliza-se para detectar aumento renal, o ecocardiograma é usado para avaliar se há hipertrofia ventricular esquerda e o seu grau de acometimento do músculo cardíaco.

As lesões de órgão alvo geralmente advém da não adesão ao tratamento medicamentoso e ao não segmento clínico das normas das diretrizes brasileiras de hipertensão (HOLLANDA et al., 2007).

2.7 PRINCIPAIS MEDICAMENTOS USADAS NAS EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

Para iniciar o tratamento medicamentoso em pacientes em crise hipertensiva deve-se avaliar a presença ou não de lesão em órgão-alvo e doenças pré-existentes (doença cardiovascular, diabetes mellitus e doença renal). (V CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

As medidas de modificação do estilo de vida devem ser abordadas de modo minucioso para que estas junto à terapia medicamentosa (descrita logo abaixo) desempenhem satisfatoriamente o objetivo do tratamento, que é o controle da pressão hipertensão arterial. (V CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). As medicações utilizadas são:

- **DIURÉTICOS:** usados quando há hipervolemia, insuficiência renal, congestão pulmonar e insuficiência cardíaca congestiva. Geralmente usa-se a furosemida ou bumetamida.
- **NITROGLICERINA:** é um vasodilatador predominantemente venoso, usado principalmente quando ocorre isquemia miocárdica. Tem ação muito mais potente na dilatação venosa do que arterial. Por vezes, sua ação arterial é insuficiente para reduzir satisfatoriamente a PA. Tem ainda a capacidade de dilatar vasos coronários epicárdicos, um dos motivos pelo qual é usado como antianginoso. São possíveis efeitos colaterais: cefaleia, vômitos, taquicardia e hipotensão (GUEDES et al., 2005).
- **HIDRALAZINA:** é um vasodilatador de ação arteriolar direta, usado principalmente em pré-eclampsia e eclampsia, devido ser seguro para o feto (FILHO et al., 2008).
- **ENALAPRILATO:** usado quando há insuficiência congestiva grave (FILHO et al., 2008).
- **NIMODIPINA:** provoca vasodilatação, é um potente bloqueador de canal de cálcio (FILHO et al., 2008).

- **BETABLOQUEADORES:** os mais utilizados são o propranolol e metropolol, São usados em casos onde a maior preocupação é com a redução da frequência cardíaca do que mesmo com a redução da PA (FILHO et al., 2008).
- **NITROPRUSSIATO DE SÓDIO:** nitrato vasodilatador diminui o retorno venoso e conseqüentemente a pré - carga. É o fármaco parenteral mais efetivo para o tratamento de emergências hipertensivas. Tem maior ação no sistema arterial que no sistema venoso. Tem início de ação extremamente rápido (em segundos) e duração de ação de 1 a 2 minutos, com meia-vida plasmática de 3 a 4 minutos. Conseqüentemente, a cessação abrupta da infusão causará aumento pressórico quase imediato. (GUEDES et al., 2005).

3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CARIACICA-ES

Com uma população estimada de 348.738 habitantes, sendo 169.958 habitantes do sexo masculino e 178.780 do sexo feminino, o Município de Cariacica é um dos Municípios pertencentes à região Metropolitana da Grande Vitória (ES). O Município de Cariacica está situado no Estado do Espírito Santo, na Macro Região Centro Vitória e na Micro Região Vitória. Integra a Micro Região Vitória, em conjunto com os municípios de Santa Leopoldina, Viana e Vitória. Possui 279,98 Km² de área terrestre, e sua sede dista da capital do Estado cerca de 15 Km. Tem como distritos Cariacica Sede e Itaquari e é limítrofe dos seguintes municípios: Santa Leopoldina e Serra ao norte, Viana e Vila Velha ao Sul, Vitória e Vila Velha a Leste e Domingos Martins a Oeste. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CARICICA, 2014)

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL E CAPACIDADE INSTALADA:

- 02 unidades de 12 horas – Nova Rosa da Penha I e Bela Vista;
- 02 unidades de 24 horas - Policlínica Cariacica e PA Infantil;
- 02 unidades exclusiva de PACS/ESF;
- 04 unidades de horários estendidos - UBS de Santa Fé, Cariacica Sede, Bela Aurora e Porto de Santana;
- 24 unidades básicas de saúde que têm funcionamento de 8 horas diárias.

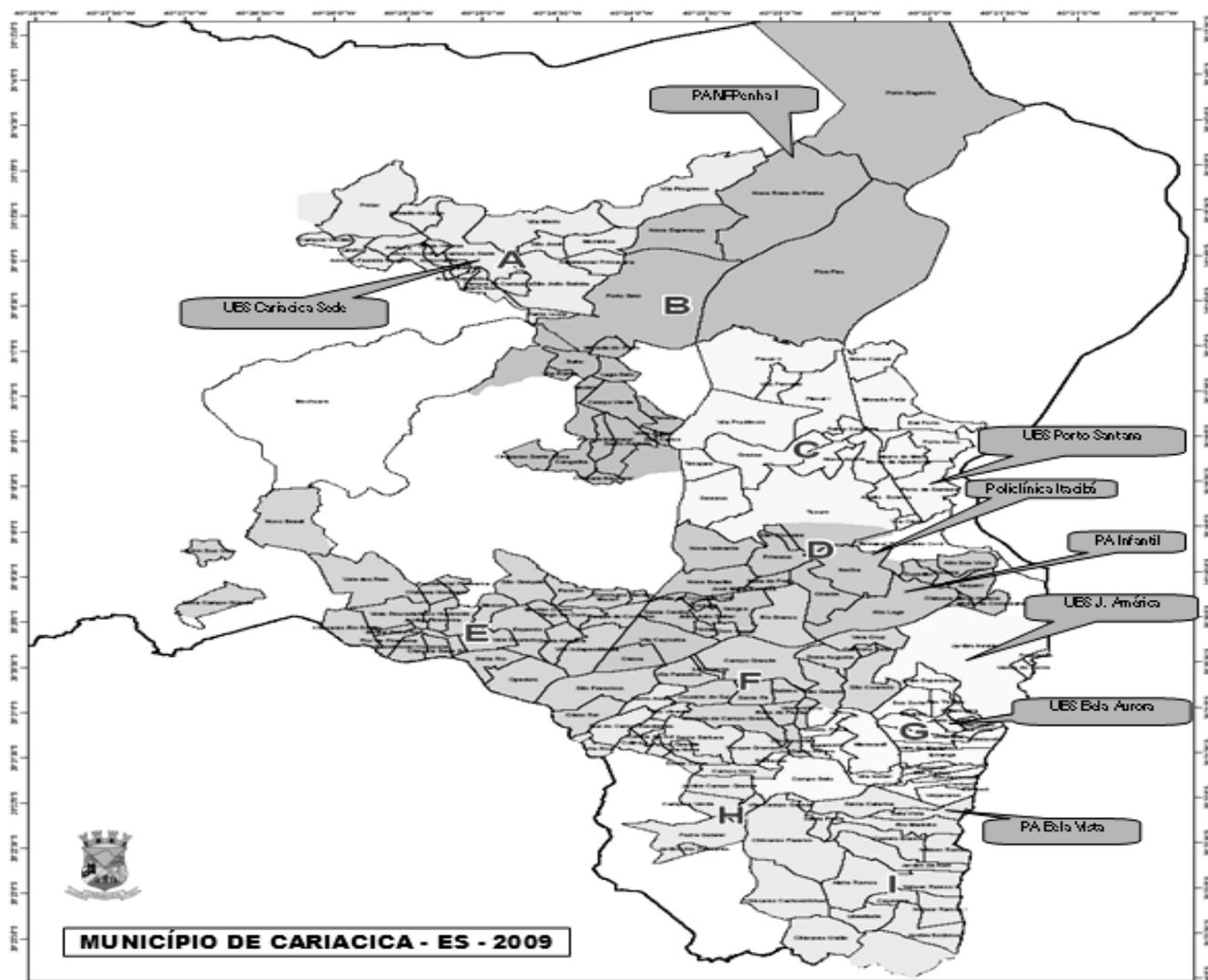
Em seu funcionamento básico, a Rede Assistencial possui os seguintes profissionais: médico clínico geral, ginecologista e pediatra, com exceção do PA Infantil e Policlínica de Itacibá, que se aterem à clientela específica. Observa-se ainda, que conforme a necessidade de programas existentes há outros profissionais como assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e outros. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA, 2014).

Na rede assistencial do município contamos ainda com 31 equipes de PACS/PSF, as quais atendem a diversos bairros do município. Dentre as 31 equipes, 18 delas estão distribuídas em Unidades de Saúde. As equipes de PACS são compostas de agentes comunitários de saúde e enfermeiros, e as de PSF por médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais e um odontólogo.

O PA de Itacibá (cenário do estudo) é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica à Saúde e a Rede Hospitalar, constitui o único serviço de Urgência/Emergência Adulto do município em questão de funcionamento 24 horas por dia, realizando atendimento de clínico geral e odontologia. A equipe de saúde do PA é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliar de consultório dentário, farmacêuticos, dentre outros profissionais de nível médio.

Os enfermeiros contam com um consultório específico para realização de consultas de enfermagem, no momento, ocorre apenas à realização de atendimentos antirrábicos neste consultório além da realização de notificações compulsórias. A figura a seguir apresenta a estrutura do município no que se refere as regiões de saúde, onde podemos observar a sobrecarga que ocorre no PA em questão, já que a demanda populacional e territorial é extensa.

FIGURA 2 - MUNICÍPIO DE CARIACICA-ES – REGIÕES DE SAÚDE - 2009



4 MÉTODO

O método utilizado foi através do estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa onde buscou observar, descrever e explorar aspectos de uma situação específica ou o conhecimento de características e problemas de um indivíduo/grupo.

4.1 Cenário e sujeitos do estudo

O estudo foi realizado na Policlínica de Itacibá em Cariacica-ES, única porta de entrada de urgência e emergência 24 horas do município em questão, no período compreendido entre fevereiro de 2014 a março de 2014.

As pessoas pesquisadas foram as que deram entrada na Unidade de urgência e emergência com quadro de crise hipertensiva.

Foram coletadas informações nos prontuários referentes as variáveis: características antropométricas; valores da PA no momento da internação; características sociodemográficas; hábitos de vida; dados sobre a doença; presença de comorbidades associados; tratamentos já realizados, como medicações prescritas, motivo que levou a crise hipertensiva, tipos de orientação dietética, conhecimento sobre a doença.. Buscou-se analisar as evoluções e anotações das equipes de enfermagem, médica e serviço social.

4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Estabeleceu-se como critério de inclusão a anotação no prontuário do paciente do diagnóstico médico referente a Crise Hipertensiva, e como critério de exclusão os prontuários que apresentavam dados incompletos no preenchimento em relação às variáveis propostas.

4.3 Técnica de Coleta de Dados

Para atingir o objetivo proposto, utilizou-se como procedimento de coleta de dados, a pesquisa documental. Para tanto foi elaborado como instrumento de pesquisa, questionário (anexo I) composto de perguntas fechadas, direcionadas e específicas ao tema proposto.

4.4 Da Análise de Dados:

Os dados foram organizados e separados por categoria sendo apresentadas em forma de tabela numérica, e também feitas discussões, fundamentadas nas literaturas pesquisadas.

4.5 Aspectos éticos

Em respeito aos aspectos administrativos, foi encaminhado à direção da instituição um ofício de solicitação para o desenvolvimento do estudo, e somente após o aceite oficial (anexo II) iniciou-se a coleta dos dados. A instituição e os profissionais envolvidos foram informados dos objetivos do estudo. O projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida) por não se tratar de uma pesquisa científica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi pesquisado e coletado informações em 20 prontuários de pacientes que ficaram em observação na Policlínica de Itacibá em Cariacica/ES após na admissão serem diagnosticados com Crise Hipertensiva. Foram utilizadas evoluções e anotações da equipe médica, de serviço social e da enfermagem para compor os dados. Os dados foram abordados por categorias

I - Quanto às características de gênero e faixa etária:

A presença mais significativa de mulheres com crise hipertensiva, pode ser remetido a características de gênero, acrescido das mudanças pelas quais as mulheres passaram nos últimos anos, como o fato de saírem de casa para trabalhar e acumularem múltiplas funções, que comprovadamente, gera uma sobrecarga de estresse excessiva, já descrito anteriormente neste trabalho com uma das causas da crise hipertensiva.

Com relação à faixa etária percebe-se uma concentração dos indivíduos acima de 41 anos, em especial, os com mais de 61 anos, segundo já discutido nesta pesquisa, a hipertensão arterial encontra-se diretamente relacionada à idade, e se faz mais presente a partir dos 50 anos, onde começa a se notar problemas relacionados a adesão ao tratamento medicamentoso e aparecimento de comorbidades, devemos considerar que em idosos, o apoio familiar nem sempre é presente, o que não lhes permite muitas vezes seguir adequadamente o regime terapêutico, porquanto quase sempre necessitam também de auxílio para irem as consultas, seguirem o regime alimentar e mesmo para adquirirem os medicamentos e sobretudo para garantirem as tomadas das medicações nos dias e horários conforme prescritos pelo médico.

Tabela 01 – Relação de gênero e faixa etária dos pacientes com crise hipertensiva

FAIXA ETÁRIA (anos)	SEXO		
	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
20-30	2	1	3
31-40	1	3	4
41-50	2	2	4
51-60	1	3	4
61 +	1	4	5

TOTAL	7	13	20
--------------	----------	-----------	-----------

Fonte: Dados de pesquisa-2014

II – Quanto ao Grau de Instrução:

Através da ficha de entrada é possível observar o grau de instrução dos pacientes, pois os mesmos assinam o seu prontuário inicial, e percebemos que a maioria pesquisada é analfabeta, não sabe escrever o próprio nome, apenas utilizarem a digital polegar como identificação, é sabido que o grau de instrução é um dos fatores determinantes para adesão a terapêutica medicamentosa, a baixa escolaridade predominante na população que adentra a Policlínica é um agravante e deve ser consideradas na escolha das estratégias para orientação e abordagem das consultas, deficiências em leitura e escrita podem trazer dificuldades para assimilação das orientações dispensadas pelos profissionais envolvidos na assistência aos pacientes e influenciar negativamente na percepção da gravidade da doença, levando a aquisição de informações incompletas sobre os aspectos necessários para manter ou melhorar seu bem-estar e evitar a ocorrência de crises hipertensivas. A adesão ao tratamento é influenciada pela compreensão dos portadores sobre a doença, logo, a baixa escolaridade encontrada é uma condição relevante a se considerar.

Tabela 02 – Grau de instrução dos pacientes

Nível de Instrução	N ° Pacientes
Não sabiam ler e escrever	11
Sabiam apenas escrever o próprio nome	4
Ensino Fundamental Incompleto/Completo	2
Ensino Médio Incompleto/Completo	3
Total	20

Fonte: Dados de pesquisa-2014

Cabe aos profissionais de saúde envolvidos na assistência a esses pacientes esclarecer não só o tratamento, mas, de acordo com o nível instrucional dos clientes, explanar o significado da doença e suas implicações fisiopatológicas. Desse modo, a equipe de saúde, precisa ter antes de tudo, educadores, facilitadores das transformações nas mentes humanas, para tanto, é

imprescindível haver uma boa comunicação e relação entre os profissionais da Policlínica e pacientes, e a valorização deste como agente do próprio cuidado (estímulo ao autocuidado).

Categoria III – Quanto as Comorbidades:

As evoluções médicas e de enfermagem permitiu a observância de outro achado considerável, a grande maioria dos pacientes apresentavam comorbidades associadas à hipertensão arterial, o que se torna um agravante, pois aumenta o risco de complicações advindas com as crises hipertensivas, como se observa na tabela abaixo.

Tabela 03 – Ocorrência de comorbidades nos pacientes pesquisados

Problemas de Saúde	Nº Pacientes
Diabetes	09
Dislipidemias	03
Cardiopatias	04
Insuficiência Renal	02
Doenças Respiratórias	08
Obesidade	10
Outros	03

Fonte: Dados de pesquisa-2014

IV – Quanto aos hábitos de vida:

Os hábitos de vida também são importantes de serem observados, através das anotações de enfermagem e da equipe médica, se coletou as seguintes informações.

Através da anamnese médica e do serviço social, os principais motivos encontrados para ocorrência e procura do pronto socorro com crise hipertensiva encontram-se estresse, raiva, nervosismo, problemas e preocupações com a família/dinheiro como principais fatores desencadeantes para o descontrole da PA, o que chama atenção é que 12 pacientes referiram ao médico que estavam em falta de medicação para controle da doença em domicílio. Para o controle dos fatores emocionais deve estimular os pacientes a buscarem atividades grupais e de relaxamento, com o objetivo de aprenderem a conviver com os problemas, e assim, evitar consequências, como a elevação dos níveis pressóricos.

Tabela 04 – Hábitos de Vida

Hábitos de Vida	N ° Pacientes
Tabagismo	11
Alcoolismo	08
Sedentarismo/Sem atividade Física	16

Fonte: Dados de pesquisa-2014

Os achados nessa pesquisa mostram um perfil desfavorável ao controle da doença, nos pacientes atendidos na Policlínica de Itacibá em Cariacica/ES, desvantagens sociais e precárias condições de vida acompanham-se, de modo geral, de um maior risco de adoecer e de morrer, por qualquer causa, em todas as idades, em ambos os sexos, associado a este fator, também se destaca o consumo de bebidas alcoólicas e prática do tabagismo relacionado, sabendo que ambos são fatores condicionantes para ocorrência de hipertensão arterial e em alguns casos abandono do tratamento medicamentoso. Convencer um paciente assintomático, de que ele, é doente, especialmente quando isso implica em mudanças no estilo de vida ou ainda na obrigação de usar medicamentos para sempre, é um objetivo menos facilmente alcançado, os profissionais de saúde não podem subestimar as dificuldades encontradas na adoção de medidas que alteram substantivamente os hábitos de vida dos pacientes. Nesse sentido é importante uma boa relação entre a equipe de saúde, familiares e pacientes, para uma boa orientação, personalizada, adequando-a aos hábitos de vida e principalmente, se tratando do Município em questão, ao poder aquisitivo do paciente.

6. PROPOSIÇÕES

Algumas limitações devem ser citadas, portanto é fundamental melhorar a comunicação entre os envolvidos nos cuidados a esses pacientes, sugerindo a importância da melhoria dos registros nos prontuários dos mesmos, no que se refere a qualidade das informações prestadas, considerando que estes são fontes de informações valiosas e essenciais sobre a condução e o resultado do tratamento proposto. É imprescindível identificar as dificuldades que os pacientes encontram no tratamento da hipertensão, dificuldades sociais/econômicas de aquisição dos medicamentos, problemas familiares, enfim, o trabalho precisa envolver sempre uma equipe multidisciplinar, no caso da Policlínica de Itaciba, contamos com uma equipe composta por médicos de rotina, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos e assistentes sociais que juntos, podem contribuir para melhoria da assistência a saúde desses pacientes.

Observa-se que após alta, esses pacientes saem da Policlínica sem nenhuma orientação adequada, pois o médico de rotina não possui tempo hábil, devido ao excesso de pacientes, apenas ocorre uma simples orientação medicamentosa e dietética. Temos no PA um consultório de enfermagem, que é utilizado pelos enfermeiros para realização de atendimentos de notificações e consultas de enfermagem em geral, seria fundamental e de extrema relevância que esses pacientes pudessem passar por uma orientação mais especificada após alta médica, já que temos um profissional enfermeiro específico para tal função. Proponho uma sistematização do cuidado a ser prescrito para família quanto a orientações de horários das medicações, encorajar hábitos de vida saudáveis, e encaminhamento a UBS de origem para seguimento do tratamento e acompanhamento pela equipe de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus do Manual de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde é papel do enfermeiro nos serviços de saúde realizar consulta de enfermagem abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhado o indivíduo ao médico quando necessário. O fluxo se torna viável, pois o HIPERDIA do município, localizado centralmente na Secretaria de Saúde junto com o setor de Vigilância em Saúde, recolheria junto com as notificações os encaminhamentos desses pacientes e encaminharia as UBS de origem para busca ativa desses pacientes, já que descrito anteriormente, os mesmos retornam com frequência a Policlínica com o mesmo quadro de Crise Hipertensiva, pois não procuram as Unidades de Referência para seguimento ambulatorial.

O enfermeiro geralmente é considerado pelo paciente como um profissional de confiança no compartilhamento de seus problemas e questões de ordem física, social, familiar, econômica e emocional. Participando ativamente do acolhimento poderá identificar os casos de maior risco e garantir a qualidade da atenção.

A consulta de enfermagem está ligada ao processo educativo e deve estimular o cliente em relação ao autocuidado. Representa importante instrumento de estímulo à adesão aos programas de hipertensão. Tal atividade é fundamental no acompanhamento, sensibilizando o cliente sobre a sua condição de saúde e como seguir o seu plano de tratamento. A consulta de enfermagem deve ter sempre como foco principal os fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão e diabetes, ou seja, as mudanças no estilo de vida do paciente incentivo a atividade física, a redução do peso corporal e o abandono do tabagismo. Deve também estar voltada para Atualização das rotinas dos Programas, prevenção de complicações com a manutenção de níveis pressóricos normais e controle de fatores de risco.

Os principal diagnóstico de enfermagem e prescrições a serem implementados na Policlínica para alta do paciente, que deve ser abordada na consulta de enfermagem com ênfase, de acordo com a descrição do perfil abordado anteriormente, seria:

1 - Déficit de Conhecimento: pode estar relacionada com a falta de informação/memória, interpretação errônea, limitações cognitivas e/ou negação do diagnóstico.

- Avaliar a prontidão e bloqueios à aprendizagem
- Incluir pessoa significativa (familiar);
- Definir e estabelecer os limites desejados para a PA. Explicar sobre a HAS e seus efeitos sobre o coração, rins, cérebro e vasos sanguíneos;
- Ajudar o paciente e familiar na identificação dos fatores de risco modificáveis (obesidade, dieta rica em sódio, gorduras saturadas, colesterol, tabagismo, ingestão de álcool, estilo de vida sedentário, estilo de vida estressante – solicitar apoio serviço social se necessário);
- Reforçar a importância da cooperação com o regime de tratamento e a manutenção das consultas de acompanhamento na UBS de origem;
- Ajudar o paciente e familiar a desenvolver uma programação simples e conveniente quanto à ingestão de medicamentos;
- Explicar sobre os medicamentos prescritos, assim como sobre as justificativas, dosagem, efeitos colaterais esperados e adversos e as idiossincrasias (pesar-se, evitar consumo de álcool...);

- Explicar justificativa para regime dietético prescrito;
- Enfatizar a importância do planejamento/cumprimento de períodos de repouso diários;
- Encorajar o paciente a estabelecer assim que possível um programa individual de exercício que incorpore o exercício aeróbico dentro das capacidades e limitações do mesmo, enfatizando a importância de evitar a atividade isométrica;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa objetivou descrever o perfil dos pacientes hipertensos atendidos no Pronto-Socorro da Policlínica de Cariacica/ES no período de 06 a 16 de março de 2014 para implantação da consulta de enfermagem na alta dos usuários

Percebe-se que os pacientes hipertensos atendidos na Policlínica de Itacibá em Cariacica/ES apresentam sérios déficits com relação à adesão ao tratamento da doença, o que justifica a ocorrência do quadro clínico de crise hipertensiva. Observa-se também a não adesão ao tratamento que pode decorrer, principalmente da falta de esclarecimento dos pacientes em relação à dimensão real do problema da hipertensão e da necessidade de manutenção adequada e permanente dos cuidados gerais e cumprimento do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Neste contexto evidencia-se a importância da atuação do profissional enfermeiro, no processo educativo do paciente após a alta médica dentro da Policlínica, na facilitação de conhecimentos sobre a doença e tratamento, bem como encaminhamento a equipe de ESF da área de abrangência do mesmo, com vistas ao aumento dos índices de adesão ao tratamento.

Dentro das Unidades de Pronto Socorro, é fundamental que esses pacientes sejam assistidos de forma integral, pois, senão a frequência com que retornam aumenta significativamente e as consequências em longo prazo vão ocorrendo significativamente, espera-se que os profissionais envolvidos sempre consigam esclarecer devidamente sobre sua doença e tratamento, no intuito de diminuir o índice de alterações clínicas consequentes da hipertensão arterial, reconhece-se a real necessidade da continuidade do tratamento pós-alta da unidade de urgência e emergência, sendo fundamental que o município trabalhe em rede organizada, com comunicação efetivas entre os diferentes níveis de atenção a saúde da pessoa hipertensa.

É indiscutível a importância de implantação efetiva da educação em saúde dentro de uma Unidade de Pronto Atendimento, pois ela objetiva a conscientização do paciente para a necessidade de modificar o estilo de vida, além de entender e conhecer o tratamento e favorecer um comportamento participativo (estímulo ao autocuidado). Nesse sentido, as orientações devem ser adequadamente registradas e feitas de forma clara e simples, e incluir uma equipe multidisciplinar sempre que possível.

REFERÊNCIAS

D'ÁVILA, R; GUERRA, E. M. M.; PAVAN, M. V. Lesão renal como fator responsável pela refrateriedade da hipertensão arterial. **Revista brasileira hipertensão**, São Paulo, vol. 11, n 4, p. 223-229, 2006.

FILHO, G. S. F. et al.,. **Revista brasileira de terapia intensiva**, São Paulo, vol 20, n. 3, jul./set. 2008.

GUEDES, N. G. et al. **Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial**. Revista da escola Enfermagem USP. São Paulo, vol.39, n.02, jun.2005. Disponível em:< <http://images.google.com.br>>. Acesso em: 25 fev. 2014.

GUYTON, AC; HALL, JE. **Tratado de fisiologia médica**. 12. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

HOFFMANN, M.; SILVA, A. CP; SIVIERO, J. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e inter-relações com sobrepeso, obesidade, consumo alimentar e atividade física, em estudantes de escolas municipais de Caxias do Sul**. *Pediatria (São Paulo)*. 2010 Jul-Set; 32(3): 163-72.

HOLLANDA, L. et al. **Hipertensão arterial sistêmica e doença aterosclerótica: vilões que andam juntos**. *Revista brasileira de hipertensão*. São Paulo, vol. 14, n 4. 2007.

LIMA JR. E; LIMA NETO, E. **Hipertensão arterial: aspectos comportamentais: estresse e migração**. *RevBrasHipert*. 2010 Out-Dez; 17(4): 210-25.

LOPES, H. F. **Hipertensão e Inflamação: papel da obesidade**. *Rev Bras Hipert*, 2007 Out-Dez; 14(4):239-44.

MORTON, P. G. et al. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NUNES, G. L. S. Avaliação da função renal em pacientes hipertensos. **Revista brasileira de hipertensão**, São Paulo, vol. 14, 2007. Disponível em: < http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-3/07_avaliacao.pdf>. Acesso em : 18 fev. 2014.

ORSOLIN, C. et al. Cuidando do ser humano hipertenso e protegendo sua função renal. **Revista brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 58, n 3, maio/jun. 2005.

PORTO, C. C. **Vademecum de Clínica Médica**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2ed. 2007, 575p.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da enfermagem**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006

SANTOS, M.; RODRIGUES, T. A hipertensão arterial na urgência. **Revista portuguesa de clínica geral**. Portugal, n 24, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **RevBras de Hipert**. 2010 Jan-Mar; 17(1): 7-10

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. The Lancet London p.61-74. 2011; Disponíveis em: <http://downloadpad.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>

SILVA, G. V.; et al., **Alterações renais na hipertensão arterial sistêmica**. Vol. 18, n. 2, jun. 2008.

SOBRINHO, S. et al. Ocorrência e preditores clínicos da pseudocrise hipertensiva no atendimento de emergência. **Arquivo brasileiro de cardiologia**. São Paulo, vol. 88, n 5, mai. 2007.

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

SODRÉ, L. F.; COSTA, J. C. B.; LIMA, J. C. C. Avaliação da função e da lesão renal: um desafio laboratorial. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. Rio de Janeiro, vol. 43, n 5, set./out. 2007.

STAMM, A. M. N F.; MEINERZ, G.; Silva, J. C.. Hipertensão arterial sistêmica e microalbuminúria. **Arquivos brasileiro de cardiologia**. São Paulo, vol. 89, nº 6, dez. 2006.

V Consenso Brasileiro de Hipertensão (2006). Disponível em: <<http://www.sbn.org.br>> Acesso em: 13 fev. 2014.

ANEXOS

ANEXO I



QUESTIONÁRIO Nº

Descrição do perfil dos pacientes atendidos com crise hipertensiva na Policlínica de Cariacica/ES: ferramenta para melhoria da assistência de enfermagem

Especializando: DUYLHIAN CÁSSIO RIBEIRO

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina – Polo Vitória-ES

1 – Características Antropométricas:

-idade(anos):

-peso(kg):

-altura(m):

-IMC(kg/m²):

2 – Valores da pressão arterial na internação no PS (CRISE HIPERTENSIVA):

-PAS(mmHg):

-PAD(mmHg):

3 – Características Sociodemográficas:

-Cor/etnia: branco () negra () pardo () amarelo ()

-Renda Familiar Mensal (salários mínimos): <2 () 2-5 () >5 ()

-Escolaridade: fundamental incompleto () fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () superior ()

4- Hábitos de Vida:

-Tabagismo: sim () não ()

-Atividade Física Regular: sim () não ()

-Etilismo: sim () não ()

5 – Dados sobre a doença:

-Tempo de diagnóstico: <1ano () 1-5anos () 6-10anos () >10anos ()

-Como descobriu a pressão alta: _____

-Mede a pressão regularmente: sim () não ()

6- Presença de comorbidades associadas a HAS: sim () não () QUAIS?_____

7- Motivos para não adesão ao tratamento:

- () esquecimento da hora de tomar as medicações
- () efeitos colaterais das medicações
- () acreditava que a PA estava boa
- () só toma a medicação quando se sente mal
- () achou que estava com a PA baixa
- () outros QUAIS?_____

8- Tratamento não farmacológico que os pacientes realizam:

- () redução/manutenção do peso adequado
- () redução do sal na alimentação
- () exercício físico regularmente
- () redução/cessação do tabagismo
- () redução/cessação do alcoolismo
- () outros – QUAIS?_____

9- Conhecimento acerca da doença:

- () pressão alta não tem sintoma
- () pressão alta é uma doença grave
- () pressão alta traz complicações
- () pressão alta requer tratamento para toda a vida
- () pressão alta pode ser tratada sem remédio
- () exercício físico ajuda a controlar a pressão arterial
- () diminuir o sal na alimentação ajuda a controlar a pressão
- () reduzir e controlar o peso ajuda a controlar a pressão arterial
- () estresse pode causar pressão alta
- () a pressão está alta quando é maior que 140/90mmHg

ANEXO II**TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO**

Eu, Muriel Carminatti, Subsecretária de Saúde – Área Assistencial, Prefeitura Municipal de Cariacica do Estado do Espírito Santo, declara que o aluno Duyhian Cássio Ribeiro do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina está autorizado a realizar nesta Instituição (Policlínica de Itacibá) o projeto de pesquisa. Sendo permitida a abertura de prontuários e livros de registros dos pacientes. **“Descrição do perfil dos pacientes atendidos com crise hipertensiva na Policlínica de Cariacica/ES: ferramenta para melhoria da assistência de enfermagem”**, sob a responsabilidade do pesquisador DUYLHIAN CÁSSIO RIBEIRO cujo objetivo geral é “Descrever o perfil dos pacientes hipertensos atendidos no Pronto-Socorro da Policlínica de Cariacica/ES no período de fevereiro a março de 2014 para implantação da consulta de enfermagem na alta dos usuários.”.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos pacientes e dos demais envolvidos.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

CARIACICA (ES), 30 DE JANEIRO DE 2014

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO HOSPIITAL / CLÍNICA)