

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ABORDAGEM DO PACIENTE EM CRISE HIPERTENSIVA**

**DANIELA SANTOS SILVEIRA QUEIROZ**

**CORINTO – MINAS GERAIS**  
**2012**

**DANIELA SANTOS SILVEIRA QUEIROZ**

**ABORDAGEM DO PACIENTE EM CRISE HIPERTENSIVA**

**CORINTO – MINAS GERAIS  
2012**

**DANIELA SANTOS SILVEIRA QUEIROZ**

**ABORDAGEM DO PACIENTE EM CRISE HIPERTENSIVA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**CORINTO – MINAS GERAIS  
2012**

**DANIELA SANTOS SILVEIRA QUEIROZ**

## **ABORDAGEM DO PACIENTE EM CRISE HIPERTENSIVA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete (orientadora)

Prof<sup>ª</sup>. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, 12 de novembro de 2012.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus inicialmente pela vida e pelas excelentes oportunidades de aprendizado e evolução que me foram concedidas;

à minha orientadora, Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete, por toda a dedicação e compreensão a mim dispensadas;

à minha amiga e colega desse curso, enfermeira Fernanda Aparecida Bezerra, que me trouxe não só para a sua cidade e sua equipe de trabalho, mas também para o seu convívio familiar, me dando apoio e amizade;

e, por último, mas não menos importante, eu agradeço à minha mãe, Marilza Santos Silveira; se não fosse por ela, nada de bom em minha existência seria possível, pois é a pessoa mais importante de minha vida.

## **Psicologia de um vencido**

“Eu, filho do carbono e do amoníaco,  
Monstro de escuridão e rutilância,  
Sofro, desde a epigênese da infância,  
A influência má dos signos do zodíaco.

Profundissimamente hipocondríaco,  
Este ambiente me causa repugnância...  
Sobe-me à boca uma ânsia análoga à ânsia  
Que se escapa da boca de um cardíaco.

Já o verme — este operário das ruínas —  
Que o sangue podre das carnificinas  
Come, e à vida em geral declara guerra,

Anda a espreitar meus olhos para roê-los,  
E há de deixar-me apenas os cabelos,  
Na frialdade inorgânica da terra!”

**Augusto dos Anjos**

## RESUMO

As crises hipertensivas são formas mais graves de manifestação da hipertensão arterial sistêmica. São entidades clínicas consideravelmente prevalentes em nosso país, acontecendo em todos os ambientes de atendimento, desde a atenção básica até ao nível hospitalar. Este trabalho objetiva descrever os conceitos e critérios a serem seguidos para o diagnóstico e tratamento das urgências e emergências hipertensivas, atentando para as possibilidades terapêuticas existentes. Quanto aos procedimentos metodológicos, trata-se de revisão bibliográfica cujos artigos foram acessados nas bases de dados do LILACs e SciELO e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Os descritores usados foram: *hipertensão e emergências*. A seleção dos artigos baseou-se, preferencialmente, nos artigos que continham critérios clínicos, diagnóstico e tratamento das condições patológicas pesquisadas. A maioria dos artigos dá enfoque à falta de protocolos de atendimento nas instituições, incluindo a prescrição de medicação mesmo quando não há diagnóstico firmado de crise hipertensiva. Há uma prevalência na administração por via sublingual de drogas não destinadas a essa via, como o captopril, e também há uma tendência a não identificação das pseudocrises hipertensivas, que se caracterizam pela ausência de critérios de crise hipertensiva por definição da Sociedade Brasileira de Cardiologia, com tratamento realizado sem necessidade, na maioria das vezes em pessoas não hipertensas e em situação de estresse físico e/ou emocional. É consenso na literatura pesquisada que há uma necessidade de realização de maiores estudos sobre o tema e também de uma padronização das condutas médicas quanto ao diagnóstico, tratamento e conduta pós-evento.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Atenção Básica à Saúde. Emergências.

## **ABSTRACT**

Hypertensive crises are more severe forms of manifestation of systemic hypertension. Clinical entities are pretty prevalent in our country, happening in all environments of care, from primary care to the hospital. This paper aims to describe the concepts and criteria to be followed for the diagnosis and treatment of hypertensive emergencies and urgencies, paying attention to the possibilities existing therapies. Regarding methodological procedures, it is literature review whose articles were accessed in databases LILACS and SciELO and Guidelines of the Brazilian Society of Cardiology. The keywords used were: hypertension and emergencies. The selection of articles was based preferably on articles containing clinical, diagnosis and treatment of pathological conditions studied. Most articles focuses on the lack of clinical protocols in institutions, including prescription medication even when no confirmed diagnosis of hypertensive crisis. There is a prevalence in the sublingual administration of drugs not intended for this pathway, such as captopril, and there is also a tendency not to identify hypertensive pseudoseizures, which are characterized by the absence of criteria for hypertensive crisis by definition of the Brazilian Society of Cardiology with treatment performed unnecessarily, mostly in non-hypertensive and in situations of physical and / or emotional. The consensus in the literature that there is a need to conduct further studies on the subject and also a standardization of medical practices regarding diagnosis, treatment, and conduct post-event.

Keywords: Hypertension. Primary Care Health Emergencies.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>13</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>14</b>
<b>5.1 Conceitos relativos às urgências e emergências hipertensivas</b>	<b>14</b>
<b>5.2 Fisiopatologia</b>	<b>15</b>
<b>5.3 Diagnóstico</b>	<b>15</b>
<b>5.4 Tratamento</b>	<b>17</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui-se em um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Representa um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por, pelo menos, 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC), por 25% das mortes por doença arterial coronariana (DAC) e, em combinação com diabetes mellitus (DM), 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

A crise hipertensiva pode surgir em qualquer idade e representa o desencadeamento da hipertensão arterial sistêmica por causas variadas (FORTES *et al.*, 2010). Pode ser dividida em urgência hipertensiva e emergência hipertensiva, abrangendo várias condições nas quais a pressão arterial (PA) sistêmica eleva-se de forma rapidamente agressiva, ameaçando órgãos vitais como rins, coração, cérebro e outros órgãos (FEITOSA FILHO *et al.*, 2008).

O indivíduo acometido por crise hipertensiva pode já estar em tratamento clínico (medicamentoso ou não) de sua condição de hipertenso, mas pode também não estar realizando corretamente o tratamento ou ainda não ter sido diagnosticado. As causas são várias, desde a falta do medicamento na farmácia básica municipal, chegando até ao descuido do próprio paciente consigo mesmo devido a não adesão ao tratamento. É uma ocorrência comum tanto em serviços hospitalares como ambulatoriais e de atenção básica, constituindo, portanto, em tema médico de suma importância.

Na nossa realidade de atendimento, detectamos que o prejuízo não só é para o paciente como também dificulta o processo de trabalho de toda a rotina normal da Equipe de Saúde da Família (ESF), muitas vezes não equipada e não preparada para dar suporte a esse tipo de urgência. Fazemos essa afirmação tendo em vista no nosso cotidiano de cuidar a ocorrência quase diária de situações relacionadas a esse tema; o paciente não é sempre acolhido como deveria ser, devido à alta rotatividade de funcionários na recepção, principalmente devido aos problemas

políticos locais, prejudicando a identificação correta do agravo do paciente que deveria ser acolhido com sua classificação de risco imediatamente realizada por profissional técnico de enfermagem ou enfermeiro.

Além disso, há o problema quanto à inexistência de farmácia presente na unidade básica em questão; os pacientes após realização de atendimento são redirecionados a uma distância de aproximadamente quatro quilômetros, local onde fica a medicação da cidade, e somente aí é que são disponibilizados os medicamentos, sem falar que faltam também na unidade básica as principais medicações relacionadas às urgências diversas para administração local (ausência de “carrinho de parada cardiorrespiratória” e desfibrilador externo automático).

Os pacientes em crise hipertensiva só podem ser medicados com a única medicação disponível, que é o captopril. Existem umas poucas cartelas desse medicamento acondicionadas na sala de procedimentos diversos (medicação e curativos). Enfim, não há uma estrutura preparada no município para tratar as mais básicas situações de urgências, como a parada cardiorrespiratória, a crise hipertensiva, etc. Felizmente, existe na cidade uma ambulância básica do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) que frequentemente é acionada quando há necessidade imediata, como nos casos citados de parada cardiorrespiratória. Ressalta-se que também existe a pactuação com o município de referência local, Pirapora, situado há oitenta quilômetros de distância do município de Ibiaí, munido de hospital competente para receber os casos urgentes para lá encaminhados quando necessário.

Diante do exposto, da dificuldade de se identificar uma situação como sendo urgente ou não urgente, da confusão que se faz ao se atender um paciente gravemente hipertenso e diferenciá-lo de um paciente em pseudocrise hipertensiva, da não existência de protocolos de atendimento para esses pacientes, ficam os questionamentos fundamentais dessa pesquisa que são: como deve ser a abordagem correta desses pacientes que chegam à porta da unidade básica de saúde em sofrimento pressórico? O que se deve fazer para que esse paciente seja atendido com eficácia e eficiência? Quais os passos devem ser seguidos para que esse paciente seja corretamente identificado, tratado, medicado, transferido de

unidade ou apenas observado? A unidade básica tem condições reais para cuidar desses pacientes?

A presente revisão aborda, portanto, aspectos relevantes sobre esse assunto.

## 2 JUSTIFICATIVA

Os estados de urgência e emergência hipertensivas são muito comuns em todos os ambientes envolvidos na saúde, desde a atenção básica até ao nível hospitalar. Diante desse fato, é importante que se saiba abordar de maneira segura o grande contingente de pacientes que certamente chegarão até o serviço de saúde. Portanto, é imperativo que os profissionais envolvidos se atualizem neste tão prevalente tema e busquem a realização da correta abordagem do caso, desde o diagnóstico até seu tratamento e possível encaminhamento do paciente a setores de maior grau de complexidade.

Este estudo é importante para a atividade profissional num todo, para todos os membros da equipe, não só no âmbito da atenção básica, mas ao cuidado de todos os pacientes em qualquer nível de atenção, por ser uma patologia comum e que merece atenção de todos os profissionais da equipe para saber identificar o caso e tratá-lo o mais rapidamente possível.

Destaca-se, ainda, que os usuários serão mais prontamente atendidos e tratados evitando-se uma gama de consequências letais a partir do momento em que toda a equipe estiver mais bem instruída sobre a doença hipertensiva e suas nuances, uma vez que acomete tantas pessoas, não só em nossa área de abrangência, mas também em todo o Brasil e, quiçá, no mundo.

Dessa forma, este estudo poderá ajudar a solucionar ou minimizar o problema a partir do momento em que todos estarão mais bem informados sobre todas as nuances da patologia, desde as queixas do paciente até o seu pronto atendimento e tratamento. Sabe-se que profissionais mais instruídos saberão lidar melhor com a situação e também poderão orientar os usuários no que se refere à prevenção da recorrência.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

Descrever os critérios a serem seguidos para o diagnóstico e tratamento das crises hipertensivas no âmbito da atenção básica.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

Descrever os conceitos fundamentais e os aspectos fisiopatológicos das urgências e emergências hipertensivas;

Descrever como se procede para se chegar ao diagnóstico do paciente a partir de suas queixas, exame físico e exames complementares, quando necessários;

Relatar os passos que são seguidos para o tratamento do paciente acometido;

Conhecer alternativas terapêuticas atualmente utilizadas.

#### 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica narrativa como caminho para se atingir o objetivo proposto neste estudo. Os artigos foram coletados na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Os descritores usados para a busca dos artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) foram: “*hipertensão*”, acrescido dos qualificadores “crises” e “atenção básica à saúde”, e “*emergências*” com o qualificador “hipertensão”. Foi feita uma leitura dos resumos para, preferencialmente, escolher os artigos que continham critérios clínicos, diagnóstico e tratamento das condições patológicas pesquisadas, bem como análises críticas sobre as conflitantes condutas de atendimento médico que existem na atualidade.

Foram encontrados ao todo dezenove artigos com os descritores citados, sendo selecionados seis artigos, todos escritos em língua portuguesa, publicados durante o período de 2004 a 2010. Os artigos selecionados no SciELO foram até o ano de 2008 por ser este o último ano com publicações nesta base.

Com vistas à ampliação do que se tem publicado a respeito da temática deste estudo, também foram utilizados consensos e diretrizes de sociedades brasileiras.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 Conceitos relativos às urgências e emergências hipertensivas

Dentre os conceitos que se relacionam com a hipertensão arterial, optamos por apresentar aqueles considerados fundamentais e que poderão subsidiar, a partir de sua compreensão, condutas essenciais no tratamento da pessoa que busca atendimento na atenção básica:

#### 5.1.1 Crise hipertensiva: de acordo com Martin, Loureiro e Cipullo (2004,253)

[...] é uma das formas de apresentação ou de complicação da hipertensão arterial, que compreende uma grande variedade de situações clínicas que têm em comum elevação rápida, inapropriada, intensa e sintomática da pressão arterial, que pode cursar com risco de deterioração rápida dos órgãos alvo (coração, cérebro, rins e artérias) e conseqüente risco imediato ou potencial de vida.

Didaticamente, a crise hipertensiva é dividida em urgência e emergência hipertensiva (MONTEIRO JUNIOR *et al.*, 2008).

**5.1.2 Urgência hipertensiva:** A elevação crítica da pressão arterial, em geral pressão arterial diastólica  $\geq 120$  mmHg, porém com estabilidade clínica, sem comprometimento de órgãos-alvo, caracteriza o que se convencionou definir como urgência hipertensiva. (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010). Ocorre aumento da pressão arterial sem sinais e sintomas de lesão de órgãos alvo, podendo esta condição ser tratada em ambiente ambulatorial, com medicamentos por administração oral ou venosa. O aumento da pressão arterial (PA) não representa risco imediato de vida e nem dano agudo aos órgãos alvo, portanto, nessa situação, o controle da PA poderá ser feito reduzindo-se a PA gradualmente, em até 24 (FEITOSA FILHO *et al.*, 2008).

Em se tratando, portanto, de urgência hipertensiva, o médico da equipe de saúde da família pode tratar e monitorar, juntamente com sua equipe, o portador de hipertensão. Para tal, torna-se de fundamental importância que todos da equipe sejam capacitados para tal. Essa capacitação abrange o conhecimento inerente a

todas as profissões da equipe multidisciplinar (técnicos, enfermeiros, agentes de saúde e médicos), que devem conhecer o básico relacionado ao exame da pressão arterial (aferição com esfigmomanômetro) e seus níveis normais, bem como identificar alguns sinais e sintomas que podem estar associados ao aumento da pressão.

**5.1.3 Emergência hipertensiva:** é a situação clínica caracterizada por PA marcadamente elevada e sinais de lesões de órgãos alvo, como encefalopatia, infarto agudo do miocárdio, angina instável, edema agudo de pulmão, eclampsia, acidente vascular encefálico, dissecação de aorta, dentre outras condições, requerendo internação hospitalar e imediato uso de drogas anti-hipertensivas parenterais, visando à redução da PA, em unidade de tratamento intensivo (UTI) (MONTEIRO JUNIOR *et al.*, 2008).

Os casos de emergência hipertensiva requerem tratamento em ambiente apropriado como as UTIs. Contudo, cabe à equipe de saúde da família monitorar esses casos quando da alta do paciente com a intencionalidade de prevenir futuras crises ou intervir em momento mais precoce.

**5.1.4 Pseudocrise Hipertensiva:** segundo Feitosa Filho *et al.* (2008, p.306) entende-se pseudocrise hipertensiva como a

[...] elevação deve-se exclusivamente a um estresse físico ou psicológico (por exemplo: dor). Muitos pacientes apresentam a pressão arterial demasiadamente elevada simplesmente por não usarem suas medicações ou por não saberem ser portadores de hipertensão arterial sistêmica, tratando-se apenas de hipertensão arterial sistêmica crônica não controlada.

Nessas situações, o que deve ser feito é acalmar o paciente, tratar a causa imediata do problema, como por exemplo, o tratamento da dor aguda e buscar diagnosticar o paciente, descobrindo se o mesmo já é um hipertenso que não está em tratamento correto. O paciente deve ser observado na própria unidade de atendimento básico, monitorado, medicado para a causa primária do distúrbio desencadeante da hipertensão e pode também receber sua medicação correta para hipertensão já existente, não com o objetivo de diminuí-la abruptamente, mas com vistas a já iniciar o tratamento medicamentoso que não estava sendo feito adequadamente. Exames

complementares podem ser solicitados, para que o paciente retorne ao acompanhamento e sua medicação seja reavaliada periodicamente.

Para o tratamento quer seja medicamentoso ou não, é condição indispensável o entendimento da fisiopatologia da hipertensão arterial.

**5.2 – Fisiopatologia:** A gênese da crise hipertensiva decorre de um desequilíbrio entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica. Substâncias vasoconstritoras aumentadas inadequadamente, como a norepinefrina, agem na resistência vascular sistêmica, elevando-a. Em consequência, forças de cisalhamento desencadeiam dano endotelial, seguido por deposição de plaquetas e fibrina (necrose fibrinóide), instalando alterações anatômicas e morfofuncionais no meio arteriolar e consequente isquemia, que determinam a perda da autorregulação circulatória e lesão dos órgãos alvo. Essas modificações favorecem novo aumento das substâncias vasoconstritoras, que reiniciam o ciclo (MARTIN; LOUREIRO; CIPULLO, 2004).

**5.3 - Diagnóstico:** Monteiro Junior *et al.* (2008) recomendam que, inicialmente, observem-se as queixas do paciente, como cefaleia e desconforto precordial, associadas à medida da PA que geralmente se encontra acima de 160 x 90mmHg. O diagnóstico não se baseia somente nas queixas do paciente, pois, em grande parte das vezes, estes se encontram assintomáticos, sendo a medida da PA um procedimento fundamental e inicial para a avaliação.

No caso da abordagem em ambiente hospitalar, as condições clínicas do paciente precisam ser prontamente avaliadas, especialmente os exames neurológicos, cardiológicos, pulmonares e vasculares. Devem ser realizados: eletrocardiograma, radiografia de tórax, fundoscopia e outros exames possivelmente disponíveis com o objetivo de para identificar lesões em órgãos alvo, como os exames de análises laboratoriais que devem incluir dosagem de creatinina e eletrólitos, assim como exame de urina do tipo I (MONTEIRO JUNIOR *et al.*, 2008).

A Fundoscopia revela exsudatos, hemorragias e edema de papila quando o caso é de emergência hipertensiva. Clinicamente pode haver sinais neurológicos localizados, como cefaleia, alteração do nível de consciência, confusão mental ou outras manifestações menos graves, como tonturas ou perda de concentração. As

hemorragias intracranianas costumam provocar diferentes alterações neurológicas, tanto pela presença de sangue no espaço subaracnóide quanto pelas formações de hematomas secundários à ruptura de pequenos aneurismas ou más-formações vasculares.

Serão apresentados, a seguir, de acordo com Martin, Loureiro e Cipullo (2004), os dez passos sequenciais de abordagem do paciente com crise hipertensiva, de tal forma que a investigação clínica e complementar obtenha as informações necessárias para o diagnóstico e estabelecimento da melhor estratégia de tratamento:

- 1 - Buscar um fator desencadeante;
- 2 - Sintomas ou situações que simulam crise hipertensiva (enxaqueca, labirintite, traumas físicos, dores, estresse emocional, profissional ou familiar);
- 3 - Verificar antecedente de Hipertensão Arterial, tempo de evolução, uso de anti-hipertensivos (doses e aderência ao tratamento);
- 4 - Episódios anteriores semelhantes ao atual;
- 5 - Uso de medicamentos que interfiram com a PA (anti-inflamatórios, corticoides, analgésicos, antidepressivos, moderadores do apetite, etc.);
- 6 - Uso ou abuso de álcool e/ou de tóxicos (cocaína, “crack”, LSD, etc.);
- 7- Suspensão abrupta de inibidores adrenérgicos (como clonidina e betabloqueadores);
- 8- Associação de outras doenças e/ou fatores de risco (diabetes, cardiopatias, nefropatias, tabagismo, dislipidemia, etc.);
- 9 - Investigação clínica de acordo com o sistema:
  - 9.1 - Sistema Nervoso Central: cefaleia, tontura, alterações visuais e da fala, nível de consciência, agitação ou apatia, confusão mental, déficit neurológico focal, convulsões e coma, dor torácica, sinais e sintomas de insuficiência ventricular esquerda, palpitações, ritmo cardíaco, ritmo de galope, dispneia, estase jugular, sopro carotídeo, pulsos periféricos e aferição da PA (03 medidas);

9.2 - Sistema Urinário: redução do volume urinário, edema, hematúria, disúria. Obs.: não se esquecer de examinar o abdome (massas pulsáteis e sopros abdominais podem ser detectados);

9.3 - Fundo de olho: vaso espasmo, cruzamentos arteriovenosos, artérias em fio de prata ou cobre, exsudatos duros e moles, hemorragia, papiledema.

10 - Investigações complementares (os exames complementares serão realizados conforme a necessidade e direcionados para sistemas específicos após a investigação clínica inicial a fim de caracterizar lesões em órgãos-alvo):

10.1 - Sistema Nervoso Central: tomografia computadorizada;

10.2 - Sistema Cardiovascular: Eletrocardiograma, Radiografia de tórax, ecocardiograma e enzimas cardíacas;

10.3 - Sistema Urinário: urina tipo I, ureia, creatinina e eletrólitos.

## 5.4 – Tratamento

Após a abordagem inicial do paciente com alteração de sua pressão arterial, sua identificação, diagnóstico e classificação em um dos grupos já citados durante o presente trabalho, é chegada a hora de abordar o tratamento do mesmo, com a finalidade de tratá-lo integralmente.

**5.4.1 – Urgências hipertensivas:** O controle da PA na urgência hipertensiva deve ser feito em maior tempo (24 a 48 h). A terapêutica pode ser instituída após um período de cerca de 2 horas de observação clínica, em ambiente calmo e de pouca luminosidade, condição que ajuda a afastar situações de pseudocrise hipertensiva que podem ser resolvidas somente com o repouso e, às vezes, com uso de analgésicos ou tranquilizantes. Essas medidas podem reduzir a PA sem a necessidade do uso de anti-hipertensivos (FEITOSA FILHO *et al.*, 2008).

Dessa forma, a observação médica deve se basear em alguns critérios para se dar ou não alta ao paciente, tais como:

a) algumas horas de observação (4 a 6 h) após o controle da PA;

- b) reconhecimento de causas desencadeantes reversíveis;
- c) história clínica de HA previamente controlada com medicação, a qual o paciente deixou de usar;
- d) encaminhar o paciente para acompanhamento em serviço ambulatorial apropriado num curto período de tempo;
- e) instituição do tratamento anti-hipertensivo se o paciente não o usava, baseando-se nas Diretrizes para o Tratamento da Hipertensão Arterial. Preconiza-se o uso de diuréticos, betabloqueadores ou inibidores da enzima de conversão de angiotensina como drogas de primeira escolha para pacientes sem lesão em órgãos-alvo ou outras comorbidades presentes, ou o uso de anti-hipertensivos adequados no caso de indicações específicas;
- f) reintroduzir a medicação anteriormente utilizada mantendo a dose ou aumentando-a, se possível. Outra possibilidade pode ser a substituição do anti-hipertensivo anteriormente usado, seguindo-se as recomendações das VI Diretrizes para o Tratamento da Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As diretrizes citadas têm como objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As classes medicamentosas disponíveis, no Brasil, para o manejo da HAS são:

1. Diuréticos;
2. Inibidores adrenérgicos (Ação central: agonistas alfa-2 centrais;  
Betabloqueadores: bloqueadores beta-adrenérgicos; Alfabloqueadores:  
bloqueadores alfa-1 adrenérgicos);
3. Vasodilatadores diretos;
4. Bloqueadores dos canais de cálcio;
5. Inibidores da enzima conversora da angiotensina;
6. Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II;
7. Inibidor direto da renina.

A escolha do medicamento é baseada no perfil do paciente e no seu grau de adaptação e tolerância ao mesmo, observando suas ações e contra indicações em cada caso.

O paciente também tem que se conscientizar de que existe um tratamento não medicamentoso a ser realizado, ou seja, mudanças em seus hábitos de vida, como controle adequado do peso corporal, diminuição da ingestão diária de sal, seguir uma dieta rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, seguir um programa de atividades físicas, interromper tabagismo e etilismo e, por fim, buscar atividades de diminuição do stress biopsicossocial (atividades prazerosas como recreação e lazer).

**5.4.2 – Emergências hipertensivas:** O tratamento da emergência hipertensiva deve ser realizado de acordo com o órgão-alvo envolvido e exige cuidados de uma unidade de terapia intensiva devido às condições hemodinâmicas e neurológicas instáveis que podem oferecer risco de morte iminente. É usada, na maioria das vezes, a via endovenosa para administração dos medicamentos (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O uso de anti-hipertensivos orais deve ser iniciado juntamente com os de uso parenteral para facilitar a sua retirada, posteriormente, e para se conseguir um melhor controle da pressão arterial. A redução da PA deve ser feita de forma rápida e gradual (em minutos a algumas horas) para valores até 25% inferiores aos níveis iniciais da pressão arterial média ou, de forma prática, deve-se reduzir a pressão arterial diastólica para 100 a 110 mmHg. Após esses níveis terem sido alcançados, reduções posteriores podem ser realizadas mais lentamente, até se atingir os níveis normais em um prazo maior. Quedas excessivas na PA devem ser evitadas, pois podem precipitar isquemia nos territórios renal, cerebral ou coronariano (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

“Portanto, as situações como o infarto do miocárdio e o acidente vascular encefálico são objeto de intervenção bem definida, em que o controle da pressão arterial é parte integrante (mas não único) dentro de um conjunto maior de medidas terapêuticas” (SOBRINHO *et al.*, 2007, p.581).

**5.4.3 – Discussão sobre a abordagem terapêutica:** O agente ideal para o tratamento das crises hipertensivas continua indefinido. Em emergência hipertensiva, o nitroprussiato (0,5mcg.Kg.min) parece ser uma boa opção para o tratamento (FEITOSA FILHO *et al.*, 2008).

É difícil estabelecer qual o melhor agente para o tratamento da emergência hipertensiva, já que faltam dados de estudos, bem delineados e conduzidos, comparando as possíveis intervenções. Na urgência hipertensiva, a redução da pressão arterial deve ser feita em horas ou mesmo em dias. A redução abrupta e intensa da PA pode precipitar isquemia renal, cerebral e coronariana, já que a pressão de perfusão cerebral do hipertenso é, em geral, maior que a do normotenso. É recomendada a monitorização da pressão arterial em resposta ao tratamento, nos primeiros 30 minutos, e a velocidade de redução da PA deve ser considerada de acordo com as condições clínicas de cada paciente (MARTIN *et al.*, 2004).

Urgência hipertensiva pode ser tratada com uma variedade de agentes, incluindo nicardipina, lacidipina, urapidil, nitroprussiato e fenoldopam. “A nifedipina pode ser usada, mas pode reduzir rapidamente a pressão arterial, fato não necessário, ou até mesmo deletério” (CHERNEY; STRAUSS 2002 *apud* FURTADO; NOBRE; COELHO, 2003, p.342,). Essa medicação vem caindo em desuso depois de vários estudos mostrando o efeito deletério da brusca redução da pressão arterial em órgãos alvo, iniciando, assim, uma tendência ao uso do captopril, que apresenta menos efeitos danosos relacionados à velocidade da queda da pressão arterial.

Para Martins *et al.* ( 2004), captopril e furosemida também são amplamente usados, mesmo não sendo as primeiras escolhas ideais de medicação. Tais fatos levam-nos a crer que significativa parte da comunidade médica desconhece o conceito de crise hipertensiva e de suas implicações terapêuticas. Igualmente, precisam ser desmistificadas condutas frequentemente empregadas, que não condizem com conceitos e conhecimentos da farmacologia clínica.

O uso de drogas por via sublingual, para a redução da PA elevada, é um bom exemplo. Para que uma medicação seja utilizada por via sublingual, ela, obrigatoriamente, deve ter: caráter iônico, alta lipossolubilidade e importante mecanismo de primeira passagem (metabolismo hepático) (MARTIN, LOUREIRO, CIPULLO, 2004, p.128).

Um bom exemplo desse tipo de medicamento são os nitratos. Por outro lado, não são essas as características de medicamentos como nifedipina, clonidina, atenolol, captopril e outros frequentemente usados por essa via de administração, na crise hipertensiva.

No serviço de atenção básica, foco da presente pesquisa, em que há uma defasagem quanto à disponibilização de medicamentos, usamos como primeira escolha o captopril, através de sua via correta de administração, que é a via oral; muito raramente, quando o serviço dispõe de medicação venosa, a furosemida já foi utilizada, com bons resultados. A Nifedipina também já foi amplamente usada em pacientes gestantes hipertensas em detrimento do captopril e, felizmente, não houve danos nem ao feto e nem à mãe.

Destaca-se que após a leitura dos artigos relacionados nesta pesquisa, houve mudança de conduta devido ao melhor entendimento dos efeitos deletérios dessa medicação.

Devido à falta de medicação disponível, um grande número de pacientes já foi encaminhado ao município de referência hospitalar (Pirapora) para observação e correto diagnóstico, sendo as transferências realizadas, sobretudo quando a PA se encontrava acima de 200x120 mmHg; o transporte nesses casos foi realizado por ambulância do SAMU mas também já foi realizado por ambulância simples do município.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme mencionado anteriormente, a pesquisa de artigos para este trabalho e sua leitura nos permitiu aprofundar conhecimentos e, o mais importante, mudar condutas com vistas ao melhor atendimento de saúde de nossa população.

Ficou claro que na crise hipertensiva, observam-se dois grandes problemas. O primeiro refere-se ao diagnóstico preciso da elevação da pressão arterial e a presença ou não de lesão em órgãos-alvo, fato que diferenciará a urgência da emergência hipertensiva.

O segundo problema advém da conduta durante a crise e posterior ao tratamento realizado na sala de emergência, onde os profissionais médicos liberam os pacientes portadores de urgência hipertensiva assim que a pressão atinge níveis aceitáveis, sem prescrição terapêutica de manutenção, levando-os a ficarem desprotegidos após o término de ação das drogas anti-hipertensivas utilizadas e, conseqüentemente, predispondo-os a nova crise hipertensiva, que pode ser de maior gravidade.

Estudos futuros são necessários para melhor definição de Urgência e Emergência Hipertensiva, para um melhor guia ao diagnóstico e tratamento clínico de tais condições e também para melhor determinação das condutas realizadas após o evento, para que esses pacientes não fiquem a mercê de uma nova crise.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FEITOSA FILHO, G.S.; LOPES, R.D.; POPPI, N.T.; GUIMARÃES, H.P. Emergências hipertensivas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.20, n.3, p.305-312, 2008.

FORTES, J.I. et al. Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: **Urgência e emergência** / coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo, p.322: FUNDAP, 2010.

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

MARTIN, J.F.V.; HIGASHIAMA, E.; GARCIA, E.; LUIZON, M.R.; CIPULLO, J.P. Perfil de crise hipertensiva. Prevalência e apresentação clínica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.83, n.2, p.125-130, 2004.

MARTIN, J.F.V.; LOUREIRO, A.A.C.; CIPULLO, J.P. Crise hipertensiva: atualização clínico-terapêutica. **Arq. Ciências da Saúde**, São Paulo, v.11, n.4, p.253-61, 2004.

MONTEIRO JUNIOR, F.C.; ANUNCIAÇÃO, F.A.C.; SALGADO, N.; SILVA, G.M.A.; BARBOSA, J.B.; FERREIRA, P.A.M.; LAGES, J.; MANDARINO, N.R.; SILVA, 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**, São Paulo, v.90, n.4, p.269-273, 2008.

OLIVEIRA, M.G.; NOBLAT, A.C.B; NOBLAT, L.; PASSOS, L.C. Análise da prescrição de captopril em pacientes hospitalizados. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.91, n.6, p.415-17, 2008.

SOBRINHO, S.; CORREIA, L.C.L.; CRUZ, C.; SANTIAGO, M.; PAIM, A.C.; MEIRELES, B.; ANDRADE, M.; KERNER, M.; AMOEDO, P.; SOUZA, C.M. Ocorrência e preditores clínicos de pseudocrise hipertensiva no atendimento de emergência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n.5, p.579-84, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.95 (1 supl.1), p: 1-51. 2010.