

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADO AO PACIENTE GERIÁTRICO
COM PERFIL CLÍNICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UM
ESTUDO DE CASO**

 <https://doi.org/10.56238/sevened2025.018-045>

Pabloena da Silva Pereira

Mestre em Ciências Aplicadas à Dermatologia
Centro Universitário FAMETRO
E-mail: pabloena.pereira@fatecamazonia.com.br

Suelem da Costa Taveira

Graduanda em Enfermagem
Centro Universitário Fametro
E-mail: suelemtaveira1@gmail.com

Jessica Peixoto Gonçalves

Graduanda em Enfermagem
Centro Universitário Fametro
E-mail: jessicagoncalves.jpg@gmail.com

Ana Cecília Cavalcante de Oliveira

Graduanda em Enfermagem
Centro Universitário Fametro
E-mail: anacavalcante930@gmail.com

Márcia de Souza Ferreira

Graduanda em Enfermagem
Centro Universitário Fametro
E-mail: marciasousaferreira9@gmail.com

Maykelle Laranjeira Soares

Graduanda em Enfermagem
Centro Universitário Fametro
E-mail: maykellesoares18@gmail.com

RESUMO

Este estudo tem como objetivo investigar as condições de saúde de um idoso com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) sob a assistência de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, do tipo estudo de caso. O paciente é um homem de 83 anos, viúvo, aposentado e natural de Manaus-AM, que apresenta um histórico de HAS não tratada há mais de 15 anos. Sua principal queixa é um quadro agudo resultante de um acidente vascular cerebral (AVC), acompanhado de edema nos pés, rigidez articular no membro inferior e alterações visuais. Na história da doença atual, é relatado que, aos 71 anos, o paciente já havia enfrentado complicações decorrentes de três AVCs, que resultaram em alterações cognitivas e comportamentais, disartria, mobilidade física comprometida e edema nos membros inferiores. A história médica pregressa confirma a presença de HAS há mais de 15 anos, os três AVCs anteriores, perda parcial da visão e dificuldades em aderir à fisioterapia, além de episódios de agressividade. Em relação aos hábitos de vida, o paciente costumava



praticar atividades físicas, como futebol, mas também consumia bebidas alcoólicas e utilizava tabaco e cigarro com frequência. Em conclusão, este relato de caso destaca os sérios riscos associados à HAS não tratada em idosos. Ele ressalta a importância do diagnóstico precoce, do controle efetivo da pressão arterial, do acompanhamento multidisciplinar e da implementação de estratégias para melhorar a adesão ao tratamento, com o objetivo de prevenir ou minimizar as complicações cardiovasculares e oculares devastadoras que podem afetar significativamente a qualidade de vida e a autonomia.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idosos. Hipertensão arterial. Condições de saúde. Assistência de enfermagem.



1 INTRODUÇÃO

No Brasil, considera-se idoso o indivíduo com 60 anos ou mais, dentro desse grupo, estão os idosos longevos, que são aqueles com 80 anos ou mais. Projeções para os próximos 20 anos indicam que a população de idosos no país pode ultrapassar 30 milhões, representando cerca de 13% da população total ao final desse período (Freire et al., 2024).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) impacta mais de 30% da população adulta, o que corresponde a mais de um bilhão de indivíduos, e é considerada a principal causa de mortes precoces globalmente. Ademais, a incidência da doença é especialmente elevada em países de baixa e média renda, que concentram dois terços dos casos, em grande parte devido ao aumento dos fatores de risco nessas populações nas últimas décadas (Ribeiro & Uehara, 2022). Aproximadamente metade das pessoas que vivem com hipertensão arterial desconhecem sua condição, o que as coloca em risco de complicações médicas evitáveis e morte (Gomes et al., 2024).

Considera-se a HAS uma doença crônica não transmissível (DCNT) com múltiplas causas, incluindo fatores genéticos, epigenéticos, ambientais e sociais. O diagnóstico de HAS é feito quando a pressão arterial sistólica (PAS) é igual ou superior a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) é igual ou superior a 90 mmHg. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020, os principais fatores de risco para HAS são genéticos, idade avançada, sexo, etnia, sobrepeso/obesidade, consumo excessivo de sal, sedentarismo, consumo de álcool e fatores socioeconômicos como baixa escolaridade, moradia inadequada e baixa renda familiar (Barroso et al., 2021).

A HAS é a doença mais comum em idosos e a principal causa de morte nessa população. O diagnóstico correto e o acompanhamento adequado são cruciais para reduzir drasticamente o número de óbitos. Nas últimas duas décadas, a hipertensão prevaleceu em 30% da população. Estudos realizados entre 2003 e 2008 em 35 países revelaram uma prevalência de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres, tornando essa patologia um problema de saúde pública global. No Brasil, mais de 60% dos idosos (acima de 65 anos) são hipertensos (Rabelo et al., 2020).

O envelhecimento causa o espessamento das paredes arteriais e disfunção endotelial, levando ao aumento da rigidez e diminuição da complacência vascular. Fatores como sensibilidade ao sal, estresse hemodinâmico crônico, alterações nas fibras de elastina e deposição de cálcio contribuem para essas mudanças. A hipertensão arterial, associada ao envelhecimento, aumenta o risco de doenças como insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico (de Vasconcelos & de Oliveira, 2024).

Diante do aumento das restrições na qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial, o diagnóstico precoce e o tratamento imediato são essenciais. O tratamento pode incluir medicamentos, atividades físicas, alimentação saudável ou uma combinação dessas abordagens. Dados do VIGITEL

mostram um aumento significativo na mortalidade por hipertensão em pessoas com 60 anos ou mais nos últimos três anos (Brasil, 2019). A hipertensão afeta diretamente a capacidade física, a qualidade de vida, as relações sociais, as atividades diárias e a autonomia dos idosos, diminuindo sua energia, ânimo e vitalidade (Queiroz, Santos & Mateus, 2022).

O presente estudo traz as seguintes problematizações: quais respostas agudas ocorrem nos níveis de pressão arterial sistêmica em um homem octogenário após uma sessão de assistência de enfermagem? A pesquisa justifica-se pela necessidade de achados científicos que corroborem ou não com as pesquisas existentes, de modo a fomentar um corpo de evidências. Como objetivo buscou-se identificar e analisar o efeito de assistência de enfermagem sobre a pressão arterial de um idoso.

2 METODOLOGIA

O referencial teórico em um estudo compreende uma análise crítica e organizada da literatura pertinente ao tema, fornecendo uma contextualização teórica e definindo os conceitos-chave. Deve conter de maneira abrangente as teorias, modelos e pesquisas anteriores, identificando lacunas, contradições e consensos na literatura que são importantes para o foco do trabalho que está sendo desenvolvido.

2.1 DELINEAMENTO E CAMPO DO ESTUDO

De modo geral, o estudo que compõem este trabalho é um estudo de caso clínico, de caráter descritivo e observacional, com combinação de métodos qualitativo. Utilizou-se o método de recorte transversal, dessa forma, os dados foram coletados em apenas um período, sem seguimento, sendo este compreendido em uma determinada data. De acordo com Augusto et al. (2013), as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinadas populações.

A primeira meta do trabalho foi caracterizada essencialmente como descritiva e de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, nesse sentido, o objetivo deste estudo é descrever por meio do próprio relato de caso e construção sistemática do processo de Enfermagem com paciente com HAS. Já a última meta, foi caracterizada como explicativo-correlacionado, com uma busca teórica nas plataformas eletrônicas com intuito de respaldar a discussão do caso clínico e a forma que ele se apresentou. Dentre as plataformas disponíveis, foram utilizadas o PubMed e Scielo. O estudo foi desenvolvido no domicílio do idoso na cidade de Manaus, Amazonas.

O paciente B. G. S. foi submetido ao atendimento de enfermagem domiciliar e institucionalizado de caráter preventivo a partir do vínculo existente entre o curso de Enfermagem do Centro Universitário Fametro a disciplina de Enfermagem na saúde do idoso, e por meio de autorização assinada à parceria vigente e Consentimento Livre Esclarecido. O instrumento utilizado para o levantamento de dados baseou-se no roteiro para anamnese extraído do livro “Anamnese e Exame

Físico” por Barros, (2016), seguindo pela identificação do paciente, queixa principal (QP), história da doença atual (HDA), antecedentes fisiológicos e/ou patológicos (AFEP), história patológica familiar (HPE), hábitos de vida (HV), história socioeconômica (HSE), e exame físico.

2.2 PROCEDIMENTO ÉTICO

O presente estudo seguiu os princípios éticos e legais, sendo todas as etapas consonantes às exigências estabelecidas na Resolução n. 466/12, do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (CNS), seguindo as exigências, a coleta de dados foi iniciada após o aceite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que assegurou o anonimato, a privacidade e o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa. A coleta ocorreu em março de 2025, durante a visita domiciliar.

3 RELATO DE CASO CLÍNICO

B.G.S., um homem de 83 anos, pesa 79 kg e mede aproximadamente 1,75 m. Ele é comerciante, viúvo e natural de Manaus-AM. Sua principal queixa é a ocorrência de um acidente vascular cerebral (AVC), acompanhado de edema nos pés, rigidez articular no membro inferior e alterações visuais. Na história da doença atual (HDA), o paciente apresenta diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) há mais de 15 anos. Aos 71 anos, ele sofreu três AVCs, resultando em complicações como alterações cognitivas e comportamentais, disartria e mobilidade física comprometida, além de edema nos membros inferiores.

Na história médica pregressa (HMP), B.G.S. relata sequelas de perda parcial da visão e necessidade de auxílio para locomoção após os AVCs. Ele menciona dificuldades em aderir à fisioterapia e episódios de agressividade durante as sessões. O histórico familiar inclui um pai com diabetes mellitus e HAS, que faleceu devido a um aneurisma. Antes das sequelas do AVC, B.G.S. praticava atividades físicas, especialmente futebol, mas também consumia álcool e usava tabaco com frequência. Atualmente, é aposentado e recebe apoio financeiro da filha. As medicações que utiliza incluem Losartana 50 mg/dia, Rivaroxabana 10 mg/dia, Hemifumarato de quetiapina 25 mg à noite e Fenitoína 100 mg à noite.

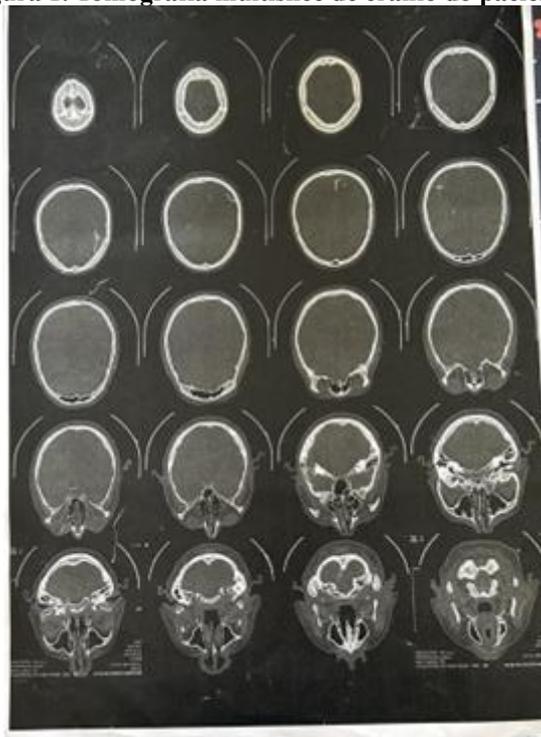
No exame físico, a pressão arterial no braço direito foi de 121 x 73 mmHg. O paciente estava normocárdico, afebril, eupneico em ar ambiente, lúcido e orientado em tempo, espaço e pessoa, embora apresentasse mobilidade física prejudicada. A pele exibia manchas de hiperpigmentação, e o exame craniano não revelou anormalidades. O paciente apresentava déficit sensorial visual, vasoconstrição periférica e pupilas fotorreativas. A boca não apresentava anormalidades, e o pescoço estava normal. A expansão torácica e a ausculta pulmonar estavam normais. O abdome era indolor, globoso e flácido

à palpação, com ruídos hidroaéreos presentes. O exame geniturinário indicou oligúria, e os membros inferiores mostraram diminuição da força motora bilateral.

Os exames laboratoriais realizados incluíram hemograma completo, tomografia multislice de crânio, ressonância magnética do crânio e tomografia computadorizada do abdome total. Em 09/03/2023, foi realizada uma tomografia multislice de crânio (Figura 1), com cortes tomográficos computadorizados contíguos no plano axial, paralelos à linha órbito-meatal, com espessura de 5 mm e incremento de 5 mm na fossa posterior, e espessura de 8 mm e incremento de 8 mm na região supratentorial.

Os exames de ressonância magnética de B.G.S. (conforme ilustrado na Figura 1) revelaram áreas de hipodensidade confluyente na substância branca cerebral, com extensão córtico/subcortical, na substância branca profunda e periventricular, especialmente nas regiões fronto-parietais. Essas áreas, que não apresentam efeito expansivo associado, podem indicar focos de gliose, sem maior relevância clínica. Apesar das falas desconexas que B.G.S. ocasionalmente apresenta, suas funções cognitivas permanecem preservadas.

Figura 1. Tomografia multislice de crânio do paciente.



Fonte: Autores da pesquisa, 2025 (imagem autorizada).

Além disso, as áreas de hipodensidade confluyente na substância branca cerebral, incluindo a região centroencefálica e a ponte, provavelmente correspondem a glioses confluentes resultantes de alterações vasculares em pequenos vasos. Foram observados sinais de ateromatose carotídea bilateral, caracterizados por calcificações nas artérias carótidas internas. Também foi notada a proeminência dos

espaços liquorais encefálicos, especialmente no compartimento supratentorial, indicando perda de volume cerebral típica da faixa etária.

As glioses confluentes provavelmente são sequelas dos três AVCs prévios, explicando as alterações cognitivas, comportamentais, a disartria e a dificuldade de mobilidade. A presença de aterosclerose carotídea é um fator de risco significativo para futuros eventos vasculares cerebrais, e a perda de volume cerebral é um processo neurodegenerativo que pode ser exacerbado pela história de AVCs e pela idade.

O paciente apresentou ectasia do sistema ventricular supratentorial, incluindo o III ventrículo, sem comunicação com o aqueduto cerebral e o IV ventrículo, associada a discreta hipodensidade confluyente na substância branca periventricular, que pode ser indicativa de gliose ou edema transependimário. O exame sugere que o paciente desenvolveu uma hidrocefalia não comunicante no sistema ventricular supratentorial, provavelmente devido a alguma complicação dos AVCs prévios (como cicatrizes ou outras lesões que obstruíram o fluxo do líquido). Essa hidrocefalia pode estar contribuindo para a piora ou persistência das alterações cognitivas, comportamentais e da mobilidade. O edema transependimário, se presente, indica um aumento da pressão intracraniana que necessita de atenção.

O paciente possui múltiplas comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), sequelas de AVC e alterações cognitivas. O uso de múltiplos medicamentos (polifarmácia) podem aumentar o risco de interações e efeitos colaterais. A dificuldade em seguir a fisioterapia e os episódios de agressividade podem complicar a reabilitação. A perda parcial da visão também requer investigação. As recomendações incluem monitoramento da pressão arterial e controle da HAS, reabilitação física e neurológica para melhorar a mobilidade e as funções cognitivas, avaliação oftalmológica para investigar a perda de visão, acompanhamento psiquiátrico para gerenciar os episódios de agressividade e avaliação da adesão à medicação, além do monitoramento de possíveis efeitos colaterais.

4 RESULTADOS

O plano de cuidados de enfermagem tem por objetivo a organização e sistematização da assistência de modo a contribuir para a identificação dos problemas e as possíveis intervenções de acordo com a realidade do cliente a fim de promover a saúde e o bem-estar dele. Baseado na anamnese e exame físico realizados, foi possível elaborar os seguintes diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções e resultados esperados. O caso apresentado acima permite traçar os seguintes diagnósticos de enfermagem, através do International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification (NANDA-I), 2024-2026 (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2024) e o planejamento da assistência de enfermagem foi feito de acordo com a Classificações de Intervenções de Enfermagem (NIC)

(McCloskey & Bulechek, 2004). Considerando os diagnósticos apresentados os quadros abaixo apresentam as intervenções que com sua implementação norteiam a prática da equipe de enfermagem.

Quadro 1. Diagnósticos de enfermagem sobre o risco de queda relacionado à fraqueza muscular e alterações na mobilidade secundárias ao acidente vascular cerebral.

Fatores Relacionados	Evidências	Meta	Intervenções	Avaliação
<ol style="list-style-type: none"> Idade avançada (85 anos) HAS Histórico de três acidentes vasculares cerebrais (AVCs). Diminuição da força muscular e da coordenação motora. Alterações na percepção e no equilíbrio 	<ol style="list-style-type: none"> Observação de dificuldade em realizar transferências e movimentar-se na cadeira de rodas. Limitação na amplitude de movimento dos membros inferiores. Relato do paciente sobre fraqueza e cansaço ao tentar se mover. Dificuldade em realizar atividades de vida diária (AVDs) de forma independente. Avaliação física que mostra rigidez articular ou fraqueza muscular. 	<p>O paciente demonstrará uma melhora na mobilidade física, com aumento da amplitude de movimento e capacidade de realizar transferências com assistência mínima, em um período de 4 a 6 semanas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Avaliação da Mobilidade: Realizar uma avaliação detalhada da amplitude de movimento e da força muscular dos membros inferiores e superiores. Exercícios de Mobilidade: Implementar um programa de exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento, conforme a capacidade do paciente, para melhorar a flexibilidade e a força muscular. Educação: Educar o paciente e a família sobre a importância da mobilidade e das técnicas de transferência seguras. Uso de Dispositivos de Assistência: Avaliar a necessidade de dispositivos de assistência (como barras de apoio ou andadores) para facilitar a mobilidade e a segurança. Terapia Física: Considerar a referência para fisioterapia, se apropriado, para um programa de reabilitação mais estruturado. 	<ol style="list-style-type: none"> Reavaliar a amplitude de movimento e a força muscular do paciente a cada semana. Monitorar a capacidade do paciente de realizar transferências e atividades de vida diária. Observar e registrar qualquer dor ou desconforto durante os exercícios ou atividades. Obter feedback do paciente e da família sobre a percepção de melhoria na mobilidade e conforto. Ajustar o plano de cuidados conforme necessário, com base nas respostas do paciente e na evolução do quadro.

Fonte: Elaborado pelas autoras, (2025).

Quadro 2. Diagnósticos de enfermagem sobre o excesso de volume de líquidos relacionado à hipertensão arterial sistêmica e à retenção de líquidos.

Fatores Relacionados	Evidências	Meta	Intervenções	Avaliação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensão arterial sistêmica (HAS); 2. Alterações na função renal; 3. Ingestão excessiva de sódio; 4. Imobilidade ou redução da mobilidade; 5. Uso de medicamentos que podem causar retenção de líquidos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presença de edema em membros inferiores ou em outras partes do corpo; 2. Aumento de peso recente (mais de 1 kg em um dia ou 2 kg em uma semana); 3. Dificuldade respiratória ou dispneia ao deitar-se (se houver comprometimento pulmonar); 4. Sinais vitais alterados, como pressão arterial elevada; 5. Relato do paciente sobre sensação de inchaço ou desconforto. 	<p>O paciente apresentará redução do edema e controle do volume de líquidos, com peso estável e sinais vitais dentro dos limites normais, em um período de 2 semanas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação do Estado Hidratacional: Monitorar sinais vitais, peso diário e a presença de edema. 2. Restrição de Sódio: Educar o paciente e a família sobre a importância de uma dieta com restrição de sódio para ajudar a controlar a retenção de líquidos. 3. Administração de Medicamentos: Administrar diuréticos conforme prescrição médica e monitorar a resposta do paciente. 4. Incentivar Mobilidade: Promover atividades que incentivem a mobilidade do paciente, conforme a capacidade, para ajudar na circulação e na redução do edema. 5. Monitoramento da Função Renal: Avaliar a função renal através de exames laboratoriais, como creatinina e eletrólitos, conforme necessário. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reavaliar o estado de edema do paciente a cada dia, observando a resposta às intervenções. 2. Monitorar a pressão arterial e os sinais vitais regularmente. 3. Avaliar a adesão do paciente à dieta e ao uso de medicamentos. 4. Obter feedback do paciente sobre a percepção de inchaço e conforto. 5. Ajustar o plano de cuidados conforme necessário, com base nas respostas do paciente.

Fonte: Elaborado pelas autoras, (2025).

Quadro 3. Diagnósticos de enfermagem sobre a mobilidade física prejudicada relacionada à rigidez articular no membro inferior e à condição de cadeirante.

Fatores Relacionados	Evidências	Meta	Intervenções	Avaliação
<ol style="list-style-type: none"> Idade avançada (85 anos)' HAS; Rigidez articular (possivelmente devido a artrite ou outras condições; Imobilidade prolongada (uso de cadeira de rodas) Diminuição da força muscular e resistência 	<ol style="list-style-type: none"> Observação de rigidez e limitação de movimento nas articulações do membro inferior. Dificuldade em realizar transferências ou movimentar-se na cadeira de rodas. Relato do paciente sobre dor ou desconforto nas articulações afetadas. Diminuição da capacidade de realizar atividades de vida diária (AVDs) de forma independente. Avaliação física que mostra amplitude de movimento reduzida nas articulações do membro inferior. 	<p>O paciente demonstrará melhora na mobilidade física, com aumento da amplitude de movimento nas articulações do membro inferior e capacidade de realizar transferências com assistência mínima, em um período de 4 semanas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Avaliação da Mobilidade: Realizar uma avaliação detalhada da amplitude de movimento e da força muscular nas articulações do membro inferior. Exercícios de Mobilidade: Implementar um programa de exercícios de amplitude de movimento e alongamento, conforme a capacidade do paciente, para melhorar a flexibilidade e reduzir a rigidez articular. Educação: Educar o paciente e a família sobre a importância da mobilidade e das técnicas de transferência seguras. Uso de Dispositivos de Assistência: Avaliar a necessidade de dispositivos de assistência (como barras de apoio ou cadeiras de banho) para facilitar a mobilidade e a segurança. Terapia Física: Considerar a referência para fisioterapia, se apropriado, para um programa de reabilitação mais estruturado 	<ol style="list-style-type: none"> Reavaliar a amplitude de movimento e a força muscular do paciente a cada semana. Monitorar a capacidade do paciente de realizar transferências e atividades de vida diária. Observar e registrar qualquer dor ou desconforto durante os exercícios ou atividades. Obter feedback do paciente e da família sobre a percepção de melhoria na mobilidade e conforto. Ajustar o plano de cuidados conforme necessário, com base nas respostas do paciente e na evolução do quadro.

Fonte: Elaborado pelas autoras, (2025).

Quadro 4. Diagnósticos de enfermagem sobre o risco de lesão relacionado ao déficit sensorial visual e à mobilidade reduzida.

Fatores Relacionados	Evidências	Meta	Intervenções	Avaliação
<ol style="list-style-type: none"> Idade avançada (85 anos). Perda parcial da visão em ambos os lados. Imobilidade (cadeirante). Alterações na percepção do ambiente. 	<ol style="list-style-type: none"> Observação de dificuldade em perceber objetos ou obstáculos no ambiente. Relato do paciente sobre dificuldade em enxergar claramente. Necessidade de assistência para se mover ou 	<p>O paciente demonstrará um ambiente seguro e será capaz de se mover com segurança, minimizando o risco de lesões, em um período de 4 semanas.</p>	<p>Avaliação do Ambiente: Realizar uma avaliação do ambiente do paciente para identificar e remover obstáculos que possam causar quedas ou lesões. Educação sobre Segurança: Educar o paciente e a família sobre estratégias de segurança, como usar</p>	<ol style="list-style-type: none"> Observar e registrar qualquer ocorrência de quedas ou quase quedas. Avaliar a adesão do paciente às estratégias de segurança e ao uso de dispositivos de assistência.

	<p>realizar atividades de vida diária (AVDs).</p> <p>4. Aumento do risco de quedas ou acidentes devido à limitação visual.</p>		<p>dispositivos de assistência e manter o ambiente bem iluminado.</p> <p>Treinamento de Mobilidade: Incentivar o uso de técnicas de mobilidade seguras, como o uso de bengalas ou andadores, se apropriado.</p> <p>Apoio Visual: Considerar o uso de dispositivos auxiliares, como lupas ou óculos apropriados, para melhorar a percepção visual, se indicado.</p> <p>Monitoramento Regular: Monitorar a condição visual do paciente e a capacidade de realizar AVDs, ajustando o plano de cuidados conforme necessário.</p>	<p>3. Obter feedback do paciente e da família sobre a percepção de segurança e conforto ao se mover no ambiente.</p> <p>4. Ajustar o plano de cuidados conforme necessário, com base nas respostas do paciente e na evolução do quadro.</p>
--	--	--	--	---

Fonte: Elaborado pelas autoras, (2025).

5 DISCUSSÃO

No relato de B.G.S. apresentava diminuição da força muscular e da coordenação motora e alterações na percepção e no equilíbrio devido o acometimento do AVC. O cérebro é vulnerável a distúrbios no suprimento sanguíneo, como a isquemia, que pode causar alterações neurológicas ou danos irreversíveis. O AVC ocorre quando o fluxo sanguíneo é interrompido, geralmente devido à falta de oxigênio, com causas principais como hipertensão arterial, angiopatia amiloide e ruptura de aneurisma cerebral. Os principais sintomas de um AVC incluem cefaleia, disartria, alterações de consciência, afasia, visão turva, diplopia, vertigem, distúrbios de equilíbrio, hemi ou monoparesia e déficits sensoriais (Lobo et al., 2021).

A espasticidade é desencadeada por um desequilíbrio entre as influências inibitórias e facilitadoras das vias descendentes que regulam o tônus muscular, resultando na desativação dos músculos flexores e na liberação dos extensores. O AVC pode causar incapacidades e disfunções motoras e sensoriais, levando inicialmente à hipotonia (redução do tônus muscular), seguida por hipertonia (elevação do tônus), que pode se manifestar como rigidez ou espasticidade (Ramos & da Silva, 2023).

As complicações pós-AVC são amplas e diversificadas. As alterações mais observadas são: diminuição da massa muscular e aumento da infiltração de gordura muscular, hemiparesia, espasticidade, rigidez, alterações de equilíbrio e coordenação, tremores, déficit nas habilidades motoras brutas e finas, alterações sensoriais, transtornos depressivos, ansiedade e agressividade,

problemas de memória, atenção e concentração, distúrbios de linguagem e funções executivas, dificuldade no planejamento de ações e déficit de percepção (de Souza et al., 2025). Além disso, a pressão elevada pode danificar a barreira hematorretiniana, aumentando a permeabilidade dos vasos sanguíneos da retina. Isso pode levar ao extravasamento de fluidos, lipídios e proteínas para a retina, causando edema macular e outras alterações que afetam a visão (Longo, Martelli & Zimmermann, 2011).

A associação da HAS com o aumento do risco de desenvolvimento do AVC é bem conhecida e tem mostrado ser um dos principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento do AVC e um dos maiores problemas de saúde pública. Vale destacar que a participação das pessoas acometidas por AVC em atividades de reabilitação é muito restrita, em decorrência da falta de acesso a atendimentos gratuitos e de recursos financeiros para o pagamento particular das intervenções. Assim, para prevenir a ocorrência do AVC e reduzir os custos com hospitalização e reabilitação, além de identificar os fatores de risco, é necessário criar programas de saúde (Simão et al., 2024).

O paciente relatou que era sedentário e tinha hábitos de fumar e consumir bebidas alcoólicas. As altas prevalências de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a HAS que possui um dos grandes desafios em saúde enfrentados pela população mundial. Embora os fatores hereditários tenham influência no aparecimento das DCNT, sabe-se que fatores comportamentais, como o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada, também desempenham este papel, conferindo caráter multifatorial a este grupo de doenças (Siqueira Júnior & Pinto, 2021). Vale destacar que cerca de 74% dos casos de AVC são atribuídos a fatores de risco modificáveis, como tabagismo, sedentarismo e dietas inadequadas de alto valor calórico (Peres, 2021).

Também é preciso, conforme Moraes (2016), ampliar os estudos futuros em pacientes pós-AVC para investigar o impacto dos exercícios físicos (anaeróbico ou aeróbico) na recuperação do indivíduo nas fases aguda, subaguda e crônica, além de definir parâmetros mais adequados para promover ganhos na capacidade funcional quanto ao aumento da concentração de fatores neurotróficos, os quais podem contribuir com a recuperação do indivíduo.

As afirmativas de diagnósticos e intervenções de enfermagem construídas relacionadas ao paciente sobre o excesso de volume de líquidos relacionado à hipertensão arterial sistêmica e à retenção de líquidos. Por sua vez, o desenvolvimento do edema no paciente com HAS está associado à regulação do volume intravascular. Confunde-se com o controle da pressão arterial, uma vez que, na presença de alterações, estas se refletem rapidamente nas variações do volume intravascular (Gomes et al., 2024).

Alterações na função renal e ingestão excessiva de sódio ocorre com a evolução da doença, devido à demanda circulatória que acarreta uma deterioração da função cardíaca e outros mecanismos corretivos que consistem na retenção de sal (sódio) pelos rins. Para manter constante a concentração de sódio no sangue, o organismo retém água concomitantemente. Uma das principais consequências

da retenção de líquido é que o maior volume sanguíneo promove a distensão do miocárdio, esse músculo distendido contrai com mais força, o que ocasiona um dos principais mecanismos utilizados pelo coração para melhorar seu desempenho em casos de insuficiência cardíaca. Contudo, à medida que a insuficiência cardíaca evolui, o líquido em excesso escapa da circulação e acumula-se em diversos locais do corpo, produzindo inchaço (edema) (Araújo et al., 2013).

Em relação a mobilidade física prejudicada é conceituada como limitação no movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2024). Fatores biológicos, psicológicos e econômicos, além de patologias, podem interferir na nutrição dos idosos. Resultado semelhante foi obtido em estudo conduzido na instituição supracitada, em que 32,8% dos idosos movimentavam apresentavam limitação, no entanto, houve menor frequência de pacientes restritos ao leito (34,9%) (Gomes et al., 2017).

A hospitalização, o avançar da idade e a perda da capacidade de mobilidade podem contribuir para um maior risco de desenvolver a baixa autoestima entre os idosos, pois esses fatores que comprometem a realização de atividades de vida diária e convívio social. Outro estudo revelou que a instabilidade postural estava associada a esse padrão em 18% dos idosos, enquanto 31% apresentaram mobilidade física prejudicada. A perda da capacidade de mobilidade, hospitalização e o avançar da idade podem contribuir para um maior risco de desenvolver a baixa autoestima entre os idosos, visto que compromete a realização de atividades de vida diária e convívio social (Sousa et al., 2013).

Por fim, o volume de líquido excessivo é um diagnóstico caracterizado como a entrada excessiva e/ou retenção de líquidos (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2024). Em um estudo, 42% dos idosos apresentaram diagnóstico de Excesso de volume de líquidos, que pode estar relacionado à troca de gases prejudicada, causando dispneia, perfusão periférica diminuída e cianose (Barroso et al., 2021).

O edema causado pelo anlodipino tem como principal mecanismo fisiopatológico a vasodilatação seletiva das arteríolas. Ao bloquear a entrada de cálcio nas células musculares lisas arteriais, o fármaco promove a dilatação desses vasos e reduz a HAS. A ausência de vasodilatação venosa concomitante eleva a pressão hidrostática capilar, facilitando o extravasamento de fluidos para o interstício e causando retenção hídrica, notadamente nos membros inferiores (Guimarães et al., 2013).

Dessa forma, o edema periférico em pacientes idosos tende a ser mais grave e persistente quando comparado a indivíduos mais jovens. Isso torna o uso de anlodipino uma preocupação clínica significativa para a população geriátrica. A menor eficiência do sistema linfático, comum no envelhecimento, também contribui para que o edema periférico seja mais grave e persistente nessa população, elevando a preocupação clínica com o uso do fármaco em pacientes geriátricos (de Vasconcelos & de Oliveira, 2024).

No manejo de pacientes com predisposição ao desenvolvimento de edema periférico em decorrência do uso de anlodipino, a seleção da estratégia terapêutica impõe uma análise criteriosa e multifacetada. A redução da dose do fármaco emerge como uma possível intervenção para atenuar a vasodilatação excessiva e o subsequente acúmulo de fluidos. Não obstante, essa abordagem pode comprometer a eficácia do controle pressórico, particularmente em indivíduos com hipertensão refratária, salientando a necessidade de vigilância clínica constante e adaptações terapêuticas oportunas (Guimarães et al., 2013).

6 CONCLUSÃO

Em suma, este relato de caso detalha a trajetória de um paciente idoso de 83 anos com hipertensão arterial sistêmica (HAS) de longa data e mal controlada, culminando em um quadro complexo de acidente vascular cerebral (AVC), edema periférico, rigidez articular e significativa alteração visual. A história pregressa do paciente, incluindo múltiplos AVCs aos 71 anos e perda parcial da visão, juntamente com a ausência de tratamento adequado para a HAS, ilustra a progressão deletéria da doença cardiovascular e suas complicações microvasculares.

A associação entre a HAS não tratada e o desenvolvimento de alterações visuais neste paciente reforça a bem estabelecida ligação entre a hipertensão crônica e danos à vasculatura ocular. Embora o relato não especifique a natureza exata da alteração visual, a história de HAS de longa duração e a ocorrência prévia de AVCs aumentam a probabilidade de complicações como retinopatia hipertensiva, oclusões vasculares retinianas ou neuropatia óptica isquêmica. Este caso sublinha a importância crítica da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e do acompanhamento médico regular, especialmente em pacientes idosos com HAS de longa evolução. A presença de fatores de risco adicionais, como histórico familiar de HAS e diabetes, e hábitos de vida pregressos como consumo de álcool e tabaco, também contribuíram para o risco cardiovascular global do paciente.

A dificuldade em aderir à fisioterapia e os episódios de agressividade mencionados podem ser sequelas dos AVCs prévios, complicando ainda mais o manejo clínico e a reabilitação do paciente. A dependência financeira da filha ressalta o impacto socioeconômico das complicações da HAS na vida do paciente e de sua família. Em conclusão, este relato de caso serve como um importante lembrete dos graves riscos associados à HAS não tratada em idosos. Ele enfatiza a necessidade de diagnóstico precoce, controle pressórico efetivo, acompanhamento multidisciplinar e estratégias para melhorar a adesão ao tratamento, visando prevenir ou minimizar as devastadoras complicações cardiovasculares e oculares que podem impactar significativamente a qualidade de vida e a autonomia dessa população vulnerável.



REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. A. D.; NÓBREGA, M. M. L. D.; GARCIA, T. R. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, p. 385-392, 2013.
- AUGUSTO, C. A. et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). *Revista de economia e sociologia rural*, v. 51, p. 745-764, 2013
- BARROS, A. L. B. L. D. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Artmed Editora, 2010
- BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial–2020. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v. 116, n. 3, 516-658, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020*
- DE SOUZA, I. C. A. et al. Abordagem multidisciplinar na reabilitação de pacientes pós-AVC: estratégias integradas para a recuperação funcional, cognitiva e emocional. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7 n. 2, p. 1000-1009, 2025.
- DE VASCONCELOS, C. B. G.; DE OLIVEIRA, M. F. Medidas alternativas e complementares para o manejo da hipertensão arterial sistêmica em idosos. *Revista Políticas Públicas & Cidades*, v. 13, n. 2, e973-e973, 2024.
- FREIRE, G. H. E. et al. Painel descritivo da morbidade hospitalar devido ao HIV em idosos brasileiros em 2023. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 4, p. 2519-2530, 2024.
- GOMES, D. et al. A relevância do exame de ecodoplercardiograma no acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 7, n. 2, p. e69177-e69177, 2024.
- GOMES, N. C. Necessidade de cuidados de enfermagem entre idosos hospitalizados *Revista Enfermagem e Atenção à Saúde*, v. 6, p. 65-76, 2017.
- Guimarães, P. P. R. et al. Edema dependente e bloqueio de canais de cálcio: análise crítica das respostas vasculares ao anlodipino. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 10, n.9, p. 2968-2981, 2024
- HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2024-2026. Artmed Editora, 2024.
- Lobo, P. G. G. A. et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil no ano de 2019, uma análise sob a perspectiva da faixa etária. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n.1, p. 3498-3505, 2021.



LONGO, M. A. T.; MARTELLI, A.; ZIMMERMANN, A. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psicogeriatría do Instituto Bairral de Psiquiatria, no município de Itapira, SP. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, p. 271-28, 2011.

MACEDO, L. S. et al. Estratégias Terapêuticas na Abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 2, p. 1304-1313, 2025.

MCCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora, 2004.

MORAIS, V. A. C. Efeito do exercício físico agudo em intensidade leve e moderada na concentração sérica de fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) em indivíduos após acidente vascular cerebral (AVC) na fase crônica. 2016. 67 f. Dissertação (Mestrado em Neurociências) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

PERES, G. B. Padrões de comportamento e fatores associados entre hipertensos e diabéticos: uma análise da população brasileira. 2021. 67 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2021.

QUEIROZ, T. A.; SANTOS, J. W. C.; MATEUS, A. S. Feitos do treinamento resistido sobre o metabolismo pressórico em idosos hipertensos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 8, n.11, p. 741-753, 2022.

RABELO, L. M. et al. Papel do enfermeiro na prevenção da hipertensão arterial sistêmica em idosos. *Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde*, n. 6, v.12, p. 22-28, 2020.

RAMOS, J. M.; DA SILVA, S. S. Exercício físico e a neuroplasticidade encefálica em paciente pós-acidente vascular encefálico isquêmico: Um estudo de caso. *Revista da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada*, v. 23, n. 2, p. 211-232, 2023.

RIBEIRO, A. C.; UEHARA, S. C. D. S. A. Hipertensão arterial sistêmica como fator de risco para a forma grave da covid-19: revisão de escopo. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, p. 20, 2022.

SIMÃO, S. S., et al. Hábitos de vida e suas implicações no prognóstico do paciente pós-AVC. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 8, p. 5664-5679, 2024

SIQUEIRA JÚNIOR, G. T.; PINTO, L. S. Hábito alimentar, etilismo e tabagismo: prevalência em cardiopatas tratados em um hospital de referência em cardiologia em Belém do Pará. 2021. 38 f. Trabalho de Curso (Bacharelado em Nutrição) - Faculdade de Nutrição, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2021.

SOUSA, R. M. D., et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. *Escola Anna Nery*, v. 14, p. 732-741, 2010.