

## ESTANDO EM CRISE HIPERTENSIVA NUMA EMERGÊNCIA HOSPITALAR\*

Miriam Susskind Borenstein\*\*  
Alacoque Lorenzini Erdmann \*\*

---

**RESUMO:** O estudo aborda a situação de saúde do cliente que apresenta crise hipertensiva ao chegar numa emergência hospitalar. Explora dados relativos às características pessoais e clínico-epidemiológicas gerais, além de hábitos de vida que nos dão uma noção da amplitude da problemática de estar com a saúde "*em estado de emergência*". Finalizando, as autoras tecem algumas considerações sobre a necessidade de ultrapassar o foco somente biológico no atendimento a clientes com crise hipertensiva, buscando novos hábitos saudáveis de vida.

**ABSTRACT:** This study is about the health situation of the client that presents hypertensive crisis upon arriving in a hospital's emergency. It searches some data related to personal and clinical characteristics - general epidemiology, besides daily habits which give us an idea about the problematical extend of being "*in an emergency situation*".

---

**UNITERMOS:** Crise Hipertensiva - Emergência hospitalar - Hipertensão.

### 1. INTRODUÇÃO

Chegara uma emergência hospitalar parecer um momento especial na vida das pessoas que passam por este tipo de enfrentamento devido a uma crise hipertensiva (C.H.). Geralmente quando se apresenta uma crise hipertensiva, é a emergência hospitalar a porta de entrada para a resolução deste tipo de situação saúde-doença.

Segundo FERGUNSON e VLASSES<sup>4</sup>, a C.H. caracteriza-se como uma situação em que há uma severa elevação da pressão arterial (P.A.), sem causar no entanto nenhum dano em órgãos considerados alvo, mas que precisa ser tratada dentro de 24 horas, a fim de reduzir o potencial de risco ao paciente.

Para RIBEIRO<sup>6</sup>, o quadro clínico de C.H. caracteriza-se como uma significativa elevação da P.A. em um curto espaço de tempo, que requer uma terapêutica clínica emergencial dado a eminência de ocorrer falência cardíaca, cerebral e/ou renal (órgãos considerados alvo). BRAUNWALD<sup>2</sup> caracteriza a crise hipertensiva

quando a P.A. diastólica se apresenta acima de 130 mmHg.

Apesar de as questões semânticas ou numéricas serem estabelecidas, VIDT e GIFFORD<sup>7</sup> afirmam que uma crise hipertensiva nunca deve ser determinada somente tendo por base os níveis pressóricos. O autor cita como exemplo um paciente que apresenta 240 x 140 mmHg de P.A., considerada elevada, mas não uma emergência, por não existir quadro de cefaléia severa ou encefalopatia, descompensação cardíaca, alteração da função renal, e portanto, sem evidência de deterioração rápida da função de órgãos alvo. Entretanto, outro paciente com moderada elevação de P.A., complicada por dissecação da aorta ou por edema agudo pulmonar, é uma verdadeira emergência hipertensiva e necessita ser tratada prontamente.

Entretanto, o indivíduo com C.H. não pode ser visto somente pela mera questão biológica, pois o ser humano é muito mais complexo, é um ser holístico, com necessidades de saúde que extrapolam a dimensão biológica. É um ser

---

\* Trabalho apresentado como Tema Livre no 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Olinda - Recife, 28 de novembro a 3 de dezembro de 1993.

\*\* Professoras do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

portador de temores, ansiedade e angústia diante do quadro que apresenta, necessitando além de terapêutica medicamentosa, também de uma assistência emocional. Desse modo, a crise hipertensiva geralmente vem acompanhada de uma desestruturação no eu pessoal, familiar, profissional e ambiental desse ser humano. Desestruturação esta, que abala o seu mundo interior/exterior e põe em questionamento seus planos de vida.

Conseqüentemente, no cuidado do ser humano com C.H., devem ser considerados todos os fatores, além do biológico, como sociais, psicológicos, culturais, econômicos e espirituais, que concorram para o restabelecimento do quadro.

Em busca de uma melhor qualidade de vida, que inclui a melhora do quadro hipertensivo, esse ser humano parece ter por expectativa um cuidado mais complexo e, portanto, mais eficiente e eficaz, cuidado este, que não se reduz simplesmente à terapêutica medicamentosa ou ao cuidado dito biológico.

O enfermeiro, ao tomar consciência desta expectativa, tem diante de si um grande desafio que perpassa por uma formação abrangente a nível pessoal / profissional, capacitando-o a estabelecer uma relação harmoniosa com seu próprio ser e com os demais seres humanos.

Neste estudo nos propomos portanto, a investigar junto aos clientes com crise hipertensiva que procuraram a emergência hospitalar, os fatores desencadeantes desta crise, assim como um pouco de sua história de vida.

## 2. METODOLOGIA

Este estudo exploratório descritivo foi realizado no Setor de Emergência do Hospital Universitário (H.U.) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Este hospital escola desenvolve programas de saúde comunitária com grupos específicos de educação para saúde. Com a expectativa de vir formar grupos de hipertensos, justifica-se a realização deste estudo nessa instituição.

A coleta de dados foi realizada nos meses de dezembro de 1991 e janeiro de 1992, de segunda a sexta feira pela manhã e à tarde, período em que a primeira autora dispunha de tempo para esta atividade. A amostragem foi por conveniência, ou seja, aproveitada toda a demanda que aceitou participar da pesquisa e que apresentou o seguinte quadro clínico: P.A. diastólica (PAD) ou mínima maior

ou igual a 120 mmHg, com queixas ou não (cefaléia, náuseas, vômitos, dores, entre outros) sem apresentar danos no momento em órgãos considerados alvo. Estes clientes provavelmente teriam maior possibilidade de participar de programas educativos (grupos de hipertensos). Assim foi possível entrevistar 24 (vinte e quatro) clientes, sendo 14 (quatorze) mulheres e 10 (dez) homens. Estas entrevistas ocorreram na sala de Pronto Atendimento, após a consulta médica, com um tempo variado de 20 a 40 minutos de duração. O instrumento utilizado para obtenção dos dados consistiu de um formulário com questões abertas, norteando e explorando a situação de estar em crise hipertensiva, com o objetivo de obter uma noção ampliada desta problemática. Questões sobre dados de identificação (complementares aos da ficha de atendimento do Setor de Emergência-HU/UFSC) e clínico-epidemiológicos da crise hipertensiva, foram as mesmas para todos os clientes, conforme são citados na apresentação descritiva dos dados. Este instrumento foi submetido a um pré-teste, sendo feitos os ajustes necessários e treinamento da entrevistadora. Alguns dados foram tabulados e apurados, descrevendo-se também em números relativos (percentual). Outros são apresentados isoladamente, com alguns comentários e questionamentos.

## 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E COMENTÁRIOS

### 3.1 . Caracterização da clientela

A clientela investigada foi constituída por 14 (58%) mulheres e 10 (42%) homens, 23 (96%) procedentes da Grande Florianópolis. Ressalta-se que destes, 12 (50%) possuíam mais de 61 anos de idade, seguidos de 3 (12,5%) entre 51 a 60 anos; 4 (17%) de 41 a 50 anos; 4 (17%) de 31 a 40 anos e apenas 1 (4%) com menos de 30 anos de idade. Todos os participantes eram brancos. Quanto ao estado civil, 19 (80%) eram casados, 4 (16%) eram viúvos e apenas 1 (4%) era solteiro. Ainda, 9 (37,5%) mal sabiam ler e escrever, 11 (46%) tinham o 1º grau incompleto e 4 (16%) tinham conseguido chegar ao 2º grau; no entanto, somente 2 (8%) destes haviam completado o mesmo. Em relação à ocupação, 9 (37,5%) eram aposentados, 6 (25%) do lar, e os 9 (37,5%) restantes estavam ligados à atividade braçal (capoeira, serviços gerais, lavadeira, jardineiro, eletricista, agricultor, operador de xerox e motorista de ônibus). Quanto à renda familiar, pode-se observar que 14 (58%)

possuíam renda familiar entre 3 e 5 salários mínimos, enquanto 10 (42%) possuíam renda de até 3 mínimos. Em relação ao número de dependentes, 16 (42%) possuíam mais de 4 dependentes, enquanto que 8 (33%) de uma a três. Igualmente, os que tinham mais dependentes não eram os de maior renda mensal.

### 3.2. Fatores de risco relacionados com a C.H.

Nas questões relacionadas aos fatores de risco, a obesidade parece ser acompanhante do hipertenso, pois 14 (58%) destes tinham seu peso acima do considerado *ideal\** e somente 1 (4%) tinha seu peso abaixo do teórico ideal. Os demais 9 (37,5%), estavam no limite considerado normal. Com relação à hereditariedade, 20 (84%) desses clientes referiram que seus pais haviam falecido: 8 (34%) mães e 6 (24%) dos pais, por problemas cardiovasculares (nestes se incluem: derrame cerebral, edema agudo de pulmão e infarto agudo de miocárdio). Importante esclarecer que muitos destes clientes não sabiam exatamente do que seus pais haviam falecido, podendo inclusive ser mais alto o índice de óbitos conseqüentes à hipertensão.

No que se refere ao uso de bebida alcoólica e uso de cigarros, apenas 2 (8%) referiram beber um copinho de cerveja diariamente e apenas 5 (20%) referiram ser fumantes; 4 (16%) destes fumavam, em média, meia carteira de cigarros a dia enquanto que 1 (4%) referiu fumar de uma a duas.

Observa-se portanto uma tendência dos indivíduos hipertensos terem na sua história de vida alguns fatores de risco interligados. Confirma-se o que dizem a maioria dos autores (WOLLF<sup>8</sup>, RIBEIRO<sup>6</sup>, BRUNNER e SUDDARTH<sup>3</sup>, BEYERS e DUDAS<sup>1</sup>), que a hipertensão está diretamente vinculada à ocorrência de fatores de risco, como o uso do álcool, fumo, dieta rica em sódio, e ainda fatores como a hereditariedade, obesidade, stress, entre outros.

A realização de algum tipo de lazer é costume de 13 (54%) dos 24 pacientes entrevistados. Lazer do tipo caminhadas, visitas a parentes, leituras, idas à praia, pescarias, ouvir rádio, ver programas de televisão, ir a

festas, a igrejas e passeios diversos. Associado a estes tipo de lazer, alguns clientes também relacionaram, fazer comida, renda, crochê, lavar roupas e outros afazeres domésticos. Parece que lazer e atividade de trabalho estão para alguns intimamente relacionados, e que em determinadas situações até se confundem. Será que o fato de algumas pessoas não terem nenhum tipo de lazer pode este ser um fator estressante? Será que o restrito mundo em que vivem, poderia estar causando crises hipertensivas mais frequentes? Este lazer efetivamente contribuirá para o seu relaxamento? Está havendo relaxamento? Os indivíduos estão conscientes da necessidade de realizar algum tipo de lazer e conseqüentemente, reduzir os seus níveis pressóricos?

### 3.3. Motivos da procura da Emergência Hospitalar

Quando questionados sobre os motivos que os levaram à Emergência Hospitalar, os clientes responderam: desde a simples informação de que estavam com P.A. elevada, até estarem apresentando um conjunto de sinais e sintomas agudos do tipo: dor de cabeça, tontura, edema em membros inferiores, dor no peito, dor no braço esquerdo, dor nos rins, vômitos, falta de ar, fraqueza, palidez, "arroxamento", dor nas costas, dificuldades para enxergar, desmaio, cólica renal, dificuldade para dormir, tremores, tensão, dificuldades para caminhar, com ameaça de derrame cerebral, com início de edema agudo de pulmão e dificuldades para caminhar. Entretanto, o motivo de maior frequência apontado caracterizou-se pelo aumento excessivo da P.A., associado à cefaléia e tontura. O que se pode constatar através dos níveis de P.A. verificados, é que a máxima ou sistólica variou entre 150 a 300 mmHg. Enquanto que, para a mínima ou diastólica, os valores variaram entre 120 a 140 mmHg. Estes valores são extremamente elevados e perigosos, se considerarmos o que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde<sup>5</sup> (M.S.) aceitam como níveis pressóricos para um adulto (acima de 20 anos), ou seja: aquele que possui PA igual ou acima de 160 mmHg para a máxima, ou sistólica, e de 95 mmHg para a pressão diastólica ou mínima, é considerado hipertenso. Portanto, estes clientes tinham níveis pressóricos extremamente elevados e corriam risco emergente.

\* Considerou-se os seguintes critérios para determinar o peso referência (p.r.)<sup>5</sup>

Sexo	Estatura média	
homens	(H - 100) - 5%	H=altura em centímetros
mulheres	(H - 100) - 10%	Obesidade=20% acima do p.r.

### 3.4 . Queixas apresentadas na Emergência

Na emergência, as principais queixas apresentadas pelos clientes foram: tortura (15), cansaço (13), cefaléia (12), taquicardia (12), dor (11), agonia (10), dispnéia (9), edema (7), confusão mental (6), distúrbio mental (5), escotomas (3), torpor (3), e desmaio (1).

### 3.5 - Indicação dos motivos que os levaram para desenvolver a Crise Hipertensiva.

Dos clientes ao serem questionados “sobre o que ocorreu antes da crise”, 10 (42%) deles não sabiam exatamente precisar o motivo, ou algum fato que justificasse o seu desencadeamento. Oito no entanto referiram situações como: “perda de um filho”; “o filho ameaçou suicidar-se”; “o filho o incomodou”; “viu briga entre os filhos”; “viu uma discussão e ficou mal”; “teve uma briga em casa, e a filha quer que vá morar na casa de outros filhos”; “preocupada com a conta bancária”; e “perdeu a metade do salário”. Outros relacionaram ainda, situações como: “ter se alimentado com dieta muito salgada”; “ter comido em excesso alimentos muito salgados”; “ter se alimentado com carne de porco muito gorda, feijão e farinha”; “ter deixado de tomar o remédio Moduretic, por estar em falta na farmácia” e ainda um dos respondentes relacionou que “o clima estava demasiadamente quente e desagradável, desencadeando sua crise”.

Percebe-se portanto que fatores psicossociais parecem ser essenciais na ocorrência de aumento nos níveis pressóricos e conseqüentemente no desencadeamento da C.H. Talvez o fato de serem pessoas muito sensíveis, por si só venha justificar, que as turbulências comuns do cotidiano possam ser desencadeadoras de C.H. nesta pessoa.

Selye apud WOLFF<sup>8</sup>, estudando o estress definiu-o como um conjunto de reações de alarme face aos estímulos de agressão. No estress, o sistema nervoso está sobrecarregado ao máximo, havendo uma elevação muitas vezes acima do normal na produção de hormônios reguladores da pressão arterial. O estress não é provocado apenas por mudanças de temperatura e doenças, mas principalmente por sobrecargas emocionais do dia a dia, nesse caso chamado de estress psicossocial<sup>8</sup>. O início do estress se dá em função dos fatores causadores e estressantes. O prof. Levy da OMS cita alguns fatores que podem

desencadear o estress ou seja “*conflitos na vida profissional, na vida matrimonial, na relação entre pais e filhos e nas novas situações que se apresentam na vida das pessoas*”<sup>8</sup>.

Entretanto, parece que a influência do estress em se transformar em fator de risco para a hipertensão depende principalmente da personalidade do indivíduo. Segundo BEYERS & DUDAS<sup>1</sup> indivíduos do tipo A, ou seja, aqueles que se caracterizam por serem extremamente impacientes, terem um senso exagerado de urgência, serem impulsivos e costumarem competir em demasia, são os mais propensos a desenvolverem a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, assim como as crises hipertensivas.

Em nosso trabalho pode-se perceber que, na visão dos clientes, as crises hipertensivas desenvolveram-se em função da ocorrência de conflitos de ordem familiar.

Estes indivíduos já têm na sua história de vida níveis pressóricos elevados, ou seja, são hipertensos, que na maioria das vezes, não se tratam, ou se tratam de forma inadequada; ou ainda desconhecem ser hipertensos. Portanto, em muitas ocasiões, estes indivíduos podem vir a desenvolver a C.H. Nesse momento de C.H., o cliente tende a procurar a emergência hospitalar num estado de ansiedade e angústia e com a expectativa de obter alívio rápido da sintomatologia que o acompanha, tendo como objetivo principal manter-se vivo. Depois de atendido pelo médico e medicado, surge um segundo momento que é o da reflexão sobre sua vida, da forma como a tem conduzido e das possibilidades de mudança. É neste momento de reflexão e busca de soluções, que a enfermeira consegue estabelecer uma relação mais próxima com o cliente, de confiança, solidariedade, de ajuda, procurando de forma conjunta, descobrir novos caminhos, na busca de um estado ideal de saúde, que previna novas crises e que reduza seus níveis pressóricos, trilhando um caminho com novas perspectivas de vida.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho tivemos a oportunidade de estar em uma emergência hospitalar junto ao indivíduo e sua família que estavam momentaneamente,

edeforma intensa, vivenciando a C.H. Pudemos sentir como era visto e tratado este tipo de paciente, e passamos a nos questionar sobre o tipo de atendimento recebido por estes, ao nosso ver, muito além das suas reais necessidades. Em nenhum momento, além do tratamento medicamentoso, era oferecido qualquer outro recurso. Entretanto, há que se considerar que a equipe de saúde não oferecia muito mais do que o tratamento medicamentoso, não por falta de vontade ou interesse, mas sim talvez, pelo excesso de outras atividades de pacientes gravíssimos que demandavam a este setor.

Podemos sentir também, que o estresse e conflitos familiares merecem especial atenção quando

acompanhamos o tratamento de indivíduos portadores de hipertensão arterial. Acredita-se que a dimensão da atenção da enfermagem deve ultrapassar o foco biológico - corpo na busca de hábitos saudáveis de vida e conseqüentemente, na redução dos níveis pressóricos e da crise hipertensiva.

Portanto, urge que se faça alguma coisa mais por este indivíduo, uma vez que em muitas ocasiões é a emergência hospitalar o local onde ele descobre que é portador da hipertensão arterial, necessitando portanto de orientações de como tratá-la efetivamente, a fim de evitar a recorrência da crise e outras complicações cardiovasculares.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BEYERS, Marjorie e DUDAS, Susan. *Enfermagem Médico - Cirúrgica*. Tratado de Prática Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 4 volumes.
- 2 - BRAUNWALD, E. *Heart Disease*. 3º ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1988.
- 3 - BRUNNER, Lillian Sholtis & SUDDARTH, Doris Smith. *Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica*. 3º ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.
- 4 - FERGUNSON, Roger e VLASSES, Peter H. Hypertensive Emergencies and Urgencies. *JAMA*. v.255, n. 12, p. 1607 - 1613, march, 1986.
- 5 - MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). *Normas técnicas para o programa nacional de educação e controle de hipertensão arterial*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- 6 - RIBEIRO, Artur Beltrame. *Hipertensão Arterial*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1988. 107 p..
- 7 - VIDT, Donald e GIFFORD, Ray W. Compendium for the treatment of Hypertensive Emergencies. *Cleveland Clinic Quartely*. v. 51, n. 2, p. 421 - 429, 1984.
- 8 - WOLFF, Hanns P. *Hipertensão arterial: redução da pressão arterial, prevenção de derrame cerebral e do infarto do miocárdio*. Tradução de Cristina Schneider. Rio de Janeiro: Livro Técnico, 1984. 96p.

Recebido para publicação em 17/2/94.