

# ATUALIZAÇÕES NO RECONHECIMENTO, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E CONDUTA IMEDIATA NAS CRISES HIPERTENSIVAS GRAVES

## UPDATES ON RECOGNITION, RISK STRATIFICATION AND IMMEDIATE MANAGEMENT OF SEVERE HYPERTENSIVE CRISES

Erika Petralha Nogueira<sup>1</sup>; Josimá Lima Oliveira<sup>2</sup>; Guilherme Silva Augusto<sup>3</sup>; José Tadeu Aranha Nunes<sup>4</sup>; Davson José Bergamaschi Souza Costa<sup>5</sup>; Aurélio Goulart Rodovalho<sup>6</sup>; Adriano de Souza Gomes<sup>7</sup>; Marília Santos de Moraes<sup>8</sup>; Lucas Andrade Menezes<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Graduanda em Medicina, Universidade Estácio de Sá (UNESA), Campus Vista Carioca, RJ | E-mail: erikapetralha@gmail.com

<sup>2</sup>Mestre em Ciência, Tecnologia e Educação, Centro Universitário Vale do Cricaré (UNIVC) | E-mail: josima@bol.com.br

<sup>3</sup>Médico Infectologista e Pediatra, Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) | E-mail: guilhermeaugustoufgd@gmail.com

<sup>4</sup>Graduando em Medicina, Centro Universitário Integrado | E-mail: tadeuanunes@icloud.com

<sup>5</sup>Cirurgião Cardiovascular, Hospital Regional São Paulo (HRSP), Xanxerê, SC | E-mail: davson.jbcs@gmail.com

<sup>6</sup>Mestre em Biomedicina, Una | E-mail: aureliorodvalho@hotmail.com

<sup>7</sup>Graduado em Enfermagem, Centro Universitário do Norte (UNINORTE) | E-mail: enfermeiroadrianogomes@gmail.com

<sup>8</sup>Pós-Graduada em Medicina, UNINOVAFAP | E-mail: anaoliv196@gmail.com

<sup>9</sup>Graduando em Medicina, União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO) | E-mail: menezes.lucas420@gmail.com

### Resumo

As crises hipertensivas são causa frequente de atendimento em serviços de urgência, e sua abordagem depende da distinção entre situações com e sem lesão aguda de órgãos-alvo. Este estudo teve como objetivo analisar as atualizações científicas sobre o reconhecimento clínico, a estratificação de risco e as condutas imediatas nas crises hipertensivas graves. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com busca na MEDLINE via PubMed, na LILACS e na SciELO, priorizando documentos de posicionamento, diretrizes e estudos clínicos e epidemiológicos. Foram analisados oito estudos principais. As evidências indicam que a presença de lesão aguda de órgãos-alvo, e não o valor pressórico isolado, define a emergência hipertensiva, cuja conduta varia conforme o órgão acometido quanto ao fármaco, à meta e à velocidade de redução da pressão. Os estudos epidemiológicos mostraram que a emergência é menos frequente que a urgência, que a pseudocrise é comum e frequentemente tratada de forma inadequada e que o encaminhamento hospitalar de pacientes assintomáticos não melhorou desfechos. Conclui-se que a avaliação sistematizada de lesões de órgãos-alvo é o eixo central do manejo, devendo orientar o uso de terapia intravenosa na emergência e evitar intervenções desnecessárias nas demais situações.

**Palavras-chave:** Emergências; Hipertensão; Medição de Risco; Serviço Hospitalar de Emergência; Tratamento de Emergência.

### Abstract

Hypertensive crises are a frequent cause of emergency department visits, and their management depends on distinguishing situations with and without acute target organ damage. This study aimed to analyze scientific updates on clinical recognition, risk stratification and immediate management of severe hypertensive crises. This is a narrative literature review, with searches in MEDLINE via PubMed, LILACS and SciELO, prioritizing position papers, guidelines and clinical and epidemiological studies. Eight main studies

were analyzed. The evidence indicates that the presence of acute target organ damage, rather than the blood pressure value alone, defines a hypertensive emergency, whose management varies according to the affected organ in terms of drug choice, target and speed of blood pressure reduction. Epidemiological studies showed that emergencies are less frequent than urgencies, that pseudocrisis is common and often inappropriately treated, and that hospital referral of asymptomatic patients did not improve outcomes. Systematic assessment of target organ damage is the core of management, guiding the use of intravenous therapy in emergencies and avoiding unnecessary interventions in other situations.

**Keywords:** Emergencies; Emergency Service, Hospital; Emergency Treatment; Hypertension; Risk Assessment.

---

## INTRODUÇÃO

---

A crise hipertensiva corresponde a situações clínicas que cursam com elevação aguda da pressão arterial (PA), geralmente com pressão sistólica igual ou superior a 180 mmHg e diastólica igual ou superior a 120 mmHg, que podem ou não resultar em lesões de órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e artérias (Vilela-Martin et al., 2020). Tradicionalmente, a crise se apresenta sob duas formas de gravidade e prognóstico distintos: a urgência hipertensiva, sem lesão aguda de órgão-alvo, e a emergência hipertensiva, que associa a elevação acentuada da PA a lesão em curso e risco imediato de morte (Vilela-Martin et al., 2020).

A diretriz brasileira de 2016 já distinguia dessas entidades a pseudocrise hipertensiva, caracterizada por PA elevada associada a cefaleia, dor torácica atípica, dispneia, estresse psicológico agudo ou síndrome do pânico, sem configurar urgência ou emergência, e cujo tratamento consiste na otimização da terapia anti-hipertensiva e no estímulo à adesão (Malachias et al., 2016). A correta diferenciação entre essas situações é essencial, pois determina o local de atendimento, a via de administração dos fármacos e a velocidade de redução da PA.

Nos últimos anos, documentos de posicionamento internacionais e nacionais revisaram esses conceitos. O posicionamento do Conselho de Hipertensão da Sociedade Europeia de Cardiologia estabeleceu que o tipo de lesão aguda de órgão é o principal determinante do fármaco de escolha, da meta pressórica e do intervalo de tempo para a redução da PA (van den Born et al., 2019). No mesmo sentido, o Posicionamento Luso-Brasileiro de Emergências Hipertensivas destacou que, mais do que os valores pressóricos, é o dano ou o risco iminente de acometimento de órgãos-alvo que distingue a emergência da urgência, havendo inclusive ampla discussão sobre a real utilidade do termo "urgência hipertensiva" (Vilela-Martin et al., 2020).

Além das divergências conceituais, persistem lacunas de evidência. A diretriz europeia de 2018 reconhece que, à exceção da redução aguda da PA no acidente vascular cerebral, não existem ensaios clínicos randomizados que avaliem diferentes estratégias de tratamento das emergências hipertensivas, e que esses pacientes, embora tenham apresentado grande melhora de sobrevida nas últimas décadas, permanecem em alto risco (Williams et al., 2018).

No contexto brasileiro, estudos realizados em serviços de emergência evidenciaram elevada frequência de pseudocrise e de tratamento anti-hipertensivo indevido (Sobrinho et al., 2007), o que reforça a necessidade de sistematizar o reconhecimento clínico e a estratificação de risco desses pacientes.

Assim, este estudo foi orientado pela seguinte questão: quais são as principais atualizações científicas relacionadas ao reconhecimento clínico, à estratificação de risco e às condutas imediatas recomendadas para pacientes com crises hipertensivas graves?

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre as crises hipertensivas graves, considerando a diferenciação entre urgência, emergência e pseudocrise, a identificação de lesão aguda de órgãos-alvo e a abordagem terapêutica inicial, a fim de contribuir para a qualificação do atendimento nos serviços de urgência e emergência.

## METODOLOGIA

---

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, delineamento adequado à síntese crítica de temas clínicos em atualização, nos quais as recomendações derivam de documentos de consenso, estudos observacionais e evidências indiretas, e não de ensaios clínicos comparáveis entre si. A revisão foi orientada pela seguinte questão: quais são as principais atualizações científicas relacionadas ao reconhecimento clínico, à estratificação de risco e às condutas imediatas recomendadas para pacientes com crises hipertensivas graves?

O levantamento bibliográfico foi realizado em outubro de 2026, na MEDLINE por meio do PubMed, na LILACS e na SciELO, utilizando descritores do DeCS/MeSH e termos livres combinados pelos operadores booleanos AND e OR, a partir da seguinte estratégia: ("Crise Hipertensiva" OR "Emergência Hipertensiva" OR "Urgência Hipertensiva" OR "Hypertensive Crisis" OR "Hypertensive Emergency") AND ("Estratificação de Risco" OR "Risk Assessment" OR "Risk Stratification") AND ("Diagnóstico" OR "Diagnosis" OR "Tratamento" OR "Therapeutics" OR "Conduta Clínica"). A estratégia foi planejada para o Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo a base BDENF; entretanto, o portal encontrava-se indisponível no período da coleta, de modo que as buscas foram realizadas diretamente nas plataformas das bases citadas e complementadas pela consulta às listas de referências dos documentos selecionados.

A seleção foi intencional e orientada pela relevância para cada dimensão da questão de pesquisa. Foram priorizados documentos de posicionamento e diretrizes de sociedades científicas, estudos epidemiológicos realizados em serviços de emergência e estudos sobre desfechos de pacientes com elevação grave da PA, publicados em português ou inglês, sem restrição inicial de período. Foram excluídos editoriais, comentários, cartas, resumos de eventos, literatura cinzenta e publicações sem dados suficientes. Diretrizes gerais de hipertensão foram utilizadas como apoio à discussão, sem compor a amostra principal.

Os dados foram extraídos e organizados em quadro contendo autor e ano, base de dados, país, delineamento, objetivo, população, principais resultados e limitações (Tabela 1). A avaliação crítica considerou o delineamento, o tamanho amostral, a forma de classificação das crises e as limitações declaradas, tendo como referência os critérios das ferramentas do Joanna Briggs Institute (JBI) correspondentes a cada delineamento. A síntese foi descritiva e interpretativa, organizada em três eixos temáticos correspondentes às dimensões da questão de pesquisa. Por utilizar exclusivamente dados secundários de domínio público, o estudo dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados oito estudos principais, publicados entre 2004 e 2020, indexados na MEDLINE, na LILACS e na SciELO. Quanto ao delineamento, identificaram-se dois documentos de posicionamento de sociedades científicas (van den Born et al., 2019; Vilela-Martin et al., 2020), três estudos transversais realizados em serviços de emergência brasileiros (Martin et al., 2004; Sobrinho et al., 2007; Pierin; Flórido; Santos, 2019), um estudo multicêntrico italiano (Pinna et al., 2014), uma coorte retrospectiva norte-americana com pareamento por escore de propensão (Patel et al., 2016) e uma análise epidemiológica de base nacional nos Estados Unidos (Janke et al., 2016). Cinco dos oito estudos tiveram autoria ou coautoria brasileira.

A Tabela 1 sintetiza as características e os principais achados dos estudos. Observa-se que os estudos epidemiológicos utilizaram pontos de corte pressóricos distintos para definir a crise, o que limita a comparação direta das prevalências, enquanto os documentos de posicionamento convergem quanto à centralidade da lesão aguda de órgãos-alvo.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos analisados (n = 8)

| Autor/Ano              | Base / País      | Delineamento                            | Objetivo                                                                           | Amostra                                                             | Principais resultados                                                                                                             | Limitações                                                  |
|------------------------|------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Martin et al. (2004)   | SciELO / Brasil  | Estudo transversal                      | Avaliar prevalência, apresentação clínica e lesões associadas à crise hipertensiva | 452 pacientes com crise em serviço de emergência                    | Crises: 0,5% dos atendimentos; 60,4% urgências e 39,6% emergências; AVC isquêmico e edema agudo de pulmão mais frequentes         | Centro único; classificação por critérios da época          |
| Sobrinho et al. (2007) | SciELO / Brasil  | Estudo transversal com seguimento       | Descrever prevalência, tratamento e prognóstico da pseudocrise                     | 110 pacientes com PA diastólica acima de 120 mmHg em dois hospitais | Pseudocrise em 48%; tratamento indevido em 94%; letalidade de 21% na crise contra 0% na pseudocrise em 5 meses                    | Amostra pequena; aparelhos aneroides                        |
| Pinna et al. (2014)    | MEDLINE / Itália | Estudo multicêntrico transversal        | Avaliar o impacto e as características das crises em emergências                   | 1.546 crises entre 333.407 atendimentos em 10 hospitais             | 4,6 crises por 1.000 atendimentos; 25,3% emergências; 23% desconheciam a hipertensão                                              | Ponto de corte elevado (PAS ≥220 ou PAD ≥120 mmHg)          |
| Patel et al. (2016)    | MEDLINE / EUA    | Coorte retrospectiva com pareamento     | Avaliar prevalência e desfechos da urgência hipertensiva em consultório            | 58.535 pacientes com PA ≥180/110 mmHg                               | Baixa taxa de eventos em assintomáticos; encaminhamento à emergência sem melhora dos desfechos; maioria sem controle após 6 meses | Centro único (sistema de saúde); delineamento observacional |
| Janke et al. (2016)    | MEDLINE / EUA    | Análise epidemiológica de base nacional | Estimar a incidência de emergências hipertensivas em emergências                   | Amostra nacional de atendimentos (2006-2013)                        | Incidência mais que dobrou, mas permaneceu rara (cerca de 2 por 1.000 atendimentos de adultos)                                    | Baseada em códigos diagnósticos administrativos             |

| Autor/Ano                      | Base / País                          | Delimitação                 | Objetivo                                                                  | Amostra                                                      | Principais resultados                                                                                                                        | Limitações                                   |
|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| van den Born et al. (2019)     | MEDLINE / Europa                     | Documento de posicionamento | Consensuar definições e manejo das emergências hipertensivas              | Conselho de Hipertensão da Sociedade Europeia de Cardiologia | Tipo de lesão define fármaco, meta e tempo de redução; sem lesão aguda, tratamento oral e alta após observação                               | Baseado em consenso; poucos ensaios clínicos |
| Pierin, Flório e Santos (2019) | SciELO / Brasil                      | Estudo transversal          | Classificar as crises e identificar variáveis associadas                  | 508 pacientes em emergência pública                          | Prevalência de 6/1.000; 71,7% urgência, 19,1% emergência e 9,2% pseudocrise; idade >60 anos e problemas neurológicos associados à emergência | Dados retrospectivos de prontuário           |
| Vilela-Martin et al. (2020)    | MEDLINE e SciELO / Brasil e Portugal | Documento de posicionamento | Sumarizar definição, avaliação e tratamento das emergências hipertensivas | Sociedades científicas luso-brasileiras                      | Lesão de órgão-alvo, e não o valor da PA, define a emergência; metas e fármacos específicos por condição                                     | Baseado em consenso e evidências indiretas   |

Legenda: AVC = acidente vascular cerebral; PA = pressão arterial; PAS = pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica; TC = tomografia computadorizada. Fonte: elaborado pelos autores (2026).

## Reconhecimento clínico: da pressão arterial à lesão aguda de órgãos-alvo

Os achados desta revisão indicam uma mudança conceitual consistente: o valor numérico da PA deixou de ser o critério definidor da gravidade. Para o Conselho de Hipertensão europeu, emergências hipertensivas são situações em que valores muito elevados de PA se associam a lesão aguda de órgãos, exigindo redução imediata, porém cuidadosa, da PA; os principais órgãos-alvo são coração, retina, cérebro, rins e grandes artérias, e pacientes sem lesão aguda não têm emergência hipertensiva, podendo ser tratados com medicação oral e liberados após breve observação (van den Born et al., 2019). O posicionamento luso-brasileiro converge com essa visão ao afirmar que o padrão numérico da crise é conceitual, serve como parâmetro de conduta e não deve ser usado como critério absoluto (Vilela-Martin et al., 2020).

O reconhecimento clínico, portanto, apoia-se na busca ativa de lesões de órgãos-alvo. O posicionamento luso-brasileiro propõe uma sequência sistematizada que inclui investigar fatores desencadeantes, sintomas que simulam a crise, como dor e estresse emocional, adesão ao tratamento, uso de medicamentos e de substâncias ilícitas e interrupção súbita de anti-hipertensivos, além de exame dirigido aos sistemas nervoso central, cardiovascular e renal e ao fundo de olho, com exames complementares escolhidos conforme o órgão acometido (Vilela-Martin et al., 2020). A PA deve ser aferida nos dois braços, com pelo menos três medidas, preferencialmente em ambiente tranquilo (Vilela-Martin et al., 2020).

A diferenciação em relação à pseudocrise é um ponto crítico do reconhecimento. Em estudo realizado em duas emergências de Salvador, com pacientes com PA diastólica acima de 120 mmHg, a prevalência de pseudocrise foi de 48%, e 94% desses pacientes receberam tratamento anti-hipertensivo indevido; a cefaleia como queixa principal e níveis menores de PA diastólica foram preditores independentes de pseudocrise (Sobrinho et al., 2007). Em serviço público de São Paulo, a pseudocrise correspondeu a 9,2% das crises e associou-se à presença de dor e de problemas emocionais, enquanto a cefaleia se associou à urgência hipertensiva (Pierin; Flório; Santos, 2019). A diferença nas proporções entre os dois estudos pode refletir critérios de classificação e perfis de serviço distintos, mas ambos reforçam que sintomas inespecíficos, isoladamente, não caracterizam emergência.

## Estratificação de risco: frequência, perfil clínico e prognóstico

A estratificação de risco depende do reconhecimento de que a emergência hipertensiva é relativamente pouco frequente. No estudo brasileiro de São José do Rio Preto, as crises representaram 0,5% dos atendimentos de emergência, com predomínio de urgências (60,4%) sobre emergências (39,6%); os pacientes com emergência eram mais idosos e apresentavam PA diastólica mais elevada, e o acidente vascular cerebral isquêmico e o edema agudo de pulmão foram as lesões mais frequentes (Martin et al., 2004). No estudo de Pierin, Flório e Santos (2019), com 508 pacientes, a prevalência de crise foi de 6 por 1.000 atendimentos, com 71,7% de urgências e 19,1% de emergências, e a idade acima de 60 anos e os problemas neurológicos associaram-se à emergência.

Os dados internacionais são concordantes. Em dez emergências italianas, as crises acometeram 4,6 de cada 1.000 pacientes atendidos em um ano, 23% desconheciam ser hipertensos, e as emergências, que corresponderam a 25,3% das crises, manifestaram-se principalmente como edema agudo de pulmão, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio (Pinna et al., 2014). Nos Estados Unidos, a incidência de visitas por emergência hipertensiva mais que dobrou entre 2006 e 2013, mas permaneceu rara, com cerca de 2 casos a cada 1.000 atendimentos de adultos, valor muito inferior ao citado em parte da literatura anterior (Janke et al., 2016).

Quanto ao prognóstico, os estudos evidenciam gradientes de risco bem definidos. Pacientes com crise verdadeira apresentaram letalidade de 21% em cinco meses, contra nenhum óbito no grupo com pseudocrise (Sobrinho et al., 2007). Em contrapartida, entre 58.535 pacientes com PA de pelo menos 180/110 mmHg atendidos em consultórios, a ocorrência de eventos cardiovasculares maiores em pacientes assintomáticos foi muito baixa, e o encaminhamento à emergência associou-se a mais hospitalizações, sem melhora dos desfechos (Patel et al., 2016). Esse achado sustenta a estratificação de risco centrada em sintomas e lesões de órgãos-alvo, e não apenas nos níveis pressóricos, e indica que o principal problema desses pacientes é o controle crônico inadequado da hipertensão, já que a maioria permanecia descontrolada seis meses depois (Patel et al., 2016).

O posicionamento luso-brasileiro acrescenta marcadores de risco adicionais, como a elevação da troponina, associada a maior risco de eventos cardiovasculares em dois anos em pacientes com crise, e destaca que a síndrome coronariana aguda é a principal causa de morte e hospitalização na emergência hipertensiva (Vilela-Martin et al., 2020).

### **Conduta imediata: terapia orientada pelo órgão-alvo acometido**

A principal atualização terapêutica é a individualização da conduta conforme o órgão-alvo. O posicionamento europeu define que o tipo de lesão aguda determina o fármaco, a meta e o tempo de redução da PA (van den Born et al., 2019). As recomendações gerais citadas pelo posicionamento luso-brasileiro preveem redução de até 25% da PA na primeira hora, para 160/100 a 110 mmHg entre 2 e 6 horas e para 135/85 mmHg entre 24 e 48 horas, com admissão em terapia intensiva, uso de fármacos intravenosos e monitorização para evitar hipotensão; no Brasil estão disponíveis, para esse fim, nitroprussiato de sódio, nitroglicerina, labetalol, esmolol, metoprolol, hidralazina e enalaprilato (Vilela-Martin et al., 2020).

As metas diferem substancialmente entre as condições. Na dissecação aguda de aorta, recomenda-se betabloqueador intravenoso antes de vasodilatadores, com meta de PA sistólica entre 100 e 120 mmHg e frequência cardíaca inferior a 60 batimentos por minuto. No acidente vascular cerebral isquêmico, a redução é indicada apenas se a PA ultrapassar 220/120 mmHg, ou para valores inferiores a 185/110 mmHg quando houver indicação de trombólise. Na hemorragia intracerebral, a redução imediata não é aconselhada com PA sistólica abaixo de 220 mmHg, e, acima desse valor, deve-se buscar PA sistólica inferior a 180 mmHg. Na síndrome coronariana aguda, a nitroglicerina é o fármaco inicial (Vilela-Martin et al., 2020).

Observa-se divergência entre os documentos quanto à encefalopatia hipertensiva. O posicionamento europeu indica redução imediata de 20% a 25% da pressão arterial média, com labetalol ou nitroprussiato (van den Born et al., 2019), enquanto o posicionamento luso-brasileiro propõe redução de 10% a 15% na primeira hora e não mais do que 25% ao final do primeiro dia, alertando que reduções mais profundas podem causar hipoperfusão cerebral (Vilela-Martin et al., 2020). Essa diferença reflete a ausência de ensaios clínicos comparativos na maioria das emergências hipertensivas (Williams et al., 2018) e a preocupação comum com o desvio da curva de autorregulação do fluxo sanguíneo em hipertensos crônicos (Vilela-Martin et al., 2020).

Nas situações sem lesão aguda, a conduta é deliberadamente menos agressiva. A urgência hipertensiva permite redução mais lenta da PA, em 24 a 48 horas (Vilela-Martin et al., 2020), em geral com medicação oral (van den Born et al., 2019), e o encaminhamento hospitalar de pacientes assintomáticos não se associou a melhores desfechos do que o manejo ambulatorial (Patel et al., 2016). Na pseudocrise, a prioridade é tratar a causa da elevação, como dor ou ansiedade, evitando a redução abrupta da PA, que pode provocar eventos isquêmicos (Sobrinho et al., 2007; Malachias et al., 2016).

Entre as limitações das evidências destacam-se a predominância de estudos observacionais e de documentos de consenso, a heterogeneidade dos critérios pressóricos utilizados para definir a crise e a escassez de ensaios clínicos que comparem estratégias terapêuticas fora do contexto do acidente vascular cerebral (Williams et al., 2018). Persistem lacunas sobre o desempenho de ferramentas de estratificação de risco aplicadas à triagem, sobre o seguimento após a alta e sobre a atuação da equipe multiprofissional, incluindo a enfermagem, na identificação precoce de lesões de órgãos-alvo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que a principal atualização no manejo das crises hipertensivas graves é o deslocamento do foco do valor pressórico para a identificação de lesão aguda de órgãos-alvo. Os estudos analisados demonstram que a emergência hipertensiva é menos frequente que a urgência, que a pseudocrise é comum e frequentemente tratada de forma inadequada e que pacientes

assintomáticos com PA elevada apresentam baixo risco de eventos em curto prazo, sem benefício do encaminhamento hospitalar rotineiro.

Na emergência hipertensiva, a conduta imediata deve ser individualizada conforme o órgão acometido, com uso de fármacos intravenosos, metas pressóricas específicas e monitorização intensiva, enquanto na urgência e na pseudocrise devem ser priorizados a redução gradual da PA, o tratamento dos fatores desencadeantes e o fortalecimento do seguimento ambulatorial. Esses resultados contribuem para a construção de protocolos assistenciais e para a qualificação das equipes de urgência e emergência.

Como limitações, destacam-se o caráter narrativo desta revisão, que não pressupõe seleção sistemática, a indisponibilidade do Portal BVS no período da coleta, que restringiu o acesso à base BDENF, e a predominância de estudos observacionais e documentos de consenso. Recomenda-se que futuras pesquisas avaliem estratégias de estratificação de risco na triagem, o impacto de protocolos institucionais sobre o tratamento indevido da pseudocrise e os desfechos de longo prazo após a alta.

## REFERÊNCIAS

---

- JANKE, A. T. et al. Trends in the incidence of hypertensive emergencies in US emergency departments from 2006 to 2013. **Journal of the American Heart Association**, v. 5, n. 12, e004511, 2016. DOI: 10.1161/JAHA.116.004511.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 14 - Hypertensive Crisis. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 79-83, 2016. DOI: 10.5935/abc.20160164.
- MARTIN, J. F. V. et al. Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 2, p. 125-130, 2004. DOI: 10.1590/S0066-782X2004001400004.
- PATEL, K. K. et al. Characteristics and outcomes of patients presenting with hypertensive urgency in the office setting. **JAMA Internal Medicine**, v. 176, n. 7, p. 981-988, 2016. DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.1509.
- PIERIN, A. M. G.; FLÓRIDO, C. F.; SANTOS, J. Hypertensive crisis: clinical characteristics of patients with hypertensive urgency, emergency and pseudocrisis at a public emergency department. **Einstein (São Paulo)**, v. 17, n. 4, eAO4685, 2019. DOI: 10.31744/einstein\_journal/2019AO4685.
- PINNA, G. et al. Hospital admissions for hypertensive crisis in the emergency departments: a large multicenter Italian study. **PLoS One**, v. 9, n. 4, e93542, 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0093542.
- SOBRINHO, S. et al. Ocorrência e preditores clínicos de pseudocrise hipertensiva no atendimento de emergência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 5, p. 579-584, 2007. DOI: 10.1590/S0066-782X2007000500013.
- VAN DEN BORN, B. J. H. et al. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. **European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy**, v. 5, n. 1, p. 37-46, 2019. DOI: 10.1093/ehjcvp/pvy032.
- VILELA-MARTIN, J. F. et al. Posicionamento Luso-Brasileiro de Emergências Hipertensivas – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, n. 4, p. 736-751, 2020. DOI: 10.36660/abc.20190731.
- WILLIAMS, B. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. **European Heart Journal**, v. 39, n. 33, p. 3021-3104, 2018. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy339.