



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ-UECE

ANA CÉLIA CAETANO DE SOUZA

**CRISE HIPERTENSIVA: análise dos casos atendidos na
emergência de um hospital municipal de Fortaleza-Ceará, 2006**

**FORTALEZA – CEARÁ
2006**

ANA CÉLIA CAETANO DE SOUZA

CRISE HIPERTENSIVA: análise dos casos atendidos na emergência de um hospital municipal de Fortaleza-Ceará, 2006

Dissertação apresentada a Banca Examinadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) da Universidade Estadual do Ceará, para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Thereza Maria Magalhães Moreira

Fortaleza – Ceará
2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Ana Célia Caetano de

Crise hipertensiva: Análise dos casos atendidos na emergência de um hospital municipal de Fortaleza-Ceará, 2006. — Fortaleza, 2006.

99 f. : 30 cm.

Dissertação de Mestrado a ser apresentada à Universidade Estadual do Ceará/UECE-Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde-Área de concentração Enfermagem.

Orientadora: Thereza Maria Magalhães Moreira.

1. Emergência. 2. Enfermagem. 3. Pressão sanguínea alta. 4. Complicações.

Universidade Estadual do Ceará
Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde

Título do Trabalho: Crise hipertensiva: Análise dos casos atendidos na emergência de um hospital municipal de Fortaleza-Ceará, 2006.

Autora: Ana Célia Caetano de Souza.

Data da Defesa: 22 / 12 /2006.

Conceito Obtido: () Satisfatório
() Insatisfatório

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª Thereza Maria Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará
Presidente

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará
1º Examinador

Prof^ª. Dr^ª. Silvânia Maria Mendes Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará
2ª Examinadora

Prof^ª Dr^ª Consuelo Helena Aires de Freitas Lopes
Universidade Estadual do Ceará
3ª Examinadora

A DEUS,

Por ter me possibilitado a vida, tudo o que tenho e sou, agradeço pelos momentos agradáveis e difíceis dessa caminhada, pelas incertezas, pelas conquistas e busca constante.

DEDICATÓRIA

Dedico a meus pais, principalmente a minha mãe, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha caminhada.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha orientadora Professora Thereza Maria Magalhães Moreira, pela paciência e dedicação.

Ao professor Paulo César, pela indescritível ajuda e colaboração.

Aos meus irmãos, Marta Maria, Ana Clédina e José.

Aos amigos de sempre e de todos os momentos, Neide, Mazé, Adriana Flávia, Raquel e Aduino.

Às companheiras da nova caminhada, Albertisa, Natália, Adriana, Islane, Edna, Elidiana, Fátima e Lariza.

À amiga Lucília, pela colaboração.

Aos alunos, Wicto, Auzilene, Samuel e Ione, pela indispensável ajuda.

Ao companheiro e amigo UDY, pela paciência e compreensão.

Aos (as) enfermeiros (as), auxiliares de enfermagem e a todos os profissionais da Instituição que direta ou indiretamente ajudaram-me na realização desse trabalho.

Aos usuários que me possibilitaram conhecer o verdadeiro sentido da problemática.

“Uma certa tensão é necessária para que a alma cresça, e nós podemos tirar bom proveito desta tensão. Podemos aproveitar cada pequena oportunidade para dar e receber amor, para apreciar a natureza, para curar as nossas feridas e as feridas de outras pessoas, para perdoar e para servir”.

Joan Borysenko

SOUZA, A.C.C de. **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

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, com análise quantitativa, que tem como objetivo analisar os casos de crise hipertensiva atendidos na emergência de um hospital da Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará. O universo da pesquisa foi de 33.838 pacientes, a população constituiu-se de 273 pessoas e a amostra foi 118 indivíduos atendidos na emergência de adulto com diagnóstico de crise hipertensiva no período de abril a julho de 2006. Foi utilizado, um formulário contendo questões relativas aos dados sócio-demográficos, clínico-epidemiológicos, de conhecimento sobre a temática e de acesso ao serviço de saúde. Os resultados demonstraram que nos aspectos sócio-demográficos 55,1% das pessoas atendidas eram do sexo feminino e 44,9% do masculino; a faixa etária predominante foi de 42-53 anos; 26,6% eram aposentados; 46,6% eram desempregados; a renda familiar foi de 1-12 salários mínimos; o percentual de residentes na casa era de 5 a 17 pessoas; 61% eram casados; a procedência foi do bairro Conjunto Ceará. Sobre os dados clínicos-epidemiológicos, a grande maioria (79,9%) apresentou pressão diastólica de 120 a 130 mm/Hg; 40,1% apresentaram sobrepeso e 39,4% demonstraram obesidade de moderada a mórbida; 95,8% referiram ser portadores de hipertensão arterial; 15,3% relataram obesidade; 30,5%, dislipidemia; 25,4%, doença cardíaca; 22,9%, acidente vascular cerebral; 15,3%, diabetes melito; e 13,6%, doenças renais; 95,3% faziam tratamento para hipertensão arterial; 78,8% utilizaram medicamentos e 66,3% usavam fármacos com regularidade, sendo a hidroclotiazida e o captopril os medicamentos mais utilizados; 78,1% apresentaram como sintomas mais comuns a cefaléia associada a outros sintomas; 82,2% possuíam história familiar para hipertensão; 22% eram fumantes; 21,1% realizavam atividade física; 89,9% consumiam alimentos gordurosos; 85%, alimentos salgados e 100%, frituras. Sobre o conhecimento da crise hipertensiva, 83,1% referiram não ter conhecimento do agravo; 42,4% disseram que a crise tem como causa o estresse; 77,1% utilizaram outro serviço de saúde, sendo o centro de saúde o mais procurado; 48,9% procuraram o serviço de saúde por mais de um motivo; o tempo de espera para ser atendido no hospital do estudo foi de 00 a 14 minutos; 91,5% relataram ter sido bem atendidos; 62,9% não realizaram acompanhamento para hipertensão arterial; percebeu-se, ainda, que o conhecimento sobre a crise hipertensiva foi pequeno nas faixas etárias extremas, ou seja, de 30-41 e 66-81 anos, e maior entre as mulheres e entre aqueles com renda de 2-14 e 4-111 salários mínimos. No acesso aos serviços de saúde, observou-se que foi significativa a relação tempo de espera no hospital do estudo e o ser bem atendido para clientela com crise hipertensiva. Concluiu-se que a prevalência dos casos de crise hipertensiva na emergência de adulto da instituição foi de 0,3%. Mais de 50% da clientela eram de pessoas do sexo feminino, a faixa etária predominante foi de 42-53 anos, a maioria possuía baixo nível de escolaridade, mais da metade possuía renda de 1 a 2 salários mínimos, quase a totalidade era portadora de hipertensão arterial, a maioria estavam acima do peso ideal, utilizava medicamentos, possuía história familiar de hipertensão arterial, consumiam alimentos gordurosos e salgados e referia não ter nenhum conhecimento sobre a crise hipertensiva. Concluiu-se ainda que grande parte das pessoas utilizava outros serviços de saúde para o atendimento e o posto de saúde foi o mais procurado. A maioria não realizava acompanhamento para hipertensão arterial. O conhecimento sobre a crise foi maior entre os indivíduos com idade de 42-53 anos, entre as mulheres e entre aqueles com renda de 2-14 e 4-111 salários mínimos. A relação entre tempo de espera e ser bem atendido foi significativa.

Descritores: 1 Emergência; 2 Enfermagem; 3 Pressão sanguínea alta; 4 Complicações.

SOUZA, A.C.C de. **HYPERTENSIVE CRISIS**: analyze the cases of hypertensive crises attended in the emergency of a hospital of the city of Fortaleza-Ceará, 2006. 98p. Dissertação (Mestrado)-Curso de Mestrado do Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde. Universidade Estadual do Ceará.2006.

ABSTRACT

It's a descriptive study, with quantitative analysis, that has as objective analyze the cases of hypertensive crises attended in the emergency of a hospital of the city of Fortaleza-Ceará. The universe of search was 33838, the population was constituted of 273 people and sample was 118 persons attended in the adult emergency with diagnosis of hypertensive crisis in the period of april to july of 2006. It was utilized a form containing questions about social and demographic data, clinical and epidemiologic, of knowledge of the hypertensive crisis and of access to the health service. The results showed that, 55,1% of the persons attended were of the female sex and 44,9% of the male one; the predominant age group was of 42-53 years; 26,6% were retired; 46,6% were unemployed; the family income was of most 1-2 minimum salaries; the percentage of residents in home was of 5 to 17 persons; 61% were married; their origin was from a neighborhood called Conjunto Ceará. About the social-demographic data, (79,9%) presented diastolic pressure of 120 to 130 mm/Hg; 40,1% presented over weight and 39,4% showed obesity between moderated to morbid; 95,8% related to be bearers of arterial hypertension; 15,3% related obesity; 30,5% dyslipidemia; 25,4% cardiac illness; 22,9% brain vains accident; 15,3% diabetes mellitus; and 13,6% kidney illnesses; 95,3% were in treatment for arterial hypertension; 78,8% utilized medicines and 66,3% used to use medicines with regularity, being the hidroclotiazida and the captopril, the most used medicines; 78,1% presented like more common symptoms the headache associated to others symptoms; 82,2% had family history for hypertension; 22% were smokers; 21,1% carried out physical activity; 89,9% consumed greasy food; 85% salty food and 100% fried foods. On the knowledge of the crisis hypertensive, 83,1% alleged do not have knowledge of the disease; 42,4% said that the crisis has as causes the stress; 77,1% utilized another health service, being the health center the most used; 48,9% do to the health service by more than one motive; the time of wait to be attended in the hospital of the study was of 00 to 14 minutes; 91,5% related to have been well attended; 62,9% did not carry out accompaniment for arterial hypertension; it was perceived that the knowledge about the hypertensive crisis was small in the extreme age groups, or be, of 30-41 and 66-81 years, and it was larger among the women and among those with income 2-14 and 4-111 minimum wages; In the access to the service of health, was observed that was significant the waiting time relation in the hospital of the study and to be well attended for clientele with hypertension crisis. It was concluded that; the prevalence of the cases of hypertensive crisis in the institution's adult emergency was of 0,3%; more than 50% of the clientele belonged to people of the feminine sex; the predominant age among 42-53 years; low education level; it was worked from 9 to 13 hours a day and it possessed income from 1 to 2 minimum wages; almost all's were bearers of arterial hypertension; most of people used medicines, it possessed family history of arterial hypertension, it consumed greasy and salted victuals and it said don't have any knowledge on the hypertensive crisis. It was concluded that great part of people used other services of health for the medical attendance, and the health center was the more sought. Most didn't accomplish accompaniment for arterial hypertension. The knowledge of the crisis was larger among the individuals with 42-53 year-old age, among the women and those with income of 2-14 and 4-111 minimum wages. The relationship among the time of wait and being well assisted was significant.

Describers: 1 Emergency; 2 Nursing; 3 High blood pressure; 4 Complications.

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	10
LISTA DE QUADROS.....	12
LISTA DE FIGURA E TABELAS.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 GERAL.....	18
2.2 ESPECÍFICOS.....	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 CRISE HIPERTENSIVA.....	19
3.2 CLASSIFICAÇÃO DA CRISE HIPERTENSIVA.....	21
3.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA CRISE HIPERTENSIVA.....	26
4 MATERIAL E MÉTODOS	30
4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	30
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	30
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	35
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
4.7 RECURSOS DISPONÍVEIS.....	36
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	37
5.1 REPENSANDO OS CUIDADOS CLÍNICOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM CRISE HIPERTENSIVA.....	76
5.2 PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE A PESQUISA.....	80
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICES	92
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	93
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
APÊNDICE C – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NA INSTITUIÇÃO.....	97
ANEXOS.....	98
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	99

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1:	Diferenciação entre situações de urgência e emergência hipertensiva.....	22
QUADRO 2:	Distribuição do número de pacientes segundo as características sócio-demográficas, Hospital X. Fortaleza-CE, abril a julho de 2006.	38
QUADRO 3:	Distribuição do número de pacientes segundo as características clínico-epidemiológicas, Hospital X. Fortaleza-CE, abril a julho de 2006.	44
QUADRO 4:	Distribuição do número de pacientes segundo o conhecimento da crise hipertensiva, Hospital X. Fortaleza-CE, abril a julho de 2006.....	56
QUADRO 5:	Distribuição do número de pacientes segundo acesso ao serviço de saúde, Hospital X. Fortaleza-CE, abril a julho de 2006.....	60

LISTA DE FIGURA E TABELAS

FIGURA 1: Mapa de Fortaleza por Secretarias Executivas Regionais.....	31
FIGURA 2: Fluxograma de atendimento de pessoas com crise hipertensiva.....	74
TABELA 1: Pacientes em crise hipertensiva segundo o conhecimento do agravo, sexo, idade, escolaridade e renda. Hospital X, Fortaleza-CE, abril a julho de 2006.....	68
TABELA 2: Pacientes em crise hipertensiva segundo acesso aos serviços de saúde no Hospital X. Fortaleza-CE, abril a julho de 2006.....	72

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil vive um momento de transição epidemiológica, saindo das doenças agudas em direção às afecções crônicas não transmissíveis. Responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo, as doenças crônicas têm-se destacado no Brasil, fazendo com que o país priorize ações em prevenção e controle. Incluída nesse grupo está a hipertensão arterial, sério problema de saúde pública que acomete 20% da população adulta mundial (CARNAVELOSO et al., 2004; V DIRETRIZES BRASILEIRAS..., 2006).

Essa elevada incidência tem promovido estudos que visam compreender a enfermidade e seus fatores relacionados, elaborar estratégias de controle da doença e reduzir o número de casos e de outros agravos dela decorrentes, revertendo o atual quadro da enfermidade em nosso meio.

No entanto, estudos referem que três quartos das pessoas afetadas pela hipertensão mantêm pressão arterial não controlada, mesmo recebendo terapia anti-hipertensiva. Desses, cerca de 1% desenvolve um ou múltiplos episódios de crise hipertensiva (VARON; MARIK, 2006a; VARON; POLANSK, 2006). A crise hipertensiva é 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 (ROSA et al., 2003; PRAXEDES E SANTELO, 2006).

As crises hipertensivas podem ter origem na hipertensão arterial, se esta não for devidamente controlada, e também desencadear uma situação de urgência ou de emergência clínica (GUEDES; ARAÚJO, 2005).

Além de sua gênese vinculada ao diagnóstico da hipertensão arterial, a crise hipertensiva pode ocorrer de forma independente, ainda que seja reconhecido o elevado percentual de pessoas com hipertensão que desconhecem o fato de serem portadoras da doença. Sobre tal assertiva, estudo norte-americano (VARON; MARIK, 2006b) relata que cerca de 30% do total de um bilhão de pessoas portadoras de hipertensão no mundo não são diagnosticadas.

Ante a relevância da crise hipertensiva e sua possível associação à hipertensão arterial, faz-se necessário o estudo mais aprofundado da temática por meio de levantamentos epidemiológicos acerca dessa realidade para viabilizar o melhor conhecimento do fenômeno, assim como ações de prevenção e controle de urgências e emergências hipertensivas.

O interesse pelo tema surgiu a partir de minha experiência profissional em hospital especializado em doenças cardíacas. As pessoas que procuravam o serviço apresentavam persistentemente sintomas agudos cardiovasculares e lesões em órgãos-alvo, como infarto agudo do miocárdio, angina instável, edema agudo de pulmão, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, entre outros. O trabalho na emergência e na clínica hospitalar possibilitou-me perceber que a crise hipertensiva não é um achado incomum e acomete clientela diversa. Observei também o aumento e a repercussão na ocorrência de casos, bem como a falta de estudos sobre a temática

envolvendo a população cearense. Durante o mestrado, os estudos desenvolvidos (SOUZA et al., 2006; SOUZA et al., 2006) levaram-me verificar a importância do tema e a necessidade de investigação dos casos atendidos.

Portanto, a verificação empírica de ocorrências de crises hipertensivas na emergência do hospital municipal onde trabalho e os poucos estudos existentes sobre o assunto no Ceará (LIMA et al., 2005) estimularam-me a conhecer os clientes que procuravam a unidade de saúde com esse quadro nosológico. A intensa procura para esses atendimentos na Instituição remete a questionamentos sobre: quem são as pessoas que chegam na emergência de adulto da referida instituição apresentando crise hipertensiva? O que elas conhecem sobre o problema? Qual seu acesso a serviços de saúde? Estas, entre outras questões, visam desenhar o panorama da clientela em crise hipertensiva atendida na Instituição.

Responder a essas questões pode favorecer o melhor conhecimento dessa clientela em suas variáveis sócio-demográficas, cognitivas e de acessibilidade aos serviços; possibilitar o aprimoramento da assistência prestada aos acometidos com o estabelecimento de ações mais efetivas pela equipe de saúde; construir mais dados sobre a afecção na população cearense, possibilitando, inclusive, o redimensionamento de custos pelo sistema de saúde, entre outras contribuições.

À enfermagem, a relevância do estudo reside no conhecimento da clientela e dos fatores que desencadeiam a crise hipertensiva. As intervenções de enfermagem se revestem de fundamental importância na identificação das pessoas de maior risco, principalmente na emergência hipertensiva, na priorização dos casos mais graves pela

implementação imediata de cuidados de enfermagem que visem minimizar os sintomas e o acometimento de órgãos-alvo.

As ações de enfermagem junto à clientela seja na triagem com classificação de risco, reconhecimento de sinais e sintomas e encaminhamento para atendimento prioritário de casos de maior gravidade, bem como execução de cuidados de enfermagem com a utilização de taxonomias de enfermagem mais específicas podem favorecer melhor abordagem da clientela com crise hipertensiva.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar os casos de crise hipertensiva na emergência de um hospital municipal de Fortaleza-Ceará.

2.2 ESPECÍFICOS

- 1) Estimar a prevalência de casos da crise hipertensiva no serviço de emergência de um hospital municipal de Fortaleza no período do estudo;
- 2) Caracterizar a referida população quanto aos aspectos sócio-demográficos; clínico-epidemiológicos; de conhecimento sobre crise hipertensiva e acesso ao serviço de saúde;
- 3) Verificar a existência de associação entre o conhecimento sobre crise hipertensiva e as variáveis sexo, idade, escolaridade e renda familiar;
- 4) Identificar a existência de associação entre tempo de espera e o ser bem atendido para a clientela com crise hipertensiva no serviço de saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Serão expostos a seguir alguns aspectos conceituais básicos que envolvem a temática.

3.1 CRISE HIPERTENSIVA

A crise hipertensiva é caracterizada pela elevação abrupta, 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 (MARTIN et al., 2004; LOPES; FEITOSA FILHO, 2005).

A rapidez com que a pressão arterial se eleva pode ser mais grave do que o nível pressórico verificado e precipitar a deterioração de órgãos-alvo. A necrose vascular ocasionada por PA diastólica superior a 120mm/Hg pode significar risco eminente de morte e o desenvolvimento de sérias complicações (MARTIN et al., 2004; KAPLAN, 2005).

É importante destacar que algumas situações podem ocasionar uma elevação da pressão arterial sem, no entanto, ser considerada crise hipertensiva. A pseudocrise hipertensiva, caracterizada por elevação da pressão arterial decorrente de estresse psicológico ou de dor, não apresenta sinais evidentes de lesão em órgãos-alvo, nem risco de vida quando da avaliação física e verificação de exames complementares,

necessitando, portanto, seus portadores de serem encaminhados e acompanhados em ambulatório. 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 tratamento semelhante à pseudocrise hipertensiva (LOPES; FEITOSA FILHO, 2005).

A prevalência da crise hipertensiva tem grande variação nos diversos estudos encontrados. Em pesquisa realizada na emergência de um hospital italiano em 1996, foi encontrada uma prevalência da crise hipertensiva de 27% sobre o total de atendimentos clínicos realizados durante um ano (ZAMPAGLIONE et al., 1996). No Brasil, estudos relataram prevalência de 10 a 30% dos atendimentos em emergência (ALMEIDA, 2002; LOPES; FEITOSA FILHO, 2005), embora muitas pesquisas tenham encontrado crise hipertensiva em torno de 1% de todos os atendimentos realizados na emergência (ROSA et al., 2003; KAPLAN, 2005; VARON; MARIK, 2006a). Além desses, estudo retrospectivo realizado com prontuários de pacientes com elevação da pressão arterial diastólica igual ou acima de 120 mm/Hg e sintomáticos atendidos no setor de emergência, mostrou prevalência de crise hipertensiva em 0,5 % de todas as emergências clínicas cirúrgicas e 1,7% do total das emergências clínicas (MARTIN et al., 2004). Em Fortaleza-Ceará, estudo realizado em um serviço de emergência encontrou prevalência de 5% entre os atendimentos clínicos realizados em dois meses em um hospital distrital do município (LIMA et al., 2005). É notória, portanto, a variação na prevalência da crise hipertensiva encontrada nos diversos estudos, sendo mais freqüente em nossa revisão literária encontrá-la em torno de até 1% do total de atendimentos na emergência.

A abordagem clínica da crise hipertensiva consiste no seu reconhecimento para diagnóstico e tratamento adequados. O conhecimento dessa clientela e dos fatores envolvidos no desencadeamento da crise pode possibilitar a compreensão mais ampliada do problema e, assim, favorecer a elaboração de estratégias voltadas à diminuição de sua ocorrência nos diversos serviços de emergência.

Assim como em outras complicações e agravos à saúde, a crise hipertensiva está relacionada a fatores desencadeantes que promovem a entrada de indivíduos no setor de emergência. Alguns estudos apontam maior prevalência de crise hipertensiva entre pessoas do sexo feminino, fumantes, diabéticos, mulheres em uso de anticoncepcionais orais, indivíduos com baixo nível sócio-econômico, elevado grau de estresse, drogadictos, portadores de hipertensão secundária, pacientes que suspenderam o tratamento anti-hipertensivo e entre aqueles com baixa adesão ao tratamento (FRANCO, 2002; MARTIN et al., 2004). Além disso, as dificuldades existentes no acesso aos serviços de saúde e mudanças no ambiente externo podem estar envolvidas na gênese da crise hipertensiva nas populações humanas.

Para evitar lesões decorrentes da crise hipertensiva é necessário o tratamento adequado, o que requer classificá-la como um problema que merece tratamento de urgência ou de emergência, conforme exposto a seguir.

3.2 CLASSIFICAÇÃO DA CRISE HIPERTENSIVA

A crise hipertensiva está dividida em urgências e emergências hipertensivas. Nas urgências, o aumento da pressão arterial está relacionado a sintomas

como cefaléia, vertigem, agitação psicomotora e epistaxe, sem sinais agudos de lesões em órgãos-alvo (coração, cérebro, rins, retina e vasos sanguíneos) ou risco eminente de vida. Nas emergências, o aumento da pressão, além do risco imediato de vida, promove a presença de sinais de deterioração em órgãos-alvo, manifestada por sinais de déficit neurológico, dispnéia, dor no peito, sinais progressivos de insuficiência renal, dentre outros (ZAMPAGLIONE et al., 1996; NOBRE et al., 2006).

QUADRO 1: Diferenciação entre situações de urgência e emergência hipertensiva.

URGÊNCIA HIPERTENSIVA	EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA
Hipertensão maligna	Hipertensão maligna (com papiledema)
Hipertensão grave associada a <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência coronária • Insuficiência cardíaca • Aneurisma de aorta • Acidente vascular encefálico não complicado • Queimaduras extensas • Epistaxes severas • 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 subaracnóidea, acidente vascular encefálico com transformação hemorrágica ou em uso de trombolíticos • Cardiocirculatórias <ul style="list-style-type: none"> - Dissecção aórtica aguda - Insuficiência cardíaca com edema pulmonar hipertensivo - Infarto agudo do miocárdio - Angina instável • Renais - Insuficiência renal rapidamente progressiva
Crises renais <ul style="list-style-type: none"> • Glomerulonefrite aguda • Crise renal do escleroderma • Síndrome hemolítica urêmica 	Crises adrenérgicas graves <ul style="list-style-type: none"> • Crise do feocromocitoma • Dose excessiva de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD etc)
Vasculites sistêmicas	Hipertensão na gestação <ul style="list-style-type: none"> • Eclâmpsia • Síndrome HELLP • Hipertensão grave em fase final de gestação
Perioperatório <ul style="list-style-type: none"> • Pré-operatório em cirurgias de urgência • Intra-operatório (cirurgias cardíacas, vasculares, neurocirurgias, feocromocitoma etc) • Hipertensão severa no pós-operatório (transplante de órgão, neurocirurgias, cirurgias vasculares, cardíacas etc.) 	Cirurgia e trauma <ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo craniano • Hemorragias cirúrgicas (vasculares, videolaparoscópicas ou endoscópicas etc)
Crise adrenérgicas leves/moderada <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de rebote (suspensão abrupta e inibidores adrenérgicos como propranolol, alfametildopa, clonidina) • Interação medicamentoso-alimentar (tiremina vs.inibidores da MAO) • Consumo excessivo de estimulantes (anfetaminas, tricíclicos etc) 	
Na gestação <ul style="list-style-type: none"> • Pré-eclâmpsia • Hipertensão severa 	

Fonte: Franco, 2002.

Conforme já referida, a necessidade de diferenciação da situação de urgência e emergência hipertensiva é uma exigência à instituição de terapêutica adequada.

3.2.1 Urgências hipertensivas

Nas urgências, os níveis pressóricos apresentam valores de 120 a 130 mm/Hg para diastólica e o tratamento visa impedir o desenvolvimento de lesões em órgãos-alvo, que podem advir da falta de controle da pressão arterial em indivíduos sintomáticos (ROSA et al., 2003).

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 (RIBEIRO; LOTUFO, 2005).

A administração de medicamentos anti-hipertensivos por via oral na urgência hipertensiva melhora a sintomatologia por diminuir gradativamente a pressão arterial. Segundo a literatura, as drogas de escolha no tratamento da urgência são os inibidores da enzima conversora de angiotensina (inibidores da ECA, como o captopril e enalapril), betabloqueadores (como o propranolol), diuréticos de alça (como a furosemida) e, em alguns casos, os bloqueadores dos canais de cálcio, apesar de estar diminuída sua utilização pelo risco de causar hipotensão severa (ALMEIDA, 2002).

3.2.2 Emergências hipertensivas

Nas emergências hipertensivas, a pressão sistólica apresenta-se igual ou maior que 210 mm/Hg e diastólica maior que 130 mm/Hg. A rápida intervenção neste caso não tem o objetivo de evitar lesões de órgãos-alvo porque estas já estão presentes, mas objetiva evitar o agravamento do quadro atual ou a morte do indivíduo (ROSA et al., 2003).

Na emergência hipertensiva, o tratamento endovenoso associado à medicação oral deve ser instituído de imediato, em uma hora no máximo. Isso se dá porque já existem sinais e sintomas característicos de deterioração de órgãos-alvo, sendo necessária a diminuição dos níveis pressóricos para patamares seguros, com o intuito de limitar tais lesões (AMARAL, 1997; VASCONCELLOS, 2004; RIBEIRO; LOTUFO, 2005).

Na emergência, a terapêutica visa impedir o agravamento do quadro clínico pela piora da lesão decorrente dos níveis pressóricos elevados. Dessa maneira, a terapêutica utilizada está orientada para o tratamento de lesões em órgãos-alvo. Portanto, pelo risco de agravamento das lesões nos órgãos-alvo afetados, a terapia endovenosa é prontamente iniciada.

Em lesões neurológicas, como na encefalopatia hipertensiva e no acidente vascular cerebral hemorrágico, o nitroprussiato de sódio é a droga de escolha por promover redução rápida da pressão arterial e ter seu efeito abolido no organismo após sua suspensão (ALMEIDA, 2002). Na encefalopatia hipertensiva (situação causada

pela elevação rápida da pressão arterial com valores de diastólica maior que 130 mm/Hg e comprometimento neurológico), deve ser feito controle rigoroso da pressão arterial e administrado o nitroprussiato de sódio por bomba de infusão, sob pena de ocasionar o agravamento do quadro clínico devido à queda rápida e excessiva da pressão arterial (LANTHIER; PILON, 2001; OIGMAN, 2003).

Nas lesões cardíacas, como no Infarto agudo do miocárdio, a nitroglicerina endovenosa tem sido utilizada com bons resultados, pois promove redução na resistência vascular e melhora a perfusão coronariana. Já nas lesões por insuficiência ventricular, que podem causar edema agudo de pulmão, essas drogas de escolha estão indicadas com o objetivo de diminuir o volume circulante. O uso de diurético de alça (furosemida) e de vasodilatadores arteriolar e venosos é a conduta mais apropriada (ALMEIDA, 2002; OIGMAN, 2003).

A urgência hipertensiva é uma complicação mais freqüente que a emergência hipertensiva. Essa constatação pode ser verificada na prática clínica quando se analisa 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).

O diagnóstico de crise hipertensiva permite diferenciar várias situações que chegam ao serviço de emergência com elevação da pressão arterial, bem como identificar as pessoas que procuram esse atendimento com sinais e sintomas da

complicação. Seu correto diagnóstico visa orientar o tratamento mais adequado, reduzindo gradualmente os níveis pressóricos e prevenindo lesões em órgãos-alvo.

3.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA CRISE HIPERTENSIVA

As manifestações clínicas da crise hipertensiva estão relacionadas à presença ou não de lesões em órgãos-alvo.

Conforme já mencionado, nas urgências hipertensivas não são observadas lesões em órgãos-alvo, mas podem aparecer sintomas de cefaléia, vertigem, epistaxes, arritmias e agitação psicomotora. Esses sintomas estão associados à elevação da pressão arterial, principalmente a diastólica.

Na emergência hipertensiva, a elevação rápida da pressão arterial a valores da diastólica superiores a 130mmHg pode trazer sérios prejuízos ao organismo por causar lesões em órgãos-alvo (FRANCO, 2002). A sintomatologia vai depender do órgão-alvo afetado e do grau de desenvolvimento dessa lesão.

Serão abordadas a seguir as principais lesões em órgãos-alvo ocorridas durante as emergências hipertensivas.

A pressão arterial elevada pode promover lesões importantes em órgãos-alvo, como o coração, cérebro, rins, retina e vasos sanguíneos. Essas podem desencadear o aparecimento 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; KAPLAN, 2005).

Na encefalopatia hipertensiva (tipo de emergência desencadeada por falhas no mecanismo de auto-regulação responsável por manter constante o fluxo sanguíneo cerebral) é provocado o aumento do fluxo e a dilatação dos vasos sanguíneos cerebrais. A pressão arterial sistêmica elevada carrega líquidos para o tecido extravascular, resultando em edema cerebral. A pressão excessiva pode causar dano arteriolar, promovendo necrose das camadas íntima e média das artérias, resultando em danos em órgãos-alvo, principalmente rins e retina (ALMEIDA, 2002; BAIRD, 2005). O quadro clínico da encefalopatia caracteriza-se por cefaléia intensa e generalizada, de início rápido e recente, acompanhado de náuseas e vômitos, alterações da consciência (confusão mental, sonolência, estupor e coma), irritabilidade, problemas visuais (escotomas, embaçamento visual e cegueira transitória). O tratamento visa à diminuição dos níveis pressóricos em um espaço de tempo de 2 a 3 horas. A pressão deve ser reduzida a valores de 160/110 mmHg, nível suficiente para garantir um bom fluxo sanguíneo cerebral (AMARAL, 1997).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquêmico ou Hemorrágico é uma das complicações mais freqüentes de emergência hipertensiva. O AVC hemorrágico figura como uma condição clínica grave, pois pode resultar em ruptura de pequenas artérias levando a danos, na medida em que o sangue destrói e desloca tecidos cerebrais. O tratamento objetiva evitar piora do prognóstico ao reduzir a pressão arterial, pois a instabilidade pressórica é comum neste tipo de AVC pela presença de

edema cerebral e pelo acometimento funcional dos centros reguladores da pressão arterial. Já no AVC isquêmico, embora a pressão arterial esteja elevada, o tratamento medicamentoso não traz benefícios na fase aguda do quadro, pois a manutenção da circulação cerebral somente é conseguida com pressão arterial relativamente elevada (ALMEIDA, 2002; PRAXEDES; SANTELLO, 2006).

O aneurisma dissecante da aorta é ocasionado por um rompimento na camada média da parede da aorta em decorrência da pressão da coluna de sangue. A hipertensão é um dos fatores que predispõe a ocorrência desse tipo de aneurisma, pois a redução do fluxo de sangue para a túnica média da aorta leva à isquemia, enfraquecendo-a e predispondo a ruptura da sua parede (BAIRD, 2005).

O Edema Agudo de Pulmão (EAP) é uma condição clínica onde ocorre extravasamento de líquidos para o interior dos pulmões devido à incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para circulação sistêmica, geralmente secundário à insuficiência ventricular esquerda (ALMEIDA, 2002).

No edema agudo de pulmão associado à hipertensão arterial, a disfunção diastólica presente compromete a fração de ejeção ventricular e, conseqüentemente, o débito cardíaco, possibilitando acúmulo de sangue na circulação pulmonar, transudação e dispnéia. Portanto, o tratamento medicamentoso nesse tipo de complicação está orientado para reduzir o volume circulante, sendo eficaz o uso do diurético de alça (furosemida), bem como de vasodilatadores arteriolares (nitroprussiato de sódio). Quando possível devem ser utilizados também bloqueadores do Sistema Renina Angiotensina Aldosterona (SRAA) (ALMEIDA, 2002).

O infarto agudo do miocárdio é uma complicação que pode aparecer com pressão arterial elevada, causada por isquemia e necrose da célula muscular cardíaca. Acomete parcela significativa da população, promovendo aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Associado à elevação pressórica é uma das complicações mais graves, por provocar liberação adrenérgica e resultar na atuação do SRAA, que piora o quadro clínico pela maior necessidade cardíaca de consumo de oxigênio. A utilização de inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA) melhora o prognóstico do infarto (ALMEIDA, 2002).

Ante o exposto, urge a necessidade de estudos de cunho descritivo que tragam maior conhecimento sobre a população acometida por crise hipertensiva no Ceará para propiciar o desenvolvimento de ações pautadas nas informações levantadas sobre os indivíduos acometidos por essa alteração.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 NATUREZA E TIPO DO ESTUDO

Pesquisa de natureza quantitativa, descritiva, que permitiu estudar os casos de crise hipertensiva atendidos na emergência de adulto de um hospital municipal de Fortaleza.

A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informações quantificáveis, mediante condições de extremo controle, além da análise dessa informação com a utilização da Estatística (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

As pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características da população ou a determinação de relações entre variáveis. Nesse tipo de estudo, a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados torna-se característica essencial (GIL, 1999).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Em 1997, a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) passou a contar na sua organização administrativa com Secretarias Executivas Regionais (SER), que, em número de seis (Figura 1), são responsáveis pelo atendimento da população quanto às necessidades e demandas de grupos populacionais, com a finalidade de garantir acesso aos serviços de saúde, educação, assistência social, cultura, lazer e esporte.

Neste estudo, serão abordadas as ações de saúde. Sobre este aspecto, as regionais gerenciam as ações desenvolvidas em seu território. A Regional V (SER V) conta com centros de saúde e dois hospitais distritais para atender uma demanda de pessoas provenientes de dezessete bairros do município de Fortaleza. Dentre as unidades de saúde citadas, destaca-se o hospital onde foi realizado o trabalho.

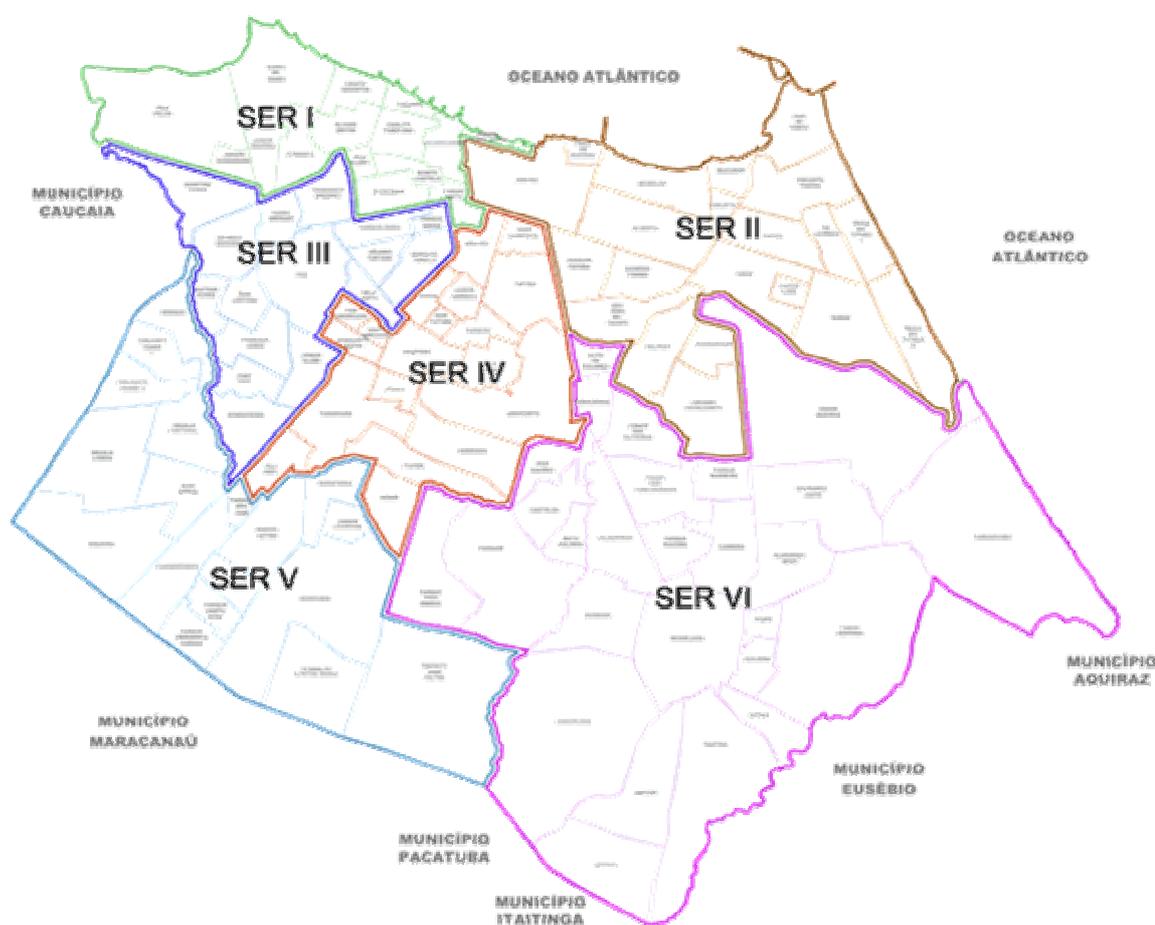


FIGURA 1: Mapa de Fortaleza por Secretarias Executivas Regionais.

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Disponível em: <<http://www.pmf.ce.gov.br>>. Acesso em: 12 mar. 2006.

A emergência de adulto do hospital está localizada na entrada da Instituição e recebe os pacientes que passaram inicialmente no Serviço de Atendimento Médico Estatístico (SAME), onde fornecem dados pessoais para o preenchimento da ficha de

atendimento. A emergência possui dois consultórios médicos, uma sala de observação com dez leitos, uma sala de medicação, um posto de enfermagem e uma unidade de terapia de urgência, com dois leitos.

O referido hospital atende a uma parcela municipal significativa, sendo localizado em uma área periférica e responsável pelo atendimento de pessoas oriundas de dez bairros de Fortaleza (Granja Portugal, Bom Jardim, Canindezinho, Genibaú, Conjunto Ceará, Parque São José, Conjunto Esperança, Parque Santa Rosa e Granja Lisboa, Bom Sucesso). Atende também a pessoas de outros bairros em livre demanda e de um município vizinho.

A Instituição oferece à população atendimento de emergência a pacientes adultos, pediátricos e obstétricos. Possui três unidades de internação, totalizando 29 leitos de clínica médica, 28 de pediatria, 27 de alojamento conjunto, dez leitos de berçário e quatro de unidade de terapia de urgência, perfazendo um total de 98 leitos.

O hospital conta com um quadro de 499 funcionários, sendo 101 médicos, 38 enfermeiros, cinco nutricionistas, 16 assistentes sociais, quatro fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, 11 bioquímicos, oito farmacêuticos, dois administradores, 132 auxiliares de enfermagem, nove auxiliares de laboratório, quatro técnicos de raio X, dois eletricitas, uma costureira, 12 guardas municipais, 63 agentes administrativos, 17 porteiros, sete motoristas, quatro cozinheiras, nove copeiras e 53 funcionários dos serviços gerais. Possui vários ambulatórios, entre eles o de cardiologia, que oferece consulta e ecocardiograma a 1842 clientes cadastrados como portadores somente de

hipertensão arterial e 617 portadores de hipertensão associada ao diabetes, além de outros por demanda espontânea.

O serviço de emergência de adulto possui o maior número de atendimentos. Conta com três médicos, um enfermeiro, quatro auxiliares de enfermagem e um funcionário dos serviços gerais para o atendimento por plantão. Funciona 24 horas diárias durante os sete dias da semana. Como em todas as demais instituições, a colaboração de outros serviços é imprescindível para esse atendimento.

Entre os problemas de saúde atendidos na emergência de adultos da Instituição está a crise hipertensiva.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O universo que integrou o estudo foi de 33.838 usuários atendidos na emergência no período de abril a julho de 2006. A população foi constituída de 273 pessoas e amostra foi de 118 pessoas por ser considerados casos clássicos de crise hipertensiva.

Considerou-se como casos de crise hipertensiva os 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, verificadas pela enfermagem após entrada e permanência em serviço de emergência; com idade igual ou superior a 18 anos; conscientes e orientados quando da aplicação do instrumento de coleta de dados. Foram excluídas as pessoas com

pseudocrise hipertensiva, identificadas como sendo os sujeitos que apresentaram elevação abrupta e sintomática da pressão arterial na presença de dor intensa, perda de entes queridos ou outros abalos emocionais.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A construção do formulário (Apêndice A) utilizado na coleta de dados se baseou no instrumento de Silva (2003). Foi constituído principalmente de perguntas fechadas, agrupadas nos seguintes quesitos: dados sócio-demográficos e clínico-epidemiológicos, conhecimento sobre a crise hipertensiva e acesso ao serviço de saúde. As devidas adaptações ao estudo da crise hipertensiva foram feitas ao instrumento. Os pontos de adaptação do instrumento foram: 1) os dados clínico-epidemiológicos, principalmente no que tange à história clínica e ao estilo de vida, que se acredita influenciar no desencadeamento da crise hipertensiva. É válido ressaltar que para as adaptações referentes aos hábitos alimentares contou-se com o auxílio de um nutricionista; 2) algumas questões de acesso ao serviço de saúde também foram inseridas no instrumento para adequação aos objetivos da pesquisa; 3) pequenas modificações foram realizadas nos dados sócio-demográficos. O instrumento adaptado sofreu pré-testagem para sua melhor clareza e adequação à linguagem da clientela que participou do estudo. O pré-teste foi aplicado em março de 2006 em quatro clientes com crise hipertensiva, que não fizeram parte da amostra.

A coleta de dados se deu nos meses de abril a julho de 2006, de segunda-feira a domingo, nos turnos manhã, tarde e noite. A aplicação dos formulários foi desenvolvida por dois enfermeiros (entre eles, a mestranda) e quatro bolsistas de enfermagem, que tinham concluído a disciplina de semiologia e semiotécnica, todos devidamente treinados na técnica padronizada de verificação da pressão arterial (PERLOFF et al., 1993) e na aplicação do instrumento de coleta de dados.

É importante salientar que antes de iniciar a coleta de dados propriamente dita foram tomados alguns procedimentos imprescindíveis à sua execução, como aferição da balança e dos quatro esfigmomanômetros (dois esfigmomanômetros para adultos com braço entre 23-33 cm de diâmetro; um para usuários obesos, com braço acima de 33 cm de diâmetro e um para adulto jovem, com braço até 22 cm de diâmetro) a serem utilizados no estudo, procedimento realizado também durante a coleta de dados, sempre que necessário. Tais aferições e calibrações foram realizados pelo IN-METRO, órgão municipal competente.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A fim de proceder a discussão e análise dos dados, estes foram organizados em quadros e tabelas.

Foram calculadas as medidas estatísticas descritivas média e desvio padrão; e a medida epidemiológica prevalência da crise hipertensiva. Foram feitas análises de associação entre variáveis e a interpretação foi realizada com base na literatura pertinente ao tema.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMPEPE) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), conforme resolução 196/96, sobre pesquisas que envolvem seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

Durante a abordagem dos participantes explicou-se do que tratava a pesquisa, seus objetivos, direitos de desistência da participação em qualquer momento e garantia do anonimato. Falou-se também sobre a importância da sua participação no estudo. Solicitou-se, então, após esses esclarecimentos, a assinatura do consentimento livre e esclarecido para o estudo. Para as pessoas que não sabiam ler e escrever, foi lido o consentimento livre e esclarecido para o respondente e uma testemunha, geralmente seu acompanhante, sendo aposta a digital do participante no termo.

Ao longo do estudo, foram considerados os pressupostos da bioética, contidos em resolução, que são: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

4.7 RECURSOS DISPONÍVEIS

A pesquisa contou com recursos da Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP) por meio de bolsa de mestrado. Todos os recursos gastos com o estudo foram assumidos pela pesquisadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Passando agora à análise, em relação ao cálculo da prevalência da crise hipertensiva no serviço em estudo, encontrou-se: o total das pessoas atendidas com crise hipertensiva no período de coleta de dados foi de 118, perfazendo uma prevalência de 0,3%, confirmando a literatura que aponta uma prevalência de até 1% (ROSA et al., 2003; KAPLAN, 2005; VARON; MARIK, 2006a).

Do total de crises hipertensivas identificadas (118), 88,1% foram de urgências e 11,9% de emergências, o que confirma a literatura, que refere maior número de casos de urgência (MARTIN et al., 2004).

O maior número de urgência hipertensiva facilita a atuação dos profissionais de saúde junto a clientela portadora de hipertensão arterial, que pode favorecer a diminuição de casos graves pois ainda não existem lesões em órgãos-alvo. 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.

Sobre as características sócio-demográficas, clínico-epidemiológicas, de conhecimento da crise hipertensiva e de acesso ao serviço de saúde pelos sujeitos em estudo, observe-se os quadros a seguir:

QUADRO 2: Distribuição do número de pacientes segundo as características sócio-demográficas, Hospital X. Fortaleza-CE, abril a julho de 2006.

CARACTERÍSTICAS		n	%	Média ± DP
1 Sexo				
	Masculino	53	44,9	
	Feminino	65	55,1	
2 Faixa etária				57,3 ± 13,2
	30-41	18	15,3	
	42-53	44	37,3	
	54-65	35	29,7	
	66-77	17	14,4	
	78-91	4	3,4	
3 Escolaridade				
	Analfabeto/Fundamental incompleto	93	78,8	
	Fundamental completo e Médio incompleto	14	11,9	
	Médio completo ou mais	11	9,3	
4 Categorias de ocupação				
	Ocupações da indústria e comércio	35	29,7	
	Aposentado/pensionista	31	26,3	
	Dona de casa	19	16,1	
	Ocupações dos prestadores de serviço	18	15,3	
	Outros	10	8,5	
	Profissionais, técnicos e trabalhadores assemelhados	3	2,5	
	Ocupações mal definidas/mal declaradas	2	1,7	
5 Número de empregos				
	Nenhum	55	46,6	
	1	54	45,8	
	2 ou mais	9	7,6	
6 Jornada de diária de trabalho				10 ± 2,98
	Nenhuma	56	47,5	
	4 a 7	5	4,2	
	8	18	15,3	
	9 a 12	32	27,1	
	13 ou mais	7	5,9	
7 Renda familiar				810,6 ± 598,4
	Até 1	29	24,6	
	1---/2	39	33,1	
	2---/4	28	23,7	
	4---/11,4	19	16,1	
	Ignorado	3	2,5	
8 Número de pessoas com quem reside				4,33 ± 2,25
	1 a 2	18	15,3	
	3 a 4	47	39,8	
	5 a 17	53	44,9	
9 Estado civil				
	Casado (a)	73	61,8	
	Viúvo (a)	15	12,7	
	Solteiro (a)	10	8,5	
	Desquitado (a)/Divorciado (a)	10	8,5	
	Outros/ não respondeu	10	8,5	
10 Procedência				
	FORTALEZA	31	26,3	
		24	20,3	
		21	17,8	
		11	9,3	
		7	5,9	
	CAUCAIA	14	11,9	
	Outro	10	8,5	

Total de participantes N=118

Os resultados demonstram que 55,1% (65) das pessoas atendidas com crise hipertensiva eram do sexo feminino e 44,9% (53) do sexo masculino. Esse dado é corroborado com a literatura onde foram encontrados estudos que relatam maior prevalência de crise hipertensiva na emergência entre as mulheres (ZAMPAGLIONE, 1996; SANCHEZ, 2000; MARTIN et al., 2004). Tal fato pode ser explicado pela maior procura de pessoas do sexo feminino pelos serviços de saúde.

A idade variou de 30 a 91 anos, sendo a faixa etária predominante de 42-53 (37,3%) com uma média de $57 \pm 13,2$ anos. Apesar de ter uma grande variação na idade das pessoas que adentram os serviços de emergência com crise hipertensiva, tem ocorrido um número crescente de usuários na fase produtiva da vida. Estudo que traça o perfil da clientela atendida com crise hipertensiva em um serviço de emergência traz dado semelhante, identificando a maioria dos investigados na faixa etária de 40 a 69 anos (LIMA et al., 2005).

O nível de escolaridade foi considerado baixo por ter 78,8% (93) dos participantes sem saber ler ou escrever, ou não ter concluído o ensino fundamental. O pouco conhecimento das pessoas sobre seus problemas de saúde influencia na compreensão das formas de sua prevenção e tratamento, o que pode dificultar a adoção de estratégias de controle.

Na categoria de ocupação, agrupadas conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO-1991), os (as) aposentados(as)/pensionistas representaram 26,3% (31) das pessoas. Isso pode ser explicado pelo fato de que episódios sucessivos de crise hipertensiva, aliados a outros agravos cardiovasculares, podem

favorecer a saída das pessoas do mercado de trabalho e o aumento no número de aposentadorias precoces. A segunda categoria com maior número de pessoas foi a de ocupação da indústria e do comércio, que representou 29,7% dos pesquisados. Muitas ocupações se incluíram nessa categoria, como bordadeiras, cabeleireiras, costureiras, pedreiros, pintores, feirantes, sapateiros, eletricitas, entre outros. Pode-se dizer que as ocupações desempenhadas pelos sujeitos da pesquisa não demandam médio ou elevado nível de escolaridade. No entanto, apesar de serem ocupações com baixo poder de decisão, demandam alta carga de trabalho e estresse (OLIVEIRA, 2000).

Observou-se ainda que quase metade (46,6%) referiu estar desempregado. O desemprego é um dos mais sérios problemas sociais no nosso país atingindo cerca 2,04 milhões de pessoas até o primeiro semestre de 2006 segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), gerando situações de violência, fome, miséria, dentre outras. A falta de emprego além de ser considerado fator estressante, dificulta a aquisição de comportamentos saudáveis e a utilização de serviços de saúde pela clientela do estudo.

A jornada diária de trabalho foi de quatro a 13 horas ou mais, com média de $10 \pm 2,98$. Segundo as leis trabalhistas brasileiras, a jornada diária de trabalho não deve exceder oito horas diárias e 44 horas semanais (BRASIL, 1988). No entanto, o estudo apresenta um maior número de pessoas trabalhando de nove a 12 horas (27,1%). Isso pode ter repercussão negativa na qualidade de vida dessas pessoas, sendo um fator predisponente ao desenvolvimento de problemas de saúde, entre eles, a crise hipertensiva.

A renda familiar teve uma variação entre 1-11,4 salários mínimos, com predominância de 1-12 (33,1%), seguidas pelos usuários que recebem de 2-14 salários, representados por 23,7%. É sabido que essa variável influencia diretamente na forma de viver das pessoas, pois um maior poder aquisitivo pode ajudar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças. Por outro lado, baixos salários atuam negativamente na aquisição de comportamentos saudáveis pela população. Embora seja considerada uma região pobre da cidade, é importante destacar que 16,1% (19) dos pesquisados recebem entre 4-11,4 salários mínimos, o que pode estar associado ao crescimento econômico dessa região nos últimos anos, explicado por uma grande proliferação de comércios.

O fato de o trabalho ser necessário para sobrevivência das pessoas, em particular para clientela do estudo, a deixa vulnerável no que diz respeito ao tipo de atividade executada e as precárias condições de trabalho existente (carga horária exagerada, trabalho informal, falta de equipamentos de proteção individual, atividade estressante e extenuante, dentre outros) que muitas vezes debilita o indivíduo repercutindo no aparecimento de sinais e sintomas e de agravos a saúde.

O número de pessoas residentes na casa em que mora o participante apresentou variação de 1 a 17 pessoas, com média de $4,33 \pm 2,25$, sendo o maior percentual de 5 a 17 pessoas (44,9%). O dado permite dizer que quanto maior o número de residentes no mesmo domicílio, menor será a renda familiar, pois mais pessoas viverão desta renda.

O estado civil da grande maioria dos pesquisados (61,8%) foi de indivíduos casados, considerados neste item aqueles com uma relação conjugal estável, seguidos pelos indivíduos viúvos (12,7%). Estudos realizados com clientela portadora de enfermidades cardiovasculares encontraram dados semelhantes (NOBRE et al., 2002; OLIVEIRA, 2004).

É importante salientar que apesar da maioria da clientela ser casada, foram as que mais procuraram o serviço de saúde com crise hipertensiva. Isso demonstra que o fato de possuir um companheiro não é garantia de ter nessa pessoa um cuidador, pois que algumas vezes ela também é carente de informação sobre os problemas de saúde. A viuvez possui influência negativa na manutenção da saúde, uma vez que pode provocar tristeza, depressão e conseqüentemente descuido em relação a si. A perda do companheiro pode levar a baixa na auto-estima e o pouco interesse pela vida causando o aparecimento de doenças ou piora das já existentes.

A procedência (bairro) da clientela atendida com crise hipertensiva na emergência da Instituição foi de pessoas provenientes principalmente dos bairros Conjunto Ceará (26,3%), Bom Jardim (20,3%) e Granja Portugal (17,8%). É importante destacar que 11,9% das pessoas atendidas eram provenientes de um município vizinho, cuja proximidade com o bairro onde fica localizado o hospital facilita a procura desses usuários pela unidade de saúde.

O conhecimento das características sócio-demográficas é imprescindível na formulação de estratégias e ações de saúde que visem mudança no atual quadro dos problemas de saúde existentes. A necessidade de saber o perfil da clientela e suas

condições de vida permite a utilização de novas tecnologias e no maior envolvimento dos profissionais de saúde no atendimento as pessoas, repercutindo na diminuição dos agravos a saúde e promovendo melhoria na qualidade de vida da população.

QUADRO 3: Distribuição do número de pacientes segundo as características clínico-epidemiológicas, Hospital X. Fortaleza-CE, abril a julho de 2006.

CARACTERÍSTICAS	N	%	Média ± DP
1 Pressão Arterial Diastólica			
PAD= 120-130	94	79,7	
PAD= 131-160	24	20,3	
2 IMC (n=112)			
< 25	22	19,6	
25 30	45	40,1	
30 35	29	25,8	
35 49	16	13,6	
3 Doenças presentes (n=118)*			
Hipertensão	113	95,8	
Obesidade	43	36,4	
Dislipidemia	36	30,5	
Doença cardíaca	30	25,4	
Doença vascular periférica	27	22,9	
Acidente vascular cerebral (AVC)	24	20,3	
Diabetes	18	15,3	
Doenças renais	16	13,6	
4 Tratamento das doenças			
Não faz tratamento	32	27,1	
Faz tratamento (n=86)*			
Hipertensão arterial	82	95,3	
Diabetes melito	12	13,9	
Doença cardíaca	9	10,5	
Dislipidemia	3	2,7	
Obesidade	2	1,8	
Doença renal	2	1,8	
AVC	2	1,8	
Outra enfermidade	24	27,9	
5 Uso de medicamento (n=118)			
Sim	93	78,8	
Não	25	21,2	
6 Faz uso regular do medicamento (n=96)			
Sim	61	63,5	
Não	35	36,5	
7 Quais (n=90)*			
Captopril	25	27,8	
Hidroclorotiazida	21	23,3	
Propranolol	15	16,7	
Metildopa	5	5,6	
Nifedipina	4	4,4	
Aspirina	7	7,8	
Ansiolítico	5	5,6	
Antidiabético	5	5,6	
Cloreto de potássio	4	4,4	
Furosemida	4	4,4	
Outros	28	31,1	
8 Sinais e sintomas (n=118)			
Cefaléia isolada ou associada a outro sintoma	84	71,1	
Vertigem isolada ou associada a outro sintoma	11	9,3	
Precordialgia	8	6,7	
Parestesia isolada ou associada a outro sintoma	3	2,5	
Dispneia isolada ou associada a outro sintoma	3	2,5	
Náusea isolada ou associada a outro sintoma	2	1,6	
Dor na nuca isolada ou associada a outro sintoma	2	1,6	
Epistaxe	2	1,6	
Outros	3	2,5	
9 História familiar			
Hipertensão Arterial	97	82,2	
Diabetes Melito	43	36,4	
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	41	34,7	

Acidente Vascular Cerebral (AVC)	41	34,7	
Morte súbita	9	7,6	
10 Hábito de fumar (n=26)			
Cigarro	25	96,2	
Cachimbo	1	3,8	
Costuma tragar	17	65,4	
11 Número de cigarros diários (n=26)			
≤ 5	11	42,3	Média: 12,19 DP: 12,516
5 - 10	2	7,7	
10- 15	5	19,2	
15- 20	-	-	
20- ∞	8	30,7	
12 Prática exercícios (n=25)			
Caminhada	19	76	
Ginástica	3	12	
Ciclismo	2	8	
Futebol	1	4	
Dança	1	4	
13 Tempo de exercício em minutos/ dia (n=25)			
Até 30	9	36,0	Média: 50,80 DP: 26,484
+ 30	16	61,5	
14 Quantas vezes na semana			
até 3	14	56	Média: 4,12 DP: 1,818
4 a 7	12	48	
15 Consumo de alimentos gordurosos			
Sim	106	89,8	
Não	12	10,2	
16 Consumo de alimentos salgados			
Sim	101	85,6	
Não	17	14,4	
17 Consumo de frituras			
Sim	118	100,0	
Não	-	-	

Total de participantes N=118

* Mais de uma resposta

Os valores da pressão arterial encontrados foram divididos em duas categorias. A grande maioria (79,7%) apresentou pressão diastólica de 120 a 130mmHg e menos de um quarto (20,3%) de 131 a 160mmHg. Muitos autores relatam os valores da pressão arterial diastólica na crise hipertensiva e consideram que na urgência eles são maiores ou iguais a 120mmHg e na emergência hipertensiva não são menores que 130 mmHg (ZAMPAGLIONE, 1996; ALMEIDA, 2002; MARTIN et al., 2004; LOPES, 2005).

Segundo a tabela de classificação da obesidade, 19,6% (22) apresentaram índice de massa corporal (IMC) menor que 25, indicando peso ideal ou normal. Cerca

de 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% referiram algum grau de obesidade e somente duas pessoas das 90 acima do peso referiram fazer algum tipo de tratamento.

Quase a totalidade (95,8%) dos participantes relatou ser 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%); cerca de 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 melito 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 (GUEDES et al., 2005; VARON; POLANSKY, 2006).

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 o aumento na ocorrência de complicações, entre elas a crise hipertensiva.

A presença de co-morbidades, 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 (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO..., 2004).

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 (BRASIL, 2006). Associada a outras condições, como o sedentarismo, 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 (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

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; cerca de 13,9% (12) tratam-se de diabetes melito; 10,5% (nove) fazem tratamento para doença cardíaca (mas 25,4% possuem algum tipo de enfermidade do coração); 2,7% (três) referem tratamento para dislipidemia (embora 30,5% refira dislipidemia); 1,8% (dois) diz fazê-lo para doença renal; 1,8% (dois), para acidente vascular cerebral, (embora 20,3% já tiveram AVC) e 27,9% (24), para outros agravos.

Entre os usuários que fazem tratamento, a maioria (78,8%) utiliza algum medicamento. Destes, 63,3% (61) fazem uso regular de fármacos. 82,2% relatam uso de anti-hipertensivos, mais de um quarto (27,7%) dos participantes tomam captopril; quase um quarto (23,3%) utiliza a hidroclorotiazida; menos de um quinto (16,7%), o propranolol; 5,6% (cinco) ingerem metildopa; 4,4% (quatro), a nifedipina; 4,4%(quatro), a furosemida; cerca de 7,8% (sete) tomam aspirina; 5,6% (cinco) utilizam ansiolíticos; 5,6% (cinco), antidiabéticos; 4,4%(quatro), cloreto de potássio e 31,1% (28) fazem uso de outros medicamentos.

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 na 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, no sentido de evitar a ocorrência de complicações.

A dificuldade na realização do tratamento da hipertensão arterial está relacionada a falta de adesão a terapêutica, seja farmacológica e não farmacológica. Segundo Moreira (2002), um dos fatores que contribuem para não-adesão ao

tratamento é a falta de um pacto estabelecido entre paciente e profissional de saúde que priorize preferências da pessoa na adoção do regime terapêutico.

Vasconcellos (2004) refere 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 pressão arterial diastólica igual ou inferior a 80mmHg, evitando, assim, a injúria vascular, geralmente presente na emergência hipertensiva.

O uso da hidroclorotiazida e captopril para o tratamento inicial da hipertensão arterial está relacionado ao tratamento preconizado na literatura, bem como pelo fato de serem medicamentos disponibilizados pela rede pública de saúde.

Os diuréticos tiazídicos constituem os medicamentos de escolha na terapêutica da hipertensão arterial leve ou moderada como monoterapia ou em associações. Esses fármacos têm-se mostrado indispensáveis na prevenção das complicações cardiovasculares da hipertensão arterial, promovendo queda na morbimortalidade (RIBEIRO; LOTUFO, 2005, VASCONCELLOS, 2004). Outro diurético utilizado é a furosemida. No entanto, seu uso direciona-se, principalmente, aos portadores de hipertensão arterial com insuficiência renal (creatinina acima de 2 mg/dl) ou cardíaca. O uso deve ser feito de forma cautelosa, pois são espoliadores de potássio, podendo causar hipopotassemia e taquiarritmias graves (GIORGI, 1997; VASCONCELLOS, 2004).

Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (inibidores de ECA) são drogas empregadas no tratamento da hipertensão arterial, tendo também ação importante na redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. A utilização de captopril para o tratamento das crises hipertensivas nos serviços de emergência, em particular na urgência hipertensiva, tem sido relatada pela literatura, uma vez que promove redução gradual dos níveis pressóricos (RIBEIRO; LOTUFO, 2005; PRAXEDES; SANTELLO, 2006).

O propranolol mencionado por 16,7% (15) dos participantes da pesquisa foi a terceira droga mais utilizada para o tratamento da hipertensão arterial. Benowitz (2006) relata que os bloqueadores beta-adrenérgicos, como o propranolol, são úteis na redução da pressão arterial na hipertensão leve a moderada. Na hipertensão grave, esses fármacos impedem a taquicardia reflexa, que ocorre em consequência ao uso de vasodilatadores, além de ter também um papel preponderante na diminuição da taxa de mortalidade em portadores de insuficiência cardíaca.

Os inibidores adrenérgicos foram utilizados por muito tempo no tratamento da enfermidade. Apesar de se mostrarem úteis na redução da pressão arterial na hipertensão leve a moderadamente grave, essas drogas estão sendo substituídas por outras com menos efeitos colaterais graves. A metildopa, inibidor adrenérgico, disponibilizada pelos serviços públicos de saúde, não deve ser utilizada como monoterapia no tratamento da enfermidade, a não ser nas grávidas portadoras de hipertensão arterial (RANG; DALE; RITTER, 2001; BENOWITZ, 2006).

Os bloqueadores dos canais de cálcio possuem ação importante no tratamento da hipertensão arterial. No entanto, alguns deles têm sido envolvidos na precipitação de eventos cardiovasculares. A nifedipina de ação curta tem produzido um aumento no risco do infarto do miocárdio e de mortalidade em portadores da doença e não deve ser utilizada nas crises hipertensivas (BENOWITZ, 2006; PRAXEDES; SANTELLO, 2006).

A aspirina, relatada por 7,8% das pessoas, tem sido utilizada como droga anti-plaquetária, provavelmente relacionada à presença de doença cardiovascular. O medicamento inibe a síntese de tromboxano A, poderoso vasoconstrictor e agregador de plaquetas. A aspirina é usada na dose de 325 mg/dia como profilaxia primária do infarto do miocárdio, sendo prescrita como adjuvante no controle dos fatores de risco das enfermidades cardiovasculares (HAMBLETON, 2006; FOEGH e RAMWELL, 2006).

Apesar do diabetes melito encontrar-se em pouco mais de 15% da clientela do estudo, apenas 4,4% utilizam medicamentos antidiabéticos. A administração dessas drogas associada a mudanças nos hábitos alimentares, bem como a redução de peso é particularmente importante no sentido de diminuir o risco de desenvolvimento de afecções cardiovasculares e de complicações da hipertensão arterial.

A utilização de fármacos hipnótico-sedativos pelos sujeitos da pesquisa foi considerada pequena (5,6%). Seu uso está relacionado à necessidade de redução da ansiedade, que pode estar presente nos portadores de hipertensão arterial, sendo o benzodiazepínico diazepam o mais utilizado.

Os sinais e sintomas apresentados pelos participantes foram: 78,1% (84), cefaléia; 9,3% (11), tontura; 2,5% (três), parestesia; 2,5% (três), dispnéia; 1,7% (dois), náusea; 1,7% (dois), dor na nuca, todos ocorrendo de forma isolada ou associada a outro sintoma; 6,7% (oito), precordialgia; 1,7%(dois), epistaxe severa e 2,5% (três), 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 cefaléia, tontura, náuseas, vômitos, precordialgia, arritmias, dispnéia, dentre outros associados à crise. A cefaléia foi o sintoma mais comum na urgência e na emergência hipertensiva (ZAMPAGLIONE, 1996; MARTIN et al., 2004).

A grande maioria (82,2%) relatou história familiar de hipertensão arterial; 36,4% (43) mencionaram diabetes melito em membro da família; 7,6% (nove) referiram morte súbita em algum ente familiar; cerca de 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 exerce influência no desenvolvimento da hipertensão arterial, doença cardíaca, diabetes melito e dislipidemia (SMELTZER; BARE, 2006).

Do total, quase um terço (23,7%) possuía o hábito de fumar. Desses, 21,1%(25) fumavam cigarro e 3,8% (um) utilizava cachimbo. Cerca de 14,4% (17) costumavam tragar. Dentre os que fumavam cigarro, 9,3% (11) consumiam entre um a cinco cigarros ao dia; 1,7% (dois) entre cinco a 10; 4,2% (cinco) entre 10 a 15, diariamente e 6,7% (oito) 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 Bare (2006) 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%) realizava atividade física. Destes, 16,1% (19) faziam caminhada; 2,5% (três), ginástica; 1,7% (dois) praticavam ciclismo; 0,8% (um) jogava futebol e 0,8% (um) utilizava a dança como atividade física. Dentre os que realizavam exercício físico 7,6% (nove) relatavam um tempo de exercício/diário de até 30 minutos e 13,6%(16), de 30 ou mais minutos. Cerca de 11,9% (14) faziam atividade física até três vezes por semana e 10,2% (12), de quatro a sete vezes por semana.

Gallo Júnior, Castro e Maciel (1997) descrevem que o exercício aeróbico (natação, corrida, caminhada, ciclismo, dança, entre 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, queda nos valores do colesterol, triglicerídeos e níveis glicêmicos implicados diretamente na elevação da pressão arterial e em suas complicações. A prática de exercícios aeróbicos de intensidade moderada, 3 a 4 vezes por semana, entre 30 a 60 minutos é recomendação indispensável a um estilo de vida saudável (JARDIM, MONEGO E SOUZA 2004; RIBEIRO; LOTUFO, 2005).

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 (V DIRETRIZES BRASILEIRAS..., 2006).

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 da grande 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 um determinado período de tempo, deve ser considerado quando se estabelece a relação entre os nutrientes ingeridos e o risco de agravos à saúde (V DIRETRIZES BRASILEIRAS..., 2006). 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 conseqüente 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.

QUADRO 4: Distribuição do número de pacientes segundo o conhecimento da crise hipertensiva, Hospital X. Fortaleza-CE, abril a julho de 2006.

CARACTERÍSTICAS	N	%
1 Conhecimento sobre crise hipertensiva		
Sim	20	16,9
Não	98	83,1
2 Faz referência		
Ao nome “crise hipertensiva”	13	11,0
Aos dados fisiopatológicos da crise	8	6,8
Ignorado	97	82,2
3 Causas de crise hipertensiva		
Estresse	50	42,4
Dieta incorreta	28	23,7
Não sabe referir	27	22,9
Ingestão excessiva de álcool	9	7,6
Hipertensão arterial	9	7,6
Não toma a medicação	8	6,8
Falta de atividade física	5	4,2
Outros	26	22

Total de participantes N=118.

O quadro 3 apresenta o conhecimento sobre crise hipertensiva referido pelos sujeitos da pesquisa. A grande maioria (83,1%) referiu não ter nenhum conhecimento sobre o problema de saúde e menos de um quarto (16,9%) disse possuir algum conhecimento. Destes, 11% fizeram referência ao nome “crise hipertensiva”. Apenas 6,8% (oito) dos respondentes se referiram a aspectos fisiopatológicos.

O conhecimento, compreendido a partir de uma óptica de transformação da realidade, não é mera assimilação de conteúdos e informações, porém está relacionado a fatores internos e externos do indivíduo, promovendo mudanças significativas no comportamento em decorrência das experiências vividas no cotidiano (BECKER, 1993).

Nessa perspectiva, o conhecimento é fator essencial na prevenção de doenças e na promoção da saúde. Saber sobre o problema de saúde e as implicações deste para as pessoas torna-se fundamental na aquisição de estratégias para a manutenção da saúde.

O serviço de saúde possui um papel preponderante nessa manutenção na medida em que pode melhorar a qualidade do atendimento dispensado à clientela a partir do grau de informação desta sobre os agravos à saúde (FRANCO; CAMPOS, 1998).

Apesar da grande maioria (83,1%) dos participantes relatar não conhecer sobre a crise hipertensiva, elas referem causas do problema, embora algumas dessas não sejam consideradas causas, como por exemplo o estresse relatado por quase metade (42,4%) das pessoas, quase um quarto (23,7%) mencionou estar relacionada à dieta incorreta; cerca de 22,9% (27) não sabiam as causas; 7,6% (nove) dos participantes disseram estar imbricada com a ingestão excessiva de álcool; 7,6% (nove), com a hipertensão arterial; 6,8% (oito) relataram que está ligada à falta da medicação anti-hipertensiva; 4,2% (cinco) compreendem ser devido à falta de atividade física e 22% (26), a outras causas. Entre as outras causas foram citadas a obesidade, a idade, a história familiar e o tabagismo.

Oigman (2003) refere que a causa mais freqüente de crise hipertensiva é a hipertensão arterial sem tratamento. O controle da pressão arterial pela adoção de medidas higiênico-dietéticas e tratamento farmacológico regular na enfermidade diminui a ocorrência de complicações como a crise hipertensiva.

Pode-se observar que, apesar de referirem não possuir conhecimento sobre a crise hipertensiva, os participantes apontaram algumas causas envolvidas na gênese do problema.

Quase metade (42,4%) dos participantes relatou o estresse como causa dessa. A literatura relata que o estresse não é causa de crise hipertensiva, porém a ocorrência de situações de estresse psicológico agudo está associada à elevação da pressão arterial, não caracterizando complicações hipertensivas agudas, sendo recomendado o tratamento do estresse psicológico e da hipertensão arterial a nível ambulatorial (V DIRETRIZES BRASILEIRAS..., 2006).

A pseudocrise hipertensiva, que geralmente está associada a abalos emocionais, muitas vezes diagnosticada pelo médico na emergência como crise hipertensiva, promove o tratamento da pseudocrise hipertensiva como sendo crise hipertensiva clássica, sendo feita a prescrição de ansiolítico.

O tempo de permanência das pessoas no serviço de emergência da instituição variou de 75 a 1430 minutos, com média de $319,22 \pm 270,34$. Esse tempo foi contabilizado desde a realização da ficha de atendimento até a alta dada pelo médico, sendo que dependeu de alguns fatores diretamente implicados no atendimento. A necessidade de realização de exames complementares, como sangue, tomografia de crânio, eletrocardiograma, a redução lenta da pressão arterial, a melhora gradual dos sintomas, bem como a grande quantidade de pessoas nos serviços de emergência com problemas não urgentes prolongaram esse tempo.

Estudo realizado em departamento de acidentes e emergência aponta que o maior tempo de permanência nesses serviços está relacionado à necessidade de realização de raio X, de encaminhamentos para especialistas e de maior permanência das pessoas na observação devido ao tratamento realizado (PAINE, 1994).

Pode-se afirmar que uma média de 300 minutos no tempo de permanência é relativamente grande para o atendimento, mesmo com a realização de exames, e que esse tempo poderia ser reduzido se houvesse uma priorização no atendimento à clientela com crise hipertensiva.

É importante considerar que os casos de emergência hipertensiva implicam em um tempo de permanência maior em virtude da necessidade de monitoramento dos sinais vitais, nível de consciência, perfusão renal, dentre outros. A espera por uma vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) também prolonga o tempo de permanência no serviço de emergência. Dados do hospital revelam que no período de janeiro de 2002 a julho de 2006, a média do tempo de permanência das pessoas com diagnóstico de emergência hipertensiva e aguardando leito de UTI foi de 1,42 dias e o número de óbitos foi em torno de 14%.

O horário no qual as pessoas foram atendidas na emergência com crise hipertensiva no hospital em estudo não teve variação significativa, sendo praticamente equitativo nos três turnos de atendimento e às terças, quartas e sextas-feiras, os dias da semana onde aconteceu maior número de casos das crises hipertensivas.

QUADRO 5: Distribuição do número de pacientes segundo acesso ao serviço de saúde, Hospital X, Abril a Julho de 2006.

CARACTERÍSTICAS	N	%	Média ± DP
1 Utiliza outro tipo de serviço de saúde (n= 118)			
Sim	91	77,1	
Não	27	22,9	
2 Qual (n= 84)			
Posto de saúde	41	48,8	
Outro hospital	26	31,0	
Centro de Saúde	4	4,8	
Clínica Particular	2	2,4	
Posto de Saúde + Outro hospital	9	10,7	
Outro hospital + Farmácia + centro de saúde	2	2,4	
3 Em que ocasiões (n= 93)			
Periodicamente para prevenir doenças e p/tratamento médico	10	10,8	
Somente em caso de urgência	21	22,6	
P/Receber medicação	17	18,2	
p/Verificar a pressão arterial	3	3,2	
Mais de uma opção	45	48,9	
4 Tempo (em minutos) de espera para receber atendimento nesse serviço (n=118)			
00-10	46	39,0	Média: 48,18 DP: 55,77
11-30	35	29,7	
31-90	20	16,9	
91-120	17	14,4	
5 Tempo (em minutos) de espera para receber atendimento em outro serviço (n= 68)			
00-09	16	23,5	Média: 66,67 DP: 213,57
10-20	17	25	
21-60	23	33,8	
61-∞	12	12,9	
ignorado	50	42,4	
6 Alguma vez procurou o serviço de saúde e não foi atendido (n= 118)			
Sim	23	19,5	
Não	95	80,5	
7 Quantas vezes (n= 23)			
1 vez	6	26	
2 a 10 vezes	7	30,4	
8 Foi bem atendido (n=118)			
Sim	108	91,5	
Não	6	5,1	
Às vezes	4	3,4	
9 Faz acompanhamento da hipertensão arterial (n=116)			
Sim	37,1	43	
Não	62,9	73	

Total de participantes N=118.

O quadro 4 aborda o acesso ao serviço de saúde pelos sujeitos da pesquisa. A maioria (77,1%) utilizava as diversas unidades disponíveis no sistema de saúde a fim de obter o atendimento que precisava. Entre os que buscaram outros serviços de saúde além do hospital, quase metade (48,8%) recorreu ao posto de saúde; cerca de um terço (31%) buscou outros hospitais da rede pública; 4,8% (quatro) receberam

atendimento nos centros de saúde; 2,4% (dois) utilizaram clínicas particulares; 10,7% (nove) procuraram atendimento nos postos de saúde, bem como em outros hospitais, e 2,4% (dois) mencionaram o atendimento em outros hospitais, em farmácias e outras unidades de saúde.

Percebeu-se que a maior procura pelos serviços se dá pelo posto de saúde, o que pode estar relacionado a seu acometimento por hipertensão, preconizando o acompanhamento na atenção básica em saúde, atualmente municipalizado. É válido ressaltar que a recente inserção do Programa Saúde da Família (PSF) na atenção primária na área de abrangência do hospital tem promovido maior procura pelos postos de saúde.

Quase um terço (31%) dos participantes buscou para seu atendimento somente o nosocômio onde foi realizado o estudo. O fato de esses indivíduos acessarem apenas o hospital pode ser explicado pela existência de fatores ligados ao acesso ao serviço de saúde tais como: a confiança que depositam na instituição e/ou nos profissionais que realizam o atendimento; a proximidade do hospital a suas residências, facilitando o deslocamento; mais recursos materiais disponíveis e maior resolutividade, pois a unidade possui além do serviço de emergência, laboratório 24 horas, farmácia e serviços de imageamento (radiologia, ultra-sonografia, endoscopia, ecocardiograma e mamografia), dentre outros.

Ramos e Lima (2003) referem que o acesso ao serviço de saúde diz respeito à distância entre o domicílio do indivíduo e a unidade; o tempo gasto para o deslocamento e os meios utilizados com essa finalidade; dificuldades para conseguir o atendimento traduzido pela presença de filas, tempo e local de espera; o tratamento

que o usuário recebe dos diversos profissionais e a priorização no atendimento de casos urgentes, bem como a possibilidade de agendamento prévio.

A ocorrência de crise hipertensiva tem possibilitado a procura pelas instituições hospitalares, uma vez que é um problema de saúde que pode acometer o indivíduo em qualquer horário. Além disso, a presença de sintomatologia e a possibilidade de gravidade estimulam a procura pelo serviço de emergência. A crença por parte da clientela de que a emergência é um serviço melhor equipado e com recursos humanos “mais capacitados” para o atendimento também pode contribuir na busca pelo serviço. Tal crença tem fundamento nas superespecialidade da saúde acontecida a partir da década de 70 do século XX (PAIM, 2002). A utilização inapropriada dos hospitais pela população também pode está relacionada a problemas de acesso, como as falhas na organização dos serviços de atenção básica.

Uma pesquisa social realizada nos anos de 1989 e 1996-1997 sobre a utilização de serviços de saúde no Brasil indica um aumento na procura de hospitais pela população brasileira, principalmente no Nordeste, em decorrência do aumento na utilização de pronto-socorros ou serviço ambulatorial hospitalar (TRAVASSOS; VIACAVA; ALMEIDA, 2000).

Percebeu-se que 10,7% (nove) dos participantes buscaram atendimento em outros hospitais e postos de saúde. Na tentativa de resolver seus problemas de saúde, as pessoas passam a procurar atendimento nas várias unidades de saúde existentes no sistema. O consumo do serviço de saúde particular foi de 2,4%(dois) do total, sendo

uma utilização pequena, explicada pela baixa renda familiar das pessoas envolvidas na pesquisa, que dificilmente poderiam comprar serviço de saúde.

Entre os que utilizaram outras unidades de saúde, 18,2% (21) das pessoas se deslocava para outro serviço, principalmente para o posto de saúde com a finalidade de adquirir medicamentos, particularmente os anti-hipertensivos, explicado pelo fato de 95,4% dos usuários serem portadores de hipertensão arterial. Cerca de 10,8% (10) relataram que buscam os serviços de saúde periodicamente para prevenir doenças e realizar tratamento médico; quase um terço (22,6%) utilizava outro serviço somente em caso de urgência; 3,2% (três) usavam para verificar a pressão arterial e quase metade (48,9%) acessava os serviços por mais de um motivo.

Percebeu-se que é preocupante o número de usuários (22,6%) que procura o serviço de saúde somente em caso de urgência, demonstrando falhas no acesso ao serviço de saúde, possibilitando o desencadeamento de sucessivas crises hipertensivas.

Os motivos pelos quais as pessoas acessaram outras unidades de saúde do sistema foram diversos, sendo que quase a metade (48,9%) dos usuários procurava outros serviços por mais de um motivo. A necessidade de obter os medicamentos disponibilizados atualmente nas unidades de atenção básica em Fortaleza foi uma das principais causas desse deslocamento. Em um estudo sobre acesso e acolhimento em unidade de saúde, o autor coloca que os usuários realizam uma verdadeira migração entre várias unidades de saúde em busca de medicamentos, muitas vezes indisponíveis no local onde ocorreu o atendimento (RAMOS; LIMA, 2003).

Outro fator que leva as pessoas a utilizar outras instituições para o atendimento está relacionado à prevenção de doenças e à necessidade de tratamento médico. O tratamento dos problemas de saúde na clientela está ligado à inserção no programa de hipertensão e diabetes, embora somente 37,1% (43) do total esteja vinculado ao programa.

É importante salientar que durante o período de realização da coleta de dados, dentre as unidades básicas de saúde próximas à área de abrangência do hospital que podiam estar realizando o atendimento dessa clientela, apenas uma possuía equipe composta por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Portanto, as unidades básicas não ofereciam o atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde, que é médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, e quatro a seis agentes de saúde (VALENTIN; KRUEL, 2007).

O tempo de espera para receber o atendimento ao chegar no hospital do estudo com crise hipertensiva variou de 0-120 minutos, com média de $48,18 \pm 55,77$. Cerca de 39% (46) da clientela relatou ter esperado até 10 minutos para ser atendida; quase um terço 29,7% (35) aguardou de 11-30 minutos para o atendimento; 16,9% (20) disseram que o serviço levou de 31-90 minutos, e 14,4% (17) mencionaram que o tempo de espera variou de 91-120 minutos. Sabe-se que o tempo de espera é um dos parâmetros importantes do acesso ao serviço de saúde e indica qualidade no atendimento.

Percebeu-se que o tempo de espera relatado por mais de um terço dos participantes (39%) foi de até dez minutos, demonstrando um atendimento relativamente rápido.

A avaliação do indivíduo com diagnóstico médico de crise hipertensiva deve ser feita de maneira rápida, no sentido de diferenciar as urgências das emergências hipertensivas para seu pronto-atendimento, evitando o agravamento do quadro clínico. A necessidade de instituir o tratamento médico correto nas primeiras vinte quatro horas na urgência hipertensiva e em menos de uma hora na emergência se reveste de fundamental importância no tratamento da crise hipertensiva, bem como na prevenção ou limitação de lesões em órgãos-alvo (RIBEIRO; LOTUFO, 2005). Portanto, um tempo de espera superior a sessenta minutos pode ser extremamente maléfico para a pessoa com crise hipertensiva, podendo causar inclusive a morte.

O tempo de espera para receber atendimento em outro serviço de saúde com crise hipertensiva variou de 0-61 minutos ou mais, com média de $66,67 \pm 213,57$. Menos de um quarto (23,5%) relatou ter esperado até nove minutos pelo atendimento; um quarto (25%) aguardou de dez a vinte minutos; um terço (33,8%) esperou de vinte e um a sessenta minutos e 12,9%(12) disseram que o serviço levou sessenta e um minutos ou mais para realizar esse atendimento. Portanto, o tempo de espera do usuário com diagnóstico de crise hipertensiva em outro serviço de saúde foi maior do que no hospital do estudo, com predominância na variação de 21-60 minutos.

Estudo realizado em departamento de emergência de um hospital de atenção secundária no México encontrou que o tempo de espera para receber atendimento é determinante para maior satisfação do usuário que utiliza esse serviço e que o tempo de espera diminuiu quando foi implantado o serviço de triagem de acordo com o grau de emergência envolvido. Outro achado importante é que a satisfação do

usuário depende da relação entre o profissional de saúde e o usuário do serviço, e do tempo de espera durante a visita ao serviço (NÚÑEZ-ROCHA et al., 2004).

Esse estudo encontrou ainda que o atendimento baseado na classificação de risco considera que a categoria 1 (clientes com risco de morte eminente) devem receber atendimento de forma imediata; clientes na categoria 2 (pessoas com problemas muito urgentes e que estejam seriamente lesionadas) necessitam ser atendidos em menos de 10 minutos e na categoria 3 (indivíduos com problemas urgentes) não deve exceder a 30 minutos (NÚÑEZ-ROCHA et al., 2004).

Pode-se observar que 31,1% da nossa clientela esperou para ser atendida no hospital do estudo por mais de 30 minutos, embora estejam inseridos nas categorias 1, 2 e 3 segundo a classificação de risco em clientes com emergência e urgência. Paine (1994) afirma que o tempo de espera contabilizado em departamento de acidentes e de emergência foi de 60 minutos, sendo que a avaliação realizada pela enfermeira foi de até 10 minutos e o atendimento feito pelo médico de até 60 minutos.

O quadro demonstra que quase a totalidade (91,5%) relatou ter sido bem atendida pelo serviço de saúde. Entre os que relataram não ter sido bem atendidos, 5,1% (seis) não receberam atendimento pelo menos uma vez e 5,9% (sete) deixaram de ser atendidos entre duas a dez vezes.

A falta de atendimento é um dos parâmetros que avalia de forma negativa os serviços de saúde. O fato de ter o atendimento negado promove no indivíduo desconfiança e descrédito na unidade de saúde.

A compreensão do bom atendimento é um processo subjetivo e depende da avaliação individual. No entanto, ser bem atendido está relacionado a questões de satisfação, como ser bem recebido pelos profissionais de saúde, tempo de aguardo menor que o esperado, receber informações precisas sobre o estado de saúde, condução adequada dos problemas de saúde, dentre outros (NÚÑEZ-ROCHA et al., 2004).

Mais de um terço (37,1%) faziam acompanhamento para hipertensão arterial. No entanto, a maioria (62,9%) não o realizava, elevando a possibilidade de desencadeamento das crises hipertensivas entre este grupo. Segundo Ferreira (2001), o termo acompanhamento é o ato ou feito de acompanhar, que significa seguir junto, na mesma direção, observar a evolução do outro. Portanto, o acompanhamento do portador de hipertensão arterial não visa somente implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas, porém é estar junto com o cliente, preocupar-se com suas ansiedades, medos e angústias. Esse acompanhamento deve priorizar o envolvimento do cliente na busca de estratégias que permitam a manutenção da sua pressão arterial e a melhoria na qualidade de vida. É indispensável sua realização por uma equipe interdisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social, farmacêutico, psicólogo, fisioterapeuta, musicoterapeuta, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem), conforme preconizado pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), garantindo uma assistência integral e individualizada.

A ocorrência das crises hipertensivas pode estar relacionada à falta de acompanhamento eficaz de portadores de hipertensão nos serviços de atenção básica,

pois nas unidades que atendem ou que deveriam realizar atendimento à clientela do estudo, não existem equipes interdisciplinares para realizar esse acompanhamento.

Ao se analisar a existência de associação entre conhecimento sobre crise hipertensiva e as variáveis: sexo, idade, escolaridade e renda familiar, encontrou-se o seguinte:

TABELA 1: Pacientes em crise hipertensiva segundo o conhecimento do agravo, sexo, idade, escolaridade e renda. Hospital X, Fortaleza-CE, abril a julho de 2006.

CRISE	CONHECIMENTO DA	SIM				NÃO			
		M		F		M		F	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SEXO									
Faixa etária									
	30-41	1	5,5	-	-	8	44,4	9	50,0
	42-53	3	6,8	10	22,7	12	27,2	19	43,2
	54-65	2	5,7	2	5,7	14	40,0	17	48,6
	66-81	2	10,0	-	-	11	55,0	8	10,0
Renda familiar									
	Até 1	1	3,4	3	10,3	9	31,0	16	55,2
	1---/2	2	5,1	2	5,1	15	38,5	20	51,3
	2---/4	5	17,9	1	3,6	12	42,9	10	35,7
	4---/11,4	-	-	6	31,6	9	47,4	4	21,1
Escolaridade									
	Analfabeto/Fundamental incompleto	6	46,2	7	53,8	35	43,8	45	56,3
	Fundamental completo e Médio incompleto	-	-	2	100,0	8	66,7	4	33,3
	Médio completo ou mais	2	40,0	3	60,0	2	33,3	4	66,7

Nº de participantes=118.

A tabela demonstra que o conhecimento sobre crise hipertensiva foi menor na faixa etária de 30-41 anos, representado por 5,5% (um) do sexo masculino, sendo que entre as mulheres nenhuma referiu possuir conhecimento sobre o assunto; na faixa etária de 42-53 anos, 6,8% (três) dos homens disseram conhecer o problema de saúde, enquanto que 27,2% (12) relataram nada saber sobre ele; cerca de 22,7% (10) das mulheres referiram possuir conhecimento sobre a crise hipertensiva e 43,2% (19) disseram desconhecê-la. Nos indivíduos com idade entre 54-65 anos, tanto no sexo

feminino quanto no masculino, apenas 5,7% (dois) conheciam o problema de saúde, enquanto o fato de não saber sobre a complicação foi maior entre as mulheres. Na faixa de idade entre 66-81 anos, 10% (dois) dos homens conheciam sobre o agravo e 55% (11) relataram desconhecimento; nenhuma das mulheres investigadas nessa faixa etária referiu possuir conhecimento sobre a crise hipertensiva.

Em relação à renda familiar, percebeu-se que nas pessoas que ganhavam até um salário mínimo, 3,4% (um) eram do sexo masculino e 10,3% (três) do feminino tinham conhecimento sobre o problema de saúde. Em contrapartida, 31,1% (nove) dos homens e 55,2% (16) das mulheres o desconheciam. Na faixa salarial de 1-12 salários mínimos, em ambos os sexos, apenas 5,1% (dois) verbalizaram saber sobre a complicação, sendo que o desconhecimento foi de 38,5% (15) entre os homens e 51,3% (20) entre as mulheres. Naqueles que ganham entre 2-14 salários, 17,9% (5) do sexo masculino conheciam sobre a crise hipertensiva e 42,9% (12), desconheciam-na, enquanto no sexo feminino o conhecimento se restringiu a 3,6% (um). Na renda familiar entre 4-11,4 salários nenhum homem sabia a respeito da complicação e nas mulheres, 31,6% (6) disseram sabê-lo e 21,1% (4) não o sabiam.

Em relação à escolaridade, o desconhecimento do problema foi maior entre as pessoas de menor nível de escolaridade em ambos os sexos, o que é esperado, uma vez que o maior grau de instrução possibilita aquisição de informações a respeito dos problemas de saúde.

Observou-se que o conhecimento sobre a crise hipertensiva é quase inexistente nas faixas etárias extremas, ou seja, de 30-41 e de 66-81 anos, sendo que

nenhuma das mulheres nessas faixas de idade conheciam o agravo. O conhecimento foi maior também entre os indivíduos com idade de 42-53 anos, principalmente entre as mulheres e entre aqueles com renda familiar de 2-14 e 4-111 salários mínimos.

É válido ressaltar que o maior acesso aos serviços de saúde pela população favorece o aumento na busca de informações sobre os diversos agravos à saúde. A desigualdade no consumo desses serviços está diretamente implicada em maior adoecimento, principalmente entre as pessoas de menor poder aquisitivo e de baixa escolaridade (TRAVASSOS; VIACAVA; ALMEIDA, 2000).

A quase inexistência de conhecimento da crise hipertensiva pela clientela do estudo pode ser atribuída a diversos fatores, tais como: falhas no acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial e com outras co-morbidades associadas; baixo nível de escolaridade; as formas de abordagem utilizadas pelos profissionais de saúde, que priorizam o saber acadêmico em detrimento do conhecimento popular; a busca de resolução dos problemas de saúde baseado no modelo biomédico e na relação causa e efeito, que impossibilita uma visão mais ampliada desses agravos, dentre outros.

A educação em saúde, prática já utilizada há algum tempo nas unidades, pode favorecer mudanças no atual contexto da crise hipertensiva, devendo está voltada para a construção compartilhada do saber entre os sujeitos envolvidos, os profissionais de saúde e os usuários.

Para Carvalho, Aciolli e Stotz (2001), a construção compartilhada do conhecimento implica em um processo pedagógico e interativo entre sujeitos de saberes diferentes e experiências diversas, porém com desejos e interesses coletivos.

Nessa perspectiva, usuários e profissionais de saúde, pela convivência e cooperação mútuas, buscam utilizar estratégias coletivamente elaboradas na resolução dos problemas existentes.

É notório mencionar que o repasse de informações pela transmissão passiva do conhecimento científico não promove mudanças significativas na vida das pessoas, pois não leva a reflexões sobre a prática cotidiana e nem à transformação da realidade.

O processo educativo em saúde deve considerar desejos, necessidades, valores, crenças e a subjetividade do sujeito, e, também que as soluções dos problemas de saúde requerem ações pautadas no contexto social, econômico, cultural e político em que está inserido o indivíduo (STOTZ, 1993).

Portanto, a educação em saúde, implica em mudanças no comportamento dos indivíduos, envolve atitudes diferenciadas por parte dos profissionais, concebendo o indivíduo não como único responsável pelos problemas de saúde que o acometem e também reconhecendo que o aparecimento das enfermidades está relacionado à existência de desigualdade no acesso às condições de vida (saúde, educação, moradia, lazer, segurança) da população.

TABELA 2: Pacientes em crise hipertensiva segundo acesso aos serviços de saúde no Hospital X. Fortaleza-CE, abril a julho de 2006.

FOI BEM ATENDIDO \ TEMPO DE ESPERA	SIM		NÃO		TOTAL	
	N.	%	N.	%	N.	%
Tempo de espera 1						
0-10	44	95,7	2	4,3	46	100,0
11-30	34	97,1	1	2,9	35	100,0
31-90	19	95,0	1	5,0	20	100,0
91-120	11	64,7	6	35,3	17	100,0
Tempo de espera 2						
0-10	15	93,8	1	6,3	16	100,0
11-20	16	94,1	1	5,9	17	100,0
21-60	21	91,3	2	8,7	22	100,0
61-∞	11	91,7	1	8,3	12	100,0

Nº de participantes = 118.

Conforme mencionado anteriormente, o tempo de espera por atendimento pela clientela com crise hipertensiva no hospital do estudo foi menor do que em outra unidade de saúde, sendo significativa a relação tempo de espera no nosocômio onde foi realizada a pesquisa e o fato de ter sido bem atendido.

Para as pessoas que adentram os serviços de emergência com elevação da pressão arterial, é necessário avaliar se existe ou não a instalação do quadro de crise hipertensiva. Essa avaliação é feita no intuito de identificar o problema de saúde, de executar o programa terapêutico e o monitoramento adequado das necessidades que cada usuário requer.

O atendimento ao cliente com crise hipertensiva deve ser realizado em instalações apropriadas, em ambientes de centro de emergências clínicas e com retaguarda hospitalar e de UTI, seguindo uma seqüência operacional adequada, em consonância com a gravidade do caso (PRAXEDES; SANTELLO, 2006).

É importante estabelecer um fluxograma para o atendimento do usuário com suspeita de crise hipertensiva. Há necessidade de uma triagem realizada por profissional (médico e enfermeiro) capacitado e treinado com o objetivo de realizar uma avaliação prévia e encaminhar o atendimento, contribuindo para minimizar o agravamento dos casos e os riscos de morte.

Portanto, o ser bem atendido na situação de crise hipertensiva requer um tempo de espera curto, não ultrapassando os trinta minutos de sua chegada no serviço, embora em alguns casos esse tempo deva ser imediato, pela possibilidade de risco de morte eminente.

Praxedes e Santello (2006) sugerem o seguinte fluxograma para atendimento da clientela com crise hipertensiva:

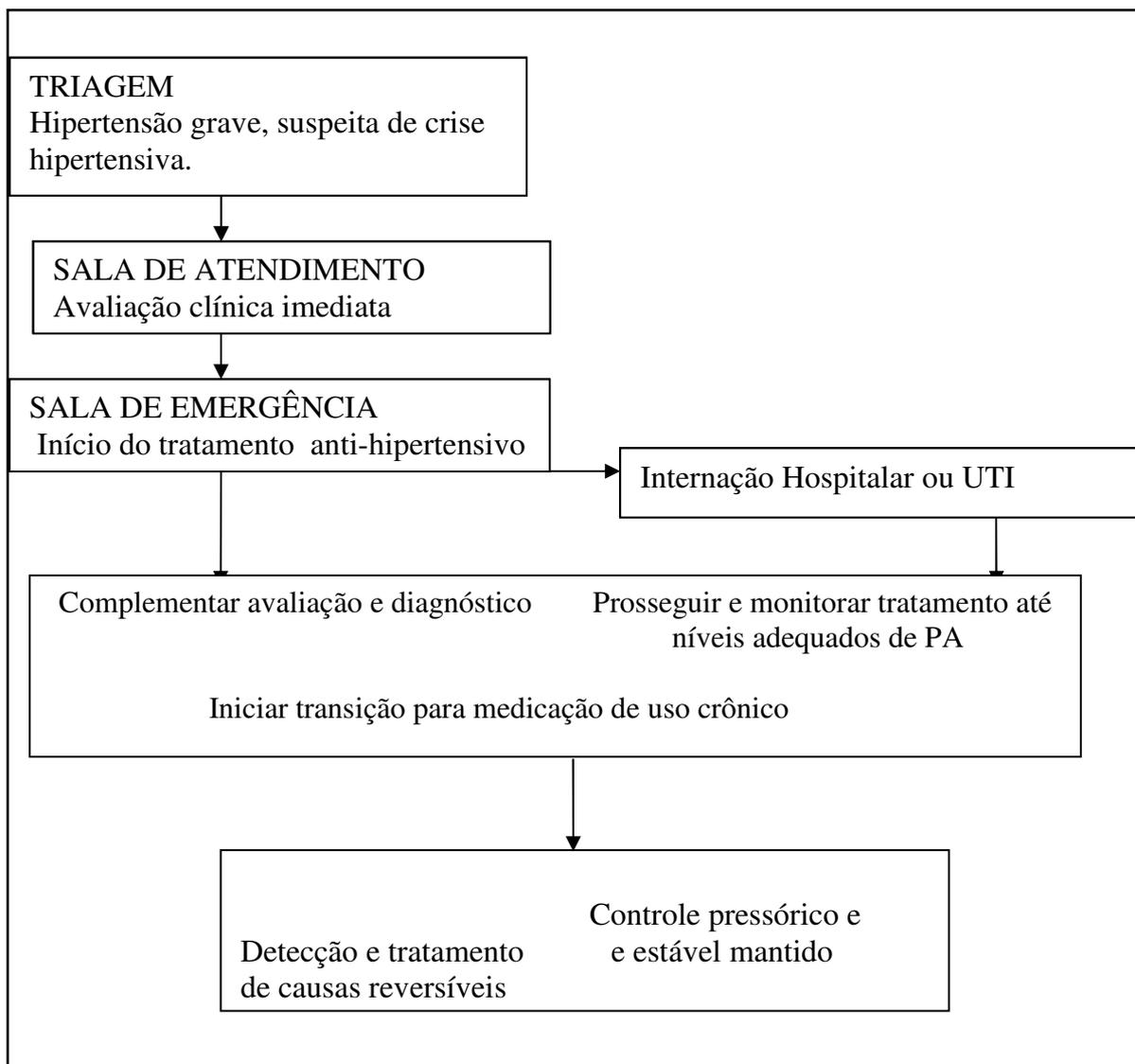


Figura 2

Fluxograma de atendimento de pessoas com crise hipertensiva.

Esse fluxograma orienta os profissionais de saúde no atendimento à clientela com crise hipertensiva, pois direciona a aplicação de ações e procedimentos que devem ser adotados, dependendo da gravidade da situação clínica.

A realização da triagem é importante para priorizar o atendimento as pessoas em maior gravidade, no caso da suspeita da crise hipertensiva, deve ser feito logo o encaminhamento para área da emergência onde possam ser avaliadas e atendidas com rapidez, recebendo o tratamento adequado para situação. Naqueles

indivíduos com emergência hipertensiva que envolva risco de morte, o tratamento deve ser acompanhado de monitorização da pressão arterial e de outros sinais vitais, avaliação periódica do nível de consciência e orientação, bem como da perfusão renal. A realização de exames complementares como ECG, raio X e exame de sangue (bioquímica, enzimas cardíacas) deve ser considerada. O tratamento e as avaliações continuam até a estabilização do quadro clínico e da pressão arterial. A referência para unidade básica de saúde mais próxima da casa do usuário deve ser feita para acompanhamento do portador de hipertensão arterial.

Na instituição, o atendimento a clientela com crise hipertensiva deve seguir fluxograma semelhante ao preconizado pela literatura. O treinamento dos enfermeiros do hospital e de auxiliares de enfermagem do primeiro atendimento da instituição na classificação de risco foi realizado, no entanto há necessidade de recursos materiais (sala adequada, com equipamentos calibrados), espaço físico compatível com a necessidade do atendimento, sem presença de ruídos e odores que impeçam a avaliação realizada, treinamento dos médicos na classificação de risco, no sentido de maior envolvimento de todos os profissionais, garantindo dessa forma o atendimento de acordo com o preconizado.

5.1 REPENSANDO OS CUIDADOS CLÍNICOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM CRISE HIPERTENSIVA

A crise hipertensiva é um problema de saúde presente no cotidiano das emergências dos hospitais brasileiros, sendo uma situação clínica que requer avaliação imediata da pessoa acometida para controle rigoroso dos níveis tensionais e dos sinais e sintomas.

Entre os profissionais de saúde que atendem a clientes nos serviços de emergência está o enfermeiro, profissional capacitado para o atendimento a pessoas em urgência ou emergência. As atividades realizadas pelo enfermeiro e pelos outros elementos da equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem) na emergência têm o objetivo de garantir ao usuário um atendimento rápido, eficiente e com qualidade.

As atividades de enfermagem no atendimento a pessoas com crise hipertensiva são diversas e incluem desde a realização de triagem adequada com avaliação criteriosa do indivíduo, até o desenvolvimento de ações e procedimentos essenciais à restauração dos problemas de saúde existentes e à observação e avaliação rigorosa das pessoas para evitar agravamento do quadro clínico, além da assistência aos familiares, com informações precisas sobre o estado clínico do doente.

A triagem realizada pelo enfermeiro permite estabelecer critérios para o atendimento das pessoas no serviço de emergência. A aplicação de um protocolo de

emergência com base em fluxograma previamente estabelecido para cada situação proporciona atendimento mais rápido a casos de maior gravidade.

O tempo de espera é um componente importante no atendimento as pessoas com crise hipertensiva. A avaliação realizada pelo enfermeiro deve ser feita pelo menos nos primeiros 30 minutos, priorizando o grau de gravidade de cada usuário. Estudo estrangeiro concluiu que o tempo de espera para avaliação de enfermagem no departamento de emergência foi menor do que o observado no atendimento médico, ficando em torno de dez minutos, e que a satisfação do usuário depende da relação entre a enfermeira e o paciente (NÚÑEZ-ROCHA, 2004).

O auxiliar e técnico de enfermagem possuem ações importantes na realização da triagem, identificando, juntamente com o enfermeiro, os clientes de maior risco e encaminhando os casos de maior gravidade e risco de morte ao atendimento especializado. A verificação de sinais vitais e outros procedimentos, bem como avaliações do estado clínico do doente podem ser feitos por esse profissional.

Os cuidados de enfermagem após a triagem se concentram no atendimento da emergência, com o estabelecimento de ações voltadas ao atendimento de cada cliente.

Na crise hipertensiva, os cuidados clínicos de enfermagem se revestem de grande importância, pois atuam na identificação de casos de emergência hipertensiva e na tomada de decisões para evitar o agravamento do quadro clínico, diminuindo os riscos de morte eminente.

O atendimento de enfermagem implica na realização de avaliações periódicas do indivíduo, observações sobre o nível de consciência e orientação, monitorização da função cardíaca e renal, realização da terapêutica farmacológica prescrita, avaliação das respostas individuais às drogas e aos procedimentos instituídos, bem como transferência segura para leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), quando necessário.

Por ser considerada a evidência mais dramática dos riscos da hipertensão grave fora de controle para os órgãos-alvo e para o indivíduo (PRAXEDES; SANTELLO, 2006), é imprescindível que a enfermagem tenha conhecimento sobre como atuar na crise hipertensiva com o intuito de melhor atender a clientela com esse diagnóstico.

É importante considerar que o conhecimento do agravo implica não somente em utilizar o saber científico, em ter informações sobre a fisiopatologia, sinais e sintomas e os fármacos utilizados nas diversas situações clínicas da crise, porém também em compreender como o indivíduo percebe e reage ao problema de saúde a partir de sua visão do processo saúde-doença, com o intuito de melhor orientar e direcionar o tratamento adequado a cada usuário em particular.

A aplicação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) promove um atendimento rápido e de qualidade a clientela com crise hipertensiva, uma vez que tem o intuito de individualizar e humanizar o atendimento. A utilização de um instrumento de coleta de dados preciso e voltado para situação de emergência, priorizando a avaliação rigorosa de órgãos vitais do cliente que podem está acometidos

pela elevação da pressão arterial tem o objetivo de direcionar o atendimento, orientando os cuidados de enfermagem a ser implementados, reduzindo dessa maneira o agravamento do quadro clínico e o risco de morte.

5.2 PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE A PESQUISA.

Durante a realização da pesquisa, percebeu-se que a instituição onde foi realizada a coleta de dados possui poucas condições para o atendimento das pessoas com crise hipertensiva. O local do primeiro atendimento, onde se recebem as pessoas, é inadequado, principalmente para a aferição de sinais vitais (pressão arterial e temperatura) e verificação de peso, uma vez que se situa na entrada do hospital, área com grande trânsito de pessoas.

As pessoas em urgência hipertensiva não recebem a atenção devida, pois a pressão arterial é verificada com o cliente em pé, não existindo preocupação de acomodar o usuário e esperar os cinco minutos preconizados para realizar aferição da pressão arterial. Assim como todas as pessoas que precisam de atendimento, aqueles que adentram o hospital com essa alteração permanecem em filas para o preenchimento da ficha de atendimento no serviço de atendimento médico estatístico (SAME).

Observou-se também que o esfigmomanômetro utilizado para aferição da pressão arterial no primeiro atendimento apresentava vazamento de ar, determinando medidas incorretas, o que estaria prejudicando a avaliação dos indivíduos em crise hipertensiva. Com a visita do INMETRO, detectou-se que, de todos os esfigmomanômetros da unidade de saúde avaliados (45 no total), 17 estavam descalibrados. O tensiômetro do ambulatório de cardiologia era o que estava em piores condições de uso, apresentando alterações de até 20mmHg. Os de coluna de mercúrio, em número de quatro, demonstraram maiores problemas ainda, necessitando de troca

imediate. Outro problema observado foi a má conservação e localização da balança no primeiro atendimento.

Na emergência de adultos, propriamente dita, detectou-se ainda alguns problemas de estrutura física e de acomodação do indivíduo com crise hipertensiva, uma vez que a emergência é pequena para a quantidade de usuários, permanecendo algumas vezes doentes mais graves em leitos inadequados, sendo necessário improvisar locais para colocação de equipamentos de monitorização. A referida emergência que já dispunha de dois leitos de Unidade de Tratamento de Urgência (UTU), porém que muitas vezes acomoda quatro doentes, ganhou dois monitores cardíacos e dois ventiladores mecânicos, bem como bombas para infusão de medicamentos.

A falta de utilização de um fluxograma adequado para o atendimento da população, particularmente dos usuários com diagnóstico de crise hipertensiva e o pouco envolvimento de alguns profissionais de saúde revelaram-se como dificuldades no atendimento, podendo gerar o agravamento dos casos e repercutir no aumento dos índices de morbi-mortalidade das pessoas com esse quadro clínico na emergência do hospital.

Outra dificuldade encontrada foi com relação ao diagnóstico médico de crise hipertensiva, que algumas vezes não ficava muito claro, pois alguns médicos levam em consideração o valor da pressão arterial, desconsiderando outros achados importantes, como a sintomatologia. Ante esta dificuldade, resolveu-se no estudo preconizar a definição literária de crise hipertensiva.

Outra dificuldade foi que, por se tratar de um estudo em que foram trabalhados dados epidemiológicos, como a prevalência da crise hipertensiva, houve a necessidade de permanência de um pesquisador continuamente na unidade de saúde.

Durante a realização da coleta de dados, ocorreu ainda a perda de dez usuários em emergência hipertensiva que não puderam ser incluídos no estudo, por terem seis delas falecido durante o atendimento emergencial e quatro foram transferidas devido à gravidade do quadro clínico.

Mas, a despeito das dificuldades apresentadas, é válido ressaltar que os profissionais e a direção da unidade se mantiveram atentos e contribuíram, sobremaneira, com este estudo, que espera-se repercutirá na melhor abordagem aos casos de crise hipertensiva no hospital.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise dos casos de crise hipertensiva na emergência do hospital municipal de Fortaleza-Ceará, conclui-se que:

- A prevalência de casos da crise hipertensiva no serviço de emergência do hospital municipal de Fortaleza entre abril a julho de 2006 foi de 0,3%;
- O percentual de urgências e de emergências hipertensivas no período foi de 88,1% e 11,9%, respectivamente;
- Sobre a caracterização da referida população quanto aos aspectos sócio-demográficos, obteve-se que 55,1% das pessoas atendidas com crise eram do sexo feminino e 44,9% do masculino; a faixa etária predominante foi de 42-53 anos e o nível de escolaridade de analfabeto/fundamental incompleto; 26,3% das pessoas eram aposentadas ou pensionistas; a jornada diária de trabalho de quatro a 13 horas ou mais, com maior número de pessoas trabalhando de nove a 12 horas (27,1%); a renda familiar teve uma predominância de 1-2 salários mínimos; o maior percentual de residentes na casa foi de 5 a 17 pessoas; 61% dos pesquisados eram casados; a clientela teve procedência principalmente do bairro Conjunto Ceará; o número de filhos foi de três a cinco;
- Referente a aspectos clínico-epidemiológicos, a grande maioria (79,9%) apresentou pressão diastólica de 120 a 130 mm/Hg; 40,1% apresentaram sobrepeso e 39,4% demonstraram obesidade de moderada a mórbida; 95,8% dos participantes referiram ser portadores de hipertensão arterial; 15,3%

relataram obesidade; 30,5%, dislipidemia; 25,4%, doença cardíaca; 22,9%, acidente vascular cerebral; 15,3%, diabetes melito e 13,6%, doenças renais; 95,3% faziam tratamento para hipertensão arterial, 78,8% utilizavam medicamentos e 66,3% faziam uso de fármacos com regularidade; sendo os anti-hipertensivos captopril e hidroclorotiazida os medicamentos mais utilizados; 78,1% apresentaram cefaléia isolada ou associada a outro sintoma; 82,2% tiveram história familiar para hipertensão arterial; 22,0% eram fumantes; apenas 21,1% realizavam atividade física; 89,9% consumiam alimentos gordurosos, 85,0%, alimentos salgados e 100,0% comiam frituras;

- Sobre seu conhecimento quanto à crise hipertensiva, 83,1% referiram não ter nenhum conhecimento a respeito da problemática; 42,4% disseram que a crise está ligada ao estresse;
- Quanto ao acesso ao serviço de saúde, 77,1% utilizavam outro serviço de saúde e o posto de saúde foi o serviço mais procurado; 48,9% procuravam o serviço de saúde por mais de um motivo; o tempo de espera para ser atendido no hospital do estudo foi de 00-14 minutos; 91,5% relataram ter sido bem atendidos; 62,9% não realizavam acompanhamento para hipertensão arterial.
- Quanto à verificação da existência de associação entre o conhecimento sobre crise hipertensiva e as variáveis sexo, idade, escolaridade e renda familiar, concluiu-se que o conhecimento sobre o agravo foi pequeno nas faixas etárias extremas e maior entre os indivíduos com idade de 42-53 anos, entre as mulheres e entre aqueles com renda familiar de 2-| 4 e 4-| 11 salários mínimos;

- Acerca da identificação da existência de associação entre tempo de espera e o ser bem atendido para a clientela com crise hipertensiva no serviço de saúde, verificou-se que foi significativa a relação entre estas variáveis.

Finalmente, pode-se concluir que é indispensável à Instituição dispor de equipamentos calibrados e bem conservados (esfigmomanômetros, estetoscópios e balanças), inclusive de esfigmomanômetros em tamanhos variados; que realize a aferição e o calibramento de todos esses aparelhos utilizados no hospital, para maior fidedignidade da aferição e tomada de posição em relação à crise hipertensiva. É recomendada também a mudança do local de realização da triagem, para outro mais silencioso que favoreça a correta verificação da pressão arterial.

Deve-se ainda considerar o estabelecimento de um fluxograma para atendimento das pessoas em crise hipertensiva e o treinamento de todos os profissionais na triagem com classificação de risco.

Por fim, sugerem-se políticas de incentivo às relações humanas e de trabalho para que os profissionais de saúde se mantenham envolvidos no atendimento, oferecendo uma assistência integral e humanizada à clientela e que o município garanta o acompanhamento dos usuários nos três níveis de atenção por equipe interdisciplinar para diminuir a ocorrência e o agravamento das crises hipertensivas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.A. Emergências hipertensivas: bases farmacológicas para o tratamento. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 9, n. 4, p. 346-352, out./dez. 2002.

AMARAL C.F.S. Emergências hipertensivas. In: AMODEO, C.; LIMA, E.G.; VASQUEZ. E.C. **Hipertensão arterial**. São Paulo: Sarvier, 1997. cap. 32, p. 277-284

BAIRD, M.S. Disfunções cardiovasculares. In: SWEARING, P.H.; KEEN, J.H. **Manual de enfermagem no cuidado crítico: intervenções em enfermagem e problemas colaborativos**. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2005. cap. 4, p. 315-444.

BECKER, F. **A epistemologia do professor: o cotidiano da escola**. 6. ed. Petrópolis-RJ: Ed. Vozes, 1993. 344 p.

BENOWITZ, N.L. Fármacos anti-hipertensivos. In: KATZUNG, B.G. **Farmacologia básica e clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 11, p. 135-154.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196**: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da república Federativa do Brasil. Brasília, out. 2003.

CARNAVELOSO, M.L. *et al.* Enfermidades não-transmissíveis na atenção básica: novo desafio para o PSF. In: **PROJETO de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília-DF, 2004. p. 117-126.

CARVALHO, M.A.P de.; ACIOLI, S.; STOTZ, E.N. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: VASCONCELOS, E.M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-113.

DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA. **Rev. da Sociedade Brasileira de hipertensão**, v. 7, n. 4, 2004.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4., 2002, Campos do Jordão. **Anais...** Campos do Jordão, 2002. 40 p.

FAPESP. Obesidade na favela. Disponível em: <http://www.agencia.fapesp.br/boletim_dentro.php?id=4937>. Acesso em: 10 out 2006

FERREIRA, A.B de H. **Mini Aurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. Século XXI. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001. 874 p.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da favela da rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1792-1800, 2005.

FRANCO, R.J.S. Crise hipertensiva: definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 340-345, 2002.

FRANCO, S.C.; CAMPOS G.W. de S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan./mar. 1998. Disponível em: <file://C:\Cadernos%20de%20Saude%20Publica%20-%Avaliação%20da%20qualid...>. Acesso em: 23 nov. 2006.

GALLO JUNIOR, L.; CASTRO, R.B.P. de; MACIEL, B.C. Exercício e hipertensão arterial. In: AMODEO, C.; LIMA, E.G.; VASQUEZ, E.C. **Hipertensão arterial**. São Paulo: Sarvier, 1997. cap. 21, p. 175-186.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIORGI, D.M.A. Hipertensão arterial: abordagem farmacológica. In: AMODEO, C.; LIMA, E.G.; VASQUEZ, E.C. **Hipertensão arterial**. São Paulo: Sarvier, 1997. cap. 30, p. 249-261.

GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. 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 Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 241-246, 2005.

GUEDES, N.G. *et al.* Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 181-188, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Tábua de classificação brasileira de ocupações**. Rio de Janeiro: IBGE, 1991.

INSITTUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Taxas de desemprego no Brasil. Disponível em <<http://www.estadão.com.br/ultimos/economia/noticias/2006/fev/23/52.htm>>. Acesso em: 16 de fevereiro.2007

JARDIN, P.C.B.V.; MONEGO, E.T.; SOUZA, A.L.L. Abordagem não medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. In: PIERIN, A.M.G. **Hipertensão arterial**. São Paulo: Manole, 2004. cap. 8, p. 119-138.

KAPLAN, N.M. Sistemic hypertension: mechanisms and diagnosis. In: ZIPES, D.P. *et al.* **Heart disease**: a text book of cardiovascular medicine. 7. ed. United States of American: Elsevier Saunders, 2005. chapter 37, p. 959-988.

LANTHIER, L.; PILON, D. **La crise hypertensive**: sauriez-vous la reconnaître?. Disponível em: <<http://stacomcommunications.com/journals/leclinicien/images/clinici enpolf/marc01/lanthierprove.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2001.

LIMA, R.E.F. *et al.* Perfil dos pacientes atendidos em crise hipertensiva em um serviço de urgência de Fortaleza. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 9-14, set./dez. 2005.

LOPES, R.P.; FEITOSA FILHO, G.S. Crise hipertensiva. **Rev. Soc. Bra. Clin. Med.**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 113-116, 2005.

MARTIN, J.F.V. *et al.* Perfil da crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 83, n. 3, p. 1-14, 2004.

MOREIRA, T.M.M. **Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial**: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza – Ceará. 2003. 218 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Faculdade de enfermagem (UFC). Fortaleza, 2003.

NOBRE, F. *et al.* Evaluation of the medical care of patients with hypertension in an emergency department and in ambulatory hypertension unit. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 fev. 2006.

NÚÑEZ-ROCHA, G.M. *et al.* Tiempos de espera? El triage. Una alternativa en el departamento de emergências. **Revista de Investigación Clínica**, v. 56, n. 3, p. 314-320, 2004.

OIGMAN, W. Crise hipertensiva: quando e como abordá-la. 2003. Disponível em: <<http://www.socerj.org.br/revista/jan-2003/art06.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2006.

OLIVEIRA, A.A. **Doenças cardiovasculares**: trabalho e aposentadorias por invalidez. 2000. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública (FSP). São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, K.C.S de. **Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado de Ribeirão Preto**. 2004. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2004.

PAINÉ, S. A report of the finding of a 1-year study of waiting times among patients attending an Accident and Emergency department. **Accident and Emergency Nursing**, v. 2, p. 130-133, 1994.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUEIROY, Zélia. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p.567-586

PERLOFF, D. *et al.* Human blood pressure determination by sphygmomanometry. **Circulation**, v. 88, n. 5, pt. 1, p. 2460-2470, 1993.

PRAXEDES, J.; SANTELLO, J.L. **Emergências e urgências hipertensivas**. In: BRANDÃO, A.A. *et al.* **Hipertensão**. São Paulo: Elsevier, 2006. cap. 13, p. 375-390.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Disponível em: <<http://www.pmf.ce.gov.br>>. Acesso em: 12 mar. 2006.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5^a.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RANG, H.P.; DALE.; M.M.; RITTER, J.M. O coração. In: RANG, H.P.; DALE.; M.M.; RITTER, J.M. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 14, p. 206-228.

RIBEIRO, R. da C.; LOTUFO, P.A. **Hipertensão arterial**. Diagnóstico e tratamento da hipertensão. São Paulo: Sarvier, 2005.

ROSA, E.M da *et al.* Perfil do diagnóstico e tratamento da crise hipertensiva realizado nos pronto-atendimentos de Caxias do Sul. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 47, n. 4, p. 257-261, out./dez. 2003.

SANCHEZ, C.G. **Perfil do paciente hipertenso atendido em pronto-socorro**: comparação com hipertensos em tratamento ambulatorial. 2000. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

SILVA, S.S. **Angina pectoris instável**: perfil de clientes de uma instituição privada. 2003. 102 f. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo, 2003.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Tratamento de pacientes com distúrbios Vasculares coronarianos. In: SMETZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 28, p. 752-807.

SOUZA, A.C.C de.; ANDRADE, A.M de.; ANDRADE, M de M.; SERAFIM,E.C.G.; MOREIRA,T.M.M. Caracterização de uma clientela atendida na emergência de um hospital municipal de Fortaleza-ceará em crise hipertensiva. IN: Encontro de Pós-graduação e pesquisa da UNIFOR,6., 2006. Fortaleza. **Resumos...** Fortaleza: Editora UNIFOR, 2006. p.49.

SOUZA, A.C.C de.; BORGES, J.W.P.; FALCÃO, L.M.; SILVA, M.R.F da.; MOREIRA,T.M.M. Na contramão dos serviços: identificando as unidades básicas de saúde para o atendimento ao portador de hipertensão arterial. IN: Encontro de Pós-graduação e pesquisa da UNIFOR,6., 2006. Fortaleza. **Resumos...** Fortaleza: Editora UNIFOR, 2006. p.49.

STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume e Dumará, 1993. p.13-21.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

VALENTIN, I.V.L.; KRUEL.A.J. A importância da confiança interpessoal para consolidação do programa saúde da família. Disponível em:< <http://www.abrasco.or.br/cienciasaudecoletiva/artigo-int.php?id-artigo>. Acesso em 18 fev. 2007.

VARON, J.; MARIK, P.E. **Clinical review**: the management of hypertensive crises. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?Artid=270718>>. Acesso em: 22 fev. 2006a.

_____. **The Diagnosis and management of hypertensive crises**. Disponível em: <<http://www.chestjournal.org>>. Acesso em: 22 fev. 2006b.

VARON, J.; POLANSKY, M. **Hypertensyve crises**: recognition and management. Disponível em: <<http://www.uam.es/departamentos/medicina/anesnet/journal/ija/vol11n1/articles/htncris...>>. Acesso em: 22 fev. 2006.

VASCONCELLOS, E.M. **Hipertensão arterial sistêmica**: uma experiência de 34 anos. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

ZAMPAGLIONE, B. *et al.* Hypertensive urgencies and emergencies: prevalence and clinical presentation. **Hypertension**, Italy, v. 27, n. 1, p. 144-147, jan. 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A Tempo de permanência _____ Min A _____
B Horário de atendimento: 1() M 2() T 3() N B _____
C Dia da semana _____ C _____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

1 Sexo: 1() M 2() F 1 _____
2 Idade: _____ anos 2 _____
3 Nível de instrução 3 _____
1 () Analfabeto- 1º incompleto
2 () 1º completo e 2º incompleto
3 () 2º grau completo ou mais
4 Categorias de ocupação 4 _____

5 Nº de empregos 5 _____
6 Jornada diária de trabalho 6 _____
7 Renda familiar R\$ 7 _____
8 Nº de pessoas que residem em sua casa 8 _____
9 Estado civil: 9 _____
1() Casado(a) 2() Solteiro(a)
3() Viúvo(a) 4() Desquitado(a)
5() Divorciado(a) 6() Outros(a)

10 Procedência (Nome do bairro/cidade) 10 _____
11 Número de filhos 11 _____

DADOS CLÍNICOS-EPIDEMIOLÓGICOS:

12.1 momento PAS _____ PAD _____ 12.1 _____
12.2 momento PAS _____ PAD _____ 12.2 _____

13. IMC 13 _____

Tem (ou teve) algumas das doenças abaixo:

	1=sim	2=não	3=não sabe referir	
14 Hipertensão arterial sistêmica	()	()	()	14 _____
15 Diabetes mellitus	()	()	()	15 _____
16 Dislipidemia	()	()	()	16 _____
17 Doença vascular periférica	()	()	()	17 _____
18 Acidente vascular cerebral	()	()	()	18 _____
19 Doenças renais	()	()	()	19 _____
20 Obesidade	()	()	()	20 _____
21 Doenças Cardíacas	()	()	()	21 _____

22 Faz tratamento para essas doenças? 22 _____
1() Sim 2() Não 3() Não sabe referir

23 Qual(is)? 23 _____

24 Faz tratamento para algum tipo de enfermidade? 24 _____
1() Sim 2() Não

25 Qual(is)? 25 _____

26 Faz uso de algum medicamento? 26 _____

1() Sim 2() Não
27 Qual(is): _____ 27 _____

28 Uso regular? 28 _____
1() Sim 2() Não

29 Sinais e sintomas apresentados pelo cliente: 29 _____

História familiar

Na família (avós, pais e irmãos) já houve caso de:

30 Hipertensão arterial sistêmica 30 _____
1() Sim 2() Não 3() Não sabe referir

31 Quem? _____ 31 _____

32 Diabetes mellitus 32 _____
1() sim 2() não 3() não sabe referir

33 Quem? _____ 33 _____

34 Morte súbita 34 _____
1() sim 2() não 3() não sabe referir

35 Quem? _____ 35 _____

36 Infarto agudo do miocárdio 36 _____
1() sim 2() não 3() não sabe referir

37 Quem? _____ 37 _____

38 Acidente vascular cerebral 38 _____
1() sim 2() não 3() não sabe referir

39 Quem? _____ 39 _____

Estilo de vida

40 Tem o hábito de fumar? 40 _____
1() Sim 2() Não

41 Costuma tragar? 41 _____
1() 2() Não

42 Quantidade/dia: _____ 42 _____

43 Tipo: _____ 43 _____

44 Pratica algum exercício físico 44 _____
1() Sim 2() Não

45 Qual exercício pratica? _____ 45 _____

46 Quanto tempo de exercício? _____ minutos 46 _____

47 Quantas vezes na semana? _____ dias 47 _____

43. Quais são as causas apontadas pelo cliente para a ocorrência da crise hipertensiva? 43_____
- 1() dieta incorreta
 - 2() falta de exercícios físicos
 - 3() tabagismo
 - 4() ingestão excessiva de álcool
 - 5() estresse
 - 6() uso de estrógenos
 - 7() idade
 - 8() raça
 - 9() história familiar
 - 10() diabetes
 - 11() hipercolesterolemia
 - 12() hipertensão arterial
 - 13() obesidade
 - 14() outros.
- Especificar: _____

CONHECIMENTO SOBRE CRISE HIPERTENSIVA

Dados relacionados ao diagnóstico de crise hipertensiva

- 44 Cliente tem conhecimento do que é crise hipertensiva? 44_____
- 1() sim 2() não
- 45 Em caso afirmativo, faz referência: 45_____
- 1 () ao nome da patologia
 - 2 () aos dados da fisiopatologia

ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

46. Além deste serviço de saúde, utiliza algum outro tipo de serviço de saúde? 46_____
- 1 () sim 2 () não
- 47 Qual?: _____ 47_____
- 48 Em quais ocasiões: 48_____
- 1 () periodicamente, para prevenir doenças.
 - 2 () periodicamente, pois faz tratamento médico.
 - 3 () somente em casos de urgência.
 - 4 () outros.
- Especificar: _____
- 49 Quanto tempo espera para receber atendimento ao chegar nesse 49_____
- serviço de saúde com crise hipertensiva? _____ minutos
- 50 Quanto tempo espera receber atendimento ao chegar em outro 50_____
- serviço de saúde com crise hipertensiva? _____ minutos
- 51 Alguma vez procurou o serviço e não foi atendido? 51_____
- 1() Sim 2() Não 3() às vezes
- 52 Quantas vezes? _____ vezes 52_____
- 53 Foi bem atendido nesse serviço de saúde? 53_____
- 1() Sim 2() Não 3() às vezes
- 54 Faz acompanhamento para hipertensão arterial 55_____
- 1() Sim 2() Não

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ana Célia Caetano de Souza, enfermeira dessa instituição, estou fazendo uma pesquisa para conhecer as pessoas que procuram o hospital com crise hipertensiva, a fim de saber se elas conhecem esse problema de saúde e como estão sendo atendidas nos serviços. Gostaria de solicitar sua aceitação para participar desse estudo, quando deverá responder a um formulário e ter a pressão arterial verificada. Esclareço que será garantida a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, e que seu nome, idade ou qualquer informação pessoal não serão revelados. Informo, ainda, que será garantido o acesso a qualquer informação sobre os procedimentos e benefícios relacionadas à pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável para esclarecimentos de dúvidas. Todos os dados que forem obtidos com a pesquisa serão utilizados para tentar melhorar o atendimento da população com esse problema. Caso precise, poderá entrar em contato comigo pelo telefone 9997 7217.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente protocolo da pesquisa.

Fortaleza, _____, de _____, de 2006

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador



APÊNDICE C – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NA
INSTITUIÇÃO

Eu, Ana Célia Caetano de Souza, RG 8901002008121, CPF 371786443-20, discente do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará, responsável legal pela pesquisa Crise hipertensiva: análise dos casos atendidos na emergência de um hospital municipal de Fortaleza-Ceará, e tendo como orientadora a Professora Dr^a. Thereza Maria Magalhães Moreira, solicito a esta instituição de saúde a permissão para realizar a minha coleta de dados nos meses de abril a julho de 2006.

Fortaleza, _____ de _____ de 2006

Assinatura da Mestranda

ANEXO

