

OBSTETRÍCIA

Para elas

3ª Edição

Editor-chefe: Henri Augusto Korkes, Md PhD

ISBN: 978-65-01-03562-8



*"Uma revista baseada em evidências,
construída para as pacientes"*

EDIÇÃO ESPECIAL

Síndromes hipertensivas na gravidez
Apoio: Rede Brasileira de Estudos
sobre Hipertensão na Gravidez



Obstetrícia para Elas

Autores:

Doutor Henri Augusto Korkes

Professor assistente-doutor da Clínica Obstétrica da PUC-SP, Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez e Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo.

Professor-Doutor José Carlos Peraçoli

Professor Titular da Faculdade de Medicina da UNESP, Presidente da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez, Presidente da Comissão Nacional Especializada e em Hipertensão da Febrasgo.

Prof. Dr Leandro Gustavo de Oliveira

Professor livre-docente da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu, Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez e Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo.

Dr. Francisco Lázaro Pereira de Sousa

Mestre e Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Pesquisa de Doutorado na Universidade de Friedrich-Schiller, em Jena (Alemanha), Professor do Departamento de Tocoginecologia do Centro Universitário Lusíada, em Santos (SP), Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez e Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo.

Dr. Renato José Bauer

Mestre em Ciências pela Unesp, Professor de Obstetrícia da PUC-SP, Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez Ginecologista e obstetra.

Prof. Dr. Nelson Sass

Professor Titular do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Unifesp, Coordenador do Setor de Hipertensão Arterial, Nefropatias e Transplantes Renais do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Unifesp, Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez e Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo.

Dr. Alberto Zaconeta

Mestre e Doutor em Ciências da Saúde, Professor adjunto de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez e Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo.

Dra. Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo

Professora Titular do Departamento de Tocoginecologia da UFRN, Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez e Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo.

Dr. Edson Vieira da Cunha Filho

Mestre e Doutor pela PUC-RS, com pós doutorado pela USP-RP, Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Moinhos de Vento, Coordenador do Fellowship de Gestação de Alto Risco do Hospital Moinhos de Vento, Diretor científico da SOGIRGS, Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez e Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo.

Dr. Edilberto Rocha

Mestre em Neurociências pela UFPE e Doutor em Ciências da Saúde pela Unicamp, Professor adjunto de Obstetrícia da UFPE, Coordenador da Linha Materno-Infantil do Hospital Santa Joana Recife, Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez e Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo.

Dra. Maria Laura Costa do Nascimento

Professora associada do Departamento de Obstetrícia da Unicamp, Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez e Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo.

Obstetrícia para Elas

Objetivo:

A **Revista Obstetrícia para Elas** é um projeto idealizado com muito carinho, na tentativa de simplificar a ciência por trás das recomendações médicas, fazendo com que a gestante entenda, de forma simples, os grandes desafios apresentados na gestação.

Também tem o objetivo de trazer muito conteúdo sobre atualidades na gestação, novos conhecimentos sem medicina e, por que não?, desmistificar as “lendas” que rondam as gestantes.

Esta terceira edição da **Revista Obstetrícia para Elas** é dedicada exclusivamente às síndromes hipertensivas na gravidez. Esta importante condição é responsável pela morte de milhares de mulheres ao redor do mundo. Infelizmente, em nosso país, ela ainda persiste como a principal causa de morte materna e grande responsável pela prematuridade.

Muitos esforços são feitos para que ocorra redução dos óbitos por pré-eclâmpsia: protocolos atualizados, aulas em todos os eventos de Obstetrícia, cursos com atualizações periódicas para todos os profissionais de saúde...

No entanto, apesar dos esforços, a redução dos desfechos adversos ainda é pequena.

Entendemos que apenas com a maior conscientização por parte das pacientes sobre as síndromes hipertensivas alcançaremos um patamar aceitável de mudanças, reduzindo, de fato, a mortalidade materna.

O empoderamento feminino, com conhecimento amplo sobre a doença, impactará positivamente todos os envolvidos e, sem dúvida, poderemos nos alegrar em dizer que estamos vencendo esta luta.

Apresentação

A presente edição da Revista **Obstetria para Elas** é dedicada exclusivamente às síndromes hipertensivas na gravidez. Esta importante condição é responsável pela morte de milhares de mulheres ao redor do mundo. Infelizmente, em nosso país, ela ainda persiste como a principal causa de morte materna e grande responsável pela prematuridade.

Muitos esforços são feitos para que ocorra redução dos óbitos por pré-eclâmpsia: protocolos atualizados, aulas em todos os eventos de Obstetria, cursos com atualizações periódicas para todos os profissionais de saúde...

No entanto, apesar dos esforços, a redução dos desfechos adversos ainda é pequena.

Entendemos que apenas com a maior conscientização por parte das pacientes sobre as síndromes hipertensivas alcançaremos um patamar aceitável de mudanças, reduzindo, de fato, a mortalidade materna.

O empoderamento feminino, com conhecimento amplo sobre a doença, impactará positivamente todos os envolvidos e, sem dúvida, poderemos nos alegrar em dizer que estamos vencendo esta luta.

Esperamos que aproveitem esta edição, que foi construída especialmente para vocês.



Prof. Dr. Leandro Gustavo de Oliveira
Professor livre-docente da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo



Professor-Doutor José Carlos Peraçoli
Professor Titular da Faculdade de Medicina da UNESP
Presidente da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Presidente da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo



Doutor Henri Augusto Korkes
Professor assistente-doutor da Clínica Obstétrica da PUC-SP
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo

SUMÁRIO



10

Manejo da pressão alta durante a gestação

Dr. Alberto Zaconeta



6

O que é hipertensão?

Dr. Henri Augusto Korkes



12

Sinais de alerta para hipertensão na gestação

Dra. Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo



7

Métodos corretos para aferir a pressão arterial

Dr. Francisco Lázaro Pereira de Sousa



13

Com quantas semanas deve-se fazer o parto em mulheres com hipertensão?

Dr. Edson Vieira da Cunha Filho



8

Gestação e hipertensão arterial crônica: peculiaridades no pré-natal

Dr. Renato José Bauer



14

Escolha da via de parto para pacientes hipertensas

Dr. Edilberto Rocha



9

Risco de pré-eclâmpsia em hipertensas: prevenção e cuidados

Prof. Dr. Nelson Sass



15

Pré-eclâmpsia: implicações ao longo da vida

Dra. Maria Laura Costa do Nascimento



Dr. Henri Augusto Korkes

Editor-chefe da revista Obstetrícia para Elas
Doutor em Ciências pela EPM/Unifesp e pela Harvard Medical School
Professor assistente-doutor de Clínica Obstétrica da PUC-SP
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo
CRM 124830 | RQE 72918 | TEGO 164/2011

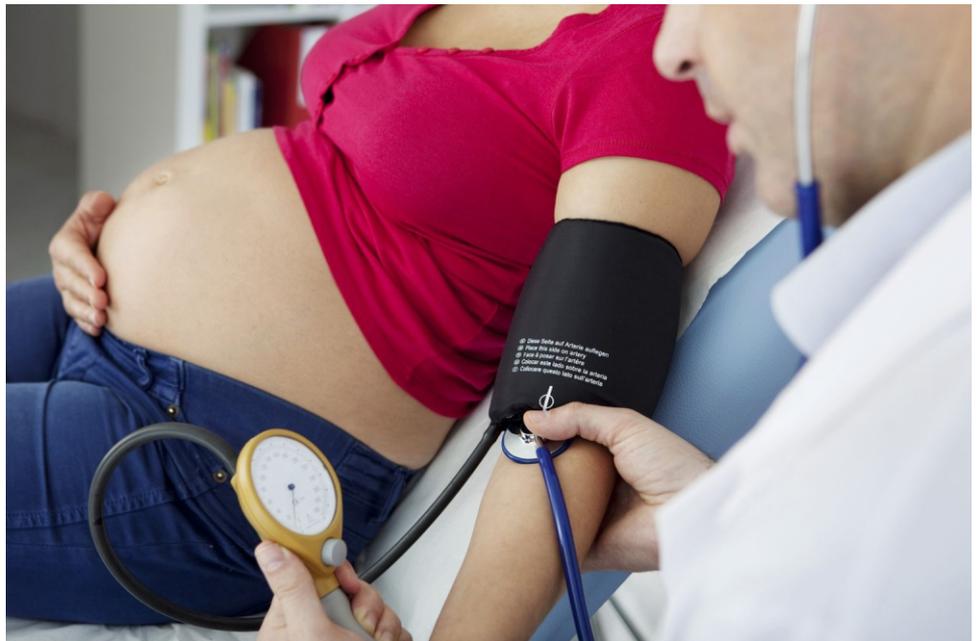
O que é hipertensão?

A hipertensão arterial é uma condição caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos, o que pode causar diversos problemas ao organismo. Em pessoas não gestantes, níveis pressóricos acima de 130x80 mmHg já são considerados elevados e potencialmente prejudiciais à saúde a longo prazo.

Durante a gestação, os níveis pressóricos considerados hipertensivos são acima de 140x90 mmHg. Diante dessa alteração, é necessário classificar a gestante em uma das quatro categorias de hipertensão específicas para o período gestacional:

- **Hipertensão gestacional:** caracteriza-se pelo aumento da pressão arterial após a 20ª semana de gravidez.
- **Pré-eclâmpsia:** também se manifesta após a 20ª semana, mas, diferentemente da hipertensão gestacional, inclui lesões em órgãos vitais, como fígado e rins, além de alterações no sistema de coagulação.
- **Hipertensão arterial crônica:** ocorre em pacientes que já possuíam hipertensão antes da gestação ou que apresentam níveis pressóricos elevados (são acima de 140x90 mmHg) antes da 20ª semana.
- **Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica:** nesta situação, pacientes com hipertensão crônica experienciam uma piora da pressão arterial juntamente a alterações típicas de pré-eclâmpsia.

É importante salientar que, diante destes quadros de aumento da pressão, o controle pressórico seja mantido com medicações anti-hipertensivas para assegurar que os níveis permaneçam abaixo de 140x90 mmHg na maior parte do tempo.



Além disso, esses diagnósticos exigem uma completa adaptação do acompanhamento pré-natal para evitar complicações relacionadas aos transtornos hipertensivos ou para garantir que, caso ocorram, sejam prontamente identificados e tratados adequadamente para minimizar os problemas.





Dr. Francisco Lázaro Pereira de Sousa

Mestre e Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)
Pesquisa de Doutorado na Universidade de Friedrich-Schiller, em Jena (Alemanha)
Professor do Departamento de Tocoginecologia do Centro Universitário Lusíada, em Santos (SP)
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo

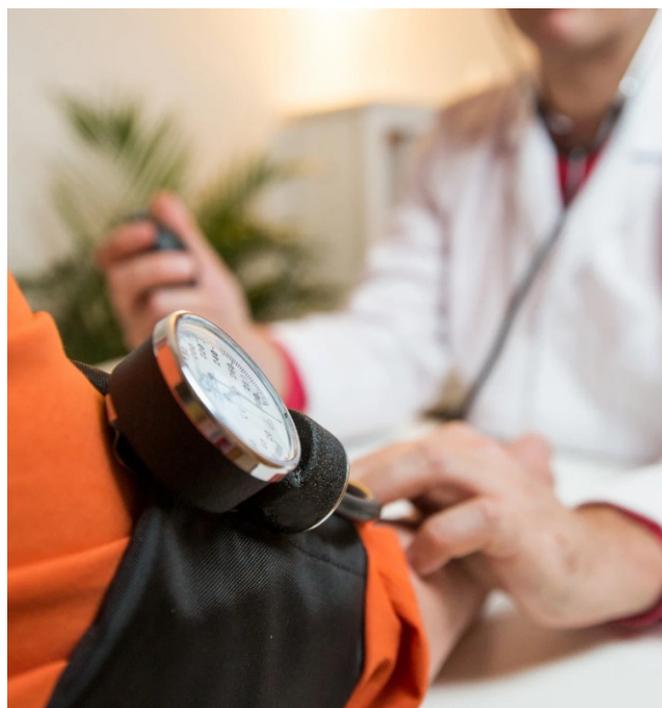
Métodos corretos para aferir a pressão arterial

A técnica correta de aferição da pressão arterial é um dos elementos mais importantes para a detecção em tempo oportuno da hipertensão durante a gravidez, permitindo que você participe ativamente do cuidado com sua saúde.

É possível que o profissional de saúde que a acompanha solicite que você monitore sua pressão ou, então, que você mesma tenha interesse em fazê-lo. A medição pode ser realizada por outra pessoa ou por autoaferição. Para garantir a obtenção de valores confiáveis, alguns cuidados são fundamentais e estão descritos abaixo:

- É essencial que você esteja sentada. Embora não seja obrigatório estar deitada de lado, essa posição pode ser sugerida se sua pressão estiver elevada.
- Esteja com a bexiga vazia. Urine antes do exame, se necessário.
- Geralmente, a pressão deve ser aferida no braço direito, que deve estar elevado à altura do coração, sem roupas que o apertem, e com o cotovelo levemente fletido.
- Mantenha as pernas descruzadas.
- Esteja calma. Evite exercícios físicos por pelo menos 60 a 90 minutos antes da medição.
- Não ingira bebidas alcoólicas, tabaco (que é contraindicado na gravidez) ou café pelo menos 30 minutos antes da medição.
- Caso seja necessário realizar uma nova aferição, aguarde de 1 a 2 minutos antes de proceder.

As medições feitas por aparelhos eletrônicos devem seguir as orientações acima. Idealmente, esses aparelhos devem ser validados para uso em gestantes. Se for



adquirir um instrumento, verifique se ele é adequado para gestantes, preferindo aqueles com manguito que se instala no braço, e não no pulso.

Valores pressóricos de 140/90 mmHg indicam um estado hipertensivo, enquanto medidas de 160/110 mmHg ou mais exigem que você busque atendimento imediato, mesmo na ausência de sintomas. A frequência das aferições deve ser discutida durante seu pré-natal. Mulheres com maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia podem se beneficiar de medições mais frequentes entre as semanas 28 e 32 da gestação.

Manter-se informada sobre sua pressão arterial a cada consulta permite a adoção de condutas apropriadas se ocorrerem anormalidades, o que é fundamental para o seu bem-estar e o do seu bebê.





Dr. Renato José Bauer

Mestre em Ciências pela Unesp
Professor de Obstetrícia da PUC-SP
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Ginecologista e obstetra
CRM 156355 | RQE 99339

Gestação e hipertensão arterial crônica: peculiaridades no pré-natal

O aconselhamento ou consulta pré-natal, que envolve o planejamento para engravidar, é idealmente recomendado para todas as pacientes, mas é especialmente importante para aquelas com condições crônicas, como hipertensão arterial.

Nesta visita inicial, o obstetra avaliará as medicações em uso pela paciente. Muitos medicamentos comumente usados para tratar hipertensão são contraindicados durante a gestação e devem ser substituídos antes da concepção para otimizar o controle da pressão arterial. Também serão discutidas adaptações no estilo de vida, como uma dieta adequada e o estímulo à atividade física.

Uma vez que a gravidez esteja confirmada, o acompanhamento pré-natal deve considerar algumas peculiaridades para reduzir riscos. Para pacientes hipertensas, podem ser necessários exames adicionais no início do pré-natal para investigar possíveis lesões vasculares, como alterações renais, retinianas e até cardíacas.

É sabido que pacientes com hipertensão crônica possuem maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia. Portanto, é recomendado o uso preventivo diário de ácido acetilsalicílico (AAS) e carbonato de cálcio.

O controle da pressão arterial pode variar ao longo da gravidez. Idealmente, deve-se realizar o monitoramento domiciliar da pressão arterial para melhor ajuste das medicações e minimização dos riscos ao binômio mãe-feto.

As consultas do pré-natal, principalmente no último trimestre, serão mais frequentes devido ao alto risco associado à gestação. Neste período, é indicado um maior número

de exames para avaliar o bem-estar fetal, como o ultrassom com Doppler e a cardiocografia anteparto.

A idade gestacional para o parto varia de acordo com o tipo de hipertensão da paciente e as possíveis complicações desenvolvidas durante o pré-natal. No entanto, mesmo em casos considerados leves, a gestação não deve ultrapassar as 40 semanas. Em relação ao tipo de parto, a princípio, não há contraindicações para o parto vaginal.





Prof. Dr. Nelson Sass

Professor Titular do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Unifesp
Coordenador do Setor de Hipertensão Arterial, Nefropatias e Transplantes Renais do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Unifesp
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo

Risco de pré-eclâmpsia em hipertensas: prevenção e cuidados

Quando você pergunta se há risco de desenvolver pré-eclâmpsia, já está dando um passo importante ao abordar e prevenir essa condição. É essencial que esse assunto seja discutido, pois muitas mulheres nunca ouviram falar em pré-eclâmpsia e não são informadas sobre seus riscos.

A gravidez não é uma doença – muito pelo contrário! É uma fase incrível na vida das mulheres e de suas famílias. Por isso mesmo, as informações sobre sua saúde obtidas na primeira consulta pré-natal são essenciais para o acompanhamento adequado ao longo da gestação.

A incidência de pré-eclâmpsia pode variar entre diferentes países, mas estima-se que, no Brasil, cerca de 10 em cada 100 gestantes possam desenvolvê-la. Certos fatores de risco podem ser identificados mesmo antes da gravidez e, se adequadamente gerenciados, podem diminuir os riscos de ocorrência. A obesidade é um desses fatores evitáveis. Por isso, manter uma dieta saudável é fundamental, não apenas para prevenir a pré-eclâmpsia, mas também para outras condições de saúde, como o diabetes. Estima-se que mais da metade das mulheres brasileiras estejam obesas ou com sobrepeso. Esta questão impacta a saúde pública de forma geral.

Além da obesidade, outros fatores que aumentam o risco de pré-eclâmpsia incluem:

- Doenças crônicas, como diabetes mellitus ou problemas renais;
- Doenças autoimunes, como lúpus eritematoso;
- Hipertensão arterial crônica;
- Gestação múltipla (gêmeos) ou gestação resultante de técnicas de

reprodução assistida;

- Histórico familiar de pré-eclâmpsia (mãe ou irmã que tiveram a condição);
- Idade superior a 35 anos ou um intervalo de 10 anos ou mais em relação à gestação anterior;
- Ser primigesta (estar grávida pela primeira vez).

Para reduzir seus riscos, algumas intervenções podem ser adotadas durante a gestação:

- Tomar uma dose diária de 100 miligramas de aspirina (AAS) a partir das 12 semanas de gestação, preferencialmente antes de dormir, continuando até pelo menos 36 semanas.
- Assegurar uma ingestão adequada de cálcio no início da gestação, com doses diárias de pelo menos 1 g. Essa quantidade pode ser dividida em duas doses de 500 mg, tomadas com as refeições e acompanhadas de um copo de água. Se houver dificuldade em ingerir os comprimidos ou problemas de obstipação intestinal, o cálcio também pode ser obtido pelo consumo diário de 1 ou 2 copos de leite, iogurtes, queijo branco sem gordura, hortaliças escuras como couve e brócolis, e peixes como a sardinha.
- Desde que não haja contraindicações, manter atividade física regular (se possível, diariamente), através de caminhadas de, aproximadamente, uma hora, em locais adequados. Isso pode ajudar a reduzir a pressão arterial e trazer outros benefícios para a saúde.

Esperamos que estas informações sobre os riscos de pré-eclâmpsia contribuam para resultados positivos para você e sua família.





Dr. Alberto Zaconeta

Mestre e Doutor em Ciências da Saúde
Professor adjunto de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo

Manejo da pressão alta durante a gestação

A primeira e mais importante recomendação é não se automedicar. A elevação da pressão arterial durante a gestação pode indicar uma condição que afeta múltiplos órgãos, de forma que, para além do controle “da pressão”, é importante o entendimento e o controle “da situação”.

Portanto, ao identificar aumento da pressão, o melhor é procurar um serviço de saúde para ampliar a investigação.

Se, após ser avaliada, for identificado um quadro não urgente, você voltará para casa e poderá ser orientada a tomar comprimidos hipotensores, que são seguros e benéficos tanto para você como para o bebê.

O registro diário da pressão será fundamental para ajustar a dose do medicamento. Nesses casos, a sua dieta pode ser normal, sem restrição de sal.

Por outro lado, se a avaliação indicar um quadro urgente, é preferível permanecer na unidade de saúde e usar medicamentos injetáveis, pois têm ação mais rápida e potente.

Entre as medicações de escolha, estão o metildopa e a nifedipina, sempre passados pela equipe médica que a acompanha.



O que é **PRÉ-ECLÂMPSIA**?

A PRÉ-ECLÂMPSIA É UMA COMPLICAÇÃO GRAVE DA GRAVIDEZ CARACTERIZADA PELO **AUMENTO REPENTINO DA PRESSÃO ARTERIAL**. ELA PODE PROVOCAR DANOS EM VÁRIOS ÓRGÃOS, INCLUINDO O FÍGADO, OS RINS E O CÉREBRO. É UMA DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE MATERNA E FETAL.

GERALMENTE, OCORRE **APÓS A 20ª SEMANA DE GESTAÇÃO**. SEU DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOSES SÃO ESSENCIAIS PARA EVITAR COMPLICAÇÕES GRAVES.

DIANTE DOS SINTOMAS SUGESTIVOS, BUSQUE ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATAMENTE.

HIPERTENSÃO ARTERIAL, COM VALORES ACIMA DE 14 POR 9 (140 X 90 MMHG)



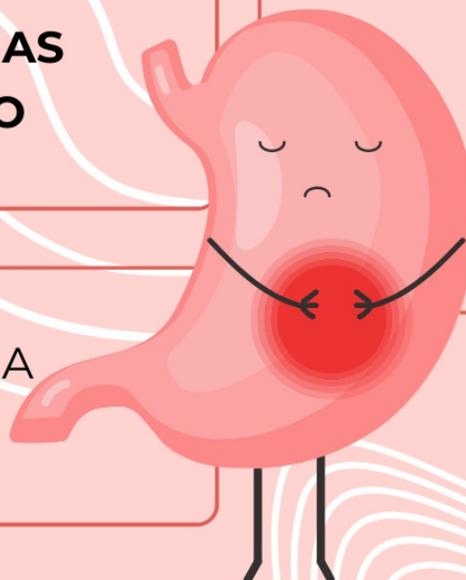
GANHO EXPRESSIVO DE PESO (MAIS DE 1 KG POR SEMANA)

DISTÚRBIOS VISUAIS (PONTINHOS BRILHANTES OU VISÃO BORRADA)

DORES PERSISTENTES DE CABEÇA

INCHAÇO/EDEMA NAS MÃOS E NO ROSTO

DORES ABDOMINAIS (NA BOCA DO ESTÔMAGO)





Dra. Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo

Professora Titular do Departamento de Tocoginecologia da UFRN

Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez

Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo

Quais são os sinais de alerta em situações de hipertensão?



A hipertensão na gravidez pode se desenvolver de várias formas, sendo a pré-eclâmpsia a mais comum. Esta condição pode evoluir rapidamente para uma forma grave. Portanto, você deve conhecer, conversar e esclarecer suas dúvidas durante as consultas de pré-natal; seguir as orientações cuidadosamente e relatar quaisquer sintomas diferentes que aparecerem. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado das intercorrências contribuem para que tudo transcorra bem.

Durante a gravidez, além da hipertensão, podem acontecer problemas como a diminuição do líquido amniótico e no crescimento fetal, resultando em um bebê menor do que o esperado para a idade gestacional. Em casos graves da doença, a mulher pode sofrer lesões no fígado, rins, cérebro e até convulsionar.

Se houver alerta sobre a possibilidade de desenvolver hipertensão durante a gravidez, ou se você já for hipertensa, esteja atenta às orientações do pré-natal para controlar seu quadro e aos sinais que você deve monitorar.

Lembre-se de que a situação pode parecer

normal e, de repente, haver uma piora do quadro clínico. Diante de quaisquer dos seguintes sintomas, isolados ou em conjunto, **avise e procure um serviço de urgência imediatamente**:

- Alteração do controle da pressão arterial (em casa ou no posto de saúde) para valores acima de 140 x 90 mmHg.
- Inchaço nas mãos, face e pés e ganho de peso exagerado.
- Dor de cabeça intensa, que não melhora com repouso.
- Náuseas e vômitos.
- Dor na região do estômago ou do lado direito do abdome, logo abaixo das costelas.
- Visão borrada, visão dupla ou pontos luminosos piscando.
- Dificuldade para respirar.
- Endurecimento e dor abdominal.
- Sangramento vaginal.

Esperamos que estas informações sejam úteis neste momento tão importante da vida familiar e que contribuam para o diagnóstico precoce das intercorrências na gravidez, permitindo um atendimento rápido e uma gestação o mais tranquila possível.





Dr. Edson Vieira da Cunha Filho

Mestre e Doutor pela PUC-RS, com pós doutorado pela USP-RP
Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital Moinhos de Vento
Coordenador do Fellowship de Gestação de Alto Risco do Hospital Moinhos de Vento
Diretor científico da SOGIRGS
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo

Com quantas semanas deve-se fazer o parto em mulheres com hipertensão?

A pesar dos avanços na medicina obstétrica, a hipertensão durante a gesta o permanece como uma das três maiores causas de mortalidade materna em todo o mundo e a principal no Brasil. Além disso, é uma causa importante de complica es associadas tanto para a mãe quanto para o bebê.

Simplificando, a hipertensão pode ser pré-existente   gesta o (hipertensão crônica) ou desenvolver-se durante a gravidez, manifestando-se de duas formas bem definidas: pr -eclâmpsia e hipertensão gestacional. A pr -eclâmpsia, muitas vezes, pode ocorrer em conjunto com hipertensão crônica já estabelecida. A falta de reconhecimento dos sinais de alerta para o surgimento ou agravamento dessas condi es pode resultar em consequências devastadoras para ambos – mãe e bebê.

O momento do parto em pacientes com esses distúrbios hipertensivos está intimamente relacionado com o tipo de distúrbio e sua gravidade. De modo geral, pacientes com hipertensão crônica ou hipertensão gestacional, sem outras doenças associadas em órgãos decorrentes da hipertensão e com pressão arterial estável e controlada, podem aguardar o termo da gesta o (a partir das 37 semanas). A partir desse ponto, o momento ideal para o parto deve ser personalizado, não se recomendando ultrapassar 40 semanas, e considerando variáveis maternas e fetais, sempre avaliando os riscos entre as complica es da prematuridade e os riscos associados



À hipertensão.

Em pacientes com pr -eclâmpsia, almeja-se atingir as 37 semanas, momento em que se indica o nascimento. No entanto, a pr -eclâmpsia pode apresentar um comportamento bastante instável e agressivo, com riscos iminentes tanto maternos quanto fetais. Por isso, diante de certos sinais de gravidez, o parto pode ser necessário a qualquer momento, independentemente da idade gestacional, o que, em alguns casos, pode levar a elevadas taxas de prematuridade extrema.





Dr. Edilberto Rocha

Mestre em Neurociências pela UFPE e Doutor em Ciências da Saúde pela Unicamp
Professor adjunto de Obstetrícia da UFPE
Coordenador da Linha Materno-Infantil do Hospital Santa Joana Recife
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo

Escolha da via de parto para pacientes hipertensas



Para gestantes hipertensas, a escolha do tipo de parto é uma decisão crucial, que requer orientação médica especializada e cuidados específicos. A hipertensão durante a gravidez, seja pré-existente ou desenvolvida durante a gestação, pode influenciar o plano de parto.

Na maioria dos casos, gestantes hipertensas podem optar por um parto vaginal, desde que a condição esteja sob controle e não represente riscos significativos para a mãe e o bebê. No entanto, é fundamental que o parto seja realizado sob monitoramento rigoroso da pressão arterial, frequência cardíaca fetal e outros sinais vitais, para garantir a segurança de ambos.

Como comumente nesses casos se faz necessário que o parto ocorra antes da data provável do nascimento para se evitar

complicações relacionadas à hipertensão, pode ser necessária a realização do preparo do colo para indução do trabalho de parto. A decisão de induzir o parto depende da gravidade da hipertensão, da saúde da mãe e do bebê, bem como de outros fatores médicos.

Em emergências, como pré-eclâmpsia com gravidade ou eclâmpsia (ocorrência de convulsão) ou quando as condições maternas ou fetais não são tranquilizadoras, o parto por cesariana pode ser a opção mais segura para proteger a saúde da mãe e do bebê. Esse tipo de parto pode ser recomendado, por exemplo, se a hipertensão não responder ao tratamento ou se houver sinais de sofrimento fetal.

O tipo de parto para gestantes hipertensas, portanto, depende de vários fatores, incluindo a gravidade da hipertensão, a saúde da mãe e do bebê e dos exames laboratoriais e de imagem. O acompanhamento médico adequado, o planejamento cuidadoso do parto e o monitoramento rigoroso no momento do parto são essenciais para garantir a segurança e o bem-estar de todos os envolvidos.





Dra. Maria Laura Costa do Nascimento

Professora associada do Departamento de Obstetria da Unicamp
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo

Pré-eclâmpsia: implicações ao longo da vida

“Tive pré-eclâmpsia; devo me preocupar ao longo da vida?”. A resposta mais simples e verdadeira para essa pergunta é SIM! É preciso estar ciente de que ter passado por pré-eclâmpsia é um fator de risco para futuras complicações, tanto para uma possível recorrência em uma próxima gravidez quanto para o desenvolvimento de hipertensão crônica ou doenças cardiovasculares ao longo da vida.

Mas, na vida, tudo tem seu lado positivo. A gestação pode ser vista como uma janela de oportunidade para identificar condições de saúde que, talvez, não tenham sido avaliadas anteriormente. Afinal, quantas mulheres jovens realizam acompanhamento médico regular? E quantos especialistas, incluindo ginecologistas, fazem um exame físico completo, que incluía a aferição da pressão arterial?

Portanto, esta pode ser uma oportunidade para adotar mudanças de estilo de vida benéficas, como melhorar a dieta, aumentar a atividade física, parar de fumar e monitorar a pressão arterial regularmente, por exemplo.

Agora, vamos aos detalhes importantes: como foi a sua experiência com pré-eclâmpsia? Foi grave? Você precisou de UTI ou de tratamento com sulfato de magnésio, que causa sensação de calor intenso e dura cerca de 24 horas? Sua pré-eclâmpsia ocorreu antes das 34 semanas de gestação?

Se você respondeu sim a qualquer uma dessas perguntas, é essencial ficar mais ATENTA ao acompanhamento pós-parto, realizando exames laboratoriais periódicos (como função renal, proteinúria, perfil lipídico e glicemia) e mantendo um acompanhamento médico contínuo.



Isso significa que você não poderá engravidar novamente ou que, necessariamente, terá pré-eclâmpsia em uma futura gravidez? NÃO. Mas existe um risco de recorrência, que a literatura indica ser de cerca de 20% em gestações subsequentes.

O ideal é conversar com seu médico e programar o melhor momento para uma nova gravidez (enquanto isso, utilize um método contraceptivo seguro). Em uma futura gravidez, é aconselhável tomar medidas preventivas contra pré-eclâmpsia, como o uso de aspirina (AAS), cálcio e a adoção de hábitos de vida saudáveis, incluindo atividade física regular e controle adequado do ganho de peso. Além disso, é fundamental seguir um pré-natal rigoroso para garantir a segurança tanto da mãe quanto do bebê.



JUNTOS NO COMBATE À MORTALIDADE MATERNA

