



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 1/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

Sumário

1. SIGLAS E CONCEITOS	2
2. OBJETIVOS	4
3. JUSTIFICATIVAS	4
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	4
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES	5
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	7
7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS	12
8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO	13
9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO	22
10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA	22
11. CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR OU TRANSFERÊNCIA	26
12. FLUXOGRAMA	27
12.1. FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES COM PRÉ-ECLÂMPSIA	27
13. MONITORAMENTO	28
14. REFERÊNCIAS	28
15. HISTÓRICO DE REVISÃO	34



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 2/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025 Versão: 1.0	Próxima revisão: 03/04/2027

1. SIGLAS E CONCEITOS

1.1. Siglas

AAS - Ácido Acetilsalicílico;

AINE – Anti-inflamatório Não Esteroides;

BIC - Bomba de Infusão Contínua;

BV - Baixo Ventre;

CTG – Cardiotocografia;

DPP – Descolamento Prematura de Placenta;

DHL - Desidrogenase Lática;

EAS - Exame de Elementos e Sedimentos Anormais da Urina;

EV – Endovenoso;

HULW - Hospital Universitário Lauro Wanderley;

IG - Idade Gestacional;

IM - Via Intramuscular;

IV - Via Intravenosa;

MgSO₄ - Sulfato de Magnésio;

PA- Pressão Arterial;

PAD - Pressão Arterial Diastólica;

PAS - Pressão Arterial Sistólica;

PE - Pré-Eclâmpsia;

PP - Parto Prematuro;

RBEHG - Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez;

RN - Recém-Nascido;

RPMO - Rotura Prematura de Membranas Ovulares;

SF - Soro Fisiológico;

SFA - Sofrimento Fetal Agudo;

SG - Soro Glicosado;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 3/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

SRL - Soro Ringer Lactato;

TGO - Transaminase Glutâmico-Oxalacética;

TGP - Transaminase Glutâmico-Pirúvica;

TP - Trabalho de Parto;

TPP - Trabalho de Parto Prematuro;

USG – Ultrassonografia;

VO - Via oral.

1.2. Conceitos

Síndromes hipertensivas na gestação ou puerpério: Hipertensão arterial no ciclo gravídico puerperal englobando a hipertensão arterial crônica, a hipertensão gestacional, a pré-eclâmpsia, a pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica, a eclâmpsia e a síndrome Hellp.

Hipertensão Arterial Crônica: Hipertensão conhecida por estar presente antes da concepção ou reconhecida pela primeira vez antes de 20 semanas de gestação. Em pacientes com uma gravidez anterior complicada por hipertensão gestacional, a hipertensão que persiste 12 ou mais semanas após o parto também é classificada como crônica.

Hipertensão Gestacional: Hipertensão arterial identificada na segunda metade da gestação, em gestante previamente normotensa, porém sem proteinúria ou manifestação de outros sinais/sintomas relacionados à pré-eclâmpsia.

Pré-eclâmpsia: Hipertensão arterial diagnosticada em gestante previamente normotensa, a partir da 20ª semana de gestação, associada à proteinúria significativa.

Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica: Identificada nas hipertensas crônicas quando, a partir da 20ª semana, ocorre aparecimento ou piora da proteinúria já detectada na primeira metade da gestação, piora da hipertensão necessitando associação de anti-hipertensivos ou aumento das doses terapêuticas iniciais e /ou disfunção de órgãos-alvo.

Eclâmpsia: Ocorrência de convulsões tônico-clônicas generalizadas, de coma ou de ambas, durante a gravidez ou o puerpério, em gestantes com pré-eclâmpsia, que não estão relacionadas com outras doenças do sistema nervoso central.

Síndrome Hellp: O acrônimo HELLP significa hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia: H *hemolysis*, E *elevated*, L *liver enzymes*, L *low* P *platelets*. A síndrome Hellp é considerada o comprometimento hepato-hematológico da pré-eclâmpsia e tem fisiopatologia ainda desconhecida e está relacionada à anemia hemolítica microangiopática e ao vasoespasmismo no fígado materno.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 4/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

2. OBJETIVOS

Padronizar o diagnóstico e a conduta nas pacientes com síndromes hipertensivas atendidas na maternidade e pré-natal do Hospital Universitário Lauro Wanderley – Universidade Federal da Paraíba/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HULW – UFPB/EBSERH) visando reduzir a morbimortalidade materna, fetal e neonatal.

3. JUSTIFICATIVAS

Os distúrbios hipertensivos incidem em cerca de 10% de todas as gestantes e puérperas em todo o mundo e representam importante causa de mortalidade materna. Além das altas taxas de mortalidade, as doenças hipertensivas na gestação e puerpério podem levar a morbidades maternas e a graves consequências ao feto e recém-nascido, sendo a maior causa de prematuridade no Brasil.

Diante da elevada incidência e impacto das doenças hipertensivas na saúde materna, fetal e neonatal e sendo a hipertensão principal causa de mortalidade materna no Brasil, e considerando a necessidade de conformidade com o preconizado pelo Instituto Nacional Fernandes Figueira e Fiocruz, na publicação **“Dez Passos para a Redução da Mortalidade Materna”**, com ênfase no Passo 2 - Institua ações de profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas durante o pré-natal e no Passo 6 - Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros de síndromes hipertensivas graves na gestação, que se justifica a publicação do presente protocolo, com vistas a padronizar o diagnóstico e conduta nas gestantes com distúrbio hipertensivo atendidas na maternidade e pré-natal do HULW.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

4.1. Critérios de inclusão

Serão incluídas nesse protocolo todas as pacientes diagnosticadas com síndromes hipertensivas na gestação ou puerpério atendidas na maternidade e pré-natal do HULW com:

- Hipertensão arterial crônica;
- Hipertensão gestacional;
- Pré-eclâmpsia;
- Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica;
- Eclampsia;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 5/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025 Versão: 1.0	Próxima revisão: 03/04/2027

- Síndrome Hellp.

4.2. Critérios de exclusão

Serão excluídas desse protocolo as pacientes que não possuem um quadro clínico compatível com alguma classificação de hipertensão durante a gestação e puerpério e as que apresentarem convulsões secundárias à epilepsia. Cabe lembrar que o manejo clínico e conduta em gestantes e puérperas cardiopatas se encontra abordado no [PRT.UMUL.OBST.011 - Manejo Clínico e Conduta em Gestantes e Puérperas Cardiopatas](#).

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

5.1 Equipe de enfermagem (triagem)

- Realizar o acolhimento da paciente;
- Fazer a classificação de risco, conforme [POP.UMUL.018 – TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA OBSTETRÍCIA](#);
- Verificar os Sinais Vitais (SSVV);
- Obter os dados antropométricos.

5.2 Equipe de enfermagem (enfermaria)

- Prestar assistência de enfermagem a paciente com doença hipertensiva internada;
- Identificar picos hipertensivos, sinais de iminência de eclampsia, piora clínica e comunicar à equipe médica de plantão;
- Administrar as medicações conforme prescrição médica inclusive o sulfato de magnésio a 50% na pré-eclâmpsia com sinais de gravidade e eclâmpsia, conforme [POP.UMI.001 – ADMINISTRAÇÃO DE SULFATO DE MAGNÉSIO A 50% NA PRÉ-ECLÂMPsia E ECLÂMPsia](#).

5.3 Equipe médica plantonista (obstetra e residente)

- Realizar anamnese e exame físico;
- Identificar os fatores de risco e classificar o risco da paciente de eclampsia e de tromboembolismo;
- Solicitar os exames complementares necessários;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 6/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

- Definir diagnóstico e orientar conduta;
- Prescrever tratamento na admissão;
- Solicitar parecer da equipe de cardiologia e/ou outras especialidades se necessário;
- Realizar internação da paciente caso seja necessário;
- Solicitar/reservar vaga de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em casos de eclampsia e outras complicações, caso necessário;
 - Realizar a reavaliação médica a cada 4 a 6 horas nas pacientes em uso de sulfato de magnésio;
 - Atender as intercorrências durante internação como pico hipertensivo e outras.

5.4 Equipe médica evolucionista (obstetra visitador e residente)

- Acompanhar a paciente durante o internamento na enfermaria (inclusive na UTI) para evolução da conduta;
 - Realizar anamnese e exame físico diariamente;
 - Identificar os fatores de risco e classificar/reclassificar o risco da paciente de eclampsia e de tromboembolismo;
 - Solicitar os exames complementares necessários;
 - Identificar sinais de piora clínica e determinar conduta;
 - Solicitar parecer da equipe de cardiologia e/ou outras especialidades se necessário;
 - Planejar alta hospitalar;
 - Planejar e determinar seguimento após a alta em ambulatório de pré-natal de alto-risco, egresso puerperal, cardiologia e outras especialidades a depender da necessidade.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 7/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

6.1 Hipertensão Arterial Crônica

A hipertensão arterial crônica é a presença de hipertensão relatada pela gestante ou identificada antes da 20ª semana de gestação. Assim, pode ser definida como hipertensão conhecida por estar presente antes da concepção ou reconhecida pela primeira vez antes de 20 semanas de gestação. Em pacientes com uma gravidez anterior complicada por hipertensão gestacional, a hipertensão que persiste 12 ou mais semanas após o parto também é classificada como crônica.

A aferição da pressão arterial (PA) deve ser feita com a paciente sentada, confortavelmente em um ambiente silencioso por 5 minutos. A posição em decúbito lateral esquerdo (mínimo 15 minutos) é utilizada para o repouso da paciente. Certificar que a paciente **não**: esteja com a bexiga cheia; praticou exercício físico há, pelo menos, 60 minutos; ingeriu bebidas alcoólicas e café ou fumou nos últimos 30 minutos anteriores.

Aplicar o aparelho com manguito de 13 cm, no membro superior direito, mantendo-o elevado, na altura do coração. Três medidas de pressão arterial devem ser realizadas, com intervalo 1-2 minutos e medidas adicionais somente se as duas primeiras leituras diferirem > 10 mmHg. Registrar no prontuário a média das duas últimas medidas, sem “arredondamentos”. Nova avaliação deve ser realizada com intervalo de pelo menos quatro a seis horas. Considerar a pressão diastólica o quinto ruído de Korotkoff, correspondente ao desaparecimento da bulha.

Diante da simplicidade da medida realizada pela técnica oscilométrica, a utilização de dispositivo automático de braço pode ser preferível ao auscultatório, quando as duas técnicas estiverem disponíveis.

Nas pacientes obesas, com circunferência do braço superior a 30 cm, **sem disponibilidade de manguito adequado**, deve-se usar a correção conforme na figura 01 abaixo:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 8/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

Figura 01: Correção da pressão arterial conforme a circunferência do braço

Circunferência do braço (cm)	Correção da PAS (mmHg)	Correção da PAD (mmHg)
20	+11	+7
22	+9	+6
24	+7	+4
26	+5	+3
28	+3	+2
30	0	0
32	-2	-1
34	-4	-3
36	-6	-4
38	-8	-6
40	-10	-7
42	-12	-9
44	-14	-10
46	-16	-11
48	-18	-13
50	-21	-14

Fonte: modificado de MAXWELL *et al*, 1982.

A abordagem do antebraço deve ser considerada válida e pode ser usada em contextos clínicos para medir a PA, quando a medição do braço for desafiadora na obesidade grave (circunferência superior a 50 cm, em que não há manguito disponível). Assim, o pulso avaliado deve ser o radial, embora haja restrições a tal prática.

Hipertensão arterial na gravidez é diagnosticada na presença de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg E/OU pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg em duas ocasiões com pelo menos 4 horas de intervalo.

6.2 Hipertensão Gestacional

A hipertensão gestacional é diagnosticada com a identificação de hipertensão arterial na segunda metade da gestação, em gestante previamente normotensa, porém sem proteinúria ou manifestação de outros sinais/sintomas relacionados à pré-eclâmpsia (PE) conforme a seguir. Assim, é um diagnóstico temporário de gestantes que não preenchem os critérios de pré-eclâmpsia.

Deve desaparecer até 12 semanas após o parto a hipertensão gestacional pois é transitória. Diante da persistência dos valores pressóricos elevados 3 meses após o parto, a paciente deve ser reclassificada como hipertensão arterial crônica, que deixou de ser diagnosticada pelas alterações fisiológicas da primeira metade da gestação.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 9/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

6.3 Pré-eclâmpsia

A pré-eclâmpsia é diagnosticada através da identificação de hipertensão arterial, em gestante previamente normotensa, a partir da 20ª semana de gestação, associada à proteinúria significativa seguindo os seguintes critérios:

- **HIPERTENSÃO** (PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg) em duas ocasiões com pelo menos 4 horas de intervalo, após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa
- **E**
- **PROTEINÚRIA** de 24 horas \geq 300 mg ou razão proteína/creatinina urinária \geq 0,3 ou proteinúria de fita \geq 1+

Também se considera pré-eclâmpsia quando, na ausência de proteinúria, ocorre disfunção de órgãos-alvo. Assim, se proteinúria for negativa, deve haver pelo menos um dos critérios abaixo, associado à hipertensão:

- Plaquetas $<$ 100.000;
- Creatinina plasmática $>$ 1,1 mg/dL;
- Transaminases hepáticas com aumento de pelo menos 2 x em relação aos valores normais;
- Edema agudo de pulmão;
- Sintomas visuais ou cerebrais (alterações visuais: escotomas, cegueira cortical, fotopsia, vasoespasmo retiniano, cefaleia de forte intensidade ou que persiste após o uso de analgésicos, alteração da consciência);
- Oligúria;
- Sinais de comprometimento placentário (restrição de crescimento fetal e/ou alterações Dopplervelocimétricas).

A pré-eclâmpsia pode ser subclassificada em relação à idade gestacional em que é feito o diagnóstico:

- Pré-eclâmpsia precoce ($<$ 34 semanas de gestação);
- Pré-eclâmpsia tardia (\geq 34 semanas);
- Pré-eclâmpsia pré-termo ($<$ 37 semanas);
- Pré-eclâmpsia de termo (\geq 37 semanas).

Outra classificação de maior importância em termos de conduta é a identificação da pré-eclâmpsia sem ou com sinais de gravidade (antes denominadas de leve e grave, respectivamente). Verificar quadro 01.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 10/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

Quadro 01: Sinais e sintomas de gravidade

SINTOMAS DE DISFUNÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC)	-Alterações visuais: escotomas, cegueira cortical, fotopsia, vasoespasmó retiniano. -Cefaléia de forte intensidade ou que persiste após o uso de analgésicos. -Alteração da consciência.
ANORMALIDADE HEPÁTICAS	- Dor epigástrica ou em quadrante superior esquerdo não responsiva à analgésicos e/ou - Transaminases ≥ 2 vezes os valores normais.
ELEVAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg persistente após repouso.
PLAQUETOPENIA	< 100.000
ANORMALIDADES RENAIS	Creatinina plasmática $>1,1$ mg/Dl
OLIGÚRIA	Diurese inferior a 500 mL/24 h.
EDEMA AGUDO DE PULMÃO	---

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde do Brasil, 2022.

Observação: A oligúria pode não se relacionar diretamente com o comprometimento da função renal, mas apresentar-se como decorrência de intenso extravasamento de líquido para o terceiro espaço, identificado facilmente pela presença de edema intenso (anasarca).

Mulheres com hipertensão gestacional que apresentem picos pressóricos devem ser gerenciadas com a mesma abordagem da pré-eclâmpsia.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 11/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

6.4 Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica

A pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica é estabelecida quando, a partir da 20ª semana, ocorre:

- Aparecimento ou piora da proteinúria já detectada na primeira metade da gestação.
- Piora da hipertensão necessitando associação de anti-hipertensivos ou aumento das doses terapêuticas iniciais.
- Disfunção de órgãos-alvo.

6.5 Síndrome Hellp

O acrônimo HELLP significa hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia: H *hemolysis*, E *elevated*, L *liver enzymes*, L *low P platelets*. A síndrome Hellp é considerada o comprometimento hepato-hematológico da pré-eclâmpsia (PE) e tem fisiopatologia ainda desconhecida e está relacionada à anemia hemolítica microangiopática e ao vasoespasmato no fígado materno. Pode acometer pacientes com pré-eclâmpsia ou pacientes normotensas e sem proteinúria (20% dos casos).

A sintomatologia geralmente é pobre, podendo-se encontrar mal-estar, epigastralgia, náuseas e cefaleia. O grau de suspeita clínica dos casos de síndrome HELLP é muito importante. Na presença de trombocitopenia em uma paciente com PE, deve-se pensar fortemente em síndrome HELLP. A confirmação diagnóstica é laboratorial sendo a trombocitopenia a principal e mais precoce modificação laboratorial encontrada, segue os parâmetros laboratoriais.

Quadro 02: Parâmetros laboratoriais de síndrome Hellp

HEMÓLISE	-Esfregaço anormal de sangue periférico (esquistocitose, anisocitose, equinocitose, pecilocitose) -Bilirrubina total > 1,2 mg% - DHL > 600 U/L
ELEVAÇÃO DAS ENZIMAS HEPÁTICAS	- Transaminase glutâmico-oxalacética (TGO) e/ou Transaminase glutâmico-pirúvica (TGP) > 70 UI
PLAQUETOPENIA	- < 100.000/mm ³

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, 2022; adaptado de SIBAI, 1986.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 12/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

Na HELLP, um nível elevado de DHL é um marcador inespecífico que pode ser associado com hemólise grave, lesão hepatocelular aguda, ou ambos.

6.6 Eclampsia

Eclampsia é a ocorrência de convulsões tônico-clônicas generalizadas, de coma ou de ambas, durante a gravidez ou o puerpério, em gestantes com pré-eclâmpsia, que não estão relacionadas com outras doenças do sistema nervoso central.

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Os exames complementares na propedêutica das doenças hipertensivas no ciclo gravídico puerperal objetivam rastrear as possíveis complicações, dentre eles destaca-se a ultrassonografia obstétrica com Doppler e os exames laboratoriais indicados: Hemograma, Creatinina, Bilirrubinas, TGO, TGP, Desidrogenase Lática (DHL) e Relação proteína/creatinina.

OBSERVAÇÕES:

- A repetição da proteinúria quando positiva não se faz necessária.
- A dosagem de ureia não deve ser efetuada de rotina, exceto quando se suspeita de falência renal e síndrome hemolítico-urêmica.
- O nível sérico de ácido úrico, por si, não indica intervenções isoladamente, mas está associado a resultados desfavoráveis.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 13/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

8.1 Hipertensão gestacional, Hipertensão crônica e Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade

- **Hipertensão gestacional e hipertensão crônica:**

Recomenda-se seguimento ambulatorial em pré-natal de alto risco com intervalo menor entre as consultas com o objetivo de manter controle da PA, identificar precocemente sinais de agravamento clínico com a solicitação de exames laboratoriais e manter vigilância sobre vitalidade e crescimento fetal.

- Deve ser orientado às pacientes:
- Observação dos movimentos fetais – na percepção de redução, procurar hospital;
- Atenção aos sinais e sintomas de gravidade – buscar urgência se necessário;
- Monitorização da pressão arterial – buscar atendimento médico caso seja identificado descontrole pressórico.

- **Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade:**

A gestante deve ter avaliação diagnóstica intra-hospitalar inicial para ter certeza de que não existem sinais/sintomas ou alterações de exames laboratoriais que evidenciem sinais de gravidade. Após a avaliação diagnóstica intra-hospitalar inicial, o atendimento ambulatorial é uma opção econômica e suficiente para se manter a gestante sob controle. O controle ambulatorial implica que a gestante precisa:

- ser orientada e ter condições de compreender a importância de entrar em contato (via telefone, telemedicina) ou de procurar hospital caso surjam sintomas/sinais de agravamento da doença (cefaleia intensa ou persistente), alterações visuais, falta de ar ou dor no quadrante superior direito ou epigástrica); residir próximo a um hospital;
- ter alguém em casa ou em local próximo o tempo todo para dar suporte em caso de um evento adverso inesperado;
- estar atenta aos movimentos fetais – na percepção de redução, procurar hospital;
- ter condições de aferir a pressão arterial diariamente (no domicílio ou na Unidade Básica de Saúde);
- manter os valores da pressão arterial entre 110 e 140 x 85 mmHg;
- manter consulta semanal para monitoramento das condições do feto e realizar exames laboratoriais necessários e ser internada, caso seja identificado qualquer sinal/sintoma de agravamento da doença para melhor avaliação e conduta.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 14/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

8.2. Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade

As pacientes com pré-eclâmpsia com sinais de gravidades devem ser internadas para vigilância rigorosa e seguimento adequado conforme recomendado abaixo:

- **Dieta normossódica:** sem restrição de sal, uma vez que não há evidências para preconizar essa conduta no auxílio do controle pressórico ou na prevenção de desfechos adversos.
- **Exames laboratoriais:** (conforme item 7): diário por 3 dias consecutivos e após, a cada 3 dias;
- **Exames de imagem:** Ultrassonografia Obstétrica com Doppler;
- **Sulfato de Magnésio (MgSO₄):** para profilaxia de convulsões (fazer mesmo na ausência de sinais e sintomas de iminência de eclampsia). **Contraindicações: miastenia gravis.**

Ataque: 4 g = 8 ml de MgSO₄ 50% + 100 ml de SG 5 % IV em 30 minutos

Manutenção: 1g/h= 12 ml de MgSO₄ 50% + 488 ml de SG 5% IV em bomba de infusão 84 ml /h

Manter antagonista (gluconato de cálcio a 10%) à beira do leito;

Obs.: Manter MgSO₄ por 24 horas após o parto ou após a última crise convulsiva

Cabe destacar que a sugestão do esquema de MgSO₄ do presente protocolo segue as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil e da Febrasgo. Entretanto, o *Uptodate/2025* recomenda de ataque carga intravenosa de 6 g e infusão de 2 g/hora, uma vez que este regime tem maior probabilidade de atingir rapidamente e manter um nível sérico de magnésio na faixa terapêutica (4,8 a 8,4 mg/dL). Doses de carga menores que 6 g têm maior probabilidade de resultar em níveis subterapêuticos de magnésio (menores que 4,5 mg/dL), o que pode ser particularmente importante em pacientes com obesidade, especialmente índice de massa corporal ≥ 40 kg/m², pois o maior peso materno aumenta o tempo necessário para atingir níveis terapêuticos.

Reavaliação médica a cada 4 a 6 horas: pulso, pressão arterial, frequência respiratória, reflexos profundos e diurese (segue ficha para avaliação em anexo 1).

Considerar diminuição da dose caso alterações dos parâmetros. O sulfato de magnésio deve ser suspenso em caso de oligúria (diurese inferior a 25 ml/h). Se o sulfato de magnésio foi suspenso há mais de 6 horas: reiniciar o protocolo (doses de ataque e de manutenção).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 15/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

Em pacientes com **insuficiência renal** a dose de ataque padrão é recomendada, uma vez que seu volume de distribuição não é alterado. Quanto à dose de manutenção:

- se creatinina sérica for >1,1 e <2,5 mg/dL → 1 g/hora é recomendada;
- se creatinina sérica for ≥2,5 mg/dL ou houver suspeita de toxicidade por magnésio → não é recomendado dose de manutenção.

É recomendado também monitorar os níveis séricos de magnésio em pacientes com insuficiência renal, além de avaliação frequente de sinais e sintomas de toxicidade por magnésio.

Em pacientes com **edema agudo de pulmão**, o sulfato de magnésio deve ser administrado com cautela tendo atenção à restrição hídrica, diurese e suplementação de oxigênio.

- **Corticoterapia:** para maturação pulmonar fetal entre 23 e 34 semanas

Os efeitos da corticoterapia atingem seu benefício máximo se o parto ocorrer após 24 horas da última dose. Os fármacos utilizados são a betametasona ou a dexametasona por serem fluorocorticóides e atravessarem a barreira placentária.

- **Betametasona** → Dose recomendada: 12 mg por via intramuscular, IM, de 24/24 horas (total de duas doses).
- **Dexametasona** → Dose recomendada: 6mg, IM, de 12/12 horas (total de quatro doses).

Contraindicações: quando existem evidências clínicas de infecção e/ou parto iminente.

Efeitos colaterais: aumento de aproximadamente 30% na contagem total de leucócitos e cerca de 45% de redução da contagem dos linfócitos após 24 horas da administração de betametasona (valor volta ao normal após 3 dias); Hiperglicemia materna; possibilidade de contrações uterinas quando existe gestação múltipla e alterações significativas na avaliação do bem-estar fetal, como: aumento ou diminuição da frequência cardíaca fetal basal, da variabilidade, diminuição dos movimentos fetais e alteração no perfil biofísico fetal (essas alterações normalizam após 4 dias depois da administração do corticoide).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 16/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

8.3. Tratamento das emergências hipertensivas

8.3.1 Gestantes → Pico hipertensivo: PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg persistente após repouso.

- Nifedipina 10 mg VO a cada 30 minutos, 3 repetições ou Hidralazina 5 mg a cada 20 minutos até 4 repetições;

A ampola de hidralazina contém 1 mL, na concentração de 20 mg/mL. Diluir uma ampola (1 mL) em 19 mL de água destilada, assim se obtém a concentração de 1 mg/mL

- Nitroprussiato de sódio: em casos não responsivos, iniciar com 0,25 mcg/kg/min até 4 mcg/kg/min em infusão intravenosa contínua, em ambiente de terapia intensiva.

A ampola de nitroprussiato de sódio contém 2 mL, na concentração de 50 mg/2 mL. Diluir uma ampola (2 mL) em 248 mL de soro glicosado a 5%, pois, assim teremos a concentração de 200 mcg/mL.

- Nitroglicerina é uma opção para o tratamento da hipertensão associada ao edema pulmonar nas raras ocasiões em que a furosemida não é eficaz.

Observação: paciente deve ser devidamente monitorizada em uso de droga venosa.

8.3.2 Puérperas → Pico hipertensivo: PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg

- Captopril 25 mg VO a cada 60 minutos **ou** -Clonidina: 0,1 mg VO a cada 60 minutos se necessário até 6 doses.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 17/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

8.4. Tratamento anti-hipertensivo de manutenção

8.4.1. Gestantes

Na gestação a terapia anti-hipertensiva oral pode ser necessária para controle pressórico quando parto não é iminente. Considerando o componente fetal, segue hipotensores recomendados na tabela 01.

Tabela 01: Hipotensores recomendados para uso na gestação

Medicação	Dose
1ª Escolha: Metildopa	750 a 2000 mg/dia
2ª Escolha: Nifedipina de liberação rápida ou Nifedipina <i>retard</i> Anlodipina	30 a 60 mg/dia 20 a 120 mg/dia 5 a 20 mg/dia
3ª Escolha: Metoprolol	100 a 200 mg/dia

Fonte: Adaptado de KORKES, H. A. et al. RBEHG, 2025.

Diante de edema agudo de pulmão ou limitação da função renal que indique terapêutica com diurético, a furosemida está eleita.

8.5. Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica

Recomenda-se mesma conduta adotada para PE com ou sem sinais de gravidade a depender dos níveis pressóricos, sinais e sintomas e/ou complicações associadas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 18/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

8.6. Eclampsia

Para assistência da paciente com eclampsia segue o fluxograma de atendimento no item 12 e no Quadro 02, abaixo, a sequência de procedimentos recomendados:

Quadro 02: Sequência de procedimentos recomendados para a assistência da paciente com eclampsia

ETAPA	PROCEDIMENTO
A	Ajuda: chamar equipe <i>Air</i> : permeabilidade de vias aéreas (cânula de Guedel, aspirar secreções, intubação se Glasgow < 8. Manter decúbito lateral esquerdo e conter membros e cabeça.
B	<i>Breathing</i> : oxigenação sob máscara (8 a 10L/min). VMI se Glasgow < 8.
C	<i>Circulation</i> : dois acessos venosos periféricos calibrosos (Jelco 16-18). Infundir Ringer lactato com cautela.
D	<i>Disability</i> : prevenção de dano: administrar MgSO ₄ .
E	Exame clínico geral e obstétrico: altura e tônus uterino, presença de contrações; Estabilização: monitorar SatO ₂ , cardioscopia, instalar SVD Exames laboratoriais
F	Feto: ausculta fetal, cardiotocografia e USG com Doppler se possível Iniciar Corticoide (pelo menos a primeira dose)
G	Gestação: providenciar interrupção da gestação por via obstétrica. Avaliar colo uterino e possibilidade de parto normal. Evitar Cesariana logo após convulsão devido hipóxia materno-fetal transitória (exceto se DPP e/ou SFA) Resgatar Plaquetas para definir procedimento anestésico (Bloqueio ou Geral)

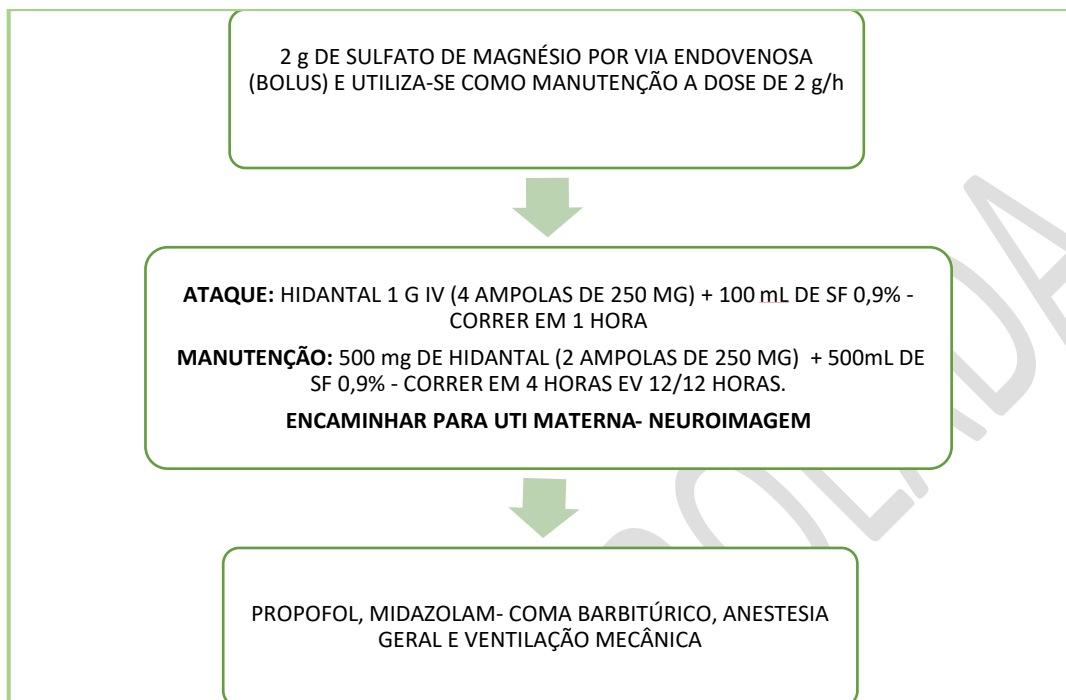
Fonte: VALENTE, E. P. et al. Obstetrícia: Diagnóstico e tratamento, 2018.

8.6.1. Tratamento da recorrência

Nos casos de recorrência da crise convulsiva, administram-se mais 2 g de sulfato de magnésio por via endovenosa (bolus) e utiliza-se como manutenção a dose de 2 g/h. Se dois desses bolus não controlarem as convulsões, o fármaco de escolha será a difenil-hidantoína em seu esquema clássico para tratar crises convulsivas. Recomenda-se, ainda, nesses casos investigar complicações cerebrais, principalmente hemorragias intracranianas. No caso de nova recorrência está indicado o uso de propofol, midazolam, anestesia geral e ventilação mecânica na Unidade de Terapia Intensiva. Essas orientações estão descritas na figura 02 a seguir.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 19/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

Figura 02: Tratamento da recorrência da crise convulsiva



Fonte: Adaptado de VALENTE, E. P. et al. Obstetria: Diagnóstico e tratamento, 2018.

8.7. Síndrome HELLP

- Transferência para Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Sulfato de magnésio (ataque e manutenção);
- Corticoterapia para maturação pulmonar fetal (entre 23 e 34 semanas de gestação);
 - Interrupção da gestação (via obstétrica): A conduta conservadora pode ser adotada nos casos com idade gestacional inferior a 34 semanas, em que a utilização do corticoide antenatal representa redução consistente dos riscos neonatais. Entretanto, isso não deve retardar a interrupção da gestação quando houver importante deterioração da saúde materna.
 - Transfusão de plaquetas está indicado mesmo sem sangramento ativo se contagem de plaquetas abaixo de 20.000/mm³, se houver indicação cirúrgica manter entre 40.000 a 50.000/mm³. A dose preconizada é de uma unidade para cada 10 Kg de peso;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 20/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

- O uso de corticoide (dexametasona 10mg EV de 12/12h por 4 dias) para elevação das plaquetas parece não modificar o curso da doença, porém seu uso pode ser considerado em situações especiais como em pacientes graves com contagem inferior a 50.000 plaquetas/mm³, principalmente nos locais de atendimento onde a disponibilidade de sangue e de plaquetas não é adequada.

8.8. Manejo pós-parto

No período puerperal, a ausência do componente fetal permite o uso de vários anti-hipertensivos que eram contraindicados no período gestacional. Nos casos de pacientes com hipertensão pré-existente que faziam uso de medicação anti-hipertensiva, recomenda-se reiniciá-la no pós-parto imediato.

O objetivo do controle pressórico é manter PAS em torno de 140/150 mmHg e PAD em torno de 90/100 mmHg. Cabe destacar que a pressão arterial atinge o pico três a seis dias após o parto devendo, portanto, ser acompanhada rigorosamente após a alta hospitalar.

No pós-parto imediato deve estar atento aos sinais/sintomas de iminência de eclâmpsia e às alterações laboratoriais que indiquem síndrome HELLP. Desta forma, realizar curva de pressão pós-parto 4/4 horas e solicitar perfil toxêmico.

Segue hipotensores sugeridos para utilização no puerpério na tabela 2.

Tabela 02: Hipotensores e doses recomendadas no puerpério

Medicação		Dose
IECA	Enalapril ou	10 a 40 mg/dia
	Captopril	75 a 150 mg/dia
BCC	Nifedipina de liberação rápida ou	30 a 60 mg/dia
	Nifedipina retard ou	20 a 120 mg/dia
	Anlodipino	5 a 20 mg/dia
Diurético	Hidroclorotiazida ou	25 mg/dia pela manhã
	Furosemida	20 mg/dia pela manhã
Outra escolha:	Propranolol	40 a 240 mg/dia
	Metildopa	750 a 2000 mg/dia

Fonte: Adaptado de COSTA M.L. et al. RBEHG, 2023.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 21/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

Estudos recentes mostraram que o uso de anti-inflamatórios não hormonais no manejo da dor no pós-parto não interferiu no controle da PA e outros eventos adversos, entretanto recomenda-se o uso criterioso, principalmente nos casos graves. É recomendável também evitar o excesso de volume visto que a hipervolemia, que pode dificultar o controle pressórico, e tratar adequadamente as tireoideopatias.

Se houver necessidade de inibição da lactação, evitar derivados do *Ergot* ou agonistas da dopamina pelo risco de agravamento da hipertensão e fazer profilaxia de Tromboembolismo: vide [PRT.UMUL.OBST.029 - Prevenção e Tratamento do Tromboembolismo Venoso](#).

8.9. Predição e prevenção da pré-eclâmpsia

Deve-se realizar o rastreamento de todas as gestantes para PE para que possam receber as medidas preventivas e a maior vigilância materno-fetal.

A melhor estratégia de cálculo de risco para a PE é usando o modelo de risco desenvolvido pela *Fetal Medicine Foundation*. Utilizam-se no cálculo fatores maternos, pressão arterial média, índice de pulsatilidade média das artérias uterinas, na época do morfológico de primeiro trimestre. A partir de um corte de risco de 1 em 100, é considerado alto risco para PE sendo recomendado a profilaxia.

Nos casos nos quais o cálculo de risco não estiver disponível, deve-se seguir as orientações da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025: diante de um fator de alto risco ou da combinação de dois fatores de risco moderados (figura 03), deve-se iniciar a prevenção farmacológica com AAS.

(AAS) 100 mg / dia - tomar a noite - iniciar precocemente (12 semanas) e manter até 36 semanas

Cabe destacar que norma técnica do Ministério da Saúde de 2025 recomenda para TODAS as gestantes a suplementação de dois (2) comprimidos de carbonato de cálcio 1.250 mg (500 mg de cálcio) ao dia, equivalente a 1.000 mg de cálcio elementar, com início na 12^a semana de gestação até o momento do parto.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 22/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

Figura 03: Fatores de risco clínicos recomendados para a identificação de gestantes com necessidade de prevenção

RISCO	FATOR DE RISCO
ALTO Um fator de risco	História de pré-eclâmpsia Gestação múltipla Obesidade (IMC > 30 kg/m ²) Hipertensão arterial crônica Diabetes tipo 1 ou 2 Doença renal crônica Doenças autoimunes: Lúpus, SAAF, entre outras Gestação decorrente de reprodução assistida (FIV)
MODERADO Dois ou mais fatores de risco	Nuliparidade História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmãs) Idade ≥ 35 anos Intervalo > 10 anos desde a última gestação Condição sócio-econômica desfavorável Raça/Cor: preta ou parda Condição socio-econômica desfavorável Gravidez prévia com desfecho adverso relacionado a disfunção placentária: <ul style="list-style-type: none"> • Descolamento prematuro de placenta, • Restrição de crescimento fetal • Trabalho de parto prematuro • Óbito fetal

Fonte: Adaptado de KORKES, H. A. et al. RBEHG, 2025.

9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

A internação hospitalar é necessária em todos os casos de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, síndrome Hellp e eclâmpsia. As gestantes com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade estáveis e sem complicações, hipertensão arterial crônica e hipertensão gestacional devem manter acompanhamento rigoroso no pré-natal de alto-risco.

10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

De forma geral, as indicações para antecipação do parto em gestantes com distúrbios hipertensivos (qualquer uma das situações) são:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 23/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

- Eclampsia;
- Síndrome HELLP;
- Sofrimento Fetal;
- RCIU grave;
- Oligoâmnio severo;
- Hipertensão refratária grave (3 hipotensores em dose máxima);
- Descolamento prematuro da placenta (DPP);
- Edema agudo de pulmão/descompensação cardíaca;
- Oligúria refratária/insuficiência renal;
- Alterações laboratoriais progressivas (trombocitopenia, elevação de enzimas hepáticas);
- Amaurose;
- Óbito fetal.

Na ausência das complicações acima, recomenda-se a interrupção da gestação conforme a seguir.

10.2. Hipertensão Arterial Crônica

Na HASC bem controlada e sem indicações para parto precoce (por exemplo, hipertensão descontrolada, pré-eclâmpsia sobreposta, natimorto anterior, história prévia de DPP, restrição de crescimento fetal), a interrupção da gestação é recomendada com 39 a 39 semanas e 6 dias, por via obstétrica.

Para as pacientes com mau controle pressórico ou outras complicações da gravidez, o momento do parto deve ser individualizado com base no tipo e gravidade destas complicações.

10.3. Hipertensão Gestacional

Na hipertensão gestacional com PAS frequentes $\geq 140/90$ mmHg e $< 160/110$ mmHg, comorbidades ou outros fatores de risco para desfecho adverso, sugere-se interrupção com 37 semanas.

Em gestações não complicadas (sem comorbidades ou outros fatores de risco para desfecho adverso) com hipertensão gestacional em que apenas algumas pressões sanguíneas são $\geq 140/90$ mmHg e $< 160/110$ mmHg, sugere-se interrupção com 38 a 39 semanas, uma vez que a morbidade neonatal diminui com o avanço da idade gestacional e a morbidade materna é improvável que seja aumentada com apenas episódios ocasionais de elevação da PA.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 24/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

10.4. Pré-eclâmpsia

Na PE sem sinais de gravidade recomenda-se a interrupção da gestação com 37 semanas e nos casos de PE com sinais de gravidade 34 semanas.

O parto via vaginal é preferível visando não agregar potenciais riscos cirúrgicos. Assim, a indução do parto pode ser realizada, se a vitalidade fetal estiver preservada e a situação materna permitir.

Entretanto, em casos de pré-eclâmpsia com deterioração clínica e/ou laboratorial e colo uterino desfavorável, muitas vezes nos deparamos com situações pouco seguras para aguardar a evolução do trabalho de parto, sendo a cesárea justificável. O procedimento cirúrgico também se justifica diante de alterações na vitalidade fetal.

10.5. Síndrome HELLP

A interrupção da gestação é via obstétrica. Quando se indicar parto cesáreo na síndrome HELLP, com contagem de plaquetas inferior a 70.000/mm³, recomendam-se os seguintes cuidados:

- avaliar coagulograma;
- repor plaquetas (de cinco a dez unidades);
- realizar hemostasia cuidadosa.

Anestesia geral deverá ser considerada para casos em que não tenha sido possível alcançar contagem de plaquetas superior a 70.000.

Em vista dos riscos de hemorragia durante a cesárea, em pacientes com plaquetas abaixo de 50.000/mm³, recomenda-se transfusão de plaquetas, precedendo o início do ato operatório, seguindo as doses preconizadas de uma unidade para cada 10 kg de peso.

Cumprir destacar que a transfusão de plaquetas é indicada a todas as pacientes com trombocitopenia grave (menos de 20.000 plaquetas), mesmo sem sangramento e independentemente do tipo de parto planejado.

Não é raro ocorrer atonia uterina conjuntamente com a síndrome HELLP. Para prevenir essa situação, a paciente deve receber ocitocina imediatamente após a extração fetal. Na presença de sangramento e atonia uterina.

Lembrar que os casos de hemorragias podem cursar com hipertensão compensatória e atentar que o *Methergin* aumenta a hipertensão devendo ser evitado em casos selecionados.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 25/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

10.6. Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica

Para pacientes com pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica, a idade gestacional de interrupção da gestação deve ser decidida caso a caso, com base no tipo e gravidade das complicações, sendo por via obstétrica.

A via de parto é obstétrica e a idade gestacional para interrupção da gestação devem ser individualizadas de acordo com a clínica e laboratório de cada paciente sendo sugerido a tabela 03 como orientação.

Tabela 03: Classificação da hipertensão e idade gestacional para interrupção.

CLASSIFICAÇÃO	INTERRUPÇÃO
Hipertensão arterial crônica bem controlada	39 a 39 semanas e 6 dias
HAC mau controlada, pré-eclâmpsia sobreposta, natimorto anterior, história prévia de DPP, restrição de crescimento fetal	INDIVIDUALIZAR
HG sem comorbilidades ou outros fatores de risco para desfecho adverso	38 a 39 semanas
Hipertensão gestacional com PAs frequentes $\geq 140/90$ mmHg e $< 160/110$ mmHg, comorbilidades ou outros fatores de risco para desfecho adverso	37 semanas
PE sem sinais de gravidade	37 semanas
PE com sinais de gravidade	34 semanas
Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica	INDIVIDUALIZAR
HELLP	INDIVIDUALIZAR NUNCA deverá ser postergado diante de uma situação materna grave

Fonte: Adaptado de Uptodate, 2024.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 26/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

11. CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR OU TRANSFERÊNCIA

Nas doenças hipertensivas, de forma geral, a alta hospitalar deve ocorrer após controle pressórico com a menor dose possível de hipotensor.

Em pacientes com diagnóstico de pré-eclâmpsia, a alta hospitalar pode ser concedida após duas avaliações laboratoriais normais e é sugerido o internamento pós-parto por período de 72 horas devido os possíveis agravamentos dessa doença no terceiro dia de puerpério.

As orientações após a alta e o retorno ao ambulatório de pré-natal de alto-risco, egresso, ambulatório de cardiologia e/ou outras especialidades a depender da necessidade, devem estar devidamente registradas no resumo de alta. O mapa para anotar a pressões arteriais (ANEXO 02) e a última rotina laboratorial devem ser levados para consulta de Egresso e/ou da Cardiologia.

Nos casos diagnosticados com sinais de gravidade se faz necessário o aconselhamento adequado quanto às repercussões futuras, que apresentam maiores chances de eventos vasculares cardíacos, encefálicos e renais, fenômenos tromboembólicos e outras comorbidades.

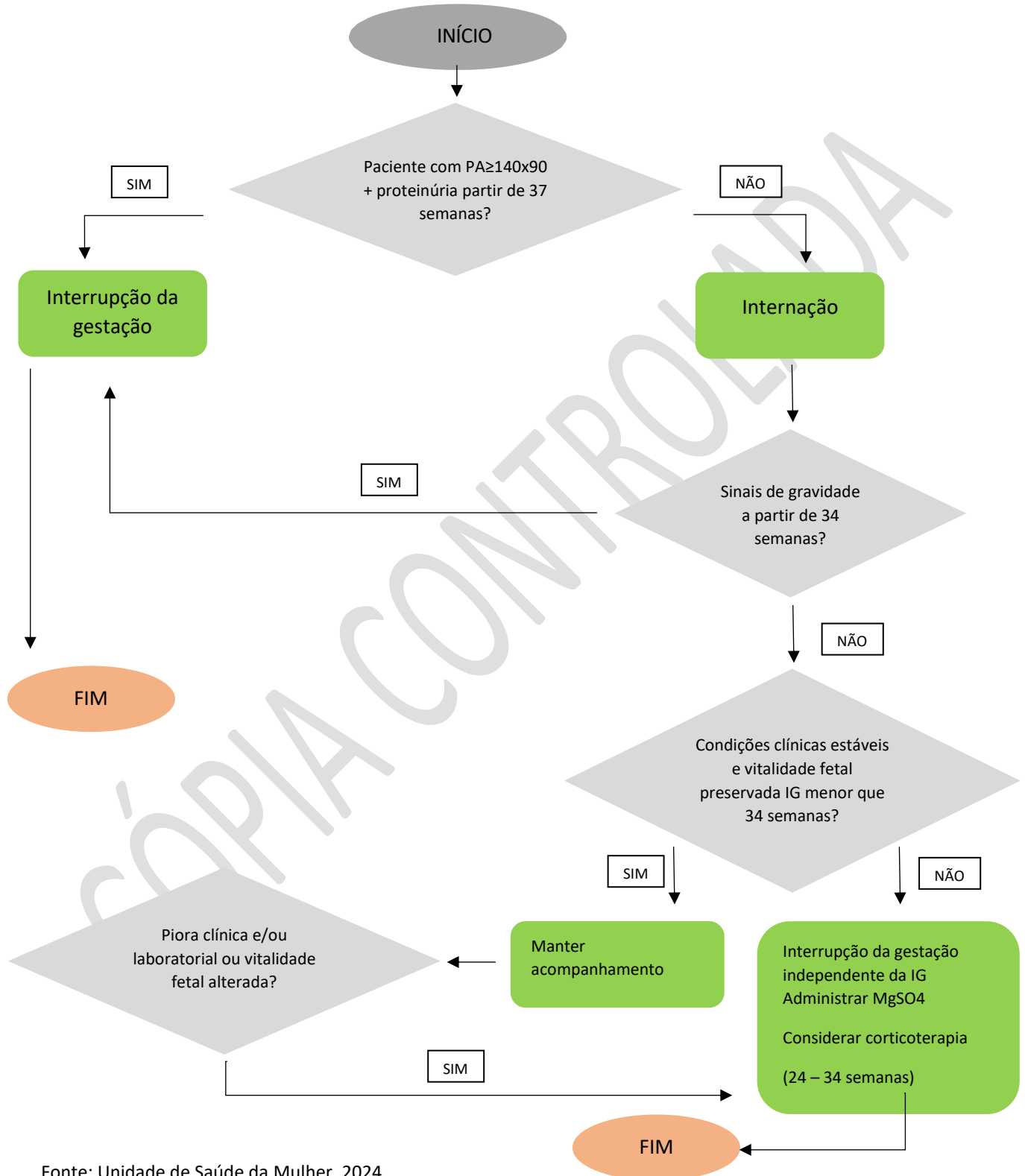
Sempre na ocasião da alta, orientar a mulher sobre a importância da mudança do estilo de vida como: bons hábitos alimentares, exercícios físicos e controle de peso, essenciais para o controle da pressão arterial e redução das doenças cardiovasculares.

CÓPIA CONTROLADA

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 27/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

12. FLUXOGRAMA

12.1. Fluxograma para atendimento de pacientes com pré-eclâmpsia



Fonte: Unidade de Saúde da Mulher, 2024.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 28/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025 Versão: 1.0	Próxima revisão: 03/04/2027

13. MONITORAMENTO

O indicador utilizado para monitorar esse protocolo será o número absoluto de ocorrência de *near miss* materno. As gestantes e puérperas com síndrome hipertensiva e critério de *near miss* materno terão busca ativa que será realizada pelos enfermeiros e médicos obstetras com informação à Comissão de Boas de Práticas Obstétricas e Neonatais via e-mail (cbpo.hulw@ebserh.gov.br) para notificação e monitoramento semestral conforme descrito no [PL.UMUL.001 – PLANO DE AÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM DOS CASOS DE NEAR MISS MATERNO](#).

14. REFERÊNCIAS

ACOG. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. **Obstetrics & Gynecology**. 2020;135(6):1492-5.

AUGUST P. Treatment of hypertension in pregnant and postpartum patients. **UpToDate**, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-hypertension-in-pregnant-and-postpartum-patients?search=hipertens%C3%A3o%20gestacional&source=search_result&selectedTitle=4~96&usage_type=default&display_rank=4#H1445722122>. Acesso em: 6 de novembro de 2024.

AUGUST P.; SIBAI M.B. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. **UpToDate**, 2024. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?csi=834819eb-96c4-48c4-a2ba-a3f71f6a7174&source=contentShare>>. Acesso em: 6 de novembro de 2024.

AUGUST, P.; SIBAI B.M. Hypertensive disorders in pregnancy: Approach to differential diagnosis. **UpToDate**, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/hypertensive-disorders-in-pregnancy-approach-to-differential-diagnosis?search=hipertens%C3%A3o%20gestacional&source=search_result&selectedTitle=2~125&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em: 6 de novembro de 2024.

AUGUST, P.; SIBAI B.M. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. **UpToDate**, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=pr%C3%A9-ecl%C3%A2mpsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 6 de novembro de 2024.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 29/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025 Versão: 1.0	Próxima revisão: 03/04/2027

BRASIL, Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS E CGAN/DEPPROS/SAPS/MS.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-251-2024-coemm-cgesmu-dgci-saps-ms-e-cgan-deppros-saps-ms.pdf/view>. Acesso em 25 de março de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BROWN M.A. et al. The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. **Pregnancy Hypertens.** 2018; 13:291-310.

COSTA M.L. et al. Puerpério: como conduzir síndromes hipertensivas. Protocolo no. 02/2023 - **Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG)**, 2023.

EBSERH. **Norma Operacional NO. SGQVS.001.** Trata da elaboração e controle de documentos institucionais. 2019.

EBSERH. Procedimento Operacional Padrão **POP UMI 001 Administração de sulfato de magnésio a 50% na pré eclâmpsia e eclâmpsia**, 2020.

ESPÍNOLA A.R. et al. Protocolo de assistência obstétrica: Rede Cegonha [livro eletrônico]/– João Pessoa: **Ideia**, 2020.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. São Paulo: **FEBRASGO**, 2021. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 73/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Síndrome HELLP. São Paulo: **FEBRASGO**, 2021. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 74/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

FEBRASGO. Predição e prevenção da pré-eclâmpsia. **FEBRASGO POSITION STATEMENT**, 2023. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS-N1-Janeiro-2023-portugues.pdf>> Acesso em: 6 de novembro de 2024.

INSTITUTO NACIONAL FERNANDES FIGUEIRA / FIOCRUZ. 10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna preconizado pelo. **IFF/FIOCRUZ**, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/dezpassos-reducao-mm/> Acesso em 25 de março de 2025.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 30/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025 Versão: 1.0	Próxima revisão: 03/04/2027

JEYABALAN, A.; LARKIN, J.C. Chronic hypertension in pregnancy: Prenatal and postpartum care. **UpToDate**, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-hypertension-in-pregnancy-prenatal-and-postpartum-care?search=hipertens%C3%A3o%20CRONICA%20PREGANANCY&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1> Acesso em: 6 de novembro de 2024.

JOURDAN E. TRIEBWASSER, MATTHEW K. JANSSEN, HARISH M. SEHDEV. Postpartum counseling in women with hypertensive disorders of pregnancy. **American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM**, 2021.

LEWEY, J.; BECKIE T.M.; BROWN, H. et al. American Heart Association Cardiovascular Disease and Stroke in Women and Underrepresented Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation; and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Opportunities in the Postpartum Period to Reduce Cardiovascular Disease Risk After Adverse Pregnancy Outcomes: A Scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation**. 2024 Feb 13;149(7):e330-e346.

MARQUES, R.M.C.P. et al. Management of hypertension in the early postpartum: A randomized controlled trial. **Pregnancy Hypertens**. 2025.

MELVIN, L.M.; FANAI, E.F. Gestational hypertension. **UpToDate**, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gestational-hypertension?search=hipertens%C3%A3o%20gestacional&source=search_result&selectedTitle=1~125&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 6 de novembro de 2024.

NORWITS, E.R. Preeclampsia: Antepartum management and timing of delivery. **UpToDate**, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-antepartum-management-and-timing-of-delivery?search=pr%C3%A9-ecl%C3%A2mpsia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em: 6 de novembro de 2024.

NORWITZ, E. R. Preeclampsia: Intrapartum and postpartum management and long-term prognosis. **UpToDate**, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-intrapartum-and-postpartum-management-and-long-term-prognosis?search=pr%C3%A9-ecl%C3%A2mpsia&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H760335287>. Acesso em: 1 de abril de 2025.

OMS. WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia. Organização Mundial de Saúde, **OMS**, 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789241548335_eng.pdf;jsessionid=89F2764BA9D00955908EF2F139855E84?sequence=1>. Acesso em: 6 de novembro de 2024.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 31/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

PENFIELD, CHRISTINA A, MPH; MCNULTY, JENNIFER A; OAKES, MEGAN C; NAGEOTTE, MICHAEL P. Ibuprofen and Postpartum Blood Pressure in Women With Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. **Obstetrics & Gynecology**. 2019.

KORHES, H. A. et al. Pré-eclâmpsia – Protocolo 2025. **Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG)**, 2025.

PERAÇOLI, J. C. et al. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (**Protocolo FEBRASGO** – Obstetrícia, nº 8/Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação).

ROLNIK D.L.; WRIGHT D.; POON LC et al. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. **New England Journal of Medicine**. 2017;377(7):613-22.

SASS N.; KORKES H.A.; KATZ L. Síndrome HELLP. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (**Protocolo FEBRASGO** - Obstetrícia, no. 9/Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação).

VALENTE, E. P. et al. Obstetrícia: Diagnóstico e tratamento. 2ª. Edição – Rio de Janeiro: CAM/IMIP. **Medbook**, 2018.

CÓPIA CONTROLADA



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 32/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

ANEXO 1 – Formulário de avaliação clínica de pacientes em uso de Sulfato de Magnésio

			UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY				
Tipo do Documento	FORMULÁRIO		FORM.UMUL.005 - Página 1/1				
Título do Documento	AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES EM USO DE SULFATO DE MAGNÉSIO A 50%		Emissão: 05/10/2022	Próxima revisão: 05/10/2024			
			Versão: 1				
PACIENTE: _____ DATA NASCIMENTO: _____ GESTA ____ PARA ____ ABORTO ____ IDADE GESTACIONAL: _____ DATA: _____ ENFERMARIA _____ LEITO _____ PRONTUÁRIO _____							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;"> <i>Dados clínicos e diagnósticos:</i> </div>							
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO							
<u><i>Crítérios</i></u>	DATA:						
	HORA:						
Reflexo Patelar							
Frequência Respiratória							
Frequência Cardíaca							
Diurese							
Pressão Arterial							
CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO:							
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diurese ≤ 25mL/h; ✓ Frequência respiratória ≤ 12 a 16 irpm; ✓ Redução dos reflexos patelares. 							
OBSERVAÇÕES:							
<ul style="list-style-type: none"> • Manter antagonista (gluconato de cálcio a 10%) à beira do leito; • Se ocorrer depressão respiratória: aplicar 10 mL de gliconato de cálcio a 10% (1 g) IV lentamente (3 min). Dar suporte respiratório (O2, 5 L/min, por máscara) • Se o sulfato de magnésio foi suspenso há mais de 6 horas: reiniciar o protocolo (doses de ataque e de manutenção); • Manter MgSO4 por 24 horas após o parto ou após última convulsão. 							



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.031 - Página 34/34	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	Emissão: 03/04/2025	Próxima revisão: 03/04/2027
		Versão: 1.0	

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1.0	02/04/2025	Elaboração do Protocolo

<p>Elaboração</p> <p>Renata de Medeiros Wanderley Gadelha Rossana Mariana Carvalho de Paiva Marques Mônica Janine Andrade de Freitas Oliveira Aureliana Barboza da Silva Moisés Diogo Lima Sabina Bastos Maia</p>	Data: 02/14/2025
<p>Revisão:</p> <p>Renata de Medeiros Wanderley Gadelha Rossana Mariana Carvalho de Paiva Marques André Telis de Vilela Araújo</p>	Data: 03/14/2025
<p>Validação</p> <p>Virginia de Araújo Pôrto – Enfermeira Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente</p>	Data: 06/05/2025
<p>Aprovação</p>	

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte.