

Da crise hipertensiva ao cuidado continuado

Decisões e integração final

Audes Feitosa, MD, PhD, FESC

Diretrizes Brasileiras 2025 e de Medidas da PA 2023

Ao final desta aula

- 01** Reconhecer lesão aguda de órgãos-alvo e definir o local de cuidado.
- 02** Distinguir o ritmo de redução da PA nas principais emergências.
- 03** Planejar a transição para tratamento e acompanhamento contínuos.
- 04** Integrar medida, risco, adesão e resposta terapêutica.

Caso de abertura: mesma PA, decisões diferentes

Paciente A

PA 200/115 mmHg. Dispneia súbita, hipoxemia e estertores difusos.

Paciente B

PA 200/115 mmHg. Sem sintomas, exame sem sinais de lesão aguda. Interrompeu os medicamentos.

Emergência hipertensiva

Lesão aguda

Elevação da PA com lesão aguda e progressiva de órgãos-alvo exige tratamento imediato e monitorizado.

O valor da pressão no contexto clínico

- 01 PAS $\geq$ 180 e/ou PAD $\geq$ 110 mmHg exige avaliação cuidadosa.
- 02 Emergência pode ocorrer com valores menores em contextos específicos.
- 03 Sintomas orientam a investigação, mas não provam lesão aguda.
- 04 Lesão crônica isolada não define emergência hipertensiva.

Três apresentações na avaliação inicial

Apresentação	Conduta central
Emergência hipertensiva	Internação, monitorização e tratamento IV
Elevação importante sem LOA aguda	Tratamento oral e acompanhamento precoce
Pseudocrise hipertensiva	Tratar o desencadeante e rever o controle habitual

História clínica que muda a decisão

- 01** PA habitual, início e evolução dos sintomas.
- 02** Medicamentos realmente usados, doses e interrupções recentes.
- 03** Dor, estresse e uso de substâncias que elevam a PA.
- 04** Antecedentes cardiovasculares, renais e possibilidade de gestação.

Exame inicial dirigido

- 01 Repetir a PA com técnica correta e medir nos dois braços.
- 02 Avaliar consciência, déficit focal e sintomas visuais.
- 03 Pesquisar congestão, sopros e assimetria de pulsos.
- 04 Avaliar perfusão, diurese e fundo de olho quando indicado.

Sinais que direcionam a investigação

Achado	Hipótese prioritária
Déficit focal, confusão ou convulsão	AVC ou encefalopatia
Dispneia, hipoxemia e congestão	Edema agudo de pulmão
Dor torácica ou dorsal abrupta	SCA ou síndrome aórtica
Oligúria, hematúria ou piora renal	Injúria renal aguda / microangiopatia

Exames orientados pela suspeita

- 01** ECG, creatinina, potássio, urina e hemograma na avaliação de EH.
- 02** Troponina e exames cardiopulmonares conforme o quadro.
- 03** Neuroimagem diante de suspeita de lesão neurológica aguda.
- 04** Imagem da aorta ou avaliação obstétrica quando indicadas.

Elevação importante sem lesão aguda

Cuidado precoce

A avaliação pode conduzir a tratamento oral e seguimento ambulatorial, sem redução abrupta da PA.

Observação e tratamento oral

- 01 Se os sintomas não se relacionam à LOA, observar em ambiente calmo.
- 02 A DBHA propõe reavaliar sintomas e PA após cerca de 30 minutos.
- 03 Se persistirem, considerar tratamento oral e ajustar o esquema crônico.
- 04 Definir retorno precoce e orientar quando buscar atendimento imediato.

Reavaliação sem lesão aguda

1 a 7 dias

Retorno ambulatorial precoce, com alvo inicial de PAS < 160 e PAD < 100 mmHg.

Redução excessiva também pode causar dano

- 01** Queda abrupta pode comprometer a perfusão cerebral, cardíaca e renal.
- 02** Evitar repetição de doses sem considerar o tempo de ação.
- 03** A DBHA proscree nifedipina de liberação rápida neste contexto.
- 04** Piora clínica durante a observação exige nova avaliação de LOA.

Caso 1: a decisão após a avaliação

- 01 PA 194/112 mmHg, sem sintomas ou evidência de LOA aguda.
- 02 Usava tratamento regular, mas está há uma semana sem acesso.
- 03 Que barreira deve ser resolvida junto com a prescrição?
- 04 Qual plano de retorno e orientação deve acompanhar a alta?

Emergência hipertensiva

Monitorização

Internação em UTI, medicamentos IV e reavaliação da PA e da lesão de órgãos-alvo.

Redução da PA: recomendação geral

Período	Objetivo na EH sem exceção específica
Primeira hora	Reduzir em até 25%
Próximas 2–6 horas, se estável	Aproximar de 160/100 mmHg
Próximas 24–48 horas	Prosseguir gradualmente para níveis normais

Aplicação condicionada à síndrome, à perfusão e à estabilidade clínica.

Monitorização da resposta ao tratamento

- 01** Acompanhar PA e frequência cardíaca durante a titulação.
- 02** Reavaliar estado neurológico, dor, dispneia e perfusão.
- 03** Seguir diurese, função renal e eletrólitos conforme a síndrome.
- 04** Ajustar a estratégia se houver hipotensão ou piora de órgão-alvo.

Medicamentos IV: escolha pela síndrome

Situação	Opções discutidas na DBHA
SCA ou edema agudo de pulmão	Nitroglicerina, conforme contraindicações
Dissecção de aorta	Betabloqueador de ação rápida antes de vasodilatador
Outras EH selecionadas	Nitroprussiato, conforme contexto e precauções
Gestação com quadro grave	Tratamento obstétrico específico

Encefalopatia hipertensiva

- 01 Cefaleia, alterações visuais, confusão ou convulsões podem ocorrer.
- 02 A fisiopatologia envolve perda da autorregulação e edema cerebral.
- 03 Déficit focal exige investigação de lesão neurológica localizada.
- 04 A DBHA orienta redução inicial de 20–25% em uma hora.

AVC: o diagnóstico define o alvo

- 01 Definir tipo de AVC com exame neurológico e neuroimagem.
- 02 Verificar elegibilidade para tratamento de reperfusão.
- 03 Evitar aplicar automaticamente a regra geral de redução de 25%.
- 04 Identificar outras condições que exijam controle específico da PA.

AVC isquêmico: recomendações da DBHA

Cenário	Conduta pressórica
Candidato à trombólise	Reduzir para < 185/110 mmHg antes
Primeiras 24 h após trombólise	Manter < 180/105 mmHg
Sem trombólise, PA $\geq$ 220/120, sem comorbidade aguda	Reduzir cerca de 15% nas primeiras 24 h

Hemorragia cerebral: alvos específicos

Cenário descrito pela DBHA	Orientação
AVCH com PAS > 220 mmHg	Infusão IV e monitorização, alvo PAS < 180
AVCH leve a moderado, PAS 150–220	Redução para PAS < 140 com medicamento IV
Hemorragia subaracnoidea, PAS > 180	Redução gradual, conforme equipe especializada

Síndrome coronariana aguda

- 01 Tratar a síndrome coronariana e avaliar reperfusão quando indicada.
- 02 A DBHA propõe PAS < 140, evitando < 120 mmHg.
- 03 PAD entre 70 e 80 mmHg no cenário descrito.
- 04 Nitroglicerina e betabloqueadores dependem da condição clínica.

Edema agudo de pulmão hipertensivo

- 01 Suporte respiratório, tratamento IV e monitorização intensiva.
- 02 Nitroglicerina pode reduzir pré-carga e pós-carga.
- 03 Diurético de alça conforme congestão e sobrecarga de volume.
- 04 A DBHA descreve PAS < 140 mmHg na primeira hora.

Dissecção aguda de aorta

- 01 Controle rápido da dor e redução do estresse sobre a aorta.
- 02 Betabloqueador IV de ação rápida e titulável é a base inicial.
- 03 Vasodilatador, quando necessário, após controle adrenérgico.
- 04 A DBHA descreve PAS < 120 mmHg na primeira hora.

Crises adrenérgicas

- 01 Investigar retirada abrupta de fármacos e uso de estimulantes.
- 02 Paroxismos de cefaleia, sudorese e palpitação sugerem feocromocitoma.
- 03 No feocromocitoma, o bloqueio alfa deve preceder o beta.
- 04 A DBHA descreve PAS < 140 mmHg na primeira hora.

Hipertensão acelerada ou maligna

- 01 Lesão microvascular aguda pode comprometer múltiplos órgãos.
- 02 Retinopatia grave e deterioração renal ajudam a reconhecer o quadro.
- 03 Pesquisar hemólise microangiopática quando houver suspeita.
- 04 Internar, controlar a PA e acompanhar a recuperação dos órgãos.

Gestação e puerpério: contexto próprio

- 01 HA grave ou sinais de emergência exigem avaliação obstétrica urgente.
- 02 Cefaleia, alteração visual, dor epigástrica e convulsão são sinais de alerta.
- 03 Sulfato de magnésio tem papel na prevenção e no tratamento da eclâmpsia.
- 04 A escolha do anti-hipertensivo deve respeitar a segurança materno-fetal.

Caso 2: PA elevada com déficit focal

- 01 Paciente com PA 208/116 mmHg e hemiparesia súbita.
- 02 O início dos sintomas ocorreu há 60 minutos.
- 03 É adequado aplicar automaticamente a redução de 25%?
- 04 Que decisão precisa preceder a definição do alvo pressórico?

Caso 3: dor torácica irradiada para o dorso

- 01 PA 210/120 mmHg, dor súbita e assimetria de pulsos.
- 02 Qual síndrome deve ser investigada imediatamente?
- 03 Por que a sequência dos medicamentos importa?
- 04 O controle da PA encerra o tratamento dessa condição?

Transição para o seguimento

Plano de cuidado

A melhora da PA precisa acompanhar resolução ou estabilização da lesão aguda e um plano viável de continuidade.

Elementos clínicos antes da alta

- 01** Documentar diagnóstico, lesões identificadas e evolução.
- 02** Reconciliar os medicamentos e planejar o esquema oral.
- 03** Definir exames pendentes e necessidades de monitorização.
- 04** Agendar seguimento e comunicar o plano à equipe responsável.

Orientação que o paciente consegue utilizar

- 01** Explicar doses e horários, incluindo o que foi suspenso.
- 02** Confirmar acesso aos medicamentos e entendimento do plano.
- 03** Orientar medida domiciliar e o destino dos registros.
- 04** Explicar sinais de alarme e onde buscar atendimento.

Retorno precoce: perguntas que precisam de resposta

- 01 A PA caiu de modo sustentado e com boa tolerância?
- 02 O paciente conseguiu iniciar ou retomar o esquema?
- 03 Houve sintomas novos ou efeitos adversos?
- 04 Os exames e a avaliação dos órgãos-alvo mudam a conduta?

Alvo inicial e meta de longo prazo

Após elevação sem LOA

Reavaliar em 1–7 dias, com alvo inicial < 160/100 mmHg no cenário do capítulo 11.

Acompanhamento crônico

Em geral, buscar < 130/80 mmHg, considerando tolerância e particularidades clínicas.

Medidas fora do consultório

Após estabilizar

MAPA e MRPA apoiam a avaliação do controle e o ajuste terapêutico no seguimento.

Limiares diagnósticos por método

Método	PA elevada: PAS e/ou PAD
Consultório	≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg
MAPA de 24 horas	≥ 130 e/ou ≥ 80 mmHg
MAPA na vigília	≥ 135 e/ou ≥ 85 mmHg
MAPA no sono	≥ 120 e/ou ≥ 70 mmHg
MRPA	≥ 130 e/ou ≥ 80 mmHg

MAPA ou MRPA no acompanhamento

MAPA

Útil quando a pergunta envolve sono, discordância entre métodos ou padrão nas 24 horas.

MRPA

Útil para avaliar a PA residencial em repouso e repetir a avaliação ao longo do tratamento.

Qualidade antes da interpretação

- 01** Conferir aparelho, manguito e técnica de medida.
- 02** Na MAPA, revisar diário, vigília, sono e leituras válidas.
- 03** Na MRPA, conferir protocolo, horários e registro das medidas.
- 04** Interpretar médias com sintomas, medicamentos e contexto clínico.

Fenótipos no paciente em tratamento

Consultório / fora do consultório	Interpretação
Controlada / controlada	Controle dentro e fora do consultório
Elevada / controlada	Efeito do avental branco no tratamento
Controlada / elevada	Hipertensão mascarada não controlada
Elevada / elevada	Hipertensão sustentada não controlada

Revisão do risco e dos órgãos-alvo

- 01** Integrar doença cardiovascular, doença renal e diabetes.
- 02** Rever avaliação laboratorial, urina e ECG conforme o contexto.
- 03** Considerar tabagismo, lipídeos, peso e hábitos de vida.
- 04** Repetir a avaliação básica periodicamente e conforme intercorrências.

Otimização do tratamento no seguimento

- 01 Confirmar uso real e tolerância antes de intensificar.
- 02 Selecionar combinações conforme comorbidades e função renal.
- 03 Simplificar tomadas e considerar comprimido único quando viável.
- 04 Se houver suspeita de resistência, excluir pseudorresistência.

Plano de hábitos e adesão

- 01 Definir uma mudança concreta de alimentação ou consumo de sal.
- 02 Acordar atividade física compatível com a fase clínica.
- 03 Abordar álcool, tabagismo, peso e sono.
- 04 Escolher intervenções de adesão conforme a barreira identificada.

Encaminhamento com uma pergunta definida

Situação	Objetivo do encaminhamento
Resistência confirmada	Revisar causas e otimizar tratamento
Suspeita de causa secundária	Confirmar diagnóstico e conduta específica
Doença cardíaca ou vascular relevante	Definir tratamento e cuidado compartilhado
Doença renal avançada ou proteinúria importante	Avaliar progressão e proteção renal

Contrarreferência e cuidado compartilhado

- 01** Enviar diagnóstico, exames e evolução clínica.
- 02** Informar medicamentos, alterações e metas do tratamento.
- 03** Definir pendências, periodicidade e responsáveis pelo seguimento.
- 04** Manter comunicação entre atenção primária e especialistas.

Telemonitoramento com resposta clínica

- 01 Usar medidas confiáveis e um canal de envio definido.
- 02 Vincular os registros à revisão do tratamento e da adesão.
- 03 Combinar acompanhamento remoto com avaliação presencial quando indicada.
- 04 Explicar que sintomas de emergência exigem atendimento imediato.

Decidir e justificar

Para cada caso: classificar, escolher a próxima ação e planejar o acompanhamento.

Caso final A: consultório e MRPA discordantes

- 01 Após retomada do tratamento, está assintomático.
- 02 PA de consultório 154/88 mmHg em medidas padronizadas.
- 03 MRPA válida: média 124/74 mmHg, sem sintomas de hipotensão.
- 04 Como interpretar antes de acrescentar outro medicamento?

Caso final B: consultório normal, sono elevado

- 01 PA de consultório 126/76 mmHg, em tratamento.
- 02 MAPA válida: 24 h 133/80, vigília 134/81 mmHg.
- 03 Média no sono 129/76 mmHg.
- 04 Qual informação do exame muda a avaliação do controle?

Caso final C: retorno após elevação sem LOA

- 01 Retorno no 5º dia, PA 150/92 mmHg, sem sintomas.
- 02 Conseguiu os medicamentos e iniciou o esquema combinado.
- 03 O alvo inicial foi alcançado. A meta definitiva também?
- 04 Que dados orientarão o próximo ajuste e a reavaliação?

Caso final D: três classes e PA persistentemente alta

- 01 PA elevada no consultório e em MAPA válida.
- 02 Usa IECA ou BRA, BCC e diurético em doses máximas toleradas.
- 03 Adesão confirmada, tempo adequado e técnica correta.
- 04 Quais investigações e escolhas terapêuticas devem ser consideradas?

Registro final de uma decisão clínica

Item	O que precisa ficar explícito
Classificação	Síndrome aguda ou fenótipo no seguimento
Evidências	Medidas, exames e lesões de órgãos-alvo
Plano	Tratamento, meta e monitorização de segurança
Continuidade	Data de retorno, responsável e orientações

Integração das 12 aulas

- 01** A técnica correta sustenta o diagnóstico e evita decisões inadequadas.
- 02** Consultório, MAPA e MRPA respondem a perguntas complementares.
- 03** Risco, comorbidades e tolerância orientam metas e tratamento.
- 04** Controle sustentado exige adesão, reavaliação e continuidade do cuidado.

Mensagem final do curso

Cuidado contínuo

A decisão começa com uma medida confiável e se completa quando o paciente consegue seguir um plano acompanhado.

Referências da aula

Brandão AA et al.

Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025.
Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250624.
DOI: 10.36660/abc.20250624

Feitosa ADM et al.

Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial
Dentro e Fora do Consultório – 2023.
Arq Bras Cardiol. 2024;121(4):e20240113.
DOI: 10.36660/abc.20240113