

Diagnósticos de Enfermagem ao paciente em Emergência Hipertensiva: Relato de Caso

Nursing Diagnosis for Patients in a Hypertension Emergency: Case Report

Diagnóstico de Enfermería en Pacientes en una Emergencia de Hipertensión: Reporte de Caso

Ana Carolina Oliveira Araújo¹, Beatriz Guimarães Rodrigues², Debora Silva de Freitas³, RonyCarlos Barbosa Souza⁴, Juliana Xavier Pinheiro Cunha⁵, Chrisne Santana Biondo⁶, Drieli Oliveira Silva⁷

Como citar esse artigo. Araújo, ACO. Rodrigues, BG. Freitas, DS. Souza, RCB. Cunha, JXP. Biondo, CS. Silva, DO. Diagnósticos de Enfermagem ao paciente em Emergência Hipertensiva: Relato de Caso. Rev Pró-UniverSUS. 2026; 17(1):13-19.



Resumo

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, devido à sua alta prevalência e impacto na morbimortalidade. Este estudo tem como objetivo discutir o papel da enfermagem em um caso de crise hipertensiva com lesão de órgão-alvo e realizar cuidados de enfermagem, traçando diagnósticos com foco em uma assistência qualificada. **Método:** Trata-se de um relato de caso descritivo. As informações foram obtidas por meio de relatos do paciente e acompanhante, além da análise do prontuário clínico. Foi realizada uma busca de literatura científica relacionada ao tema, utilizando bases de dados especializadas. **Resultado:** Foram identificados 23 diagnósticos de enfermagem, distribuídos entre os domínios: nutrição, eliminação e troca, atividade e repouso, percepção/cognição, papéis e relacionamentos, segurança e proteção e conforto. **Discussão:** O reconhecimento precoce de manifestações graves e a realização ágil de exames, como a tomografia, são fundamentais para o início do tratamento adequado, reduzindo complicações e melhorando o prognóstico. A equipe de enfermagem tem papel essencial desde os cuidados iniciais até o acompanhamento contínuo e humanizado, com foco na estabilização clínica e prevenção de sequelas. **Conclusão:** O estudo possibilitou compreender as necessidades de uma paciente em emergência hipertensiva e o papel da enfermagem na detecção precoce de lesões de órgão-alvo, promovendo intervenções imediatas e contribuindo para a redução de danos e melhora clínica.

Palavras-Chave: Relatos de Casos; Cuidados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Hipertensão; Acidente Vascular Cerebral.

Abstract/Introduction: Systemic Arterial Hypertension (SAH) is one of the main public health problems in Brazil and worldwide, due to its high prevalence and significant impact on morbidity and mortality. This study aims to discuss the role of nursing in a case of hypertensive crisis with target organ damage and to carry out nursing care, outlining diagnoses focused on qualified assistance. **Method:** This is a descriptive case report. Information was obtained through reports from the patient and companion, as well as analysis of the clinical record. A literature search related to the topic was also conducted using specialized databases. **Results:** Twenty-three nursing diagnoses were identified, distributed among the domains: nutrition, elimination and exchange, activity and rest, perception/cognition, roles and relationships, safety and protection, and comfort. **Discussion:** Early recognition of severe manifestations and prompt performance of exams, such as computed tomography, are essential for initiating appropriate treatment, reducing complications, and improving prognosis. The nursing team plays a vital role from the initial care to continuous and humanized follow-up, focusing on clinical stabilization and the prevention of sequelae. **Conclusion:** This study made it possible to understand the main needs of a patient in a hypertensive emergency and the role of nursing in the early detection of target organ damage, promoting immediate interventions and contributing to harm reduction and clinical improvement.

Keywords: Case Reports; Nursing Care; Nursing Diagnosis; Hypertension; Stroke.

Resumen/Introducción: La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es uno de los principales problemas de salud pública en Brasil y en el mundo, debido a su alta prevalencia y al impacto significativo en la morbilidad y mortalidad. Este estudio tiene como objetivo discutir el papel de la enfermería en un caso de crisis hipertensiva con lesión de órgano diana y realizar cuidados de enfermería, trazando diagnósticos enfocados en una atención calificada. **Método:** Se trata de un relato de caso descriptivo. La información se obtuvo a través de los relatos del paciente y su acompañante, además del análisis del expediente clínico. También se realizó una búsqueda de literatura científica relacionada con el tema en bases de datos especializadas. **Resultado:** Se identificaron 23 diagnósticos de enfermería, distribuidos en los dominios: nutrición, eliminación e intercambio, actividad y descanso, percepción/cognición, roles y relaciones, seguridad y protección, y confort. **Discusión:** El reconocimiento precoz de manifestaciones graves y la realización ágil de exámenes, como la tomografía, son fundamentales para el inicio del tratamiento adecuado, reduciendo complicaciones y mejorando el pronóstico. El equipo de enfermería desempeña un papel esencial desde los cuidados iniciales hasta el seguimiento continuo y humanizado, con enfoque en la estabilización clínica y la prevención de secuelas. **Conclusión:** El estudio permitió comprender las principales necesidades de una paciente en emergencia hipertensiva y el papel de la enfermería en la detección precoz de lesiones de órgano diana, promoviendo intervenciones inmediatas y contribuyendo a la reducción de daños y mejora clínica.

Palabras clave: Informes de Casos; Cuidados de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Hipertensión; Accidente Cerebrovascular.

Afiliação dos autores:

1Graduada em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. E-mail: ana.coa@ufba.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-6189-3575>.

2Graduada em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Email: rodrigues.beatriz@ufba.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-8490-2998>

3Graduada em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Email: freitas.debora@ufba.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-7659-4007>

4Graduando em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Email: ronycarlos.souza@ufba.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-4664-782X>

5 Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Email: julianaxcunha@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3752-206X>

6 Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Email: tity_biondo_enf@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0583-5491>.

7 Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Email: drielioliveira07@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7735-6895>.

E-mail de correspondência: drielioliveira07@gmail.com

Recebido em: 14/07/25. Aceito em: 28/12/25

Introdução

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial a define como sendo uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) caracterizada por níveis pressóricos elevados, em que os benefícios do tratamento não medicamentoso e/ou medicamentoso superam os riscos¹. Está relacionada a uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, marcada por elevação persistente da pressão arterial na qual a Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg. Ainda nessa esteira de análise, a elevação aguda da pressão arterial pode desencadear uma crise hipertensiva¹.

A Crise hipertensiva pode ser entendida como um aumento súbito da Pressão Arterial (PA), por causas variadas, com níveis sistólicos e diastólicos superiores a 180 mmHg e 120 mmHg, respectivamente. No qual pode-se ou não desencadear um risco potencial de deterioração de órgão-alvo ou risco iminente de morte².

Sob esse prisma, pode-se observar que tais crises hipertensivas podem ser classificadas em urgência, emergência e pseudocrise³. Dessa forma, o conhecimento de seus sinais e sintomas é relevante para possibilitar um atendimento direcionado e capaz de minimizar as possíveis consequências que porventura possa ocorrer. Isso porque, a conceituação clínica de uma pseudocrise está relacionada a condições situacionais que envolve fatores emocionais, físicos e ambientais, enquanto a urgência e emergência hipertensiva o fator determinante e diferencial é a presença de lesão aguda em órgão alvo, risco iminente de morte e a causa⁴.

Nessa esteira de análise, aproximadamente 1 bilhão de pessoas no mundo vivem com a HAS, no qual 1% a 2% dessa população pode evoluir para uma crise hipertensiva⁵. No contexto brasileiro, há mais de 360 mil pessoas com hipertensão arterial. Dentre os casos que necessitam de atendimento imediato, 75% correspondem à urgência hipertensiva e 25% à emergência hipertensiva⁶.

Sendo assim, fatores de risco como o tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, etilismo e descontrolo pressóricos contribuem para a ocorrência de uma emergência hipertensiva e torna o indivíduo suscetível a lesões de órgãos alvos⁷. Dentre os desfechos, destaca-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE) que constitui uma das principais consequências dessa problemática de saúde pública.

O AVE refere-se a uma obstrução ou ruptura de um vaso cerebral levando a um comprometimento da função do órgão, com alterações cognitivas e sensorio-motoras, com sintomatologia igual ou superior a 24 horas. Esta patologia pode ser classificada em dois grupos: Acidente Vascular Encefálico isquêmico (AVEI) e o Acidente vascular Encefálico Hemorrágico (AVEH)⁸.

Em 2019 foram contabilizados mundialmente, pelo grupo Global Burden of Diseases Study, 12,2 milhões de casos de AVE com 6,55 milhões de mortes. Além disso, constatou-se que a taxa de mortalidade do AVE em países pobres é 3,6 vezes maior do que em países ricos. No Brasil, entre janeiro e agosto de 2024 foram contabilizadas aproximadamente 50.133 mortes por AVE, tornando essa patologia uma das principais causas de morte no país⁹.

É notório salientar que o despreparo das equipes no atendimento a estas crises hipertensivas constitui em complicações severas a integridade física e hemodinâmica do paciente, ao passo que a presença de fatores de riscos que predispõem a uma lesão aguda de órgão alvo pode resultar em mau prognóstico clínico. Nesse sentido, é imprescindível uma assistência de enfermagem no tocante ao reconhecimento das manifestações clínicas apresentadas pelo paciente no intuito de possibilitar diagnósticos diferenciais e ofertar o manejo adequado.

Considerando essa problemática, uma vez que a hipertensão arterial e principalmente as crises hipertensivas são um problema de saúde pública de relevância para a prática no pronto atendimento, a discussão da temática se apresenta necessária através da elaboração de um estudo de caso que ajude a orientar a conduta profissional do enfermeiro quando diante de casos similares. Além disso, é um instrumento de ensino com papel formador e multiplicador que serve de respaldo para a enfermagem e os demais profissionais de saúde, uma vez que a assistência prestada necessita de referencial teórico que sistematize as condutas, que pode influenciar de maneira significativa no prognóstico dos pacientes.

Este relato de caso tem como objetivo discutir sobre o papel da enfermagem em uma crise hipertensiva com lesão de órgão alvo e traçar cuidados de enfermagem, com foco na obtenção de melhor assistência pela equipe de enfermagem através dos diagnósticos de enfermagem.

Metodologia

Este relato de caso é de natureza narrativa e descritiva. É fruto de uma sistematização de cuidado realizada pelos discentes do curso de enfermagem diretamente ao paciente em uma unidade hospitalar sob orientação acadêmica das docentes responsáveis pelo componente curricular Clínica Cirúrgica - Urgência e Emergência. Cabe destacar que as práticas foram desenvolvidas em uma unidade hospitalar regional no estado da Bahia no mês de setembro de 2023.

A obtenção das informações se deu mediante observação e execução de anamnese e exame físico completo. Para isso foram feitos questionamentos acerca da história familiar, pessoal e clínica da paciente, uma análise cefalocaudal de todos os seus sistemas, bem como interpretação dos exames laboratoriais e de imagens, no intuito de identificar relatos e alterações que pudessem correlacionar com a patologia apresentada. A busca na literatura ocorreu em dados de base: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde. Inicialmente, foram selecionadas 24 fontes secundárias, em um total de 60 artigos datados de 2005 a 2021 na perspectiva de aperfeiçoamento do conhecimento em torno do quadro clínico. Por fim, foram realizados os cuidados de enfermagem necessários ao paciente, levantados questionamentos do que poderia ser melhorado e como deveria funcionar o protocolo de atendimento em casos de emergência hipertensiva com lesão de órgão alvo.

O presente projeto atende aos critérios estabelecidos pelo case reporting (CARE), tendo sido estruturado com base na lista de verificação CARE, que orienta a redação de estudos de caso, de modo a sistematizar e organizar os dados referentes às queixas, diagnósticos, intervenções, desfechos e acompanhamento de uma caso clínico¹⁰. Além disso, atende também aos princípios e diretrizes das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta os critérios e cuidados para a execução de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia do Instituto Multidisciplinar em Saúde (CEP-UFBA-IMS), sob parecer nº 6.948.277 - CAE: 77549424.4.0000.5556. Os dados pessoais e informações prestados pelo paciente e familiares foram estritamente preservados, não ocorrendo qualquer tipo de exposição ou redução da dignidade e identidade da paciente. Ainda sob essa premissa, a responsável pela paciente foi informada acerca dos seus direitos, inclusive de recusa, bem como sobre a atividade a ser realizada, sendo lido e esclarecido o termo de consentimento para participação no estudo de caso, sendo devidamente assinado.

Resultados

Paciente, oitenta e seis anos, sexo feminino, parda, viúva, oito filhos, católica, analfabeta, aposentada, natural de uma região da Bahia, residente na zona rural deste município, acompanhada com uma de suas filhas. Admitida em um hospital do sudoeste baiano, acompanhada por sua filha, em setembro de 2023, recebeu o diagnóstico médico de AVE em decorrência de uma crise hipertensiva. De acordo com informações relatadas pela filha, a paciente não apresenta histórico pessoal de etilismo, tabagismo, diabetes e alergia a medicamentos. Além disso, declara que há 15 anos foi hospitalizada em decorrência de um AVE, sem sequelas. Afirma ainda que a mãe tem HAS há cerca de 40 anos, com uso irregular 1 a 2 vezes ao dia da medicação Losartana.

Segundo a filha, a genitora foi encontrada desmaiada no chão de sua casa na madrugada, irresponsiva, desvio de comissura labial à esquerda não sabendo especificar o horário exato do início dos sintomas. De forma imediata, a filha acionou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 - que realizou a transferência da paciente ao hospital campo de estudo às 5h38min, com suspeita diagnóstica de AVE secundário a uma emergência hipertensiva. Permaneceu na emergência do hospital para a realização de tomografia computadorizada de crânio (TC) que ocorreu às 10:00h; exames laboratoriais e avaliação com neurologista, realizada às 11:00h. A filha relata que uma semana antes da internação, a paciente deu entrada no Posto de Saúde da sua região apresentando dormência em hemicorpo à esquerda e cefaleia intensa sendo abordada pelo médico plantonista o qual prescreveu solução fisiológica e medicamento (Captopril) para controle pressórico. Após essa abordagem a paciente recebeu alta e foi orientada a voltar para sua residência.

Ao exame físico e avaliação das necessidades da paciente: não responde a estímulo físico e verbal, escala FOUR 6 (Resposta ocular

1, Resposta motora 1, Reflexo de tronco 2 e Respiração 2), em monitorização multiparamétrica com os seguintes parâmetros: hipertensa, normocárdica, eupneica e normotérmica. Em uso de oxigenoterapia via cateter nasal, tipo óculos, de 3L/min, acesso venoso periférico em membro superior direito, sonda vesical de demora com 100 ml de diurese com aspecto alaranjado em bolsa coletora e fralda para eliminações intestinais. Em dieta zero, apresentando êmese em média quantidade. Ao exame físico geral evoluiu: não responsiva, com desvio de comissura labial à esquerda, sem abertura ocular espontânea, pupilas mióticas e arreativas. Estímulo doloroso superficial e não atendido e paresia nos membros inferiores e superiores. Pele não íntegra e ressecada, com turgor e elasticidade compatível com a idade. A ausculta cardíaca bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos e sem sopros; murmúrios vesiculares presentes e simétricos a ausculta pulmonar, com expansibilidade proporcional em ambos os pulmões, presença de roncocal em ambos hemitórax. Abdome globoso e flácido com ruídos hidroaéreos presente e hipoativos. Presença de edemas em membros inferiores e superiores (++/++++). Sinais vitais: PA: 230/109 mmHG; FC: 82b.p.m; FR: 12 i.r.p.m; T= 35.6°C; SPO2: 95%; HGT: 195. Foi realizada, pelos estudantes no dia da avaliação, passagem de sonda nasoentérica com drenagem de resíduo gástrico, encaminhamento para a tomografia. Em prescrição médica fazia uso das seguintes medicações: Dipirona sódica (2 ml), metoclopramida injetável (2 ml), losartana (50 mg), dexametasona (4 mg), ácido tranexâmico (250 mg), insulina regular se necessário (100 UI/ ml), cloridrato de clonidina (0,10 mg/comprimido).

Em virtude da gravidade clínica da paciente ela veio a óbito por complicações decorrentes do AVC no dia 22/09/23, dez dias após a data de internação.

Após a obtenção dos dados foi traçado o planejamento da assistência de enfermagem adequada ao quadro clínico apresentado neste estudo, conforme observado na Tabela 1.

Tabela 1. Sistematização da Assistência de Enfermagem: domínios, diagnósticos, intervenções e resultados esperados. Hospital de grande porte, Bahia, Brasil, 2023.

Domínio	2. Nutrição
Diagnósticos	00195 Risco de desequilíbrio eletrolítico 00179 Risco de glicemia instável
Intervenções	Monitorar o estado eletrolítico e hídrico; administrar líquidos, conforme prescrito, se apropriado; Monitorar ingestão e eliminação; Monitorar a resposta do paciente à terapia eletrolítica prescrita; Monitorar e controlar hipoglicemia ou hiperglicemia.
Resultados esperados	1004 Estado nutricional 100401 Ingestão de nutrientes 100408 Ingestão de líquidos 100411 Hidratação 1005 Estado nutricional- indicadores bioquímicos 100506 Ingestão de minerais 100507 Glicose de sangue

Domínio	3. Eliminação e Troca
Diagnósticos	00016 Eliminação urinária prejudicada 000197 Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional 00030 Troca de gases prejudicadas
Intervenções	Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência e volume; Monitorar sinais e sintomas de infecção do trato urinário; Monitorar presença de ruídos hidroaéreos a cada 4 a 8 h, conforme apropriado; Promover ingestão adequada de líquidos e nutricional; Verificar o resíduo gástrico antes de iniciar a dieta; Manter um sistema de drenagem urinária fechado e sem obstruções; Assegurar posicionamento da bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga; Monitorar evacuações, incluindo frequência, consistência, volume e cor, conforme apropriado; Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações; Manter via aérea desobstruída.
Resultados esperados	0503 Eliminação urinária 050301 Padrão de eliminação 1015 Função gastrointestinal 101517 Aumento no peristaltismo visível 0402 Estado respiratório: Troca gasosa 040214 Equilíbrio da perfusão ventilatória

Domínio	4. Atividade e Repouso
Diagnósticos	00090 Capacidade de transferência prejudicada 00085 Mobilidade física prejudicada 00040 Risco de síndrome do desuso 00291 Risco de trombose 00240 Risco de débito cardiovascular prejudicado 00267 Risco de pressão arterial instável 000201 Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz 00205 Risco de choque 00108 Déficit no autocuidado para banho 00109 Déficit no autocuidado para banho vestir se
Intervenções	Manter repouso no leito e grades elevadas; Realizar mudança de decúbito do paciente imobilizado pelos menos a cada 2 horas; Monitorar condições da pele; Observar sinais e sintomas de redução do débito cardíaco; Monitorar o estado cardiovascular; Observar tendências e amplas oscilações na pressão arterial; Monitorar sinais de choque, Monitorar o estado neurológico; Ajustar a cabeceira do leito para otimizar a perfusão cerebral; Monitorar tamanho das pupilas, formato, simetria e reatividade; Monitorar banho no leito.
Resultados esperados	0003 Repouso 000303 Qualidade do repouso 000302 Padrão de repouso 0208 Mobilidade 020803 Movimento dos músculos 1908 Detecção de risco 190801 Reconhecimento de sinais e sintomas indicativos de riscos 0400 Eficácia da bomba cardíaca 040022 - Equilíbrio entre ingestão e eliminação de líquidos 0305 Autocuidado: higiene 030517 Manutenção de uma boa higiene 030514 Manutenção de uma aparência arrumada 0401 Estado circulatório 040101 pressão arterial sistólica

Domínio	5. Percepção/Cognição
Diagnósticos	00173 Risco de confusão aguda 00051 Comunicação verbal prejudicada
Intervenções	Realizar exame neurológico completo continuamente; Analisar exames laboratoriais; Orientar a família quanto a possível causa de confusão; Monitorar o estado neurológico (por exemplo, nível de consciência e confusão); Monitorar cuidadosamente causas fisiológicas para aumento da confusão que possam ser agudas ou reversíveis; Monitorar os processos cognitivos, anatômicos e fisiológicos associados à capacidade de falar.
Resultados esperados	0900 Cognição 090005 Orientação cognitiva 090009 Processamento de informações 090015 Comunicação adequada para a idade 1204 Equilíbrio de humor 120414 Exibição de um nível estável de energia

Domínio	7. Papéis e relacionamentos
Diagnósticos	00061 Tensão no papel do cuidador
Intervenções	Proporcionar apoio emocional para a família e paciente; esclarecer dúvidas e fornecer informações e orientações pertinentes.
Resultados esperados	2204 Relacionamento cuidador - paciente 220401 Comunicação eficaz 220411 Solução cooperativa 220413 Sensação recíproca de vínculo

Domínio	11. Segurança e proteção
Diagnósticos	00004 Risco de infecção 00039 Risco de aspiração 00046 Integridade da pele prejudicada 00304 Risco de lesão por pressão no adulto 00303 Risco de queda no adulto
Intervenções	Lavar as mãos antes e depois da atividade de atendimento de cada paciente; Monitorar quanto a hiperemia ou edema no local do dispositivo; Usar técnica asséptica rigorosa ao trocar os curativos; Usar ferramenta de avaliação para identificar pacientes com risco de ruptura da pele; Realizar mudança de decúbito; Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia; Administrar medicamento antipirético, conforme apropriado; Implementar precauções para o paciente com risco de quedas; Usar grades laterais com comprimento e altura apropriados para prevenir quedas do leito, conforme necessário.
Resultados esperados	1908 Detecção do risco 190801 Reconhecimento de sinais e sintomas indicativos de riscos 190802 Identificação de riscos potenciais à saúde 190810 Uso de serviços de cuidados de saúde coerentes com a necessidade 1101 Integridade tissular: pele e mucosas 110111 Perfusão tissular 110113 Integridade da pele 1828 Conhecimento : prevenção de quedas: 182802 Uso correto de dispositivos de segurança 182801 Uso de procedimentos seguros de transferências de paciente 182817 Estratégias para locomover em segurança

Domínio	12. Conforto
Diagnósticos	0214 Conforto prejudicado
Intervenções	Proporcionar ambiente tranquilo; determinar a causa do desconforto, como curativos molhados, roupa de cama enrugada e irritantes ambientais.
Resultados esperados	2008 Estado de conforto 200801 Bem estar físico 200802 Controle dos sintomas 200803 bem estar psicológico 200804 Ambiente físico 200811 Cuidados coerentes com as necessidades

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados 20;21;22: Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Diagnósticos de enfermagem a NANDA-I: definições e classificação 2021-2023. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021; Bulechek et al. NIC Classificação das intervenções de enfermagem. 7. ed., Rio de Janeiro: GEN, 2020; Moorhead S, et al. NOC Classificação dos resultados de enfermagem. 4.ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

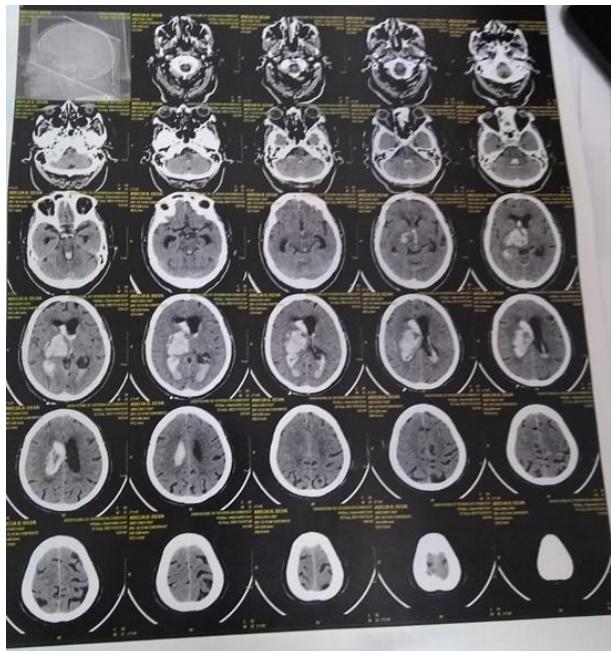
Discussão

O AVE é uma doença de ocorrência universal ocasionada por obstrução ou rompimento de vasos que levam o sangue ao cérebro resultando em isquemia da região afetada, classificado em acidente vascular hemorrágico ou isquêmico em que os determinantes de diferenciação de ambos dizem respeito a um processo de rompimento e obstrução de vasos cerebrais respectivamente¹. Está relacionada a fatores genéticos, ambientais e comportamentais, sua manifestação se dá mediante sinais e sintomas clínicos característicos de tal evento a exemplo de cefaleia intensa e súbita, hemiparesia, alterações na visão e equilíbrio, desvio de comissura labial e rebaixamento de nível consciência¹¹ Tendo a paciente do estudo de caso apresentado as três últimas sintomatologias. O reconhecimento dessas manifestações é primordial para descartar diagnósticos diferenciais e buscar o atendimento médico imediato para diminuir o risco de sequelas irreversíveis a longo prazo.

Diante disso, na abordagem inicial do paciente com AVE é imprescindível que na unidade hospitalar sejam realizadas ações

sistematizadas, com intuito de determinar o tipo de classificação e a terapia medicamentosa adequada, bem como identificar sinais e sintomas típicos de um AVE. Inicialmente, é necessário a identificação de forma precoce de sinais e sintomas indicativos de AVE e a quanto tempo os mesmos foram manifestados, levando em consideração que nas manifestações de sintomas com início menor que 4 horas deve ser realizado nos 10 primeiros minutos de atendimento pelo médico emergencista que deve ser solicitado a TC de crânio sem contraste e exames como hemograma, plaquetas, glicemia, creatinina, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial⁸. Destaca-se que a paciente do estudo só foi realizar a tomografia de crânio após cinco horas do primeiro atendimento na emergência (imagem 1), além disso ao observar o prontuário foi verificado a solicitação de exames laboratoriais, todavia, não foi possível ter o acesso aos exames por indisponibilidade no prontuário. Além disso, quando a filha a encontrou não soube informar o início dos sintomas.

Imagem 1 - Tomografia de crânio



Fonte: prontuário do paciente.

Cabe a equipe de enfermagem mobilizar a coleta de exames, manter cabeceira a 30°, realizar e monitorar sinais vitais, hemoglobina glicada, eletrocardiograma, obter acesso calibroso, instalar soro fisiológico intravenoso e corrigir hipoxemia, hipoglicemia ou hiperglicemia¹². Além disso, após 30 minutos o paciente deve ser avaliado pelo neurologista para confirmação da hipótese diagnóstica e aplicação da escala National Institute of

Health Stroke Scale (NIH). No intervalo de 45 minutos deve-se ter uma interpretação da TC para verificação da presença ou não de sangue⁸. Isso porque, possibilitar uma abordagem ao paciente dentro dessa janela de tempo estabelecida resulta em um melhor prognóstico, e conseqüentemente, reduz a ocorrência de possíveis complicações.

Diagnosticado AVE hemorrágico, o neurologista deve realizar o Protocolo de Hemorragia Cerebral. Na ausência de sangue, diagnosticando o AVE isquêmico, o médico deve avaliar, em um espaço de 60 minutos, se o paciente está apto ou não para receber a terapia trombolítica levando em consideração os critérios de exclusão dentre os quais avaliam-se hemorragias ativas, uso de anticoagulantes, traumas e cirurgias intracraniana recentes³.

Após confirmação do evento hemorrágico o paciente deve receber alguns cuidados da equipe de enfermagem como garantir o repouso absoluto no leito, avaliação do nível de consciência; realizar monitorização contínua cardíaca e da pressão arterial, mantendo valor de PAS entre os valores de 140 mmHg a 160 mmHg; administrar medicações como analgésicos, diuréticos, sedativos e anti-hipertensivos conforme prescrição médica. Além disso, mediante intervenção médica devem ser realizados a intubação orotraqueal, se Glasgow < 8, e encaminhamento para tratamento cirúrgico se for o caso⁸.

A paciente do estudo de caso apresentou diagnóstico de AVE hemorrágico com prognóstico ruim com confirmação após 2h da TC pelo neurologista, porém a equipe de neurologia optou pelo não desenvolvimento de intervenções invasivas, tendo sido abordado o tratamento conservador. Isso porque, de acordo com informações relatadas pela equipe, a escolha desse manejo foi feita levando em consideração questões relacionadas a idade, instabilidade hemodinâmica e recusa da família ao tratamento invasivo.

Nesse tocante, é notório a relevância da equipe de enfermagem na abordagem inicial do paciente na emergência, sobretudo no que tange ao atendimento das necessidades de saúde, na identificação das situações clínicas apresentadas, no desenvolvimento dos cuidados e continuidade da assistência mediante equipe multidisciplinar, com vistas uma assistência direcionada e individualizada de maneira imediata e pautada nas recomendações previstas em protocolos estabelecidos e/ou conforme a rotina hospitalar do serviço¹³.

O exercício da enfermagem é de grande importância dentro do sistema de saúde, visto que ações como o ato de cuidar e as atividades sistematizadas norteiam o profissional, munido por conhecimentos técnicos e científicos, os quais são essenciais para um atendimento de melhor qualidade. Autores afirmam¹⁴ que: “Aqueles que se dedicam a esta profissão comprometem-se com a saúde do indivíduo e da coletividade, atuando diretamente na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, obedecendo aos preceitos da ética e da legalidade.”

De acordo com os resultados obtidos, os diagnósticos identificados referentes ao domínio 11 (Segurança/Proteção) bem como ao domínio 4 (Atividade/Repouso) foram os mais incidentes, visto que os pacientes acometidos por AVE apresentam grandes perdas de mobilidades além de ser um contribuinte para outras variáveis como o autocuidado e interação social, sendo necessário um cuidado multiprofissional¹⁵. Além disso, ressalta-se a importância do profissional de enfermagem para a redução de complicações referentes às infecções e integridade da pele, através da utilização de técnicas assépticas durante os procedimentos, manejo adequado do paciente no leito e orientações em saúde para a família, paciente e profissionais¹⁶.

Os diagnósticos citados no domínio 1 (Nutrição) são essenciais, levando em consideração que a progressão da doença e tratamento podem afetar o estado nutricional do paciente tornando-se necessário uma abordagem multidisciplinar em verificar o melhor tipo e via de administração da dieta, bem como observar a tolerância e sintomas do paciente de forma contínua visando promoção de conforto e qualidade de vida¹⁷.

Quanto aos diagnósticos do Domínio 3 (eliminação e troca), sabe-se que a enfermagem é a principal equipe que desenvolve assistência 24 horas ao paciente internado, logo os principais cuidados relacionados a eliminação urinária realizados envolvem o conhecimento dos sintomas urinários, a passagem de cateter vesical de demora e a realização de balanço hídrico¹⁸.

Já os diagnósticos do domínio 5 (Percepção/Cognição) evidencia que a presença de distúrbio dificulta o processo de reabilitação e a recuperação do paciente, para isso a importância de um diagnóstico precoce com o intuito de determinar a melhor conduta, além de dar uma assistência acolhedora tanto ao paciente como também aos familiares por meio de um cuidado multiprofissional¹⁹.

O diagnóstico referente ao domínio 7 (Papéis e relacionamentos) mostra que cabe a equipe de saúde por meio do compromisso, sentimento de solidariedade e estabelecimento de vínculos auxiliar tanto o paciente quanto seus acompanhantes a reorganizar sua existência ao passar pela experiência de uma doença, bem explicar informações sobre o AVE e seu prognóstico de maneira sensível e orientações acerca da rotina e tratamento¹³.

Sendo assim, o paciente acometido por AVE e sua família precisam ser inseridos em um contexto de plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro, com a prática da escuta ativa, utilizando de diálogo e acolhimento, humanizando a assistência. O enfermeiro como prestador de um cuidado a beira leito ao paciente tem a responsabilidade de observar as demandas e alterações hemodinâmicas que porventura venha apresentar e atuar na resolução dessas questões seja de maneira direta ou indireta, fortalecer a atuação da equipe em prol da redução do tempo de internação do usuário e consequentemente da sua melhora clínica.

Ademais, é necessário o papel da atenção básica no acompanhamento dos usuários que frequentam as unidades com abordagens de prevenção e promoção de saúde, no intuito de evitar fatores de riscos como desregulação da PA, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo e demais comportamentos que favorecem o desenvolvimento de crises hipertensivas e AVE. Isso passa, por uma abordagem multidisciplinar, com desenvolvimento de atividades, campanhas institucionais e momentos de conversa coletiva com orientações lúdicas acerca da importância do uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos, de uma alimentação saudável e de práticas desportivas com intuito de tornar a emergência hipertensiva e AVE uma realidade menos comum nos centros hospitalares.

Conclusão

A realização deste estudo permitiu compreender as principais necessidades apresentadas por uma paciente em emergência hipertensiva e AVE e qual o papel da enfermagem frente a essa realidade, no que tange a uma abordagem que identifique precocemente sinais e sintomas, bem como a promoção do tratamento imediato para redução de danos ou resolutividade do quadro clínico.

Nesse sentido, é notório a necessidade de obtenção de protocolos hospitalares que abordem de forma sistematizada o manejo clínico adequado ao paciente acometido por emergência hipertensiva e AVE, bem como também a instituição de periódicos que enfatizem a conduta estabelecida de forma a minimizar os efeitos acarretados por uma elevação abrupta de pressão arterial.

Este estudo contribuiu para demonstrar o quanto é imprescindível o atendimento imediato e individualizado aos pacientes acometidos por emergência hipertensiva e AVE na tentativa de minimizar as diversas complicações irreversíveis que porventura venham a acontecer. Este caso mostrou-se pertinente dada a considerável prevalência de casos de emergência hipertensiva

e AVE nos atendimentos pré e intra hospitalares, muito relacionada às situações de riscos que não foram corrigidas durante o processo de saúde-doença dos indivíduos levando a manifestações orgânicas e psicológicas que trazem prejuízo ao paciente e por conseguinte o risco iminente de morte.

Referências

- Hinkle JL, Cheever KH. Manual de enfermagem médico-cirúrgica. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2020.
- Pierin AMG, Flórido CF, Santos J. Crise hipertensiva: características clínicas de pacientes com urgência, emergência e pseudocrise hipertensivas em um serviço público de emergência. Einstein (São Paulo). 2019;17(4).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2023 nov 26]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_artorial.pdf
- Barroso WKS, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial - 2020. Arq Bras Cardiol. 2021 Mar;116(3):516–58.
- Steckelberg JBM, et al. Relato de caso: emergência hipertensiva com evolução para acidente vascular encefálico intraparenquimatoso / Case report: hypertensive emergency with evolution for intraparenchymatic brain vascular accident. Braz J Health Rev. 2021 May-Jun;4(3):11900–10.
- Martin V, et al. Crises hipertensivas: definindo a gravidade e o tratamento. Rev Soc Cardiol Estado São Paulo. 2018.
- De Macedo RRB, et al. Manejo da crise hipertensiva: uma revisão de literatura. Braz J One Health. 2025;2(1):47–54.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2023 nov 15]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf
- FEIGIN, V.L et al. Carga Global, regional e nacional do acidente vascular cerebral e seus fatores de risco, 1990-2019: uma análise sistemática para o Estudo da Carga Global de Doenças de 2019. The Lancet Neurology. V.20, ed 10. Out 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S1474-4422\(21\)00252-0/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S1474-4422(21)00252-0/fulltext).
- Riley DS, Barber MS, Kienle GS, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration. Journal of Clinical Epidemiology. 2017.
- Sociedade Brasileira de Acidente Vascular Cerebral (SBAVC). Acidente Vascular Cerebral. 2021 [citado 2025 fev 6]. Disponível em: <https://avc.org.br/pacientes/acidente-vascular-cerebral/>
- Brasil. Secretaria da Saúde. Protocolo assistencial multidisciplinar de abordagem ao paciente com acidente vascular cerebral. Espírito Santo: Secretaria da Saúde; 2018 [citado 2023 dez 9]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Protocolo%20de%20Acidente%20Vascular%20Cerebral%20ATUALIZADO%20Agosto%202018.pdf>
- Manteufel HMS, Mendes LS, Sancanari LGR. Assistência de enfermagem e humanização em pacientes no pós-AVC. Rev Saúde Multidiscip. 2019.
- Leite AIT, et al. A importância de ser ético: da teoria à prática na enfermagem. Cogitare Enferm. 2009;14(1):172–7.
- Matos AV, Rodrigues PP, Maia ER. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Acamado com Acidente Vascular Encefálico: Revisão Integrativa. Rev Interdiscip Encontro Cienc. 2020;3(1):1122–32.
- Santos JN, Vador RMF, Cunha FV, Barbosa FAF. Atuação do enfermeiro na prevenção da infecção associada a cateter venoso central (CVC)/ Nurse's performance in the prevention of infection associated with central venous catheter (CVC). Braz J Health Rev. 2021;4(3):12328–45.
- Loss IO, et al. Cuidado paliativo em acidente vascular cerebral: um olhar nutricional. Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. 2021;1.
- Leandro TA. Eliminação urinária prejudicada em pacientes com acidente vascular cerebral [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; 2021. 133 f.
- Lima ACMACC, et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2016;69(4):785–92.
- Herdman TH, et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificações 2021-2023. 12. ed. Porto Alegre: Artmed; 2021. 568 p.
- Bulechek et al. NIC Classificação das intervenções de enfermagem. 7. ed., Rio de Janeiro: GEN, 2020.
- Moorhead S, et al. NOC Classificação dos resultados de enfermagem. 4.ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.