

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA**

*Adriana Ouverney Braz*

**ATENDIMENTO ÀS CRISES HIPERTENSIVAS NOS SERVIÇOS DE  
EMERGÊNCIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.**

**Rio de Janeiro  
Julho de 2011.**

Adriana Ouverney Braz

**ATENDIMENTO ÀS CRISES HIPERTENSIVAS NOS SERVIÇOS DE  
EMERGÊNCIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Deyse Conceição Santoro

**Rio de Janeiro  
Julho de 2011.**

# **ATENDIMENTO ÀS CRISES HIPERTENSIVAS NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Rio de Janeiro, 19 de julho de 2011.

APROVADA POR:

---

Professora Dr<sup>a</sup> Deyse C. Santoro- UFRJ

Presidente

---

Dr<sup>oa</sup> Ana Carolina Gurgel Camara -INCL

(1a examinadora)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jaqueline Silva- UFRJ

(2a examinadora)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> . Maria José Coelho- UFRJ

(Suplente)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> .Denise de Assis Corea Sória- UNIRIO

(Suplente)

Braz, Adriana Ouverney.

Atendimento as crises hipertensivas nos serviços de Emergências na cidade do Rio de Janeiro / Adriana Ouverney Braz. – Rio de Janeiro: UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2011.  
xiv, 50 f.: il.; 31 cm.

Orientador: Deyse Conceição Santoro

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós Graduação e Pesquisa em Enfermagem.

Referencias bibliográficas f. 64 - 69.

1. Emergência, 2. Hipertensão Arterial, 3. Crise Hipertensiva – dissertação. I. Santoro, Deyse Conceição. II. UFRJ/EEAN / DEMC. III. Atendimento as Crises Hipertensivas na Cidade do Rio de Janeiro.

CDD 610.73

Dedico esta pesquisa a todos os pacientes hipertensos que precisaram ou irão precisar dos serviços de emergências da Cidade do Rio de Janeiro.

## Agradecimentos

---

Agradeço primeiramente a DEUS por toda proteção, força, fé, saúde e pelas luzes nesta minha trajetória.

Aos meus pais, Vera e Wilmar (in memória), que me educaram e me fizeram ter os princípios que tenho; por me ensinarem a nunca desistir, a superar obstáculos e a sempre amar ao próximo.

Aos meus irmãos (Lucia, Renata, Claudio, Carolina e Suzana), cunhados e sobrinhos pelo carinho, apoio e gargalhadas em meio a tantos desafios.

Ao Matheus, parceiro de tantos anos, que apesar da minha ausência, impaciência, me deu apoio e compreensão, permanecendo ao meu lado sem cobranças.

À todos meus Amigos, em especial a Diana, Lilian Demartini, Priscila, Lilian Behring e Genesis, que além de terem compreendido a minha ausência nas reuniões, aniversários e casamentos, entenderam as minhas angústias, bem como a proposta do meu trabalho, vindo a defendê-lo como se seus fosse.

Aos amigos do trabalho e alunos que foram impregnados com as minhas informações, questionamentos e conceitos, aceitando-as e abraçando a pesquisa e até aqueles que se motivaram a realizar outras com a mesma temática.

À minha orientadora, Deyse Santoro, que abraçou com tanto carinho e credibilidade a proposta de pesquisa e que, mediante a tantos obstáculos, sempre me ofereceu conforto e força para continuar.

Aos integrantes da banca por todas as contribuições e incentivos que só enriqueceram esta pesquisa.

À Escola de Enfermagem Anna Nery e a Universidade Federal do Rio de Janeiro por todo o aprendizado e caráter profissional que vieram com a minha formação acadêmica.

E por último, mas não por menor, a LATE – UFRJ, que forneceu um embasamento teórico – prático na emergência, aos idealizadores, aos formadores e aos peregrinos que ainda trilham por este caminho, e que irão mudar o perfil das emergências, não só do Rio de Janeiro, mas por todos os Estados que estarão presentes.

Simplesmente,

Muito Obrigada!

**“Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e força para qualquer sociedade”.**

[Albert Einstein](#)

## RESUMO

BRAZ, Adriana Ouverney. **Atendimento às crises Hipertensivas nos serviços de Emergências da cidade do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Dentre as doenças cardiovasculares, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a uma doença com elevada incidência na população em todo mundo, situação esta que se reproduz no Estado do Rio de Janeiro. Esta pesquisa tem como objetivos caracterizar os tipos de serviços de emergência da Cidade do Rio de Janeiro; e analisar o atendimento de pacientes em crise hipertensiva dentro do contexto oferecido pelas secretarias de saúde aos serviços de emergência. O estudo tem abordagem quantitativa de caráter descritivo. Os dados foram coletados a partir de informações do DATASUS, dos manuais e protocolos da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e tratados por meio do Programa Excell, sendo apresentando através de tabelas e quadros. Selecionamos a Região Metropolitana I como cenário de pesquisa por apresentar a maior taxa de índice de mortalidade/internação, e por ser a cidade do Rio de Janeiro a referência de atendimento de todo o Estado. Os resultados foram analisados à luz da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, do Protocolo de Hipertensão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, do Protocolo de Emergência Hipertensiva do Ministério de Saúde e pelo protocolo internacional da Associação Americana do Coração-AHA. Os dados levantados nesta pesquisa demonstram que as doenças do aparelho circulatório, ao qual a Hipertensão faz parte, é um grande problema de Saúde Pública. *A maioria das Unidades da rede hospitalar do Município e do Estado ainda utiliza como porta de entrada para o atendimento a livre demanda e a triagem. A livre demanda decorre de atendimento inadequado, no qual o paciente é recebido por um funcionário administrativo, realiza o preenchimento dos dados para a ficha ou boletim de atendimento e aguarda por ordem de chegada.* Os dados registrados no *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES* revelam um baixo número de leitos para a necessidade real de internação de pequena permanência. Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Mortalidade referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis realizado pelo Ministério de Saúde entre 2009 e 2010 revelou no Rio de Janeiro os mais altos percentuais de indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial entre as faixas etárias de 45 a 60 anos. O fato de não encontrarmos registro de fluxogramas e a utilização inapropriada de protocolos nos serviços de emergência nos leva a constatar o que já acompanhamos na prática vivenciada, ou seja, cada serviço ou equipe médica exerce sua prática clínica baseada em seus próprios conceitos e princípios, muitas vezes deixando de implementar condutas já estabelecidas como as melhores evidências para o tratamento da crise hipertensiva, o que leva ao agravamento do quadro, necessidade de internação e conseqüentemente aumento do custo hospitalar. Desta forma conclui-se que a implementação de um fluxograma para o atendimento às crises hipertensivas poderia oferecer resoluções práticas e objetivas que iriam agilizar o atendimento com a finalidade de reduzir danos e agravos aos pacientes que estejam em situações de Urgências/ Emergências Hipertensivas.

Descritores: Emergência, Crise Hipertensiva e Hipertensão Arterial.



## ABSTRACT

BRAZ, Adriana Ouverney. **Hypertensive crises care in emergency departments of the city of Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Among the cardiovascular diseases, high blood pressure (hypertension) is a disease with high incidence in the population worldwide and this is reproduced in the State of Rio de Janeiro. This research therefore aims at characterizing the types of emergency services of the City of Rio de Janeiro, and analyze the care of patients with hypertensive crisis within the context provided by health departments to the emergency services. The study has a descriptive quantitative approach. Data were collected from DATASUS information, manuals and protocols of the State Health Secretariat of Rio de Janeiro and the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro and processed by using Excel and are presented through tables and charts. I selected the metropolitan area as the setting of research has the highest rate of mortality / hospitalization, and for being the city of Rio de Janeiro reference service across the state. The results were analyzed in light of the VI Brazilian Guidelines on Hypertension, Hypertension Protocol of the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro, Hypertensive Emergency Protocol of the Ministry of Health and the international protocol of the American Heart Association-AHA. The data collected in this research show that diseases of the circulatory system, which is part Hypertension is a major public health problem. Most units of the hospital network of the municipality and the state still uses as a gateway to meet demand and the free screening. The free service is due to inadequate demand, in which the patient is received by an administrative officer, performs for the completion of the data sheet or newsletter service and waits for the order of arrival. The data recorded in the National Registry of Health-CNES reveal a low number of beds for the real need of hospital stay small. Household Survey on Risk Behavior and Mortality of such Non-communicable Diseases and Disability conducted by the Ministry of Health between 2009 and 2010 in Rio de Janeiro showed the highest percentage of individuals diagnosed with hypertension between ages 45-60 years. The fact that we have no record of inappropriate use of flow charts and protocols in emergency departments, leads us to confirm what has already followed in practice experienced, that is, each service has its medical staff or clinical practice based on their own concepts and principles, many times failing to implement behaviors already established as the best evidence for the treatment of hypertensive crisis, which leads to the aggravation of the picture, hence the need for hospitalization and increased hospital costs. Thus we conclude that the implementation of an algorithm for the care of hypertensive crisis could offer practical and objective resolutions that would speed up service in order to reduce damage and injuries to patients who are in emergency situations / hypertensive emergency.

Keywords: Emergency, Hypertension, Hypertensive Crisis.

## SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS .....	11
LISTA DE QUADRO .....	13
LISTA DE TABELA.....	14
LISTA DE GRÁFICO .....	15
CAPÍTULO I.....	16
1.1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	16
1.2 - RELEVÂNCIA, JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA.....	20
1.3 – OBJETIVOS.....	22
CAPÍTULO II.....	23
REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
CAPÍTULO III .....	36
REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	36
2.1. TIPO DE PESQUISA.....	36
2.2. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	36
2.4. ASPECTOS ÉTICOS.....	37
CAPÍTULO IV .....	38
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	38
CAPÍTULO V .....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65

## LISTA DE SIGLAS

ACR – Acolhimento com Classificação de Risco

AHA – American Heart Association

CID – Código Internacional de Doenças

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CTI – Clínica de Terapia Intensiva

DBH – Diretrizes Brasileiras de Hipertensão

DCV – Doenças Cardiovasculares

DE – Demanda Espontânea

Dividant – Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

ECG – Eletrocardiograma

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDB – Índice de Desenvolvimento Brasileiro

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAM – Pressão Arterial Média

PCR – Parada Cardiorrespiratória

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

PSF – Programa de Saúde da Família

REF – Demanda Referenciada

SBHA – Sociedade Brasileira de Hipertensão

SESDEC – Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil

SIA – Sistema de informação Ambulatorial

SIH – Sistema de Internação Hospitalar

SISREG – Sistema de Regulação de Vagas

SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SUS – Sistema Único de Saúde

SV – Sinais Vitais

TC – Tomografia Computadorizada

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USG – Ultrassonografia

## **LISTA DE QUADRO**

QUADRO 01 ..... PÁG. 21

**Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos.**

QUADRO 02 ..... PÁG. 25

**Classificação da pressão arterial de acordo com a medida para maiores de 18 anos.**

QUADRO 03.....PÁG. 25

**Medicamentos anti-hipertensivos orais para o tratamento das urgências hipertensivas.**

QUADRO 04..... PÁG. 27

**Medicamentos usados por via parenteral para o tratamento das emergências hipertensivas segundo VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão.**

QUADRO 05..... PÁG. 30

**Achados de história e exame físico das emergências hipertensivas.**

QUADRO 06.....PÁG. 40

**Tipos de atendimento dos hospitais do Município e do Estado da Cidade do Rio de Janeiro de acordo com os dados do CNES. Rio de Janeiro, 2011.**

## LISTA DE TABELA

TABELA 01.....	PÁG. 38
<b>Taxa de mortalidade do Estado do Rio de Janeiro por doenças do coração, de acordo com o CID X, nos anos de 2009 e 2010. DATASUS. Rio de Janeiro, 2011</b>	
TABELA 02.....	PÁG. 39
<b>Taxa de internação hospitalar, no Estado do Rio de Janeiro, por doenças do coração, de acordo com o CID X, nos anos de 2009 e 2010. DATASUS. Rio de Janeiro, 2011</b>	
TABELA 03.....	PÁG. 46
<b>Mortalidade proporcional por Doenças Cardiovasculares no Rio de Janeiro de 2004 a 2010. Rio de Janeiro, 2011</b>	
TABELA 04.....	PÁG. 47
<b>Distribuição das Internações por Grupo de Causas e Faixa etária – CID10 – Brasil 2010.</b>	
TABELA 05.....	PÁG. 50
<b>Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Rio de Janeiro. Internações por Capítulo CID-10 e Ano processamento</b>	
TABELA 06.....	PÁG. 51
<b>Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Rio de Janeiro. Capítulo CID-10: IX. Doenças do aparelho circulatório. Rio de Janeiro, 2011</b>	
TABELA 07.....	PÁG. 53
<b>Percentuais de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão arterial, por faixa etária, segundo 15 capitais brasileiras e o Distrito Federal. Brasil, 2009 – 2010.</b>	
TABELA 08.....	PÁG. 55
<b>Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Rio de Janeiro. Internações por Regional de Saúde e Ano processamento. Rio de Janeiro, 2011.</b>	
TABELA 09.....	PÁG. 56
<b>Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Rio de Janeiro. Taxa Mortalidade por Capítulo CID-10 e Ano processamento. Rio de Janeiro, 2011</b>	
TABELA 10.....	PÁG. 57
<b>Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Rio de Janeiro. Valor Total por Capítulo CID-10 e Ano processamento. Rio de Janeiro, 2011</b>	

## **LISTA DE GRÁFICO**

GRÁFICO 01..... PÁG. 26

**Fluxo de atendimento à Crise Hipertensiva**

GRÁFICO 02..... PÁG. 29

**Programa de Hipertensão-SMSDC-RIO**

GRÁFICO 03..... PÁG. 35

**Fluxo de Atendimento na Classificação de Risco.**

### ***1.1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS***

Dados registrados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que a prevalência estimada de hipertensão no Brasil é de 35% da população acima de 40 anos, em outras palavras, cerca de 17 milhões pessoas são portadores da doença. Destas 17 milhões de pessoas, cerca de 75% recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica, ou atendimento pelo Programa de Saúde da Família (PSF) ou pelas Policlínicas que deveriam fornecer atendimento ambulatorial das especialidades médicas (IBGE,2004).

Recentemente dados registrados pela Secretaria Estadual de Saúde da Defesa Civil (SESDEC) do Rio de Janeiro e da Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dividant) apontam que cerca de 500 mil hipertensos estão cadastrados no Sistema de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Hiperdia) do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Destes 500 mil pacientes hipertensos registrados em 2010, 67% são mulheres e 33% são homens. E ainda demonstram que 32% dos 500 mil pacientes são idosos, 67% tem idade entre 20 e 64 anos e 1% tem idade inferior a 20 anos. (SESDEC, 2011)

Estes dados nos mostram que a situação do Brasil se reflete no Estado do Rio de Janeiro e nos permite intuir que a grande concentração da população, adulta e ativa, coloca a região sudeste do Brasil como importante contribuinte para números tão significativos de hipertensos que necessitam de acompanhamento clínico-ambulatorial. E ainda, nos levam a uma realidade de adultos jovens estão em tratamento para Hipertensão.

Por outro lado, escutamos diariamente nos noticiários e demais veículos de comunicação que a busca pelos serviços ambulatoriais geram filas que duram longas esperas de até meses para conseguir o atendimento. Esta demora pode se acentuar quando a situação demande atendimento especializado, como ocorre no caso de hipertensão arterial.

O perfil dos pacientes de hipertensão arterial se caracteriza por dependência total de medicação, alimentação balanceada e de frequente acompanhamento de saúde. Como este acompanhamento não se apresenta de fácil acesso e por apresentarem freqüentemente sinais e



sintomas de crise ou agravamento de sua patologia acabam recorrendo às unidades de emergência e alguns, com um quadro de instabilidade, necessitando de internação hospitalar .

Castro (2004), em seu estudo, destaca que o Brasil tem um sistema de saúde misto, composto pelo SUS, com financiamento público, e pela denominada Medicina Suplementar – convênios, seguros e medicina privada. Por princípio, o SUS deveria assistir à população brasileira de forma universal; na prática, sua cobertura varia de lugar para lugar no país e entre grupos sociais (Travassos, 1997 apud in Castro (2004)).

A lacuna existente entre o que caberia ao SUS e o que realmente existe é fator responsável pelas inadequações do atendimento à população que necessita do serviço público em nosso país, resultando em significativo aumento do número de internações que poderiam ser evitadas diante de um acompanhamento ambulatorial mais adequado.

Castro (1999) já demonstrava que o controle da hipertensão arterial, na prevenção de riscos para as doenças cardiovasculares e renais, envolve a complexidade do seguimento do seu tratamento. Entretanto, a maioria dos pacientes que ainda não tem o diagnóstico confirmado abandona o tratamento por vários motivos, e, aqueles que fazem tratamento não são atendidos adequadamente, aumentando, assim, o risco para as complicações cardíacas, cerebrais e renais, complicações estas que diminuem a qualidade e a expectativa de vida.

Estudos recentes demonstram que dos novos pacientes com diagnóstico de HAS que iniciam a terapêutica, cerca de 16% a 50% descontinuem a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso e um número substancial daqueles que permanecem em uso da medicação o fazem de modo inadequado (Dusing, Weisser, Mengden, 2008; Caro, Speckman, Sals, et al, 2009).

Assim, a não aderência constitui um sério problema e deve ser entendida como um dos principais obstáculos para o sucesso do tratamento da HAS. A identificação de fatores ao tratamento é, portanto, de vital importância na aplicação da estratégia terapêutica e na obtenção de resultados satisfatórios. Uma vez identificados, esses fatores devem ser permanentemente incorporados como objetos de intervenção da prática médica, a fim de que se almeje o controle adequado dos níveis pressóricos dos hipertensos, reduzindo os elevados índices epidemiológicos de complicações clínicas, internamentos hospitalares e o alto custo do tratamento final.

Para Fleury (1996) "acessibilidade, além da disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo, compreende as características dos recursos que facilitam ou dificultam o seu uso por parte dos clientes. Ou seja, é o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de busca e obtenção da atenção".

Para Malagón (2000) "O Hospital, dentro do esquema moderno de funcionamento dos sistemas de saúde, é um centro de referência que deve receber os pacientes cujos problemas não puderam ser resolvidos em níveis inferiores".

Já para a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o hospital como:

“Uma parte integrante da organização médica social, cuja função é proporcionar à população atenção médica completa, tanto preventiva como curativa e cujo serviço de consultas externas (extra-hospitalar) alcança a família em seu lar. O hospital é também um centro de preparação de profissionais de saúde, de pesquisa biossocial”

Malagón (2000) diz que:

“O hospital moderno, incorporado aos sistemas integrados de saúde, comporta-se como um centro de referência, articulado às políticas gerais de um país, de uma região e de uma localidade; faz parte do esquema geral de assistência, dentro do qual a educação da comunidade, no que se refere à promoção e à prevenção da saúde e a reabilitação são fatores essenciais. É o oposto do hospital antigo, que lidava apenas com procedimentos diretos de tratamento englobados na recuperação da saúde, com ações isoladas, autônomas e desarticuladas de toda a responsabilidade que envolvesse o procedimento imediato para fins de recuperação da saúde”.

Pesquisa realizada pelo MS (2003) em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) revela que as filas nas emergências dos hospitais, o longo tempo de espera para a realização de exames e cirurgias e a incapacidade das unidades de saúde de acolherem os pacientes são queixas frequentes entre os usuários, sendo que mais de 90% da população brasileira é usuária de alguma forma do SUS.

O resultado desta pesquisa serviu para a elaboração do QualiSUS, um conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de

permanência no hospital. Por conseqüência, este projeto visa contribuir na redução dos danos à saúde, além de assegurar a satisfação por parte da população com o atendimento recebido nos hospitais.

Em geral, o acesso ao hospital se dá por meios de internações por doenças crônicas que necessitam de investigação diagnóstica, tratamento, cirurgia, ou ainda, em situações de emergência, tais como: parto, traumas, mal – súbito e emergências clínicas, tais como as crises hipertensivas, emergências endócrinas, pulmonares, entre outras. O acesso constitui uma categoria importante para análise dos sistemas de saúde. Por envolver a oferta, a organização do serviço e a aceitação da população, revela dimensões de caráter social e político, necessariamente presentes nas formulações e implementações de políticas de saúde (Hortale e Rosa, 2000).

De acordo com dados do DATASUS (2011), as principais causas de internação hospitalar são: Gravidez, parto e puerpério (21,6%), doenças respiratórias (13,8%), e as doenças do aparelho circulatório (10,2%). No entanto, quando se verifica a taxa de mortalidade, as doenças do aparelho circulatório (31,8%) estão em primeiro lugar, seguido por causas mal definidas (19,8%), neoplasias (16,8%) e causas externas (13,5%).

As doenças cardiovasculares fazem parte do grupo de doenças que causam a maior despesa, tanto considerando tempo de internação quanto a assistência clínica e farmacológica oferecidas (Soares e Nascimento, 2007). A hipertensão contribui significativamente para o desenvolvimento de todas as doenças coronarianas, insuficiência vascular periférica e insuficiência cardíaca, sendo a insuficiência coronariana a mais letal seqüela da hipertensão (Almeida e Lopes, 2003).

As crises hipertensivas, quando não tratadas corretamente, podem levar à complicações cerebrovasculares, cardiovasculares e renais graves. O registro de dados acerca deste assunto não tem demonstrado a eficácia neste atendimento, o que nos faz refletir qual o nosso papel durante uma intervenção de emergência para esta situação, e o quanto a nossa autonomia pode corroborar para beneficiar a sobrevivência desta população, neste atendimento inicial.

Baseado nessas informações torna-se claro que o paciente hipertenso deveria ter acesso ao serviço de saúde, com acompanhamento ambulatorial rigoroso para minimizar os agravos decorrentes da Hipertensão e conseqüentemente a menor incidência de crises

hipertensivas que necessitam de atendimento de urgência hospitalar. Definimos, portanto, o objeto deste estudo como: “O atendimento aos pacientes em crise hipertensiva nos serviços de emergência da Cidade do Rio de Janeiro”.

❖ Neste sentido surgem os seguintes questionamentos:

1. Como são caracterizados os serviços de emergência clínica na cidade do Rio de Janeiro?
2. Como se apresenta o atendimento a pacientes em crise hipertensiva diante da atual estrutura dos serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro?

## ***1.2 - RELEVÂNCIA, JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA***

No Brasil, os dados do Sistema Único de Saúde (SUS) indicaram aproximadamente 1,1 milhões de internações por doença do aparelho circulatório em 2009, sendo mais de 102 mil por Hipertensão Essencial, estando em quarto lugar entre as doenças do aparelho circulatório. Os custos para o SUS foram mais de R\$ 1,540 bilhões e mais de R\$ 28,840 milhões, respectivamente, o que representa aproximadamente 3,08% e 1,05% do orçamento do Ministério da Saúde no ano de 2009 (DATASUS/ IDB2009). Além da morbidade associada, da dor e perdas às famílias, as doenças do aparelho circulatório causam um grande impacto financeiro para a família e para a sociedade.

Dentre as doenças cardiovasculares, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença com elevada incidência na população em todo mundo. Representa uma temática que abarca inúmeras contradições, uma vez que o diagnóstico da doença corrobora num procedimento simples e de baixo custo que é a verificação da pressão arterial e sua elevação revela mudanças com complicados mecanismos de controle, haja vista a influência de fatores genéticos e ambientais. Assintomática em boa parte dos casos é conhecida como “doença silenciosa”, pelas elevadas taxas de morbimortalidade cardiovasculares existentes, submergindo todas as faixas etárias.

De acordo Feitosa-Filho (2008, p 335), cerca de 3% dos atendimentos de Emergência estejam ligados a elevação da Pressão Arterial dentre os quais 25% são decorrentes de emergências hipertensivas.

Bauman *et al.*,(2007, p 780), avaliaram a prevalência de 1719 pacientes adultos nas unidades de emergências em Nova Jersey, EUA, e demonstrou que a maioria é acometida por jovens, do sexo masculino, tabagistas, que fazem consumo de álcool e 1/3 não tem história prévia de hipertensão.

Pesquisa realizada por Sanchez *et al* (2004) comparou o perfil de 100 pacientes hipertensos atendidos em ambulatório com o perfil de 100 pacientes atendidos na emergência de um Hospital Universitário em São Paulo. O resultado concluiu que os pacientes que recorrem as emergências são pessoas que possuem situação social desfavorecida, com baixa adesão medicamentosa e sem acompanhamento ambulatorial adequado, ao contrário dos que estão em atendimento ambulatorial adequado que, além da terapia medicamentosa, adotam medidas não medicamentosas para o tratamento da hipertensão.

No entanto, nossa sociedade ainda é carente de atendimento especializado nas unidades básicas de Saúde, o que leva ao alto índice de ocorrências a crises ou surtos emergenciais, ao qual será atendida nos hospitais com atendimento de Emergência/ urgência. O diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) não deveria ser feita no atendimento de emergência e sim nos ambulatórios com acompanhamento, exames laboratoriais, história clínica e associadas aos fatores de risco modificáveis e não – modificáveis.

Feitosa-Filho (2008) faz um apanhado acerca da propedêutica e do reconhecimento do diagnóstico correto da hipertensão quanto emergência, urgência ou pseudocrise, para melhor conduta clínica a ser tomada. A história prévia deste paciente pode modificar a terapêutica, necessitando, além da anamnese, sinais vitais e exames complementares para o fechamento do diagnóstico.

Martin *et al.* (2004, p 125) diz que nas emergências hipertensivas as lesões cérebro - vasculares são as mais comuns complicações, com maior frequência em idosos, e as principais queixas das urgências hipertensivas foram cefaléia e tontura.

Rhoney *et al.* (2009, p 1448) indicam que o reconhecimento rápido e o início do tratamento são fundamentais para minimizar os danos dos órgãos alvos em pacientes com emergência hipertensiva. A seleção do medicamento deve ser de acordo com as

características individuais do paciente. Isto pode otimizar o gerenciamento e os possíveis resultados de pacientes com emergência hipertensiva.

Araújo *et al.* (2010, p 92) apontam que o tratamento da crise hipertensiva deve ser adotado de acordo com o órgão alvo envolvido e que a redução da pressão arterial deve ser feita de forma gradual respeitando os protocolos de cardiologia existentes e os cuidados com a administração das medicações parenterais nas emergências hipertensivas.

### **1.3 - OBJETIVOS**

A partir do exposto, surge então o interesse em verificar como está sendo o atendimento ao paciente hipertenso nas instituições assistenciais com serviço de emergência, na cidade do Rio de Janeiro. Esta pesquisa, portanto, tem como objetivos:

- ❖ caracterizar os tipos de serviços de emergência da Cidade do Rio de Janeiro;
- ❖ analisar o atendimento de pacientes em crise hipertensiva dentro do contexto oferecido pelas secretarias de saúde aos serviços de emergência da cidade do Rio de Janeiro.

Acreditamos com isto que esta pesquisa venha contribuir para uma efetiva reflexão crítica sobre os assuntos voltados para a atuação da equipe multidisciplinar no contexto da doença cardíaca na população, visando contribuir para um maior conhecimento sobre o atendimento às emergências hipertensivas.

Assim, este estudo será capaz de trazer à tona evidências e reflexões sobre a atuação, não somente da enfermagem, mas de toda a equipe envolvida no atendimento emergencial sobre uma situação específica do processo de adoecimento da nossa população frente às emergências hipertensivas. Desta forma, estaremos contribuindo para o aumento da investigação voltada para o desenvolvimento do conhecimento no campo do cuidar em saúde na área cardiovascular.

Com os resultados do estudo realizado, pretende-se ampliar as reflexões no campo da produção no Grupo de Pesquisa Enfermagem Cardiovascular/Núcleo de Pesquisa Hospitalar, fornecendo subsídios para as ações que envolvem os pacientes em crise hipertensiva nas unidades de emergência.

### **REFERENCIAL TEÓRICO**

Para o MS, (2006, p 70), Hipertensão Arterial é definida como **pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg**, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Borges (2000) afirma que a pressão arterial é diretamente proporcional ao débito cardíaco e a resistência vascular periférica, portanto, fatores que interfiram nestes parâmetros podem levar à hipertensão arterial, por exemplo, sistema renina-angiotensina-aldosterona, sistema nervoso simpático, fatores endoteliais e o rim. Além de encontramos a genética e os fatores ambientais hipertensinogênicos (obesidade, resistência a insulina, consumo excessivo de álcool, elevada ingestão de sal, envelhecimento arterial, estresse e sedentarismo) influenciando diretamente estes sistemas.

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010, considera Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como sendo uma condição clínica multifatorial que caracterizam por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. Estes níveis podem ou não estar associados a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos – alvo, tais como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, ou ainda alterações metabólicas com conseqüente aumento do risco para outras enfermidades cardiovasculares letais.

Devem-se ainda considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS.

Torna – se necessária a avaliação contínua da aferição da pressão arterial e, se possível, nas posições sentada, deitada e em pé. Respeitando o repouso, o não uso de cigarro, drogas e bebidas, nem atividade física pelo menos por 30 minutos, como recomenda o Caderno de Atenção Básica e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (VI DBH, 2010).

Deve – se considerar o material para aferição, como tamanho do manguito do esfigmomanômetro devendo ser adequado de acordo com o braço do paciente, posicionamento correto, ou seja, de 2 a 3 cm da fossa cubital e centralizar a parte compressiva sobre a arterial braquial.

O tamanho do manguito deve seguir a padronização determinada pela VI DBH conforme Quadro 01 abaixo:

**Quadro 01 - Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos.**

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de Borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
<b>Recém-nascido</b>	≤10	4	8
<b>criança</b>	11 a 15	6	12
<b>Infantil</b>	16 a 22	9	18
<b>Adulto pequeno</b>	20 a 26	10	17
<b>Adulto</b>	27 a 34	12	23
<b>Adulto grande</b>	35 a 45	16	32

Fonte:VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão,2010.

Para evitar que a PA seja super ou subestimada, a razão da circunferência braquial/manguito deve ser em torno de 40% da largura do braço, e o manguito deve circundar de 80 a 100% do comprimento, conforme recomendação da America Heart Association (AHA, 2010).

Para a aferição da PA de adultos e crianças, a mesma deve ser feita em manguito diferenciado, assim como entre adultos e obesos. A aferição em obesos com manguito pequeno, além de causar desconforto pode mascarar o valor real da tensão venosa, da mesma forma ocorre ao aferir com manguito de adulto em crianças.



Além do manguito se deve observar os limites determinados pelas faixas etárias, conforme determina a VI Diretrizes para crianças/adolescentes e adultos maiores de 18 anos em condições casuais:

**Quadro 02- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida para maiores de 18 anos.**

<b>Classificação</b>	<b>Pressão Sistólica em mmHg</b>	<b>Pressão Diastólica em mmHg</b>
Ótima	< 12	< 80
Normal	< 13	< 85
Limitrofe	130 – 139	85 -89
Hipertensão Estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão Estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Fonte:VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão,2010.

Com base nestas medidas considera-se urgência hipertensiva a elevação crítica da pressão arterial diastólica  $\geq 109$  mmHg, porém com estabilidade clínica sem comprometimento de órgão- alvo. Estes pacientes devem retomar seus níveis pressóricos em até 24h, com acompanhamento ambulatorial. Sua terapia medicamentosa utilizará de medicações orais ou sublinguais, como iremos demonstrar no Quadro 03.

**Quadro 03- Medicamentos anti-hipertensivos orais para o tratamento das urgências hipertensivas.**

<b>Medicamentos</b>	<b>Dose</b>	<b>Início</b>	<b>Duração</b>
Captopril	25-50 mg	15-30 min	4-6horas
Nifedipina	5-10mg	5-15min	3-5horas
Clonidina	0,2 mg inicialmente 0,1mg/hora até 0,8mg	30 min	6-8horas
Labetalol	200-400mg	30 min	8-12horas

Fonte:AHA,2005.

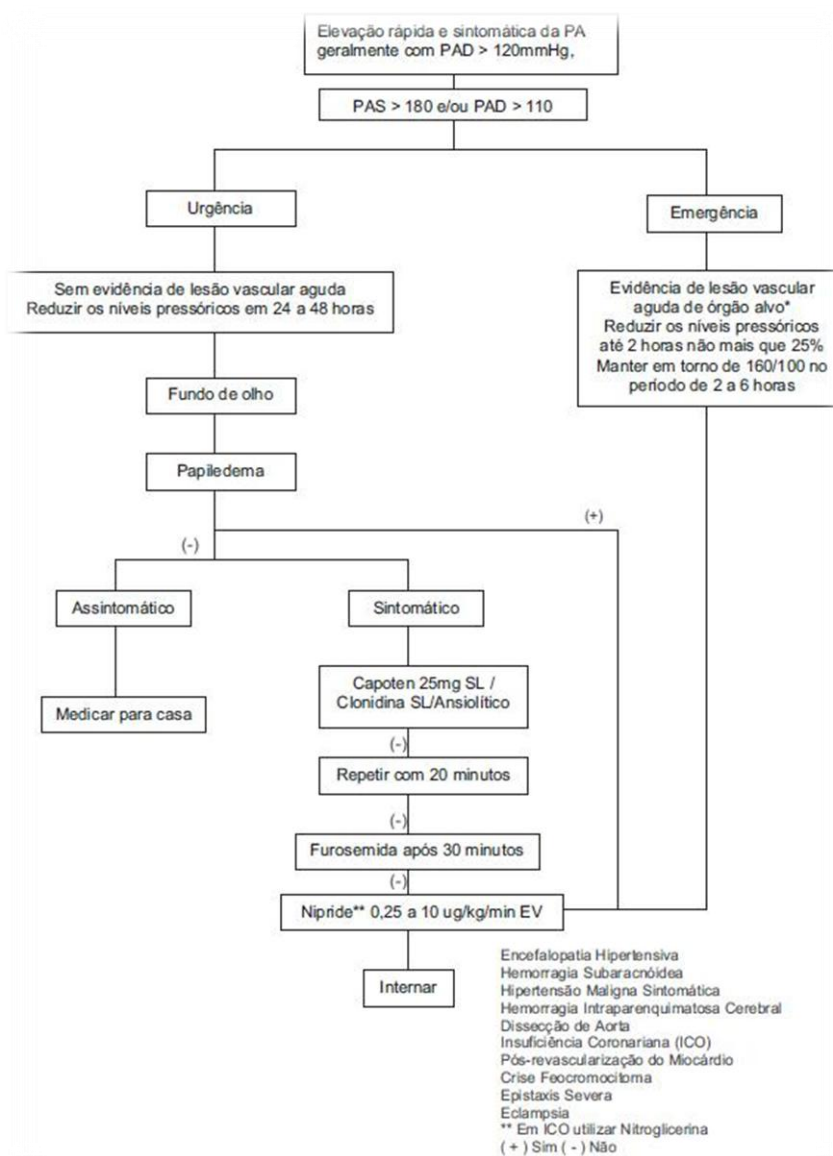
Embora a nifedipina de uso sublingual ainda raramente esteja sendo usada no tratamento das urgências hipertensivas, os seus graves efeitos colaterais como taquicardia reflexa e queda brusca da pressão arterial, bem como a incapacidade de maneja-los, fazem

com que a nifedipina não seja recomendável para essa finalidade, a não ser em situações específicas e muito raras com o paciente preferencialmente betabloqueado e em menor dose (10 mg + 10 ml de água destilada; iniciar com 2 a 3 ml e aumentar conforme a resposta), lembrando que a sua absorção oral é preferencial à sublingual. Desta forma a medicação de primeira escolha para as Urgências Hipertensivas, quando o paciente não reação alérgica, será sempre o Captopril.

Este paciente deverá ficar em repouso, em observação e reavaliado uma hora após a administração da medicação para nova aferição da tensão arterial.

O Ministério da Saúde criou o Protocolo da Unidade de Emergência em 2002 e o fluxo do atendimento de crise hipertensiva deve ocorrer da seguinte forma:

Gráfico 01 - Fluxo de atendimento à Crise Hipertensiva



Fonte: MS, Protocolo de Urgência e Emergência, 2002.

\*\* São emergências hipertensivas: Encefalopatia hipertensiva, Hemorragia subaracnóidea, Hipertensão maligna sintomática, Hemorragia intraparenquimatosa cerebral, Dissecção de aorta, Insuficiência coronariana (ICO), Pós-revascularização do miocárdio, Crise feocromocitoma, Epistaxis severa, Eclampsia.

Na Urgência Hipertensiva o aumento da pressão arterial (PA) não representa risco imediato de vida e nem dano agudo a órgãos alvo, portanto, nessa situação, o controle da PA poderá ser feito, reduzindo-se a PA gradualmente, em 24h, conforme recomendações da AHA, 2010

Já as emergências hipertensivas requerem tratamento intensivo no sentido de reduzir a pressão arterial, não necessariamente para os valores normais nas primeiras horas, porém o mais rápido possível com a finalidade de se impedir a progressão da lesão do órgão-alvo e proteger a vida. Neste momento utiliza-se medicações parenterais conforme Quadro 04.

**Quadro 04- Medicamentos usados por via parenteral para o tratamento das emergências hipertensivas segundo VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão.**

Medicamentos	Dose	Indicações
Nitroprussiato de Sódio	0,25-10 mg/kg/min	Maioria das emergências hipertensivas
Nitroglicerina	5-100mg/min	Insuficiência Coronariana e Insuficiência Ventricular Esquerda
Hidralazina	10-20 mg EV ou 10-40 mg IM 6/6h	Eclampsia
Metoprolol	5 mg (repetir 10/10 min se necessário até 20 mg)	Insuficiência Coronariana e Dissecção aguda de aorta
Esmolol	Ataque 500µg/kg Infusão Intermitente: 25-50 µg/kg/min	Dissecção aguda de aorta e hipertensão pós- operatória grave
Furosemida	20-60 mg ( repetir após 3 0min)	Insuficiência Ventricular Esquerda e hipovolemia
Fentolamina	Infusão contínua: 1-5mg Max. 15 mg	Excesso de catecolaminas

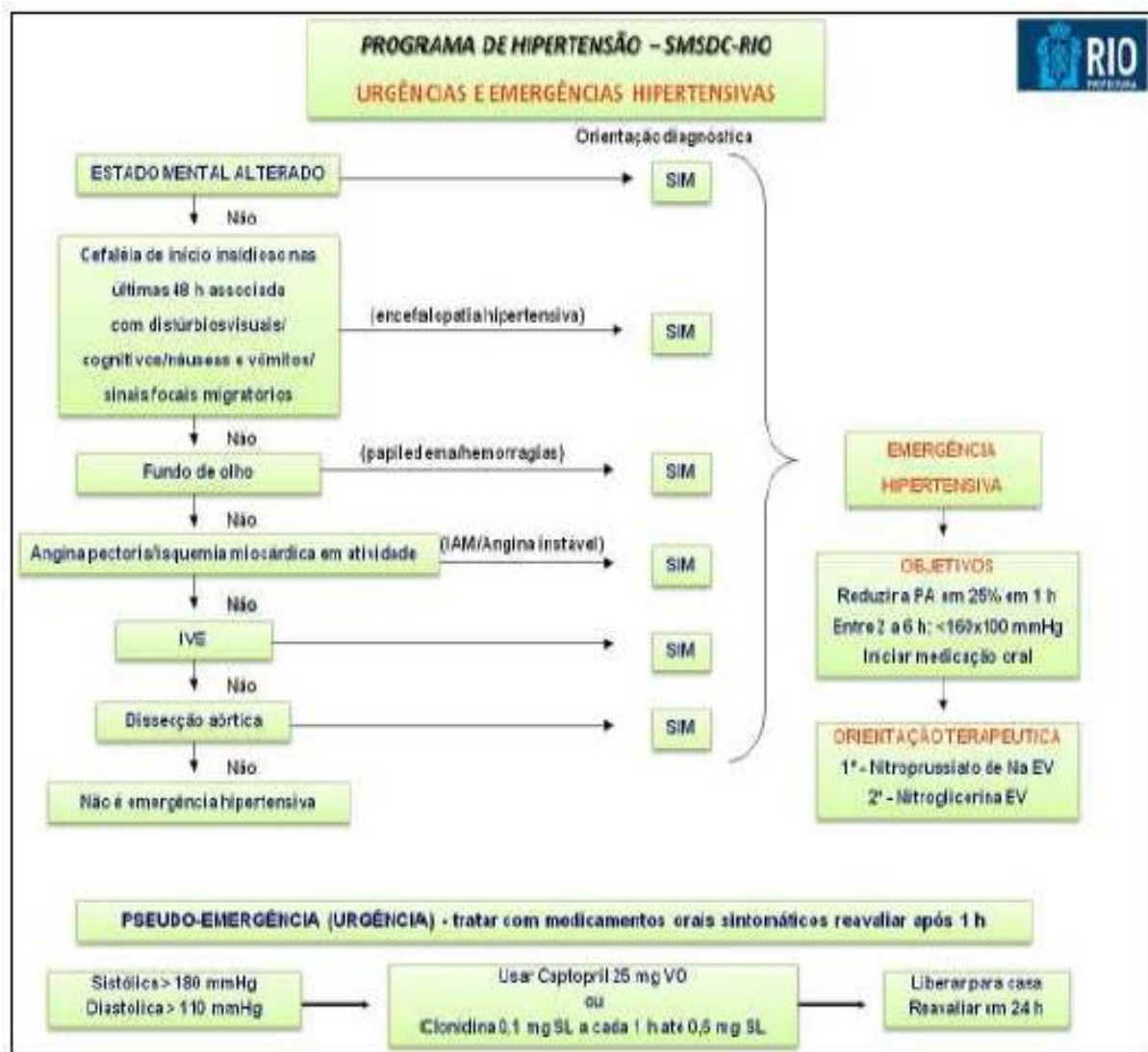
Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2010.

Devido ao fato de que na HAS crônica a auto regulação de determinados órgãos (coração, cérebro e rins) podem passar de 80-120 para 120-180 de pressão arterial média, devemos diminuí-la inicialmente de 20 a 25% nas primeiras 24h , com a finalidade de evitar a hipoperfusão cerebral (American Heart Association AHA, 2005).

De acordo com o quadro 04 a medicação mais utilizada é o Nitroprussiato de Sódio, pois é aplicável a maioria das Emergências Hipertensivas, é indicado para estimular o débito cardíaco e para reduzir as necessidades de oxigênio do miocárdio na insuficiência cardíaca secundária ao infarto agudo do miocárdio bem como na doença valvular mitral e aórtica e na cardiomiopatia, esta medicação é um potencial vasodilatador que reduz a pressão arterial em segundos e que ao ser suspenso pode retornar ao nível pressórico anterior, ou seja, a sua dose deve ser ajustada até a normalização da Pressão Arterial.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio Janeiro também dispõe de um programa de Hipertensão com atendimento às Urgências e Emergências Hipertensivas conforme organograma abaixo:

Gráfico 02 -Programa de Hipertensão-SMSDC-RIO



Fonte: SMSDC, 2004.

Embora existam estes dois protocolos de atendimento às crises Hipertensivas, cada instituição pode seguir o que for adequado à realidade e às necessidades na própria instituição ou criarem um protocolo de atendimento próprio.

Muitos pacientes apresentam a PA elevada simplesmente por não usarem suas medicações, ou usarem de forma inadequada ou, ainda, por não saberem serem portadores de hipertensão arterial sistêmica, tratando-se apenas de hipertensão arterial sistêmica crônica não controlada.

Cherney et al.(2002) afirma ainda que o nível absoluto da pressão arterial, em situação de Emergência Hipertensiva, não é o parâmetro mais importante, mas sim a presença de lesões de órgãos alvo e a condição clínica.

O diagnóstico é feito, observando-se aumento da pressão arterial, associada a sinais ou sintomas de lesão de órgãos alvo (Emergência Hipertensiva) e não associada a quadro clínico agudo, de lesão dos órgãos alvo (Urgência Hipertensiva).(Furtado, 2003).

As condições clínicas do paciente precisam ser prontamente avaliadas, especialmente os exames neurológicos, cardiológicos, pulmonares e vasculares. Devem ser realizados: eletrocardiograma, radiografia de tórax e fundoscopia para identificar lesões em órgãos alvo. Análises laboratoriais devem incluir: dosagem de creatinina e eletrólitos, assim com exame de urina do tipo I. (Varon, 2000 apud in Furtado 2003)

Segundo Lopes (2005, p 115) os achados clínicos mais significantes no atendimento de emergência são:

**Quadro 05- Achados de história e exame físico das emergências hipertensivas.**

<b>Emergências hipertensivas</b>	<b>Anamnese</b>	<b>Exame físico</b>
Edema Agudo de Pulmão	Angústia e dificuldade de fala, disfunção ventricular	Estertores até ápice, baixa saturação de oxigênio B3e ou/B4, pode ter estase de jugular
Síndrome Coronária Aguda	Dor ou sensação de opressão precordial	B4 presente, pobres achados propedêuticos
Dissecção Aguda de Aorta	Dor lancinante, pode ser precordial ou irradiar para as costas	pulsos assimétricos, pode ter sopros diastólicos em foco aórtico
Encefalopatia hipertensiva	Letargia, cefaleia, confusão, distúrbios visuais, convulsões de início agudo	Pode não ter qualquer achado no exame físico
Hipertensão Maligna	Astenia, mal-estar, emagrecimento,Oligúria	Fundo de olho: papiledema
Acidente Vascular Encefálico Isquêmico	Súbita alteração neurológica (motora ou sensitiva)	Alteração no exame neurológico
Eclampsia	Gestante após 20a semana de gestação ou até a 6a semana pós parto	Diagnóstico prévio de pré-eclampsia e que desenvolve convulsões

Fonte: LOPES *et.al.* **Crise hipertensiva.** Rev Soc Bras Clin Med. 2005; 3:115.

As emergências hipertensivas devem ser tratadas de acordo com seu foco, e mantendo o paciente em monitorização cardíaca, PAM, oximetria, manter acesso venoso, iniciar tratamento farmacológico, realizar ECG com 12 derivações, encaminhar para tomografia e/ou ultrassonografia (realização de TC de crânio e USG de abdômen).

Furtado (2003) diz que pela grande frequência com que os indivíduos procuram atendimento médico-hospitalar, as Crises Hipertensivas constituem-se em tema médico de importância e que devido esta frequência acaba – se por gerar um ciclo vicioso das crises hipertensivas.

O processo de entrada nas emergências eram por ordem de chegada, conhecida como livre demanda, onde o atendimento era realizado de acordo com o horário de chegada na emergência, independente da queixa e /ou sinais e sintomas, o que permitia que pacientes mais graves fossem atendidos após longa espera e agravando seu quadro clínico.

Outro processo de recepção feito nas emergências é o processo por Triagem, que consiste na informação ao profissional de saúde para desenvolver um plano de intervenção e aos pacientes, um *feedback* que pode ser utilizado para motivá-los na mudança de hábitos. Recomenda-se a utilização de um instrumento padronizado e validado. A triagem é bem empregada no atendimento pré – hospitalar e em situações de múltiplas vítimas, onde se empregam cores para priorizar o atendimento e o tempo de espera para o paciente.

O Sistema de Triagem trata-se de uma medida adaptada pelo Ministério da Saúde no ano 1997, para a Reestruturação dos Serviços de Urgência, o qual pode ser descrito como situação onde os profissionais de saúde têm que escolher qual o paciente que irá ser atendido em primeiro lugar, especialmente em serviços de emergência nos hospitais, ou se este paciente será atendido naquela unidade ou se deve procurar atendimento em outra unidade. Ou seja, a triagem seria um fluxograma unidirecional para o atendimento, permitindo uma avaliação rápida e eficaz do paciente que, baseado na resposta, norteia o próximo passo a ser adotado.

A triagem é mais bem empregada no atendimento pré – hospitalar onde o profissional deve atentar para os seguintes pontos:

❖ Procedimento baseia-se no restabelecimento dos Sinais Vitais e como proceder ao tratamento;

- ❖ Identifica vítima de acordo com o risco de morte;
- ❖ Inicia-se no atendimento pré-hospitalar e no processo de “evacuação”;
- ❖ Organiza a entrada da vítima na emergência e para onde este deve ser encaminhado.

As emergências hoje tendem a fazer o atendimento seguindo as recomendações da Política do HumanizaSUS, que é uma proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS nos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Humaniza para MS significa a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Esta política é norteada pela autonomia e o protagonismo dos sujeitos.

A política de Humanização vem na tentativa de acabar com as indiferenças das enormes filas de espera, pelo atendimento mecanizado. E para iniciar este processo foi criado o acolhimento com classificação de risco.

Para o MS (2010) Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) pressupõe a criação de espaços de escuta, de recepção que proporcione a interação de usuário e trabalhador, que seja acolhedora. Diferente das ações intimidadoras, da falta de privacidade ao usuário que chega ali para falar do seu problema, sem que todo resto da fila ouça. No âmbito do Pronto-Socorro, o acolhimento com a classificação de risco, é uma ferramenta utilizada para proporcionar a atenção por nível de complexidade.

A classificação de risco considera as seguintes áreas de atendimento básico: área de emergência e área de pronto atendimento, no qual o paciente será atendido de acordo com o grau de comprometimento à sua vida, e não pela ordem de chegada.

Entende-se por acolhimento, segundo o glossário de termos técnicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o seguinte:



*“A recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.”*

O programa QUALISUS, com foco na melhoria da qualidade dos serviços de emergência hospitalar, insere-se em um contexto mais amplo, que é a constituição da Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU (MS, 2006). Os componentes da PNAU são: (1) pré-hospitalar fixo; (2) pré-hospitalar móvel; (3) hospitalar; (4) pós-hospitalar; (5) Centrais de Regulação Médica às Urgências integradas ao Complexo Regulador do SUS.”

O Programa QUALISUS estabelece como objetivo a busca da qualidade na atenção à saúde no SUS enquanto política estratégica de governo. Qualidade é definida como o grau com que os serviços de saúde satisfazem as necessidades, expectativas e padrões de atendimento dos indivíduos e suas famílias. São apresentadas seis dimensões de qualidade: (1) resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde; (2) redução dos riscos à saúde; (3) humanização das relações entre os profissionais, entre os profissionais e o sistema de saúde, e entre os profissionais e os usuários do sistema; (4) presteza na atenção e conforto no atendimento ao usuário; (5) motivação dos profissionais de saúde; (6) controle social na atenção e organização do sistema de saúde do país.

Gusmão-Filho (2008) estudou a implantação do programa QUALISUS em três hospitais do Município de Recife e analisou a influência do contexto organizacional sobre o grau de implantação. O estudo concluiu que sua implantação foi influenciada positivamente pela atuação das comissões formadas por profissionais dos próprios hospitais e assessoradas por consultores contratados pelo programa.

A prática pela utilização do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) já está sendo utilizada no Estado do Rio de Janeiro desde 2007 com a implantação das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA).

A classificação de risco se baseia em sinais e sintomas, junto às queixas dos pacientes e passam por uma consulta de enfermagem na qual o profissional, através da avaliação, classifica por cor a prioridade de atendimento, de acordo com o grau de risco de vida do paciente.

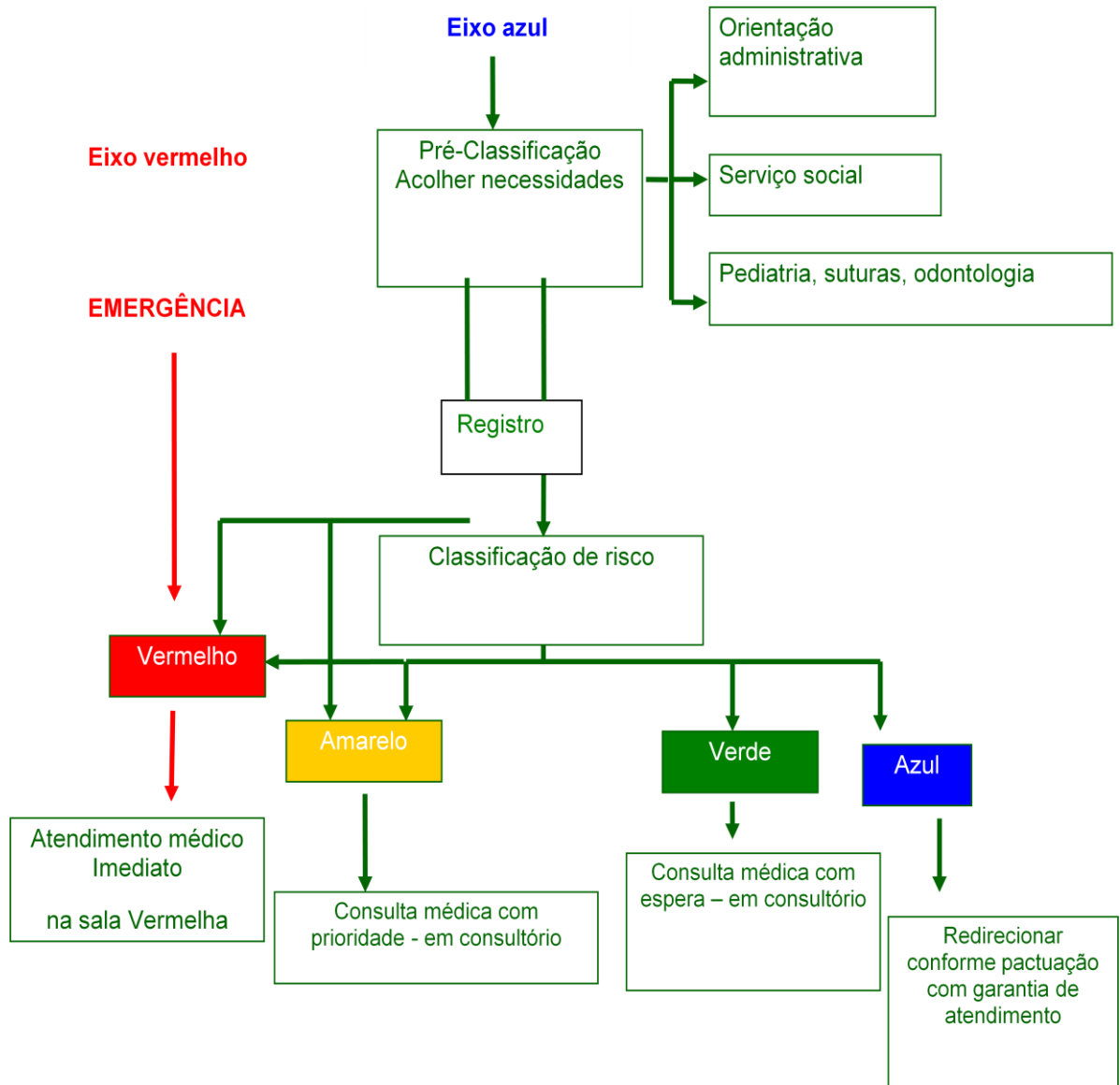
Segundo consta em *A Cartilha de Acolhimento e Classificação de Risco em Serviço de Urgência*, para garantir a organização e clareza das áreas físicas nas unidades de emergência, elas devem ser divididas por eixos e áreas. É proposta a utilização de, no mínimo, dois eixos: o vermelho, que destina-se a pacientes graves com risco de morte, e o azul, que destina-se a pacientes aparentemente não graves, mas que necessitam ou procuram o atendimento de urgência BRASIL (2009).

O Eixo Vermelho apresenta três áreas, às quais o paciente grave poderá ser encaminhado após a avaliação, classificação de risco e conseqüentemente a prioridade de atendimento detectada pelo profissional enfermeiro. São elas:

- ❖ Área Vermelha: destinada a pacientes que necessitam de atendimento imediato;
- ❖ Área Amarela: destinada a pacientes já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos);
- ❖ Área Verde: destinadas aos pacientes menos críticos.

As Unidades de Saúde que adotam o sistema de Acolhimento e Classificação de Risco devem ser basear no fluxograma:

Gráfico 03 - Fluxo de Atendimento na Classificação de Risco.



Fonte: Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco, MS, 2004.

O MS em 2004 criou a cartilha de Acolhimento com Classificação de risco como base e projeto piloto, mas cada cidade adapta esta cartilha e cria, baseada nas fundamentações, o seu manual de Classificação, seguindo os princípios das cores e prioridades.

### **REFERENCIAL METODOLÓGICO**

#### **2.1. TIPO DE PESQUISA**

Esta pesquisa tem abordagem quantitativa de caráter descritivo, examinada no contexto de uma linguagem que procura evidenciar a evolução das idéias associadas à abordagem na descrição e interpretação dos fenômenos em torno da crise hipertensiva.

A análise quantitativa permite a realização de estatísticas descritivas e a simplificação das representações complexas, permitindo ainda a verificação de existência de correlações entre variáveis de interesse.

Os dados foram coletados a partir de informações do DATASUS, dos manuais e protocolos da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, levantando dados do anos de 2009 e 2010.

Os dados foram tabulados em planilhas e tratados por meio do Programa Excell e apresentando os resultados através de tabelas e quadros.

#### **2.2. CASUÍSTICA E MÉTODO**

O processo de investigação foi feito através da consulta de registros disponibilizados pelas Secretarias de Saúde relacionadas ao atendimento de emergência.

Considerando a viabilidade para realização do estudo investigativo selecionamos a Região Metropolitana I como cenário de pesquisa por apresentar a maior taxa de índice de mortalidade/internação, e por ser a cidade do Rio de Janeiro a referência de atendimento de todo o Estado.

Hoje o Município do Rio de Janeiro conta com 11 Hospitais estaduais, 05 Hospitais Municipais, 18 Unidades de Pronto Atendimento 24h do Estado e 12 do Município, independente da área programática.

Para análise deste estudo foram considerados os registros acerca de:

- ❖ A forma de entrada do paciente na Unidade (triagem, acolhimento, classificação de risco, livre demanda);
- ❖ Existência de fluxograma de atendimento;
- ❖ Taxa de internação por doenças do aparelho circulatório.

Os resultados foram analisados à luz da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, do Protocolo de Hipertensão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, do Protocolo de Emergência Hipertensiva do Ministério de Saúde e pelo protocolo internacional da AHA.

## **2.4. ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto foi cadastrado no SISNEP sob o número 403844, não necessitando de aprovação do Comitê de ética e pesquisa, uma vez não se tratar de pesquisa em seres humanos, conforme estabelecido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional e Saúde.

Todas as etapas da coleta de dados foram realizadas pela própria pesquisadora, respeitando o anonimato e os preceitos éticos, não relacionando os dados as Instituições.

**ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Através dos dados do SIA e SIH/ SUS (sistema de atendimento ao SUS e sistema de internação hospitalar) pode – se observar as variações de ocorrências referentes às taxas de mortalidade das doenças cardiovasculares (Tabela 01).

**Tabela 01 -Taxa de mortalidade do Estado do Rio de Janeiro por doenças do coração, de acordo com o CID X, nos anos de 2009 e 2010. DATASUS. Rio de Janeiro, 2011.**

Regional de Saúde	2009	2010
3301 Baía da Ilha Grande	1,06	2,71
3302 Baixada Litorânea	5,58	5,41
3303 Centro-Sul	1,03	1,01
3304 Médio Paraíba	1,05	0,80
3305 Metropolitana I	7,60	7,18
3306 Metropolitana II	1,73	4,59
3307 Noroeste	0,61	0,74
3308 Norte	4,54	2,02
3309 Serrana	2,09	3,37

Fonte: SIH/SUS,2011

Por meio das buscas e cruzamentos de dados obtidos nos programas do SUS foi possível perceber que a região de Saúde Metropolitana I, do Estado do Rio de Janeiro, encontra – se com uma das taxas mais elevadas de mortalidade por doenças cardíacas (Tabela 01), além de ser a Região que engloba a cidade de referência para todo o interior do Estado.

De acordo com as informações do DATASUS, durante o período de Janeiro de 2009 à Dezembro de 2010, foi possível verificar que a Cidade do Rio de Janeiro, dentro da Região Metropolitana I, possuiu a maior taxa de mortalidade para o número de internações por doenças do aparelho cardiovascular (Tabela 02).

**Tabela 02 - Taxa de internação hospitalar, no Estado do Rio de Janeiro, por doenças do coração, de acordo com o CID X, nos anos de 2009 e 2010. DATASUS. Rio de Janeiro, 2011.**

<b>Regional de Saúde</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
3301 Baía da Ilha Grande	0,67	0,81
3302 Baixada Litorânea	4,47	4,10
3303 Centro-Sul	6,86	6,87
3304 Médio Paraíba	13,46	13,93
3305 Metropolitana I	38,24	35,46
3306 Metropolitana II	14,39	13,32
3307 Noroeste	5,78	7,54
3308 Norte	6,51	6,86
3309 Serrana	9,62	11,12

Fonte: SIH/SUS,2011

Conforme descrito anteriormente, a região Metropolitana I permanece com a maior taxa de internação hospitalar, na Cidade do Rio de Janeiro, cidade pertencente a região, contém duas Unidades Hospitalares especializadas em Cardiologia que são referências para todo o Estado do Rio de Janeiro.

Ao recorrer às base nas informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, podemos observar os tipos de atendimento quanto ao grau de complexidade, número de leitos, serviço oferecido e tipo de entrada dos hospitais do Município e do Estado da Cidade do Rio de Janeiro (Quadro 06).

**Quadro 06 - Tipos de atendimento dos hospitais do Município e do Estado da Cidade do Rio de Janeiro de acordo com os dados do CNES. Rio de Janeiro, 2011.**

<b>INSITUIÇÃO</b>	<b>TIPO DE ENTRADA</b>	<b>NÚMERO DE LEITOS NA EMERGÊNCIA</b>	<b>EXAME ECG</b>	<b>EXAME DE LABORATORIO</b>	<b>EXAME DE IMAGEM</b>	<b>SALA DE MEDICAÇÃO</b>
<b>Hospital Municipal Souza Aguiar</b>	ACOL CR	103	S	S	S	S
<b>Hospital Municipal Salgado Filho</b>	DE e REF	26	S	S	S	S
<b>Hospital Municipal Miguel Couto</b>	ACOL CR	56	S	S	S	S
<b>Hospital Municipal Lourenço Jorge</b>	DE	81	S	S	S	S
<b>Hospital Municipal Paulino Werneck</b>	DE e REF	21	S	S	S	S
<b>Hospital Municipal Ronaldo Gazolla - Acari</b>	REF	30	S	S	S	S
<b>Hospital Estadual Albert Schweitzer</b>	DE e REF	62	S	S	S	S
<b>Hospital Estadual Carlos Chagas</b>	DE e REF	20	S	S	S	S
<b>Hospital Estadual Getulio Vargas</b>	DE e REF	58	S	S	S	S
<b>Hospital Estadual Pedro II</b>	DE e REF	24	S	S	S	S
<b>Hospital Estadual Rocha Faria</b>	ACOL CR	62	S	S	S	S
<b>UPA Município</b>	ACOL CR	16 A 19	S	S	S	S
<b>UPA Estado</b>	ACOL CR	12 A 16	S	S	S	S

Fonte: SIH/SUS,2011



As Unidades de Pronto Atendimento, tanto do estado quanto do município, utilizam – se da metodologia de Acolhimento com Classificação de Risco. O que modifica é o número de leitos. O sistema de classificação de risco permite identificar rapidamente quem precisa de atendimento em primeiro lugar e, não necessariamente, pelo tempo de espera. Tradicionalmente a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora com uma dimensão espacial, recepção administrativa e ambiente confortável, ora com uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos. Ambas as noções têm sua importância, entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo.

Neste funcionamento o objetivo principal é o repasse do problema, tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades. Desdobra-se daí a questão do acesso comumente trabalhado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco e agravamento, o funcionamento de agendas restritivas dos profissionais de saúde funcionando a moda privada de clientela cativa e num modelo médico-centrado sem ação de vínculo e responsabilidade. Este funcionamento demonstra a lógica perversa no qual grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano.

Para o MS, o acolhimento corresponde ao processo de trabalho que favorece a confiança do usuário e o compromisso da equipe. Este processo pode se restringir a uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais (habitualmente do corpo de enfermagem); a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção e ambiente confortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) que acolhe suas informações e através delas informar como será o atendimento e se sua queixa será atendida naquela unidade de saúde ou se terá que ser encaminhada a outra (MS, 2009).

A classificação de risco é tipo de entrada do serviço de atendimento de dois dos hospitais do Município do Rio de Janeiro (Quadro 06), onde possui uma consulta de enfermagem na qual o profissional realiza um atendimento classificando o paciente por agravamento à sua saúde e colocando-o em prioridade de atendimento. O Ministério da Saúde (1995) caracteriza os procedimentos dos serviços de emergência em três modalidades, tendo como critério a gravidade (acuidade) e a complexidade do caso a ser tratado como: urgência

de baixa e média complexidade — quando não há risco de morte; urgência de alta complexidade — não há risco de morte, porém o paciente apresenta um quadro crítico ou agudo; e emergência — casos em que há risco de morte.

As doenças crônicas não-transmissíveis são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No Brasil estas doenças têm se destacado fazendo com que o país procure priorizar ações em sua prevenção e controle. Incluída nesse grupo está a hipertensão arterial, considerada um sério problema de saúde pública por acometer 20% da população adulta mundial (Carneloso et al., 2004; SBHA, 2006). Segundo Marik e Varon (2007), o diagnóstico e manejo da crise hipertensiva estão distantes do preconizado pela literatura médica, sendo um dos problemas médicos agudos mais mal entendidos e mal manejados. Muitos profissionais tendem a limitar o tratamento da crise hipertensiva à imediata e abrupta redução dos elevados níveis tensionais apresentados, sem, contudo, considerar as peculiaridades da patologia em desenvolvimento. O atendimento por classificação de risco pode favorecer esse tipo de conduta, deixando de oferecer o encaminhamento necessário ao paciente.

Estudos referem que três quartos das pessoas afetadas pela hipertensão mantêm pressão arterial não-controlada, mesmo recebendo terapia anti-hipertensiva. Desses, cerca de 1% desenvolve um ou múltiplos episódios de crise hipertensiva (Varon e Marik, 2000). As crises hipertensivas podem, assim, ter origem na hipertensão arterial se esta não for devidamente controlada e podem desencadear uma situação de urgência ou de emergência clínica (Guedes; Araujo, 2005), contribuindo para o aumento do número de buscas por atendimento nos serviços de emergência.

Os principais fatores relacionados à procura por atendimento nas unidades de emergência dos hospitais são relacionados com características demográficas e socioeconômicas, acesso aos meios de transporte, distância do serviço de emergência, início dos sintomas/percepção da severidade do caso pelo paciente, violência urbana, pólos geradores de tráfego que elevam o número de acidentes automobilísticos e atropelamentos, deficiência nos serviços prestados por outras unidades públicas de assistência à saúde.

A maioria das Unidades da rede hospitalar do Município e do Estado ainda utiliza como porta de entrada para o atendimento, a livre demanda e a triagem. Assim como as UPAs, alguns hospitais do Município e do Estado estão em fase teste do método de

Acolhimento com Classificação de Risco. A livre demanda decorre de atendimento inadequado, no qual o paciente é recebido por um funcionário administrativo, realiza o preenchimento dos dados para a ficha ou boletim de atendimento e aguarda por ordem de chegada.

O Sistema de Triagem trata-se de uma medida na qual os profissionais de saúde têm que escolher qual o paciente que irá ser atendido em primeiro lugar, especialmente em serviços de emergência nos hospitais, se este paciente será atendido naquela unidade ou, ainda, se deve procurar atendimento em outra unidade. A triagem seria um fluxograma unidirecional para o atendimento, permitindo uma avaliação rápida e eficaz do paciente que, baseado na resposta, norteia o próximo passo a ser adotado.

A triagem é mais bem empregada no atendimento pré – hospitalar onde o profissional deve atentar para os seguintes pontos:

- ❖ Procedimento baseia-se no restabelecimento dos SV e como proceder ao tratamento;
- ❖ Identifica vítima de acordo com o risco de morte;
- ❖ Inicia-se no atendimento pré-hospitalar e no processo de “evacuação”;
- ❖ Organiza a entrada da vítima na emergência e para onde este deve ser encaminhado.

#### **Classificação das vítimas:**

##### **•Vermelha / Imediata:**

Lesões graves e severas;

Risco sobrevida depende de cuidados imediatos;

Ex: vítima com obstrução de vias aéreas + hemorragia.

##### **•Amarela / Pode aguardar:**

Vítima com lesão grave;

Sem risco iminente;

Sobrevida independe de cuidados imediatos.

Ex: Vítima com fratura de osso longo.

**•Verde / Leve:**

Vítima com lesões leves;

Deambulando;

Podem ajudar no socorro;

Pode ser atendido no local ou encaminhado a emergência.

Ex: Escoriações em membros.

↓ 30 / ↓2 / Obedece e deambula

**•Preta / Expectante:**

Vítima muito grave ou morta;

Prognóstico sombrio;

Não responsiva e sem pulso;

Ex: Queimaduras de 3º grau em 90 % do corpo.

PCR – Não reanima

Segundo Martin et al. (2004), a abordagem da crise hipertensiva apresenta controvérsias relacionadas principalmente ao diagnóstico correto, à diferenciação entre emergência e urgência, às dificuldades de avaliação e à escolha da terapêutica adequada. Esse fato assume maior importância quando se considera que o diagnóstico e o tratamento adequados previnem graves lesões decorrentes dessa situação clínica.

Os dados registrados no CNES quanto aos números de leitos nas emergências hospitalares observados no Quadro 06 revelam quantos leitos registrados existem tanto para as emergências clínicas quanto para as traumáticas, incluindo ainda os leitos de semi-intensiva, que são leitos destinados a pacientes normalmente intubados que aguardam vagas no CTI ou para a cirurgia, o que nos revela um baixo número de leitos para a necessidade real de internação de pequena permanência.

A ocorrência deste número de leitos acaba, por vezes, causando um acúmulo de macas pelos corredores e a superlotação das emergências, levando a uma baixa qualidade na assistência, e ainda elevação no período de internação neste setor.

A atenção às urgências ainda não teve espaço devido no cenário das discussões sobre saúde em nosso país, continuando com investimento na prática da assistência terciária. Os

gestores de saúde de Municípios se preocupam com a questão da locomoção de seus cidadãos até os Municípios maiores em busca dos hospitais de referência. Poucos Municípios investem na área da saúde, em âmbito local. Assim cuidam, quase que exclusivamente, da atenção básica, buscando ações de atenção secundária ou terciária em outros Municípios de grande porte. Tais práticas resultam na sobrecarga desses centros (Chapman, Dowling e Wagner, 2005).

Essa é, ainda, a realidade da maioria dos grandes centros urbanos, onde, segundo os usuários, o acesso aos serviços do SUS é difícil, as filas de espera para consultas, exames e cirurgias são longas e faltam vagas para internação, bem como pessoal capacitado (Merhy, 2004).

Quanto aos serviços de diagnóstico pode-se observar no Quadro 06 que em todas as unidades existem laboratórios de análises clínicas, radiografia e salas de medicação. Quanto ao exame de alto custo como tomografia, ressonância e Doppler, os mesmos não estão presentes em todas as unidades. As UPAs, por exemplo, só apresentam exames de radiografia e ECG, além do laboratório. Para realização de diagnóstico de alta precisão torna-se necessária a transferência dos pacientes para as Unidades Especializadas, que se dá mediante a autorização prévia do SISREG – Sistema de Regulação de Vagas. Sobre tal assertiva, estudo norte-americano relata que cerca de 30% do total de um bilhão de pessoas portadoras da doença no mundo não são diagnosticadas devidamente por falta de recursos/equipamentos necessários (Varon; Polansky, 2006).

O uso de medicamentos para controle da PA em pacientes com diagnóstico de crise hipertensiva tem sido motivo de debates e controvérsias. Em geral, se aceita que o tratamento das emergências deva ser ministrado com drogas por via parenteral, com o objetivo de se reduzir a PA ao longo de horas, e o das urgências, com drogas por via oral, com o propósito de controle da PA ao longo de 24h (Valdes; Roessler, 2002 apud Lacerda 2009). Apesar da falta de embasamento científico, por motivos circunstanciais, é comum em nosso meio o uso de medicamentos por via sublingual, principalmente o captopril e a nifedipina, dando-se preferência ao primeiro por causa de sua ação mais gradual (Praxedes et al., 2001).

A abordagem farmacológica da hipertensão arterial (HA) tem apresentado grande progresso nas últimas décadas. Esse progresso é consequência, dentre outros fatores, da utilização da associação de anti-hipertensivos modernos, que se caracterizam pela presença de

novas propriedades farmacológicas, com drogas de eficácia e segurança, comprovadas há muito tempo (Ceyhan et al., 1990 aput Lacerda 2009).

**Tabela 03 - Mortalidade proporcional por Doenças Cardiovasculares no Rio de Janeiro de 2004 a 2010. Rio de Janeiro, 2011.**

<b>Ano</b>	<b>Taxas%</b>
2004	11,8
2005	14,5
2006	14,2
2007	21,5
2008	24,8
2009	30,8
2010	32,4

FONTE: Lotufo e Lolio, 2010.

O controle sobre a taxa de mortalidade por Doenças Cardiovasculares conduz obrigatoriamente ao controle da doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular. Nas doenças isquêmicas, a intervenção direta sobre fatores de risco isolados é pouco eficaz, sendo mais indicada ações intervencionistas que consigam interferir de forma globalizada sobre o estilo de vida da população. Nas doenças cerebrovasculares, é reconhecida a necessidade do diagnóstico e tratamento da hipertensão como essencial para o controle da mortalidade (Lotufo e Lolio, 2010). As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares vêm aumentando ao longo dos anos, conforme indica a Tabela 03.

Tabela 04 – Distribuição das Internações por Grupo de Causas e Faixa etária – CID10 – Brasil 2010.

Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	14,7	<b>23,3</b>	<b>18,1</b>	14,1	4,4	5,2	6,5	7,3	7,1	8,1
II. Neoplasias (tumores)	0,6	1,9	3,7	4,8	2,1	5,7	10,7	7,6	8,4	5,7
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,5	0,8	1,2	1,2	0,5	0,5	0,7	1,0	1,0	0,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,9	2,8	2,5	2,3	0,6	1,6	4,5	5,4	5,2	2,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,0	0,0	0,1	0,5	1,3	4,5	2,0	0,4	0,5	2,6
VI. Doenças do sistema nervoso	1,5	1,8	2,3	2,4	0,8	1,3	2,0	1,9	1,9	1,5
VII. Doenças do olho e anexos	0,2	0,3	0,6	0,6	0,2	0,5	1,5	1,7	1,7	0,7
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,2	0,4	0,8	0,7	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,4	0,3	0,7	1,4	1,1	6,9	<b>25,6</b>	<b>28,6</b>	<b>28,3</b>	10,2
X. Doenças do aparelho respiratório	<b>36,5</b>	<b>45,5</b>	<b>29,6</b>	<b>16,6</b>	4,6	5,4	12,9	<b>19,8</b>	<b>18,6</b>	13,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,3	6,3	10,3	10,2	4,2	9,2	12,9	8,8	9,5	8,8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,8	1,8	2,4	2,3	1,1	1,3	1,7		1,4	1,4

								1,4		
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,2	0,6	2,1	3,7	1,4	2,7	3,2	2,4	2,5	2,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,6	3,6	6,4	6,9	5,3	8,3	6,7	5,5	5,7	6,7
<b>XV. Gravidez parto e puerpério</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>9,2</b>	<b>62,9</b>	<b>34,4</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>21,9</b>
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	<b>32,2</b>	1,6	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2,9	2,5	2,9	2,5	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,8
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1,0	1,2	1,6	1,8	0,8	1,3	1,9	2,0	1,9	1,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1,0	4,4	12,7	<b>16,5</b>	7,4	8,3	6,0	5,4	5,3	7,3
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,6	0,7	1,7	2,2	0,8	2,4	0,8	0,6	0,6	1,6
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS,2011



O aparelho circulatório aparece como primeira causa de internação na faixa etária a partir dos 50 anos de idade (Tabela 4). Mesmo que a causa da morte não tenha sido diagnosticada como hipertensão arterial, o edema agudo, o acidente vascular cerebrovascular, o infarto agudo do miocárdio e outros diagnósticos afins, na maioria das vezes, a causa desencadeadora foi a crise hipertensiva, ou seja, o motivo inicial pela busca do atendimento de emergência.

Frequentemente as doenças do aparelho circulatório estão associadas ao tratamento inadequado da Hipertensão Arterial, resultando em lesões dos órgãos alvos como Retinopatia Hipertensiva, Insuficiência Renal, Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo de Miocárdio e Edema Agudo de Pulmão, ou seja, doenças que demandam a realização de exames complementares para diagnóstico e medicações que demandam de tempo para dar resultados, além do tempo de recuperação e estabelecimento hemodinâmico deste paciente, fatores estes que justificam a internação hospitalar.

**Tabela 05 – Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Rio de Janeiro  
Internações por Capítulo CID-10 e Ano processamento.**

<b>Capítulo CID-10</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Total</b>
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	46798	53548	100346
II. Neoplasias (tumores)	43639	45278	88917
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5190	5633	10823
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	21249	20794	42043
V. Transtornos mentais e comportamentais	17296	17826	35122
VI. Doenças do sistema nervoso	10792	10833	21625
VII. Doenças do olho e anexos	6458	6838	13296
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1081	1131	2212
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	<b>77066</b>	<b>79834</b>	<b>156900</b>
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	<b>78547</b>	<b>78036</b>	<b>156583</b>
XI. Doenças do aparelho digestivo	53570	60373	113943
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	14489	16654	31143
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	10969	10889	21858
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	40425	43210	83635
<b>XV. Gravidez parto e puerpério</b>	<b>136428</b>	<b>137618</b>	<b>274046</b>
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	13048	12508	25556
XVII. Malf cong deformid e anomalias romossômicas	6044	5741	11785
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7210	7850	15060
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	39938	43953	83891
X. Causas externas de morbidade e mortalidade	164	135	299
XXI. Contatos com serviços de saúde	9059	7789	16848
<b>Total</b>	<b>639460</b>	<b>666471</b>	<b>1305931</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

As doenças cardiovasculares são a terceira causa de internação hospitalar de acordo com a Tabela 05. A hipertensão arterial é, portanto, um importante fator de risco para o

desenvolvimento das Doenças Cardiovasculares e renais, representando altos índices de incapacidade e mortes, independente da presença ou não de outros fatores.

**Tabela 06- Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Rio de Janeiro  
Capítulo CID-10: IX. Doenças do aparelho circulatório. Rio de Janeiro, 2011.**

<b>Lista Morb CID-10</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Total</b>
<b>09 Doenças do aparelho circulatório</b>	<b>77066</b>	<b>79834</b>	<b>156900</b>
.. Febre reumática aguda	366	288	654
.. Doença reumática crônica do coração	455	510	965
.. Hipertensão essencial (primária)	5957	5165	11122
.. Outras doenças hipertensivas	2503	2070	4573
.. Infarto agudo do miocárdio	5186	5622	10808
.. Outras doenças isquêmicas do coração	8343	8897	17240
.. Embolia pulmonar	285	318	603
.. Transtornos de condução e arritmias cardíacas	2570	2770	5340
.. Insuficiência cardíaca	21714	20179	41893
.. Outras doenças do coração	3286	3672	6958
.. Hemorragia intracraniana	2115	2320	4435
.. Infarto cerebral	826	690	1516
.. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	7344	8146	15490
.. Outras doenças cerebrovasculares	1288	1814	3102
.. Arteroesclerose	988	1138	2126
.. Outras doenças vasculares periféricas	647	637	1284
.. Embolia e trombose arteriais	870	875	1745
.. Outras doenças das artérias arteríolas e capil	1886	1769	3655
.. Flebite tromboflebite embolia e trombose venosa	2016	2890	4906
.. Veias varicosas das extremidades inferiores	5700	7037	12737
.. Hemorróidas	1848	1948	3796
.. Outras doenças do aparelho circulatório	873	1079	1952
<b>Total</b>	<b>77066</b>	<b>79834</b>	<b>156900</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na Tabela 06 a hipertensão aparece como quarta causa de internação hospitalar dentre as doenças do aparelho circulatório. Entretanto, devemos considerar que a referência é feita apenas à hipertensão primária, o que nos leva a concluir que as demais classificações estão incluídas nos agravos relacionados à hipertensão. Muitas evidências sugerem que o desenvolvimento da hipertensão tenha um forte componente de fatores ambientais e de comportamento (PAGE LB, 1976; THE FIFTH REPORT, 1993 apud SOUSA, 2000).

Trata-se de uma enfermidade generalizada na América Latina, atingindo até 23% da população, com pequenas variações entre os países: México com 22% dos adultos, Equador estima-se 22% de hipertensos; Uruguai com 20%; Chile com 18.8% na região metropolitana e entre maiores de 15 anos; Costa Rica com 14.4% e Brasil com 17% a 18% de indivíduos hipertensos acima de 20 anos (INTERAMERICAN ASSOCIATION, 1996 apud SOUSA, 2000).

Os estudos sobre prevalência da hipertensão arterial na população brasileira geralmente são regionais, de abrangência restrita, e que por terem optado cada um por metodologia própria não viabilizam a comparação dos resultados. A maioria das informações tem estado na dependência de dados secundários, e análises indiretas, como as estatísticas de mortalidade, as estatísticas de morbidade hospitalar e informações sobre incapacitações temporárias ou permanentes decorrentes. No entanto, apesar dessas limitações, são estudos que têm permitido conhecer um pouco mais sobre como se distribui essa morbidade em nosso país.

Estudar a hipertensão arterial como morbidade referida pode permitir o acesso ao conhecimento de fatos antes obstaculizados pelas dificuldades de se realizar este tipo de estudo em nosso país, diante de sub notificação dos casos. O perfil epidemiológico dessa morbidade e o padrão do uso dos serviços de saúde pela população pode ser uma nova possibilidade de estudo. O que, em última análise, poderia significar a redução de custos e incremento nos benefícios ofertados.

No Sistema de Informações Hospitalares do SUS foi possível apenas o registro da morbidade por doenças circulatórias, do qual a hipertensão faz parte.

**Tabela 07- Percentuais de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão arterial, por faixa etária, segundo 15 capitais brasileiras e o Distrito Federal. Brasil, 2009 – 2010.**

CAPITAL	25 A 39 anos				40 A 59 anos				Acima de 60 anos			
	Total	Nº	%	(IC95%)	Total	Nº	%	(IC95%)	Total	Nº	%	(IC95%)
Manaus - AM	470	70	14,9	(11,8-18,0)	354	92	26	(21,6 - 30,4)	133	55	41,4	(32,9 - 50,7)
Belém - PA	321	30	9,3	(6,0 - 12,7)	316	83	26,3	(21,8 - 30,8)	141	55	39	(31,7 - 46,3)
Fortaleza - CE	609	85	14	(10,8 - 17,1)	517	159	30,8	(26,5 - 35,1)	255	119	46,7	(40,8 - 52,4)
Natal - RN	206	29	14,1	(8,4 - 19,8)	195	61	31,3	(26,6 - 36,0)	89	37	41,6	(32,3 - 50,9)
João Pessoa - PB	313	31	9,9	(6,2 - 13,6)	300	81	27	(21,8 - 32,2)	132	52	39,4	(29,6 - 49,2)
Recife - PE	239	35	14,6	(10,0 - 19,3)	293	96	32,8	(27,9 - 37,7)	142	68	47,9	(39,9 - 55,9)
Aracajú - SE	242	25	10,3	(6,2 - 14,4)	199	63	31,7	(26,1 - 37,2)	78	46	59	(45,6 - 72,3)
Campo Grande – MS	190	14	7,4	(3,4 - 11,3)	206	69	33,5	(27,3 - 39,7)	67	36	53,7	(42,3 - 65,1)
Distrito Federal	617	73	11,8	(9,2 - 14,4)	496	156	31,5	(27,5 - 35,4)	150	74	49,3	(42,6 - 56,1)
Belo Horizonte – MG	690	68	9,9	(7,6 - 12,1)	592	192	32,4	(28,5 - 36,4)	263	138	52,5	(46,4 - 58,6)
Vitória - ES	201	22	10,9	(5,7 - 16,2)	252	81	32,1	(24,8 - 39,5)	81	39	48,1	(35,7 - 60,6)
Rio de Janeiro - RJ	635	88	13,5	(10,7 - 16,2)	866	294	33,9	(30,9 - 37,9)	441	225	51	(46,1 - 56,0)
São Paulo - SP	332	42	12,7	(9,4 - 15,9)	346	126	36,4	(31,0 - 41,8)	115	64	55,7	(45,2 - 66,1)

Fonte: Ministério da Saúde, Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Mortalidade referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis

A tabela acima demonstra percentuais de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão arterial em pelo menos uma consulta, entre os que referiram ter realizado exame para medir a pressão arterial nos últimos dois anos, em uma população de estudo de 25 anos ou mais, por faixa etária, segundo 15 capitais brasileiras e o Distrito Federal, entre os anos de 2009 e 2010.

O Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Mortalidade referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis realizado pelo Ministério de Saúde entre 2009 e 2010 revelou no Rio de Janeiro os mais altos percentuais de indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial entre as faixas etárias de 45 a 60 anos (Tabela 07 ).

Estudos de prevalência de base populacional da hipertensão arterial no Brasil ainda estão restritos às Regiões Sul e Sudeste do País. O recente inquérito nacional de fatores de risco para doenças não transmissíveis foi realizado no Distrito Federal, em todas as capitais do Sul e do Sudeste, em duas das cinco capitais da Região Norte (Manaus e Belém), em cinco das nove capitais da Região Nordeste (Aracaju-SE, Fortaleza-CE, Natal-RN, João Pessoa-PB e Recife-PE) e em uma das três capitais da Região Centro-Oeste (Campo Grande- MS). Estudos nas Regiões Norte e Centro-Oeste estão restritos aos voluntários em populações indígenas. Na Região Nordeste, estudos foram encontrados apenas na Bahia, em uma pequena população rural e na capital do Estado. Há necessidade de ampliar nosso conhecimento sobre a saúde da população brasileira no seu conjunto, já que fatores etários, econômicos e sociais podem influenciar na prevalência da hipertensão.

Considerando o critério de hipertensão arterial como pressão sistólica >140mmHg e/ou pressão diastólica >90mmHg e/ou uso corrente de anti-hipertensivo, os estudos mostram taxas de prevalência em torno de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade. Esses índices variam em função da população estudada, mas são semelhantes à prevalência encontrada em outros países da América Latina; são valores importantes para o planejamento de ações de Saúde Pública.

A alta prevalência e aglomeração de fatores de risco para DCV entre hipertensos reforçam a necessidade não só de aprimoramento do diagnóstico e tratamento da hipertensão, como também da abordagem integral do perfil de risco dessa população.

Na Tabela 8 podemos constatar que a Região Metropolitana I é a segunda região do Rio de Janeiro com maior número de internações por doenças cardiovasculares.

**Tabela 08 - Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Rio de Janeiro.  
Internações por Regional de Saúde e Ano processamento. Rio de Janeiro, 2011.**

<b>Regional de Saúde</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Total</b>
3301 Baía da Ilha Grande	9444	10695	20139
3302 Baixada Litorânea	19121	22821	41942
<b>3303 Capital</b>	<b>228607</b>	<b>231508</b>	<b>460115</b>
3304 Centro-Sul	23776	24119	47895
3305 Médio Paraíba	47834	51707	99541
<b>3306 Metropolitana I</b>	<b>99391</b>	<b>103260</b>	<b>202651</b>
3307 Metropolitana II	87752	90915	178667
3308 Noroeste	29735	33000	62735
3309 Norte	45683	47753	93436
3310 Serrana	48117	50693	98810
<b>Total</b>	<b>639460</b>	<b>666471</b>	<b>1305931</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Nos últimos anos, houve a regressão da incidência e até a eliminação de algumas doenças transmissíveis, mas nos deparamos também com o aumento das doenças crônicas e com situações recentes, como o surgimento da gripe A (H1N1) e aumento de casos de Dengue. A tabela 08 vem demonstrar que as doenças cardiovasculares não fogem a esta estatística, demonstrando um aumento considerável em um ano de análise, ou seja, entre os anos de 2009 e 2010. Ao comparar Capital e Região Metropolitana I com o restante do estado chegamos a 51,2% dos casos notificados do Estado.

O alto consumo de bebidas alcoólicas pela população também está associada aos fatores predisponente e de comorbidades. Hoje o Alcoolismo e uso de drogas configura sério problema de saúde pública, cujos efeitos repercutem na saúde física e mental dos indivíduos, atuando como fator determinante sobre causas psicossomáticas pré-existentes, cujo tratamento requer processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude. Entre as consequências, figuram doenças cardiovasculares, neoplasias, absenteísmo – com aposentadorias precoces e hospitalizações –, acidentes de trabalho e de trânsito, violência, suicídios e elevada frequência de ocupação de leitos hospitalares.

**Tabela 09 - Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Rio de Janeiro. Taxa Mortalidade por Capítulo CID-10 e Ano processamento. Rio de Janeiro, 2011**

<b>Capítulo CID-10</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Total</b>
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,56	9,68	9,16
II. Neoplasias (tumores)	10,26	10,23	10,25
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	7,42	8,41	7,94
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9,51	11,44	10,46
V. Transtornos mentais e comportamentais	1,2	1,14	1,17
VI. Doenças do sistema nervoso	7,92	8,43	8,18
VII. Doenças do olho e anexos	0,02	-	0,01
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,28	0,27	0,27
IX. Doenças do aparelho circulatório	8,81	10,26	9,54
X. Doenças do aparelho respiratório	7	8,73	7,86
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,82	4,09	3,96
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,76	1,01	0,89
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,75	0,96	0,85
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3,25	3,84	3,55
XV. Gravidez parto e puerpério	0,02	0,02	0,02
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4,15	4,28	4,21
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2,42	2,46	2,44
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	12,15	12,89	12,54
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3,24	3,7	3,48
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3,66	5,93	4,68
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,42	1,27	0,81
<b>Total</b>	<b>4,8</b>	<b>5,5</b>	<b>5,16</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

As doenças cardiovasculares apresentam alta taxa de mortalidade, conforme demonstrado na Tabela 09, apesar de existirem tratamentos, recursos diagnósticos e corretivos disponíveis em grande parte das redes hospitalares.



Costa e Silva, em tese de doutorado na FIOCRUZ (Escola Nacional de Saúde Pública), defendida em 1999, comenta exatamente esta tendência "perversa do maior risco de adoecimento e mortalidade por doenças potencialmente preveníveis na população de baixa escolaridade e, possivelmente, de baixa renda e, portanto, com menor acesso aos benefícios da prevenção e tratamento dessas doenças". Dentre as doenças preveníveis está a Hipertensão Arterial, associada aos grandes índices de Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio, que são as patologias de maiores índices de mortalidade e incapacidade ao indivíduo.

**Tabela 10- Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Rio de Janeiro. Valor Total por Capítulo CID-10 e Ano processamento. Rio de Janeiro, 2011.**

Capítulo CID-10	2009	2010	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	36.640.002,59	45.382.638,95	82.022.641,54
II. Neoplasias (tumores)	46.370.592,12	50.151.575,05	96.522.167,17
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2.801.627,80	2.992.920,37	5.794.548,17
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	10.397.232,54	11.017.871,89	21.415.104,43
V. Transtornos mentais e comportamentais	75.001.671,43	78.576.138,54	153.577.809,97
VI. Doenças do sistema nervoso	21.727.187,25	22.185.781,63	43.912.968,88
VII. Doenças do olho e anexos	3.712.686,76	3.950.989,75	7.663.676,51
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	519.901,87	787.890,98	1.307.792,85
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	<b>138.238.006,84</b>	<b>150.643.957,77</b>	<b>288.881.964,61</b>
X. Doenças do aparelho respiratório	60.411.672,09	62.429.377,70	122.841.049,79
XI. Doenças do aparelho digestivo	37.626.283,61	42.833.822,82	80.460.106,43
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5.452.042,32	6.605.409,56	12.057.451,88
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	12.720.167,20	13.640.536,20	26.360.703,40
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	21.626.587,41	23.508.954,22	45.135.541,63
<b>XV. Gravidez parto e puerpério</b>	<b>68.623.869,90</b>	<b>68.351.866,88</b>	<b>136.975.736,78</b>
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	19.014.830,47	22.600.543,74	41.615.374,21
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	10.132.766,61	9.261.731,60	19.394.498,21
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3.597.405,56	4.666.632,32	8.264.037,88
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	39.896.045,78	45.572.695,46	85.468.741,24
<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	<b>215.130,13</b>	<b>381.533,67</b>	<b>596.663,80</b>
XXI. Contatos com serviços de saúde	2.748.709,66	2.706.425,50	5.455.135,16
<b>Total</b>	<b>617.474.419,94</b>	<b>668.249.294,60</b>	<b>1.285.723.714,54</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A Tabela 10 demonstra a alto custo de internação hospitalar dos pacientes com doenças do aparelho circulatório, valor este que está associado ao tempo de internação, aos recursos para diagnóstico e ao alto custo das medicações e tratamentos realizados.

O diagnóstico e tratamento das doenças do aparelho circulatório têm apresentado enormes avanços tecnológicos nos últimos anos com a introdução, na rotina de atendimento, de novas técnicas tais como cineangiocoronariografia, revascularização miocárdica, ultrasonografia, cintilografia cardíaca e cerebral, tomografia computadorizada, drogas anti-hipertensivas e inotrópicas cardíacas. Entretanto, apesar deste avanço tecnológico, ainda é alto o índice de óbitos precoces por doenças cardiovasculares. Mesmo quando não são mortais, essas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para esse, sua família e a sociedade. Isso mostra que o investimento na prevenção destas doenças é decisivo não só para garantir qualidade de vida, mas também, para evitar gastos com hospitalização, que a cada dia se torna mais cara em razão do alto grau de sofisticação no qual se encontra a medicina moderna, tanto para o diagnóstico como para tratamento.

Souza e Silva (2004), diz que cada vez mais se utiliza de tecnologias de alto custo, e se os esforços e investimentos econômicos continuarem a ser priorizados para o uso de técnicas cada vez mais caras, com nenhum ou mínimo benefício ou por vezes trazendo malefícios aos pacientes, estaremos cada vez mais tentando tratar novos e antigos doentes, sem melhorar a saúde de nossa população.

### ***CONSIDERAÇÕES FINAIS***

A hipertensão arterial possui evolução silenciosa e lenta, seu tratamento requer mudanças alimentares e comportamentais, além de rigor ao seguir a prescrição medicamentosa. A falta ou a não adesão ao tratamento leva a desfechos de longo prazo: lesão de órgãos alvo e mortalidade, ou seja, adesão medicamentosa está autamente relacionada com o sucesso do tratamento e a diminuição de ocorrências de Emergências Hipertensivas.

Sabe-se que um dos maiores problemas no tratamento da hipertensão arterial é a falta do alívio de sintomas relacionados ao tratamento medicamentoso, uma vez que o objetivo principal é, geralmente, a mudança na história natural da doença. Dessa maneira, a melhora na qualidade de vida seria o motivo principal na demanda da atenção médica, no cumprimento do tratamento e no grau de satisfação obtido.

A falta de sintomas na hipertensão arterial dificulta a sua valorização. Sua cronicidade, ausência de sintomas, bem como as complicações tardias, pioram a adesão. Hipertensão não tratada demonstra agravos à saúde mais evidenciados e crises hipertensivas mais frequentes. No momento da crise, seja ela associada a sintomas ou não, a primeira providência é recorrer às Emergências Hospitalares.

Serviços Hospitalares de Emergências são utilizados por usuários para resolver suas queixas que poderiam ser facilmente solucionadas caso houvesse um atendimento resolutivo na Unidade Básica de Saúde. Tal situação faz dos Serviços de Emergências uma porta de entrada para o atendimento, aumentando a demanda de trabalho dos profissionais de saúde, gerando excesso de atendimentos passíveis de resolução na rede básica de saúde e conseqüentemente aumentando o tempo de espera para o primeiro atendimento, bem como superlotando os serviços de emergências.

Por vezes a busca pelo serviço de uma Unidade de Emergência se faz pelo não acompanhamento ambulatorial, e ao chegar a estas Unidades durante o atendimento julgam-situações não Urgente na concepção biomédica, porém, tal necessidade de atendimento para o paciente ganha tamanha proporção em suas vidas que torna imediata a busca por uma solução.

Afinal, o tempo de espera no serviço de Emergência se torna um fator considerável quando comparado ao tempo de espera para uma consulta ambulatorial.

A urgência, no que se refere às categorias de saúde, está intimamente ligada a um ideal de saúde compreendido em sua dimensão anatomofisiológica em que os sinais e sintomas expressados pelo corpo demonstram a necessidade ou não de atendimento imediato. Já para os usuários, os sintomas corporais não são necessariamente mais pertinentes e decisivos.

Os dados levantados nesta pesquisa demonstram que as doenças do aparelho circulatório, ao qual a Hipertensão faz parte, é um grande problema de Saúde Pública, seja ela na própria concepção da doença como no âmbito financeiro. Sendo a Hipertensão uma das causas básicas das principais doenças do aparelho circulatório, tem-se como reduzir os dados demonstrados com um controle ambulatorial.

Na maioria das vezes os pacientes são internados após atendimento no setor de Emergência, provavelmente decorrente de queixas como cefaléia, dispnéia, dor torácica, taquicardia, precordialgia, hipertensão arterial. Isoladamente ou avaliadas de forma superficial, estas queixas podem levar ao diagnóstico de uma situação não crítica o suficiente para um atendimento mais imediato, resultar num tempo longo de espera e conseqüentemente em agravo da situação. O fato de não encontrarmos registro de fluxogramas e a utilização inapropriada de protocolos nos serviços de emergência nos leva a constatar o que já acompanhamos na prática vivenciada, ou seja, cada serviço ou equipe médica exerce sua prática clínica baseada em seus próprios conceitos e princípios, muitas vezes deixando de implementar condutas já estabelecidas como as melhores evidências para o tratamento da crise hipertensiva.

No atendimento à Crise Hipertensiva, tanto a Urgência quanto a Emergência deve – se ter o fator tempo como prioridade, quanto menor tempo para identificar e tratar a crise, menor é a probabilidade de lesionar ou agravar um órgão alvo. O termo emergência nos remete à gravidade no estado de saúde de uma pessoa e ao tempo a ser prestado o atendimento, fator importante, a fim de restabelecermos as funções vitais o mais rápido possível e diminuir as potenciais seqüelas.

Para haver agilidade no atendimento, faz-se necessário norma, rotinas, protocolos e fluxogramas de atendimento, além do que, como já visto em toda a pesquisa, atualmente está sendo utilizado o programa de Acolhimento e Classificação de Risco do Ministério da Saúde.

Os protocolos de classificação de risco são instrumentos que sistematizam a avaliação e que vem a respaldar condutas informais, anteriormente tomadas pela enfermagem. São ferramentas úteis e necessárias, porém não suficientes, uma vez que não abrangem aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais e cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência. No entanto, ele não vem para substituir a interação, a escuta, o conhecimento associado ao bom senso, durante a queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento.

O projeto com a Classificação de Risco contemplados pela Política do QualiSUS iniciou no Estado do Rio de Janeiro, como projeto piloto das Emergências na cidade do Rio de Janeiro, nos seguintes hospitais: Hospital Municipal Miguel Couto; Hospital Municipal Souza Aguiar; Hospital Municipal Andaraí; Hospital Municipal Salgado Filho; Hospital Estadual Rocha Faria; Hospital Geral de Bonsucesso.

Esta mudança está em processo de implantação, por isto de acordo com o CNES estes Hospitais ainda não têm como porta de entrada cadastrado o Acolhimento e a Classificação de Risco, Exceto o Hospital Municipal Miguel Couto e o Souza Aguiar. Já as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são construídas e inauguradas com este serviço funcionando. O QualiSUS cria, em cada hospital, grupo de humanização no atendimento, reorganiza o funcionamento com a priorização de leitos para pacientes da emergência, institui a triagem classificatória de risco e capacita profissionais.

Mesmo com a Classificação de Risco observa – se que não se tem um fluxograma ou protocolo determinado para as Crises Hipertensivas, apenas se estas acompanham queixas associadas, como podemos ver nos eixos azul e vermelho, preconizado pelo Ministério da Saúde.

Mesmo tendo ciência da gravidade, do grau de incapacidade e do custo que a hipertensão pode levar, ainda não se tem a preocupação de diminuir estes agravos, não se observa a referência e contra-referência funcionando e nem nas emergências, a credibilidade destes danos aos pacientes atendidos nestes setores.

Baseado em todos os dados epidemiológicos, geográficos, protocolos e manuais pesquisados, esta pesquisa apontou para um fator: antes de levantar as questões relacionadas aos profissionais, devemos observar qual a funcionalidade da instituição e como ela pode facilitar ou dificultar as ações dos profissionais de saúde. Se não tem algum fator que facilite ou respalde o atendimento torna - se difícil a agilidade de atendimento aos agravos à saúde.

Esta superlotação dos serviços de emergência está apontado para a desqualificação da atenção básica e o mau uso dos usuários, seja por falta de políticas públicas que facilitem e incentivem a prevenção e a manutenção da saúde, seja por dificuldade de acesso aos serviços, e conseqüentemente, por falta de alternativa e/ou aparente resolutividade que os serviços de emergência apresentam.

A superlotação nos Serviços Hospitalares de Emergência é um fenômeno mundial e que se reflete em um baixo desempenho do sistema de saúde como um todo e, em particular, desqualifica a assistência. Habitualmente observa-se todos os leitos ocupados, pacientes acomodados em macas nos corredores e até mesmo sentados, além do tempo de espera para atendimento médico. Assim, o serviço que *a priori* deveria prestar assistência a pacientes com necessidades imediatas e que depende do tempo como fator intrínseco à diminuição de danos, também se torna um ambiente de alta tensão na equipe assistencial, diante das dificuldades encontradas para se prestar o atendimento ideal.

A superlotação esta relacionada ao aumento do tempo de permanência no serviço hospitalar de emergência que tem por principal causa a falta de leitos para a internação, o que reflete no atraso do diagnóstico e tratamento e até no aumento da mortalidade.

Observa- se a procura desesperada da população em busca de atendimento rápido e resolutivo, sendo ou não caracterizado como atendimento de urgência/emergência, nos serviços hospitalares de emergência. As facilidades que o serviço de emergência oferece como, por exemplo, exames diagnósticos laboratoriais e de imagem, medicações e acesso às inúmeras especialidades médicas faz com que os usuários muitas vezes até prefiram esperar o quanto for preciso para saírem com a cura para seus males. Contribui, assim, para uma lacuna na assistência à saúde, levando a população a procurar serviços de emergência.

A dificuldade para acessar dados dos Sistemas de Informações de Saúde e a não disponibilidade dos mesmos pelas Secretarias de Saúde são fortes impedimentos para a

realização de estudos. As informações deveriam estar disponíveis para a população acompanhar a evolução dos índices e agravos à saúde da Região. Entretanto, esses dados ficam restritos a um grupo específico e acabam não sendo utilizados para mudanças e adequações do Sistema de Saúde.

Recentemente a Lei Decreto Nº 7508 DE 28/06/2011 (Federal) que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. dá importância à outras providências, tais como as Portas de Entrada, que seriam serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS.

A Rede de Atenção à Saúde, segundo o atual Decreto, consta do conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Os Serviços Especiais de Acesso Aberto constam de serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial. Quanto ao Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica, o documento estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, o tratamento preconizado com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber, as posologias recomendadas, os mecanismos de controle clínico e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

A Lei reforça no Art. 5º. que toda a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

De acordo com o Art. 9º. do mesmo decreto citado anteriormente são consideradas Portas de Entrada às Redes de Atenção à Saúde nos serviços: de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto. Desta forma os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada.

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente. E à todo usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Todas as exigências da Lei terão que ser cumpridas pelos Municípios e Regionais de Saúdes instituídas, assegurando o que a Lei 8080 já determinava como acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS. As Comissões Intergestoras terão que executar, entre outras exigências, a de orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Acredita-se que com a implementação destas exigências o acesso dos Pacientes Hipertensos seja melhorado em sua especialidade. A criação de novas diretrizes e fluxos à estes pacientes poderá ser contemplada com uma melhora na assistência prestada.

Desta forma conclui - se que a criação de um fluxograma para o atendimento às crises hipertensivas, com resoluções práticas e objetivas podem agilizar o atendimento com a finalidade de reduzir danos e agravos aos pacientes que estejam em situações de Urgências/ Emergências Hipertensivas. Esse pressuposto deverá ser foco de investigação de novos estudos que possam melhor elucidar os fatos envolvidos no contexto de atendimento às crises hipertensivas na sala de emergência.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- ❖ALMEIDA G P.L.e colaborador – **Hipertensão** – Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão 2003; vol.6 (4) p. 135-136.
- ❖American Heart Association. **Council on high blood pressure research. Circulation.**2005;111:697-716.
- ❖ARAUJO, HBN de; FAGUNDES JR, PAIVA,AA de; LEITE, LR; FONSECA, AG T.O **uso de clevidipina em emergência hipertensiva.***Rev. bras. ter. intensiva*[online]. 2010, vol.22, n.1, pp. 92-95. ISSN 0103-507x.
- ❖BAUMANN BM; ABATE NL; COWAN RM; CHANSKY, ME; ROSA, K; BOUDREAUX,ED. **Characteristics and referral of emergency department patients with elevated blood pressure.** *Acad Emerg Med.* 2007; 14(9):779-84
- ❖BORGES, ES; **Hipertensão arterial sistêmica,** *Arq Bras. Cardiol* [online]. 2000, vol. 7, n. 4, pp.325 a 412
- ❖BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Normas Técnicas. Normas para estabelecimentos assistenciais de saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1995.
- ❖BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Unidade de Emergência Série A.** Normas e Manuais Técnicos .Brasília – DF 2002. Ministério da Saúde, pag 70
- ❖BRASIL. Mnistério da Saúde – **DATASUS,** referente ao ano de 2009/2010. – Disponível: <http://www.saude.gov.br> .
- ❖BUSNELLO, RG; et al. **Characteristics associated with the dropout of hypertensive patients followed up in an outpatient referral clinic.** *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2001, vol.76, n.5, pp. 352-354. ISSN 0066-782X.
- ❖Cardiac Arrhythmias in coronary heart disease. **Guideline de Cardiologia,** SIGN, 2007.
- ❖CARNELOSO, M. L.; BARBOSA, M. A.; SOUSA, A. L. L.; MONEGO, E. T.; CARVALHO, M. M. **Enfermidades não-transmissíveis na atenção básica: novo desafio para o PSF.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília, 2004. p. 117-126.
- ❖CARO JJ, SPECKMAN JL, SALS M, et al. **Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: the importance of actual practice data.** *Can J Med Assoc* 2009; 160: 41-6.

- ❖CASTRO, M.S.M. d. . **A utilização das internações hospitalares no Brasil:fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta do serviço em uso.** *Tese de Doutorado; Ensp* ,2004.
- ❖CASTRO, VD; CAR, MR. **Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 1999, vol.33, n.3, pp. 294-304. ISSN 0080-6234.
- ❖CAVALCANTE, MA; et al. **Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial.** *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2007, vol.89, n.4, pp. 245-250. ISSN 0066-782X.
- ❖CEYHAN, B.; KARAASLAN, Y.; CAY-MAZ, O. **Comparison of sublingual catopril and sublingual nifedipine in hypertensive emergencies.** *Japanese Journal of Pharmacology*, v. 52, n. 2, p. 189-193, 1990
- ❖CHAPMAN, CW; DOWLING, JN; WAGNER,MM. **Classification of emergency department chief complaints into 7 syndromes: a retrospective analysis of 527.228 patients.** *Annal of Emergency Medicine.* 2005,46(5): 446-54
- ❖CHERNEY, A; STRAUSS, S. **Management of patients with Hypertensive Urgencies and Emergencies. A Systematic Review of the Literature.** *J Gen Intern Med* 17: 937-945, 2002.
- ❖COSTA E SILVA, V. **O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde.** Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.
- ❖DUSING, R; WEISSER, B; MENGDEN, T; et al. **Changes in antihypertensive therapy-the role of adverse effects and adherence.** *Blood Press* 2008; 2: 20-8.
- ❖FEITOSA-FILHO, GS; LOPES, RD; POPPI, NT; GUIMARAES, HP. **Emergências hipertensivas.** *Rev. bras. ter. intensiva*[online]. 2008, vol.20, n.3, pp. 305-312. ISSN 0103-507X.
- ❖FLEURY, S; GIOVANELLA,L. **Universalidade da atenção à Saúde: acesso como categoria de análise.** FioCruz, Rio de Janeiro, 1996, p177-199.
- ❖FURTADO, RG; CELHO, EB; Nobre F. **Urgências e emergências hipertensivas.** *Medicina Ribeirão Preto.* 36: 338-344, abr./dez. 2003
- ❖GONTIJO FILHO, B; et al. **Estratégia cirúrgica na transposição das grandes artérias com septo interventricular intacto após o período neonatal.** *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2005, vol.85, n.1, pp. 39-44. ISSN 0066-782X.

- ❖ GUEDES, MVC; ARAUJO, TLde. **Crise hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no Modelo Teórico de Roy.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2005, vol.18, n.3, pp. 241-246. ISSN 0103-210
- ❖ GUSMÃO – FILHO, FAR. **Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus – em três hospitais no município do Recife.** Tese Doutorado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.
- ❖ HORTALE; VA, PEDROZA, M; ROSA, MLG. **Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde.** *Cad Saúde Pública.* 2000;16:231-9.
- ❖ IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE; 2004
- ❖ LACERDA, I.; VELOSO, S.; SOUZA, A.; MOREIRA, T. **Características da clientela atendida por crise hipertensiva na emergência de um hospital municipal de Fortaleza, Estado do Ceará** - DOI: 10.4025/actascihealthsci.v32i1.5746. *Acta Scientiarum. Health Science*, Brasil, 32 dez. 2009.
- ❖ LOLIO, C.A. de. **Epidemiologia da hipertensão arterial.** *Rev. Saúde Pública.* São Paulo, 24:425-432, 1990.
- ❖ LOPES RD, FEITOSA FILHO GS. **Crise hipertensiva.** *Rev Soc Bras Clin Med.* 2005; 3:113-6.
- ❖ LOTUFO, P. A. **A mortalidade precoce por doenças crônicas nas Capitais de regiões metropolitanas do Brasil.** 1996. 162p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - São Paulo, - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- ❖ LOTUFO, P.A e LOLIO CA. **Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico situação atual e proposta de modelo teórico.** *Revista da Sociedade Cardiológica*, São Paulo, v.6, n.5, p.541, set/out, 2010.
- ❖ MALAGÓN-LANDOÑO, G; MORERA, RG; LAVERDE, G P. **Administração Hospitalar.** Montevideo-Uruguay: Administración Hospitalar, 2000.
- ❖ MARIK, P. E.; VARON, J. **Hypertensive crises: challenges and management.** *Chest*, v. 131, n. 6, p. 1949-1962, 2007.
- ❖ MARTIN, J. F. B.; HIGASHIAMA, E.; GARCIA, E.; LUIZON, M. R.; CIPULLO, J. P. **Perfil de crise hipertensiva prevalência e apresentação clínica.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 83, n. 2, p. 125-130, 2004.

- ❖ MARTIN, José Fernando Vilela et al. **Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica.** *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2004, vol.83, n.2, pp. 125-130. ISSN 0066-782X.
- ❖ MARUI, Fabiane Rosa Rezende H. et al. **Avaliação da hipertensão arterial resistente pela monitorização residencial da pressão arterial.** *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2010, vol.95, n.4, pp. 536-540. Epub Sep 08, 2010. ISSN 0066-782X.
- ❖ MERHY, EE. **Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais.** *Rev Ciência e Saúde.* 2004; 9(2)
- ❖ PRAXEDES J. N.; SANTELLO J. L.; AMOEDO C.; GIORGI D. M. A.; MACHADO C. A., JABUR P. **Encontro multicêntrico sobre crises hipertensivas – relatório e recomendações.** *J. Bras. Nefrol.*, v.23, p.1-23, 2001.
- ❖ RHONEY D, Peacock WF. **Intravenous therapy for hypertensive emergencies, part 2.** *Am J Health Syst Pharm.* 2009 Aug 15;66(16):1448-57. Review. PubMed PMID: 19667001
- ❖ SANCHEZ, CG; PIERIN, AMG; MION JR., D. **Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial.** *Rev. esc. enferm. USP*[online]. 2004, vol.38, n.1, pp. 90-98. ISSN 0080-6234.
- ❖ SILVA, NAS; et al. **Importância clínica dos custos diretos hospitalares em pacientes com hipertensão arterial em tratamento num hospital universitário, Rio de Janeiro, Brasil.** *Rev. Saúde Pública*[online]. 1986, vol.20, n.4, pp. 293-302. ISSN 0034-8910.
- ❖ SOARES, P.A.; NASCIMENTO, L.F.C.; **Análise espacial das internações por doenças do coração no vale do Paraíba.** *Arq Bras Cardiol* 2007;88(6):624-628.
- ❖ Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51
- ❖ SOUSA A.L.L.- **Hipertensão Arterial: Perfil da Morbidade Referida na Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1989 - 1990.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*(online), Goiânia, v.2, n.1, out-dez. 2000.
- ❖ SOUZA E SILVA, NA. **Saúde cardiovascular na era tecnológica.** *Arq. Bras. Cardiol.*[online]. 2004, vol.83, n.6, pp. 453-455. ISSN 0066-782X.
- ❖ VARON, J.; MARIK, P. E. **The diagnosis and management of hypertensive crises.** *Chest*, v. 118, n. 1, p. 214-227, 2000.

