

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DA CLIENTELA COM CRISE HIPERTENSIVA ATENDIDA EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL MUNICIPAL DE FORTALEZA-CE*

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS ATTENDED DURING A HYPERTENSIVE CRISIS IN THE EMERGENCY SERVICE OF A MUNICIPAL HOSPITAL OF FORTALEZA, CEARÁ

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL MUNICIPAL DE FORTALEZA-CE

Ana Célia Caetano de Souza¹
 Thereza Maria Magalhães Moreira²
 José Wicto Pereira Borges³
 Auzilene Moreira de Andrade⁴
 Marcelo de Moraes Andrade⁵
 Paulo César de Almeida⁶

RESUMO

A crise hipertensiva é uma elevação abrupta e sintomática da pressão arterial com possibilidade de deterioração aguda de órgãos-alvo, que pode envolver o risco de morte. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, realizado na emergência de um hospital municipal de Fortaleza-CE com 118 usuários que adentraram o serviço de emergência com crise hipertensiva no período de abril a julho de 2006. Os resultados demonstraram que a prevalência da crise hipertensiva foi de 0,3%, sendo maiores os casos de urgência hipertensiva (88,1%). A hipertensão arterial não tratada e a existência de comorbidades aumentam a possibilidade de ocorrência das crises hipertensivas. Apesar de a prevalência ser pequena, existe necessidade de conhecer o perfil clínico-epidemiológico da clientela que procura a emergência do hospital com a complicação no sentido de oferecer atendimento mais adequado.

Palavras-chave: Pressão Arterial; Hipertensão; Epidemiologia.

SUMMARY

Hypertensive crisis is an abrupt and symptomatic arousal of the arterial pressure in which target-organs may suffer acute deterioration, resulting in death. This is a quantitative and descriptive study carried out in the emergency service of a municipal hospital of Fortaleza, Ceara. A total of 118 patients who entered the service during April and July/2006 were evaluated. Results show that prevalence of hypertensive crisis was 0.3% and hypertensive urgencies were 88.1% of the cases. Untreated arterial hypertension and having a clinical comorbidity increase the risk of suffering a hypertensive crisis. Although prevalence is small, it is important to recognize the clinico-epidemiological profile of these patients in order to offer a more adequate care.

Key words: Blood Pressure; Hypertension; Epidemiology.

RESUMEN

La crisis hipertensiva es una elevación abrupta y sintomática de la presión arterial con posibilidad de deterioro agudo de órganos blanco, que puede incluir riesgo de muerte. Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo realizado en el servicio de emergencias de un hospital municipal de Fortaleza-Ceará con 118 usuarios en crisis hipertensiva entre abril y julio de 2006. Los resultados demostraron que la prevalencia de la crisis hipertensiva fue del 0,3%, con más casos de urgencia hipertensiva (88,1%). La hipertensión arterial no tratada y la existencia de comorbidades aumentan las posibilidades de incidencia de las crisis hipertensivas. A pesar de la baja prevalencia es importante conocer el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes que acuden a emergencias del hospital para ofrecerles atención más adecuada.

Palabras clave: Presión Sanguínea; Hipertensión; Epidemiología.

* Artigo extraído de uma pesquisa de dissertação do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde.

1 Enfermeira do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)-CE. Membro do "Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Saúde Coletiva".

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) e do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE)-CE. Líder do "Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Saúde Coletiva".

3 Enfermeiro graduado pela Faculdade Integrada Grande Fortaleza (FGF)-CE. Enfermeiro do Hospital Universitário Walter Cantídeo.

4 Enfermeira graduada pela Faculdade Integrada Grande Fortaleza (FGF)-CE. Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

5 Enfermeiro. Especialista em enfermagem obstétrica. Aluno do Curso de Medicina da Facultad de Medicina Orlando Gutierrez Pérez.

6 Estatístico. Doutor em Saúde Pública. Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Endereço para correspondência: Ana Célia Caetano de Souza. Rua Luis Tibúrcio, nº 105, bairro Vicente Pinzon, Fortaleza-CE. CEP: 60175-551. E-mail: anaceliacs@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil tem vivido um momento de transição epidemiológica no qual o perfil de morbimortalidade sofreu gradativamente mudanças: as doenças infecto-contagiosas deram lugar às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Entre essas enfermidades encontra-se a hipertensão arterial, sério problema de saúde pública que acomete 28,5% da população.¹

A elevada incidência da enfermidade tem levado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e ao aumento nos índices de morbimortalidade, promovendo a realização de estudos e a elaboração de estratégias para prevenção e o controle, na tentativa de reverter o atual quadro do agravo em nosso meio.

No entanto, apesar da realização de ações que visam diminuir os índices elevados da hipertensão arterial, estudos referem que $\frac{3}{4}$ das pessoas portadoras da doença mantêm a pressão arterial não controlada, mesmo utilizando terapia anti-hipertensiva. Desses, 1% desenvolve um ou múltiplos episódios de crise hipertensiva.^{2,3}

A crise hipertensiva é uma elevação abrupta e sintomática da pressão arterial com níveis de pressão diastólica iguais ou superiores a 120 mm/Hg, possibilitando o acometimento de lesões em órgãos-alvo (coração, cérebro, rins, córneas e vasos sanguíneos) com risco potencial ou imediato de vida.^{4,5}

Além dos aspectos epidemiológicos da crise hipertensiva, a abordagem clínica figura como elemento indispensável na compreensão da problemática, sendo importante destacar neste estudo: valores da pressão arterial, comorbidades presentes nessa clientela, tratamento, sintomatologia, hábitos de vida e saúde, dentre outros.

Nesse sentido, objetivou-se com este trabalho delinear as características clínico-epidemiológicas da clientela com crise hipertensiva atendida em um serviço de emergência de um hospital municipal de Fortaleza-CE.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um recorte de uma dissertação de mestrado,⁶ que se configurou como uma pesquisa de natureza quantitativa, descritiva, realizada em um hospital público do município de Fortaleza-CE, no período de abril a julho de 2006. A população do estudo foi de 273 usuários e a amostra, de 118 pessoas.

Como critérios de inclusão no estudo adotaram-se: usuários com diagnóstico médico de crise hipertensiva ou que apresentaram elevação abrupta e sintomática da pressão arterial; com níveis de pressão diastólica iguais ou superiores a 120 mmHg, com idade igual ou superior a 18 anos, e orientados quando da aplicação do instrumento de coleta de dados.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 13.0, no qual foram calculadas as medidas estatísticas médias, bem como o desvio-padrão e a prevalência da crise hipertensiva no serviço. Foi utilizado um formulário contendo questões relativas aos dados sociodemográficos, clínico-epidemiológicos, de conhecimento da clientela e de acesso ao serviço de saúde.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos definidos na Resolução nº 196/96,⁷ do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa foi financiada com recursos da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados mostraram que 44,9% da amostra era do sexo masculino, 55,1% do sexo feminino, sendo a faixa etária predominante de 42 a 53 anos (37,3%). O grau de instrução da maioria foi analfabeto/fundamental incompleto, representando 78,8% da clientela.

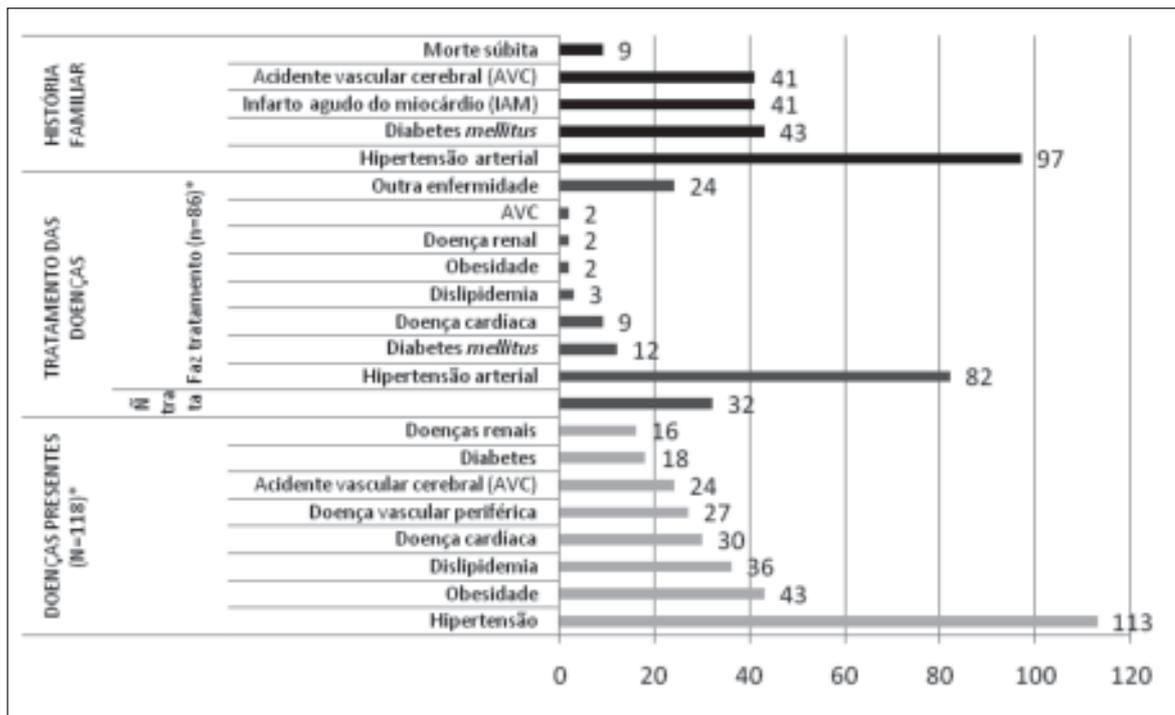
O estado civil de mais da metade dos pesquisados foi de indivíduos casados (61,8%), considerados nesse item aqueles com uma relação conjugal estável, seguidos pelos indivíduos viúvos (12,7%).

A prevalência da crise hipertensiva no serviço em estudo foi de 0,3%, confirmando a literatura que aponta uma prevalência de até 1%.^{2,4,8}

Do total de crises hipertensivas identificadas (118), 88,1% foram de urgência e 11,9% de emergências, o que é confirmado na literatura, que refere o maior número de casos de urgência.⁹

Os valores da pressão arterial encontrados foram divididos em duas categorias. A maioria (79,7%) apresentou pressão diastólica de 120 a 130 mmHg e menos de um quarto (20,3%) de 131 a 160 mmHg. Muitos autores relatam os valores da pressão arterial diastólica na crise hipertensiva e consideram que na urgência eles são maiores ou iguais a 120 mmHg e na emergência hipertensiva não são menores que 130 mmHg.^{9,10,11,12}

Segundo a tabela de classificação da obesidade (OMS), 19,6% (22) apresentaram índice de massa corporal (IMC) menor que 25, indicando peso ideal ou normal; 40,1% (45) demonstraram sobrepeso com variação de 25-30 no IMC; e mais de um terço (39,4%) possuíam de obesidade moderada a mórbida, indicando um fator de risco importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e outras complicações, pois 79,5% encontravam-se acima do peso ideal. No entanto, somente 15,3% demonstraram algum grau de obesidade e somente duas pessoas, das 90 acima do peso, disseram fazer algum tipo de tratamento.



Total de participantes N=118

* Mais de uma resposta

GRÁFICO 1 – Distribuição do número de pacientes segundo história familiar, tratamento das doenças e doenças presentes. Hospital X, Fortaleza-CE – abril a julho de 2006

No GRAF. 1, podemos constatar que a quase totalidade (95,8%) dos participantes relatou que era portadora de hipertensão arterial; 15,3% (43) referiram algum grau de obesidade; um terço (30,5%), de dislipidemia; a doença cardíaca esteve presente em um quarto dos participantes (25,4%); 22,9% (27) mencionaram serem portadores de doença vascular periférica; menos de um quarto (20,3%) teve acidente vascular cerebral; 15,3% (18) eram portadores de diabetes *mellitus*; e 13,6% (16), de doenças renais.

Observou-se que há uma relação direta entre a ocorrência de crise hipertensiva e a presença de hipertensão arterial na clientela do estudo. A elevação abrupta dos níveis tensionais na hipertensão arterial, principalmente na não tratada, pode levar ao desenvolvimento de urgência ou emergência hipertensiva.^{3,13}

Um dado relevante aponta para a existência de outras enfermidades na clientela. A associação de dois ou mais agravos possibilita maior adoecimento, risco aumentado para outras doenças e aumento na ocorrência de complicações, dentre elas a crise hipertensiva.

A presença de comorbidades, como a obesidade, a dislipidemia, a diabetes e a hipertensão arterial, determina a síndrome metabólica, que representa um aumento 2,5 vezes maior no risco de doenças cardiovasculares e 1,5 vez maior na mortalidade geral.¹⁴

A obesidade, atualmente considerada sério problema de saúde pública, tem acometido 7% da população mundial e o sobrepeso chega a 20% (OMS). No Brasil,

de acordo com dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989, o excesso de peso está presente em 27 milhões de pessoas.¹⁵ Associada a outras condições, como o sedentarismo, a obesidade promove o desenvolvimento de problemas de saúde, principalmente enfermidades cardiovasculares.

Verificou-se que a existência de sobrepeso e graus variados de obesidade na nossa clientela não difere dos dados encontrados em outras pesquisas e que a enfermidade está presente, principalmente, nas populações de baixo nível de escolaridade e menor poder aquisitivo.¹⁶

A maioria das pessoas (73,7%) faz tratamento para algum dos problemas de saúde existentes. Quase a totalidade (95,3%) realiza tratamento para hipertensão arterial; 13,9% (12) tratam de diabetes *mellitus*; 10,5% (9) fazem tratamento para doença cardíaca (mas 25,4% possuem algum tipo de enfermidade do coração); 2,7% (3) referem tratamento para dislipidemia (embora 30,5% tenha dislipidemia); 1,8% (2) diz fazê-lo para doença renal; 1,8% (2), para acidente vascular cerebral (embora 20,3% já tenham tido AVC); e 27,9% (24) para outros agravos.

O tratamento é uma etapa importante nas doenças crônico-degenerativas, especialmente nas enfermidades cardiovasculares. O termo engloba desde a realização de ações preventivas, quanto a utilização de fármacos adequados e a realização de exames complementares e tratamento cirúrgico, quando necessário.

O uso regular de medicação nas pessoas com problemas de saúde é fundamental para sua

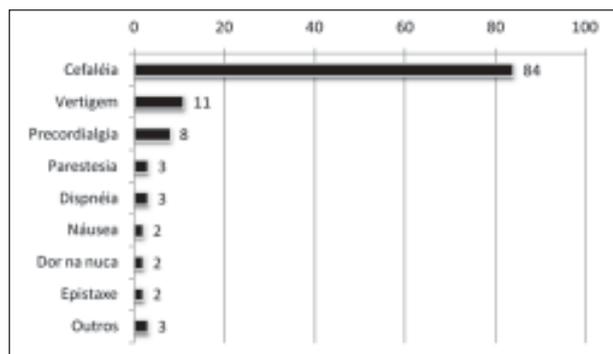
recuperação e para a prevenção de complicações. Uma vez que foi acentuada a relação entre a crise hipertensiva e a existência anterior de hipertensão arterial, o tratamento medicamentoso e não medicamentoso adequado e com regularidade para essa condição é indispensável para evitar a ocorrência de complicações.

A dificuldade na realização do tratamento da hipertensão arterial está relacionada com a falta de adesão à terapêutica, seja farmacológica, seja não farmacológica. Segundo Moreira,¹⁷ um dos fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento é a falta do estabelecimento de um pacto entre paciente e profissional de saúde que priorize preferências da pessoa na adoção do regime terapêutico.

Vasconcelos¹⁸ afirma que as crises hipertensivas têm como uma das causas a presença de hipertensão arterial sem tratamento. O diagnóstico precoce e o tratamento permanente da doença visam atingir a pressão arterial diastólica igual ou inferior a 80 mmHg, evitando, assim, a injúria vascular, geralmente presente na emergência hipertensiva.

A maioria das pessoas (82,2%) relatou história familiar de hipertensão arterial; 36,4% (43) mencionaram diabetes *mellitus* em membro da família; 7,6% (9) referiram morte súbita em algum ente familiar; 41% apresentaram história familiar de infarto do miocárdio; e mais de um terço (41%), de acidente vascular cerebral. Os pais foram os familiares mais acometidos por essas enfermidades.

Sabe-se que o fator hereditário é importante no surgimento das doenças cardiovasculares e de outras enfermidades, pois exercem influência no desenvolvimento da hipertensão arterial, doença cardíaca, diabetes *mellitus* e dislipidemia.¹⁹



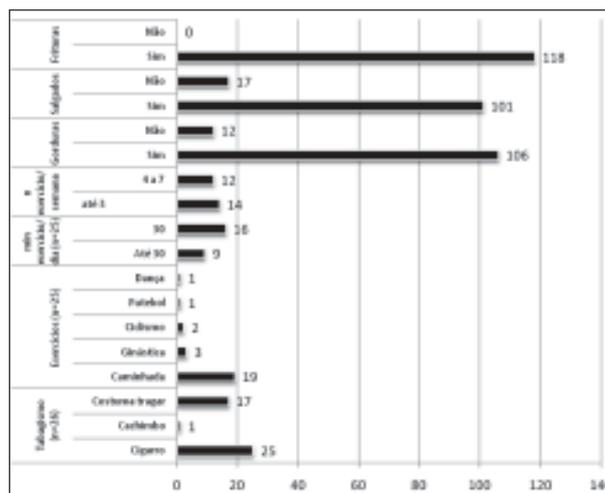
Total de participantes N=118

GRÁFICO 2 – Distribuição da clientela segundo sinais e sintomas da crise hipertensiva. Hospital X, Fortaleza-CE – abril a julho de 2006

Os sinais e sintomas apresentados pelos participantes foram: 71,1% (84), cefaleia; 9,3% (11), tontura; 2,5% (3), parestesia; 2,5% (3), dispneia; 1,7% (2), náusea; 1,7% (2),

dor na nuca, todos ocorrendo de forma isolada ou associada a outro sintoma; 6,7% (8), precordialgia; 1,7% (2), epistaxe severa; e 2,5% (3), outros sintomas ou associações de sintomas.

Os sinais e sintomas encontrados nas crises hipertensivas na nossa pesquisa foram semelhantes aos encontrados em outros estudos brasileiros e estrangeiros. Estudos sobre prevalência e apresentação clínica da crise hipertensiva encontraram sintomas de cefaleia, tontura, náusea, vômito, precordialgia, arritmia, dispneia, dentre outros associados à crise. A cefaleia foi o sintoma mais comum na urgência e na emergência hipertensiva.^{9,10}



Total de participantes N=118

GRÁFICO 3 – Distribuição do número de pacientes segundo os hábitos de vida e saúde. Hospital X, Fortaleza-CE – abril a julho de 2006

Do total dos participantes, quase um terço (23,7%) possuía o hábito de fumar. Desses, 21,1% (25) fumavam cigarros, 3,8% (1) utilizavam cachimbo e 4,4% (17) costumavam tragar. Dentre os que fumavam cigarro, 9,3% (11) consumiam entre 1 a 5 cigarros por dia; 1,7% (2), entre 5 a 10; 4,2% (5), entre 10 a 15, diariamente; e 6,7% (8) mais de 20 cigarros por dia.

O tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares. Juntamente com a hipertensão arterial, obesidade, inatividade física e níveis elevados de colesterol promovem o aparecimento da doença da artéria coronária. Smeltzer e Bare¹⁹ relatam que o fumo contribui para o desenvolvimento da doença da artéria coronária (DAC), pois diminui o oxigênio circulante, aumenta a liberação de catecolaminas, promovendo a vasoconstrição e pode ocasionar uma resposta deletéria nos vasos sanguíneos, aumentando a adesão plaquetária, responsável pela formação de trombos.

Sobre a prática de exercícios físicos, menos de um terço (21,1%) a realizava. Desses, 16,1% (19) faziam

caminhada; 2,5% (2), ginástica; 1,7% (2) praticavam ciclismo; 0,8% (1) jogava futebol e 0,8% (1) utilizava a dança como atividade física. Dentre os que realizavam exercício físico 7,6% (9) relatavam um tempo de exercício/diário de até 30 minutos e 13,6% (16), de 30 ou mais minutos; 11,9% (14) faziam atividade física até três vezes por semana; e 10,2% (12), de quatro a sete vezes por semana.

Gallo Júnior et al.²⁰ descrevem que o exercício aeróbico (natação, corrida, caminhada, ciclismo, dança, dentre outros) promove queda na pressão arterial pela diminuição na resistência vascular periférica e redução do débito cardíaco, que está associado à diminuição na atividade do sistema nervoso simpático.

A atividade física periódica, além de proporcionar diminuição nos níveis pressóricos, favorece a perda de peso, a queda nos valores do colesterol, triglicérides e níveis glicêmicos implicados diretamente na elevação da pressão arterial e em suas complicações. A prática de exercícios aeróbicos de intensidade moderada, três a quatro vezes por semana, entre 30 a 60 minutos, é recomendação indispensável a um estilo de vida saudável.²¹

O exercício físico associado a outras medidas não farmacológicas e ao tratamento farmacológico torna-se coadjuvante no tratamento e na prevenção de complicações cardiovasculares, necessitando, portanto, de uma avaliação médica prévia para sua realização.²²

Percebeu-se, ainda, que 89,9% (106) das pessoas consumiam alimentos gordurosos, 85% (101) utilizavam alimentos salgados e todos os participantes (100%) comiam frituras em sua dieta, apesar de a maioria relatar raro consumo dessas.

Os alimentos gordurosos ingeridos pela clientela do estudo são carnes e vísceras, leite integral, margarina e manteiga, frios (principalmente a mortadela) e, em menor quantidade, as massas, consideradas alimentos caros pelos participantes. Entre os alimentos contendo parcela significativa de sódio e que podem elevar a pressão arterial estão os pães e biscoitos doces e salgados, os temperos industrializados e os alimentos adicionados de sal durante seu preparo ou cozimento.

Observou-se que a ingestão desses alimentos e a falta de atividade física estão, provavelmente, relacionadas à ocorrência de sobrepeso e obesidade, favorecendo a elevação dos níveis pressóricos na clientela do estudo.

O padrão alimentar, entendido como o perfil de alimentos consumidos pelo indivíduo ao longo de determinado período, deve ser considerado quando se estabelece a relação entre os nutrientes ingeridos e o risco de agravos à saúde.²² A alimentação da pessoa que já teve ou está em crise hipertensiva deve considerar o valor energético dos nutrientes, as diferenças

individuais e o seu poder aquisitivo. A diminuição na ingestão de sal na dieta proporciona redução na pressão arterial e no risco de desenvolvimento de agravos cardiovasculares. A ingestão de gorduras saturadas e açúcares simples em menor quantidade promove diminuição no peso corporal e consequente queda na pressão arterial.

Uma questão a ser considerada é que o desemprego e a baixa renda familiar dos sujeitos envolvidos dificultam a aquisição de práticas mais saudáveis, visto que os alimentos a serem consumidos são, às vezes, inacessíveis, restando a opção de alimentos mais calóricos e gordurosos, que facilmente saciam e são mais baratos. As frutas e verduras que devem ser consumidas diariamente ficam em segundo plano e os alimentos gordurosos, que deveriam ser evitados, integram a alimentação cotidiana da nossa clientela.

Portanto, a prevenção de crises hipertensivas passa pela adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas cotidianas, de difícil seguimento rotineiro pelas restrições que impõem. Os profissionais de saúde devem adequar a abordagem desse problema de saúde ao acometido assumindo uma postura de maior envolvimento do paciente na manutenção de sua saúde.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que a prevalência da crise hipertensiva no serviço de emergência do referido hospital foi de 0,3%, sendo maior a ocorrência da urgência (88,1%) do que de emergência hipertensiva (11,9%). A crise hipertensiva foi maior entre as mulheres (55,1%); em pessoas na faixa etária de 42-53 anos com 37,3%; com baixo nível de escolaridade (78,8%), sendo mais da metade (61,8%) da clientela casada;

A hipertensão arterial é a causa mais frequente de crise hipertensiva na clientela do estudo, uma vez que 95,8% são portadores da enfermidade.

A existência de comorbidades (obesidade, diabetes, dislipidemia, doença cardíaca e renal) e o tratamento inadequado têm contribuído para ocorrência da complicação, levando as pessoas à procura pelo serviço de emergência.

Portanto, o conhecimento dos aspectos clínicos e epidemiológicos do agravo é extremamente importante e tem o intuito de oferecer maior compreensão da clientela e dos fatores que podem influenciar a ocorrência da crise hipertensiva, possibilitando a utilização de estratégias mais eficazes na abordagem das pessoas que procuram o serviço de emergência da instituição.

REFERÊNCIAS

1. Machado CA. Definição, epidemiologia, fator de risco cardiovascular e classificação. In: Póvoa R. A hipertensão arterial na prática clínica. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 25-36.
2. Varon J, Marik P.E. Clinical review: the management of hypertensive crises. [Citado em 2006 fev. 22]. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?Artid=270718>.
3. Varon J, Polansky M. Hypertensive crises: recognition and management. [Citado em 2006 fev. 22]. Disponível em: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/anesnet/journal/ija/vol11n1/articles/htncris>.
4. Rosa EM, Mezzomo A, Zamboni AP, Pezzi DR. Perfil do diagnóstico e tratamento da crise hipertensiva realizado nos pronto-atendimentos de Caxias do Sul. Rev AMRIGS. 2003 out/dez; 47(4):257-61.
5. Praxedes J, Santello JL. Emergências e urgências hipertensivas. In: Brandão AA, Amadeo C, Nobre F, Fuchs FD. Hipertensão. São Paulo: Elsevier; 2006. p. 375-90.
6. Souza ACC. Crise hipertensiva: análise dos casos atendidos na emergência de um hospital municipal de Fortaleza-Ceará; 2006. 98p. Dissertação (mestrado)-Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde. Universidade Estadual do Ceará; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 1996.
8. Kaplan NM. Systemic hypertension: mechanisms and diagnosis. In: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, editors. Heart disease: a text book of cardiovascular medicine. 7th ed. United States of American: Elsevier Saunders; 2005. p. 959-88.
9. Martin JFV, Higashiyama E, Garcia E, Luizon MR, Cipullo JP. Perfil da crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. Arq Bras Cardiol. 2004; 83(3):1-14.
10. Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies: prevalence and clinical presentation. Hypertension. 1996 jan; 27(1):144-7.
11. Almeida FA. Emergências hipertensivas: bases farmacológicas para o tratamento. Rev Bras Hipertens. 2002 out/dez; 9(4):346-52.
12. Lopes RP, Feitosa Filho GS. Crise hipertensiva. Rev Soc Bra Clin Med. 2005; 3(4):113-6.
13. Guedes NG, Costa FBC, Moreira RP, Moreira TF, Chaves ES. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(2):181-8.
14. Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Rev Soc Bras Hiperten. 2004; 7(4):76-81.
15. Fapesp. Obesidade na favela. [Citado em 2006 out. 10]. Disponível em: http://www.agencia.fapesp.br/boletim_dentro.php?id=4937.
16. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da favela da rocinha. Cad Saúde Pública. 2005; 21(6):1792-1800.
17. Moreira TMM. Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza – Ceará [tese]. Fortaleza: Faculdade de Enfermagem da UFC; 2003.
18. Vasconcellos EM. Hipertensão arterial sistêmica: uma experiência de 34 anos. Rio de Janeiro: Rubio; 2004.
19. Smeltzer SC, Bare BG. Tratamento de pacientes com distúrbios vasculares coronarianos. In: Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 752-807.
20. Gallo Junior L, Castro RBP, Maciel BC. Exercício e hipertensão arterial. In: Amodeo C, Lima EG, Vasquez EC. Hipertensão arterial. São Paulo: Sarvier; 1997. p.175-86.
21. Jardim PCBV, Monego ET, Souza ALL. Abordagem não medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial. São Paulo: Manole; 2004. p.119-38.
22. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 5, 2006, Campos do Jordão. Anais... Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2006. 40 p.

Data de submissão: 2/6/2008

Data de aprovação: 10/7/2009