

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TATIANA DE LIMA BRAGA

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA ATENDIMENTO DE CRISE
HIPERTENSIVA EM UNIDADE DE
EMERGÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TATIANA DE LIMA BRAGA

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA ATENDIMENTO DE CRISE
HIPERTENSIVA EM UNIDADE DE
EMERGÊNCIA**

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.

**Profa. Orientadora: Simone Mara de Araújo
Ferreira**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA ATENDIMENTO DE CRISE HIPERTENSIVA EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA** de autoria da aluna **TATIANA DE LIMA BRAGA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.

Profa. Doutoranda Simone Mara de Araújo Ferreira
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

Dedico este trabalho a meus queridos filhos Igor e Isabella que me tornaram a mulher mais feliz do mundo. Sem vocês eu nada seria. Além, dos pacientes que procuram atendimento de emergência para que encontrem profissionais capacitados para auxiliá-los de maneira satisfatória.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pois sem Ele eu não teria forças para essa longa jornada.

Agradeço às minhas professoras Julia Estela Willrich e Simone Mara de Araújo Ferreira (orientadora de TCC), que não deixaram que desistisse do curso, apesar de todas as dificuldades.

Aos meus familiares, principalmente meus filhos Igor e Isabella e meu marido Alexandre, pessoa com quem amo partilhar a vida. Com você, tenho me sentido mais viva de verdade. Obrigado pelo carinho e paciência para que pudesse concluir mais esta importante etapa de minha vida.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	03
2.1 Hipertensão arterial sistêmica e crise hipertensiva.....	03
2.2 O papel do enfermeiro na urgência e emergência.....	04
2.3 Acolhimento e triagem.....	05
2.4 Definição de protocolo e a importância da padronização de cuidados.....	06
3. MÉTODO	08
3.1 Tipo de estudo	08
3.2 Coleta dos dados	08
3.3 Análise dos dados	09
3.4 Considerações éticas.....	09
4. RESULTADO E ANÁLISE	10
4.1 Fluxo de atendimento da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	10
4.2 Protocolo de Enfermagem no atendimento de emergência para Crise hipertensiva..	11
4.2.1 Avaliação Inicial	11
4.2.2 Manejo Geral	13
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS	18

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma para Consulta de Enfermagem e Consulta Medica em casos de hipertensão arterial	11
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação da Pressão Arterial de acordo com a medida casual no consultório para indivíduos acima de 18 anos.....	03
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIREME – Biblioteca Virtual de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DAC – Doença Arterial Coronariana

DM – Diabetes Mellitus

EAP – Edema Agudo do Pulmão

ECG - Eletrocardiograma

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

PA – Pressão Arterial

PS – Pressão Sistólica

SCA – Síndrome Coronariana Aguda

TC – Tomografia Computadorizada

RESUMO

Diante da complexidade da hipertensão arterial sistêmica e, em especial das complicações decorrentes dela, torna-se imprescindível sistematizar os atendimentos e os cuidados prestados aos pacientes hipertensos em unidades de emergência, visando à sobrevivência dos mesmos. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo elaborar um protocolo de atendimento de emergência aos pacientes com HAS, tendo em vista um atendimento rápido e sistematizado. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva. Os dados foram coletados de Janeiro a Abril de 2014. A seleção de artigos foi feita na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME) com os descritores: crise hipertensiva, urgência e emergência. Considerando que o aprofundamento teórico realizado permitiu elaborar um protocolo com as melhores evidências sobre como agir nas situações de urgência e emergência relacionadas à HAS o produto é uma nova modalidade assistencial, ou seja, trata-se de uma Tecnologia de Cuidado ou de Conduta. Inicialmente foi elaborado um fluxo de atendimento, por nível de atenção à saúde, de pacientes hipertensos, conforme as evidências científicas consultadas. A partir dos pontos abordados pelos autores houve a possibilidade da criação de um modelo de protocolo para ser utilizado em pacientes que procuram o serviço de emergência com quadro de crise hipertensiva. O protocolo proposto engloba a definição da doença, as atividades a serem desenvolvidas, notas importantes e referências utilizadas. A adoção de protocolos em situações de urgências e emergências, tal como no atendimento de pacientes em crise hipertensiva permite contemplar todas as atividades a serem desenvolvidas mesmo em face da rapidez que o quadro demanda.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) consiste num problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É resultante de um processo multifatorial que leva ao aumento dos níveis da pressão arterial (PA) a valores acima daqueles considerados normais (PA 140/90 mmHg). No Brasil a HAS tem uma prevalência de 22% a 44% na população com 18 anos ou mais (SBH,2006).

Esse aumento nos níveis pressóricos ocasiona lesões em órgão alvo como cérebro, coração e rins, precipitando complicações tais como o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Ela é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC), por 25% das mortes por doença arterial coronariana (DAC) e, em combinação com o diabetes mellitus (DM), por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006). Estes dados evidenciam a necessidade de identificar e controlar a doença a fim de evitar ou mesmo reduzir as complicações decorrentes da doença.

Neste intuito, o atendimento do paciente hipertenso em crise hipertensiva deve ser feito por uma equipe multidisciplinar treinada. Entre os profissionais de saúde envolvidos nesse processo, o enfermeiro ocupa uma posição chave no que tange às ações relacionadas à adesão do paciente ao tratamento prescrito. Segundo Roland e Cesarino (2007) cabe ao enfermeiro fazer a monitorização do tratamento, verificando o quadro clínico do paciente o mais rápido possível, verificando o sinal de hipofluxo cerebral ou coronariano, para poder dar o medicamento necessário a este paciente. Além disso, é de fundamental importância educar estes pacientes bem como seus familiares, a fim de estimular o autocuidado e assegurar o seguimento do tratamento instituído.

Diante da complexidade da HAS e, em especial das complicações decorrentes dela torna-se imprescindível sistematizar os atendimentos e os cuidados prestados aos pacientes hipertensos em unidades de emergência, visando à sobrevivência dos mesmos. Nesta perspectiva a implantação de protocolo assistencial apresenta-se como uma alternativa, uma vez que consolida um conjunto de ações sistematizadas para avaliação, atendimento e acompanhamento de pessoas. (BRASIL, 2009).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo elaborar um protocolo de atendimento de emergência aos pacientes com HAS, tendo em vista um atendimento rápido e sistematizado. Este protocolo irá subsidiar as ações dos enfermeiros envolvidos direta ou indiretamente nos

cuidados de pacientes hipertensos em situação de urgência/emergência, uma vez que norteia o planejamento das ações de forma a torná-las resolutivas e efetivas, contribuindo, não somente para uma assistência com qualidade, como também valorizando a prática do enfermeiro.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Hipertensão arterial sistêmica e crise hipertensiva

A HAS é uma doença muito prevalente na população mundial. Estima-se que um em cada cinco habitantes seja portador deste agravo. Sabe-se, ainda, que a HAS é seis vezes mais frequente em indivíduos de meia-idade e idosos do que em jovens, embora algumas crianças ou jovens adultos possam apresentar HAS desde pequenos (GUEDES et al, 2005).

Como já mencionado, trata-se de uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA $\geq 140 \times 90$ mmHg, seguindo uma classificação de acordo com a Tabela 1:

Tabela 1- Classificação da Pressão Arterial de acordo com a medida casual no consultório para indivíduos acima de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	<90

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010.

Nos casos em que as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a classificação é feita pelo maior valor de PA.

Quando a pressão sistólica e diastólica de um paciente situa-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura

A HAS associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito

Telefônico (VIGITEL, 2011) é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS torna-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

Por outro lado, a crise hipertensiva é uma elevação abrupta e sintomática da PA com risco de deterioração aguda de órgãos-alvo (rim, cérebro, coração, retina e vasos sanguíneos), que leva a pessoa aos centros de emergência, podendo envolver risco de morte eminente ou potencial. (PRAXEDES et al,2006)

A enfermidade está dividida em urgência e emergência hipertensiva, e nos estudos brasileiros e estrangeiros, a prevalência gira em torno de 1% (PRAXEDES et al, 2006). Embora essa prevalência do agravo seja pequena, os riscos de complicações e de morte associadas ao problema de saúde nos serviços de emergência têm revelado a necessidade de aprofundar questões que surgem acerca do acesso ao serviço de saúde.

Para Guedes et al (2005), com o aumento da PA, o paciente pode sentir algum desconforto como: cefaléia severa, sensação de mal-estar, ansiedade, agitação, tontura, dor no peito, tosse, falta de ar, alterações visuais e vasoespasmos. Esses casos requerem manejo imediato e encaminhamento em serviço de urgência e emergência, pois há risco iminente à vida ou de lesão orgânica grave.

2.2 O papel do enfermeiro na urgência e emergência

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a qual define que o enfermeiro presta assistência de enfermagem ao indivíduo, à família e a comunidade, em situações que necessitem de medidas relacionadas com a promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças, reabilitação de incapacitados, alívio do sofrimento e promoção de ambiente terapêutico, levando em consideração os diagnósticos e os planos de tratamento médico e de enfermagem (COFEN,1986)

Florentino e Bergamann (2003) destacam que o enfermeiro, juntamente com sua equipe, é o profissional que está em primeiro lugar junto ao paciente, em qualquer nível de atendimento de saúde. Considerando o serviço de pronto-socorro Unicovsky, Rosa e Machado (2005) afirmam que o primeiro atendimento de enfermagem ao paciente terá sempre como meta o suporte à vida, visando a prevenção das possíveis complicações, bem como a tentativa de garantir melhor prognóstico a diminuição do desconforto em que o paciente se encontra.

Além disso, é de suma importância a participação do enfermeiro no planejamento, na organização e na manutenção da sala de emergência, bem como na assistência de enfermagem sistematizada ao paciente grave, desenvolvendo habilidades de supervisão, treinamento e liderança da equipe de enfermagem (WOLKER et al., 2003).

No cenário da emergência os autores Wehbe e Galvão (2005) acrescentam ainda que para o enfermeiro desenvolver sua prática profissional ele precisar atuar de forma sincronizada com a equipe médica, isto porque em muitas situações o atendimento deve ser rápido, pois o paciente encontra-se em estado crítico com risco de vida.

Sendo assim, os profissionais que atuam em unidade de emergência e urgência deveriam cada vez mais receber treinamento específico e aperfeiçoamento técnico-científico na prática, pois é neste local que a equipe de enfermagem em conjunto com a equipe médica executa um atendimento sincronizado ao paciente. A literatura indica que a prática da enfermagem de emergência está inteiramente ligada à competência clínica, desempenho, cuidado holístico e metodologia científica (WEHBE; GALVÃO, 2005).

2.3 Acolhimento e triagem

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006) defende o acolhimento, entendido como um processo de inter-relações e atitudes humanas nas práticas de atenção e de gestão, pautadas no respeito, na solidariedade, no reconhecimento dos direitos e no fortalecimento da autonomia dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde.

Segundo Marques e Lima (2007) em toda circunstância de atendimento prestado por profissionais de saúde, o acolhimento deve estar presente. Ele pressupõe receber a todos, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de dar respostas mais apropriadas aos usuários, utilizando os recursos disponíveis para a resolução de problemas. Esse processo inclui um

atendimento com resolutividade e responsabilização, incluindo também as orientações para o paciente e sua família em relação ao atendimento e funcionamento dos demais serviços de saúde, estabelecendo meios para garantir o sucesso desse encaminhamento (BRASIL, 2004).

Por outro lado, segundo Wolker et al (2003), a triagem é o processo de classificação dos pacientes de acordo com o tipo de tratamento necessário e os recursos humanos disponíveis, tanto no ambiente pré-hospitalar como no hospitalar. No Serviço de Triagem, o indivíduo é avaliado de forma integral para que se identifique o tipo de atendimento necessário. Entende-se que o cliente deve ser visto como um todo, necessitando estar em sincronia consigo mesmo em todos os aspectos, físico, mental, espiritual e com o mundo, uma vez que a doença é uma consequência do desequilíbrio e da desarmonia destes elementos, resultando em uma manifestação biológica de enfermidade. Outro aspecto a ser ressaltado é a valorização das questões culturais, as quais estão intimamente ligadas aos itinerários de saúde da população (BARBOSA et al, 2004).

2.4 Definição de protocolo e a importância da padronização de cuidados

O Novo Aurélio, Dicionário da Língua Portuguesa, define protocolo como: “registro dos atos públicos; registro de formulário regulador de atos públicos; registro de uma conferência ou deliberação diplomática, convenção internacional...”(FERREIRA,1999).

O Ministério da Saúde com a intenção de definir critérios para avaliação, aprovação e incorporação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de protocolos clínicos e assistenciais, publicou, em 31/05/05, a Portaria nº. 816, instituindo o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde (BRASIL, 2005).

O uso de protocolos consiste em discriminar minuciosamente as atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da instituição de saúde, para que o profissional com responsabilidade, competência, respaldo, e segurança ofereça uma assistência ao usuário, respeitando os preceitos éticos e legais (BRASIL,2005).

São recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo da condição ou patologia e em pontos de atenção à saúde específicos. Estas recomendações são feitas a processos específicos, precisamente definidos e com baixa variabilidade.(BRASIL,2005)

Isto porque a ausência de padronização das ações significa fragilidade das mesmas, podendo levar a uma grande variação nos modos de fazer as ações. A falta de protocolos nas instituições nacionais abre um espaço indesejável para o emprego de protocolos internacionais ou mesmo da adoção não crítica de outras tecnologias, o que pode tornar as práticas inadequadas para a realidade local (COREN-MG, 2009).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva. Bibliográfica, pois foi elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos, manuais do Ministério da Saúde além de material disponibilizado na Internet, em sites de bancos de dados e em outros materiais científicos (GIL, 2007).

Do ponto de vista dos objetivos foi do tipo exploratório e descritivo. A pesquisa exploratória tem como objetivo “proporcionar maior familiaridade com o problema” (GIL, 2007). A pesquisa exploratória se focou na maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a facilitar a construção de hipóteses. Esse tipo de pesquisa teve como principal objetivo o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, novas ideias.

Descritiva como apropriado a observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem a possibilidade de manipulá-los. Ainda buscam descobrir, com precisão, a frequência com que o fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros (CERVO, 2007).

Considerando que o aprofundamento teórico realizado permitiu elaborar um protocolo com as melhores evidências sobre como agir nas situações de urgência e emergência relacionadas à HAS o produto é uma nova modalidade assistencial, ou seja, trata-se de uma Tecnologia de Cuidado ou de Conduta.

3.2 Coleta dos dados

Os dados foram coletados de Janeiro a Abril de 2014. A seleção de artigos foi feita na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME) com os descritores: crise hipertensiva, urgência e emergência.

Foram incluídos os artigos disponíveis em bancos de dados na internet, disponíveis na íntegra, em idioma Português-BR, publicados no período de 2000 a 2014. Também foram consideradas teses, dissertações e monografias relacionadas ao objeto de estudo.

Foram excluídos os artigos que não estavam disponíveis em bancos de dados na internet e em língua diferente do Português-BR, além de materiais cujos descritores não caracterizassem o objeto de estudo. Teses, dissertações e monografias não relacionadas com o objeto de estudo e publicações no ano abaixo de 2000 também foram descartadas.

3.3 Análise dos dados

Os artigos foram selecionados e analisados, de acordo com o tema proposto. Após a seleção dos artigos indexados, foi feita uma avaliação e análise do material obtido, para selecionar o que era de interesse para a pesquisa. Em seguida foi realizada uma leitura minuciosa, a fim de não serem perdidos aspectos importantes para o enriquecimento do estudo e confecção da redação final do protocolo.

3.4 Considerações éticas

Este estudo zelou pelos aspectos éticos e dessa forma, de acordo com as orientações da Resolução 466/12 referente à pesquisa com seres humanos, não foi necessária a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa devido a não utilização e manuseio de dados sigilosos e de participação de seres humanos.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Inicialmente foi elaborado um fluxo de atendimento, por nível de atenção à saúde, de pacientes hipertensos, conforme as evidências científicas consultadas:

4.1 Fluxo de atendimento da Hipertensão Arterial Sistêmica

Nível Primário e Secundário

- ✓ Detecção e diagnóstico precoce da HAS principalmente na população com fatores de risco
- ✓ Acompanhamento multiprofissional de casos não complicados de hipertensos
- ✓ Educação continuada individual ou em grupo, para hipertensos e familiares
- ✓ Dispensação de medicamentos

Nível Secundário

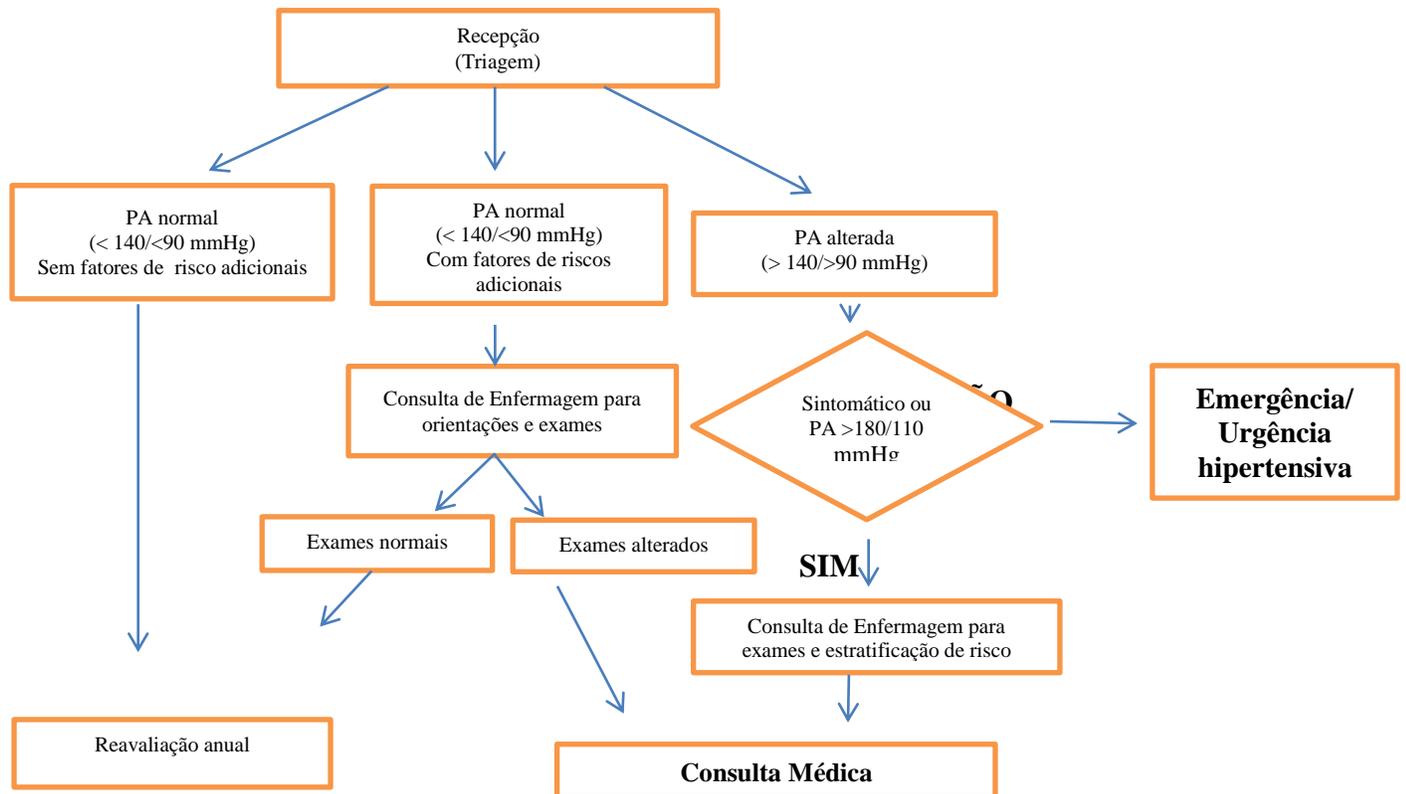
- ✓ Atendimento especializado pelo cardiologista
- ✓ Hipertensos de difícil controle
- ✓ Casos mais graves ou com complicações crônicas

Nível Terciário

- ✓ Hospital SUS
- ✓ Tratamento das complicações
- ✓ Internação de pacientes com complicações

Observando as características de atendimento nos respectivos níveis de atenção à saúde acima, observa-se a necessidade de padronização do atendimento, a partir do fluxograma mostrado na Figura 1, que especifica a consulta de enfermagem e consulta médica em casos de hipertensão arterial segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBH, 2010). A utilização deste fluxograma permite reconhecer a importância de se ter uma ação sistematizada para atendimento dos clientes que buscam o serviço de emergência devido à crise hipertensiva.

Figura 1- Fluxograma para Consulta de Enfermagem e Consulta Médica em casos de hipertensão arterial



Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010.

4.2 Protocolo de Enfermagem no atendimento de emergência para crise hipertensiva

4.2.1 Avaliação Inicial

A avaliação inicial deve incluir uma história e um exame físico sucinto e alguns exames complementares. Em pacientes com quadro nitidamente emergencial, deve-se dar prioridade a uma pronta intervenção terapêutica em detrimento de uma história clínica detalhada e estudos diagnósticos demorados. Tais itens da abordagem nas emergências hipertensivas podem ser realizados a partir do momento em que o paciente estiver estável (BRASIL, 2002).

Pontos importantes na anamnese a serem investigados referem-se à duração e forma de tratamento de HAS prévia, uso de substâncias com efeito hipertensor (cocaína, anfetamina,

esteroides, corticoides, supressores do apetite, descongestionantes nasais, interação com inibidores da monoamina oxidase, etc), descontinuação abrupta de anti-hipertensivos (clonidina, metildopa), sintomas sugestivos de comprometimento de órgãos-alvo: dor torácica Síndrome Coronariana Aguda (SCA), dissecação de aorta; dispneia, edema agudo de pulmão (EAP); dor em dorso (dissecação aorta), sinais neurológicos (encefalopatia hipertensiva, AVC) e presença de lesão em órgão-alvo crônica (FURTADO et al, 2003).

A história deve incluir duração e gravidade da hipertensão previamente existente, presença de lesão previa de órgão-alvo (insuficiente cardíaca, doenças coronariana, insuficiência renal, doença cerebrovascular), uso de medicações anti-hipertensivas, grau de aderência ao tratamento e controle da PA, uso de outras substâncias, como simpaticomiméticos ou drogas ilícitas e, principalmente, presença de sintomas específicos, sugerindo comprometimento de órgãos-alvo. Tais sintomas incluem dor torácica (isquemia miocárdica ou dissecação de aorta), dorsalgia ou lombalgia (dissecação de aorta), dispneia (insuficiência cardíaca congestiva – ICC), sintomas neurológicos focais, cefaleia, convulsões e alterações do nível de consciência (BRASIL, 2002).

O exame físico também deve dar ênfase aos sistemas cardiovasculares e nervoso central. A PA deve ser medida com o paciente deitado e em pé (se possível) para avaliar depleção volêmica e nos dois braços. Os pulsos devem ser verificados. O exame cardiovascular deve buscar por sinais de ICC como taquipnéia, estase jugular, crepitações pulmonares, ictus desviado, hepatomegalia, edema de membros inferiores e de dissecação de aorta como pulsos assimétricos, medidas significativamente diferentes da PA nos dois braços, sopros cardíacos e abdominais, massas pulsáteis. O exame neurológico deve avaliar o nível de consciência e orientação, sinais de irritação meníngea, campo visual e sinais neurológicos focais (BRASIL, 2002).

Segundo Feitosa-Filho et al (2008) ao exame físico, deve ser levado em consideração: aferição de PA nos dois braços/pernas e avaliação de pulsos periféricos, avaliação cardiopulmonar (crepitações pulmonares, sopros, galopes, etc), buscar sinais de dissecação de aorta (pulsos e PA assimétricos, sopros cardíacos), avaliação neurológica (nível de consciência, sinais neurológicos focais, sinais de irritação meníngea, campo visual, alterações na fala e de nervos cranianos) e avaliação de fundo de olho.

Exames complementares importantes incluem um eletrocardiograma (ECG) para avaliar a presença de isquemia miocárdica; RX de tórax para avaliar área cardíaca, congestão pulmonar e sinais de dissecação de aorta e glicemia capilar (dextro) para avaliar hipoglicemia em casos de alteração do nível de consciência. Outros exames serão solicitados conforme indicação clínica (BRASIL, 2002).

Para Feitosa-Filho (2008), os exames complementares a serem solicitados a critério médico são: Hemograma, Função renal, eletrólitos e glicemia, urina rotina, eletrocardiograma, radiografia de tórax (principalmente se suspeita de insuficiência cardíaca ou dissecação de aorta). Outros exames, de acordo com a suspeita clínica: Tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste (emergência neurológica); punção liquórica (suspeita de Hemorragia subaracnóidea (HSA) com TC normal); Eco cardiograma (Insuficiência cardíaca; disfunção valvar); Angiotomografia/Angioressonância/Ecotransesofágico/Arteriografia (Dissecação de aorta) e enzimas cardíacas (Síndromes coronarianas agudas).

4.2.2 Manejo Geral

Os pacientes com uma emergência médica (dispneia intensa, edema agudo de pulmão, dor precordial, palidez, sudorese, alteração do nível de consciência e ou sinais focais) devem ser encaminhados à sala de emergência e a tratamento iniciado concomitantemente à avaliação clínica complementar mais minuciosa. De uma maneira geral, considera-se que a PA deve ser reduzida em questão de minutos à uma hora nas emergências hipertensivas. A redução inicial não deve ultrapassar 20% a 25% da PA média inicial. Em termos práticos, não se deve reduzir de imediato a PA diastólica para menos de 100 mmHg a 110 mmHg. Para tanto, devem ser utilizadas, de preferência, drogas anti-hipertensivas de uso parenteral e com monitorização constante da PA. Já pacientes que se apresentam com quadros menos dramáticos com queixas como cefaleia, tontura, ansiedade, dores torácicas inespecíficas, dispneia (sem a observação objetiva de dispnéia) e PA acentuadamente elevada, devem ser examinados clinicamente para excluir lesão aguda de órgãos-alvo, bem como avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de lesão de órgãos-alvo em curto prazo, medicados com sintomáticos e observados no Pronto Socorro (PS) (preferencialmente num local silencioso e com pouca luminosidade) com avaliação posterior (BRASIL, 2002).

Nestes casos, a solicitação de exames complementares deverá se feita com base na suspeita clínica após história e exame físico. Este grupo de pacientes apresenta, na maioria das vezes, pseudocrise hipertensivas e urgências hipertensivas, e menos comumente uma emergência hipertensiva. Entretanto, é importante ressaltar que este grupo de pacientes deve ser avaliado adequadamente para que não se liberem para acompanhamento ambulatorial pacientes com emergências médicas não suspeitadas.

Pacientes com cefaleia tensional, enxaqueca ou outras cefaleias primárias associadas a aumento acentuado da PA devem receber analgésicos e sintomáticos com reavaliação posterior. Pacientes com sintomas sugestivos de ataque de pânico ou muito ansiosos devem receber um sedativo (benzodiazepínico) e serem reavaliados posteriormente. Pacientes com tontura devem ser minuciosamente avaliados para se descartar doença cerebrovascular vertebro-basilar, medicados com sintomáticos e reavaliados periodicamente (BRASIL, 2002).

A partir dos pontos abordados pelos autores houve a possibilidade da criação de um modelo de protocolo para ser utilizado em pacientes que procuram o serviço de emergência com quadro de crise hipertensiva:

Protocolo de Enfermagem para atendimento de crise hipertensiva em unidade de emergência

Logo da Instituição	Crise Hipertensiva			
Protocolo N° x	Versão x	Elaborado em: Abril 2014	Última Revisão x	Página: 1/2
<p>Objetivo: Prestar atendimento a um paciente em crise hipertensiva.</p> <p>Definições: A crise hipertensiva é uma elevação abrupta e sintomática da PA com risco de deterioração aguda de órgãos-alvo (rim, cérebro, coração, retina e vasos sanguíneos), que leva a pessoa aos centros de emergência, podendo envolver risco de morte eminente ou potencial.</p>				

Atividades:

1. Avaliação inicial: (Anamnese e exame físico sucinto).
2. Monitorização cardíaca: (acompanhar o traçado eletrocardiográfico do paciente).
3. Monitorização constante de PA.
4. Oximetria.
5. Acesso venoso (o acesso poderá ser central ou periférico. Nos casos de acesso periférico instalar o dispositivo em veia de grande calibre).
6. Iniciar o tratamento farmacológico à critério médico (drogas anti-hipertensivas de uso parenteral).
7. Solicitação de exames complementares importantes, a critério médico, que incluem: um ECG para avaliar a presença de isquemia miocárdica; RX de tórax para avaliar área cardíaca, congestão pulmonar e sinais de dissecação de aorta e glicemia capilar (dextro) para avaliar hipoglicemia em casos de alteração do nível de consciência. Outros exames serão solicitados conforme indicação clínica.

Notas importantes:

- ✓ PA deve ser reduzida em questão de minutos à uma hora nas emergências hipertensivas.
- ✓ A redução inicial não deve ultrapassar 20% a 25% da PA média inicial.
- ✓ A PA deve se medida com o paciente deitado e em pé (se possível) para avaliar depleção volêmica e nos dois braços.
- ✓ A solicitação de exames complementares deverá se feita com base na suspeita clínica após história e exame físico.
- ✓ Pacientes deve ser avaliado adequadamente para que não se liberem para acompanhamento ambulatorial pacientes com emergências médicas não suspeitadas.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da unidade de emergência** / Hospital São Rafael – Monte Tabor , Ministério da Saúde. – 10. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PRAXEDES J., SANTELLO, JL. **Emergências e urgências hipertensivas**. In: Brandão AA. Hipertensão. São Paulo: Elsevier; 2006 .p.375-90.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Tatiana Lima Braga		

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a complexidade da crise hipertensiva, a utilização de protocolo assistencial apresenta-se como uma alternativa para garantir ações sistematizadas e fundamentadas em evidências científicas. A adoção de protocolos em situações de urgências e emergências, tal como no atendimento de pacientes em crise hipertensiva permite contemplar todas as atividades a serem desenvolvidas mesmo em face da rapidez que o quadro demanda.

Ressalta-se que o modelo de protocolo assistencial apresentado é genérico e ainda não foi avaliado na prática assistencial. Dessa forma, sugere-se que ele passe por uma validação de conteúdo a ser realizada por enfermeiros que trabalhem em cada instituição a ser adotado, de modo a adequar-se à realidade local. Acredita-se que a avaliação do conteúdo do protocolo pelos profissionais determinará o quanto às práticas propostas estão adequadas para a assistência aos pacientes em crise hipertensiva.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, fev.2005.

BARBOSA, M. A. et al. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.38-43, abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da unidade de emergência / Hospital São Rafael – Monte Tabor , Ministério da Saúde. – 10. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 2º ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. SUS de A a Z. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 816 de 31/05/2005. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências. DOU - Edição Número 104 de 02/06/2005. Brasília: 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde. Brasília; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde; organização de Sandra Rejane Soares Ferreira et.al; ilustrações de Maria Lúcia Lenz. -- Porto Alegre : Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial [online]. Brasília (DF): MS; 2011. Acesso em 24 abr 2014.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários. 12ª edição. São Paulo: McGraw-hill do Brasil, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COREN). Lei nº 7498/86, de 26 de junho 1986. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ano 10, p. 3, seção I, folhas 9273-9275. Boletim de Normas e Notícias.

COREN-MG, Câmara Técnica da Atenção Básica, 2006. Disponível em: www.corenmg.org.br/basica

FEITOSA-FILHO. G.S, LOPES, R.,D, POPPI, N.T, GUIMARÃES, H.P. Emergências hipertensivas. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 20(3):305-312; 2008.

FERREIRA, A. B. H. Aurélio século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FURTADO, R.G, COELHP, E.B, NOBRE, F. Urgências e emergências hipertensivas. Medicina Ribeirão Preto. 36: 338-344; 2003.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4º ed. 10º reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

GUEDES, N. G.; COSTA, F. B. C.; MOREIRA, R. P.; MOREIRA, T. F.; CHAVES, E. S.; ARAÚJO, T.L. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. Revista da Escola de Enfermagem. v.39, nº.2, p.181-8, 2005

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. da S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p.13-19, jan./fev. 2007.

MENDES, E.V. A atenção primária a saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

PRAXEDES J., SANTELLO, JL. Emergências e urgências hipertensivas. In: Brandão AA. Hipertensão. SãoPaulo:Elsevier;2006.p.375-90.

ROLAND, DMS. ; CESARINO, CB. Suspensão de cirurgia por crise hipertensiva em um hospital de ensino. R Enferm UERJ; v.15, nº. 1, p.79-81, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010;95(1 supl. 1):1-51. Erratum in: Arq Bras Cardiol. 2010;95(4):553.

UNICOVSKY, M. A. R.; ROSA, C. P. D. da.; MACHADO, M. Rotinas de Enfermagem na Sala de Emergência. In: NASI, L. A. Rotinas em Pronto-Socorro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

WEHBE, G.; GALVÃO, M. C. Aplicação da Liderança Situacional em enfermagem de emergência. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.58, n.1, p.33-38,jan./fev. 2005.