

Erilaine Freitas Corpes¹

 0000-0002-9681-3422

Leiliane de Queiroz Oliveira²

 0000-0001-8020-4641

Paulo Alberto Cosquillo Valdivia³

 0009-0009-5362-7505

Samyla Citó Pedrosa⁴

 0000-0003-0287-5102

Jayranne Mara Santana⁵

 0009-0000-1626-0112

Marília de Andrade Guedes Giesta⁴

 0009-0006-2057-7175

Vanessa Vieira de Sousa⁶

 0000-0003-2171-9770

Joana Dayse da Rocha Andrade⁷

 0000-0002-3138-0443

Yury Tavares de Lima³

 0009-0000-1624-2985

Geisy Lanne Munis Luna³

 0000-0002-3906-8964

Roberta Duarte Maia Barakat⁸

 0000-0003-2305-1794

Sandra Machado Lira⁷

 0000-0002-9711-2919

¹ Governo do Estado do Ceará, Secretária de Saúde, Fortaleza, Ceará, Brasil.

² SAMU Ceará. Cariri, Ceará, Brasil.

³ SAMU Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁴ SAMU Ceará. Eusébio, Ceará, Brasil.

⁵ Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. Eusébio, Ceará, Brasil.

Crise hipertensiva em Urgência e Emergência: evidências científicas

Hypertensive Crisis in Urgent and Emergent Settings: Scientific Evidence

Crisis hipertensiva en situaciones de urgencia y emergencia: evidencia científica

RESUMO

Introdução: As crises hipertensivas representam condição frequente nos serviços de urgência e emergência e exigem avaliação clínica criteriosa para diferenciar situações com e sem lesão aguda de órgão-alvo. **Objetivo:** Esta revisão integrativa objetiva analisar as evidências científicas recentes acerca do manejo das crises hipertensivas em adultos nos serviços de urgência e emergência, com ênfase nas condutas assistenciais, no prognóstico clínico e nas estratégias de acompanhamento após a alta. **Métodos:** O processo de seleção dos estudos foi conduzido conforme as recomendações do PRISMA 2020. Foram identificados 1.950 registros nas bases PubMed, LILACS, Scopus e Cochrane. Após a remoção de duplicatas e triagem por títulos e resumos, 19 artigos foram avaliados na íntegra, resultando em 7 estudos incluídos. A extração dos dados contemplou autor, ano, país, tipo de estudo, objetivos, intervenções, desfechos e principais achados, sendo a análise conduzida por abordagem temática. **Resultados:** Os resultados demonstraram que elevações importantes da pressão arterial no pronto-socorro estão associadas a maior risco cardiovascular, especialmente nas semanas subsequentes ao atendimento. Entretanto, em pacientes sem lesão aguda de órgão-alvo, a redução agressiva da pressão arterial não apresentou benefício consistente sobre mortalidade, acidente vascular cerebral ou eventos cardiovasculares maiores. As evidências sustentam a priorização da estratificação de risco, redução gradual da pressão arterial, ajuste terapêutico, educação do paciente e acompanhamento ambulatorial precoce. **Conclusão:** Conclui-se que o manejo seguro das crises hipertensivas depende da distinção entre emergência hipertensiva e elevação importante da pressão arterial sem lesão de órgão-alvo, bem como da integração entre pronto-socorro e atenção primária.

⁶ Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁷ Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁸ Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

DOI

10.54620/m791t927



Licença CC BY 4.0

Palavras-chave: *Crise Hipertensiva; Hipertensão; Serviço Hospitalar de Emergência.*

ABSTRACT

Introduction: Hypertensive crises are a frequent occurrence in urgent and emergency care settings, requiring careful clinical assessment to distinguish between situations involving acute target-organ damage and those without it. **Objective:** This integrative review aims to analyze recent scientific evidence regarding the management of hypertensive crises in adults within urgent and emergency care settings, focusing on clinical management, prognosis, and post-discharge follow-up strategies. **Methods:** The study selection process followed PRISMA 2020 guidelines. A total of 1,950 records were identified across the PubMed, LILACS, Scopus, and Cochrane databases. After removing duplicates and screening titles and abstracts, 19 articles were evaluated in full, resulting in the inclusion of 7 studies. Data extraction covered authors, year, country, study type, objectives, interventions, outcomes, and key findings; analysis was conducted using a thematic approach. **Results:** Findings showed that significant blood pressure elevations in the emergency department are associated with an increased cardiovascular risk, particularly in the weeks following the encounter. However, in patients without acute target-organ damage, aggressive blood pressure reduction did not demonstrate consistent benefits regarding mortality, stroke, or major cardiovascular events. Evidence supports prioritizing risk stratification, gradual blood pressure reduction, therapeutic adjustment, patient education, and early outpatient follow-up. **Conclusion:** Safe management of hypertensive crises depends on distinguishing between hypertensive emergencies and significant blood pressure elevations without target-organ damage, as well as on the integration between emergency care and primary care services.

Keywords: *Hypertensive Crisis; Hypertension; Hospital Emergency Service.*

RESUMEN

Introducción: Las crisis hipertensivas son frecuentes en los servicios de urgencias y emergencias, y requieren una evaluación clínica cuidadosa para diferenciar entre situaciones con daño agudo a órganos diana y aquellas que carecen de él. **Objetivo:** Esta revisión integradora tiene como finalidad analizar la evidencia científica reciente sobre el manejo de las crisis hipertensivas en adultos en entornos de urgencias y emergencias, centrándose en el manejo clínico, el pronóstico y

las estrategias de seguimiento tras el alta. **Métodos:** El proceso de selección de estudios siguió las directrices PRISMA 2020. Se identificaron 1.950 registros en las bases de datos PubMed, LILACS, Scopus y Cochrane. Tras eliminar duplicados y cribar títulos y resúmenes, se evaluaron 19 artículos a texto completo, resultando en la inclusión de 7 estudios. La extracción de datos abarcó autores, año, país, tipo de estudio, objetivos, intervenciones, resultados y hallazgos clave; el análisis se realizó mediante un enfoque temático. **Resultados:** Los hallazgos mostraron que las elevaciones significativas de la presión arterial en el servicio de urgencias se asocian con un mayor riesgo cardiovascular, especialmente en las semanas posteriores a la atención. Sin embargo, en pacientes sin daño agudo a órganos diana, la reducción agresiva de la presión arterial no demostró beneficios consistentes en cuanto a mortalidad, accidente cerebrovascular o eventos cardiovasculares mayores. La evidencia respalda priorizar la estratificación del riesgo, la reducción gradual de la presión arterial, el ajuste terapéutico, la educación del paciente y el seguimiento ambulatorio temprano. **Conclusión:** El manejo seguro de las crisis hipertensivas depende de distinguir entre emergencias hipertensivas y elevaciones significativas de la presión arterial sin daño a órganos diana, así como de la integración entre los servicios de urgencias y la atención primaria.

Descriptores: *Crisis hipertensiva; Hipertensión; Servicio de urgencias hospitalarias.*

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares permanecem entre as principais causas de morbimortalidade, e a hipertensão arterial constitui um de seus fatores de risco modificáveis mais relevantes. Nos serviços de urgência e emergência, elevações importantes da pressão arterial são frequentes e exigem avaliação clínica criteriosa, sobretudo para diferenciar a emergência hipertensiva, caracterizada por elevação pressórica associada a lesão aguda de órgão-alvo, das situações em que há pressão arterial marcadamente elevada sem dano orgânico agudo¹. Essa distinção é decisiva porque orienta a intensidade, a velocidade e o local do tratamento.

Particularmente, as crises hipertensivas eram classificadas em emergência hipertensiva e urgência hipertensiva. A emergência hipertensiva corresponde à elevação importante da pressão arterial associada à lesão aguda de órgão-alvo, como encefalopatia hipertensiva, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou dissecção aguda de aorta, demandando redução imediata e controlada da pressão arterial, geralmente com fármacos intravenosos e internação hospitalar^{1,2}.

Já a condição anteriormente denominada urgência hipertensiva passou a ser descrita, na Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025, como elevação importante da pressão arterial sem lesão aguda de órgão-alvo, enfatizando que a decisão terapêutica deve se basear não apenas nos níveis pressóricos, mas principalmente na presença ou ausência de dano orgânico agudo³.

A elevação importante da pressão arterial sem lesão de órgão-alvo representa parcela expressiva dos atendimentos em unidades de urgência, especialmente entre adultos com hipertensão mal controlada, baixa adesão ao tratamento, acesso irregular aos serviços de saúde e comorbidades associadas. Nesses casos, a conduta recomendada envolve avaliação clínica, exclusão de sinais de gravidade, ajuste ou início de tratamento anti-hipertensivo por via oral, redução gradual da pressão arterial e acompanhamento ambulatorial precoce^{2,4-6}.

Apesar dos avanços nas diretrizes nacionais e internacionais, ainda persistem divergências quanto à nomenclatura, à intensidade da intervenção farmacológica e ao seguimento ideal desses pacientes após a alta. A *American Heart Association*, por exemplo, desencoraja o uso do termo urgência hipertensiva, enquanto diretrizes brasileiras passaram a adotar a expressão elevação importante da pressão arterial sem lesão de órgão-alvo. Essa heterogeneidade conceitual e assistencial pode favorecer condutas inconsistentes, incluindo tratamento excessivamente agressivo em pacientes sem lesão aguda ou, em sentido oposto, subvalorização do risco cardiovascular associado à elevação pressórica importante^{1,2,7}.

Nesse cenário, o manejo adequado das crises hipertensivas deve articular estratificação de risco, avaliação clínica detalhada, educação do paciente, adesão terapêutica, controle de fatores de risco e continuidade do cuidado na rede de

atenção à saúde⁸. No atendimento pré-hospitalar e hospitalar, a identificação precoce de sinais de gravidade¹⁰, a monitorização clínica e o encaminhamento oportuno são fundamentais para reduzir complicações, evitar intervenções desnecessárias e qualificar a assistência^{3,9,11}.

Diante da elevada prevalência das elevações importantes da pressão arterial nos serviços de urgência e emergência e da persistência de condutas heterogêneas na prática clínica, torna-se relevante sintetizar criticamente as evidências disponíveis sobre o tema¹². Assim, esta revisão integrativa tem como objetivo analisar as evidências científicas recentes acerca do manejo das crises hipertensivas em adultos nos serviços de urgência e emergência, com ênfase nas condutas assistenciais, no prognóstico clínico e nas estratégias de acompanhamento após a alta.

MÉTODOS

Esta pesquisa caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, método que permite a síntese e análise do conhecimento científico produzido sobre um determinado fenômeno. Sua relevância reside na capacidade de avaliar a qualidade das evidências disponíveis, integrar achados oriundos de diferentes delineamentos metodológicos, identificar lacunas na produção científica e fomentar o desenvolvimento de novas questões de pesquisa, contribuindo para a construção de uma base empírica robusta que sustente a prática baseada em evidências¹³. Para a identificação dos estudos, realizou-se uma busca sistematizada nas bases de dados e repositórios científicos LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed, Scopus e Cochrane Library.

A revisão integrativa foi conduzida de acordo com as etapas metodológicas descritas por Souza et al.¹³ e com as recomendações do *Joanna Briggs Institute*¹⁴, referências amplamente utilizadas na condução de revisões de literatura devido ao seu rigor metodológico. O processo compreendeu a formulação da questão de pesquisa, o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, identificação e seleção dos estudos, avaliação crítica das evidências, extração e categorização dos dados, bem como a análise, síntese e interpretação dos resultados¹³.

Estratégia de busca e seleção dos estudos

Para a definição do problema de pesquisa e elaboração da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PICO (Paciente/População, Intervenção, Comparação e Desfecho), amplamente empregada na Prática Baseada em Evidências (PBE) por possibilitar a formulação de questões de pesquisa de maneira estruturada, clara e objetiva. Essa estratégia contribui para a delimitação do escopo da investigação, favorece a identificação das evidências científicas mais relevantes e otimiza a busca nas bases de dados, reduzindo a recuperação de estudos não pertinentes¹⁴.

A estratégia PICO é considerada um importante recurso metodológico para a construção de questões de pesquisa em diferentes áreas do conhecimento, incluindo a prática clínica, a gestão em saúde e a avaliação de tecnologias e instrumentos assistenciais¹⁵. Além de orientar a busca bibliográfica, sua utilização possibilita a identificação precisa das evidências necessárias para responder ao problema investigado, contribuindo para a qualidade e a consistência metodológica das revisões integrativas¹⁶.

A estratégia PICO foi utilizada para a elaboração da questão norteadora da revisão. O componente P (Paciente/População) corresponde aos adultos que apresentam crise hipertensiva; o componente I (Intervenção) refere-se às condutas adotadas pelos serviços de emergência e pela regulação médica frente a essa condição; o componente C (Comparação) não se aplica ao presente estudo, uma vez que não há comparação entre intervenções ou grupos; e o componente O (Desfecho) relaciona-se ao manejo clínico, à estabilização do paciente e aos encaminhamentos realizados durante o atendimento. Com base nessa estratégia, formulou-se a seguinte questão norteadora: "Quais evidências científicas, publicadas entre 2016 e 2024, descrevem o manejo, os desfechos clínicos e cardiovasculares e o seguimento pós-alta de adultos com crise hipertensiva ou elevação importante da pressão arterial atendidos em serviços de urgência e emergência?"

Quadro 1 – Estratégia PICO utilizada na formulação da pergunta de pesquisa. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2025.

Elemento	Componentes
P	Pacientes adultos com crise hipertensiva
I	Condutas adotadas pelos serviços de emergência e regulação médica
C	Não se aplica (não há comparação explícita entre intervenções ou grupos)
O	Manejo, estabilização clínica, encaminhamento e assistência prestada aos pacientes

Fonte: Elaboração própria.

A busca foi realizada em julho de 2025 e contemplou estudos publicados entre janeiro de 2016 e dezembro de 2024, sem restrição de idioma. As estratégias foram estruturadas em três blocos conceituais — condição hipertensiva, contexto de urgência/emergência e manejo/desfechos —, combinando sinônimos com OR e conectando os blocos com AND. Descritores controlados MeSH/DeCS e termos livres foram adaptados à sintaxe de cada base. O correto agrupamento por parênteses foi priorizado para evitar que operadores OR ampliassem a busca para estudos sem relação simultânea com a condição hipertensiva e o contexto de emergência.

Quadro 2 – Estratégias de busca por base de dados

Base	Estratégia de busca revisada	Registros
PubMed/MEDLINE	("Hypertensive Crisis"[MeSH Terms] OR "hypertensive crisis"[Title/Abstract] OR "hypertensive emergency"[Title/Abstract] OR "hypertensive urgency"[Title/Abstract] OR "severe hypertension"[Title/Abstract] OR "elevated blood pressure"[Title/Abstract]) AND ("Emergency Service, Hospital"[MeSH Terms] OR "Emergency Medical Services"[MeSH Terms] OR "emergency department"[Title/Abstract] OR "emergency care"[Title/Abstract] OR "urgent care"[Title/Abstract]) AND ("Antihypertensive Agents"[MeSH Terms] OR management[Title/Abstract] OR treatment[Title/Abstract] OR prognosis[Title/Abstract] OR outcome*[Title/Abstract] OR "cardiovascular event*" [Title/Abstract] OR follow-up[Title/Abstract] OR revisit*[Title/Abstract] OR readmission*[Title/Abstract])	1.087
LILACS	("Crise Hipertensiva" OR "Hypertensive Crisis" OR "Emergência Hipertensiva" OR "Urgência Hipertensiva" OR "Hipertensão Grave" OR "Pressão Arterial Elevada") AND ("Serviço Hospitalar de Emergência" OR "Serviços Médicos de Emergência" OR "Pronto-Socorro" OR "Departamento de Emergência") AND (manejo OR tratamento OR "Agentes Anti-Hipertensivos" OR prognóstico OR desfechos OR "eventos cardiovasculares" OR seguimento OR revisita OR readmissão OR hospitalização)	541
Scopus	TITLE-ABS-KEY(("hypertensive crisis" OR "hypertensive emergency" OR "hypertensive urgency" OR "severe hypertension" OR "elevated blood pressure") AND ("emergency department" OR "emergency service" OR "emergency care" OR "urgent care") AND (management OR treatment OR prognosis OR outcome* OR "cardiovascular event*" OR follow-up OR revisit* OR readmission* OR hospitalization)) AND PUBYEAR > 2015 AND PUBYEAR < 2025	180
Cochrane Library	("hypertensive crisis" OR "hypertensive emergency" OR "hypertensive urgency" OR "severe hypertension" OR "elevated blood pressure") AND ("emergency department" OR "emergency service" OR "emergency care") AND (management OR treatment OR prognosis OR outcome* OR "cardiovascular events" OR follow-up)	142

Fonte: Autores.

Critérios de elegibilidade e seleção dos estudos

Foram incluídos estudos primários, observacionais ou intervencionais, disponíveis na íntegra, com participantes adultos (≥ 18 anos) atendidos em serviços de urgência e emergência por crise hipertensiva, hipertensão grave ou elevação importante da pressão arterial. Para inclusão, o estudo deveria apresentar pelo menos um dos seguintes domínios: conduta clínica ou farmacológica; decisão de alta ou hospitalização; persistência de níveis pressóricos elevados; revisita/readmissão; eventos cardiovasculares ou renais; mortalidade; ou seguimento após o atendimento agudo. Foram excluídos estudos restritos à hipertensão crônica fora do contexto agudo, trabalhos em que a pressão arterial elevada era apenas um achado incidental sem relação com a pergunta da revisão, estudos exclusivamente pré-hospitalares sem avaliação do episódio hipertensivo em urgência/emergência, estudos pediátricos, revisões, diretrizes, editoriais, cartas, dissertações, teses, resumos de eventos e registros duplicados.

Os principais descritores empregados incluíram: “*Hypertensive Crisis*”, “*Hypertension*”, “*Emergency Medical Services*”, “*Emergency Medical Dispatch*”, “*Telemedicine Emergency Care*”, “*Health Services Research*”, “*Time-to-Treatment*” e “*Antihypertensive Agents*”. A seleção desses termos fundamentou-se em sua pertinência conceitual ao tema investigado, possibilitando a recuperação de publicações que abordam tanto os aspectos clínicos da crise hipertensiva quanto a organização dos serviços de emergência, o atendimento pré-hospitalar, o uso da telemedicina e as estratégias terapêuticas empregadas nesse contexto. O Quadro 3 apresenta os termos utilizados para as buscas nas bases de dados.

Quadro 3 – Modelo utilizado para as fontes de informação (bases de dados, portais e diretórios): descritores e termos alternativos.

Descritores	Termos Alternativos	Nota de escopo
<i>Hypertensive Crisis</i>	Emergência Hipertensiva Urgência Hipertensiva	Aumento agudo e grave da pressão sanguínea que pode resultar em acidente vascular cerebral ou em isquemia miocárdica.
<i>Hypertension</i>	Hipertensão Arterial Hipertensão Arterial Sistêmica Pressão Arterial Alta Pressão Sanguínea Alta	Pressão arterial sistêmica persistentemente alta. Com base em várias medições (determinação da pressão arterial), a hipertensão é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm Hg ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior.
<i>Emergency Medical Services</i>	Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar	Serviços especialmente preparados (recursos

	Atendimento Pré-Hospitalar Centro de Emergência Centros de Emergência Pronto-Socorro SAMU Serviços de Atendimento de Emergência Serviços de Saúde de Emergência	humanos e equipamento) para prestar cuidados de emergência a pacientes.
<i>Emergency Medical Dispatch</i>	Despacho 190 Despacho 192 Despacho 911 Despacho de Emergência Policial Despacho de Emergência de Incêndio	Mobilização dos serviços médicos de emergência para localidades e pessoas que os necessitem.
<i>Telemedicine Emergency Care</i>	Assistência de Emergência por Telemedicina Cuidados de Emergência de Telemedicina Teleurgências	Inclui soluções modernas de telemedicina para a comunicação para fornecer serviços médicos em casos de emergência.
<i>Health Services Research</i>	Avaliação de Serviços de Saúde Avaliação dos Serviços Avaliação dos Serviços de Saúde Epidemiologia dos Serviços de Saúde Epidemiologia nos Serviços de Saúde Pesquisa nos Serviços de Saúde Pesquisa sobre Assistência Médica Pesquisa sobre Prestação de Cuidados de Saúde Pesquisa-Ação	A integração das ciências epidemiológicas, sociológicas, econômicas e outras ciências analíticas no estudo dos serviços de saúde. A pesquisa de serviços de saúde geralmente se preocupa com as relações entre necessidade, demanda, oferta, utilização e resultados dos serviços de saúde. O objetivo da pesquisa é de avaliação, nomeadamente em termos de estrutura, processo, produtos e resultados.
<i>Time-to-Treatment</i>	Intervalo para o Tratamento Tempo até o Tratamento Tempo para Início do Tratamento	Intervalo de tempo entre o aparecimento de sintomas ou a suspeita de doença e o início da terapia, que compreende uma combinação do tempo de espera para os serviços de consulta, diagnóstico e tratamento.
<i>Antihypertensive Agents</i>	Agente Anti-Hipertensivo Agentes Anti-Hipertensivos Anti-Hipertensivo Droga Anti-Hipertensiva Fármaco Anti-Hipertensivo Fármacos Anti-Hipertensivos Medicamento Anti-Hipertensivo Medicamentos Anti-Hipertensivos	Fármacos usados no tratamento da hipertensão (aguda ou crônica), independentemente do mecanismo farmacológico. entre os anti-hipertensivos estão os diuréticos [especialmente os <u>diuréticos tiazídicos</u> (=inibidores de simportadores de cloreto de sódio)], os beta-antagonistas

		adrenérgicos, os alfa-antagonistas adrenérgicos, os inibidores da enzima conversora da angiotensina, os bloqueadores dos canais de cálcio, os bloqueadores ganglionares e os vasodilatadores.
--	--	---

Fonte: Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. 2025.

Os estudos elegíveis para esta revisão foram identificados por meio de busca sistemática da literatura realizada em julho de 2025, conforme as recomendações do PRISMA 2020. A estratégia de busca contemplou publicações indexadas entre os anos de 2016 e 2024, sem restrição de idioma. Foram considerados elegíveis estudos disponíveis na íntegra que incluíssem indivíduos adultos como população de interesse.

A estratégia de busca foi desenvolvida a partir da combinação de descritores controlados e termos livres, selecionados de acordo com a questão de pesquisa e adaptados às especificidades de cada base de dados consultada. Os descritores, palavras-chave e respectivos sinônimos empregados na construção da estratégia estão apresentados no Quadro 2. A descrição completa das expressões de busca, incluindo as combinações de termos e os operadores booleanos utilizados em cada base de dados, é apresentada no Quadro 3, assegurando a transparência, a reprodutibilidade e o rigor metodológico do processo de identificação dos estudos.

No processo de seleção dos estudos, foram estabelecidos critérios de elegibilidade rigorosos com o objetivo de assegurar a qualidade metodológica, relevância científica e consistência das evidências incluídas na revisão integrativa. Conforme apresentado no Quadro 4, foram considerados elegíveis apenas estudos primários disponíveis na íntegra, realizados com população adulta (≥ 18 anos) e que abordassem a urgência hipertensiva no contexto dos serviços de emergência, da regulação do acesso ou do transporte em saúde.

Quadro 4 – Critérios de inclusão e exclusão dos estudos selecionados

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Estudos primários observacionais ou intervencionais.	Revisões, diretrizes, declarações científicas, editoriais, cartas, teses, dissertações e resumos de eventos.
Adultos (≥ 18 anos).	População exclusivamente pediátrica ou obstétrica quando não pertinente ao escopo.
Atendimento em serviço de urgência/emergência por crise hipertensiva, hipertensão grave ou elevação importante da pressão arterial.	Hipertensão crônica avaliada exclusivamente fora do contexto agudo ou pressão arterial elevada como achado incidental.
Apresentação de manejo, disposição clínica, persistência pressórica, revisitas, hospitalizações, eventos	Ausência de desfechos ou informações relacionadas ao escopo da revisão.

cardiovasculares/renais, mortalidade ou seguimento.	
Publicações entre 2016 e 2024, sem restrição de idioma, disponíveis na íntegra.	Duplicatas ou publicações sem texto completo disponível.

Fonte: Elaboração própria.

Extração e análise dos dados

A extração dos dados foi realizada por meio de instrumento padronizado, elaborado com a finalidade de sistematizar as informações relevantes dos estudos incluídos. O instrumento contemplou as seguintes variáveis: autor, ano de publicação, tipo de estudo, país de origem, objetivos, intervenções realizadas, desfechos avaliados e principais achados.

A análise dos dados foi conduzida por meio de análise temática, conforme proposto por Whittemore e Knafl⁵ e atualizado por Souza et al.⁴. Esse procedimento possibilitou a organização dos achados em categorias analíticas, favorecendo a identificação de convergências, divergências, lacunas no conhecimento e recomendações práticas fundamentadas na literatura científica disponível ^{11,15}.

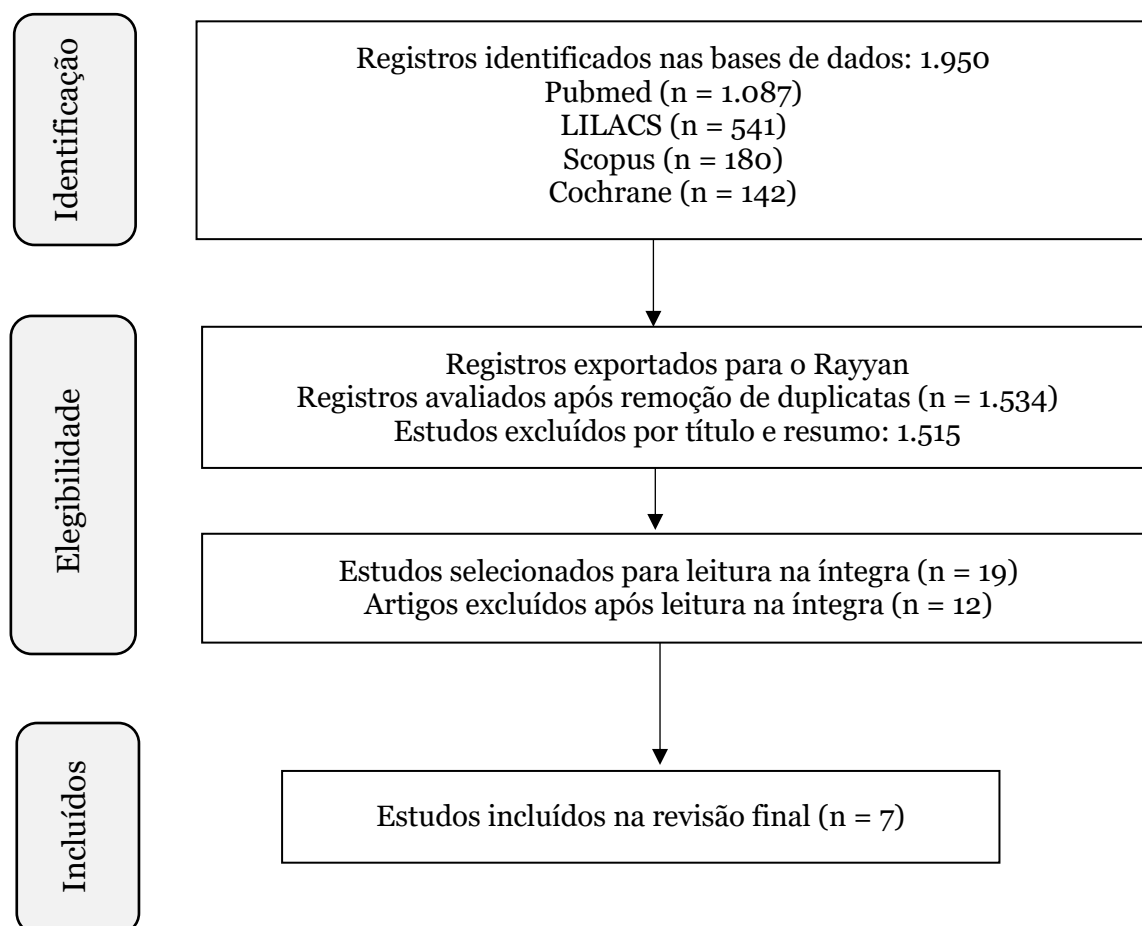
Por se tratar de uma revisão integrativa, baseada exclusivamente na análise de estudos previamente publicados e disponíveis na literatura científica, não houve envolvimento direto de seres humanos, coleta de dados primários ou acesso a informações individualizadas. Dessa forma, o estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde¹⁵.

RESULTADOS

Seleção dos estudos

Foram identificados 1.950 registros: 1.087 na PubMed/MEDLINE, 541 na LILACS, 180 na Scopus e 142 na Cochrane Library. Após a remoção de 416 duplicatas, 1.534 registros seguiram para triagem por título e resumo. Nessa etapa, 1.515 foram excluídos e 19 textos completos foram avaliados. Após a reavaliação da correspondência entre a questão norteadora, os critérios de elegibilidade e o conteúdo dos estudos, 12 artigos foram excluídos na leitura integral e sete compuseram a síntese final. A Figura 1 apresenta o total de registros identificados por meio do fluxograma de seleção.

Figura 1 – Fluxograma Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).
Fortaleza – Ceará, Brasil. 2025.



Fonte: Elaboração própria

Os registros identificados nas bases de dados foram exportados para o software Rayyan, utilizado para o gerenciamento das referências, identificação de duplicatas e condução da triagem dos estudos. Inicialmente, foram identificados 1.950 registros nas bases de dados: PubMed (n = 1.087), LILACS (n = 541), Scopus (n = 180) e Cochrane (n = 142). Após a exclusão das duplicatas no Rayyan, permaneceram 1.534 registros para triagem.

Na etapa de triagem, realizada por meio da leitura de títulos e resumos, foram excluídos 1.515 registros por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Assim, 19 artigos foram selecionados para leitura na íntegra. Após essa etapa, 12 artigos foram excluídos, resultando em 7 estudos incluídos na revisão final.

A seguir, o Quadro 5 apresenta a síntese dos principais dados extraídos dos estudos incluídos nesta revisão, cujo foco recai sobre o atendimento de adultos com elevação importante da pressão arterial sem lesão aguda de órgão-alvo, condição anteriormente denominada urgência hipertensiva.

Foram sistematizadas informações referentes ao autor, ano de publicação, país de origem, objetivo do estudo, delineamento metodológico, amostra, intervenções realizadas, principais resultados e conclusões. Essa organização favorece a análise comparativa dos achados, permite identificar padrões

assistenciais, estratégias clínicas, condutas adotadas e lacunas de conhecimento relacionadas ao manejo dessa condição em diferentes contextos de urgência e emergência.

Quadro 5 – Síntese da avaliação metodológica dos estudos incluídos

Estudo	Delineamento / instrumento JBI	Aspectos favoráveis	Cautelas para a síntese
Poon et al. ⁸	Coorte retrospectiva / JBI Cohort	Mensuração seriada de PA, ajuste multivariável e seguimento de 1 ano.	Inclusão condicionada a registros de PA no seguimento pode gerar viés de seleção; aplicabilidade maior para persistência de hipertensão do que para eficácia terapêutica.
Paini et al. ⁹	Coorte observacional com seguimento / JBI Cohort	Crítérios pressóricos definidos, caracterização de lesão de órgão-alvo e análise multivariável de eventos.	Centro único e perdas no seguimento por contato telefônico; risco de subestimação de eventos e limitada generalização.
Lin et al. ¹⁰	Coorte retrospectiva / JBI Cohort	Amostra ampla e avaliação de desfechos de curto e longo prazo.	Possível confundimento por indicação: pacientes tratados e não tratados podem diferir em gravidade e perfil clínico apesar dos ajustes.
McAlister et al. ¹¹	Coorte retrospectiva / JBI Cohort	Grande base populacional vinculada e ajuste para fatores cardiovasculares.	População ampla de pacientes de emergência, nem todos com crise hipertensiva; evidência indireta para decisões terapêuticas agudas.
Chaudhry et al. ¹²	Coorte retrospectiva / JBI Cohort	Grande amostra de hipertensão grave sem lesão aguda e análise por escore de propensão.	Delineamento observacional e possibilidade de confundimento residual; ausência de randomização para metas de PA na alta.
Liberman et al. ¹³	Case-crossover / JBI Case Control (domínios aplicáveis)	Grande base administrativa e comparação temporal intrapessoal, reduzindo confundimento por características fixas.	Dependência de códigos diagnósticos e ausência de medidas clínicas detalhadas; associação temporal não equivale a causalidade.
Nowicki et al. ¹⁴	Coorte retrospectiva descritiva / JBI Cohort	Crítérios de entrada definidos e descrição clínica de pacientes	Centro único, amostra menor e foco descritivo, limitando

		com elevação aguda de PA sem emergência hipertensiva.	inferências prognósticas e generalização.
--	--	---	---

Fonte: elaboração própria.

Características e principais achados

Os sete estudos foram publicados entre 2020 e 2024 e realizados nos Estados Unidos, Itália, Taiwan, Canadá e Polônia. A produção científica concentrou-se em três eixos inter-relacionados: (1) significado clínico e persistência de níveis pressóricos elevados após o atendimento; (2) manejo farmacológico e pressão arterial na alta; e (3) prognóstico cardiovascular, revisitas e continuidade do cuidado. Essa organização permite incorporar estudos de escopos distintos sem tratá-los como evidências equivalentes para uma mesma pergunta terapêutica.

Quadro 6 – Características dos estudos incluídos e contribuição para a síntese

Nº	Estudo	País / delineamento / amostra	Objetivo	Principais resultados	Contribuição para a revisão
1	Poon et al., 2020 ⁸	EUA; coorte retrospectiva; n=8.105	Avaliar se PA elevada no pronto-socorro se associa à manutenção de PA elevada no ano subsequente.	PA elevada de forma consistente no atendimento associou-se fortemente à PA média elevada no seguimento, sobretudo em pessoas sem diagnóstico prévio de hipertensão.	Sustenta a necessidade de reconhecimento e seguimento de hipertensão possivelmente não diagnosticada.
2	Paini et al., 2021 ⁹	Itália; coorte observacional; n=895 no seguimento	Avaliar eventos cardiovasculares após atendimento por emergência ou urgência hipertensiva.	Ocorreram 96 eventos cardiovasculares no seguimento médio de 12±5 meses; morbidade e mortalidade foram maiores após emergência hipertensiva.	Demonstra heterogeneidade prognóstica conforme presença de lesão aguda de órgão-alvo.
3	Lin et al., 2021 ¹⁰	Taiwan; coorte retrospectiva; n=22.906	Avaliar associação entre tratamento	Tratamento farmacológico associou-se a redução de	Informa potencial efeito sobre utilização de serviços, sem

			anti-hipertensivo no departamento de emergência e desfechos após alta.	11% nas revisitas em 30 e 60 dias, sem associação com menor mortalidade cardiovascular ou incidência de AVC no longo prazo.	comprovar benefício em desfechos cardiovasculares maiores.
4	McAlister et al., 2021 ¹¹	Canadá; coorte retrospectiva; n=30.278	Avaliar frequência de PA elevada no pronto-socorro, diagnóstico posterior de hipertensão e eventos cardiovasculares.	PA elevada foi frequente e muitas vezes antecedeu novo diagnóstico de hipertensão; após ajuste, não houve associação independente com eventos cardiovasculares em 2 anos.	Reforça a relevância diagnóstica do achado, mas relativiza sua capacidade prognóstica independente.
5	Chaudhry et al., 2024 ¹²	EUA; coorte retrospectiva; n=12.044	Identificar preditores de MACE em hipertensão grave sem lesão aguda e avaliar associação entre PAS na alta e MACE.	MACE ocorreu em 15,5% em 1 ano; alcançar PAS ≤ 160 mmHg na alta não se associou a menor MACE em 30 dias.	Questiona o benefício de uma meta pressórica imediata rígida na ausência de lesão aguda de órgão-alvo.
6	Lieberman et al., 2024 ¹³	EUA; case-crossover; base com 2.225.722 hospitalizações por MACE	Estimar o risco de MACE após visita ao pronto-socorro por urgência hipertensiva com alta para casa.	Visita por urgência hipertensiva foi 3,5 vezes mais frequente na semana anterior ao MACE do que no período-controle; associação perdeu significância por volta da 11ª semana.	Evidencia janela de maior vulnerabilidade cardiovascular no curto prazo após o atendimento.
7	Nowicki et al., 2024 ¹⁴	Polônia; coorte retrospectiva; n=570	Caracterizar pacientes com elevação aguda da PA sem	A população foi predominantemente	Contribui para caracterização clínica e decisões de disposição,

			emergência hipertensiva e fatores associados à hospitalização.	feminina e idosa; o estudo mostrou heterogeneidade de clínica e assistencial entre pacientes avaliados por elevação aguda da PA.	com menor peso para inferências prognósticas.
--	--	--	--	--	---

Fonte: elaboração própria.

Os estudos incluídos nesta revisão evidenciam a relevância clínica das elevações pressóricas identificadas em serviços de pronto-atendimento, tanto por sua associação com maior risco cardiovascular quanto por seu potencial papel como marcador de vulnerabilidade clínica e de eventos adversos subsequentes.

No primeiro eixo, os estudos^{8,11} mostram que a pressão arterial elevada no pronto-socorro não deve ser automaticamente atribuída à dor, ansiedade ou ao caráter transitório do atendimento. Em parte dos pacientes, o achado antecipa pressão arterial persistentemente elevada e futuro diagnóstico de hipertensão. Entretanto, foi demonstrado que a associação entre pressão elevada no serviço de emergência e eventos cardiovasculares perdeu significância após ajuste para idade, sexo e comorbidades, indicando que a interpretação prognóstica deve considerar o risco cardiovascular global¹¹.

No segundo eixo¹⁰, observaram menor frequência de revisitas em 30 e 60 dias entre pacientes que receberam anti-hipertensivos durante a permanência no departamento de emergência, sem redução demonstrada de mortalidade cardiovascular ou acidente vascular cerebral no seguimento de longo prazo. Um estudo¹², não encontrou benefício de curto prazo associado à obtenção de pressão arterial sistólica ≤ 160 mmHg na alta em pacientes com hipertensão grave sem lesão aguda de órgão-alvo. Em conjunto, esses resultados não sustentam a adoção de redução pressórica agressiva como objetivo isolado em pacientes sem emergência hipertensiva.

No terceiro eixo^{9,13}, reforçam a relevância prognóstica do episódio agudo. A presença de emergência hipertensiva esteve associada a maior morbidade e mortalidade cardiovascular no seguimento, enquanto uma visita por urgência hipertensiva com alta domiciliar se associou a aumento transitório do risco de MACE, particularmente na primeira semana. Esses achados justificam atenção à estratificação de risco, à orientação de sinais de alerta e à organização do seguimento após a alta, sem confundir risco futuro com indicação automática de redução imediata e intensa da pressão arterial.

Complementando a síntese ao demonstrar que pacientes com elevação aguda da pressão arterial sem emergência hipertensiva constituem grupo heterogêneo quanto a características clínicas, comportamento antes da chegada ao serviço e necessidade de hospitalização. Essa heterogeneidade reforça a importância de decisões individualizadas, evitando tanto a banalização da

pressão arterial muito elevada quanto intervenções desproporcionais em pessoas sem evidência de lesão aguda de órgão-alvo¹⁴.

DISCUSSÃO

A presente revisão integrativa evidencia que as elevações importantes da pressão arterial no contexto dos serviços de urgência e emergência constituem marcadores clínicos relevantes de risco cardiovascular, tanto no período imediato quanto no seguimento em médio prazo.

A revisão revisada indica que o manejo das crises hipertensivas nos serviços de urgência e emergência deve ser organizado a partir de uma distinção clínica fundamental: a presença ou ausência de lesão aguda de órgão-alvo. Essa abordagem, coerente com documentos contemporâneos da American Heart Association, da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025 e das diretrizes europeias, reduz o risco de decisões baseadas exclusivamente em limiares pressóricos e direciona o tratamento para a gravidade real do quadro¹⁻³.

Nos pacientes sem lesão aguda de órgão-alvo, a evidência disponível é predominantemente observacional e não demonstra benefício consistente de uma redução rápida da pressão arterial sobre desfechos cardiovasculares maiores. Chaudhry et al.¹² não identificaram menor risco de MACE associado a uma PAS ≤ 160 mmHg na alta, enquanto Lin et al.¹⁰ encontraram associação entre tratamento farmacológico no pronto-socorro e menor utilização de serviços em curto prazo, mas não com redução de mortalidade cardiovascular ou AVC. A leitura conjunta desses achados favorece uma estratégia prudente: confirmar medidas, investigar sinais de dano agudo, tratar condições precipitantes e revisar o regime anti-hipertensivo quando indicado, sem transformar a normalização imediata da pressão em objetivo isolado.

A ausência de indicação para redução pressórica agressiva não significa que o achado deva ser desconsiderado. Foi demonstrado⁸ forte relação entre pressão elevada no departamento de emergência e persistência de hipertensão no ano seguinte, especialmente entre pessoas sem diagnóstico prévio. Embora não tenham encontrado associação cardiovascular independente após ajuste de confundidores, mostraram que o atendimento de emergência pode constituir oportunidade relevante para identificar hipertensão não reconhecida e encaminhar o paciente para avaliação longitudinal¹¹.

O prognóstico também não é uniforme. A coorte de Paini et al.⁹ evidenciou maior morbidade e mortalidade em pacientes com emergência hipertensiva, confirmando que a lesão aguda de órgão-alvo diferencia um grupo de maior risco. Em pacientes que receberam alta após urgência hipertensiva, Liberman et al.¹³ identificaram aumento transitório do risco de MACE nas semanas subsequentes, mais pronunciado na primeira semana. Ainda que o delineamento case-crossover e o uso de dados administrativos impeçam inferências causais simples, o resultado sugere que o período pós-alta merece atenção organizada, particularmente entre pessoas com doença cardiovascular prévia, múltiplos fatores de risco ou acesso irregular ao cuidado.

A síntese também evidencia uma lacuna assistencial: poucos estudos avaliam intervenções estruturadas de transição do cuidado, comunicação entre pronto-socorro e atenção primária, adesão terapêutica ou prazo ótimo para reavaliação. A continuidade do cuidado aparece, portanto, como dimensão clinicamente plausível e recomendada pelas diretrizes, mas ainda insuficientemente testada por estudos comparativos. Esse limite deve ser explicitado para evitar que recomendações organizacionais sejam apresentadas com o mesmo grau de certeza de achados provenientes de grandes coortes.

A avaliação metodológica reforça a necessidade de cautela. Todas as evidências incluídas são observacionais, com risco variável de confundimento residual, viés de seleção e limitações de generalização. Estudos baseados em registros eletrônicos e bases administrativas oferecem grande poder amostral, mas nem sempre dispõem de informações detalhadas sobre técnica de medida da pressão, sintomas, adesão, contexto psicossocial ou avaliação completa de lesão de órgão-alvo. Por essa razão, a revisão privilegia a convergência entre estudos e diretrizes e evita interpretações causais não sustentadas pelos delineamentos disponíveis.

Assim, as evidências disponíveis indicam que a crise hipertensiva, particularmente a elevação importante da pressão arterial sem lesão aguda de órgão-alvo, constitui importante marcador de risco cardiovascular, com maior vulnerabilidade especialmente nas primeiras semanas após o atendimento emergencial.

Embora o tratamento anti-hipertensivo imediato possa reduzir revisitas em curto prazo, os dados não sustentam, de forma consistente, sua associação com redução de mortalidade, acidente vascular cerebral ou eventos cardiovasculares maiores em pacientes assintomáticos.

Em consonância com diretrizes internacionais e com a diretriz brasileira de 2025, a abordagem mais segura e efetiva deve priorizar a diferenciação entre emergência hipertensiva e elevação pressórica sem lesão de órgão-alvo, a redução gradual da pressão arterial, a educação do paciente, o ajuste do tratamento crônico e o acompanhamento precoce na rede de atenção à saúde. Essa integração entre pronto-socorro e atenção primária é essencial para reduzir recorrências, prevenir complicações e qualificar o cuidado longitudinal à hipertensão arterial.

Limitações da revisão

Esta revisão apresenta limitações inerentes à heterogeneidade conceitual e metodológica dos estudos, à predominância de delineamentos observacionais e à diversidade de definições utilizadas para hipertensão grave, urgência hipertensiva e emergência hipertensiva. A restrição temporal a 2016–2024 pode ter excluído estudos clássicos relevantes, e a amplitude dos termos relacionados a "pressão arterial elevada" pode aumentar a necessidade de julgamento na triagem. Além disso, a correção lógica das estratégias de busca deve ser acompanhada, antes da submissão final, por conferência do histórico original das

bases ou reexecução documentada das buscas, a fim de assegurar que os números de registros permanecem plenamente reproduzíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências disponíveis indicam que adultos atendidos em serviços de urgência e emergência com pressão arterial marcadamente elevada constituem população heterogênea, na qual a presença de lesão aguda de órgão-alvo é o principal elemento para definir a urgência terapêutica. Emergências hipertensivas requerem manejo imediato e monitorizado, enquanto situações sem dano agudo demandam avaliação clínica criteriosa, revisão terapêutica e planejamento do seguimento, evitando reduções pressóricas rápidas e indiscriminadas.

Os estudos incluídos também mostram que a elevação pressórica no pronto-socorro pode sinalizar hipertensão persistente ou vulnerabilidade cardiovascular, embora sua capacidade prognóstica varie conforme o perfil clínico e o ajuste para comorbidades. O atendimento agudo deve, portanto, ser compreendido como oportunidade para estratificação de risco, identificação de hipertensão não diagnosticada, educação do paciente e articulação com o cuidado longitudinal.

Persistem lacunas importantes quanto à melhor estratégia farmacológica para pacientes sem lesão aguda de órgão-alvo, ao momento ideal de reavaliação e à efetividade de modelos estruturados de transição entre emergência e atenção ambulatorial. Estudos prospectivos e comparativos, com definições diagnósticas padronizadas e desfechos centrados no paciente, são necessários para fortalecer a segurança e a consistência das recomendações assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. Bress AP, et al. The Management of Elevated Blood Pressure in the Acute Setting: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2024;73(1):e1-e18.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VIII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2025.
3. Alley WD a. Hypertensive Emergency. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513351/>
4. Mancia G, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2023;41(12):1874-2071.
5. Goniewicz M, et al. Prehospital management of hypertension by emergency medical teams: A retrospective analysis. *Signa Vitae*. 2024;19(1):1-8.
6. Cláudio Borges da Silva Filho J, José da Silva C, Tavares Barbosa A. Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos e diabéticos aplicada por uma equipe da estratégia de saúde da família em Fortaleza - Ceará. *Cadernos ESP* [Internet]. 4º de outubro de 2019 [citado 10º de julho de

- 2026];12(1):57-68. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/131>
7. Goniewicz M, et al. Prehospital management of hypertension by emergency medical teams: A retrospective analysis. *Signa Vitae*. 2024;19(1):1-8.
 8. Adistie, F., Neilson, S., Shaw, K.L. et al. The elements of end-of-life care provision in paediatric intensive care units: a systematic integrative review. *BMC Palliat Care* 23, 184 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01512-5>
 9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1):102–6.
 10. The Joanna Briggs Institute. *JBIManual for Evidence Synthesis*. Adelaide: JBI; 2022.
 11. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007;15:508–11. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.
 12. Torraco RJ. Writing integrative literature reviews: using the past and present to explore the future. *Hum Resour Dev Rev*. 2016;15(4):404–28.
 13. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–53.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial da União*. 2016 mai 24;Seção 1:44–6.
 15. Liberman AL, Razzak J, Lappin RI, Navi BB, Bruce SS, Liao V, et al. Risk of Major Adverse Cardiovascular Events After Emergency Department Visits for Hypertensive Urgency. *Hypertension*. 2024;81(7):1592–1598.
 16. Chaudhry F, Small E, Korzeniewski SJ, Benyas D, Ross L, Hill AB, et al. Emergency Department Blood Pressure Treatment and Outcomes in Adults Presenting with Severe Hypertension. *West J Emerg Med*. 2024;25(5):680–689.

Autor Correspondente

Sandra Machado Lira
sandra_liram@yahoo.com.br

Contribuições dos Autores

Análise formal: EFC, LQO, SCP, JMS, MAGG, VVS, JDRPA, YTL, GLML, RDMB, SML;
Conceitualização: EFC, LQO, PACV, SCP, JMS, MAGG, VVS, JDRPA, YTL, GLML, RDMB, SML;
Curadoria de dados: ; **Investigação:** ;
Metodologia: EFC, SCP, JMS, MAGG, VVS, JDRPA, YTL, GLML, RDMB, SML; **Redação – revisão e edição:** EFC, LQO, PACV, SCP, JMS, MAGG, VVS; **Redação – rascunho original:**

Editores Associados

Genilton da Silva Faheina Junior, Janaildo Soares de Sousa, Kamila Maria Oliveira Sales e Sofia de Moraes Arnaldo

Como Citar

Corpes EF, Oliveira LQ, Valdivia PAC, Pedrosa SC, Santana JM, Giesta MAG, Sousa VV, Andrade JDR, Lima YT, Luna GLM, Barakat RDM, Lira SM. Crise hipertensiva em Urgência e Emergência: evidências científicas. *Cadernos ESP*. 2832;20:e2832.

EFC, LQO, PACV, SCP, JMS, MAGG, VVS, JDRPA, YTL, GLML, SML; **Supervisão:** EFC, SCP, JMS, MAGG, VVS, JDRPA, YTL, GLML, RDMB, SML; **Validação:** EFC, LQO, SCP, JMS, MAGG, VVS, JDRPA, YTL, GLML, RDMB, SML; **Visualização:** EFC, PACV, SCP, JMSM, MAGG, VVS, JDRPA, YTL, GLML, RDMB, SML.

Conflito de Interesses

Não há conflitos de interesse.

Financiamento

Financiamento próprio.

Recebido em: 10/07/2026

Publicado em: 17/09/2026