PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS COM CRISE HIPERTENSIVA EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE MARINGÁ

Bruna Cristina Mendes dos Santos¹; Lucia Elaine Ranieri Cortez²; Diógenes Aparício Garcia Cortez³; Eraldo Schunk Silva⁴.

1 Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Maringá – Paraná. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq-Cesumar). bcmsantos2008@hotmail.com

2 Coordenadora, professora doutora do Curso de Medicina e do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Maringá – PR. lucia.cortez@unicesumar.edu.br.

3 Orientador, professor Doutor do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Maringá – Paraná. diogenes.cortez@unicesumar.edu.br

4 Colaborador, professor adjunto do Departamento de Estatística da Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá – Paraná. eraldoschunk@gmail.com

Recebido em: 08/09/2015 – Aprovado em: 14/11/2015 – Publicado em: 01/12/2015

DOI: http://dx.doi.org/10.18677/Enciclopedia_Biosfera_2015_045

RESUMO

A crise hipertensiva é a elevação abrupta e severa da pressão arterial que pode ser acompanhada ou não de lesão aguda e progressiva em órgão-alvo ou de risco potencial de vida. O objetivo desse estudo foi analisar o perfil dos pacientes adultos atendidos com crise hipertensiva em uma Unidade de Pronto Atendimento de Maringá-PR. As seguintes variáveis foram avaliadas, como, sexo, idade, horário de atendimento, sintomas, pressão arterial e medicação usada na terapêutica. Os dados foram analisados utilizando recursos de informática do software Excel 2010. A caracterização da amostra foi realizada por meio de tabelas de frequência simples e cruzada. A associação entre as variáveis foi testada por meio dos testes Qui-quadrado (χ^2). Adotou-se um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Os dados foram analisados no Programa *Statistical Analysis Software - SAS, version 9.0* Segundo os prontuários de atendimento, observou-se 165 registros de atendimentos de pacientes com a pressão superior a 140/90 mmHg e a ocorrência foi maior em mulheres (64%). Quanto aos dias da semana não se observou diferença significativa, no entanto, quanto ao turno de atendimento, ficou evidenciada uma maior demanda no noturno com 45,1% e no matutino com 30,4%. As queixas mais frequentes foram cefaleia (22,75%), mal estar (12,02%) e tontura (10,3%). Quanto ao diagnóstico dos pacientes, 65,85% de hipertensão arterial sistêmica, 29,88% crise hipertensiva e 4,27% pseudocrise hipertensiva. Os anti-hipertensivos mais utilizados foram IECA e inibidores adrenérgicos de ação central. Dentre os medicamentos não anti-hipertensivos mais prescritos estão os analgésicos, benzodiazepínicos e AINES.

PALAVRAS-CHAVE: crise hipertensiva, hipertensão, urgência/emergência hipertensiva.

PROFILE OF PATIENTS TREATED WITH HYPERTENSIVE CRISIS IN AN EMERGENCY UNIT AND MARINGÁ EMERGENCY

ABSTRACT

The hypertensive crisis is a sudden and severe rise in blood pressure which can be with or without acute and progressive damage in target organ or potentially life-threatening. The aim of this study was to analyze the profile of adult patients treated with hypertensive crisis into an Emergency Unit of Maringa-PR. The following variables were evaluated as gender, age, service hours, symptoms, blood pressure and medications used in therapy. Data were analyzed using computer software features of Excel 2010. The sample characterization was performed by means of simple and cross frequency tables. The association between variables was tested using the chi-square test (χ^2). It adopted a significance level of 5% ($\alpha = 0.05$). Data were analyzed using the Statistical Analysis Software Program - SAS, version 9.0 According to the medical records, it found 165 records of patient care with the pressure higher than 140/90 mmHg and the occurrence was higher in women (64%). As for the days of the week there was no significant difference, however, as the shift of care, the authors emphasize a greater demand in the night with 45.1% and 30.4% in the morning. The most frequent complaints were headache (22.75%), malaise (12.02%) and dizziness (10.3%). As for the diagnosis of patients, 65.85% of hypertension, hypertensive crisis and 29.88% 4.27% pseudohypertensive. The antihypertensive ACE inhibitors were used more and centrally acting adrenergic inhibitors. Among the drugs most prescribed antihypertensives are not analgesics, benzodiazepines and anti-inflammatory non-steroidal.

KEYWORDS: hypertensive crisis, hypertension, hypertensive emergency/ urgency .

INTRODUÇÃO

As unidades de pronto atendimento (UPA) são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, bem como, uma rede organizada de atenção às urgências e emergências. Essas unidades estão habilitadas a atender pacientes com doenças cardiovasculares, e entre essas estão às alterações da pressão arterial sanguínea, que são enfermidades muito prevalentes nas UPA (BRASIL, 2013).

A pressão arterial sanguínea representa-se como a força exercida pelo sangue contra qualquer unidade de área da parede vascular, controlada por mecanismos locais e sistêmicos através de ações hormonais ou neurais, sendo que essa regulação pode ser de curto, médio e longo prazo (GUYTON & HALL, 2011). De acordo com a SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (2014) a pressão arterial (PA) considerada ótima apresenta pressão sistólica menor ou igual a 120mmHg e a diastólica menor ou igual a 80mmHg, no entanto, valores menores que 130 mmHg x 85 mmHg são considerados normais. Alterações podem provocar desequilíbrios nos mecanismos de regulação da pressão arterial, trazendo como consequência a elevação da pressão acima desses níveis considerados normais, ou seja, a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Uma das formas de alteração ou complicação da hipertensão arterial é a crise hipertensiva, que se caracteriza pela elevação rápida, intensa e com sintomas que poderão ser leves (cefaleia, tontura, zumbido) ou graves (dispneia, dor precordial, coma e até morte) da pressão arterial. Órgãos como o coração, cérebro, rins, bem, como, as artérias podem sofrer deterioração, propiciando risco de vida

potencial ou imediato. Apesar de a crise ser provocada por níveis elevados da pressão arterial há casos em que a mesma surge em níveis relativamente pouco elevados como é o caso da glomerulopatias agudas e da toxemia gravídica (CALHOUN & OPARIL, 1990).

A crise hipertensiva pode ser dividida em urgência e emergência hipertensiva. Na urgência hipertensiva não há risco imediato de vida e os órgãos-alvo não apresentam danos agudos, o tratamento é ambulatorial onde a pressão é baixada gradativamente, em 24h. A emergência hipertensiva é caracterizada por PA elevada e sinais de lesões em órgãos-alvo (Encefalopatia, Infarto Agudo do Miocárdio, Angina Instável, Edema Agudo de Pulmão, Eclampsia, Acidente Vascular Encefálico, Dissecção de Aorta), necessitando de redução da PA através de drogas anti-hipertensivas parenterais em unidade de tratamento intensivo (KAPLAN, 1998; FURTADO et al, 2003).

Existe, contudo outra manifestação da crise hipertensiva, a chamada pseudocrise hipertensiva, com um aumento da PA, mas essa elevação deve-se ao abandono do tratamento medicamentoso em pacientes já diagnosticados como hipertensos crônicos, podendo ser observado sintomas associados como dor, desconforto e ansiedade. A evidência mais marcante é a ausência de lesões nos órgãos-alvos. O tratamento não necessita de controle rápido da PA, empregando apenas medicação sintomática e estabelecimento do uso de anti-hipertensivos crônicos (FRANCO, 2002).

Os casos de HAS e de suas complicações tem alta prevalência e baixas taxas de controle, são considerados um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Segundo DATASUS em 2011 ocorreram 335.213 óbitos por doenças do aparelho circulatório, só no Paraná constatarem-se 20.147 desses óbitos. A HAS ainda é responsável por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados, como exemplo, em 2012 foram registradas 114.918 internações por doenças hipertensivas no SUS (BRASIL, 2012).

Além disso, não há muitas informações disponíveis quanto à prevalência das complicações da hipertensão arterial, o que justifica esse trabalho. Esta pesquisa teve por objetivo estudar o perfil dos pacientes com crise hipertensiva em uma Unidade de Pronto Atendimento de Maringá-PR onde foram identificados: as características de sexo, idade, turno mais frequente, sintomas, diagnóstico e medicamentos prescritos durante o atendimento.

MATERIAL E MÉTODOS

O levantamento de dados foi na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Zona Sul, Maringá – PR, durante o mês de novembro de 2014. As UPAS são estruturas de média complexidade, em que a população é atendida 24 horas por dia, com livre acesso por procura direta ou por encaminhamento de outros serviços médicos da cidade e da região.

Inicialmente foram analisados manualmente todos os 11582 prontuários de atendimento referente ao mês de estudo, excluindo-se aqueles que não correspondiam a pacientes acima de 20 anos de idade. Destes foram escolhidos para a pesquisa, apenas os prontuários de pacientes com pressão sistólica maior que 140 mmHg e diastólica maior que 90mmHg, e com diagnóstico apenas de HAS, crise ou pseudocrise hipertensiva, excluindo os prontuários que havia outras comorbidades associadas a esses diagnósticos, o que resultou em 164 prontuários.

Os dados foram analisados conforme índice sociodemográfico dos pacientes, horário dos atendimentos, sintomas, diagnóstico e medicamentos prescritos. Após a coleta de dados os mesmos foram analisados e digitados em planilha eletrônica utilizando recursos do software Excel 2010. A caracterização da amostra foi realizada por meio de tabelas de frequência simples e cruzada. Para a associação entre as variáveis o teste Qui-quadrado (χ^2). Adotou-se um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Os dados foram analisados no Programa *Statistical Analysis Software - SAS, version 9.0* (STOKES et al., 2009). É válido mencionar que o estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UniCesumar segundo o parecer do CEP, número 38080914.4.0000.5539.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta os atendimentos segundo a faixa etária. Quando se avalia o sexo dos pacientes, a ocorrência foi maior em mulheres; correspondendo a 64% (n= 105) dos atendimentos. Entre as faixas etárias com maior número de atendimentos no sexo feminino foram as de 60-69 anos (26,67%), 50-59 anos (23,81%) e 40-49 anos (20,95%), sem ter diferença significativa entre elas. Já os atendimentos do sexo masculino somaram 59 (36%), e as faixas etárias mais ocorrentes foram as de 50-59 anos (28,81%), 30-39 anos (23,73%) e de 40-49 anos (20,34%), também sem diferença estatística entre elas.

TABELA 1 – Atendimentos de pacientes HAS, crise ou pseudocrise hipertensiva segundo sexo e faixa etária.

Faixa Etária	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	n	%	N	%
20 a 29	6	5,71	2	3,39
30 a 39	6	5,71	14	23,73
40 a 49	22	20,95	12	20,34
50 a 59	25	23,81	17	28,81
60 a 69	28	26,67	10	16,95
70 a 79	9	8,57	4	6,78
80 a 89	9	8,57	0	0,00
Total	105	100,00	59	100,00

Nota: $\chi^2 = 17,60$ p-valor = 0,0073. Fonte: dados da pesquisa.

Pode-se observar que homens iniciam os eventos cardiovasculares anteriormente às mulheres, e esse número diminui a partir dos 60 anos, já as mulheres têm o início de tais eventos mais tardiamente, sendo ainda maiores após os 60 anos. De uma forma geral, número de atendimentos no sexo feminino foi maior, contradizendo estudos que dizem que embora a prevalência global de HAS entre homens e mulheres seja semelhante, é mais elevada nos homens principalmente até os 50 anos (LESSA, 2001; MARTINES & LATORRE, 2006; CESARINO et al., 2008). Esse dado também traz surpresa ao comparar o estudo de PEREIRA et al., (2009), cuja revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. No entanto, após a quinta década essa prevalência é

normalmente maior em mulheres, assim como mostra a tabela 1, em que o número de mulheres também foi maior a partir dos 50 anos. Isso se justifica pela diminuição gradativa da produção hormonal feminina que aumenta o risco cardiovascular, assim, as mulheres desenvolvem doenças cardiovasculares cerca de 10 anos mais tarde do que os homens e, em mulheres da mesma faixa etária, a doença arterial coronariana é duas a três vezes mais frequente após a menopausa (BRASIL, 2008; ALEXANDRE et al., 2009).

Um dado preocupante foi o elevado número de pacientes com menos de 40 anos que apresentaram elevação sintomática da pressão arterial, principalmente no sexo masculino (27,12%). Segundo a SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (2011), um a cada cinco jovens tem hipertensão, isso se deve principalmente a fatores como: dieta inadequada, consumo exagerado de alimentos industrializados e de *fast foods*, sobrepeso e sedentarismo, história familiar e o menor zelo com a própria saúde. Os mesmos fatores de risco para hipertensão em jovens foram encontrados por MOREIRA et al., (2010) em um estudo que se objetivou investigar os fatores de risco associados em adultos jovens com hipertensão arterial e diabetes mellitus acompanhados em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), de Fortaleza, Ceará.

A figura 1 mostra o número de atendimentos segundo o turno e evidenciou-se que o maior número de atendimentos foram o noturno com 74 (45,1%) e o matutino com 50 (30,4%). O número elevado durante a noite pode ser consequência do estresse gerado durante o dia, pois segundo ADEMEOVA et al., (2009) a resposta aguda ao estresse pode ter consequências diversas. A liberação aguda de adrenalina e noradrenalina no tecido cardíaco, durante o estresse, estimula os receptores β - adrenérgicos aumentando o influxo de cálcio nas células do miocárdio, resultando num aumento da força de contração e da frequência cardíaca, com o aumento da contratilidade, da condutividade e da excitação, consequentemente levando ao aumento da pressão arterial.

Já o aumento da pressão arterial durante a manhã, observado em alguns pacientes, pode ser explicado pelos componentes do sistema cardiovascular que regulam a pressão arterial exibindo um ritmo circadiano. Assim, as variações na excreção de eletrólitos, atividade do sistema nervoso simpático, do sistema renina-angiotensina-aldosterona e os níveis de cortisol plasmático da noite para o início da manhã contribuem para a elevação da pressão arterial e da frequência cardíaca durante as primeiras horas da manhã (WHITE, 2003). As complicações cardiovasculares que ocorrem durante o período entre 6h00 e 12h00 incluem morte súbita, infarto agudo do miocárdio, angina, isquemia silenciosa e acidente vascular cerebral (ELLIOTT, 2001).

FIGURA 1 - Distribuição do número de pacientes atendidos segundo turno matutino, vespertino, noturno e madrugada. Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com as DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO VI (2010) os níveis tensionais são classificados em leve ou estágio I (pressão arterial $\geq 140 \times 90$ e $< 160 \times 100$ mmHg), moderada ou estágio II (pressão arterial $\geq 160 \times 100$ e $< 180 \times 110$ mmHg) e grave ou estágio III (pressão arterial $\geq 180 \times 110$ mmHg) e a tabela 2 apresenta os estágios pressóricos dos pacientes atendidos segundo a faixa etária.

TABELA 2 – Estágios pressóricos de acordo com a faixa etária

Faixa Etária	Estágio da Hipertensão					
	Estágio 1		Estágio 2		Estágio 3	
	N	%	N	%	n	%
20 a 29	2	10,53	2	4,23	3	4,29
30 a 39	6	31,58	10	14,08	3	4,29
40 a 49	3	15,79	19	26,76	11	15,71
50 a 59	6	31,58	18	23,35	19	25,71
60 a 69	2	10,53	16	22,54	19	27,14
70 a 79	0	0,00	5	7,04	8	11,43
80 a 89	0	0,00	0	0,00	8	11,43
Total	19	100,00	71	100,00	70	100,00

Nota: $\chi^2 = 28,46$ p-valor = 0,004. Fonte: Dados da pesquisa.

Pode-se observar que o estágio 2 foi mais ocorrente (44,38%), seguido pelo 3 e 1, com respectivamente 43,75% e 11,88%. De uma maneira geral o número de pessoas no estágio de hipertensão 3, que é o mais grave, aumenta conforme a faixa etária dos pacientes até os 69 anos, assim como demonstrado por CIPULLO et al., (2010), em estudo onde a prevalência da hipertensão aumentou progressivamente e significativamente com a idade até os 69 anos. Da mesma forma esta faixa etária foi

considerada como fator de risco para hipertensão em estudo realizado em Goiânia por JARDIM et al., (2007).

Em relação às manifestações clínicas, essas foram muito variadas, sendo as queixas mais frequentes a cefaleia (22,75%), mal estar (12,02%) e tontura (10,3%). Outros sintomas foram citados como dores no corpo, parestesia, náusea, vômito, taquicardia e ansiedade, estes somaram 54,94%. Estes resultados foram semelhantes aos de outras pesquisas realizadas no Brasil e em outros países, conforme o estudo de MONTEIRO JÚNIOR et al., (2008). Outros estudos sobre prevalência e apresentação clínica da crise hipertensiva encontraram sintomas de cefaleia, tontura, náuseas, vômitos, precordialgia, arritmias, dispneia, dentre outros associados à crise. Sendo a cefaleia o sintoma mais comum na urgência e na emergência hipertensiva (ZAMPAGLIONE et al., 1996; MARTIN et al., 2004).

Quanto aos diagnósticos descritos nos prontuários ocorreram: crise hipertensiva, a pseudocrise hipertensiva e hipertensão arterial sistêmica. É sabido que crise hipertensiva é o aumento súbito e sintomático da pressão arterial, e pode apresentar-se como emergência quando há risco de lesão de órgãos-alvo ou de morte ou urgência hipertensiva, quando esse risco é remoto. Já a pseudocrise hipertensiva resulta no aumento acentuado da PA, e é desencadeada, na maioria das vezes, pelo abandono do tratamento medicamentoso em pacientes hipertensos crônicos, mas também por dor, desconforto e ansiedade. A evidência clínica marcante é a ausência de sinais de deterioração rápida de órgão-alvo (FRANCO, 2002). Sendo assim, a alteração da pressão não deve ser usada como critério diagnóstico, pois há a necessidade de realizar além da anamnese e exame físico, exames complementares que demonstrem lesões em órgãos alvos possibilitando a realização do diagnóstico diferencial entre essas manifestações, como exame do fundo de olho, raios-X de tórax, ECG, hemograma, bioquímica renal e urinária na investigação da crise hipertensiva, assim como mostra o estudo de ROSA et al., (2003).

No entanto, 65,85% dos diagnósticos dos pacientes foram de apenas hipertensão arterial sistêmica, 29,88% de crise hipertensiva e 4,27% de pseudocrise hipertensiva, esses diagnósticos foram dados mesmo sem a solicitação de exames complementares desses pacientes, usando como critério, na maioria das vezes, apenas os sintomas e variação de pressão. Esses dados podem decorrer da falta de padronização do atendimento ao paciente com pressão arterial elevada, bem como da não adesão dos médicos a ela, o que acaba comprometendo o diagnóstico e a terapêutica adequada.

As DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO (2010) referem que o tratamento das emergências hipertensivas tem que ser realizada com anti-hipertensivos parenterais com redução imediata da pressão arterial, como o nitroprussiato de sódio que é sugerido como droga de escolha, além de outras drogas sugeridas, hidralazina, diazócido e nitroglicerina, já as urgências hipertensivas têm que ser tratadas com medicamentos por via oral que reduzam a pressão em até 24 horas. De acordo com UFPR (2008), pacientes que apresentam pseudocrise hipertensiva devem ter a redução da pressão observada por algumas horas com tratamento sintomático, analgésicos e ansiolíticos.

Nenhum fármaco parenteral foi prescrito para os pacientes do estudo, ou seja, os medicamentos de escolha foram os de via oral. Houve monoterapia com anti-hipertensivos ou com fármacos não anti-hipertensivos como analgésicos e benzodiazepínicos, entre outros. Também foi observada terapia combinada com

anti-hipertensivos associado a analgésicos, ansiolíticos ou a outros anti-hipertensivos. Os anti-hipertensivos mais utilizados foram IECA e inibidores adrenérgicos de ação central, com 45,88% e 39,69%, respectivamente.

A tabela 3 mostra o uso desses medicamentos em relação ao estágio pressórico, e os mesmos foram utilizados independentes da pressão dos pacientes. Outros anti-hipertensivos também foram prescritos como bloqueadores do receptor AT1, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio e diuréticos, o que correspondeu a 14,44%.

Os inibidores da ECA realizam bloqueio reversível da enzima conversora de angiotensina, reduzindo a formação de angiotensina II (AII). Sabe-se que a AII é um potente peptídeo vasoconstritor e estimulante da secreção adrenal de aldosterona. O bloqueio da ECA promove, diretamente, um efeito hipotensor causado pela inibição dos efeitos vasoconstritores e estimulantes da secreção de aldosterona e indiretamente previnem doença isquêmica cardíaca, doença aterosclerótica, nefropatia diabética e hipertrofia ventricular esquerda (PEREIRA BARRETTO, 1999). Já os inibidores adrenérgicos de ação central atuam estimulando os receptores alfa-2-adrenérgicos pré-sinápticos no sistema nervoso central, reduzindo o tônus simpático, como fazem a alfametildopa, a clonidina e o guanabenz, e/ou os receptores imidazolidínicos, como a moxonidina e a rilmenidina. O efeito hipotensor como monoterapia é, em geral, discreto. Entretanto podem ser úteis quando utilizados em associação com medicamentos de outros grupos, particularmente no caso de evidência de hiperatividade simpática (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

TABELA 3 – Uso de medicamentos anti-hipertensivos de acordo com o estágio pressórico.

Medicamentos Hipertensivos	Estágio da Hipertensão					
	Estágio 1		Estágio 2		Estágio 3	
	n	%	n	%	N	%
Bloqueador do receptor AT1	0	0,00	6	7,79	5	5,00
Betabloqueador	1	6,67	2	2,60	2	2,00
Bloqueador do canal de cálcio	0	0,00	3	3,90	4	4,00
Diurético	0	0,00	3	3,90	2	2,00
IECA	13	86,67	32	41,56	42	42,00
Inibidor adrenérgico de ação central	1	6,67	31	40,26	45	45,00
Total	15	100,00	77	100,00	100	100,00

Fonte: dados da pesquisa.

Dentre os medicamentos não anti-hipertensivos estão a os analgésicos com 42 prescrições, os benzodiazepínicos com 29, os AINES com 16 prescrições e outros não anti-hipertensivos como tramadol, sinvastatina, clopidogrel, heparina e dimenidrinato. O diazepam é um dos medicamentos não anti-hipertensivos mais usados, pois além de diminuir a ansiedade dos pacientes, reduz a pressão arterial, como mostra o estudo de MANSUR et al., (1991) em que o percentual de redução da PAS e PAD com diazepam de 10,1 e 7,7%, respectivamente, em estudo comparativo entre essa droga e a nifedipina, propranolol e a associação nifedipina com o propranolol.

Na tabela 4 está apresentado o uso de medicamentos não anti-hipertensivos de acordo com o nível pressórico. Comparando-se o uso desses medicamentos sintomáticos é visto que, os analgésicos e AINES foram menos utilizados conforme o estágio da pressão aumentava, enquanto, os benzodiazepínicos foram mais utilizados em estágios mais elevados da pressão arterial.

TABELA 4- Uso de medicamentos não anti-hipertensivos de acordo com o estágio pressórico.

Medicamentos	Estágio da Hipertensão					
	Estágio 1		Estágio 2		Estágio 3	
	n	%	n	%	N	%
Não hipertensivos						
AINES	4	18,18	6	7,69	4	6,25
Analgésico	6	27,27	21	26,92	14	21,87
Benzodiazepínicos	3	13,64	12	15,38	13	20,31
Outros	9	40,91	39	50,00	33	51,56
Total	22	100,00	78	100,00	64	100,00

Fonte: dados da pesquisa.

É visto a importância da terapêutica não apenas com base nos estágios de pressão dos pacientes, mas levando-se em conta o sexo e os sintomas. O tratamento deve ser instituído de acordo com os sinais e sintomas dos pacientes, além de exames complementares que confirmem os diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica, crise hipertensiva e pseudocrise hipertensiva, para que não haja um tratamento desnecessário e potencialmente danoso ao tentar-se uma redução brusca da pressão arterial (ROSA et al., 2003).

CONCLUSÃO

Os dados apresentados demonstraram uma demanda de atendimentos de pacientes diagnosticados com HAS, crise ou pseudocrise hipertensiva. No entanto, ressalta-se que para um diagnóstico mais preciso da elevação da pressão arterial deve-se levar em consideração a presença ou não de lesão em órgãos-alvo, o que diferenciaria a urgência da emergência hipertensiva, bem como a pseudocrise hipertensiva. Dessa forma, há a importância do emprego de diretrizes específicas para crises hipertensivas e o incentivo da adesão das mesmas pelos profissionais da saúde, possibilitando um atendimento de qualidade e sem onerações desnecessárias.

REFERÊNCIAS

ADAMEOVA, A.; ABDELLATIF, Y.; DHALLA, N.S. Role of the excessive amounts of circulating catecholamines and glucocorticoids in stress induced heart disease. **Canadian Journal of Physiology and Pharmacology**, v.87, p. 493-514, 2009.

ALEXANDRE, E.R.G.; LIMA, S.M.R.R.; ALDRIGHI, J.M. Doença cardiovascular. In: LIMA, S.M.R.R.; BOTOGOSKI, S.R. **Menopausa, o que você precisa saber: abordagem prática e atual do período do climatério**. 1 ed. São Paulo: Atheneu; p.157-66.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2007: uma análise da situação do Brasil**. Brasília, DF. 2008.

BRASIL- 2012: **Indicadores e dados básicos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm>>. Acesso em: 6 maio, 2015.

CALHOUN, DA; OPARIL, S. Treatment of hypertensive crisis. **The New England Journal of Medicine**, New england, out. 1990. Disponível em: <<http://www.nejm.org/>>. Acesso em: 8 maio, 2015.

CESARINO, C.B; CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F.V.; CIORLIA, L.A.; GODOY, M.R.P.; CORDEIRO, J.A.; RODRIGUES, I.C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.91, n.1, p.31-5. 2008.

CIPPULLO, J. P.; MARTIN, J.F.V.; CIORLIA, L.A.S.; GODOY, M.R.; CAÇÃO, J.C.; LOUREIRO, A.A.C.; CESARINO, C.B.; CARVALHO, A.C.; CORDEIRO, J.A.; BURDMANN, E.A. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n.4, p. 519-526, 2010.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO VI. **Revista Hipertensão**, v.13, n. 1. jan./mar. 2010

ELLIOTT, W.J. Cyclic and circadian variations in cardiovascular events. **American Journal of Hypertension**, v.14: 291S-295S. 2001

FRANCO, R.J.S. Crise hipertensiva: definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, n.4. out./dez. 2002.

FURTADO, R.; COELHO, E. B.; NOBRE, F. Urgências e emergências hipertensivas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2/4, p. 338-344, abr./dez. 2003.

GUYTON, A.; HALL, J. **Fisiologia médica**. 10 ed. Rio de Janeiro : Elsevier, 2011.

JARDIM, P.C.B.V.; GONDIM, M.R.P.; MONEGO, E.T.; MOREIRA, H.G.; VITORINO, P.V.O.; SOUZA, W.K.S.B.; SCALA, L.C.N. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.88, n.4, p. 452-457, 2007.

KAPLAN, N.M. **Clinical hypertension**. 7 ed. Baltimore: Willians and Wilkis, 1998.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, p.383-92. 2001.

MANSUR, A.P.; RAMIRES, J.A.F.; AVAKIAN, S.D.; DE PAULA, R.S.; PILEGGI F. Efeito comparativo do diazepam, nifedipina, propranolol e da associação nifedipina e propranolol, por via sub-lingual, em pacientes com crise hipertensiva. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 57, p. 313-7, 1991.

MARTIN, J.F.V.; HIGASHIAMA, E.; GARCIA, E.; LUIZON, M. R.; CIPULLO, J. P. São José do Rio Preto, SP. Perfil da crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. 3, p. 1-14, ago. 2004.

MARTINEZ, M.C.; LATORRE, M.R.D.O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, p. 471-9. 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção à Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2013, 86p.

MONTEIRO JÚNIOR, F.C.; ANUNCIAÇÃO, F.A.C.; SALGADO FILHO, N.; SILVA, G.M.A.; BARBOSA, J.B.; FERREIRA, P.A.M.; LAGES, J.; MANDARINO, N.R.; SILVA JÚNIOR, W.S.; MONTEIRO, C.C. Prevalência de Verdadeiras Crises Hipertensivas e Adequação da Conduta Médica em Pacientes Atendidos em um Pronto-Socorro Geral com Pressão Arterial Elevada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.90, n.4, p.269-273, 2008.

MOREIRA, T.M.M.; GOMES, E.B.; SANTOS, J.C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 662-9, dez. 2010.

PEREIRA BARRETTO, A.C. Da fisiopatologia à prática clínica. **Rev Soc Cardiol Est S Paulo**, v. 9, p. 35–44, 1999.

PEREIRA, M.; LUNET, N.; AZEVEDO, A.; BARROS, H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **Journal of Hypertension**, v.27, n.5, p. 963–975. 2009.

ROSA, E.F; MEZZOMO, A.; ZAMBONI, A.P.; PEZZI, D.R. Perfil do diagnóstico e tratamento da crise hipertensiva realizado nos prontoatendimentos de Caxias do Sul. **Revista Associação Médica do Rio Grande do Sul**, v.47, n. 4, p.257-261. out./dez. 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **O que é hipertensão**, 2014. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/faq.asp>>. Acesso em: 8 maio. 2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **SBH na mídia**, 2011. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/sbh-na-midia.asp?id=306>>. Acesso em: 5 de agosto. 2015

STOKES, M. E.; DAVIS, C. S.; KOCH, G. G. **Categorical data analysis using SAS system**. 2nd ed. Cary: Statistical Analysis System Institute, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, Departamento de clínica média, disciplina de cardiologia UTI cardiológica – Hospital das clínicas. **Protocolo para atendimento de urgências e emergências hipertensivas**. 2008.

WHITE, W.B. Relevance of blood pressure variation in the circadian onset of cardiovascular events. **Journal of Hypertens**, v. 21(suppl 6):S9-S15. 2003.

ZAMPAGLIONE, B.; PASCALE, C.; MARCHISIO, M.; CAVALLO-PERIN, P. . Hypertensive urgencies and emergencies: prevalence and clinical presentation. **Hypertension**, Italy, v. 27, n. 1, p. 144-147, jan/1996.