


MANEJO DO PACIENTE EM CRISE HIPERTENSIVA NO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL – TO

MANAGEMENT OF THE PATIENT IN HYPERTENSIVE CRISIS IN THE MUNICIPALITY OF PORTO NACIONAL – TO

MANEJO DEL PACIENTE EN CRISIS HIPERTENSIVA EN EL MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL – TO

 <https://doi.org/10.56238/arev7n11-235>

Data de submissão: 18/10/2025

Data de publicação: 18/11/2025

Alex Ruan Silva Sousa

Graduando em Medicina

Instituição: Afya Faculdade Porto Nacional

E-mail: alexruansilvasousa@gmail.com

Pedro Ribeiro Marques Neto

Graduando em Medicina

Instituição: Afya Faculdade Porto Nacional

E-mail: neto80688@gmail.com

Vitoria Valadares da Costa

Graduando em Medicina

Instituição: Afya Faculdade Porto Nacional

E-mail: vivivaladaress@gmail.com

Angelo Ricardo Balduino

Pós-Doutor em Ciências Humanas

Instituição: Universidad Interamericana (UNINTERAMERICANA)

E-mail: angelo.balduino@afya.com.br

Elyanne dos Santos Gomes

Especialista em Cardiologia

Instituição: Hospital Irmandade Santa Casa de Londrina/Centro do Coração (CDC)

E-mail: elyannegomes@gmail.com

Juliana Alves dos Reis e Silva Emídio

Especialista em Cardiologia

Instituição: Instituto de cardiologia do Distrito Federal

E-mail: julianaalvesreis@gmail.com

Taynara Augusta Fernandes

Mestre em Biodiversidade e Biotecnologia

Instituição: Universidade Federal do Tocantins

E-mail: taynara.fernandes@itpacporto.edu.br

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia crônica definida por níveis elevados de pressão arterial. Sendo assim, a baixa adesão ao tratamento ou a sua interrupção pode levar a complicações como a elevação abrupta da PA que dará origem ao quadro clínico de crise hipertensiva. No que diz respeito a crise hipertensiva, ela é dividida em duas: urgência hipertensiva, definida por PAS \geq a 180 mmHg e/ou PAD \geq 120 mmHg, sem LOA (lesão de órgão-alvo); e emergência hipertensiva, definida pelos mesmos valores de PAS e PAD, com presença de LOA. **Objetivo:** Analisar como é realizado o manejo do paciente em crise hipertensiva na UPA de Porto Nacional – TO em 2024, com foco na eficácia dos protocolos de atendimento e qualidade do cuidado prestado. **Metodologia:** A pesquisa é um estudo epidemiológico, observacional, analítico, do tipo transversal, que objetiva avaliar o manejo do paciente em crise hipertensiva na Unidade de Pronto Atendimento de Porto Nacional – TO. Ademais, o estudo foi realizado no período de outubro de 2024 a maio de 2025, por meio de prontuários de pacientes que deram entrada em crise hipertensiva na UPA. **Resultados e discussão:** Foram analisados 527 prontuários de pacientes com pico hipertensivo na UPA de Porto Nacional (jan–abr/2024). Houve predominância de mulheres (61,8%) e faixa etária entre 40 e 60 anos. Observou-se ausência de distinção entre urgência e emergência hipertensiva e uso predominante de captopril por via oral. Apenas 14,4% realizaram ECG e não houve registro de investigação de lesões em órgãos-alvo. O estudo evidencia a necessidade de padronizar o manejo das crises hipertensivas, com adequada classificação dos casos e uso correto das vias de administração. **Conclusão:** O estudo evidenciou que, apesar da existência de diretrizes para o manejo da hipertensão arterial sistêmica e suas crises, as condutas observadas não seguiram integralmente as recomendações. A falta de critérios para distinguir urgência e emergência hipertensiva e o manejo baseado na disponibilidade de medicamentos foram frequentes. Ressalta-se a necessidade de qualificar o atendimento nas urgências e fortalecer a Atenção Primária à Saúde para melhor controle e prevenção das complicações da hipertensão.

Palavras-chave: Emergência Hipertensiva. Lesão de Órgão-Alvo. Tratamento. Urgência Hipertensiva.

ABSTRACT

Introduction: Systemic arterial hypertension (SAH) is a chronic pathology defined by elevated blood pressure levels. Therefore, poor adherence to treatment or its interruption can lead to complications such as an abrupt increase in blood pressure, resulting in a hypertensive crisis. Hypertensive crises are divided into two types: hypertensive urgency, defined by systolic blood pressure (SBP) \geq 180 mmHg and/or diastolic blood pressure (DBP) \geq 120 mmHg, without target organ damage (TOD); and hypertensive emergency, defined by the same SBP and DBP values, with the presence of TOD. **Objective:** To analyze how patients in hypertensive crisis are managed at the Emergency Care Unit (UPA) in Porto Nacional – TO in 2024, focusing on the effectiveness of care protocols and the quality of care provided. **Methodology:** This research is an epidemiological, observational, analytical, cross-sectional study that aims to evaluate the management of patients in hypertensive crisis at the Emergency Care Unit in Porto Nacional – TO. Furthermore, the study was conducted from October 2024 to May 2025, using medical records of patients admitted to the UPA (Emergency Care Unit) in case of hypertensive crisis. **Results and discussion:** 527 medical records of patients with hypertensive crises at the UPA in Porto Nacional (Jan–Apr/2024) were analyzed. There was a predominance of women (61.8%) and an age range between 40 and 60 years. A lack of distinction between hypertensive urgency and emergency was observed, and captopril was predominantly used orally. Only 14.4% underwent ECG, and there was no record of investigation of target organ damage. The study highlights the need to standardize the management of hypertensive crises, with adequate case classification and correct use of administration routes. **Conclusion:** The study showed that, despite the existence of

guidelines for the management of systemic arterial hypertension and its crises, the observed practices did not fully follow the recommendations. The lack of criteria to distinguish between hypertensive urgency and hypertensive emergency, and management based on medication availability, were frequent. The need to improve the quality of care in emergency settings and strengthen Primary Health Care for better control and prevention of hypertension complications is highlighted.

Keywords: Hypertensive Emergency. Target organ Damage. Treatment. Hypertensive Urgency.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una patología crónica caracterizada por niveles elevados de presión arterial. Por lo tanto, la falta de adherencia al tratamiento o su interrupción pueden ocasionar complicaciones como un aumento brusco de la presión arterial, que resulta en una crisis hipertensiva. Las crisis hipertensivas se dividen en dos tipos: urgencia hipertensiva, definida por una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 180 mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 120 mmHg, sin daño en órganos diana (DOD); y emergencia hipertensiva, definida por los mismos valores de PAS y PAD, con presencia de DOD. **Objetivo:** Analizar el manejo de los pacientes en crisis hipertensiva en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Porto Nacional (TO) en 2024, con énfasis en la efectividad de los protocolos de atención y la calidad de la atención brindada. **Metodología:** Esta investigación es un estudio epidemiológico, observacional, analítico y transversal que tiene como objetivo evaluar el manejo de los pacientes en crisis hipertensiva en la UCI del Hospital Porto Nacional (TO). Además, el estudio se realizó entre octubre de 2024 y mayo de 2025, utilizando las historias clínicas de pacientes ingresados en la UPA (Unidad de Urgencias) por crisis hipertensiva. **Resultados y discusión:** Se analizaron 527 historias clínicas de pacientes con crisis hipertensivas en la UPA de Porto Nacional (enero-abril de 2024). Predominó el sexo femenino (61,8%) y la edad se situó entre los 40 y los 60 años. Se observó una falta de distinción entre urgencia y emergencia hipertensiva, y el captopril se administró predominantemente por vía oral. Solo al 14,4% se le realizó un electrocardiograma, y no se registró ninguna investigación de daño en órganos diana. El estudio subraya la necesidad de estandarizar el manejo de las crisis hipertensivas, con una adecuada clasificación de los casos y el uso correcto de las vías de administración. **Conclusión:** El estudio demostró que, a pesar de la existencia de guías para el manejo de la hipertensión arterial sistémica y sus crisis, las prácticas observadas no se ajustaron completamente a las recomendaciones. La falta de criterios para distinguir entre urgencia hipertensiva y emergencia hipertensiva, así como el manejo basado en la disponibilidad de medicamentos, fueron frecuentes. Se destaca la necesidad de mejorar la calidad de la atención en urgencias y fortalecer la Atención Primaria de Salud para un mejor control y prevención de las complicaciones de la hipertensión.

Palabras clave: Emergencia Hipertensiva. Daño a Órganos Diana. Tratamiento. Urgencia Hipertensiva.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica e não transmissível, definida por níveis elevados de pressão arterial, na qual as vantagens do tratamento – farmacológico ou não – superam os riscos. Essa patologia é de origem multifatorial, ocorrendo uma combinação de fatores genéticos, ambientais e sociais. O diagnóstico da HAS é feito através da aferição de níveis de PA persistentemente elevados, com a pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg, com medições realizadas corretamente em pelo menos duas ocasiões diferentes, sem uso de anti-hipertensivo (Barroso *et al.*, 2021).

Dentro os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS tem-se: idade, sexo, etnia, excesso de peso, obesidade, ingestão de sódio, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos (Langowski; Trompczynski, 2018).

Assim, a HAS revela-se como um grande desafio para a saúde pública, devido à sua alta incidência e correlação com o risco de mortalidade. Em adição, o envelhecimento corrobora a prevalência da HAS, ultrapassando 50% entre pessoas com mais de 65 anos (De Lima Arruda *et al.*, 2021). Desse modo, no Brasil, o levantamento feito pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2023 revelou que aproximadamente 27,9% da população adulta possui diagnóstico de hipertensão arterial.

Neste contexto, as urgências hipertensivas (UH) são caracterizadas pela elevação da PAS igual ou superior a 180 mmHg e/ou PAD igual ou superior 120 mmHg sem evidências de lesões em órgãos-alvo e sem risco iminente de morte. Em contrapartida, as emergências hipertensivas (EH) são determinadas pelo aumento acentuado da PA, com PAS maior ou igual a 180 mmHg e/ou PAD maior ou igual a 120 mmHg, lesões de órgãos-alvo (como cérebro, coração, vasos sanguíneos e rins) e risco iminente de morte (Barroso *et al.*, 2021).

Embora os critérios para o tratamento eficaz da HAS já estejam bem delimitados, somente um terço dos brasileiros conseguem fazer o controle pressórico de maneira adequada (Sousa *et al.*, 2019). Desse modo, a PA aumentada favorece os elevados índices da doença, já que o manejo inadequado da patologia acarreta o aumento dos custos com medicamentos, necessidade de polifarmácia e complicações da HAS, levando a quadros de crise hipertensiva, caracterizada por urgências e emergências, por exemplo.

Diante disso, a HAS é um fator causal de mortalidade e morbidade no Brasil, frequentemente associada a agravos como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão e insuficiência renal. Durante episódios de EH, a adequada avaliação e o manejo do paciente

são de suma importância para impedir danos em órgãos-alvo e diminuir o risco de óbito. Dessa modo, analisar o manejo dos pacientes em crise hipertensiva na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Porto Nacional permitirá identificar possíveis lacunas no atendimento. A partir de tal pesquisa, é possível aprimorar o cuidado e contribuir para a melhoria dos serviços de saúde no município de Porto Nacional.

Portanto, o desenvolvimento de estudos com essa temática permite analisar como é feito o manejo do paciente em crise hipertensiva, possibilitando a avaliação da eficácia dos protocolos adotados, identificando possíveis falhas e oportunidades de melhorias. Dessa forma, esta pesquisa visa analisar como é realizado o manejo do paciente em crise hipertensiva na UPA de Porto Nacional – TO.

2 METODOLOGIA

Este trabalho apresenta-se como um estudo epidemiológico, observacional, analítico, do tipo transversal, tendo em vista que a pesquisa almejou analisar como é realizado o manejo do paciente em crise hipertensiva na UPA de Porto Nacional – TO em 2024, com foco na eficácia dos protocolos de atendimento e qualidade do cuidado prestado.

A pesquisa foi realizada na UPA, localizado no município de Porto Nacional, Tocantins, Brasil, entre os meses de outubro de 2024 a maio de 2025. A coleta de dados foi realizada por meio da análise de prontuários durante o período previamente supracitado.

O estudo teve como população-alvo pacientes que deram entrada em crise hipertensiva, independentemente de idade e sexo, e que receberam alta, foram transferidos ou faleceram na UPA, no município de Porto Nacional, Tocantins, Brasil. A amostra é de caráter não-probabilística sendo checados os prontuários médicos de atendimentos realizados entre o período de 1 janeiro de 2024 a 30 de abril de 2024. Esses prontuários foram selecionados por crise hipertensiva e período, na base de dados do setor de Arquivologia da UPA de Porto Nacional - TO.

Os critérios de inclusão foram os prontuários eletrônicos dos pacientes que deram entrada na UPA no ano de 2024 com PAS igual ou superior a 180 mmHg e/ou PAD igual ou superior 120 mmHg. Já os critérios de exclusão foram os prontuários que não contemplem as variáveis estudadas nesta pesquisa, gestantes e prontuários incompletos.

As variáveis analisadas incluíram: pressão arterial; evidências de LOA para classificar entre urgência e emergência, manejo na UPA (medicação, monitoramento, exames, intervenções) e desfecho da crise hipertensiva.

Os dados foram coletados por meio da análise de prontuários de pacientes atendidos com crise hipertensiva na UPA de Porto Nacional – TO, no ano de 2024. Foram analisadas as variáveis: pressão

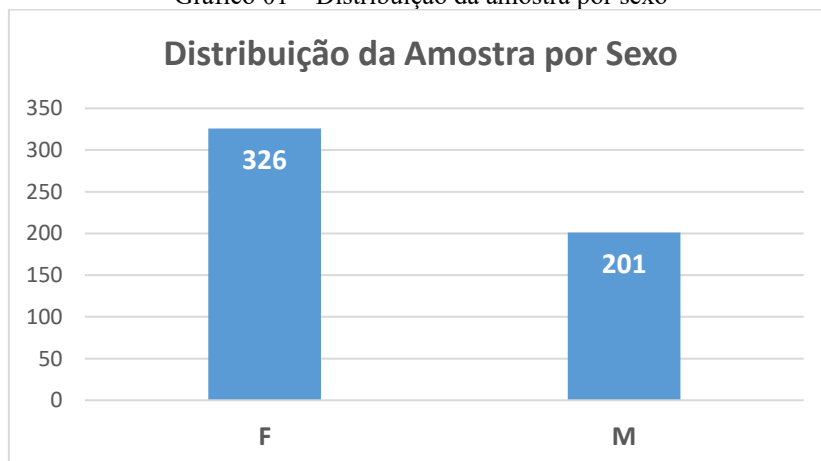
arterial, evidências de lesão de órgão alvo (LOA), manejo realizado (incluindo medicação, monitoramento, exames e intervenções), e desfechos da crise hipertensiva, como alta, internação, transferência ou óbito. Os prontuários foram classificados em urgência ou emergência hipertensiva, com base na presença ou ausência de LOA. A análise descritiva foi realizada para todas as variáveis, bem como as diferenças no manejo e nos desfechos entre urgências e emergências. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos, detalhando a classificação das crises hipertensivas, o manejo realizado e os desfechos observados. A discussão dos achados foi comparada com a literatura existente sobre o manejo de crises hipertensivas.

Dessa forma, essa pesquisa adotou um delineamento observacional, analítico, do tipo transversal, com abordagem qualitativa, a partir da análise de prontuários de pacientes atendidos em crise hipertensiva na UPA de Porto Nacional – TO no ano de 2024. Os prontuários foram selecionados e classificados em urgência ou emergência hipertensiva, de acordo com a presença ou ausência de lesão de órgão-alvo (LOA). Foram coletados dados sobre a pressão arterial, manejo clínico (medicação, monitoramento, exames) e os desfechos dos pacientes, com o objetivo de analisar o manejo das crises hipertensivas e os resultados clínicos observados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

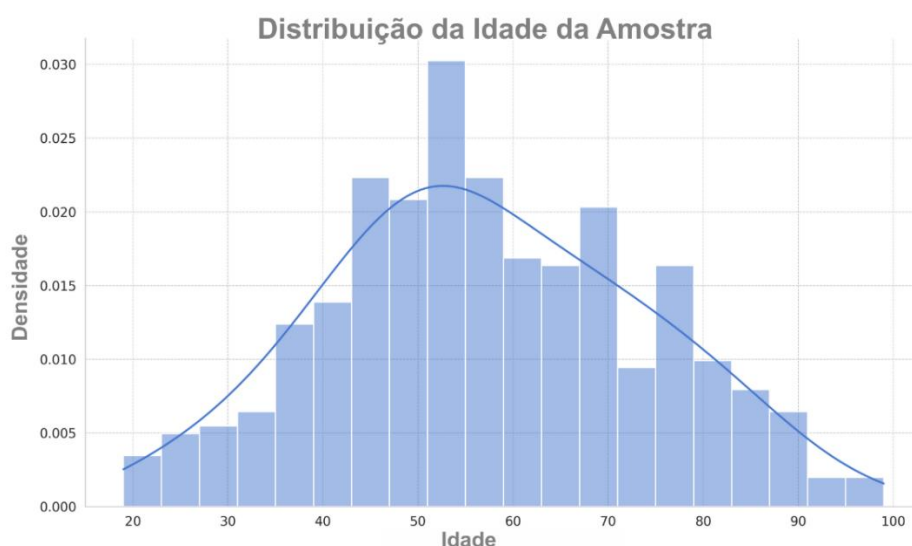
Foram analisados um total de 527 prontuários de pacientes atendidos com pico hipertensivo nos meses de janeiro a abril do ano de 2024 na UPA de Porto Nacional. Onde, foi observado maior prevalência de crise hipertensiva no sexo feminino, com um total de 326, em contraste com 201 casos do sexo masculino, sendo a faixa etária de 40 a 60 anos a mais acometida, com média estimada de 50 anos, conforme demonstrados nos gráficos 1 e 2, respectivamente.

Gráfico 01 – Distribuição da amostra por sexo



Fonte: Elaborado pelos autores

Gráfico 02 – Distribuição da Idade da Amostra (histograma com curva de densidade)



Fonte: Elaborado pelos autores

A partir de 65 anos foi observada uma redução gradual da frequência, isso pode ter relação com a utilização correta da medicação contínua. Em relação a evidências de pesquisa de LOA, não foram encontrados dados nos prontuários que demonstrem que tal iniciativa foi tomada, possivelmente devido à falta de tempo em relação a necessidade de atendimentos rápidos no contexto de emergências e a falta de equipamentos necessários para tal pesquisa. Entretanto, foi possível observar que cerca de 35% dos pacientes que estavam em crise hipertensiva, tinham quadros de cefaleia, dor torácica, náuseas, vertigem e visão turva concomitantemente ao aumento da PA, podendo ser associado a possíveis LOA's.

Em relação ao total de casos, foi possível perceber que 155 pacientes, com prevalência entre indivíduos de 50 a 59 anos, tiveram aumento na pressão arterial devido à quadros de pseudocrise hipertensiva. Tendo geralmente como etiologia quadros álgicos e crises de ansiedade, sendo o sexo feminino o mais afetado nessa população. No que diz respeito ao manejo desse quadro clínico - pseudocrise hipertensiva), foi possível observar que a medicação mais empregada foi dipirona (utilizada em cerca de 45% dos casos), seguida por tramadol (18,7%), e diazepam (15,4%). Além disso, medicações como buscopam, cetoprofeno, dexametasona e bropromida também foram utilizadas, geralmente em associação com dipirona e tramadol, correspondendo a 20,9% quando utilizadas isoladamente e/ou associação.

Dentre todos os casos analisados, apenas 14,4% dos pacientes fizeram ECG, o que corrobora a hipótese de tempo limitado, estando o objetivo do atendimento mais voltado para a resolução do pico pressórico do que para buscar possíveis repercussões sistêmicas. Além disso, dentre os prontuários, em 85,6% dos casos não houve solicitação de exames para avaliação de LOA's e/ou não registrou no

prontuário; e 11,3% dos pacientes não fizeram uso de medicação anti-hipertensiva ou estavam com prontuário incompleto.

As urgências hipertensivas (UH) são caracterizadas pela elevação da PAS igual ou superior a 180 mmHg e/ou PAD igual ou superior 120 mmHg sem evidências de lesões em órgãos-alvo e sem risco iminente de morte. Em contrapartida, as emergências hipertensivas (EH) são determinadas pelo aumento acentuado da PA, com PAS maior ou igual a 180 mmHg e/ou PAD maior ou igual a 120 mmHg, lesões de órgãos-alvo (como cérebro, coração, vasos sanguíneos e rins) e risco iminente de morte (Barroso *et al.*, 2021).

Conforme a Diretriz Brasileira de HAS 2020, as recomendações gerais de redução da PA para EH devem ser:

- PA 160/100-110 mmHg nas próximas 2 a 6 h;
- PA 135/85 mmHg em um período de 24-48 h subsequentes. Entretanto, as EH devem ser abordadas considerando o sistema ou o órgão alvo acometido.

Quanto ao manejo correto de pacientes em emergência hipertensiva, as medicações de escolha disponíveis no Brasil por via parenteral são: Esmolol; Metoprolol; Nitroglicerina; Nitroprussiato de sódio; Hidralazina; Diazóxido; Enalaprilato; e Furosemida, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 01 – Medicamentos intravenosos de escolha disponíveis no Brasil

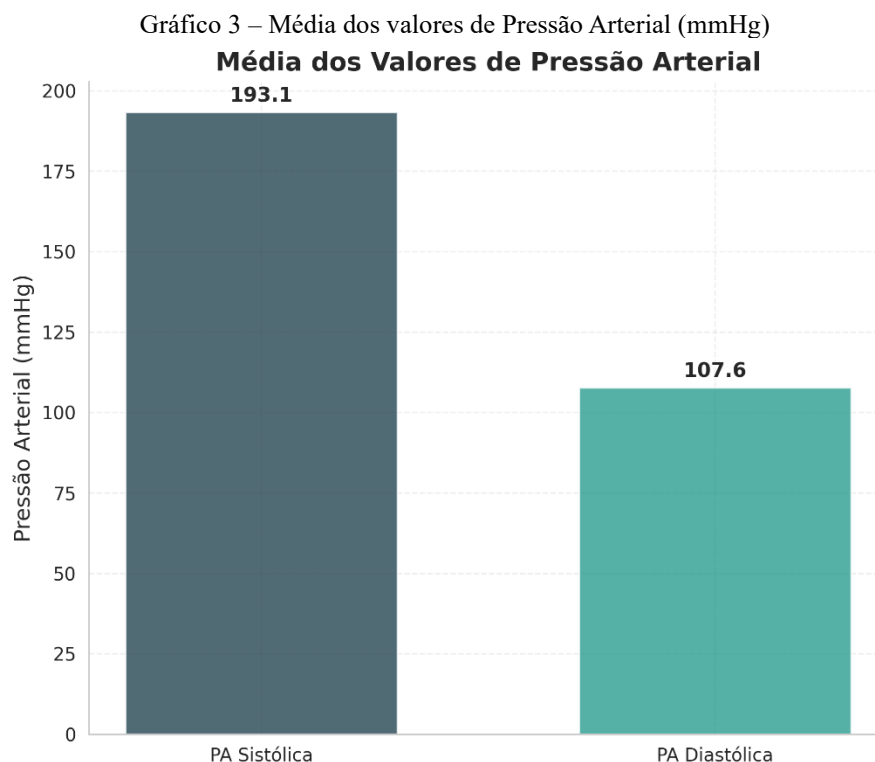
Medicamentos	Modo de administração e dosagem	Início	Duração
Esmolol	Ataque: 500µg/kg Infusão intermitente IV 25-50 µg/kg/min ↑ 25 µg/kg/min cada 10- 20min. Máximo 300 µg/kg/min	1-2 minutos	1-20 minutos
Metoprolol	5 mg IV (repetir 10/10 min, se necessário até 20 mg) nitroglicerina, 5-15mg/h em infusão IV	5-10 minutos	3-4 horas
Nitroglicerina	5-15mg/h em infusão IV	2-5 minutos	3-5 minutos
Nitroprussiato de sódio	0,25 – 10 mg/kg/min em infusão contínua IV	Imediato	1-2 minutos
Hidralazina	10-20 mg IV ou 10-40 mg IM 6/6h	10-30 minutos	3-12 horas
Diazóxido	Infusão IV 10-15 min 1-3 mg/kg, máximo 150 mg	1-10 minutos	3-18 horas
Enalaprilato	Infusão intermitente IV 5,0 mg 6/6h até 20 mg	15 minutos	4-6 horas
Furosemida	20-60 mg IV (repetir após 30 min)	2-5 minutos	30-90 minutos

Fonte: Adaptado de Barroso, 2021

Dentre esses anti-hipertensivos, a hidralazina possui efeitos não previsíveis e constantemente leva a uma rápida redução da pressão arterial, e por isso, deve ser dispensada como primeira opção.

No entanto, o observado através dos prontuários, foi a utilização de captopril (VO e SL), nifedipino, anlodipino, hidralazina (IV e VO), propranolol, furosemida (IV e VO) e hidroclorotiazida; sendo todas as medicações, com exceção do captopril, da hidralazina e furosemida, administradas por VO. Em relação as diferenças no manejo da emergência e urgência hipertensiva, foi notado que, devido não haver distinção nos prontuários em relação as duas condições, todos os picos pressóricos são manejados com as mesmas medicações: captopril 50 mg (em 64,9% dos casos), anlodipino 5-10 mg (15,5%, geralmente em associação com captopril), propranolol 40-80 mg (9,3%, geralmente em associação com captopril), furosemida 20-40 mg (7,2% em associação com captopril e isoladamente), nifedipino 10-20 mg (3,1% geralmente em associação com captopril), hidroclorotiazida 25 mg (2,1% em associação com captopril e isoladamente), hidralazina 1 ampola IV e 25 mg VO (4,17%), atenolol 10-50 mg (1,13%) Além disso, observou-se também que a via de administração mais empregada do captopril foi a VO, que deveria ser a principal escolha somente nas urgências – podendo optar pela via SL- , não sendo a via de escolha para o manejo de EH, uma vez que nesses casos o preconizado seria a via IV. Portanto, no que diz respeito ao manejo, observou-se que quase a totalidade dos casos foram atendidos com as medicações preconizadas pela diretriz e/ou com medicações da mesma classe, mas com a via de administração não sendo a preferível, principalmente em casos de EH; mas como não houve distinção entre UH e EH, ambas são manejadas da mesma forma e com as mesmas medicações.

Além disso, os valores pressóricos dos casos analisados foram utilizados para calcular um valor médio para PAS e PAD, ilustrado no gráfico abaixo. Através do valor médio é possível inferir que grande parte dos pacientes atendidos entram no critério de crise hipertensiva pelo valor da PAS (maior que 180 mmHg) (Gráfico 3).



Fonte: Elaborado pelos autores

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluí-se, portanto, que, apesar de existir um documento-guia para o manejo da HAS, incluindo UH e EH, não foi possível notar que o manejo dos pacientes seguiu o que é preconizado pela diretriz. Além disso, não foi possível classificar os pacientes entre urgência ou emergência, uma vez que os procedimentos necessários para essa distinção não foram feitos. Nota-se, assim, que o contexto de atendimentos rápidos em situações de urgência/emergência na UPA acaba tendo resolução similar, com emprego de medicações disponíveis no momento e com base na escolha do médico que está atendendo.

Dessa forma, este estudo evidencia a relevância de aprimorar o manejo das crises hipertensivas nos serviços de urgência, com ênfase na correta classificação dos casos, no uso adequado das vias de administração das medicações e na valorização da pesquisa de possíveis lesões em órgãos-alvo. Além disso, destaca-se a importância do fortalecimento da atenção primária à saúde como estratégia essencial para o controle efetivo da hipertensão arterial e para a prevenção de complicações agudas e recorrentes nos serviços de emergência.

REFERÊNCIAS

- BALAHURA, Ana-Maria et al. The Management of Hypertensive Emergencies—Is There a “Magical” Prescription for All?. **Journal of clinical medicine**, v. 11, n. 11, p. 3138, 2022.
- BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial–2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, p. 516-658, 2021.
- BIF, Suzana Mioranza et al. CRISES HIPERTENSIVAS: ANÁLISE CRÍTICA DAS CARACTERÍSTICAS E ESTRATÉGIAS DE MANEJO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. **Practices and Theories of Contemporary Medicine**, p. 1, 2024.
- BORTOLOTTI, Luiz Aparecido et al. Crises Hipertensivas: Definindo a gravidade e o tratamento. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, p. 254-259, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, p.97-106, 2023.
- DA PENHA LINS, Raphaela et al. CRISE HIPERTENSIVA NA EMERGÊNCIA: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. **Editor Chefe**, Capítulo 36, p. 289-296, 2020.
- DE FREITAS, Guilherme Barroso L. Cardiologia Teoria e Prática Edição II. **Editora Pasteur**, Cap 18, p. 175-178, 2021.
- DE LIMA ARRUDA, Alcínia Braga et al. Produção de uma cartilha educativa sobre a prevenção e controle da hipertensão arterial. **Conjecturas**, v. 21, n. 5, p. 418-430, 2021.
- JATENE, Ieda B.; FERREIRA, João Fernando M.; DRAGER, Luciano F.; e outros. **Tratado de cardiologia SOCESP**. 5ª edição. Barueri: Manole, 2022.
- LANGOWISKI, André Ribeiro; TROMPCZYNSKI, Janine. **Linha Guia de Hipertensão Arterial**. 2018.
- MCEVOY, John William et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). **European Heart Journal**, p. ehae178, 2024.
- MENEZES, Marcelo Henrique et al. Hipertensão arterial sistêmica e eventos cardiovasculares no estado do Tocantins, Brasil. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 4, n. 2, p. 50-53, 2017.
- PEIXOTO, Aldo J. Acute severe hypertension. **New England Journal of Medicine**, v. 381, n. 19, p. 1843-1852, 2019.
- SOUSA, Ana Luiza Lima et al. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial em idosos de uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 112, p. 271-278, 2019.