

CARACTERIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

Petrônio Barros Ribeiro de Jesus¹, Maria Helena Baena de Moraes Lopes², Ian Cesar Cardoso Toti³, Vinícius Freitas Pinto Silva³, Maria Inês Monteiro⁴, José Luiz Tatagiba Lamas⁵

RESUMO: Objetivou-se caracterizar usuários com urgência/emergência hipertensiva em unidade de pronto atendimento de Minas Gerais, quanto às condições socioeconômicas, níveis pressóricos e classificação de risco. Estudo transversal e retrospectivo que utilizou dados secundários de 63 prontuários de usuários atendidos de outubro a dezembro de 2013. A coleta de dados foi realizada em 2014, com formulário contendo dados do usuário e da classificação de risco. Para análise dos dados, aplicou-se o teste qui-quadrado e nível de significância de 5%. As faixas etárias mais prevalentes foram 41-45 (15,9%) e 46-50 anos (19%). A pressão arterial sistólica concentrou-se nas faixas 170-219 mmHg e a diastólica 120-129 mmHg. Apesar de apresentar pressão diastólica ≥ 120 mmHg, 27% dos pacientes não foram encaminhados como atendimento de urgência. Estes resultados indicam a importância de identificar os usuários com pressão diastólica elevada e encaminhá-los a tratamento adequado, conforme a prioridade clínica.

DESCRIPTORIOS: Hipertensão; Triagem; Serviços médicos de emergência; Enfermagem.

RISK CHARACTERIZATION AND CLASSIFICATION IN HYPERTENSIVE URGENCY AND EMERGENCY EVENTS

ABSTRACT: The aim of this study was to characterize patients with hypertensive urgency or emergency events in an emergency care unit in the state of Minas Gerais, regarding their socioeconomic conditions, blood pressure levels, and risk classification. This is a cross-sectional and retrospective study based on secondary data of 63 records of patients treated from October to December of 2013. Data were collected in 2014 by means of a form containing the patient's data and risk classification. The chi-squared test and a 5% significance level was used for data analysis. The most prevalent age groups were 41-45 (15.9%) and 46-50 years (19%). The systolic and diastolic blood pressure averaged on levels 170-219 mmHg and 120-129 mmHg, respectively. Although the presented with diastolic blood pressure ≥ 120 mmHg, 27% of the patients were not referred to urgent care. These results indicate the importance of identifying patients with high diastolic blood pressure and referring them to appropriate treatment, according to their clinical priorities.

DESCRIPTORS: Hypertension; Triage; Emergency Medical Services; Nursing.

CARACTERIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN URGENCIA Y EMERGENCIA HIPERTENSIVA

RESUMEN: Se objetivó caracterizar usuarios con urgencia/emergencia hipertensiva en unidad de pronta atención de Minas Gerais, respecto a condiciones socioeconómicas, niveles de presión y clasificación de riesgo. Estudio transversal, retrospectivo, utilizando datos secundarios de 63 historias clínicas de usuarios atendidos de octubre a diciembre de 2013. Datos recolectados en 2014, con formulario incluyendo información del usuario y de la clasificación de riesgo. Para el análisis de los datos, se aplicó test Chi-cuadrado y nivel de significancia de 5%. Las fajas etarias prevalentes fueron 41-45 (15,9%) y 46-50 (19%) años. La presión arterial sistólica se concentró en los segmentos 170-219 mmHg, y la diastólica en 120-129 mmHg. A pesar de presentar presión diastólica ≥ 120 mmHg, el 27% de los pacientes no fueron derivados como atención de urgencia. Estos resultados indican la importancia de identificar a los usuarios con presión diastólica elevada y derivarlos a tratamiento adecuado, conforme a la prioridad clínica.

DESCRIPTORIOS: Hipertensión; Triaje; Servicios Médicos de Urgencia; Enfermería.

¹Enfermeiro. Doutorando em Ciências da Saúde. Docente de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Genética e Biologia Molecular. Docente de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

³Discente de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

⁵Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

Autor Correspondente:

Petrônio Barros Ribeiro de Jesus
Universidade Federal de Juiz de Fora
R. Barão de Cataguases, 303 - 36015-370 – Juiz de Fora, MG, Brasil
E-mail: petrônio.jesus@ufjf.edu.br

Recebido: 20/10/2015

Finalizado: 20/04/2016

● INTRODUÇÃO

A classificação de risco do usuário na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) tem por objetivo garantir cuidados de qualidade e segurança do paciente, pois proporcionam a prioridade do atendimento por meio da uniformização de procedimentos entre os diferentes profissionais que devem atuar de modo sequencial ou simultaneamente de acordo com as situações apresentadas⁽¹⁾.

Em Minas Gerais, Brasil, para o acolhimento dos usuários na UPA utiliza-se o Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), que pressupõe uma abordagem rápida e focada na queixa/motivo que levou o usuário a procurar o serviço de urgência. Para isso, utiliza fluxogramas que contêm discriminadores gerais e específicos que apresentam os possíveis sinais e sintomas do paciente, classificando-os em níveis de prioridade clínica. São considerados discriminadores gerais: ameaça à vida, dor, hemorragia, nível de consciência, temperatura e intensidade. Os discriminadores específicos são relacionados aos sinais e sintomas específicos de cada doença⁽¹⁾.

A assistência médica deve ocorrer em conformidade com a classificação realizada no setor de acolhimento da unidade de saúde. A assistência imediata é realizada para o nível 1, caracterizado pela cor vermelha (emergência); há prazos de até 10 minutos para o nível 2 (cor laranja – muito urgente), 60 minutos para o nível 3 (cor amarela - urgência), 120 minutos para o nível 4 (cor verde – pouco urgente) e até 240 minutos para o nível 5 (cor azul – não urgente)⁽¹⁾.

Entre os usuários atendidos na UPA, salientam-se aqueles com transtornos cardiovasculares, nos quais se destaca a hipertensão arterial sistêmica (HAS), importante fator de risco modificável para a doença cardiovascular e um desafio para a saúde pública mundial⁽²⁾.

A HAS é condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais do coração, encéfalo, rins, vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais⁽³⁾.

O diagnóstico de HAS requer atenção no momento da entrevista e no repasse da informação tanto no que tange ao paciente ser ou não hipertenso e níveis individuais de PA, quanto em relação à exclusão de vieses relacionados aos instrumentos, técnicas de aferição da PA, perfil sociodemográfico e de saúde, entre outros⁽⁴⁾.

Além de ser a doença vascular mais prevalente no mundo e predominante causa de morte no Brasil, a HAS é silenciosa⁽⁴⁾ e na maioria das vezes o usuário hipertenso não apresenta sinais e sintomas que chamam a atenção do enfermeiro que realiza o acolhimento. Considerando que esse usuário pode apresentar níveis pressóricos que exigiriam atendimento imediato, a não mensuração da PA no momento da classificação de risco pode ocasionar equívocos na priorização do atendimento desse usuário.

Estudo realizado em uma cidade do Estado de São Paulo, constatou que a crise hipertensiva correspondeu a 0,5% de todos os atendimentos de emergência e a 1,7% das emergências clínicas, sendo a urgência mais comum que a emergência hipertensiva⁽⁵⁾.

Quando a elevação da PA diastólica é detectada como ≥ 120 mmHg, porém com estabilidade clínica, sem comprometimento de órgãos-alvo, caracteriza-se a urgência hipertensiva (UH). Estes pacientes estão expostos a maior risco futuro de eventos cardiovasculares comparados com hipertensos que nunca apresentaram UH⁽³⁾.

A emergência hipertensiva (EH) caracteriza-se pela elevação abrupta da PA ocasionando em território cerebral perda da autorregulação do fluxo sanguíneo e evidências de lesão vascular, com quadro clínico de encefalopatia hipertensiva, lesões hemorrágicas dos vasos da retina e papiledema⁽³⁾.

Este estudo teve como questionamento: quais as características sociodemográficas, níveis pressóricos e classificação de risco dos usuários com urgência/emergência hipertensiva que são acolhidos na UPA? Para responder a isso, objetivou-se caracterizar usuários com urgência/emergência hipertensiva, na UPA de uma cidade de Minas Gerais, quanto às condições socioeconômicas, níveis pressóricos e classificação de risco.

A classificação de risco para priorização do atendimento em Serviços de Urgência é uma atividade privativa do enfermeiro⁽⁶⁾. Os resultados deste estudo trazem evidências que poderão contribuir para a melhoria do acolhimento com classificação de risco dos usuários em situação de urgência/emergência hipertensiva na UPA.

● MÉTODO

Estudo transversal e retrospectivo realizado com dados secundários oriundos de prontuários de usuários atendidos no último trimestre de 2013, na UPA 24h de um município de médio porte de Minas Gerais.

A UPA 24h, local do estudo, localiza-se em bairro da região oeste do município e foi inaugurada em 27 de maio de 2010, sob a gestão da Fundação de Apoio ao Hospital Universitário. O acolhimento do usuário é feito pelo enfermeiro, que utiliza a classificação de risco do SMCR para o atendimento de urgência.

De acordo com os registros da instituição, em 2013 foram atendidas 54.275 pessoas, entre adultos, idosos e crianças, com média de 150 usuários/dia. A população do estudo constituiu-se de prontuários de usuários adultos e idosos, com PAD \geq 120 mmHg no momento da priorização do atendimento médico.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi usado o *Power Analysis and Sample Size Software* (PASS versão 13) e considerada a análise estatística inferencial entre os vários fluxogramas possíveis de serem aplicados – Palpitações, Dor torácica, Desmaio, Mal-estar no adulto, Cefaleia e Gravidez. Para isso optou-se por um cálculo estratificado por tipo de fluxograma utilizado, considerando o poder de teste de 80%. Foi realizado o teste de permutação que utiliza reamostragem via simulação estatística para comparar as proporções entre os diferentes fluxogramas, encontrando-se uma amostra mínima de 45 sujeitos.

Para obtenção da amostra foram consultados 9.755 prontuários de adultos e idosos atendidos na UPA, no período de outubro a dezembro de 2013. Selecionou-se 63 prontuários que atendiam aos critérios estabelecidos para a pesquisa: registro de pacientes adultos e idosos classificados por prioridade clínica, segundo o SMCR, com PAD \geq 120 mmHg, acompanhados ou não de diagnóstico de crise hipertensiva ou de emergência hipertensiva (Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Edema Agudo Pulmonar, entre outros). Foram excluídos aqueles prontuários que não continham o registro dos valores aferidos da PA, embora constasse o diagnóstico de crise hipertensiva ou de emergência hipertensiva.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2014, pelo pesquisador e dois estudantes do curso de enfermagem, cadastrados no programa de iniciação científica. Para selecionar os prontuários, consultou-se manualmente o arquivo impresso e o Software ALERT[®] utilizado na UPA. Utilizou-se um instrumento construído pelos autores e validado por especialistas, composto por 17 questões semiestruturadas, incluindo condições sociodemográficas (sexo, faixa etária, procedência, local da residência), níveis pressóricos, fluxogramas selecionados, prioridade clínica atribuída na classificação (cor eleita) e diagnóstico de alta.

O SMCR disponibiliza 52 fluxogramas constituídos de sinais e sintomas para subsidiar a classificação de risco de usuários com diferentes demandas nos serviços de urgência/emergência. Como não existe um fluxograma específico para classificar usuários com urgência/emergência hipertensiva, dependendo dos sinais e sintomas, estes podem ser classificados com a utilização de mais de um fluxograma. Neste estudo, classificaram-se como casos urgentes os usuários a quem foram atribuídas as cores amarela, laranja ou vermelha⁽¹⁾.

O banco de dados foi digitado no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 23). A análise estatística incluiu frequências absolutas, relativas e teste qui-quadrado para comparação e associação das variáveis qualitativas. Foi estabelecido um erro alfa de 5%, ou seja, os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p \leq 0,05$. A análise interpretativa foi realizada a partir do referencial temático.

O projeto foi aprovado em 22 de abril de 2014, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Parecer nº 629.931.

● RESULTADOS

Houve semelhança na porcentagem de homens e de mulheres incluídos na amostra. As faixas etárias mais comuns foram 41-45 anos (15,9%) e 46-50 anos (19%), com variação entre 27 e 84 anos e média de 51,8 anos. A maior parte dos usuários (90,5% $p < 0,0001$) reside no município estudado, na zona urbana (95,2% $p < 0,0001$) e chegaram à UPA procedente do próprio domicílio (88,9% $p < 0,0001$). A prevalência de pressão arterial sistólica concentrou-se nas faixas de 170-219 mmHg ($p < 0,0001$) e diastólica de 120-129 mmHg ($p < 0,0001$) (Tabela 1).

Para a classificação de risco clínico, foram utilizados os fluxogramas: Mal-estar em adultos (49,2%), Cefaleia (27%), Dor torácica (22,2%) e Palpitações (1,6%).

Destaca-se que 27% dos usuários envolvidos no estudo não foram incluídos na categoria de urgência, mesmo apresentando PAD ≥ 120 mmHg. Em relação ao diagnóstico de alta, 33,3% dos usuários com PAD ≥ 120 mmHg não foram diagnosticados como crise hipertensiva.

● DISCUSSÃO

Foi evidenciada na presente pesquisa a semelhança numérica de homens e mulheres que procuraram a UPA com urgência/emergência hipertensiva. Este resultado foi também encontrado em estudo com 273 pessoas com idade ≥ 60 anos, residentes na região da Amazônia Legal, no Estado do Mato Grosso (44,7% de homens e 55,3% das mulheres). Aquela investigação constatou a alta prevalência de HAS entre idosos (67,4%)⁽⁷⁾.

No Brasil, pesquisa realizada com dados coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) avaliou a evolução da prevalência de HAS em idosos entre 2006 e 2010. Os valores encontrados nas cinco regiões brasileiras referentes à prevalência de hipertensão estavam acima de 55% em todos os anos analisados, porém não seguiam tendência linear. Quanto ao gênero, em todos os anos, a prevalência de HAS nas mulheres idosas foi significativamente maior que nos homens⁽⁸⁾.

No presente estudo, o fato de a maioria dos usuários ser oriunda do perímetro urbano do município estudado converge com estudo realizado na Índia, que relatou maior prevalência da hipertensão na população na área urbana. Tal investigação salientou que a prevalência, consciência e tratamento da hipertensão arterial foram maiores entre a população urbana em comparação com a rural. Concluiu que fatores socioeconômicos e risco metabólico (diabetes e hipercolesterolemia) influenciaram em algumas diferenças observadas entre as duas populações⁽²⁾.

Os resultados mostram que a quase totalidade dos usuários com urgência/emergência hipertensiva, além de serem moradores da área urbana, residem na área de localização da UPA. Nesta área os moradores têm a opção de ser atendidos por três unidades de atenção primária à saúde, que fazem o controle dos hipertensos crônicos. Como a UPA oferece atendimento 24 horas, a procura ocorre em função da oportunidade de o usuário ser atendido após o horário de funcionamento das unidades básicas de saúde, além do fácil acesso ao serviço.

Conforme os resultados, a faixa etária mais prevalente entre os usuários com urgência/emergência hipertensiva atendidos na UPA variou de 41 a 50 anos, sendo que a PA sistólica concentrou-se nas faixas de 170-219 mmHg e a diastólica de 120-129 mmHg. O painel do *Eighth National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* recomendou valores menores de 140/90 mmHg para a faixa etária de 41 a 50 anos. Os mesmos limites e metas foram recomendados tanto para hipertensos adultos com diabetes ou doença renal crônica, não diabéticos, como para a população em geral de hipertensos com menos de 60 anos⁽⁹⁾.

Tabela 1 - Caracterização da amostra, em valores absolutos e percentuais em relação aos dados socioeconômicos e valores pressóricos, n = 63. Município do Estado de Minas Gerais, Brasil, 2014

Variável	n	%	p-valor*
Sexo			p=0,899
Homem	32	50,8	
Mulher	30	47,6	
Sem informação	1	1,6	
Faixa Etária			p=0,047
25-30	1	1,6	
31-35	4	6,4	
36-40	6	9,5	
41-45	10	15,9	
46-50	12	19	
51-55	6	9,5	
56-60	8	12,7	
61-65	5	7,9	
66-70	5	7,9	
71-75	4	6,4	
≥ 76	2	3,2	
Procedência			p<0,0001
Domicílio	56	88,9	
Serviço Atendimento Médico Urgência	3	4,8	
Trabalho	2	3,2	
Serviço de Saúde	2	3,1	
Cidade			p<0,0001
Município de localização da UPA	57	90,5	
Outras cidades de Minas Gerais	1	1,6	
Cidades de outros estados	1	1,6	
Sem Registro	4	6,3	
Residência			p<0,0001
Urbana	60	95,24	
Rural	3	4,76	
Pressão Arterial			
PA Sistólica			p<0,0001
150-169	5	7,9	
170-189	21	33	
190-219	20	31,8	
220-229	13	20,6	
230-280	4	6,7	
PA Diastólica			p<0,0001
120-129	46	73	
130-139	7	11,1	
140-149	7	11,1	
150-180	3	4,8	

*p valor do teste qui-quadrado

Quando os valores da PA diastólica excedem 120-130 mmHg e da PA sistólica, 200-220 mmHg, tem-se a urgência/emergência hipertensiva. Salienta-se que a hipertensão grave, mesmo sem sintomas ou danos agudos ao órgão-alvo, é considerada fator de risco para doença cardiovascular⁽¹⁰⁾.

Urgências e emergências hipertensivas constituem grupo heterogêneo de distúrbios hipertensivos agudos, exigindo o reconhecimento rápido e adequada gestão para limitar ou evitar os danos de órgãos-alvo⁽¹⁰⁾. Mais importante que os limites dos valores pressóricos é a verificação da presença ou ausência de dano do órgão-alvo⁽¹¹⁾.

Os valores pressóricos identificados na amostra podem ser classificados como Estágio II e III da HAS, considerando o valor da PA, aferido em consultório, em pacientes com mais de 18 anos⁽³⁾. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, consideram-se três estágios em indivíduos com HAS. Em relação à pressão arterial sistólica, o Estágio I inclui valores que variam entre 140-159 mmHg; no Estágio II a variação é de 160-179 mmHg e no Estágio III, o valor é ≥ 180 mmHg. Quanto à pressão arterial diastólica, no Estágio I, tem-se a variação de 90-99 mmHg; no Estágio II, 100-109 mmHg e no Estágio III ≥ 110 mmHg⁽³⁾.

Constatou-se que “Mal-estar em adultos” foi o fluxograma mais utilizado pelo enfermeiro para a classificação de risco clínico e priorização do atendimento dos usuários. Este resultado foi similar ao encontrado em estudo realizado em 2014, no Serviço de Emergência de um Hospital Universitário do Estado de Santa Catarina, que elencou este fluxograma como o segundo mais utilizado na priorização do atendimento⁽¹²⁾.

De acordo com o SMCR, o fluxograma Mal-estar em adultos é usado para classificar usuários que não se sentem bem, porém sem queixas específicas. Nesse caso, são utilizados os discriminadores gerais para determinar nível de consciência, dor e temperatura corporal e os específicos quando apresenta algum dos sinais e sintomas que indicam claramente uma determinada doença. Os discriminadores específicos desse fluxograma incluem o déficit neurológico agudo, distúrbio de coagulação, erupção cutânea fixa, vesículas disseminadas, púrpura, imunossupressão conhecida, hemoptise, hipoglicemia, hipotermia, risco especial de infecção, história de viagem recente, início súbito, sinais de meningismo e alteração dos sinais vitais⁽¹⁾.

Na presente pesquisa, além do Mal-estar em adultos, verificou-se que também foram utilizados os fluxogramas Palpitações, Dor torácica e Cefaleia. O fluxograma Palpitações foi elaborado para avaliar a queixa de palpitações relacionadas à isquemia do coração, cardiopatia, outras e até ansiedade. Este fluxograma assegura que sinais e sintomas de insuficiência cardíaca sejam incluídos nas categorias laranja e vermelho. Apresenta como discriminadores específicos: história cardíaca, história de inconsciência e palpitação atual, pulso anormal, alteração súbita da consciência, dispneia aguda, dor precordial ou cardíaca⁽¹⁾.

O fluxograma Dor torácica é aplicado em casos de dor que pode variar desde o infarto agudo do miocárdio até uma irritação muscular. Os discriminadores específicos incluem tipo e gravidade da dor (cardíaca ou pleural) e alteração do pulso. Cefaleia é um fluxograma que tem como discriminadores específicos, convulsão, respiração inadequada, obstrução de vias aéreas superiores, início abrupto da cefaleia, criança “quente”, alteração súbita da consciência, dor moderada, história discordante, redução recente da acuidade visual, febre, vômitos, dor leve e recente e evento recente⁽¹⁾.

Como a elevação crítica da PA nem sempre está associada com sinais e sintomas específicos devido às características assintomáticas da doença, a maioria dos usuários foi considerada com queixas que caracterizam o não se sentir bem, sendo utilizado predominantemente o fluxograma Mal-estar em adultos. Um estudo realizado na Bósnia corroborou estes resultados quando mostrou que não se sabe em que momento da elevação persistente e significativa da PA caracteriza-se uma urgência/emergência hipertensiva, pois em aproximadamente 50% das pessoas diagnosticadas como urgência/emergência hipertensiva a doença progrediu de forma assintomática, dificultando o tratamento⁽¹³⁾.

No Brasil, uma investigação ressaltou que alguns indivíduos hipertensos quando procuram o setor de emergência podem apresentar medidas de PA muito elevadas, porém, muitas vezes, mostraram-se oligossintomáticos ou assintomáticos. Destacou também que outros hipertensos podem apresentar elevação transitória da PA diante de algum evento doloroso, transtorno emocional ou desconforto, como enxaqueca, tontura rotatória, cefaleias vasculares de origem musculoesquelética e manifestações

da síndrome do pânico, o que se caracteriza como pseudocrise hipertensiva⁽¹⁴⁾.

Ressalta-se que os sintomas relatados pelos usuários em urgência/emergência hipertensiva atendidos na UPA foram predominantemente cefaleia e dor torácica. Outra pesquisa apontou que os sintomas mais comuns nesses pacientes foram cefaleia (74,1%), dor no peito e dispneia (62,4%), vertigem (49,4%) e náuseas e vômitos (41,2%). Os sintomas mais comuns da UH foram cefaleia (78,9%) e dor torácica (56,3%), na EH, dor no peito (92,9%) e dispneia (71,4%). Cefaleia, dor no peito e dispneia foram significativamente mais presentes em pacientes com emergência hipertensiva ($p < 0,005$). As manifestações clínicas da EH foram relativas à síndrome coronariana aguda (92,9%) e edema pulmonar agudo (7,1%)⁽¹³⁾.

No Brasil, o estudo que avaliou a prevalência, o quadro clínico e as lesões orgânicas envolvidas em uma crise hipertensiva mostrou que as urgências/emergências hipertensivas manifestaram-se clinicamente em ordem decrescente como cefaleia, tontura, dispneia, déficit neurológico e dor torácica. Na urgência, cefaleia e tontura foram os sintomas mais comuns, enquanto que na emergência, as manifestações clínicas mais frequentes foram déficits neurológicos e dispneia compatíveis com as lesões de órgãos-alvo⁽⁵⁾.

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, assim como o *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (VII JNC), ressaltaram a elevação crítica da PA, a partir da PAD ≥ 120 mmHg, o que caracteriza a urgência/emergência hipertensiva^(3,15).

No presente estudo, o fato de 27% dos usuários com urgência/emergência hipertensiva, com PAD ≥ 120 mmHg, não terem sido incluídos na categoria de urgente chama atenção, uma vez que estes podem ter voltado para casa e não ter procurado o serviço de saúde para intervenção com vistas à prevenção de agravos relativos à elevação crítica da PA. Ressalta-se a importância de o enfermeiro ter consciência de que as decisões tomadas no momento da classificação de risco serão instáveis, aleatórias e potencialmente inseguras, se não houver uma estrutura de base científica⁽¹⁾.

Cerca de um terço dos usuários que apresentaram PAD ≥ 120 mmHg e não tiveram diagnóstico de crise hipertensiva receberam outros diagnósticos como ansiedade, cefaleia, mal-estar, entre outros. Salienta-se que, além da utilização dos fluxogramas propostos pelo SMCR, deve-se considerar também o protocolo que trata das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁽³⁾ e guias internacionais⁽¹⁵⁾.

A aferição da PA, frequência cardíaca e respiratória, assim como o nível de consciência, são usados para prever a necessidade de atendimento de emergência⁽¹⁶⁾. Pesquisa realizada em um município de Minas Gerais cujo serviço de saúde utiliza o SMCR revelou que somente 0,5% dos prontuários analisados continham os valores de PA aferidos no momento da classificação de risco⁽¹⁷⁾. Isso pode dificultar a definição do diagnóstico e o início das intervenções terapêuticas necessárias.

Salienta-se que no serviço de emergência, a verificação da pressão arterial deve ser feita e confirmada em mais de uma localização anatômica, com reavaliação várias vezes antes e durante a terapia⁽¹⁵⁾. Também é importante o preparo do paciente, o uso de técnica padronizada e de equipamento calibrado⁽³⁾.

Este estudo apresentou limitações quanto ao fato de utilizar dados secundários retirados de prontuários nos quais foram observadas informações incompletas. Porém, tais limitações não invalidam a relevância dos resultados obtidos já que estes trazem dados importantes acerca das condições sociodemográficas, níveis pressóricos e classificação de risco do usuário com urgência/emergência hipertensiva na UPA.

● CONCLUSÃO

As características dos usuários com crise hipertensiva na UPA apontam similaridade de percentual entre homens e mulheres, predominância da faixa etária entre 41 e 50 anos, com a maior parte domiciliada no perímetro urbano do município e na área de abrangência do serviço. A prevalência de PA sistólica concentrou-se nas faixas de 170-219 mmHg e diastólica de 120-129 mmHg.

Os principais fluxogramas de sinais e sintomas utilizados pelo enfermeiro no momento da

classificação de risco foram mal-estar em adultos, cefaleia e dor torácica. Merece destaque o percentual de usuários que procuraram a UPA com PAD \geq 120 mmHg e não foram classificados como no mínimo urgente. Destaca-se também o elevado percentual dos usuários que não receberam o diagnóstico de alta de crise hipertensiva.

Estes resultados indicam a necessidade de esclarecimento dos responsáveis pela avaliação de risco quanto à importância de identificar os usuários com pressão diastólica elevada e encaminhá-los a tratamento adequado, conforme a prioridade clínica.

● REFERÊNCIAS

1. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR). Cordeiro Júnior W, Mafra AZ, Org. Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência. Versão Brasileira. Belo Horizonte (MG); Manchester Triage Group: 2010.
2. Yip W, Wong TY, Jonas JB, Zheng Y, Lamoureux EL, Nangia V, et al. Prevalence, awareness, and control of hypertension among Asian Indians living in urban Singapore and rural India. *J. Hypertens.* 2013; 31(8): 1539–46.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010; 95(1 suppl 1): 1-51.
4. Lessa I. Systemic arterial hypertension in Brazil: temporal trends. *Cad. Saúde Pública.* [Internet] 2010; 26(8) [acesso em 19 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800001>.
5. Martin JFV, Higashiyama E, Garcia E, Luizon MR, Cipullo JP. Hypertensive crisis profile: prevalence and clinical presentation. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet] 2004; 83(2) [acesso em 19 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004001400004>.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 423, de 11 de abril de 2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Brasília: COFEN; 2012.
7. Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MSA, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet] 2013; 16(3) [acesso em 19 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000300007>.
8. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014; 9(32): 273-8.
9. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.* 2014; 311(5): 507-20.
10. van den Born BJH, Beutler JJ, Gaillard CAJM, de Gooijer A, van den Meiracker AH, Kroon AA. Dutch guideline for the management of hypertensive crisis – 2010 Revision. *Neth J Med.* 2011; 69(5): 248-55.
11. Johnson W, Nguyen ML, Patel R. Hypertension crisis in the emergency department. *Cardiol. Clin.* 2012; 30(4): 533-43.
12. de Souza TH, de Andrade SR. Acolhimento com classificação de risco: um indicador da demanda emergencial de um serviço hospitalar. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2014; 19(4) [acesso em 19 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i4.35941>.
13. Salkic S, Batic-Mujanovic O, Ljuca F, Brkic S. Clinical Presentation of Hypertensive Crises in Emergency Medical Services. *Mater Sociomed.* 2014; 26(1): 12-6.
14. Martin JFV. Crise Hipertensiva. *J. bras. med.* 2013; 101(1): 21-30.
15. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Joseph Jr LI, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC7

report. JAMA. 2003; 289(19): 2560-72.

16. Rehn M, Perel P, Blackhall K, Lossius HM. Prognostic models for the early care of trauma patients: a systematic review. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. [Internet] 2011; (19): 17 [acesso em 17 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1186/1757-7241-19-17>.

17. Diniz AS, da Silva AP, de Souza CC, Chianca TCM. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2014; 16(2) [acesso em 19 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21700>.