

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ROSILENE DE ARAÚJO SILVA**

**PLANO DE AÇÃO PARA ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NAS CRISES  
HIPERTENSIVAS NO PSF MURICI, MUNICÍPIO DE TAQUARANA- AL.**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ROSILENE DE ARAÚJO SILVA**

**PLANO DE AÇÃO PARA ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NAS CRISES  
HIPERTENSIVAS NO PSF MURICI, MUNICÍPIO DE TAQUARANA- AL.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora:** Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves.

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PLANO DE AÇÃO PARA ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NAS CRISES HIPERTENSIVAS NO PSF MURICI, MUNICÍPIO DE TAQUARANA-AL.** de autoria da aluna ROSILENE DE ARAÚJO SILVA foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves**

Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**

Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**

Coordenadora de Monografia

## **DEDICATÓRIA**

A DEUS minha rocha e fortaleza.

A minha mãe pelo apoio, dedicação e compreensão.

Ao meu filho Edgar Neto pelo carinho e amor incondicional.

Ao meu esposo Edilson pela compreensão, paciência, amor e dedicação durante todo esse período.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

A minha tutora Karla, que desde o início do projeto se fez presente apoiando, acrescentando com seu conhecimento e experiência.

Obrigada a minha orientadora Lucieli Dias Pedreschi Chaves, que muito contribuiu para minha formação, ampliando meus conhecimentos.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3. MÉTODO.....	15
4. RESULTADO E ANÁLISE.....	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
APÊNDICE.....	28

## RESUMO

A crise hipertensiva é uma das complicações da hipertensão arterial, caracterizada por um aumento abrupto da pressão arterial, podendo ocorrer lesão nos órgãos alvo, o que potencializa risco de morte. Este trabalho é um plano de ação que tem como objetivo, propor a implantação de protocolo de atendimento, conforme Ministério da Saúde, para atendimento às crises hipertensivas no PSF de Murici. Os dados foram obtidos em revistas; publicações científicas; artigos em jornais; fontes bibliográficas; visitas e reuniões com a equipe da unidade de Saúde de Murici, bem como a análise dos relatórios produzidos pela equipe de saúde local nos programas de saúde desenvolvidos. A UBS é a porta de entrada para os pacientes em crises hipertensivas, pois se o paciente está em uma situação de urgência ou emergência hipertensiva, ele precisa de monitoramento da pressão arterial continuamente, e redução da pressão imediatamente em minutos ou horas. Assim, a implantação desse protocolo contribuirá para um atendimento preciso e correto, onde a equipe de enfermagem desenvolverá habilidades técnicas, conhecimentos científicos e tomada de decisões rápidas, para evitar maiores complicações com os pacientes assistidos e consequentemente encaminhamentos desnecessários a outros serviços de urgência e emergência.

**Palavras-Chave:** Plano de Ação. Atendimento. Crise Hipertensiva.

## 1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho teve como ponto de partida a participação em um projeto de intervenção desenvolvido durante a realização do estágio de observação na Unidade de Saúde de Murici, no município de Taquarana/AL, onde o atendimento é voltado para a família da localidade adscrita. A equipe é composta por um médico, uma enfermeira e sete agentes comunitários de saúde que realiza atendimento aos grupos de saúde da mulher, saúde da criança, hipertensão, diabéticos, tuberculose, hanseníase, entre outros.

O programa Saúde da Família (PSF) surgiu como uma estratégia de atenção em saúde com a proposta de possibilitar a implementação plena das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando colaborar para o acesso universal e equânime aos serviços de saúde, buscando a integralidade das ações que promovessem a qualidade de vida, e tendo na sua organização os princípios da hierarquização, a regionalização e a descentralização dos serviços e da gestão, e ainda, regido sob a lógica de vigilância à saúde (BRASIL, 2002).

Trata-se de uma estratégia que se caracteriza por desenvolver um conjunto de ações, que apesar de priorizar as ações de promoção e prevenção, o diagnóstico, o tratamento, busca também realizar as ações de recuperação e de proteção à saúde, reorientando as práticas setoriais isoladas e reafirmando a inclusão na prática em saúde de todos os profissionais, com ações coletivas e individuais de melhoria e manutenção da qualidade de vida. Assim, a equipe de saúde deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessa população a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos).

O PSF foi criado oficialmente no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, (BRASIL 2004), constituindo um marco importante no setor saúde, utilizado como mecanismo para atender ao disposto na Constituição Federal de 1988 e, especificamente, na Lei Orgânica da Saúde, de 1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde. Em virtude disso, constitui-se como o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos princípios do

SUS, da atenção primária à saúde e da saúde da família que são internacionalmente reconhecidos.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (BRASIL, 2006).

Segundo Brunner&Suddarth (2005) pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. É determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo. Ela pode ser modificada pela variação do volume de sangue ou viscosidade (espessura) do sangue, da frequência cardíaca (batimentos cardíacos por minuto) e da elasticidade dos vasos. A hipertensão é uma pressão sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior de 90 mmHg, durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial, obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde, depois de uma triagem inicial.

A hipertensão arterial pode ser classificada segundo sua causa de base (primária ou secundária) e de acordo com os níveis tensionais. A hipertensão primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. Já a hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária (CORRÊA et al., 2006).

A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde estima-se que cerca de 15 milhões de hipertensos desconheça sua condição. Em relação ao tratamento, a estimativa é de que apenas 7 milhões estejam sendo tratados (ZENI 2008) , ocorrendo então, o risco dos pacientes em desenvolver as crises hipertensivas.

Crise hipertensiva é a elevação, repentina, rápida, severa, inapropriada e sintomática da pressão arterial, em pessoa normotensa ou hipertensa. Os órgãos alvo da crise hipertensiva são: os olhos, rins, coração e cérebro. A crise hipertensiva apresenta sinais e sintomas agudos de intensidade severa e grave com possibilidades de deterioração rápida dos órgãos alvo. Pode haver risco de vida potencial e imediato, pois os níveis tensionais estarão muito elevados, superiores a 110 mmHg de pressão arterial diastólica ou mínima (ABC SAÚDE, 2013).

No PSF de Murici, situado no município de Taquarana-AL, existe cerca de 198 hipertensos, onde uma parte desses pacientes não fazem uso correto do medicamento, ocorrendo assim às crises hipertensivas. Nesse momento os pacientes com seus familiares recorrem ao serviço de saúde do PSF mais próximo de sua residência, que deve buscar a abordagem familiar nos seus mais variados arranjos e procura redirecionar a participação dos diversos profissionais de saúde visando à construção de uma equipe articulada, multiprofissional e interdisciplinar, cujas ações estejam pautadas na atenção básica. (BRASIL, 2000), devendo a equipe resolver os problemas de saúde da população atendida na UBS.

Assim, o papel da enfermagem é de fundamental importância nesse atendimento inicial aos pacientes em crises hipertensivas, pois a equipe precisa desenvolver um trabalho com maior autonomia e resolutividade para evitar maiores complicações aos pacientes assistidos.

Sendo assim, nosso objetivo é propor um projeto de ação para o atendimento de enfermagem nas crises hipertensivas, constando de normas, rotinas e procedimentos a serem executados pela equipe de enfermagem do PSF Murici localizado no município de Taquarana/AL, respaldado nos regulamentos do Ministério da Saúde – MS, visando um atendimento acolhedor, humanizado e qualificado da equipe de enfermagem ao usuário.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A crise hipertensiva é resultado de elevação brusca da pressão arterial, na qual se observa níveis de pressão arterial muito elevado, acompanhados de sinais e sintomas, tais como cefaléia severa, sensação de mal-estar, ansiedade, agitação, tontura, dor no peito, tosse, falta de ar, alterações visuais e vaso espasmos 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 (DAMACENO,2000).

A crise hipertensiva, decorrente da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial, pode representar uma situação de emergência ou urgência clínica. Na situação de emergência hipertensiva, percebem-se sinais que indicam lesões em órgãos-alvo em progressão, tais como encefalopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão, infarto de miocárdio e evidências de hipertensão maligna. Ou de dissecação aguda da aorta. Nesses casos, há riscos iminentes de vida ou de lesão orgânica irreversível, e os clientes devem ser hospitalizados e submetidos a tratamento com vasodilatadores de uso endovenoso (KOHLMANN, 2002).

Nas crises hipertensivas que constituem situação de urgência clínica, a pressão arterial pode estar bastante elevada, mas não se associam outras ocorrências, não havendo risco imediato de vida ou de danos dos órgãos-alvo. A correção dos níveis elevados da pressão arterial deve ocorrer dentro de, no máximo, 24 horas, a permanência hospitalar é pequena, e após medicação, se a pressão demonstrar responder satisfatoriamente à terapêutica, a pessoa tem alta e é orientada a continuar seu tratamento ambulatorial. As crises hipertensivas de urgência parecem mais relacionadas a situações de estresses psicológicos associados a níveis pressóricos elevados (SAVIER, 1997).

Toda a equipe multiprofissional tem papel importante no que se refere à prevenção, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Cada profissional deve atuar em sua área, porém todos devem focar em um objetivo (BRASIL, 2006).No que se referem ao enfermeiro, suas atribuições são (BRASIL, 2006):

- 1) Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente suas atividades;
- 2) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
- 3) Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos;
- 4) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);
- 5) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;
- 6) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;
- 7) Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades;
- 8) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades;
- 9) Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades.

A partir disso, o cuidado de enfermagem para pacientes hipertensos deve focar a diminuição e o controle da pressão arterial sem efeitos adversos e sem custo indevido. Para que isso ocorra, o enfermeiro deve apoiar e ensinar o paciente a aderir o tratamento. Desde a primeira vez que a hipertensão é detectada, a enfermagem deve realizar uma monitorização cuidadosa da pressão arterial em intervalos frequentes e depois do diagnóstico em intervalos rotineiramente agendados. Quando o paciente inicia um tratamento anti-hipertensivo, as avaliações da pressão arterial são necessárias para determinar se a terapia medicamentosa está fazendo efeito ou variações que indiquem a necessidade de alterar o plano de tratamento (SMELTZER E BARE, 2005).

A atenção básica deve se constituir como grande articuladora da rede de atenção à saúde, desenvolvendo-se como importante porta de entrada e ordenadora da rede. Dessa forma, o atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas UBS's, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. Nas situações de emergência, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento. Tais atribuições estão definidas na Política Nacional de Atenção Básica (2011), bem como na Política Nacional de Atenção às Urgências (2011) e na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010).

Na área de urgência e emergência, observa-se o aumento considerado da morbimortalidade por acidentes de trânsito, violência e doenças do aparelho circulatório, como também a insuficiente estrutura da rede assistencial. Em virtude desse cenário, o Ministério da Saúde (MS) elencou como prioridade a Rede de Atenção às Urgências (RAU), instituída pela Portaria 1.600/GM, de 07 de julho de 2011, a qual tem o como objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência.(BRASIL, 2011).

Segundo a referida portaria os usuários com quadros agudos devem ser atendidos em todas as portas de entrada de serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2012), sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) a responsável pelo primeiro cuidado e acolhimento às urgências, devendo ter uma sala de observação destinada ao atendimento de pacientes em regime ambulatorial, no período de funcionamento da unidade, com necessidade de observação em casos de urgência/emergência, e implantação da classificação de risco, de forma articulada aos outros pontos de atenção à saúde.

A UBS de Murici localizada no município de Taquarana atende rotineiramente pacientes acometidos por crises hipertensivas, e que necessitam de cuidados imediatos e precisos para o reestabelecimento da sua saúde, assim deve dispor de estrutura, equipe multiprofissional qualificada e protocolo de atendimento para desenvolver habilidades necessárias para prestação desses cuidados de forma acolhedora e humanizada.

Partindo deste contexto, percebo a necessidade da implantação de um protocolo para o atendimento às crises hipertensivas, visto que os pacientes acometidos, por isso, procuram o primeiro atendimento na UBS – Unidade Básica de Saúde, a qual deve dispor de uma equipe de saúde apta a realizar os procedimentos de maneira correta para que o paciente não seja mais uma vítima.

### 3 MÉTODO

Este plano de ação será implantado no PSF de Murici, na zona rural do município de Taquarana, que está localizado na região central do Estado de Alagoas, limitando-se a norte com os municípios de Belém, Igaci e Tanque D'Arca, a sul com Limoeiro de Anadia, a leste com Tanque D'Arca e a oeste com Coité do Nóia. A área municipal ocupa 166,5 km<sup>2</sup> (0,60% de AL), inserida na microrregião do Agreste Alagoano e na microrregião de Arapiraca, O Município foi criado em 1962, desmembrado de Limoeiro de Anadia. Segundo o censo 2010 do IBGE, a população total residente é de 19020, habitantes, dos quais 9237 são do sexo masculino (48,56%) e 9783 do sexo feminino (51,43%). São 7314 os habitantes da zona urbana (38,45%) e 11706 os da zona rural (61,54%) (SIAB, 2013). No ano de 2004, o município de Taquarana adotou como modelo de Atenção a Saúde, a Estratégia de Saúde da Família como base estruturante para os serviços de saúde, este responsável pela execução de um conjunto de ações e serviços que devem ser oferecidos à população usuária da Atenção Básica, tendo como garantia a referência de seus usuários aos outros serviços e em todos os níveis de complexidade.

A Rede Básica de Saúde Municipal conta com quatorze Unidades de Saúde, das quais oito são sedes das Unidades de Saúde da Família, cinco unidades de apoio, uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). A cobertura da Estratégia de Saúde da Família totaliza 100% e Saúde Bucal, como componente do PSF, de 42%.

Em nível secundário de atenção à saúde, o município dispõe de uma Unidade Mista, um Laboratório Municipal de Patologia Clínica que presta serviços de média complexidade no âmbito municipal. Os serviços ofertados na rede secundária são eletrocardiograma, urgência, ultrassonografia, consultas especializadas, exame de patologia clínica.

Como suporte para a atenção básica o município dispõe de dois pediatras, um ginecologista e quatro odontólogos, que atuam no modelo tradicional, e a equipe do NASF que é formada por: psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista. Os demais serviços estão nos municípios de referência da PPI da assistência nos municípios de Arapiraca e Maceió.

Sabendo-se que a UBS deve ser a primeira porta de entrada das urgências e emergências conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, esse estudo tem como objetivo um plano de ação para implantação de protocolo de atendimento as crises hipertensivas, visto que um grande número de hipertensos procura atendimento nesta unidade de saúde apresentando crise hipertensiva, em consequência da falta do seguimento do tratamento prescrito pela equipe de saúde.

Diante disso, um protocolo com classificação de risco, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), para atendimento de pacientes em crise hipertensiva irá contribuir para um atendimento acolhedor e humanizado do usuário na UBS, onde a classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente.
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

Para alcance do objetivo toda a equipe de saúde será envolvida no estudo, pois esse protocolo servirá para uma assistência de enfermagem qualificada e precisa nas crises hipertensivas, evitando assim danos e encaminhamentos desnecessários do usuário a outros níveis de atenção a saúde.

A seleção de dados foi feita com base em pesquisa bibliográfica sobre a temática em internet; revistas; publicações científicas; artigos em jornais; fontes bibliográficas; visitas, por meio dos quais foi estabelecido um fluxograma para o atendimento inicial, considerando as rotinas da unidade de saúde e os níveis pressóricos identificados no rastreamento, a partir da aferição da pressão arterial de acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBH,2010). Após a avaliação inicial, será realizada a classificação de risco, obedecendo ao fluxograma do MS, os cuidados necessários serão prestados na UBS e, os casos que precisam de atendimento de maior complexidade serão encaminhados, de acordo com a necessidade, para o serviço de saúde de referência.

#### **4 RESULTADO E ANÁLISE**

Esse plano de ação tem como objetivo realizar atendimento a pacientes hipertensos, em crise hipertensiva, por meio do protocolo de atendimento com classificação de risco, conforme Ministério da Saúde (2012). Vale lembrar, que durante o contato do usuário com a unidade é reforçada a importância do tratamento medicamentoso e todas as outras orientações necessárias para o não aparecimento da crise hipertensiva. O primeiro retorno ocorre dois dias após o atendimento no serviço de saúde, e os subsequentes, a cada quinze dias.

Em cada retorno a unidade de saúde, os cuidados de enfermagem são realizados de forma contínua, fazendo uma reavaliação dos níveis pressóricos e das principais situações desencadeantes da elevação da pressão arterial e realizando as intervenções necessárias.

O PSF de Murici tem um total de 198 hipertensos, sendo acompanhados em média 152 pacientes por mês, alternando entre consultas médicas e de enfermagem. O deslocamento e o tempo dispensado para marcação de consultas são dificuldades destacadas para o adequado acompanhamento desta população.

Segundo Ramos e Lima (2004), o acesso ao serviço de saúde está relacionado as seguintes questões :a distância entre o domicílio do indivíduo e a unidade; tempo gasto para o deslocamento e os meios utilizados com essa finalidade; dificuldades para conseguir o atendimento traduzido pela presença de filas, tempo e local de espera; o tratamento que o usuário recebe dos diversos profissionais e a priorização no atendimento de casos urgentes, bem como a possibilidade de agendamento prévio.

Na UBS os pacientes são acompanhados e monitorados de forma contínua, por um sistema informatizado chamado de HIPERDIA que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial, captados e vinculados a UBS de Murici e conseqüentemente desenvolverem políticas de saúde pública que levem a modificações do quadro atual e a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Com a realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Básica à Saúde passou a ser considerada um dos pilares da organização do sistema de saúde, sendo o primeiro contato do usuário com este sistema através do nível básico de

atenção à saúde, devendo assim apresentar grande potencial para resolver parte significativa das patologias ali existentes. Para que este nível básico de atenção à saúde seja capaz de oferecer uma atenção integral é fundamental a interação entre provedor e usuário, sob forma de acolhimento do profissional e da equipe de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários (ARAÚJO *et al.*, 2009), pois a maior procura dos usuários pelos serviços se dá nas unidades básicas de saúde, o que pode estar relacionado a seu acometimento por hipertensão, preconizando o acompanhamento na atenção básica.

O aumento dos níveis pressóricos é comum no dia a dia das equipes de atenção primária; portanto, esse tema merece atenção de todos, a fim de evitarmos condutas precipitadas e a hipermedicalização. A rotina de controle de PA, muito comum nas Unidades Básicas de Saúde, torna esse nível de prevenção ainda mais necessário. A HAS pode ser traduzida como o aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica, sempre levando em conta também o risco cardiovascular. Com base na média de duas ou mais medidas em diferentes visitas, com técnica adequada, aparelho calibrado e com indivíduo em posição sentada, é possível definir o diagnóstico. (BRASIL, 2013).

Segundo Maciel (2000) et al Lewington (2002), alguns hipertensos deixam de tomar o medicamento regularmente por motivos de esquecimento muitas vezes, devido ao processo natural do envelhecimento que tem como característica lapsos de memória ou à sua própria condição de envolvimento com a terapêutica como: grande quantidade de medicação por dia e não sabem o horário de tomar tanta medicação. Ao esquecer-se de tomar os medicamentos correm o risco de terem sua pressão arterial elevada. O esquecimento de tomar a medicação é uma importante dificuldade no controle da hipertensão arterial, A maioria dos portadores de HAS tem uma dieta inadequada, pois as principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. Essas indicações são importantes, pois já existem evidências do seu efeito na redução da pressão arterial, possuem baixo custo, ajudam no controle de fatores de risco para outros agravos, aumentam a eficácia do tratamento

medicamentoso (necessitando de menores doses e de menor número de fármacos) e reduzem o risco cardiovascular. (SEGA, 2001).

As crises hipertensivas podem origina-se a partir de uma hipertensão arterial não controlada, tendo como objetivo o tratamento inicial alcançar redução segura e controlada da pressão arterial até um nível fisiológico, não crítico, no qual existe menor risco cardiovascular. (SOWERS, 2003).

Na UBS de Murici há um elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica que não realizam o tratamento prescrito corretamente; chegando a serem acometidos por complicações que necessitam de intervenções precisas e imediatas para o restabelecimento de sua função vital. É fundamental que as unidades de atenção básica estejam inseridas e produzam concretas relações com o conjunto dos serviços que constituem a Rede de Atenção às Urgências no seu município ou em determinada região, devendo constituir como grande articuladora da rede de atenção à saúde, importante porta de entrada e ordenadora da rede. Dessa forma, o atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas UBS, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. (BRASIL, 2013).

Na Unidade de Saúde da Família de Murici, o usuário hipertenso segue o seguinte percurso:

1. Usuário procura a Unidade de Saúde;
2. Procura o agente administrativo da Unidade de Saúde, onde relata o seu motivo de procurar a unidade;
3. Será atendido de acordo com a sua necessidade de saúde;
4. Passa pelo técnico em enfermagem que realiza seus procedimentos como: verificação da PA, temperatura, frequência respiratória, pulso, peso.
5. O atendimento é realizado pelo médico ou pela enfermeira de acordo com a necessidade do usuário. Caso o paciente precise de atendimento de maior complexidade ou um serviço de urgência, o mesmo é encaminhado para uma unidade mista local (Unidade Mista Nossa Senhora de Fatima), onde são realizados os primeiros procedimentos e quando não são

resolvidos, são encaminhados para as cidades de referência para atendimento de maior complexidade.

De acordo com Ministério da Saúde (2012), as urgências hipertensivas, as pseudocrises hipertensivas e as elevações eventuais do nível pressórico são situações que podem ser conduzidas nas Unidades Básicas de Saúde, devendo-se tomar os verdadeiros cuidados de referenciar para um pronto atendimento os casos de emergência hipertensiva e os casos de urgência que necessitem de exames complementares para monitorização adequada (pré-eclâmpsia, por exemplo) ou que não respondem ao tratamento instituído ou apresentam piora. O manejo clínico das alterações de PA vai depender primordialmente do tipo de manifestação que a elevação da PA está causando no indivíduo. Baseado nessa avaliação clínica inicial, o médico deve distinguir entre os três tipos de alteração da PA, que são: Emergência hipertensiva, Urgência hipertensiva, Pseudocrise hipertensiva.(BRASIL,2012) e tomar as condutas de acordo com a classificação e com as orientações gerais de conduta para as equipes de Atenção Primária à Saúde frente à classificação da alteração do nível pressórico (BRASIL.2012).

Fuchs e Dunca (2004) classificam as condutas de acordo com os tipos de alterações hipertensivas como: **Emergência hipertensiva:** Estabilizar o paciente e encaminhá-lo para serviço de urgência. Coordenar o cuidado do paciente, após o retorno do serviço de urgência. **Urgência hipertensiva:** Medicação do paciente, com o objetivo de reduzir a PA em 24-48h, e realizar seguimento ambulatorial. **Pseudocrise hipertensiva:** Tratar, se necessário, as patologias que levaram ao aumento da PA. **Elevações eventuais do nível de PA:** Planejar o diagnóstico de HAS, avaliar a adesão ao tratamento ou, se necessário, introduzir um tratamento medicamentoso ou adequar o tratamento atual.

Na Unidade de Saúde da Família, localizada na zona rural de Taquarana – AL, que se propõe implantar esse plano de ação, onde existe uma grande incidência de pacientes portadores de doenças cardiovasculares, sendo constatado que em suas crises hipertensivas, buscam o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde, que por não ter um protocolo, e, sobretudo uma equipe capacitada, são encaminhados para outros serviços de urgência e emergência desnecessariamente.

Diante dessa situação, um plano de ação para implantação de protocolo com classificação de risco, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), para atendimento de pacientes em crise hipertensiva contribuirá muito para o acolhimento do usuário na UBS, garantindo através de uma equipe capacitada, o acesso em tempo oportuno ao tipo de tecnologia necessária. Esse atendimento com classificação de risco acontecerá da seguinte maneira:

1. **Atendimento Imediato (eixo vermelho)** - os pacientes que apresentarem comprometimento de vias aéreas, dispnéia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), pessoa não responsiva ou com alteração do nível de consciência, Dor severa?, Dispnéia aguda?, Dor precordial?, Pulso anormal (bradicardia=> FC<60 ou taquicardia =>FC em adultos > 120bpm?).
2. **Atendimento Prioritário (eixo amarelo)** – os pacientes que apresentarem Dor moderada?, Dor torácica que piora quando tosse ou respira (dor pleurícia)?, Vômitos persistentes?.
3. **Atendimento no Dia (eixo verde)**– os pacientes que apresentarem Dor?, Vômito?, Sem sintomas associados?, Algum problema recente?.
4. **Intervenção Programada (eixo azul)** – os pacientes que não se enquadram nas situações anteriores. (BRASIL, 2011).

Espera-se que esse plano de ação para implementação desse protocolo no atendimento de enfermagem as crises hipertensivas venha contribuir para diminuição de encaminhamentos desnecessários, como também para uma assistência acolhedora, humanizada, e em tempo hábil, onde mais importante do que possuir habilidades técnicas e conhecimentos científicos, é a capacidade rápida de tomada de decisões para o restabelecimento das funções vitais do paciente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crises hipertensivas são atendimentos rotineiros nas UBS, apesar de existir implantado o Programa Nacional de Controle da Hipertensão Arterial, a maioria dos autores estudados afirmam que são esses pacientes que mais procuram o atendimento

de urgência e emergência, em virtude de não fazerem o uso correto do medicamento, bem como a adesão ao tratamento adequado.

Esse plano de ação visa à implantação de protocolo de atendimento aos pacientes acometidos por crise hipertensiva na UBS, sendo adotado o do Ministério da Saúde (2012), que tem como principal objetivo prover a equipe de enfermagem segurança e compromisso ético necessários para atuar com autonomia e proporcionar ao usuário do SUS uma atenção de qualidade, desenvolvendo ações de promoção, proteção e manutenção da saúde das pessoas hipertensas.

Espera-se que com a implantação desse plano de ação a equipe de enfermagem da UBS de Murici, município de Taquarana-AL preste uma assistência, conforme as diretrizes estabelecidas pelo MS, de maneira acolhedora, humanizada e qualificada aos pacientes acometidos por crise hipertensiva, bem como esteja apta para prestar atendimento em tempo oportuno, evitando, portanto encaminhamentos desnecessários a outros serviços de urgência e emergência.

## REFERÊNCIAS

**(Reler todo o TCC e checar se todas as referencias estão listadas aqui)**

AMARAL CFS. Emergências hipertensivas. In: Amodeo C, LIMA EG, VASQUEZ EC. Hipertensão arterial. São Paulo: SARVIER; 1997. Cap. 32, p. 277-83.

ARAÚJO EC, *et al.* Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2009 jun; v.25, n. 6, p.1316-1324, jun. 2009.

BRASIL. Governo Federal. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Regulamenta o exercício da enfermagem. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 1986 jun; 9.273-9.275.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da unidade de saúde da família**. Caderno 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da unidade de saúde da família**. Caderno 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea-protocolo**. Brasília, 2012. Cadernos de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Caderno de Atenção Básica n.28 volume II. Brasília-DF, 2012 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus-protocolo**. Brasília, 2013. Cadernos de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRUNNER, Lilian S.; SUDDARTH, Dóris S. Tratado de enfermagem médico cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

.acessado em 15 de janeiro de 2014.

CORRÊA, Thiago Domingos et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnósticas e tratamento. 2006.

DAMASCENO CF, MOREIRA MJB, LIMA RCFV, Araújo TL. Leito-dia: a experiência de atendimento nas urgências da diabetes e da hipertensão arterial. In: Livro resumo do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 out. 21-26; Recife. Recife: ABEn-Seção PE; 2000. p. 12.

FUCHS, F. D. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia**: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

\_\_\_\_\_.Hipertensão Arterial Sistêmica. In: DUNCAN, Bruce et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KOHLMANN Jr O. Tratamento medicamentoso. In: Quartas diretrizes brasileiras de hipertensão: mesa redonda. Rio de Janeiro: Publicações Científicas; 2002. Cap. 6, p. 15-22.

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, for the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360: 1903-1913.

MACIEL, I. C. Fatores intervenientes na consulta de Enfermagem a portadores de hipertensão arterial: contribuições para as intervenções de Enfermagem. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2000. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem).

RAMOS DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em unidade de saúde de Porto Alegre. *Cad Saúde Pública* 2004; 19: 27-34.Reichmann & Affonso, 2004.

SEGA R, Trocino G, Lanzarotti A, Carugo S, Cesana G, Schiavina R, Valagussa F, Bombelli M, Giannattasio C, Zanchetti A, Mancia G. Alterations in cardiac structures in patients with isolated office ambulatory or home hypertension. Data from the PAMELA study. *Circulation* 2001;104:1385-92.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA <[www.secretariadesaudetaquarana.com.br](http://www.secretariadesaudetaquarana.com.br)>, acesso em 15 de Janeiro de 2013.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G., Brunner&Suddarth, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Vol. 2. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005.

Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira De Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 [cited 2012 Jan 14];95(1supl.1):151. Available from [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf).

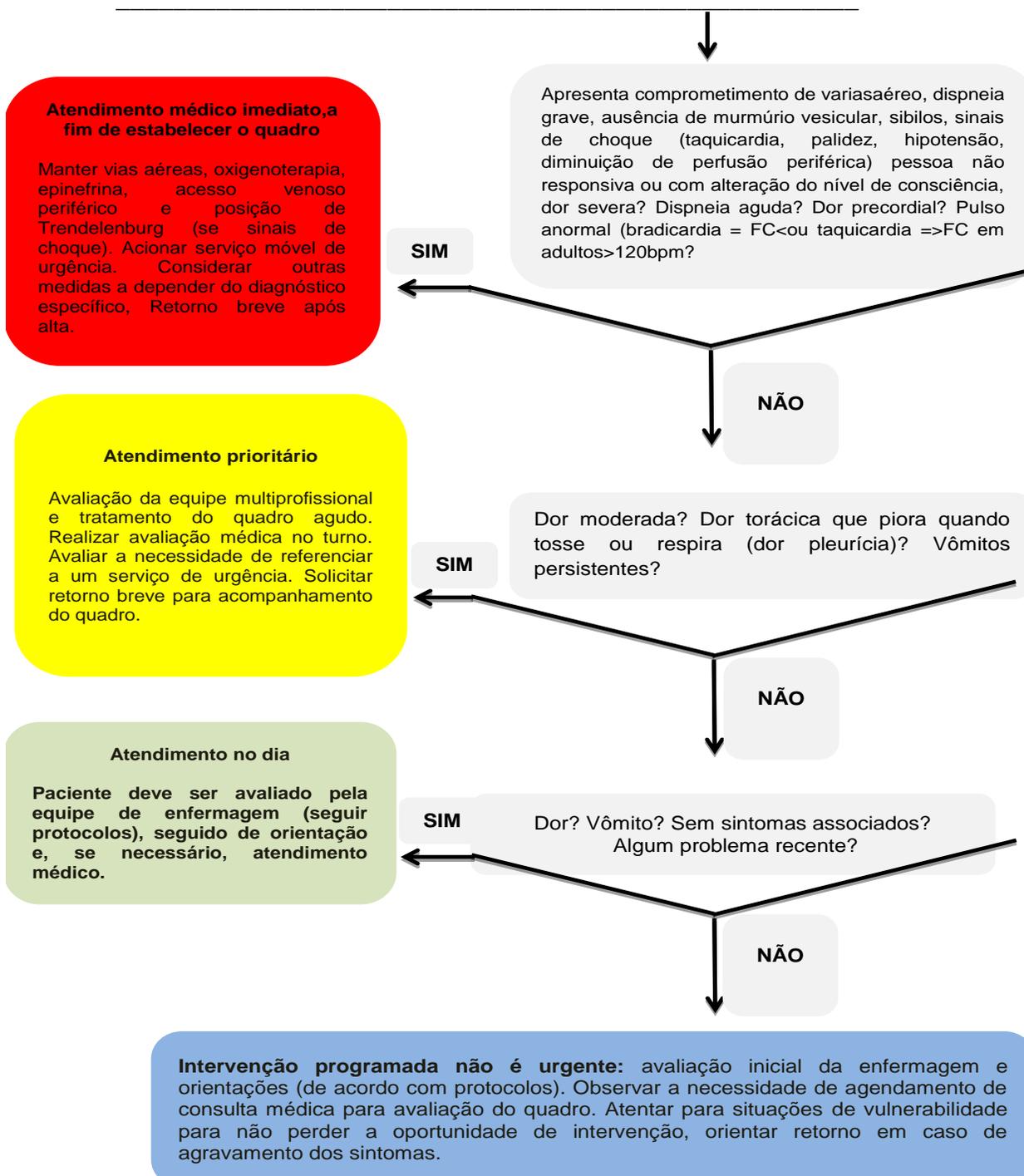
SOWERS DK. Emergências hipertensivas. In: Weber MA. Hipertensão. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2003. p. 257-260.

ZENI, Ana. A perigosa relação entre hipertensão e mal de Alzheimer. 2008. Disponível em: <<http://www.clinicaanazeni.med.br/noticia.php?id=78>>. Acesso em: 21 dez. 2013.

**APÊNDICE (qual o fonte desse fluxograma? Você construiu? Na metodologia precisa detalhar nos passos como esse fluxograma será utilizado**

## Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes hipertensos

### Paciente hipertenso com queixa aguda



Fonte: Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2011.