

CAPÍTULO 73

ARTIGO DE REVISÃO

CRISE HIPERTENSIVA NA EMERGÊNCIA: O QUE ABANDONAR, O QUE MANTER E COMO TRATAR CORRETAMENTE

Autor Principal

Maria Eduarda Pessanha Pinto

Coautores

Tamires Ribeiro Dutra Assis

Claudina Mendes Horevicht

Pedro Ivo Fonseca de Paula

Gabriel Mendes Horevicht Laporte
Mascarenhas

Larissa Marques Souza Horevicht

Delmar Camelo de Oliveira

Resumo A abordagem da pressão arterial muito elevada na emergência continua sendo uma das áreas em que mais se misturam erro conceitual, excesso terapêutico e risco de iatrogenia. A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025 mantém a importância de reconhecer a hipertensão arterial grave em contexto agudo, mas reforça que a conduta não deve ser guiada apenas pelo valor numérico da pressão. O ponto decisivo é a presença ou ausência de lesão aguda de órgão-alvo, que diferencia a emergência hipertensiva do paciente com elevação importante da pressão sem dano agudo estabelecido.

A declaração científica da American Heart Association de 2024 caminhou na mesma direção ao desestimular o uso indiscriminado dos termos “hypertensive urgency” e “hypertensive crisis” em pacientes sem lesão aguda, propondo uma abordagem mais centrada no risco real do doente e menos no susto causado pelo número. Já a ESH 2023 ainda preserva a terminologia tradicional, o que mostra que o médico continuará convivendo com classificações diferentes na literatura recente.

Este capítulo discute como interpretar corretamente a pressão arterial muito elevada na emergência, o que precisa ser abandonado na prática cotidiana, o que permanece válido e como conduzir os principais cenários clínicos de forma proporcional, segura e atual.

Palavras-chave: emergência hipertensiva; hipertensão arterial grave; lesão aguda de órgão-alvo; urgência hipertensiva; emergência.

1. INTRODUÇÃO

Nem toda pressão muito alta é emergência hipertensiva. Essa continua sendo a correção mais importante a fazer na prática do pronto-socorro. A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025 reforça a necessidade de avaliar o paciente de forma integrada, considerando medida adequada da pressão, contexto clínico, risco cardiovascular e sinais de repercussão aguda em órgãos-alvo. Em outras palavras, o número isolado não basta.

A AHA 2024 reforçou o mesmo princípio no ambiente agudo, com ênfase especial no risco de tratar agressivamente pacientes sem lesão aguda de órgão-alvo. Esse ponto é central porque parte importante da iatrogenia nasce justamente da tentativa de normalizar rapidamente a pressão em quem não está em emergência hipertensiva verdadeira.

2. O QUE A DIRETRIZ BRASILEIRA DE 2025 AJUDA A REPOSICIONAR

A diretriz brasileira de 2025 atualiza o manejo da hipertensão no país e reforça uma medicina menos automática e mais centrada no indivíduo. Embora não tenha sido escrita apenas para o cenário agudo, ela sustenta princípios essenciais para a emergência: aferição correta da pressão, avaliação global de risco, busca de lesão de órgão-alvo e individualização terapêutica.

Isso importa porque, no plantão, ainda é comum ver três erros repetidos: transformar qualquer pressão muito alta em crise, medicar o número antes de examinar o paciente, e interpretar ausência de sintoma como sinônimo de ausência de risco, sem procurar lesão aguda de órgão-alvo.

3. O QUE AINDA FAZ SENTIDO MANTER

Do ponto de vista prático, ainda é útil reconhecer dois grandes grupos: pacientes com elevação importante da pressão arterial sem lesão aguda de órgão-alvo e pacientes com elevação da pressão associada a lesão aguda de órgão-alvo, isto é, emergência hipertensiva.

A ESH 2023 ainda usa a separação tradicional entre urgência e emergência hipertensiva, enquanto a AHA 2024 propõe abandonar essa nomenclatura em parte dos cenários sem dano agudo. Apesar da diferença terminológica, os documentos convergem no que mais importa: a presença de repercussão aguda é o que muda a urgência e a intensidade do tratamento.

4. O QUE VALE A PENA ABANDONAR

O primeiro hábito a abandonar é tratar o valor absoluto da pressão como se ele, sozinho, definisse emergência. Valores muito elevados merecem atenção, mas não substituem exame clínico nem avaliação de lesão aguda. A diretriz brasileira de 2025 insiste na boa técnica de aferição e na interpretação contextualizada da medida.

O segundo hábito a abandonar é o uso reflexo de anti-hipertensivo intravenoso em pacientes sem evidência de dano agudo. A AHA 2024 é especialmente clara ao alertar que o tratamento agressivo da elevação assintomática da pressão em ambiente agudo pode ser prejudicial.

O terceiro hábito a abandonar é a dramatização do caso. Nem toda pressão muito elevada exige internação, sala vermelha ou queda rápida da pressão. Em muitos casos, o que o paciente precisa é reavaliação, ajuste terapêutico e seguimento, não teatro farmacológico.

Quadro 1. O QUE ABANDONAR E O QUE MANTER NA ABORDAGEM DA PRESSÃO ARTERIAL MUITO ELEVADA NA EMERGÊNCIA

O QUE ABANDONAR	O QUE MANTER
Tratar o número isolado como emergência automática	Procurar lesão aguda de órgão-alvo
Reduzir rapidamente a pressão em todo paciente	Individualizar conforme o contexto clínico
Usar anti-hipertensivo intravenoso sem critério	Reservar terapia intravenosa para emergências verdadeiras
Classificar todos como “urgência hipertensiva”	Diferenciar hipertensão grave sem dano agudo de emergência hipertensiva
Decidir alta ou internação sem exame clínico adequado	Basear a conduta em sintomas, exame físico e risco

5. O QUE REALMENTE DEFINE UMA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

A emergência hipertensiva é definida pela associação entre elevação importante da pressão arterial e lesão aguda de órgão-alvo em curso. Os principais cenários incluem encefalopatia hipertensiva, hemorragia intracraniana, edema agudo de pulmão hipertensivo, síndrome coronariana aguda em contexto compatível, dissecção aguda de aorta, lesão renal aguda atribuível ao quadro hipertensivo e pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia.

Sem lesão aguda de órgão-alvo, o paciente pode ter hipertensão grave, mas não necessariamente uma emergência hipertensiva.

6. COMO PENSAR O PACIENTE NA CHEGADA

A avaliação inicial deve responder rapidamente a algumas perguntas: há dor torácica isquêmica, dispneia, congestão ou hipoxemia, cefaleia intensa, confusão, convulsão ou déficit neurológico focal, dor torácica ou dorsal súbita com suspeita de dissecção, oligúria ou piora renal aguda, ou gestação com sinais de gravidade?

Além disso, é preciso revisar o contexto: técnica inadequada de medida, dor, ansiedade, retenção urinária, má adesão ao tratamento, uso de cocaína, anfetaminas ou simpaticomiméticos.

Fluxograma 1. ABORDAGEM DO PACIENTE COM PRESSÃO ARTERIAL MUITO ELEVADA NA EMERGÊNCIA

Paciente com pressão arterial muito elevada na emergência

↓

Confirmar a medida: técnica adequada, manguito apropriado, repetir após repouso breve, considerar dor, ansiedade, retenção urinária, estimulantes e erro de aferição.

↓

Avaliar sinais e sintomas de lesão aguda de órgão-alvo: dor torácica isquêmica; dispneia, hipoxemia, edema agudo de pulmão; cefaleia intensa, confusão, convulsão, déficit focal; dor torácica ou dorsal súbita; oligúria, piora aguda da função renal; gestação com sinais de gravidade.

↓

Há lesão aguda de órgão-alvo?

Se NÃO: hipertensão grave sem emergência hipertensiva. Não reduzir a pressão de forma abrupta; tratar fatores desencadeantes; revisar adesão; ajustar terapia oral quando necessário; orientar seguimento próximo.

Se SIM: emergência hipertensiva. Monitorização; acesso venoso; terapia conforme o órgão acometido; redução controlada da pressão; considerar drogas intravenosas tituláveis; encaminhamento para unidade de maior complexidade, se necessário.

7. HIPERTENSÃO GRAVE SEM LESÃO AGUDA DE ÓRGÃO-ALVO

Esse é o grupo em que a medicina mais exagera. O paciente chega com pressão muito elevada, mas sem encefalopatia, sem edema agudo de pulmão, sem síndrome coronariana aguda, sem dissecação, sem hemorragia intracraniana, sem lesão renal aguda atribuível ao quadro. Nessa situação, a AHA 2024 desestimula tratamento agressivo e a literatura recente reforça que a conduta deve ser centrada em reavaliação, ajuste medicamentoso e seguimento. Isso não significa banalizar. Significa tratar do jeito certo.

8. QUANDO A REDUÇÃO RÁPIDA DA PRESSÃO É REALMENTE INDICADA

A redução rápida da pressão fica reservada às emergências hipertensivas verdadeiras. Mesmo assim, a meta não é normalizar a pressão imediatamente, e sim reduzi-la de forma controlada para evitar hipoperfusão cerebral, coronariana ou renal. A ESH 2023 e os documentos europeus sobre emergências hipertensivas mantêm esse princípio.

A exceção clássica é a dissecação aguda de aorta, em que o controle deve ser mais rápido e rigoroso, com ênfase não apenas na pressão, mas também na frequência cardíaca e na força de ejeção.

9. SITUAÇÕES CLÍNICAS COM LÓGICA PRÓPRIA

Dissecação aguda de aorta, edema agudo de pulmão hipertensivo, síndrome coronariana aguda, hemorragia intracraniana, AVC isquêmico e gestação com pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia são cenários que exigem manejo próprio. O princípio comum é que a meta pressórica depende do órgão acometido e da fisiopatologia do quadro, não de uma regra única aplicável a todos.

Tabela 1. CONDUTA INICIAL DIANTE DA PRESSÃO ARTERIAL MUITO ELEVADA NA EMERGÊNCIA

SITUAÇÃO	LESÃO AGUDA DE ÓRGÃO-ALVO	CONDUTA INICIAL
Pressão muito elevada, sem sintomas ou dano agudo	Não	Reavaliar, confirmar medida, tratar fator precipitante, ajustar medicação oral, organizar seguimento
Encefalopatia hipertensiva	Sim	Monitorização, anti-hipertensivo IV titulado, redução controlada
Edema agudo de pulmão hipertensivo	Sim	Suporte respiratório, vasodilatação, manejo hemodinâmico
Dissecção aguda de aorta	Sim	Redução rápida e controlada de FC e PA, abordagem emergencial
Síndrome coronariana aguda com pressão muito elevada	Sim, se contexto compatível	Tratar SCA e controlar PA sem comprometer perfusão
Pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia	Sim	Protocolo obstétrico específico, controle pressórico e estabilização materna

10. O PAPEL DO EXAME FÍSICO E DO PRONTUÁRIO

Esse é um daqueles cenários em que boa medicina e boa proteção profissional andam juntas. Quando o médico registra exame neurológico, ausculta cardiopulmonar, perfusão, diurese, presença ou ausência de dor torácica, dispneia, déficit focal, assimetria de pulsos e reavaliação após repouso, ele está fazendo duas coisas ao mesmo tempo: cuidando melhor e demonstrando por que tratou, ou não tratou, agressivamente aquela pressão.

11. CONCLUSÃO

A abordagem contemporânea da pressão arterial muito elevada na emergência exige menos reflexo e mais raciocínio. O que precisa ser abandonado é a ideia de que todo valor alto define crise a ser derrubada. O que precisa ser mantido é a vigilância para reconhecer a verdadeira emergência hipertensiva, aquela em que a elevação da pressão já está produzindo dano agudo. E o que precisa ser feito

corretamente é distinguir uma coisa da outra com exame físico, contexto clínico e proporcionalidade terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. BRANDÃO, A. A. et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2025.
2. BRESS, A. P. et al. The Management of Elevated Blood Pressure in the Acute Care Setting: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*, 2024.
3. MANCIA, G. et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 2023.
4. European Society of Hypertension. *PDF version with section on hypertensive emergencies*, 20