

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROBERTA BARROS DE ALMEIDA

CRISE HIPERTENSIVA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROBERTA BARROS DE ALMEIDA

CRISE HIPERTENSIVA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Me. Wanessa Cristina Tomaz dos Santos Barros

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CRISE HIPERTENSIVA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REVISÃO DE LITERATURA** de autoria da aluna **ROBERTA BARROS DE ALMEIDA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Wanessa Cristina Tomaz dos Santos Barros
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu esposo Sidney Romero e aos meus filhos: Taynah, Pedro Henrique e Nathália Vitória, pela compreensão e apoio incondicional em todos os momentos de minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS razão do meu viver, por tudo que sou, pelo seu amor incondicional.

À minha tutora Joice Cristina Guesser, por sua dedicação, ajuda e compreensão.

À minha orientadora Wanessa Cristina Tomaz dos santos Barros, pela paciência.

À minha cunhada Tatiana Kelly por me conduzir e encorajar desde a inscrição do Curso até o término deste TCC.

À Prof.^a Denise Maria Guerreiro da Silva, pela compreensão.

Aos colegas da Unidade de Pronto Atendimento que contribuíram indiretamente a realização deste curso.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 MÉTODO.....	2
3 DESENVOLVIMENTO.....	2
3.1 CRISE HIPERTENSIVA.....	2
3.2 CLASSIFICAÇÃO DA CRISE HIPERTENSIVA.....	3
3.3 TRATAMENTO.....	7
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	9
REFERÊNCIAS.....	11

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Situações Clínicas caracterizadas Urgência e Emergência Hipertensiva.....	4
Quadro 2. Características dos pacientes portadores de pseudocrise hipertensiva	6

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica onde foram utilizadas as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizadas palavras chaves: Crise hipertensiva, urgência e enfermagem, selecionados os artigos com textos completos em português e publicados nos últimos 10 anos. Este estudo busca um aprofundamento da temática por meios de evidências da literatura científica viabilizando um maior conhecimento do fenômeno e contribuição para uma assistência equânime e de qualidade nas urgências e emergências hipertensivas. Entende-se por crise hipertensiva uma elevação abrupta e sintomática da pressão arterial com risco de deterioração aguda de órgãos-alvo (rim, cérebro, coração, retina e vasos sanguíneos), podendo envolver risco de morte eminente ou potencial. Na urgência hipertensiva, a pressão diastólica é maior ou igual a 120mmHg, existem sintomas, porém não há lesões em órgãos-alvo, na emergência hipertensiva ocorre acometimento de órgãos-alvo, levando o risco de morte. Os sinais e sintomas mais encontrados nas urgências hipertensivas foram cefaleia e tontura, enquanto na emergência hipertensiva as manifestações mais frequentes foram déficit neurológico e dispneia, compatíveis com lesões de órgãos alvo. A crise hipertensiva engloba ainda a pseudocrise hipertensiva, caracterizada por elevação acentuada da pressão arterial, causada por dor, desconforto ou ansiedade, sem sinais de deterioração de órgão-alvo, exigindo tratamento apenas sintomático e anti-hipertensivo de uso crônico. Observou-se que a procura nos serviços de urgência e emergência de pacientes com crise hipertensiva é elevada, e que as pseudocrise hipertensiva muitas vezes são diagnosticadas e tratadas de forma errônea.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam importante problema de saúde pública em nosso país, evidenciado, em 2000, a principal causa de morte no Brasil. Entre as doenças, encontra-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), cuja prevalência é estimada em 20 a 30% da população adulta > 18 anos de idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA... ,2010)

Embora os evidentes progressos que têm ocorrido nas últimas décadas no que tange ao seu tratamento, os indicadores de controle adequado da HAS ainda são muitos baixos em vários países, inclusive no Brasil, sendo comum a busca por serviços de pronto-atendimento originada por pressão arterial alta, decorrente, em geral, de um controle de atenção primária inadequado (MONTEIRO JR et al., 2008)

A hipertensão arterial pode causar crises hipertensivas que se não forem devidamente controladas, podem desencadear situações de urgência ou de emergência clínica (GUEDES; ARAÚJO, 2005).

A crise hipertensiva uma elevação abrupta e sintomática da pressão arterial com risco de deterioração aguda de órgãos-alvo (rim, cérebro, coração, retina e vasos sanguíneos), que leva a pessoa aos centros de emergência, podendo envolver risco de morte eminente ou potencial (MONTEIRO JUNIOR et al., 2008; MARTIN et al., 2004).

Importante observar que na urgência hipertensiva, a pressão diastólica é maior ou igual a 120mmHg, existem sintomas, porém não há lesões em órgãos-alvo, na emergência hipertensiva ocorre acometimento de órgãos-alvo, levando o risco de morte (SOUZA,2006).

O interesse pelo tema surgiu a partir de minha experiência profissional como enfermeira de uma unidade de pronto atendimento. Através de análises empíricas, observei o elevado número de atendimentos de casos de crises hipertensivas acometendo a clientela diversa.

Considerando a importância da enfermagem neste contexto e a falta de esclarecimento e orientações a estes pacientes acometidos com esse quadro, tem-se como objetivo: realizar uma revisão bibliográfica sobre crise hipertensiva no contexto da urgência e emergência.

Um estudo mais aprofundado da temática por meio de evidências da literatura científica viabiliza um maior conhecimento do fenômeno e pode contribuir para uma

assistência equânime, qualidade com vistas a segurança do paciente nas urgências e emergências hipertensivas.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura, que de acordo com Moreira (2004) esta, visa reunir, analisar e discutir informações a partir de documentos já publicados, objetivando fundamentar teoricamente um determinado tema. Para a busca dos artigos foram utilizadas as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e acesso via internet. Foram utilizadas palavras chaves sendo elas: Crise hipertensiva, urgência e enfermagem para a busca na base de dados.

Foram analisados os artigos com texto completos, em língua portuguesa e publicados nos últimos 10 anos (2004-2014).

A análise dos artigos possibilitou a construção de três categorias: crise hipertensiva, classificação da crise hipertensiva e tratamento.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 CRISE HIPERTENSIVA

A crise hipertensiva é caracterizada pela elevação rápida, intensa e sintomática da pressão arterial, com níveis de pressão diastólica (PAD) iguais ou superiores a 120 mm/Hg, com risco potencial de lesões em órgãos-alvo, ou risco potencial ou imediato de vida (SOUZA,2006; MARTIN et al.,2004; FEITOSA-FILHO et al., 2008)

Segundo Guedes e Araújo (2005), a crise hipertensiva pode vir acompanhada de sinais e sintomas, tais como cefaleia severa, sensação de mal-estar, ansiedade, agitação, tontura, dor no peito, tosse, falta de ar, alterações visuais e vasoespasmos ao exame de fundo de olho. Pode ocorrer em pessoas com pressão arterial frequentemente dentro de faixas de normalidade, em indivíduos portadores de hipertensão arterial ainda sem diagnóstico, como também em portadores de hipertensão arterial diagnosticada e em tratamento, sendo, nesses casos, muitas vezes em consequência à não-adesão ao regime terapêutico (MARTIN et al., 2004).

É importante destacar que algumas situações podem ocasionar uma elevação da pressão arterial sem, no entanto, ser considerada crise hipertensiva. A pseudocrise hipertensiva, marcada por elevação da pressão arterial decorrente de estresse psicológico ou de dor, não oferece sinais evidentes de lesão em órgãos-alvo, nem risco de vida quando da avaliação física e constatação de exames complementares, necessitando, portanto, seus portadores de serem encaminhados e acompanhados em ambulatório (SILVA et al., 2013).

Outra situação que pode ser confundida com a crise hipertensiva é a hipertensão arterial crônica descontrolada, que não apresenta sinais e/ou sintomas, nem representa urgência ou emergência hipertensiva, devendo receber terapêutica análoga à pseudocrise hipertensiva (SILVA et al., 2013)

Sabe-se que a hipertensão arterial é uma doença com alta prevalência na população, variando de 20% a 30% (mais de 34 milhões de brasileiros) e estima-se que 1,0% dos hipertensos possam evoluir com crise hipertensiva. Porém, estudos revelam que a ocorrência de pressão arterial elevada corresponde a cerca de 20% de todos os atendimentos médicos nos serviços de urgência (PEREIRA et al.,2010).

As características da clientela assistida com crise hipertensiva são semelhantes em vários estudos, Lacerda et al.(2010), mostram que a maior prevalência de casos são em mulheres, casadas, com faixa etária de 40 a 59 anos, apresentando cefaleia, tontura e dor precordial os sintomas mais presentes.

Diante disto, o tratamento adequado para crise hipertensiva é necessário para evitar lesões em órgãos vitais e isso requer classifica-la como urgência ou emergência hipertensiva.

3.2 CLASSIFICAÇÃO DA CRISE HIPERTENSIVA

A crise hipertensiva pode revelar-se como emergência ou urgência hipertensiva. A emergência hipertensiva caracteriza-se pela deterioração rápida de órgãos-alvo e risco imediato de vida, situação não encontrada na urgência hipertensiva. É considerada também como emergência, condição que requer diminuição rápida da pressão arterial, com o tempo medido em minutos, enquanto na urgência a pressão pode ser reduzida mais lentamente, com o tempo medido em horas (SOUZA et al., 2009).

De acordo com estudos realizados por Martin et al.,2004, os sinais e sintomas mais encontrados nas urgências hipertensivas foram cefaleia e tontura, enquanto na emergência

hipertensiva as manifestações mais frequentes foram déficit neurológico e dispneia, compatíveis com lesões de órgãos alvo.

QUADRO 1: Situações Clínicas caracterizadas Urgência e Emergência Hipertensiva.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS	EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS
Hipertensão acelerada (sem papiledema)	Hipertensão maligna (com papiledema)
Hipertensão associada a: <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência coronariana • Insuficiência cardíaca • Aneurisma de Aorta • Queimaduras extensas • Epistaxe grave • Estados de hipocoagulabilidade 	Hipertensão grave associada a complicações agudas: <ul style="list-style-type: none"> • Cerebrovasculares <ul style="list-style-type: none"> - Encefalopatia Hipertensiva - Hemorragia intracerebral - Hemorragia subaracnóide - AVE Isquêmico • Cardiocirculatórias <ul style="list-style-type: none"> - Dissecção Aguda de Aorta - Edema Agudo de Pulmão com Insuficiência Ventricular Esquerda - Infarto Agudo do Miocárdio - Angina Instável • Renais <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiência Renal rapidamente progressiva
Crises Renais <ul style="list-style-type: none"> • Glomerulonefrites Agudas • Crise renal do escleroderma • Síndrome hemolítico-urêmica 	Crises adrenérgicas graves <ul style="list-style-type: none"> • Crise do feocromocitoma • Dose excessiva de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD)
Vasculites Sistêmicas	Hipertensão na gestação <ul style="list-style-type: none"> • Eclampsia

	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome HELLP • Hipertensão grave em final da gestação
<p>Perioperatório</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-operatório em cirurgias de urgência • Intra-operatório (cirurgias cardíacas, vasculares, neurocirurgias, feocromocitoma) • Hipertensão grave no pós-operatório (transplante de órgãos, neurocirurgias, cirurgias vasculares, cardíacas) 	<p>Cirurgia e Trauma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trauma Craniano • Hemorragias cirúrgicas (cirurgias vasculares, videolaparoscópicas ou endoscópicas)
<p>Crises Adrenérgicas leves/moderadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome do rebote (suspensão repentina de inibidores adrenérgicos) • Interação medicamentosa-alimentar (tiramina x inibidores da MAO) • Consumo excessivo de estimulantes (anfetaminas, antidepressivos tricíclicos) 	
<p>Gestação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-eclâmpsia • Hipertensão grave 	

Fonte: Martin et al. (2004).

A abordagem da Crise Hipertensiva apresenta contestações relacionadas principalmente ao diagnóstico correto, às dificuldades de avaliação e à escolha da terapêutica adequada. Isso assume maior importância quando se considera que o diagnóstico e o

tratamento correspondentes evitam as graves lesões decorrentes desta situação (MARTIN et al., 2004).

Diante disso, Silva et al. (2013) destacam que além das urgências e emergências hipertensivas, a crise hipertensiva engloba ainda a pseudocrise hipertensiva, situação caracterizada por elevação acentuada da pressão arterial, causada por dor, desconforto ou ansiedade, sem sinais de deterioração de órgão-alvo, exigindo tratamento apenas sintomático e anti-hipertensivo de uso crônico.

QUADRO 2: Características dos pacientes portadores de pseudocrise hipertensiva.

- 1- Grupo muito heterogêneo;
- 2- O diagnóstico pressupõe a exclusão da crise verdadeira;
- 3- Medições repetidas e intercaladas da pressão arterial ajudam na reavaliação e confirmação do diagnóstico;
- 4- Frequentemente, são hipertensos não complicados ou com suspensão da droga anti-hipertensiva associada a um fator desencadeante;
- 5- Elevação acentuada da pressão arterial desencadeada por dor, desconforto, ansiedade ou abandono do tratamento;
- 6- Ausência de sinais de deterioração rápida de órgãos-alvo;
- 7- Há frequentemente agorafobia ou síndrome do pânico;
- 8- Avaliar se enxaqueca e episódios rotacionais ou emocionais podem receber tratamento sintomático imediato, enquanto se procede a continuação da anamnese e observação;
- 9- Se necessário, observar por algumas horas a redução da pressão arterial com sintomáticos, analgésicos e/ou ansiolíticos;
- 10- Tratamento após o diagnóstico, apenas com sintomáticos e medicação de uso crônico;
- 11- Relatos de grave hipotensão em casos de pseudocrise hipertensiva e uso de nifedipina sublingual, devido ao uso inadvertido.

Fonte: Martin et al. (2004).

É corriqueiro em vários serviços de saúde a inexistência de padronização do diagnóstico e tratamento da crise hipertensiva. Tal ocasião é agravada pela omissão frequente

do diagnóstico quando ocorre outra situação clínica concomitante, o que impede uma estimativa real da prevalência de crise hipertensiva (MONTEIRO JUNIOR et al., 2008).

Alguns estudos apontam que a urgência hipertensiva é uma complicação mais frequente que a emergência hipertensiva. Essa constatação pode ser verificada através de um estudo retrospectivo sobre prevalência de crises hipertensivas na emergência de um hospital público, onde de 452 casos de crise diagnosticados, 273 (60%) foram de urgências hipertensivas e 179 (39,6%), de emergências hipertensivas (MARTIN et al., 2004).

Entre as emergências hipertensivas, Martin et al. (2004), relatam que, as lesões cerebrovasculares foram as mais comuns, incluindo com maior frequência acidente vascular encefálico isquêmico, seguido pelo hemorrágico e lesões cardiovasculares (insuficiência ventricular esquerda com edema agudo de pulmão e doença coronariana isquêmica aguda).

Ainda assim, a pressão arterial alta pode promover lesões importantes em órgãos alvo, como o coração, cérebro, rins, retina e vasos sanguíneos. Essas podem desencadear manifestação de complicações, que são tanto mais graves quanto mais rápida for a elevação dos níveis pressóricos, sendo a necrose vascular o acometimento inicial da lesão (MARTIN et al., 2004).

O diagnóstico de crise hipertensiva permite distinguir várias situações que chegam ao serviço de emergência com aumento da pressão arterial, bem como identificar as pessoas que procuram esse atendimento com sinais e sintomas da complicação. Seu correto diagnóstico visa orientar a terapêutica mais adequada, reduzindo gradativamente os níveis pressóricos e prevenindo lesões em órgãos-alvo (SOUZA, 2006).

3.3 TRATAMENTO

Na urgência hipertensiva, o tratamento pode ser instituído em até 24 horas com monitorização imediata em 30 minutos e deve ser realizado por administração oral de drogas anti-hipertensivas, uma vez que não existem lesões em órgãos-alvo. O tratamento tem o objetivo primordial de evitar danos nesses órgãos em decorrência da progressão da complicação (SOUZA, 2006).

Em relação a escolha do anti-hipertensivo, em estudo realizado por Silva et al. (2013), destaca-se a opção pelos Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA), e dentre eles, o captopril aparece como o fármaco de uso não parenteral mais seguro nas

situações em que a elevação da pressão arterial não está associada à lesão aguda de órgão-alvo.

Segundo Lacerda et al.(2010), em um levantamento com pacientes atendidos com crise hipertensiva no estado do Ceará, o captopril foi o medicamento mais utilizado para o controle da crise hipertensiva, porém, geralmente foi associado a outros medicamentos como furosemida (diurético e anti-hipertensivo), nifedipina (bloqueador de canais de cálcio), propranolol (betabloqueador), ácido acetilsalicílico (AAS) e isordil (vasodilatador).

A finalidade do tratamento da crise hipertensiva é reduzir a pressão, que está criticamente alta, para um nível seguro no ponto de vista hemodinâmico, no entanto não necessariamente ao normal, limitando a assim a progressão da lesão aos órgãos-alvo. O ideal seria reduzir a PA com o mínimo de efeitos colaterais, preservando-se as funções renal, cerebral e cardíaca e o nível médio de PA diastólica de 110 mmHg na maioria das vezes (LACERDA et al., 2010).

Estudos mostram que o uso da nifedipina sublingual, atualmente, não está recomendada devido à dificuldade de controlar o ritmo e o grau de redução da pressão arterial, uma vez que reduções muito intensas podem ocasionar acidentes vasculares (PEREIRA et al.,2010). O risco de importante estimulação simpática secundária e a existência de alternativas eficazes e mais bem toleradas tornam o uso da nifedipina de curta duração não recomendável. Em outras pesquisas semelhantes também têm demonstrado a insistência no uso da nifedipina sublingual e, segundo os autores, a gravidade maior pode ser em pacientes erroneamente diagnosticados com crise hipertensiva (MONTEIRO JUNIOR et al.,2008).

Nas emergências hipertensivas, Feitosa-Filho (2008), relataram que os principais fármacos parenterais utilizados no Brasil são:

- a) Nitroprussiato de sódio – vasodilatador de ação imediata, sendo considerado o mais efetivo para tratamentos de emergências hipertensivas, deve ser administrado protegido da luz, em bomba de infusão, sendo avaliada a PA de 2 em 2 minutos;
- b) Nitroglicerina – interage com os receptores de nitrato da musculatura lisa dos vasos, administrado também em bomba de infusão iniciando com 3ml/h e aumentar a cada 5 minutos até a obtenção da PA desejada ou surgimento de efeito colateral (o mais frequente é a cefaleia);

c) Beta-bloqueadores- os mais frequentes administrados por via endovenosa são o metoprolol e o propranolol, são usados nos casos em que a redução da frequência cardíaca é maior preocupação do que a redução da PA. São contraindicados em pacientes com insuficiência ventricular, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) descompensada ou asma, vasculopatia periférica grave e bloqueios átrio ventriculares. Devem ser administrados por via venosa de *bolus* lento, sem qualquer diluição, podendo ser repetido em até 3 vezes ou até a obtenção da frequência cardíaca alvo;

d) Hidralazina – vaso dilatador arteriolar direto com rápido início de ação (5 a 15 minutos) e duração prolongada (2 a 6 horas). É metabolizada no fígado e eliminada na urina, por isso, sua dose deve ser reduzida em hepatopatas e nefropatas. Geralmente é usada nas emergências hipertensivas em gestantes, devido sua segurança comprovada para o feto.

Martin et al., (2004), mencionam que os Diuréticos podem ser utilizados nas emergências hipertensivas, principalmente naquelas que cursam com sobrecarga hídrica, manifestando sob a forma de congestão pulmonar e edema.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo, através da pesquisa bibliográfica, possibilitou um maior conhecimento acerca das crises hipertensivas, suas manifestações e tratamentos preconizados.

Observou-se que a procura nos serviços de urgência e emergência de pacientes com crise hipertensiva é elevada, e que as pseudocrise hipertensiva muitas vezes são diagnosticadas e tratadas de forma errônea exigindo apenas o tratamento com sintomáticos (SILVA et al.,2013).

Para a enfermagem, aponta-se a necessidade da publicação e do consumo de artigos relacionados a área, fundamentando, assim os cuidados e orientações para pacientes que procuram o serviço de urgência e emergência com esse agravo, sendo necessário mais estudos neste tema.

O enfermeiro deve estar sempre buscando novos conhecimentos através de pesquisas, embasando sua prática em evidências científicas que conduzem a um maior reconhecimento e valorização da profissão, maior qualidade no atendimento e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

FEITOSA-FILHO, Gilson Soares, et al. Emergências Hipertensivas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**; 20 (3): 305-312 (2008). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000300014> Acesso em: 15 de abril de 2014.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; ARAÚJO, Thelma Leite de. **Crise hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no Modelo Teórico de Roy**. Acta Paulista de Enfermagem. 18 (3):241-246 (2005). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 15 de abril de 2014.

LACERDA, Ione Cavalcante, et al. **Características da clientela atendida por crise hipertensiva na emergência de um hospital de Fortaleza, Estado do Ceará**. Acta Scientiarum. Health Sciences. V.32,n 1 73-78. (2010). Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/11%20-%20id%2075.pdf Acesso em 15 de abril de 2014.

MARTIN, José Fernando Vilela, et al. **Crise hipertensiva: atualização clínico-terapêutica**. Arquivos de Ciências da Saúde, 11(4): 253-261 (2004). Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/11%20-%20id%2075.pdf > Acesso em: 15 de abril de 2014.

MONTEIRO JUNIOR, Francisco das Chagas, et al. **Prevalência de Verdadeiras Crises Hipertensivas e Adequação da Conduta Médica em Pacientes Atendidos em um Pronto-Socorro Geral com Pressão Arterial Elevada**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia; 90 (4): 269-273 (2008). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000400006> Acesso em: 15 de abril de 2014.

MOREIRA, Walter. **Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico: Conceitos e Estratégias para Confecção**. Janus, Lorena, ano 1, (2004). Disponível em: <http://portais.ufg.br/uploads/19/original_Revis_o_de_Literatura_e_desenvolvimento_cient_fico.pdf .> Acesso em: 25 de maio de 2014

PEREIRA, Saulo Espíndula, et al. Análise crítica do atendimento da crise hipertensiva em Unidade de Pronto Atendimento de Itaperuna- Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina**. 12 v 69: 139-144 (2010). Disponível em:

<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5046 > Acesso em: 15 de abril de 2014.

SILVA, Maria Alaide Mendonça, et al. Crise Hipertensiva, Pseudocrise Hipertensiva e Elevação Sintomática da Pressão Arterial. **Revista Brasileira de Cardiologia**; 26(5): 329-336, set/out 2013. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/AO1_RBC_26_05_Art_47_Maria_Alayde_Mendon%C3%A7a_site.pdf> Acesso em: 15 de abril de 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51 Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf Acesso em: 15 de abril de 2014.

SOUZA, Ana Célia Caetano de; **CRISE HIPERTENSIVA: análise dos casos atendidos na emergência de um hospital municipal de Fortaleza-Ceará, 2006**. Dissertação Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006. Disponível em: http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/ana_celia_caetano_de_souza.pdf. Acesso em 15 de abril de 2014.

SOUZA, Ana Célia Caetano de, et al. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 62(4): 535-539, Brasília (2009). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400007> Acesso em 15 de abril de 2014.