

# *O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE EM CRISE HIPERTENSIVA*

## THE ROLE OF A NURSING TEAM TOWARDS A PATIENT WITH HYPERTENSIVE CRISIS

**Suelen Gonçalves de Oliveira**

Enfermeira aluna da pós-graduação em Urgência e Emergência EAD Uninter. isabel.salviano@gmail.com

**Lisiane Lange da Silva**

Farmacêutica e Bioquímica pela PUC - PR, Especialista em Farmacologia - Interação Medicamentosa pelo Instituto Equilibra - Curitiba - PR, Mestre em Pesquisa e Desenvolvimento pelo Lactec - Curitiba - PR

### **RESUMO**

Este artigo é um estudo de natureza exploratória de revisão de literatura através de coleta de dados sobre crise hipertensiva. O objetivo geral desse artigo constituiu um acréscimo de conhecimento sobre a assistência de enfermagem no manejo e reestabelecimento do paciente diante de uma crise hipertensiva ou emergência hipertensiva e também colaborou para ampliação das informações quanto à situação patológica em questão. Evidencia-se que a crise hipertensiva é uma condição que necessita de rápida identificação e intervenção adequada conforme a apresentação do quadro clínico, assegurando ao paciente a reversão dessa complicação conforme indicam as bibliografias. Tal intervenção aumentaria as chances de estabilização do agravo e conseqüentemente, evitaria o risco de morte nos casos mais graves, ou seja, diante de uma emergência hipertensiva. A execução de uma assistência de enfermagem de excelência baseada em conhecimento científico e agilidade torna o serviço de saúde eficiente. A eficácia se dá através do desenvolvimento de um trabalho de qualidade diante do paciente em condição de risco de vida.

**Palavras-chave:** Crise Hipertensiva. Assistência de Enfermagem. Hipertensão Arterial.

### **ABSTRATC**

The following study is a hypertensive crisis data collecting exploratory literature review. The overall objective of this paper was to know more about nursing care regarding patient handling and recovery in a hypertensive crisis or hypertensive emergency. It also added more information on the pathological status. It is evident that the hypertensive crisis is a condition that requires rapid identification and appropriate intervention according to the clinical condition, ensuring the patient a full recovery as bibliographies suggest. , Such intervention would increase the chances of recovery and thus avoid the risk of death in more severe hypertensive emergency cases. An efficient and agile nursing assistance based on scientific knowledge makes the health service effective. The effectiveness takes place through the development of quality work on the patient in a life-threatening condition.

**Keywords:** Hypertensive crisis. Nursing care. Arterial hypertension.

## **INTRODUÇÃO**

A hipertensão arterial é uma patologia que atinge grande parte da população mundial e no Brasil estima-se que entre a população com 50 anos ou mais, metade delas apresente esta doença (SILVA; BOUSFIELD; CARDOSO, 2013).

Como uma síndrome de origem multifatorial, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta diversos fatores que dificultam o seu controle, entre eles a não adesão ao tratamento. A ausência de sintomas na HAS é um dos fatores que dificulta esta adesão, pois somente metade das pessoas que são hipertensas conhece seu diagnóstico. Grande parte dos pacientes hipertensos toma conhecimento do diagnóstico desse agravo, quando são vítimas de alguma complicação, por exemplo, infarto, aneurisma e insuficiência renal (SANTOS; LIMA, 2008).

A HAS é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) onde a Pressão Arterial Sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg e a Pressão Arterial Diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg. Pode-se associar, 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 uma causa direta de cardiopatia hipertensiva e um fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose manifestando-se predominantemente por uma doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal (BRASIL, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O controle desta patologia é desenvolvido através de terapia medicamentosa prescrita de acordo com a gravidade do quadro clínico. Também é possível realizar o controle da pressão arterial através de medidas não medicamentosas, baseadas na manutenção de um estilo de vida saudável, com uma alimentação equilibrada e com o desenvolvimento de práticas regulares de exercícios físicos; manutenção do peso corporal, associado ainda à abstenção do tabagismo e do etilismo (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

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 (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Estima-se que no mundo exista cerca de 1 bilhão de pessoas portadoras de hipertensão arterial, e que aproximadamente 1% dessa população em algum momento de sua vida pode apresentar uma elevação acentuada da pressão arterial. A HAS apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, através de gastos com consultas e internações hospitalares, estimando-se que 25% de todos os pacientes atendidos em serviços de emergência sejam por acentuada elevação dos níveis pressóricos (SOUSA; PASSARELLI JUNIOR, 2014).

Devido a esta realidade é necessário considerar o portador de hipertensão como o centro do processo. A ocorrência da adesão não depende exclusivamente dele, mas de um conjunto de elementos que de fato constituem o processo: o portador de hipertensão; o profissional de saúde e o sistema de saúde. O esforço desenvolvido por um elemento isolado desse conjunto sem dúvida não acarretará bons resultados, sendo necessária uma atuação conjunta para que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo seja realizada. Através dessa perspectiva, não se reduz a complexidade da adesão ao âmbito individual, como muitas vezes ocorre na nossa prática diária (ARAUJO; GARCIA, 2006).

No entanto quando a PA atinge valores iguais ou acima de 160 x 120 mmHg; e acompanhada de sintomas, que podem ser leves (cefaleia, tontura, zumbido) ou graves (dispneia, dor precordial, coma e até morte), com ou sem lesão aguda de órgãos-alvo, denominamos o quadro clínico de crise hipertensiva. As crises hipertensivas são comuns em todos os ambientes de saúde, desde a atenção primária até ao ambiente hospitalar. Devido a este fato é necessário que a equipe de saúde saiba abordar de maneira segura os pacientes que chegam até o serviço de saúde (FEITOSA-FILHO *et al*, 2008; QUEIROZ, 2012).

É importante que os profissionais envolvidos se atualizem e busquem ampliar seu conhecimento teórico científico e assim contribuam para uma melhor abordagem ao paciente em situação de risco. Os usuários do sistema de saúde ficam melhores atendidos e tratados de forma a evitar uma série de consequências possivelmente letais a partir do momento em que toda a equipe estiver mais capacitada sobre a doença hipertensiva. É sabido que profissionais mais instruídos saberão lidar melhor com a situação e também poderão orientar os usuários no que se refere à prevenção da recorrência dessa complicação (QUEIROZ, 2012).

Na situação de emergência hipertensiva, percebe-se elevação pressórica acentuada definida arbitrariamente como uma elevação pressórica diastólica  $\geq 120$  mmHg associada à 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; SOUSA; PASSARELLI JUNIOR, 2014).

Já as urgências hipertensivas são situações em que há a mesma elevação pressórica acentuada (PA diastólica  $\geq 120$  mmHg) porém sem lesão em órgãos-alvo de forma aguda e progressiva. No entanto a nomenclatura “urgência hipertensiva” deveria ser eliminada da prática clínica, pois induz médicos e pacientes a sensação de estar diante de uma situação clínica que necessita de intervenção medicamentosa imediata, para redução pressórica rápida por causa de um suposto risco iminente de um evento cardiovascular (SOUSA; PASSARELLI JUNIOR, 2014).

Existe também a pseudocrise hipertensiva, que nada mais é uma do que uma elevação da pressão arterial exclusivamente devido a um estresse físico ou psicológico (por exemplo: dor). Muitos pacientes apresentam a PA demasiadamente elevada simplesmente por não usarem suas medicações ou por não se conhecerem portadores de hipertensão arterial sistêmica, nesses casos trata-se apenas de hipertensão arterial sistêmica crônica não controlada (FEITOSA-FILHO *et al*, 2008).

O estudo desenvolvido por esse artigo justifica-se pela necessidade de aprimorar o conhecimento sobre esta complicação e de como agir a ela. Esta condição clínica é a realidade frequente de muitos cenários dos serviços de urgências e emergências como já foi exposta previamente e com isso uma exploração do tema contribui para a formação profissional. A dúvida que norteou o desenvolvimento desse trabalho se deu sobre a assistência que deve ser prestada pela equipe de enfermagem frente ao paciente em estado de crise hipertensiva, principalmente em situação de emergência hipertensiva devido à gravidade do caso, independente do cenário de atuação.

O objetivo do presente artigo foi entender e esclarecer como a equipe de enfermagem em seus diferentes níveis de complexidade, associados a uma junta médica,

podem auxiliar no manejo e no reestabelecimento desse paciente, além de tomar ciência de forma científica sobre a questão clínica do estudo. Saber o que é uma crise hipertensiva; saber diferenciar uma urgência hipertensiva de uma emergência hipertensiva; compreender como essa é desencadeada e quais as formas para conseguir colaborar para o reestabelecimento da saúde do paciente são fatores determinantes para conseguir então aplicar uma melhor assistência de enfermagem ao paciente em situação de emergência, tópicos esses norteadores deste artigo.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **A hipertensão arterial sistêmica e a crise hipertensiva**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil, representando um dos fatores de risco mais importante para o surgimento de doenças cardiovasculares, renais e cerebrovasculares. A HAS é responsável por aproximadamente 40% das mortes por AVC (Acidente Vascular Cerebral) e por aproximadamente 25% das mortes DAC (por doença arterial coronariana) quando em combinação com diabetes mellitus (DM) e 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2013).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS além de suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). O Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. O cuidado com o portador de HAS deve ser multiprofissional, objetivando no tratamento a manutenção de níveis pressóricos controlados, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares, diminuindo a morbimortalidade e melhorando a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013).

O diagnóstico da HAS é feito através da média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes, com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. Ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A constatação de um valor elevado em

apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão. Deve-se evitar verificar a pressão arterial diante de situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições (BRASIL, 2013).

A pressão arterial é classificada de acordo com seus valores. É considerada ótima quando a pressão arterial sistólica é menor que 120 mmHg e a pressão arterial diastólica é menor que 80 mmHg, é considerada normal quando a PAS é menor que 130 mmHg e a PAD é menor que 85 mmHg. É considerada limítrofe quando a PAS está entre 130 e 139 mmHg e a PAD está entre 85 e 89 mmHg. Já dentro da classificação como hipertensão, tem-se a hipertensão estágio 1 quando a PAS varia de 140 a 159 mmHg e a PAD varia de 90 a 99 mmHg. Já o estágio 2 de hipertensão é quando a PAS varia de 160 a 179 mmHg e a PAD varia de 100 a 109 mmHg. Por fim, o estágio 3 da hipertensão é quando a PAS está igual ou superior a 180mmHg e a PAD igual ou maior que 110mmHg (BRASIL, 2013).

A PA tem seu nível elevado através do aumento inadequado de substâncias que fazem vasoconstrição na corrente sanguínea, por exemplo, a vasopressina, norepinefrina ou angiotensina. Essas substâncias elevam abruptamente a resistência vascular sistêmica. Devido a isso, as forças de cisalhamento desencadeiam dano endotelial, fazendo uma deposição de plaquetas e fibrina. Ocorre instalação de alterações anatômicas, compatíveis com necrose fibrinoide arteriolar, determinando a perda da autorregulação circulatória e isquemia de órgãos-alvo. Essas modificações morfológicas e funcionais propiciam novo aumento da liberação de substâncias vasoativas, a vasoconstrição e o remodelamento vascular secundário à proliferação miointimal, instalando-se um círculo vicioso (FERREIRA; JAZBIK; BRANDÃO, 2009).

O tratamento da hipertensão envolve medidas medicamentosas e não medicamentosas. No tratamento não medicamentoso as ações estão inseridas nas mudanças nos estilos de vida. Já o tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez (BRASIL, 2013).

Segundo Braga (2014), a crise hipertensiva é dividida entre Emergências Hipertensivas e Urgências Hipertensivas cujo tratamento tem o objetivo primário do

controle seguro da pressão arterial. De acordo com VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), nos casos das Urgências Hipertensivas, a Pressão Arterial Diastólica (PAS) apresenta-se com níveis iguais ou maiores que 120 mmHg, porém há estabilidade clínica, não havendo comprometimento de órgãos-alvo. Esta condição poderá ser tratada em ambiente ambulatorial, enfermarias ou pronto atendimento através de medicações por via oral e deverá ser tratada, reduzindo os níveis tensionais dentro de 24 horas.

São exemplos de urgências hipertensivas: Hipertensão acelerada, efeito rebote após suspensão de medicações hipotensoras, queimaduras extensas, hipertensão em pós-operatório, glomerulonefrites agudas, crise renal das doenças vasculares e do colágeno (BRAGA, 2014).

Já na Emergência hipertensiva além dos níveis de pressão arterial elevados há uma deterioração clínica e progressiva lesão de órgãos-alvo com risco de morte, necessitando de uma intervenção imediata. O acidente vascular cerebral (AVC) e o edema agudo de pulmão (EAP) são as lesões mais recorrentes nas emergências hipertensivas (BRAGA, 2014).

Quando o diagnóstico de emergência hipertensiva estiver estabelecido, a recomendação é de redução da PA média entre 20 e 25% na 1ª hora. Quando a pressão arterial diastólica (PAD) for atingida entre 100 e 110 mmHg, manter esses níveis entre a 2ª e a 6ª hora, exceto nas dissecações agudas da aorta. É recomendado utilizar fármacos anti-hipertensivos por via endovenosa através de bombas de infusão contínua e com monitorização pressórica rigorosa (SOUSA; PASSARELLI JUNIOR, 2014).

Um fator importante é a velocidade da elevação pressórica, fator este de difícil mensuração. Quanto mais rápida for a elevação da pressão, maior é a probabilidade de não haver adaptação ao mecanismo de autorregulação pressórica. A redução dos níveis pressóricos deve ser cuidadosa, evitando-se queda abrupta da PA, pelo risco de complicações como hipoperfusão e isquemia cerebral, lesão miocárdica e renal (SOUSA; PASSARELLI JUNIOR, 2014).

As principais emergências hipertensivas estão divididas entre cerebrovasculares, cardíacas e por miscelânea. Entre as cerebrovasculares é possível citar: encefalopatia hipertensiva, hipertensão maligna, hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnoidea, acidente vascular cerebral aterotrombotico com hipertensão arterial grave. Já as

emergências hipertensivas cardíacas são: dissecação de aorta aguda, síndrome coronariana aguda, edema agudo de pulmão e em casos de cirurgia cardíaca (durante e após). Nos casos de miscelânea temos como exemplo excesso de produção de catecolaminas, trauma cranioencefálico e eclampsia (BRAGA, 2014).

Há ainda a pseudocrise hipertensiva que é uma condição que não se enquadra na classificação tradicional de urgência e emergência hipertensiva, porém, é frequente em serviços de saúde. Geralmente, mostrar-se como uma medida de PA elevada associada à cefaleia ou à sinais e sintomas de ansiedade, sem sinais de comprometimento de órgão-alvo. Nesses casos, o tratamento deve ser dirigido à causa da elevação arterial, através do uso de analgésicos na presença de cefaleia, de modo a evitar o risco de hipotensão e isquemia cerebral ou miocárdica. Pode-se, nesta situação, muitas vezes refletir a má adesão ao tratamento anti-hipertensivo ou uso de doses insuficientes. A pseudocrise hipertensiva oferta a oportunidade de reforçar as medidas não medicamentosas e também de otimizar o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2013).

### **A assistência de enfermagem**

O objetivo do cuidado de enfermagem para pacientes hipertensos deve focar na diminuição e controle dos valores pressóricos. Desde a primeira vez que a hipertensão é detectada, a enfermagem deve realizar e incentivar uma monitorização cuidadosa da pressão arterial em intervalos frequentes e em intervalos rotineiramente agendados quando depois do diagnóstico. Em um exame físico a enfermeira deve avaliar os sintomas que indicam lesão do órgão alvo que podem incluir: dor anginosa; falta de ar; alterações na fala, visão ou equilíbrio; epistaxes; cefaleias; tonteira; ou nictúria. Deve também dar atenção para a frequência, ritmo e caráter dos pulsos: apical e periférico para identificar os efeitos da hipertensão sobre o coração e os vasos sanguíneos (SMELTZER; BARE, 2005).

Colomé, Lima e Davis (2008) afirmam que é preciso desenvolver um trabalho junto a uma equipe multiprofissional de forma que todos os profissionais se envolvam em algum momento na assistência, conforme seu nível de competência específico, e possam conformar um saber capaz de dar conta da complexidade dos problemas de saúde.

A Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) diz que a equipe multiprofissional pode ser constituída por diversos profissionais, tais como médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível.

Relações de trabalho, de saberes, poderes e relações interpessoais são situações vivenciadas por esta equipe multiprofissional. O modo de trabalho exige que os profissionais utilizem seus saberes particulares, baseados em diferentes lógicas de julgamento e de tomada de decisão quanto à assistência a se prestar. Assim essas ações acabam por ocorrer de forma compartilhada e negociada (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Nos casos de crise hipertensiva, observam-se dois problemas graves. O primeiro refere-se ao diagnóstico preciso da elevação da pressão arterial e a presença ou não de lesão em órgãos-alvo, fato que irá diferenciar a urgência da emergência hipertensiva. O segundo problema advém da conduta durante a crise e posterior ao tratamento realizado na sala de emergência (QUEIROZ, 2012).

De acordo com Andrade *et. al* (2009) a humanização da assistência à saúde é atualmente uma demanda crescente no contexto brasileiro, porém na prática ela não tem sido realidade, principalmente nos serviços destinados ao atendimento de urgência e emergência. Segundo Souza e Losekann (2013), a chegada do paciente na emergência em busca de atendimento requer avaliação atenta e humanizada por parte dos membros da equipe de saúde, identificando se há necessidade de atendimento de urgência ou não. Durante a assistência de enfermagem é necessário que haja agilidade no atendimento, na atenção dispensada ao paciente tanto na forma de acolher e coletar as informações necessárias como em verificar sinais e sintomas, principalmente em situações em que o usuário não saiba ou não consiga expressar sua queixa.

Como a HAS acarreta transformações significativas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica pela possibilidade de agravamento em longo prazo. A relação dos membros da equipe de saúde com o paciente hipertenso é um fator altamente interventor no processo do tratamento (MOURA; NOGUEIRA, 2013).

O enfermeiro tem um papel importante na prevenção, proteção e recuperação ao paciente em crise hipertensiva, pois, além de ser capacitado para realizar a redução

progressiva da crise em até 24 horas nos casos de uma urgência hipertensiva, o mesmo tem consciência dos cuidados quanto à patologia (DEMÉZIO; MILHOMES; BRASILEIRO, 2013).

A função do enfermeiro neste caso clínico consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar o tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientado aos pacientes para a adesão ao tratamento. O enfermeiro de uma unidade de emergência e urgência é responsável também pela coordenação da sua equipe, sendo fundamental a constante atualização desses profissionais, pois desenvolvem juntamente à equipe médica e de enfermagem habilidades para atuar em situações inesperadas de forma clara e contínua (ARAÚJO, 2010).

Nos casos de crise hipertensiva, o enfermeiro deve estar preparado para um atendimento imediato, para instituir o melhor tratamento em menos de uma hora, bem como atuar na prevenção ou limitação de lesões em órgãos alvo nas primeiras 24 horas no caso da urgência hipertensiva. Um tempo de espera maior que sessenta minutos pode ser extremamente maléfico para a pessoa em emergência hipertensiva, podendo causar inclusive a morte (Souza *et al*, 2009).

“O enfermeiro que atua na Unidade de Emergência tem como função prestar assistência ao paciente, executar tratamento, coordenar e liderar a equipe de enfermagem, além de exercer funções burocráticas (WEHBE & GALVÃO, 2001). Para isso, deve aliar à fundamentação teórica a capacidade de liderança, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensinar, a maturidade e a estabilidade emocional, o que provoca uma sobrecarga de trabalho (GOMES, 1994 apud WEHBE & GALVÃO, 2001)”.

Devido a essas condições diárias no trabalho, uma constante atualização desses profissionais, é necessária porque desenvolvem juntamente a equipe multiprofissional habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica na qual estão inseridos. É necessário que este profissional tenha conhecimento científico, prático e técnico, afim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente (BRITO, s/data).

Independente do cenário de atuação; no atendimento pré-hospitalar ou no intra-hospitalar, a dinâmica de trabalho exige do profissional enfermeiro uma postura de autocontrole, agilidade e competências para lidar com situações extremas de pacientes, que vão desde a vida até a morte, incluindo neste processo complicações clínicas severas (FERREIRA *et al*, 2016).

A educação em saúde é um amplo campo, para concentrar diversas concepções, tanto da área da educação, quanto da área da saúde. Constitui-se em uma ferramenta que os profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, devem adotar com vistas ao atendimento integral do indivíduo portador de hipertensão arterial. Por meio da educação em saúde, pode se gerar oportunidades de reflexão sobre saúde, práticas de cuidados e mudanças de costumes, constituindo-se um dos pilares da promoção da saúde. Entretanto, para a efetividade das ações de educação em saúde é preciso repensar a comunicação desenvolvida entre o profissional e o paciente, pois esta não deve constituir-se apenas em um instrumento do cuidar, mas sim, em um denominador comum das ações de enfermagem, independentemente da função que ocupa (MOURA; NOGUEIRA, 2013).

No contexto dos outros membros da equipe de enfermagem além do enfermeiro, há a participação do profissional técnico de enfermagem nos serviços de saúde que é diária e rotineira, em todos os graus de complexidade. Devido essa realidade há uma necessidade deste profissional também estar capacitado para atender situações de urgência e emergência. Este profissional deve possuir dedicação e conhecimento prático e teórico, pois estes são requisitos que farão diferença no momento do atendimento. Assim, os técnicos em enfermagem devem seguir cuidadosamente os procedimentos, registrar e comunicar os primeiros cuidados que determinam as possibilidades de cura frente a alguns sinais e sintomas relevantes manifestados pelo paciente ou descritos pelo acompanhante (SOUZA; LOSEKANN, 2013).

Cada trabalhador tem uma importância na construção de um sistema de saúde que seja de qualidade, integral, universal e centrado no usuário, principalmente no que tange a formação de uma equipe multiprofissional e cada saber é importante para o desenvolvimento e continuidade do trabalho em equipe (FERREIRA *et al*, 2016).

O setor de urgência e emergência é considerado uma das áreas de maior complexidade dentro da área de saúde. Local onde os profissionais desenvolvem diversas

atividades e devem suprir inúmeras necessidades dos usuários de forma imediata e eficiente, demonstrando amplo conhecimento técnico e científico, bem como habilidade profissional para utilizar recursos tecnológicos disponíveis (SILVA NETA; FEITOSA, 2010).

Devido a HAS ser uma doença crônica e de grande importância epidemiológica no Brasil, grande parte dos estudos encontrados relacionam a hipertensão arterial à educação em saúde a fim de promover maior adesão ao tratamento. Os profissionais de enfermagem, além de toda sua atuação prática, devem despertar o senso crítico dos seus pacientes a fim de conscientizá-los da importância da doença em suas vidas e, as implicações desta quanto ao não seguimento da terapêutica estabelecida. A educação em saúde é uma ferramenta de ação da equipe multiprofissional e do processo de enfermagem, por isso esta prática deve ser parte integrante da profissão de enfermagem (MOURA; NOGUEIRA, 2013).

## **METODOLOGIA**

A revisão de literatura foi realizada utilizando-se alguns termos como: crise hipertensiva; emergência hipertensiva; hipertensão arterial; enfermeiro em emergência; equipe de enfermagem nas urgências. A variedade dos termos utilizados permitiu uma abrangência significativa. Procedeu-se à consulta baseando-se em artigos científicos relevantes ao tema e por meio de bancos de dados, utilizando fontes como: LILACS (Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Biblioteca Científica Eletrônica), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), BIREME (Biblioteca Virtual da Saúde), SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia) e Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde abrangendo entre todos esses conteúdos, materiais publicados nos últimos quinze anos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conseguir delimitar quais as principais ações da equipe de enfermagem, diferenciando as práticas entre o técnico de enfermagem e o enfermeiro permite colaborar com a forma de organização do profissional enfermeiro quanto líder de equipe, responsável pelo funcionamento do serviço de saúde e também pelo desempenho do trabalho de uma equipe que necessita estar qualificada. Identificar que mesmo em condição de urgência e emergência, o desenvolvimento de educação em saúde sempre que possível é uma forma de conscientizar o paciente crônico quanto a sua doença, trazendo-o para dentro do plano de cuidado para evitar novos descontroles do seu nível pressórico e com isso, prevenir complicações maiores.

Ao identificar os sinais e sintomas precipitantes de uma crise mais grave a ponto de comprometer o funcionamento dos principais órgãos o enfermeiro saberá mobilizar sua equipe, organizar os recursos materiais necessários para uma melhor assistência e saberá executar uma educação em saúde no momento mais oportuno. A possibilidade de criação de protocolos internos é uma medida simples e viável, desde que o enfermeiro tenha seu conhecimento teórico e prático sempre atualizado para compartilhar e treinar os demais membros da equipe, principalmente os técnicos de enfermagem cujas atribuições baseiam-se na assistência de enfermagem direta ao paciente.

## REFERENCIAS

ANDRADE, L. M., MARTINS, E. C., CAETANO, J. A., SOARES, E., BESERRA, E. P. **Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v.11, n1, p.151-157, 2009.

ARAÚJO, G. B. D. S., GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 259-272, 2006. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a11.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.html)

ARAÚJO, C. G. D. **Importância do Enfermeiro no Atendimento de Urgência Hipertensiva Sistêmica em UBS no Município de Francisco Badaró – MG.** Araçuaí (MG), 2010, 53p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRAGA, M. A. et al. Crise Hipertensiva. In: BACCARINI, M. T. P., STARLING, S. V. **Erazo, Manual de Urgências em Pronto-Socorro.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, p.695-703.

BRITO, M, P, V. D. As atividades da enfermagem na unidade de emergência. **Hospital Federal de Bonsucesso**, s/data. Disponível em: <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/artigos/atividades.asp>

CARDOSO, C.G., HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, supl.1, p.85-112, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/05.pdf>

COLOMÉ, I. C. D. S., LIMA, M. A. D. D. S., DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, p.256-261, 2008.

DEMÉZIO, D. C. D. S., MILHOMES, F. F., BRASILEIRO, M. E. O Enfermeiro frente à crise hipertensiva no atendimento de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v.4, n.4, p.1-15, 2013.

FEITOSA-FILHO, G. S., LOPES, R. D., POPPI, N. T., GUIMARÃES, H. P. Emergências Hipertensivas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, n.20, v.3, p.305-312, 2008.

FERREIRA, R. F., JAZBIK, C. E., BRANDÃO, A. A. Emergências hipertensivas. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.8, n.2, p.50-57. 2009.

FERREIRA, L. I., DUARTE, T. E. S. S., FILHO, P. S. G., ASSIS, E. V. D., FEITOSA, A. D. N. A., SOUZA, M. N. A. D. ESTRESSE NO COTIDIANO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v.3, n.1, p.108-128, 2016.

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

MOURA, A. A. D., NOGUEIRA, M. S. Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, v.4, n.1, p.36-41, 2013. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/165/168>

QUEIROZ, D. S. S. **Abordagem do paciente em crise hipertensiva**. Universidade federal de Minas Gerais. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Minas Gerais. 2012.

SANTOS, Z. M. D. S. A., LIMA, H. D. P. Tecnologia educativa em saúde na percepção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto-Enfermagem**, v.17, n.1, p.90-97, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100010)

SILVA, J. P. D., BOUSFIELD, A. B. D. S., CARDOSO, L. H. A hipertensão arterial na mídia: análise da revista *Veja*. **Psicologia e saber social**, v.2, n.2, p.191-203, 2013.

SILVA NETA, E. G.; FEITOSA, R. W. O. **Avaliação dos fatores que influenciam a ocorrência do estresse ocupacional nos profissionais de enfermagem no setor de urgência e emergência em hospital público e privado**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins, 2010.

SMELTZER, S. C., BARE, B. G. Brunner & Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª ed, vol 2. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. v.95 (1 supl.1), p: 1-51, 2010.

SOUSA, M. G., PASSARELLI JUNIOR, O. Emergências hipertensivas: epidemiologia, definição e classificação. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.21, n.3, p.134-139, 2014.

SOUZA, A. C. C., MOREIRA, T. M. M., SILVA, M. R. F., ALMEIDA, P. C. Acesso ao Serviço de Emergência pelos Usuários com Crise Hipertensiva em um Hospital de Fortaleza, CE, Brasil. **Revista Bras. Enfermagem**, v.62, n.4, p.535-539, 2009.

SOUZA, J. D. B. S., LOSEKANN, M. V. **O acolhimento humanizado na urgência e emergência hospitalar.** Escola GHC. Porto Alegre, 2013.

WEHBE, G., GALVAO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.9, n.2, 2001.