



---

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL**  
**Autarquia Federal - Lei nº 5.905/73**

**PARECER TÉCNICO COREN-DF nº 005/2021**

**EMENTA:** Legalidade da atuação do enfermeiro na Atenção Básica em Saúde diante de uma emergência hipertensiva quando a unidade está desprovida de médico no período, em relação a autonomia de administrar medicações.

**Descritores:** Hipertensão; Enfermagem; Emergência

**1. DO FATO**

Solicitação de parecer técnico sobre a atuação do enfermeiro na Atenção Básica em Saúde diante de uma emergência hipertensiva quando a unidade está desprovida de médico no período, em relação a autonomia de administrar medicações.

**2. DA FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE**

A partir da Resolução do COFEN nº 564/2017, a qual dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem destaca-se a priori os seguintes artigos dos direitos e deveres e das proibições, com fulcro no fato:

**CAPÍTULO I – DOS DIREITOS**

**Art. 13** Suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem.

**CAPÍTULO II – DOS DEVERES**

**Art. 36** Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e

sem rasuras.

**Art. 38** Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

**Art. 39** Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.

**Art. 40** Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

**Art. 42** Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

**Art. 46** Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência.

**§ 2º** É vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação, conforme Resolução vigente.

**Parágrafo único.** Respeitar as diretrizes antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.

### CAPÍTULO III – DAS PROIBIÇÕES

**Art. 76** Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional.

**Art. 77** Executar procedimentos ou participar da assistência à saúde sem o consentimento formal da pessoa ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte.

**Art. 78** Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

**Art. 79** Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

**Art. 80** Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

**Art. 81** Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso

de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente.

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. É aconselhável, quando possível, a validação de tais medidas por meio de avaliação da PA fora do consultório por meio da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou da Automedida da Pressão Arterial (AMPA) (BARROSO *et al*, 2020).

Os termos urgência e emergência hipertensiva surgiram como proposta para uma classificação operacional da crise hipertensiva (CH), em 1993, pelo *V Joint National Committee on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*.

As urgências hipertensivas (UH) são situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da pressão arterial (PA) definida arbitrariamente como PA sistólica (PAS)  $\geq 180$  e/ou diastólica (PAD)  $\geq 120$  mm Hg) sem lesão aguda e progressiva em órgãos-alvo (LOA) e sem risco iminente de morte (WHELTON *et al*, 2017; MALACHIAS *et al*, 2016; BORTOLOTTO; SILVEIRA; VILELA-MARTIN, 2018; MARTIN; RIBEIRO, 2015). Nesse caso, os pacientes com UH podem fazer uso inicialmente de alfa-agonistas centrais, vasodilatadores ou bloqueador do canal de cálcio (FLYNN, 2017). O objetivo do tratamento é reduzir a PA em 25% nas primeiras 8h, seguida de uma redução lenta em torno de 24-48h, até alcançar o percentil 95, uma vez que a redução rápida poderá acarretar danos, principalmente cerebrais (BARROSO *et al*, 2020).

Já as emergências hipertensivas (EH) são situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA (definida arbitrariamente como PAS  $\geq 180$  e/ou PAD  $\geq 120$  mm Hg) com LOA aguda e progressiva, com risco iminente de morte (WHELTON *et al*, 2017; MALACHIAS *et al*, 2016; BORTOLOTTO; SILVEIRA; VILELA-MARTIN, 2018; MARTIN; RIBEIRO, 2015). Geralmente, as EH são secundárias a doença subjacente que necessita investigação, (FLYNN, 2017) e seu tratamento deve ser realizado com o paciente internado, na maioria das vezes em UTI, com medicação intravenosa (IV) (BARROSO *et al*, 2020). Logo, diante dessas situações, o médico assistente da Atenção Primária deverá chamar

o serviço de atendimento móvel de urgência para a remoção do paciente imediatamente. (BRASIL, 2013).

Uma condição comum nos setores de emergência é a pseudocrise hipertensiva (PCH). Na PCH, não há LOA aguda ou risco imediato de morte (BARROSO et al, 2020). Geralmente, ocorre em hipertensos tratados e não controlados, ou em hipertensos não tratados, com medidas de PA muito elevadas, mas oligossintomáticos ou assintomáticos (BARROSO et al, 2020). Também se caracteriza como PCH a elevação da PA diante de evento emocional, doloroso, ou de algum desconforto, como enxaqueca, tontura rotatória, cefaleias vasculares e de origem musculoesquelética, além de manifestações da síndrome do pânico (BORTOLOTTO; SILVEIRA; VILELA-MARTIN, 2018; MARTIN; RIBEIRO, 2015). Esse grupo de doentes é provavelmente o responsável pela maior procura por um atendimento de urgência com PA acentuadamente elevada. Esses doentes devem receber medicamentos para tratamentos dos sintomas (analgésicos, antivertiginosos, benzodiazepínicos), e não anti-hipertensivos (BRASIL, 2013).

A elevação eventual do nível pressórico ocorre quando há apenas alteração dos níveis pressóricos sem queixas dos pacientes. Geralmente, apresenta-se como um achado, nas verificações de rotina da UBS. Deve-se, nesses casos, verificar se o paciente já é hipertenso, se há alguma outra patologia que justifique essa alteração, planejar o acompanhamento adequado, dar início ao tratamento apropriado, ou ajustar dose e verificar adesão ao tratamento proposto pela equipe (BRASIL, 2013).

As urgências hipertensivas, as pseudocrises hipertensivas e as elevações eventuais do nível pressórico são situações que podem ser avaliadas e conduzidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que possuam as devidas condições (de equipamentos e pessoal) para o atendimento. Porém devem-se tomar os devidos cuidados de referenciar para um pronto atendimento os casos de emergência hipertensiva e os casos de urgência que necessitem de exames complementares para a monitorização adequada (pré-eclâmpsia, por exemplo) ou que não respondem ao tratamento instituído ou apresentam piora (BRASIL, 2013).

O diagnóstico de hipertensão não controlada é muito comum nos atendimentos não programados nas UBS e, nesses casos, a conduta mais adequada é recomendar correta avaliação ambulatorial. Em alguns casos, pode-se iniciar ou corrigir o tratamento anti-hipertensivo em uso, com fármacos por via oral, mantendo-se observação por breves períodos em casos suspeitos de anormalidades subclínicas e dar sequência ao projeto terapêutico,

incluindo o usuário no acompanhamento da equipe multiprofissional e outras ofertas da unidade (visitas domiciliares, grupos terapêuticos entre outras) (BRASIL, 2013).

Dentre as ações específicas na atenção primária descritas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) cabe ao enfermeiro realizar consulta de enfermagem e procedimentos, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2017).

Vale lembrar que o Distrito Federal dispõe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no âmbito do SUS, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2048/GM/2002. Este serviço funciona 24 horas pelo telefone 192, e a crise hipertensiva configura-se entre uma das causas para o seu acionamento.

Ainda sobre essa temática tem-se a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, a qual reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa por sua vez tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, além de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011).

A base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências/Emergências são o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção, tendo em vista que priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (BRASIL, 2011).

Essa rede é constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011).

Com base nas prescrições, oriundas das Centrais de Regulação Médica das Urgências, cabe valer-se da Resolução do COFEN Nº 487 de 2015, a qual resolve:

**Art. 1º** É vedado aos profissionais de Enfermagem o cumprimento de prescrição médica à distância fornecida por meio de rádio, telefones fixos e/ou móveis, mensagem de SMS (*short message service*), correio eletrônico, redes sociais de internet ou quaisquer outros meios onde

não conste o carimbo e assinatura do médico.

**Art. 2º** Fazem exceção ao artigo anterior as seguintes situações de urgência e emergência:

**I** – Prescrição feita por médico regulador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);

**II** – Prescrição feita por médico à pacientes em atendimento domiciliar;

**III** – Prescrição feita por médico em atendimento de telessaúde.

§ 1º É permitido somente ao Enfermeiro o recebimento da prescrição médica à distância, dentro das exceções previstas nesta Resolução.

§ 2º O Enfermeiro que recebeu a prescrição médica à distância estará obrigado a elaborar relatório circunstanciado, onde deve constar a situação que caracterizou urgência e emergência, as condutas médicas prescritas e as executadas pela Enfermagem, bem como a resposta do paciente às mesmas.

§ 3º Os serviços de saúde que praticam os casos de atendimento previstos nos incisos deste artigo deverão garantir condições técnicas apropriadas para que o atendimento médico à distância seja transmitido, gravado, armazenado e disponibilizado quando necessário.

§ 4º Prescrição feita pelo médico do serviço de Urgência e Emergência pré-Hospitalar fixo.

**Art. 3º** É vedado aos profissionais de Enfermagem a execução de prescrição médica fora da validade.

§ 1º – Para efeitos do caput deste artigo, consideram-se válidas as seguintes prescrições médicas:

**I** – Nos serviços hospitalares, prescrições pelo período de 24 horas;

**II** – Nos demais serviços, as receitas e prescrições com a indicação do tipo de medicamento, procedimentos, doses e período de tratamento definidos pelo médico.

## **II – CONCLUSÃO**

Segundo o Código de ética da Enfermagem o enfermeiro em situações de emergências e urgências pode prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, desde que conheçam a indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, sem comprometer a segurança da pessoa. Recomenda-se acionar o SAMU, onde a prescrição feita pelo médico regulador à distância, em situação de urgência e emergência, poderá ser recebida pelo

enfermeiro. Dessa forma, o enfermeiro estará obrigado a elaborar relatório circunstanciado, onde deve constar a situação que caracterizou urgência e emergência, as condutas médicas prescritas e as executadas pela Enfermagem, bem como a resposta do paciente às mesmas. Além disso, recomenda-se que as instituições de saúde elaborem e mantenham atualizados diretrizes e protocolos de atendimento nos casos de crises hipertensivas.

### **É o parecer.**

### **REFERÊNCIAS**

The fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). **Archives of internal medicine**, v. 153, n. 2, p. 154–183, 1993.

BARROSO et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, p. 1-143, 2020.

BORTOLOTTO, L. A.; SILVEIRA, J. V.; VILELA-MARTIN, J. F. Crises Hipertensivas: Definindo a gravidade e o tratamento. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 28, n. 3, p. 254-9, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. (Cadernos de Atenção Básica n. 28). 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013, v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. **Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)>.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 487/2015. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4872015\\_33939.html/print/](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4872015_33939.html/print/)>.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564, de 06 de dezembro de 2017.

**Aprova o novo Código de Ética da Enfermagem brasileira.** Disponível em:

<[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)>.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudolegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudolegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>

FLYNN, J. T. et al; Subcommittee on Screening and Management of High Blood Pressure in Children. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. **Pediatrics**, v. 140, n. 3, p. e20171904, 2017.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.107, p. 1-83, 2016. Suplemento 3.

MARTIN, J. F. V.; RIBEIRO, J. M. Urgências e Emergências Hipertensivas. In: MOREIRA, M. C.; MONTENEGRO, S. T.; PAOLA, A. A. V. (Coord.). **Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2 ed. Barueri (SP): Manole; 2015. p .922-930.

WHELTON, P. K. et al. 2017 Guideline for Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 71, n. 19, p. e127–e248, 2017.

Brasília, 30 de abril de 2021.

**COREN-DF.**

**Câmara Técnica de Assistência ao COREN-DF**

**Relator:** Luciana Melo de Moura

**COREN-DF 87305-ENF**

**Revisor:** Rinaldo de Souza Neves

**COREN-DF 54.747-ENF**

**Aprovado em 03 de março de 2021 na Reunião da Câmara Técnica de Assistência ao COREN-DF.**

**Homologado em 30 de abril de 2021, na 540<sup>a</sup> Reunião de Plenária Ordinária (ROP) dos Conselheiros do COREN-DF.**