Hipertensão ao longo da vida

E na saúde da mulher

Audes Feitosa, MD, PhD, FESC

Diretrizes Brasileiras 2025 e de Medidas da PA 2023

Ao final desta aula

01 Aplicar critérios de PA adequados à idade e à gestação.

02 Individualizar o tratamento do idoso pela função e pela tolerância.

03 Rever contracepção, planejamento gestacional e menopausa.

04 Reconhecer gravidade na gestação e planejar o seguimento pós-parto.

O que muda em cada fase

Fase da vida	Pergunta central
Infância e adolescência	Qual referência de PA é apropriada?
Envelhecimento	Qual é a condição funcional e a tolerância?
Vida reprodutiva	Há gestação possível ou planejada?
Gestação e puerpério	Há risco materno ou fetal imediato?

DBHA 2025, cap. 9 e 10

Infância e adolescência

Detectar cedo

O diagnóstico exige técnica adequada e referências específicas da população pediátrica.

Quando medir a PA da criança?

01 Anualmente a partir dos 3 anos de idade.

02 Antes dos 3 anos, quando houver condições de risco.

03 Prematuridade, doença renal e cardiopatias são exemplos.

04 Rever também medicamentos que podem elevar a PA.

Medida pediátrica: técnica antes do rótulo

01 Escolher manguito adequado à circunferência do braço.

02 Usar equipamento validado para a idade pediátrica.

03 Confirmar valores elevados com método auscultatório.

04 Registrar idade, sexo e estatura para interpretar a PA.

DBHA 2025, cap. 3 e 9.2; DBMPA 2023 (publicada em 2024), MAPA, seção 7.1

Duas referências no consultório

De 1 a 12 anos

Usar percentis por idade, sexo e altura, comparados aos limites fixos da tabela.

A partir de 13 anos

Usar os valores fixos da classificação pediátrica.

DBHA 2025, tabela 9.1

Consultório: classificação de 1 a 12 anos

Categoria	Regra da tabela 9.1
Normal	PAS e PAD abaixo do P90
Pré-hipertensão	P90 a <P95 ou ≥120/80 e <P95*
HA estágio 1	P95 a <P95 + 12 ou 130/80–139/89*
HA estágio 2	≥P95 + 12 ou ≥140/90*

***Comparar percentis e limites fixos. Vale a categoria mais alta.**

DBHA 2025, tabela 9.1

Consultório: adolescentes a partir de 13 anos

Categoria	PAS e PAD, em mmHg
Normal	PAS <120 e PAD <80
Pré-hipertensão	PAS 120–129 e PAD <80
HA estágio 1	PAS 130–139 ou PAD 80–89
HA estágio 2	PAS ≥140 ou PAD ≥90

DBHA 2025, tabela 9.1

Confirmação e investigação na pediatria

01 Confirmar valores elevados em três atendimentos distintos.

02 Avaliar história perinatal, familiar e exame físico.

03 Suspeitar mais de causa secundária em crianças pequenas ou com PA muito alta.

04 Obesidade e história familiar favorecem HA primária no adolescente.

MAPA pediátrica: quando acrescenta valor?

01 Pré-hipertensão persistente por pelo menos um ano.

02 HA estágio 1 em três consultas ambulatoriais.

03 Suspeita de avental branco ou hipertensão mascarada.

04 Condições de alto risco, como DRC e coarctação de aorta.

DBHA 2025, cap. 9.2; DBMPA 2023 (publicada em 2024), MAPA, seção 7.1

MAPA: limites a partir de 13 anos

Período	Média elevada, em mmHg
24 horas	PAS ≥125 ou PAD ≥75
Vigília	PAS ≥130 ou PAD ≥80
Sono	PAS ≥110 ou PAD ≥65

Estes limites diferem dos utilizados na população adulta geral.

DBHA 2025, tabela 9.4; DBMPA 2023 (publicada em 2024), MAPA, tabela 3

MAPA e MRPA na pediatria

MAPA

Confirma fenótipos e permite avaliar a PA durante o sono.

MRPA

Pode ajudar no acompanhamento. As referências pediátricas são mais limitadas.

DBHA 2025, cap. 9.2; DBMPA 2023 (publicada em 2024), MRPA, seção 6.4.1

Tratamento pediátrico: hábitos e metas

01 Envolver a família nas mudanças de alimentação e atividade física.

02 Reduzir sedentarismo e abordar excesso de peso.

03 Meta: PA <P90 na criança e <130/80 no adolescente ≥13 anos.

04 Na DRC, a meta pela MAPA é mais rigorosa e específica.

Quando usar medicamentos na pediatria?

01 HA sintomática ou com lesão de órgãos-alvo.

02 HA estágio 2 sem causa modificável aparente.

03 HA persistente apesar das mudanças de hábitos.

04 Escolher a classe conforme etiologia e doenças associadas.

Caso 1: adolescente com PA 134/84

01 Adolescente de 15 anos, assintomático, com sobrepeso.

02 PA 134/84 em três consultas, confirmada por ausculta.

03 Qual é a classificação no consultório?

04 Que exame ajuda a confirmar o fenótipo?

DBHA 2025, tabela 9.1 e cap. 9.2

Função e tolerância

A idade cronológica, isoladamente, não determina início, intensidade ou retirada do tratamento.

Particularidades da medida no idoso

01 Hipertensão sistólica isolada e pressão de pulso ampliada são frequentes.

02 Pesquisar hipotensão ortostática e após as refeições.

03 Correlacionar sintomas com horários, doses e atividades.

04 Usar MAPA ou MRPA sempre que possível.

DBHA 2025, cap. 9.1.3; DBMPA 2023 (publicada em 2024), MAPA, seção 7.3

A avaliação deve incluir funcionalidade

01 Autonomia para atividades diárias e manejo dos medicamentos.

02 Marcha, quedas e sinais de fragilidade.

03 Cognição, estado nutricional e condições sociais.

04 Expectativas do paciente e participação do cuidador.

DBHA 2025, cap. 9.1.3

Idosos: meta e individualização

Maioria dos pacientes

Buscar PA <130/80 mmHg.

Fragilidade ou reserva reduzida

Reduzir até o menor valor tolerado, considerando função, sintomas e expectativa de vida.

DBHA 2025, cap. 9.1.4 e quadro de recomendações

Prescrição no idoso: progressão cuidadosa

01 Começar com monoterapia ou combinação em doses baixas.

02 Ajustar gradualmente conforme resposta e tolerância.

03 Rever função renal, eletrólitos e interações.

04 Vigiar sintomas e quedas após mudanças do esquema.

Mudanças de hábitos sem perder função

01 Manter exercícios aeróbicos e resistidos conforme capacidade.

02 Evitar perda de peso que agrave sarcopenia ou desnutrição.

03 Adequar ingestão de sódio sem restrição extrema.

04 Individualizar alimentos ricos em potássio na DRC.

DBHA 2025, cap. 9.1.4.2

Polifarmácia e adesão

01 Revisar todos os medicamentos, inclusive os de outras doenças.

02 Procurar duplicidades, interações e efeitos adversos.

03 Simplificar tomadas e número de comprimidos quando possível.

04 Conferir entendimento e capacidade de organizar o tratamento.

Quando considerar desintensificação?

01 Hipotensão sintomática ou efeito adverso relevante.

02 PA persistentemente muito abaixo da meta dentro e fora do consultório.

03 Mudança clínica que altere a relação entre benefício e risco.

04 Cuidados paliativos e fragilidade grave, com prioridade aos sintomas.

DBHA 2025, cap. 9.1.4.5

Caso 2: mesma idade, planos diferentes

01 Duas pessoas de 84 anos apresentam PA 148/82.

02 A primeira é independente, ativa e sem tontura.

03 A segunda tem quedas, dependência e hipotensão ao levantar.

04 Quais dados mudam a intensidade e a velocidade do tratamento?

História reprodutiva

Contracepção, gestação anterior e menopausa fazem parte da avaliação da hipertensão.

Perguntas que precisam entrar na consulta

01 Qual método contraceptivo está em uso? Há desejo de engravidar?

02 Houve hipertensão ou pré-eclâmpsia em gestação anterior?

03 Há síndrome dos ovários policísticos ou menopausa?

04 Há sintomas sexuais ou efeitos adversos que comprometem a adesão?

Mulher jovem: avaliação dirigida

01 Rever obesidade, apneia do sono e condições endócrinas.

02 Investigar nefropatias e sinais de causas secundárias.

03 Considerar displasia fibromuscular quando houver suspeita clínica.

04 Avaliar risco metabólico na síndrome dos ovários policísticos.

Contraceptivo combinado e PA

01 Medir a PA antes de iniciar o contraceptivo hormonal combinado oral.

02 A DBHA recomenda reavaliar a PA a cada seis meses.

03 Se a PA aumentar, rever o método e os demais fatores de risco.

04 Elevação persistente ≥160/100 exige considerar troca ou suspensão.

DBHA 2025, cap. 10.1.2.1 e quadro de recomendações

Planejamento gestacional muda a receita

01 Perguntar sobre possibilidade e intenção de gravidez.

02 Rever IECA e BRA antes da concepção.

03 Definir alternativa compatível com o planejamento reprodutivo.

04 Registrar orientações e coordenar o cuidado com obstetrícia.

DBHA 2025, cap. 10.1.2.1 e 10.2.3

Menopausa e tratamento da HA

Meta pressórica

As metas são as mesmas de homens e mulheres fora da gestação.

Escolha inicial

A DBHA favorece IECA ou BRA com BCC ou diurético tiazídico ou similar.

DBHA 2025, cap. 10.1.2.3 e 10.1.4

Terapia hormonal da menopausa

01 A indicação depende de sintomas e avaliação individual.

02 Monitorar a PA desde o início.

03 HA controlada não impede automaticamente o tratamento.

04 A DBHA prefere via transdérmica em certos contextos metabólicos.

Mulheres: tolerância e proteção de órgãos

01 Perguntar sobre tosse com IECA e edema com BCC.

02 Acompanhar sódio e potássio quando indicado.

03 Rever função renal e albuminúria, anualmente quando possível.

04 Ajustar efeitos adversos para preservar adesão e controle.

DBHA 2025, cap. 10.1.3 e 10.1.4

Dois pacientes

O cuidado precisa proteger a mãe e acompanhar o desenvolvimento fetal.

Medida da PA durante a gestação

01 Medir a PA em cada visita pré-natal, com a gestante sentada.

02 Usar manguito adequado e aparelho validado para gestação.

03 Na ausculta, usar o quinto som de Korotkoff para a PAD.

04 Registrar idade gestacional, sintomas e medicamentos.

DBHA 2025, cap. 10.2; DBMPA 2023 (publicada em 2024), MRPA, seção 6.4.2

Diagnóstico no consultório

≥140/90

PAS ≥140 e/ou PAD ≥90 mmHg. Confirmar conforme o contexto clínico.

DBHA 2025, cap. 10.2 e quadro 10.1

Quatro apresentações na gestação

Condição	Elemento que orienta a classificação
HA crônica	Prévia ou identificada antes de 20 semanas
HA gestacional	Após 20 semanas, sem critérios de pré-eclâmpsia
Pré-eclâmpsia	HA após 20 semanas + proteinúria ou disfunção orgânica
Pré-eclâmpsia sobreposta	Pré-eclâmpsia em paciente com HA crônica

DBHA 2025, quadro 10.1

Pré-eclâmpsia pode existir sem proteinúria

01 Avaliar plaquetas, função renal e enzimas hepáticas.

02 Pesquisar edema pulmonar e sintomas neurológicos.

03 Cefaleia sem causa alternativa e alterações visuais exigem atenção.

04 Integrar quadro materno, idade gestacional e avaliação fetal.

DBHA 2025, quadro 10.1

Complicações que exigem reconhecimento

Condição	Característica principal
Eclâmpsia	Convulsão sem outra causa em contexto de pré-eclâmpsia
HELLP	Hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia
PRES	Síndrome neurológica com edema vasogênico à imagem

DBHA 2025, quadro 10.1

MAPA e MRPA na gestação

01 Ajudam a identificar avental branco e hipertensão mascarada.

02 A DBMPA recomenda MAPA antes de 20 semanas e MRPA após esse período.

03 Conferir validação do aparelho e técnica de medida.

04 Resultado domiciliar não exclui pré-eclâmpsia diante de sinais clínicos.

DBMPA 2023 (publicada em 2024), MAPA, seção 7.2 e MRPA, seção 6.4.2; DBHA 2025, quadro 10.1

Gestação: referências fora do consultório

Método / período	Referência descrita na fonte
MAPA de 24 horas	≥130/80 mmHg na DBMPA 2023
MAPA de vigília	≥135/85 mmHg no quadro 10.1 da DBHA
MRPA	≥135/85 mmHg no quadro 10.1 da DBHA

Informar método, período e referência. Não misturar médias distintas.

DBHA 2025, quadro 10.1; DBMPA 2023 (publicada em 2024), MAPA, seção 7.2

Prevenção da pré-eclâmpsia começa cedo

01 Avaliar risco preferencialmente entre 11 e 14 semanas.

02 Obter história obstétrica e fatores de risco maternos.

03 Quando disponível, associar Doppler uterino e PLGF.

04 Definir profilaxia e seguimento com a equipe obstétrica.

DBHA 2025, cap. 10.2.2

Risco de pré-eclâmpsia: exemplos da DBHA

Alto risco: um critério	Risco moderado: dois ou mais
Pré-eclâmpsia prévia	Idade materna >40 anos
HA crônica, DM prévio ou DRC	Nuliparidade ou gestação multifetal
Lúpus ou síndrome antifosfolípide	Descolamento de placenta prévio
IMC prévio >30 ou reprodução assistida	Restrição de crescimento ou natimorto prévio

DBHA 2025, quadro 10.2

Profilaxia na gestante de maior risco

01 AAS: 100–150 mg à noite, conforme a DBHA.

02 Iniciar antes de 16 semanas e manter até 36 semanas, segundo o texto.

03 Avaliar cálcio em gestantes de alto risco com baixa ingestão.

04 Estimular atividade física quando não houver contraindicação.

DBHA 2025, cap. 10.2.2 e quadro de recomendações

Gestação: limiar de ação e meta

Gravidade

PAS ≥160 ou PAD ≥110 mmHg exige confirmação rápida e tratamento urgente se persistente.

Controle continuado

Definir plano obstétrico individual. O capítulo apresenta recomendações de baixa certeza para metas e início na HA não grave.

DBHA 2025, cap. 10.2.3 e quadro de recomendações

Gestação: medicamentos para manutenção

01 Metildopa é opção de primeira linha na DBHA.

02 Nifedipina de longa duração e anlodipino também são opções.

03 Iniciar com um agente e associar outro se necessário.

04 Acompanhar PA, tolerância e condição materno-fetal.

DBHA 2025, cap. 10.2.3 e quadro de recomendações

Gestação: fármacos a evitar

Classe ou fármaco	Orientação da DBHA
IECA e BRA	Contraindicados na gestação
Atenolol	Não recomendado por risco fetal
Antagonistas mineralocorticoides	Não recomendados na gestação
Prazosina	Não recomendada no quadro final

DBHA 2025, cap. 10.2.3 e quadro de recomendações

Sinal de alerta obstétrico

≥160 ou ≥110

PAS ou PAD em mmHg. Se persistente por 15 minutos, requer tratamento urgente.

HA grave: princípios de atendimento

01 Encaminhar para avaliação e tratamento em ambiente assistencial.

02 Monitorar a mãe e avaliar o feto.

03 A DBHA cita hidralazina intravenosa e nifedipina oral para controle urgente.

04 Nifedipina sublingual não deve ser utilizada.

DBHA 2025, cap. 10.2.3

Sulfato de magnésio e anti-hipertensivo

Sulfato de magnésio

Prevenção da eclâmpsia na HA grave sintomática e tratamento da eclâmpsia.

Anti-hipertensivo

Controle da PA para reduzir complicações maternas.

DBHA 2025, cap. 10.2.3 e quadro de recomendações

Caso 3: 30 semanas, cefaleia e PA 166/112

01 Gestante relata cefaleia intensa e alteração visual.

02 A PA permanece elevada após confirmação rápida.

03 É adequado esperar quatro horas ou solicitar MRPA?

04 Quais prioridades devem orientar a conduta imediata?

Puerpério: o parto não encerra o risco

01 Manter vigilância da PA e de sinais de gravidade.

02 Eclâmpsia, AVC, edema pulmonar e lesão renal ainda podem ocorrer.

03 Rever medicamentos conforme evolução e amamentação.

04 Programar reavaliação e transição para o cuidado longitudinal.

Aleitamento: opções citadas pela DBHA

Medicamento	Classificação do quadro 10.3
Nifedipina	Permitido
Enalapril ou captopril	Permitido sem restrição no quadro
Metoprolol ou propranolol	Permitido
Hidralazina ou metildopa	Permitido

DBHA 2025, quadro 10.3

Aleitamento: situações que pedem cautela

Medicamento	Orientação do quadro 10.3
Clonidina e atenolol	Evitar
Clortalidona	Evitar pela eliminação lenta no recém-nascido
Hidroclorotiazida	Usar dose baixa, <50 mg/dia
Furosemida	Pode diminuir a produção de leite
BRA	Dados insuficientes, preferir outra opção

DBHA 2025, quadro 10.3

Após HA na gestação: prevenção de longo prazo

01 Registrar o antecedente na história cardiovascular.

02 Acompanhar PA e fatores de risco ao longo dos anos.

03 Reavaliar função renal e risco cardiometabólico.

04 Orientar planejamento de futuras gestações.

DBHA 2025, cap. 10.2.5

Oficina: qual informação muda a decisão?

Caso fictício	Ponto a discutir
15 anos, PA 134/84 confirmada	Limiar pediátrico e MAPA
84 anos, quedas após ajuste	Ortostase e fragilidade
Mulher em BRA deseja engravidar	Revisão antes da concepção
Puérpera amamentando, HA persistente	Opções compatíveis e seguimento

Quatro decisões para a prática

01 Usar a referência correta para idade, método e gestação.

02 No idoso, orientar a intensidade pela função e pela tolerância.

03 Revisar o tratamento nas transições reprodutivas.

04 Manter seguimento cardiovascular após hipertensão gestacional.

DBHA 2025, cap. 9 e 10

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

Fontes exclusivas do conteúdo: diretrizes anexas