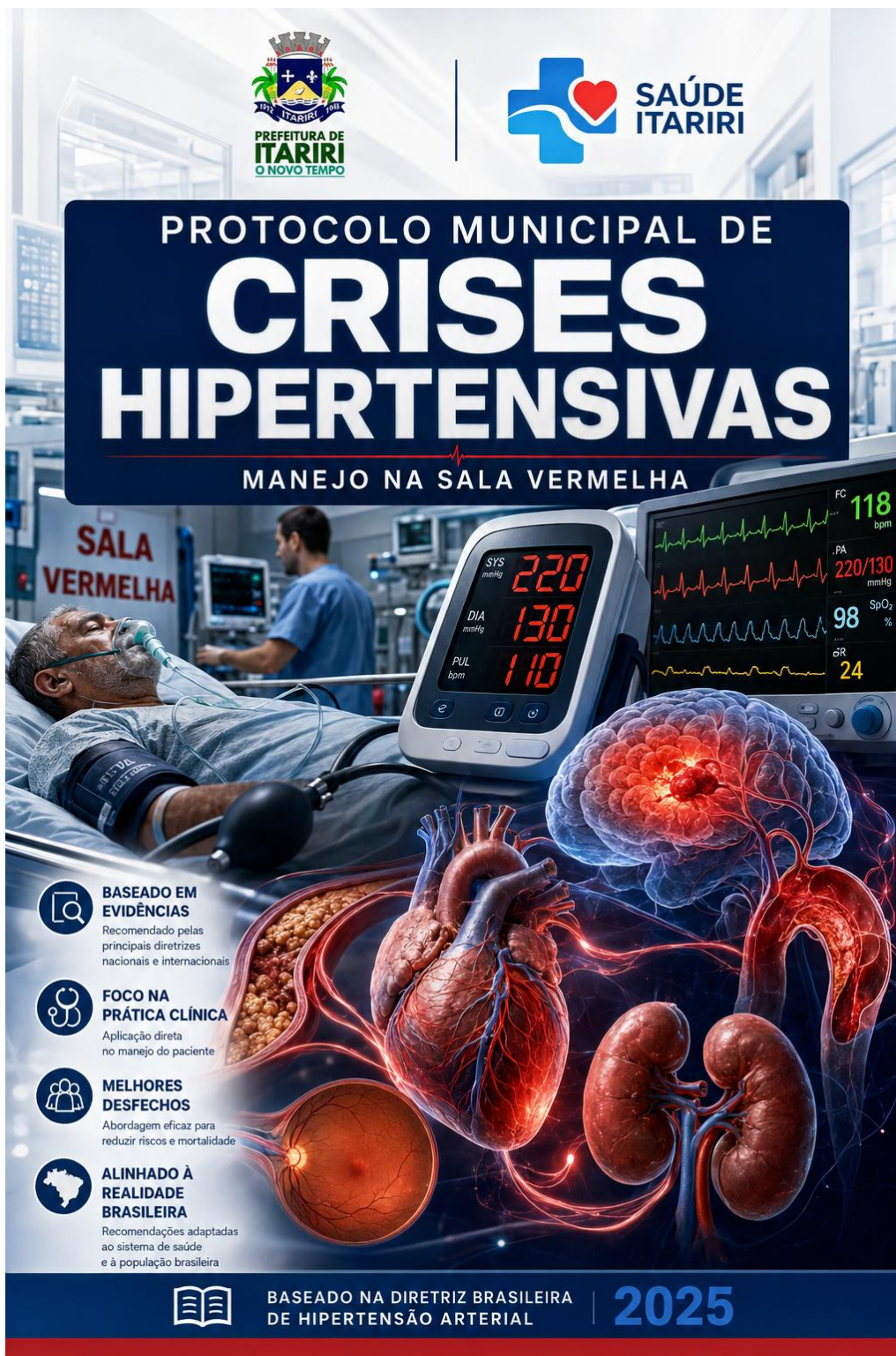




 **PREFEITURA DE ITARIRI**
O NOVO TEMPO

 **SAÚDE ITARIRI**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE
CRISES
HIPERTENSIVAS

MANEJO NA SALA VERMELHA

SALA VERMELHA

BASEADO EM EVIDÊNCIAS
Recomendado pelas principais diretrizes nacionais e internacionais

FOCO NA PRÁTICA CLÍNICA
Aplicação direta no manejo do paciente

MELHORES DESFECHOS
Abordagem eficaz para reduzir riscos e mortalidade

ALINHADO À REALIDADE BRASILEIRA
Recomendações adaptadas ao sistema de saúde e à população brasileira

 **BASEADO NA DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL** | **2025**



PROTOCOLO MUNICIPAL CRISES HIPERTENSIVAS NA EMERGÊNCIA

Reconhecimento • Classificação • Tratamento • Reavaliação • Regulação

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Itariri – SP | 2026

PRINCÍPIO CENTRAL

A gravidade não é definida apenas pelo valor da pressão arterial. A decisão depende, sobretudo, da presença ou ausência de lesão aguda/progressiva de órgão-alvo (LOA).



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Protocolo Municipal



1. Finalidade e abrangência

Padronizar o atendimento do adulto com elevação importante da pressão arterial no Pronto-Socorro e Sala Vermelha do Município de Itariri, com interface para APS/ESF e regulação/transferência. O protocolo foi estruturado a partir da Apostila Municipal de Crises Hipertensivas e atualizado conforme recomendações contemporâneas, com destaque para a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025.

Aplica-se à triagem, avaliação médica, monitorização, investigação, tratamento inicial, decisão de alta/internação e transferência. Situações obstétricas, AVC, síndrome coronariana aguda e síndrome aórtica aguda devem também seguir seus protocolos específicos.

2. Definições operacionais

Situação	Definição prática	Conduta predominante
Pseudocrise / elevação reativa	PA elevada associada a dor, ansiedade, estresse ou outro gatilho, sem LOA aguda.	Tratar gatilho; repetir medida corretamente; evitar redução agressiva.
Elevação importante da PA sem LOA aguda	Em geral PAS ≥ 180 e/ou PAD ≥ 110 mmHg, sem evidência de LOA aguda/progressiva.	Observação, reavaliação, correção de adesão/tratamento; VO se necessário; seguimento precoce.
Emergência hipertensiva	Elevação importante da PA, frequentemente $\geq 180/110$ mmHg, COM LOA aguda/progressiva ou condição tempo-dependente.	Ambiente crítico; monitorização; fármaco EV titulável; meta definida pela síndrome; regulação/internação.

3. Medida e confirmação da PA

- Confirmar técnica: manguito adequado, braço apoiado, paciente em repouso quando possível e repetição da medida.
- Em paciente grave, não atrasar tratamento de condição ameaçadora à vida para repetir medidas.
- Registrar PA nos dois braços quando houver suspeita de síndrome aórtica aguda; avaliar pulsos e assimetrias.
- Valor numérico isolado não substitui a pesquisa de LOA.

4. Avaliação inicial — procurar LOA



Figura 1 — Visão integrada das crises hipertensivas e investigação de lesão de órgão-alvo.

Sistema	Sinais/sintomas-chave	Hipóteses críticas	Investigação dirigida
Cardíaco/pulmonar	Dor torácica/dorsal, dispneia, ortopneia, crepitações, hipoxemia	SCA, EAP/IC aguda, dissecção	ECG, troponina, RX tórax; BNP quando útil; angio-TC se suspeita aórtica
Neurológico	Déficit focal, alteração da fala/visão, confusão, convulsão, rebaixamento	AVC isquêmico/hemorrágico, encefalopatia	TC de crânio sem contraste inicialmente; protocolo AVC
Renal	Oligúria, edema, hematuria	LRA, microangiopatia	Creatinina, ureia, Na/K, urina tipo 1; hemograma/plaquetas conforme contexto
Retina	Turvação visual, escotomas	Retinopatia hipertensiva grave/papiledema	Fundoscopia quando disponível e sem atrasar manejo crítico

5. Fluxo decisório municipal





Figura 2 — Manual de bolso: conceitos, fluxo, avaliação inicial, exames, metas e condutas.

- 1) PA muito elevada → confirmar medida e avaliar imediatamente sintomas/sinais de LOA.
- 2) LOA aguda/progressiva presente ou síndrome tempo-dependente? SIM → EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA.
- 3) Emergência: Sala Vermelha, monitorização contínua, acesso venoso, exames direcionados, tratamento EV titulável e regulação/internação.
- 4) NÃO há LOA: observar em ambiente calmo (~30 min quando clinicamente apropriado), tratar dor/ansiedade/outras gatilhos, revisar adesão e repetir PA.
- 5) Persistindo PA muito elevada sem LOA: considerar anti-hipertensivo oral de início relativamente rápido e curta duração, ajustar tratamento crônico e organizar reavaliação em 1–7 dias.

6. Elevação importante da PA sem LOA aguda

A Diretriz Brasileira 2025 recomenda condução ambulatorial quando não há LOA aguda nem risco iminente, evitando tratar apenas o número. A observação clínica em ambiente calmo por cerca de 30 minutos é a primeira medida quando os sintomas não sugerem LOA.

6.1 Conduta

- Tratar dor, ansiedade e outros precipitantes; revisar suspensão/uso irregular de anti-hipertensivos, excesso de sal, álcool, simpaticomiméticos e drogas.
- Não utilizar medicação EV apenas para normalizar a PA em paciente assintomático/sem LOA.
- Se persistirem sintomas/PA elevada após observação: considerar captopril ou clonidina VO, conforme contraindicações e julgamento clínico; reavaliar resposta.
- Não usar nifedipina de liberação imediata/sublingual para redução abrupta.
- Evitar queda aguda >25–30% nas primeiras 2–4 horas.
- Planejar reavaliação ambulatorial precoce em 1–7 dias e revisar esquema crônico.

7. Emergência hipertensiva — princípios gerais

- Admitir em ambiente de alta vigilância/Sala Vermelha; quando indicado, regular para UTI/serviço de referência.
- Monitorização contínua de ECG, SpO₂, FC e PA; considerar PA invasiva nas situações críticas/anti-impulso.
- Preferir fármaco EV de meia-vida curta e titulável, escolhido conforme a LOA.
- Meta geral, quando não houver alvo específico: redução cuidadosa da PA, tipicamente 10–15% na primeira hora e até ~25% nas horas seguintes; evitar normalização abrupta.
- Tratar simultaneamente a causa e a LOA; a meta específica da síndrome prevalece sobre a meta geral.

8. Metas e fármacos por síndrome

PRESCRIÇÃO PASSO A PASSO

PACIENTE: 72KG

- 1 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA SCA COM SUPRA DE ST
- 2 CABECEIRA ELEVADA + DIETA 0
- 3 NITROGLICERINA 5 mL/h EV ↑ 5–10 mL/h 5/5' + SG5% 250 mL BIC: 5 mL/h
- 4 FUROSEMIDA
- 5 ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 300 mg VO, 1 dose (mastigável)
- 6 CLOPIDOGREL 300 mg VO, 1 dose
- 7 MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA + ECG
- 8 HMG, TROPONINA, CREATININA, UREIA, ELETROLITOS, BNP, GASOMETRIA

AAS: ácido acetilsalicílico
BIC: bomba de infusão contínua
EV: endovenoso
VO: via oral
SG5%: soro glicosado a 5%

PRESCRIÇÃO PASSO A PASSO

PACIENTE: 65KG

- 1 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA EDEMA AGUDO DE PULMÃO
- 2 CABECEIRA ELEVADA 45° + DIETA 0
- 3 NITROGLICERINA 10 mL/h EV ↑ 10 mL/h 5/5' + SG5% 250 mL BIC: 10 mL/h
- 4 FUROSEMIDA 80 mg EV
- 5 MORFINA* 2 mg EV 5/5'
- 6 VNI (VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA)
- 7 CONTROLE DE DIURESE + MONITORIZAÇÃO
- 8 HMG, ELETROLITOS, UREIA, CREATININA, BNP, GASOMETRIA, RX TÓRAX

MORFINA:
• Usar com cautela
• Monitorar FR e nível de consciência
EV: endovenoso
BIC: bomba de infusão contínua
SG5%: soro glicosado a 5%
VNI: ventilação não invasiva

PRESCRIÇÃO PASSO A PASSO

PACIENTE: 58KG

- 1 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA SUSPEITA DE DISSECÇÃO DE AORTA
- 2 CABECEIRA ELEVADA + DIETA 0
- 3 ESMOLOL BOLUS: 500 mcg/kg EV em 1 min MANUTENÇÃO: 50–200 mcg/kg/min EV (BIC)
- 4 NITROPRUSIATO DE SÓDIO (NIPRIDE) 0,3–10 mcg/kg/min EV (BIC) + SG5%
- 5 DIPIRONA 1 g EV 6/6 h
- 6 MONITORIZAÇÃO INVASIVA (se disponível)
- 7 CONTROLE DE PA ALVO: PAS < 120 mmHg e FC 60–70 bpm
- 8 HMG, ELETROLITOS, UREIA, CREATININA, TC/ANGIO-TC DE AORTA, ECG

BIC: bomba de infusão contínua
EV: endovenoso
SG5%: soro glicosado a 5%
PAS: pressão arterial sistólica
FC: frequência cardíaca

PRESCRIÇÃO PASSO A PASSO

PACIENTE: 78KG

- 1 ELEVAÇÃO IMPORTANTE DA PA SEM LOA (PSEUDOCRISE HIPERTENSIVA)
- 2 REPOUSO EM AMBIENTE CALMO + DIETA LIVRE
- 3 CAPTOPRIL 25 mg VO, 1/1h (máx 100 mg/dia)
- 4 CLONIDINA 0,1 mg VO, 30/30' (máx 0,6 mg/dia)
- 5 REAVALIAR PA A CADA 30 MIN
- 6 ORIENTAR ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO
- 7 PLANEJAR RETORNO AMBULATORIAL EM 7 DIAS
- 8 SE DISPONÍVEL: GLICEMIA CAPILAR

VO: via oral
PA: pressão arterial
LOA: lesão de órgão-alvo
FC: frequência cardíaca

PRESCRIÇÃO PASSO A PASSO

GESTANTE: 80KG (PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE)

- 1 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE
- 2 DECÚBITO LATERAL ESQUERDO + DIETA 0
- 3 LABETALOL 20 mg EV em 2 min, repetir 20–40 mg 10/10' até PA alvo. Após: 1–2 mg/min EV (BIC) (máx 300 mg)
- 4 HIDRALAZINA 5 mg EV lento, repetir 5 mg 20/20' se necessário (máx 20 mg)
- 5 SULFATO DE MAGNÉSIO (NEUROPROTEÇÃO) DOSE DE ATAQUE: 4 g EV em 20 min MANUTENÇÃO: 1–2 g/h EV (BIC)
- 6 CONTROLE DE PA ALVO: PAS 140–160 mmHg e PAD 90–110 mmHg
- 7 MONITORIZAÇÃO MATERNA E FETAL CONTÍNUA (PA, SpO2, FR, diurese, BCF)
- 8 EXAMES: HMG, PLAQUETAS, TGO, TGP, DHL, ÁCIDO ÚRICO, CREATININA, EAS, PROTEINÚRIA 24h

EV: endovenoso
BIC: bomba de infusão contínua
PA: pressão arterial
MAGNÉSIO – ATENÇÃO
• Monitorar FR (>12 irpm), reflexos, diurese (>25 mL/h) e nível de consciência.
• Antídoto: Gluconato de cálcio 10% 10 mL EV (se sinais de toxicidade).
LOA: lesão de órgão-alvo
BCF: batimentos cardíacos fetais
SpO2: saturação de oxigênio

Figura 3 — Exemplos educacionais de prescrição por cenário clínico; ajustar ao paciente, recursos e protocolos específicos.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Protocolo Municipal



Síndrome	Meta inicial	Opções preferenciais/princípios	Evitar / observações
Encefalopatia hipertensiva	Redução controlada; em geral ~20–25% da PAM nas primeiras horas	Nitroprussiato ou outro EV titulável disponível; monitorização neurológica	Queda excessiva/abrupta
EAP hipertensivo	PAS <140 mmHg na 1ª hora, se tolerado	Nitroglicerina EV; VNI/CPAP; diurético se congestão/hipervolemia	Betabloqueador na fase de edema pulmonar agudo descompensado
SCA + hipertensão	Reduzir PA/consumo de O ₂ sem comprometer perfusão coronária	Nitroglicerina EV; terapia da SCA; betabloqueador em selecionados	Hipotensão; nitrato se contraindicado
Dissecção aguda de aorta	PAS <120 mmHg ou menor PA que preserve perfusão; FC 60–80 bpm	Betabloqueador EV primeiro (esmolol/metoprolol conforme disponibilidade), depois vasodilatador se necessário	Vasodilatador isolado antes do controle de FC
AVC isquêmico sem reperfusão	Se <220/120 e sem outra indicação, geralmente não reduzir nas primeiras 48–72 h; se muito acima, redução inicial ~15%	Seguir protocolo AVC	Queda agressiva → piora da perfusão cerebral
AVC isquêmico candidato a reperfusão	Seguir limites do protocolo de reperfusão vigente	Agente EV titulável conforme protocolo neurológico	Não atrasar reperfusão
Hemorragia intracerebral leve/moderada, PAS 150–220	Alvo PAS ~140, manter 130–150 mmHg	Controle suave, sustentado e titulável	PAS <130 mmHg pode ser prejudicial
Crise adrenérgica	PAS <140 mmHg na 1ª hora	Tratar causa; alfa-bloqueio quando indicado; reintroduzir simpatolítico se retirada abrupta	Betabloqueio isolado em feocromocitoma antes do alfa-bloqueio
Gestação: pré-eclâmpsia/eclâmpsia	Seguir protocolo obstétrico específico	Labetalol/hidralazina/nifedipina conforme protocolo e disponibilidade; sulfato de magnésio quando indicado	Não aplicar metas gerais sem considerar gestação



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Protocolo Municipal



CRISES HIPERTENSIVAS

TABELA COMPLETA DE MEDICAÇÕES

BASEADO NA DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 2025



MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	DILUIÇÃO	DOSE	VELOCIDADE INICIAL	TITULAÇÃO	INDICAÇÕES PRINCIPAIS	CONTRAINDICAÇÕES	EFEITOS ADVERSOS FREQUENTES	MONITORIZAÇÃO
NITROPRUSSIATO DE SÓDIO 	50 mg em 2 mL (25 mg/mL)	Diluir 50 mg (2 mL) em 250 mL de SG 5% PROTEGER DA LUZ (FOTOSENSÍVEL)	0,3 – 10 mcg/kg/min	Iniciar 3 mL/h	Aumentar 2 – 3 mL/h a cada 3 minutos	• Emergência hipertensiva com lesão de órgão-alvo • Edema agudo de pulmão (EAP) • Síndrome coronariana aguda • Dissecção aguda de aorta • Insuficiência cardíaca aguda	• Hipersensibilidade • Uso concomitante de drogas que causam toxicidade por cianeto • Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) relativa	• Hipotensão • Náuseas e vômitos • Cefaleia • Toxicidade por cianeto/tiocianato (uso prolongado/dose alta)	• PA contínua • FC • SatO2 • Sinais de toxicidade: acidose metabólica inexplicada • Função renal e hepática (uso prolongado)
NITROGLICERINA (TRIDIL) 	50 mg em 10 mL (5 mg/mL)	Diluir 50 mg (10 mL) em 250 mL de SG 5%	5 – 400 mcg/min	Iniciar 5 mL/h (= 5 mcg/min)	Aumentar 2 – 5 mL/h a cada 3 – 5 min	• Edema agudo de pulmão (EAP) • Síndrome coronariana aguda • Emergência hipertensiva com isquemia miocárdica	• Hipotensão (PAS < 90 mmHg) • IAM inferior + uso de inibidor de PDE-5 nas últimas 24–48h • Hipovolemia grave • Estenose aórtica grave	• Cefaleia • Rubor • Hipotensão • Taquicardia reflexa	• PA contínua • FC • Sintomas de isquemia • Resposta clínica (dispneia, dor torácica)
METOPROLOL (IV) 	5 mg em 5 mL (1 mg/mL)	Diluir se necessário em SF 0,9%	5 – 20 mg EV lento	Administrar 5 mg EV lento (1–2 min)	Repetir 5 mg a cada 5 min até máx. 20 mg	• Dissecção aguda de aorta (redução de FC e PA) • Emergência hipertensiva com taquicardia • Isquemia miocárdica	• Bradicardia (FC < 60 bpm) • Bloqueio AV 2º ou 3º grau • Insuficiência cardíaca descompensada • Asma grave	• Bradicardia • Hipotensão • Broncoespasmo • Fadiga	• PA contínua • FC contínua • ECG • Avaliar sinais de baixo débito
ESMOLOL (IV) 	250 mg em 10 mL (25 mg/mL)	Diluir 250 mg (10 mL) em SF 0,9%	500 mcg/kg em 1 min (ataque) + 50 – 300 mcg/kg/min (manutenção)	Ataque: 500 mcg/kg em 1 min Manutenção: 50 mcg/kg/min	Aumentar 50 mcg/kg/min a cada 5 min até o efeito máx. desejado (máx. 300 mcg/kg/min)	• Dissecção aguda de aorta • Controle rápido da PA e FC • Emergência hipertensiva com necessidade	• Bradicardia (FC < 60 bpm) • Bloqueio AV 2º ou 3º grau • Insuficiência cardíaca descompensada • Asma grave	• Bradicardia • Hipotensão • Náuseas • Bloqueio AV	• PA contínua • FC contínua • ECG • Débito urinário
HIDRALAZINA (IV) 	25 mg comprimido	Diluir 20 mg (1 mL) em 10 mL de SF 0,9% (= 2 mg/mL)	5 – 30 mg EV	Administrar 5 – 10 mg EV lento (2 – 5 min)	Repetir 10 mg a cada 20 – 30 min até máx. 30 mg	• Emergência hipertensiva • Pré-eclâmpsia/eclâmpsia • Quando outras drogas não estão disponíveis	• Hipotensão • Doença coronariana grave • Taquicardia	• Rigotendia • Tontura • Tosse seca • Hiperpotassemia • Disgeusia	• PA • Função renal • Potássio sérico • Sintomas
CAPTOPRIL (VO) 	25 mg comprimido	Não se aplica (uso oral)	25 – 50 mg VO	Administrar 25 mg VO	Repetir 25 – 50 mg a cada 1 h até máx. 100 mg	• PA elevada sem lesão de órgão-alvo (urgência) • Readequação de tratamento ambulatorial	• Hipotensão • Estenose de artéria renal bilateral • Hiperpotassemia • Gravidez	• Hipotensão • Tosse • Hiperpotassemia • Disgeusia • Hipertensivo (rebote)	• PA • FC • Nível de consciência
CLONIDINA (VO) 	0,1 mg comprimido	Não se aplica (uso oral)	0,1 – 0,2 mg VO	Administrar 0,1 mg VO	Repetir 0,1 – 0,2 mg a cada 30 – 60 min até máx. 0,6 mg	• PA elevada sem lesão de órgão-alvo (urgência) • Situações de ansiedade/estresse associado	• Bradicardia • Bloqueio AV • Depressão grave • Uso concomitante de IMAO	• Sonolência • Boca seca • Hipotensão • Bradicardia • Rebote hipertensivo	• PA • FC • Nível de consciência

9. Medicamentos disponíveis/usuais no protocolo

As concentrações comerciais variam. Toda diluição deve ser conferida com a apresentação disponível, bula institucional e dupla checagem de enfermagem antes da administração.

Fármaco	Uso principal	Dose inicial/titulação (adulto)	Pontos de segurança	Observação municipal
Nitroprussiato de sódio	EH diversas; vasodilatação arterial/venosa	0,3 mcg/kg/min; titular conforme resposta (usual 0,3–10 mcg/kg/min)	Fotosensível; monitorização rigorosa; cautela em insuficiência renal/hepática e uso prolongado/doses altas	Proteger solução e equipo da luz; usar bomba de infusão
Nitroglicerina EV	EAP hipertensivo/SCA	Iniciar 5 mcg/min e titular rapidamente conforme resposta e protocolo local	Cefaleia, hipotensão; contraindicação com inibidores PDE-5/riociguat	Preferencial em congestão/isquemia
Metoprolol EV	Controle de FC/anti-impulso em selecionados	5 mg EV lento; repetir a cada ~5 min conforme resposta, até 15 mg em muitos protocolos	Bradicardia, BAV, broncoespasmo, IC aguda descompensada	Na dissecação, controlar FC antes do vasodilatador
Hidralazina EV	Principalmente hipertensão grave na gestação	5–10 mg EV, repetir conforme protocolo obstétrico	Resposta menos previsível; taquicardia reflexa	Não é primeira escolha rotineira fora de gestação
Captopril VO	PA muito elevada sem LOA, quando indicado	12,5–25 mg VO; reavaliar antes de redosar	Evitar em gestação; cautela em LRA, hipercalemia/estenose bilateral de artérias renais	Não usar via sublingual
Clonidina VO	PA muito elevada sem LOA, em casos selecionados	0,1–0,2 mg VO; redose cautelosa conforme resposta e protocolo	Sedação, bradicardia, hipotensão; retirada abrupta causa rebote	Não automatizar doses repetidas sem reavaliação

Figura 4 — Tabela visual de medicamentos: apresentações, diluições, doses, titulação, segurança e monitorização.

10. Exames complementares

PRESCRIÇÃO PASSO A PASSO

EXEMPLO
5

ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA




PACIENTE: ANTÔNIO FERREIRA | 63 ANOS | 60KG

- 1



EMERGÊNCIA + MONITOR + O₂
+ ACESSO VENOSO + GLICEMIA CAPILAR + ECG
- 2



CABECEIRA ELEVADA ~ 30°
AMBIENTE CALMO
DIETA 0
- 3



NITROGLICERINA
5 mL/h EV ↑ 5–10 mL/h 5/5'
+ SG5% 250 mL BIC: 5 mL/h
- 4



FUROSEMIDA 80 mg EV
- 5



LABETALOL
20 mg EV em 2 min, repetir 20–80 mg 10/10'
até PA alvo. Após: 1–2 mg/min EV (BIC)
- 6



NITROPRUSSATO DE SÓDIO (NIPRIDE)
0,5–3 mcg/kg/min EV (BIC) + SG5%
- 7



CONTROLE DA PA ALVO
↓ 20–25% da PAM nas primeiras 1–2 h
- 8



EXAMES E MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA
PA, FC, SpO₂, FR, diurese, ECG, nível de consciência

*** LABETALOL:**

- Contraindicado em asma brônquica, BAV de 2º/3º grau e IC descompensada.
- Monitorar FC e PA cuidadosamente.

EV: endovenoso
BIC: bomba de infusão contínua
SG5%: soro glicosado a 5%
NIPRIDE: nitroprusiato de sódio
PAM: pressão arterial média
O₂: oxigênio

🎯 METAS TERAPÊUTICAS

- Reduzir a PAM em 20–25% nas primeiras 1–2 horas.
- Evitar redução rápida ou excessiva da PA.
- Manter perfusão adequada de órgãos-alvo.

PA ALVO INICIAL
~ 180/110 mmHg

⚠️ SINAIS DE ALERTA

- Rebaixamento do nível de consciência
- Convulsões
- Déficit neurológico focal
- Papiledema / alterações visuais
- Hipertensão intracraniana

⚠️ ATENÇÃO

Evitar hipotensão brusca.

Reduções muito rápidas da PA podem causar isquemia cerebral e piora do quadro.

REDUÇÃO GRADUAL E SEGURA!

Figura 5 — Exemplo didático de prescrição passo a passo em encefalopatia hipertensiva.

Solicitar de forma dirigida pela suspeita de LOA, sem transformar a PA elevada isolada em bateria automática de exames.

- ECG e troponina: dor torácica, suspeita de isquemia/SCA ou injúria miocárdica.
- RX de tórax: dispneia, congestão/EAP ou suspeita aórtica; angio-TC quando síndrome aórtica aguda for suspeita.
- Hemograma/plaquetas, ureia, creatinina, Na, K e urina tipo 1: suspeita renal, microangiopatia ou EH.
- TC de crânio sem contraste: déficit focal, rebaixamento, convulsão ou suspeita de AVC/hemorragia.
- BNP/NT-proBNP e gasometria: conforme quadro de insuficiência cardíaca/insuficiência respiratória.

11. Critérios de internação, regulação e transferência

- Emergência hipertensiva com qualquer LOA aguda/progressiva.
- Necessidade de infusão EV titulável, monitorização intensiva ou suporte ventilatório/hemodinâmico.
- AVC, SCA/IAM, dissecção aguda de aorta, EAP, encefalopatia hipertensiva, LRA importante, microangiopatia ou eclâmpsia.
- Instabilidade clínica, deterioração neurológica, hipoxemia persistente ou impossibilidade de manejo definitivo local.
- Acionar regulação/transferência precocemente, mantendo estabilização e tratamento tempo-dependente durante a espera.

12. Critérios de alta segura — sem LOA

- Ausência de sinais clínicos/laboratoriais de LOA aguda após avaliação apropriada.
- Melhora dos sintomas/gatilho e estabilidade clínica.
- Plano claro de ajuste/reinício do tratamento anti-hipertensivo quando necessário.
- Orientações de retorno imediato: dor torácica, dispneia, déficit neurológico, síncope, alteração visual importante, convulsão ou piora clínica.
- Reavaliação em APS/ESF em 1–7 dias, idealmente mais precoce nos pacientes de maior risco ou controle muito inadequado.

13. Checklist de segurança na Sala Vermelha



CRISE HIPERTENSIVA

– O QUE NÃO ESQUECER



PREFEITURA DE ITARIRI
O NOVO TEMPO



SAÚDE ITARIRI

PROTOCOLO SALA VERMELHA – BASEADO NA DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 2025



ANTES

AVALIAÇÃO INICIAL

SINAIS DE GRAVIDADE

- ☒ Rebaixamento do nível de consciência
- ☒ Déficit focal
- ☒ Convulsão
- ☒ Dispneia intensa
- ☒ Dor torácica intensa
- ☒ Oligúria importante
- ☒ Hipoxemia (SatO₂ < 92%)

- ☒ **CONFIRMAR PA ≥ 180 mmHg E/OU PAD ≥ 110 mmHg**
- ☒ **ANAMNESE DIRIGIDA**
Sinais e sintomas atuais, tempo de início, uso de medicamentos, comorbidades, adesão ao tratamento
- ☒ **IDENTIFICAR SINAIS DE GRAVIDADE / LOA**
(Lesão de Órgão-Alvo)
- ☒ **OBSERVAR RED FLAGS**


Dor torácica/
dorsal


Déficit neurológico,
confusão, convulsão


Dispneia/
ortopneia


Oligúria, hematúria,
edema


Pulsos
assimétricos


Alteração
visual

- ☒ **CLASSIFICAR: EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA (COM LOA)**
OU PA ELEVADA SEM LOA (URGÊNCIA)



DURANTE

MANEJO IMEDIATO

MONITORIZAÇÃO

- ☒ PA contínua (a cada 5 min ou conforme gravidade)
- ☒ FC contínua
- ☒ SatO₂ contínua
- ☒ ECG contínuo
- ☒ Débito urinário (sonda vesical se indicado)
- ☒ Acesso venoso calibroso
- ☒ Cabeceira elevada (30°)

EXAMES OBRIGATÓRIOS

 **ECG** (até 10 min)

 **EXAMES LABORATORIAIS**
Hemograma, Ureia, Creatinina, Na, K, Troponina, BNP, Urina 1

 **TC CRÂNIO** (sem contraste)
Se déficit neurológico

 **ANGIO-TC**
Se suspeita de dissecação de aorta

CONDUTA CONFORME CLASSIFICAÇÃO

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA (COM LOA)

- ☒ Tratar em ambiente crítico (UTI / Sala Vermelha)
- ☒ Iniciar medicação EV em bomba de infusão
- ☒ Escolher droga conforme quadro clínico
 - Nitroprussiato de sódio
 - Nitroglicerina (TRIDIL)
 - Esmolol / Metoprolol (dissecação de aorta)
- ☒ Reduzir PA de forma controlada (objetivo: ↓ 20–25% da PAM nas primeiras 1–2 h ou PAS < 140 mmHg na 1ª hora)
- ☒ **EXCETO DISSECAÇÃO DE AORTA:**
reduzir PAS < 120 mmHg e FC < 60 bpm
- ☒ **NO AVC ISQUÊMICO:** não reduzir PA inicialmente (exceto se > 220/120 mmHg)

PA ELEVADA SEM LOA (URGÊNCIA)

- ☒ Ambiente calmo e observação por 30 min
- ☒ Medicação **VIA ORAL** se PA mantida elevada
 - Captopril 25–50 mg VO
 - Clonidina 0,1–0,2 mg VO
- ☒ **NÃO USAR:**
 - ✗ Nifedipina sublingual
 - ✗ Furosema de rotina
 - ✗ Betabloqueadores VO
- ☒ Meta: redução lenta (máx. 25% em 2–4 h) ou melhora dos sintomas
- ☒ Reavaliar e liberar se estável



DEPOIS

REAVALIAÇÃO E PLANO

ANTES DA ALTA (SE URGÊNCIA)

- ☒ PA controlada e estável
- ☒ Sintomas resolvidos
- ☒ Orientações compreendidas
- ☒ Retorno ambulatorial em até 7 dias

 **META PRESSÓRICA**

Reduzir 20–25% da PAM nas primeiras 1–2 horas ou PAS < 140 mmHg na 1ª hora (exceto dissecação de aorta).
Evitar quedas bruscas.

 **REAVALIAÇÃO CONTÍNUA**

- ☒ Reavaliar sinais e sintomas
- ☒ Reavaliar exames
- ☒ Ajustar medicação conforme resposta
- ☒ Observar complicações
- ☒ Registrar evolução

 **ALTA / ACOMPANHAMENTO**

- ☒ Readequar tratamento de uso contínuo
- ☒ Orientar adesão e mudanças no estilo de vida
- ☒ Retorno ambulatorial programado
- ☒ Sinais de alerta e quando procurar emergência

PROTOCOLO MUNICIPAL • CRISES HIPERTENSIVAS NA EMERGÊNCIA • ITARIRI-SP • 2026

13

Figura 6 — Checklist visual “Crise hipertensiva — o que não esquecer”.

- ☐ Confirmar PA e técnica sem atrasar medidas salvadoras.
- ☐ Procurar LOA: cérebro, coração/pulmão, aorta, rim e retina.
- ☐ Definir síndrome e meta pressórica ANTES de escolher a droga.
- ☐ Monitor contínuo + acesso venoso + diurese/consciência/perfusão.
- ☐ Escolher fármaco EV titulável e conferir diluição/apresentação.
- ☐ Reavaliar PA e sintomas em intervalos curtos durante titulação.
- ☐ Evitar queda excessiva e sinais de hipoperfusão.
- ☐ Acionar regulação/UTI quando necessário e registrar horários, doses e resposta.

14. Erros que este protocolo pretende evitar

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
TRABALHO E DESENVOLVIMENTO

CRISE HIPERTENSIVA

MANEJO NA SALA VERMELHA

⚠ NÃO TRATE APENAS O NÚMERO. PROCURE LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE ITARIRI

1 CLASSIFICAÇÃO INICIAL

URGÊNCIA HIPERTENSIVA

PA $\geq 180 \times 120$ mmHg
SEM LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO

CONDUTA

- Repouso
- Reavaliar PA
- Captopril VO
- Clonidina VO
- Observação

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

PA elevada +
LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO

CONDUTA

- Monitorização contínua
- Acesso venoso
- Medicação EV
- Internação

⚠ NÃO REDUZIR A PRESSÃO BRUSCAMENTE

2 PESQUISAR LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO

CÉREBRO	CORAÇÃO	PULMÃO	AORTA	RETINA	RIM
• AVC Isquêmico • AVC Hemorrágico • Encefalopatia Hipertensiva	• IAM • SCA • Isquemia Miocárdica	• Edema Agudo de Pulmão (EAP)	• Dissecção Aórtica	• Papiledema • Retinopatia Grau IV	• Injúria Renal Aguda

3 TRATAMENTO EV (MEDICAÇÃO ENDOVENOSA)

NITROPRUSSIATO DE SÓDIO

DOSE

0,3–10 mcg/kg/min

⚡ Início rápido

✓ Monitorização rigorosa

EXEMPLO 70 kg
0,3–10 mcg/kg/min
= 21–700 mcg/min

NITROGLICERINA (TRIDIL)

DOSE

5–200 mcg/min

PREFERIR:

- SCA
- IAM
- EAP

EXEMPLO 70 kg
5–200 mcg/min
(fixa para 70 kg)

ESMOLOL

BÓLUS

500 mcg/kg

MANUTENÇÃO

50–300 mcg/kg/min

PREFERIR:

- Dissecção de Aorta

EXEMPLO 70 kg
Bólus: 35.000 mcg (35 mg)
Manut.: 3.500–21.000 mcg/min

⚠ Ajustar dose conforme resposta clínica e monitorização hemodinâmica.

4 META HEMODINÂMICA

ALVO HEMODINÂMICO

Reduzir PAM em

20–25%

nas primeiras horas

⚠ NÃO NORMALIZAR IMEDIATAMENTE

⚠ EVITAR HIPOPERFUSÃO

RISCO DE ISQUEMIA

CÉREBRO RIM

Redução excessiva pode causar:

- Isquemia cerebral
- Injúria renal aguda
- Infarto do miocárdio

PRESCRIÇÃO (PRESCRIHOSP)

Rx

1. Selecionar medicação EV adequada
2. Calcular dose conforme peso
3. Definir dose inicial e titulação
4. Registrar PAM inicial e alvo
5. Monitorar PA e sinais clínicos
6. Ajustar dose conforme resposta
7. Registrar horário e evolução

EXEMPLO PACIENTE 70 kg

Peso: 70 kg

PAM alvo: reduzir 20–25%

Ex.: PAM inicial 130 mmHg
→ PAM alvo: 98–104 mmHg

AVC ISQUÊMICO

Trombólise:
≤ 185 × 110 mmHg

Sem trombólise:
Tratar apenas se > 220 × 120 mmHg

DISSECÇÃO DE AORTA

Meta:
PAS < 120 mmHg
FC < 60 bpm

EAP

Tratamento:
Nitroglicerina + Oxigênio

⚡ TRATE O ÓRGÃO-ALVO.

A PRESSÃO É APENAS O SINAL.

Monitorização contínua | Avaliação clínica seriada | Ajuste individualizado | Conduta baseada na causa e na gravidade da apresentação.
SALA VERMELHA



Figura 7 — Infográfico de revisão rápida: classificação, LOA, metas, medicamentos e alertas.

Tratar apenas o número da PA.

- Usar nifedipina sublingual/liberação imediata para queda rápida.
- Administrar medicação EV em PA assintomática sem LOA apenas para obter 'número normal'.
- Reduzir PA agressivamente no AVC isquêmico sem indicação específica.
- Usar vasodilatador isolado na dissecação antes do controle da frequência cardíaca.
- Usar furosema como anti-hipertensivo de rotina sem congestão/hipervolemia.
- Prescrever morfina rotineiramente no EAP hipertensivo.
- Dar alta sem plano de adesão, ajuste terapêutico e seguimento precoce.

15. Referências essenciais

1. BRANDÃO, A. A. et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2025;122(9):e20250624. DOI: 10.36660/abc.20250624.
2. McEVoy, J. W. et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. European Heart Journal. 2024;45(38):3912–4018.
3. 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;81:e94–e106. DOI: 10.1161/HYP.0000000000000238.
4. VILELA-MARTIN, J. F. et al. Posicionamento Luso-Brasileiro de Emergências Hipertensivas – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2020;114(4):736–751. DOI: 10.36660/abc.20190731.
5. ISSUE WRITING COMMITTEE MEMBERS et al. 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease. Circulation. 2022. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001106.
6. GREENBERG, S. M. et al. 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. Stroke. 2022;53:e282–e361. DOI: 10.1161/STR.0000000000000407.
7. PRABHAKARAN, S. et al. 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2026. DOI: 10.1161/STR.0000000000000513.
8. APOSTILA MUNICIPAL CRISES HIPERTENSIVAS NA EMERGÊNCIA. Prefeitura Municipal de Itariri, Departamento de Saúde, 2026. Documento-base municipal.

16. Nota institucional

Este protocolo orienta e padroniza o atendimento inicial, mas não substitui julgamento clínico, protocolos tempo-dependentes específicos, avaliação de contraindicações, bula dos medicamentos, nem a decisão do médico responsável. Deve ser revisado periodicamente conforme atualização das diretrizes, disponibilidade de medicamentos/equipamentos e fluxos de referência do município.

Elaboração técnica: _____

Revisão/validação: _____

Aprovação: Departamento de Saúde – Prefeitura Municipal de Itariri

Data de aprovação: ____/____/2026 Revisão prevista: ____/____/2028