

OBSTETRÍCIA

Para elas

Editores-chefes:

Henri Augusto Korkes, Md PhD

Eduardo Cordioli, Md PhD

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

Volume 2 - Número 2 - Fevereiro/2025

EDIÇÃO ESPECIAL

PRÉ-ECLÂMPSIA

APOIO:

- Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo
- Sogesp





Obstetrícia Para Elas

Volume 2 - Número 2 - Fevereiro/2025

Equipe editorial

Editores-chefes:

- Henri Augusto Korkes | Tel.: 55 15 99848-1311 ou henrikorkes@gmail.com

- Eduardo Cordioli

Revisão

Henri Augusto Korkes

Projeto gráfico

SZS – CNPJ 12.111.157/0001-73

Sumário

- **Apresentação:** *Dr. Henri Korkes e Dr. Eduardo Cordioli - Pág. 3*
- **Palavra dos Presidentes da CNE, RBEHG e Sogesp** - *Págs. 6, 7 e 8*
- **“O que é hipertensão? O que é pré-eclâmpsia?”**
Dr. Henri Augusto Korkes - Pág. 9
- **“Técnica para medir a pressão?”**
Dr. Francisco Lázaro Pereira de Sousa – Pág. 10
- **“Tenho hipertensão arterial crônica, quais as peculiaridades durante o pré-natal?”**
Dr. Renato José Bauer – Pág. 11
- **“Será que sou de risco para ter pré-eclâmpsia? Como prevenir?”**
Prof. Dr. Nelson Sass – Pág. 12
- **“Como controlar minha pressão arterial se ela subir?”**
Dr. Carlos Alberto Zaconeta - Pág. 13
- **“Quais são os sinais de alerta em situações de hipertensão?”**
Dra. Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo - Pág. 14
- **“Se eu desenvolver pré-eclâmpsia, como será meu seguimento?”**
Dr. Renato Bauer / Dr. Henri Augusto Korkes - Pág. 15
- **“Com quantas semanas fazemos o parto em mulheres com hipertensão?”**
Dr. Edson Vieira da Cunha Filho - Pág. 16
- **“Pré-eclâmpsia antes e após 34 semanas, doenças iguais? Após 34 semanas melhor fazer o parto ou aguardar até 37 semanas?”**
Dr. Guilherme Nicolau Camara / Dr. Henri Augusto Korkes - Págs. 17 e 18
- **“O que são marcadores bioquímicos para pré-eclâmpsia e como eles nos ajudam?”**
Prof. Dr. Leandro Gustavo de Oliveira / Dr. Henri Augusto Korkes - Pág. 19
- **“Qual a melhor via de parto em pacientes com hipertensão?”**
Dr. Edilberto Rocha - Pág. 20
- **“Tive pré-eclâmpsia, devo me preocupar ao longo da minha vida e em futura gravidez?”**
Profa. Dra. Maria Laura Costa do Nascimento - Pág. 21
- **“Principais orientações para mulheres que tiveram pré-eclâmpsia”**
Profa. Dra. Vera Theresinha Medeiros Borges - Pág. 22
- **“Você já ouviu falar em Sulfato de Magnésio? Aprenda sobre uma das medicações mais importantes na gestação para evitar mortes maternas por pré-eclâmpsia”**
Dr. Henri Augusto Korkes e Dr. José Paulo de Siqueira Guida - Pág. 23
- **“Como os serviços de saúde devem se preparar para reduzir complicações relacionadas com a pré-eclâmpsia?”**
Prof. Dr. Sérgio Hofmeister Martins-Costa - Págs. 24 e 25

APRESENTAÇÃO

Dr. Henri Korkes e Dr. Eduardo Cordioli



A presente edição da revista **Obstetrícia para Elas** é dedicada exclusivamente às síndromes hipertensivas na gravidez, especialmente a PRÉ-ECLÂMPSIA. Esta importante condição é responsável pela morte de milhares de mulheres ao redor do mundo e, infelizmente, em nosso país, é a maior causa de morte materna e grande responsável pela prematuridade e óbito de bebês.

Na assistência obstétrica em geral, vemos um desconhecimento muito grande sobre as doenças por parte das pacientes, o que acaba por atrasar a procura por atendimento, piorando o quadro e reduzindo as chances de um desfecho adequado. Também verificamos na prática muitas informações inadequadas sobre diversas doenças, com soluções milagrosas para diagnóstico e tratamento, feitas por profissionais desinformados cientificamente, o que implica novamente em problemas.

Entendemos que uma maior conscientização das pacientes sobre os diversos assuntos obstétricos ajude a reverter este trágico quadro, reduzindo de fato os problemas. O empoderamento das pacientes, com conhecimento amplo sobre as doenças, é uma estratégia barata e segura que poderá ajudar a evitar muitos problemas futuros.

Esta edição da revista é fruto da união de muitos professores que dedicam suas vidas para promover a redução da morte materna em nosso país. São profissionais de diversas universidades do país que, juntamente à RBEHG e à CNE-Hipertensão da Febrasgo, trazem o conhecimento atualizado para as pacientes do nosso país.



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 em medicina e, por que não?, desmistificar as “lendas” que rondam as gestantes.

Entendemos que apenas com a maior conscientização por parte das pacientes sobre todo o contexto que envolve a gestação, a mortalidade materna será reduzida no Brasil.

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

EDITORES-CHEFES



DR. HENRI AUGUSTO KORKES

- Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- PhD pela Harvard Medical School – PhD Program/Sandwich
- Coordenador Acadêmico da Obstetrícia e Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da

FCMS/PUC-SP

- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo
- Presidente da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira
- Professor de pós-graduação do Grupo Santa Joana – SP
- CRM 124803 – RQE 72918



DR. EDUARDO CORDIOLI

- Mestre em Ciências pelo Departamento de Obstetrícia da Unifesp
- Doutor em Medicina pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
- MBA Executivo pelo Insper
- Fundador, ex-presidente e atual

membro do Conselho da Saúde Digital Brasil

- Ex-presidente e atual membro da Comissão Nacional de Urgências Obstétricas da Febrasgo
- Diretor técnico de Obstetrícia do Grupo Santa Joana

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A revista **Obstetrícia para Elas** possui como público-alvo pacientes gestantes ou que pretendem engravidar, bem como profissionais de saúde que procuram informações de qualidade sobre assuntos obstétricos.

Os artigos são selecionados previamente pelos editores, com sugestões de assuntos obstétricos relevantes para as pacientes. Os assuntos são selecionados com base nas demandas vivenciadas na prática clínica profissional ou por sugestão direta das pacientes.

Os autores são convidados pelos editores para escrever determinado artigo, com instruções sobre sua produção. São elas:

- **Formato:** Texto claro e didático, escrito com linguagem de fácil entendimento para as pacientes. Letra Times New Roman, tamanho 12, com espaçamento simples, entre 200 e 400 palavras.
- **Referências:** Não há necessidade de referências, exceto se o autor achar imprescindível. Os textos correspondem a explicações sobre determinadas patologias ou recomendações, com linguagem leiga.
- **Prazo:** Os autores possuem um prazo de 30 dias para a entrega dos originais.
- **Submissão:** Realizada por e-mail aos editores.

Os textos são avaliados pelos editores-chefes e submetidos a possíveis correções menores. Em caso de necessidade de correções maiores, os textos são devolvidos ao autor.

Contato com o editor:
Prof. Dr. Henri A. Korkes,
Tel.: 55 15 99848-1311
henrikorkes@gmail.com

Direitos autorais: São doados pelos autores à revista, por meio de consentimento prévio.

EXPEDIENTE

Obstetrícia para Elas

- **Periodicidade:** mensal.
- **Responsável pela publicação:** SZS Comunicação | CNPJ 12.111.157/0001-73 | Rua Inez de Souza Rodrigues, 99, Sorocaba-SP | CEP 18046-180 | Tel. 15 3202-3515.
- **Jornalista responsável:** Sérgio Said | Mtb 36.000.

ACESSE AS EDIÇÕES ANTERIORES:



<https://linktr.ee/drhenrikorkes>

AUTORES DESTA EDIÇÃO

DR. ALBERTO CARLOS MORENO 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 da Febrasgo

DRA. ANA CRISTINA PINHEIRO FERNANDES DE ARAÚJO

- Profa. titular do Departamento de Tocoginecologia da UFRN
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo

DR. EDILBERTO ROCHA

- Mestre em Neurociências (UFPE) e Doutor em Ciências da Saúde (UNICAMP)
- Professor Adjunto de Obstetrícia da Universidade Federal de Pernambuco
- 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 Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

DR. EDSON VIEIRA DA CUNHA FILHO

- Mestrado e Doutorado (PUCRS) e Pós-Doutorado (USP-RP)
- Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Moinhos de Vento
- Coordenador do Fellowship de Gestaçao 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 Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

DR. FRANCISCO LÁZARO PEREIRA DE SOUSA

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

DR. GUILHERME NICOLAUCAMARA

- Ginecologista e Obstetra
- Mestre em Ciências pela Unesp
- Doutorando pela Escola Paulista de Medicina – EPM/Unifesp
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Preceptor Médico na Universidade Anhembi Morumbi
- Preceptor Médico na Universidade Mogi das Cruzes
- Supervisor Médico da Residência em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva

DR. HENRI AUGUSTO KORKES

- CRM 124803 – RQE 72918
- Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- PhD pela Harvard Medical School – *PhD Program/Sandwich*
- Coordenador Acadêmico da Obstetrícia e Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da FCMS/ PUC-SP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo
- Presidente da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira
- Professor de pós-graduação do Grupo Santa Joana – SP

DR. JOSÉ PAULO DE SIQUEIRA GUIDA

- CRM 156162 – RQE 61078
- Médico Obstetra, Mestre e Doutor em Ciências da Saúde pela Unicamp
- Professor do Departamento de Tocoginecologia da Unicamp
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gestaçao
- Membro da Comissão Nacional Especializada de Violência contra a Mulher da FEBRASGO

DR. LEANDRO GUSTAVO DE OLIVEIRA

- Professor Livre-docente da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.
- Obstetra Senior e Professor de pós-graduação do Grupo Santa Joana – SP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo

PROF^a. DRA. MARIA LAURA COSTA DO NASCIMENTO

- Professora Associada do Departamento de Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

PROF. DR. NELSON SASS

- Professor Titular do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- Coordenador do setor de hipertensão arterial, nefropatias e transplantes renais do Departamento de Obstetrícia, Escola Paulista de Medicina (UNIFESP).
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo

DR. RENATO JOSÉ BAUER

- Ginecologista e Obstetra CRM 156.355 | RQE 99339
- Mestre em Ciências pela Unesp
- Professor de Obstetrícia da PUC-SP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Diretor Científico da Sogesp Sorocaba e

PROF. DR. SÉRGIO HOFMEISTER MARTINS-COSTA

- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.
- Professor Titular de Ginecologia e Obstetrícia da Fac de Medicina da UFRGS
- Membro Titular da Academia Sul-riograndense de Medicina

PROF^a. DRA. VERA THEREZINHA MEDEIROS BORGES

- Professora Titular da Faculdade de Medicina do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada de Gestaçao de Alto Risco da Febrasgo

PALAVRA DOS PRESIDENTES (RBEHG / CNE-FEBRASGO / SOGESP)



PROF. DR. JOSÉ GERALDO LOPES RAMOS

- Presidente da RBEHG
- Professor Titular de Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS
- Membro da CNE-Hipertensão da Febrasgo
- Membro Fundador da RBEHG

RBEHG



Prezados,

A cada dia, mais de 800 mulheres morrem por complicações relacionadas à gestação e ao nascimento. Isto é uma mulher a cada 2 minutos. A grande maioria destas mortes é evitável com medidas de prevenção, educação e tratamento adequado. As síndromes hipertensivas figuram como a principal causa direta de morte materna no Brasil.

Em todo o mundo, indivíduos e organizações estão lutando contra todas as probabilidades para promover a saúde materna de algumas das pessoas mais marginalizadas do mundo. Somos a Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG) e gostaríamos que todos se unam neste grande desafio que é a melhoria da Saúde da Mulher em nosso país, principalmente atuando na redução de mortes maternas evitáveis em nosso meio. Em 2020, um grupo de profissionais médicos e pesquisadores de diversas universidades do Brasil se uniu para fazer a diferença. A RBEHG nasceu deste grande esforço conjunto e estamos, desde então, trabalhando arduamente junto às diversas regiões do país, com apoio dos ministérios da saúde e prefeituras.

Ações como esta são exemplos de como podemos fornecer informação adequada para educar, no intuito de prevenir esta doença que muito nos desafia. Aproveitem e divulguem esta importante informação.



PROF. DR. JOSÉ CARLOS PERACOLI

- Presidente da CNE- Hipertensão da Febrasgo
- Professor Titular de Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP
- Membro Fundador da RBEHG

FEBRASGO



A gestação é o momento da vida de um casal que se reveste de significado especial, pois com seu término vivenciará o significado do que é o amor por um filho, o único “amor incondicional”.

Para que essa gestação alcance seu objetivo, que é o nascimento de uma criança saudável, o organismo da mulher desenvolve transformações consideradas fisiológicas, normais, presentes na maioria das mulheres. Entretanto, em porcentagem considerável, essa situação se transforma em risco, para a mãe e para o filho, pois a gestante desenvolverá uma das formas de hipertensão da gravidez, chamada de pré-eclâmpsia, considerada no Brasil a principal causa de morte materna.

A “batalha” para se reduzir as altas taxas de morte materna por pré-eclâmpsia, implica em identificarmos, no início da gestação, as gestantes com risco de desenvolver essa doença. Uma vez identificadas devem ser submetidas a ações de prevenção da doença. Entretanto, ainda não se consegue essa prevenção em todas as gestantes, e assim, elas desenvolvem a doença. Portanto, para esse grupo de mulheres a “batalha” continua, por meio do conhecimento sobre o que é a pré-eclâmpsia, de realizar controle da pressão arterial, usar adequadamente os anti-hipertensivos e saber que manifestações de alguns sinais e sintomas significam que devem procurar um serviço de assistência médica.

O conhecimento das mulheres sobre o conteúdo desta edição especial da revista “Obstetrícia para Elas” é uma das ações que visam a redução dos casos de pré-eclâmpsia e de suas complicações, que terá como consequência a redução de mortes maternas por essa doença.

PALAVRA DOS PRESIDENTES (RBEHG / CNE-FEBRASGO / SOGESP)



DRA. MARIA RITA DE SOUZA MESQUITA

- Presidente da SOGESP – Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo - Gestão 2025-2027
- Membro Fundador da RBEHG
- Membro da CNE-Hipertensão da Febrasgo

SOGESP



SOGESP

ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA
E GINECOLOGIA DO ESTADO
DE SÃO PAULO

Altos índices de mortalidade materna e perinatal são descritos em todo o mundo, em especial nos países de baixa renda e em regiões carentes do ponto de vista socioeconômico.

As desordens hipertensivas gestacionais, juntamente com quadros de hemorragia e infecção formam a tríade responsável pela maioria dos óbitos maternos além das complicações perinatais diretamente relacionadas a prematuridade.

No Brasil destacamos que a pré-eclâmpsia, principal evento hipertensivo da gestação, ainda responde por grande parte destes desfechos que, certamente podem ser reduzidos através políticas e programas de saúde voltados para a melhoria do cuidado pré-natal com identificação dos fatores de risco, ações preventivas e medidas específicas para um parto e pós-parto seguros.

Neste contexto, enfatizamos o trabalho efetivo e pioneiro da Rede Brasileira de Estudo sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), que reúne há pelo menos 4 anos, especialistas e estudiosos empenhados em ações voltadas a melhoria da qualidade de assistência das mulheres durante a gestação, em particular, frente à elevação da pressão arterial e suas complicações.



DR. HENRI AUGUSTO KORKES

- CRM 124803 – RQE 72918
- Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- PhD pela Harvard Medical School – *PhD Program / Sandwich*
- Coordenador Acadêmico da Obstetrícia e Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da FCMS/ PUC-SP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo
- Presidente da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira
- Professor de pós-graduação do Grupo Santa Joana – SP

O QUE É HIPERTENSÃO ARTERIAL? O QUE É PRÉ-ECLÂMPسيا?

Hipertensão arterial é uma condição na qual os níveis pressóricos se elevam e podem causar problemas ao nosso organismo. Fora do período gestacional, ou seja, para qualquer pessoa, níveis pressóricos acima de 130x80 mmHg já são considerados não adequados, quando pensamos em problemas futuros para nossa saúde.

Na gestação, considera-se hipertensão quando temos níveis pressóricos acima de 140 ou 90 mmHg. Diante desta alteração, precisamos classificar a gestante em uma de quatro formas de hipertensão que existem na gravidez: 1- Hipertensão Gestacional: quando a pressão se eleva após a 20ª semana de gravidez; 2- Pré-eclâmpsia: quando após a 20ª semana de gravidez, a pressão se eleva porém, diferentemente da hipertensão gestacional, a pré-eclâmpsia apresenta como característica a lesão em órgãos como fígado, rins, sistema de coagulação, entre outros; 3- Hipertensão arterial crônica: quando as pacientes já possuem a hipertensão fora da gestação ou se, antes da 20ª semana, ocorre alteração nos níveis pressóricos acima de 140x90mmHg; 4- Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica: neste cenário, as pacientes com hipertensão arterial crônica, apresentam uma piora do quadro da pressão, após 20 semanas, e associam alterações típicas da pré-eclâmpsia.

Importante salientar que diante destes quadros de aumento da pressão, o controle pressórico deverá ser realizado com medicações anti-hipertensivas, com o intuito de manter os níveis abaixo de 140x90 mmHg pela maior parte do tempo. Também importante dizer que a partir destes diagnósticos, o seguimento pré-natal é totalmente modificado para se evitar problemas relacionados aos transtornos hipertensivos, ou se ocorrerem, que sejam prontamente diagnosticados e que possuam condutas apropriadas para minimizar os problemas.

A pré-eclâmpsia é uma intercorrência devastadora e maior responsável pela mortalidade materna em nosso país. É diagnosticada pela elevação da pressão arterial após 20 semanas (na grande maioria das vezes), além de lesão em órgãos-alvos, conhecidos como: critérios diagnósticos para pré-eclâmpsia (figura 1). Diante de uma paciente com quadro suspeito (elevação da pressão acima de 20 semanas associado a inchaço excessivo, principalmente em mãos e face, ganho de peso acima de 1 Kg por semana, presença de sintomas como dores de cabeça, dores abdominais ou alterações visuais, devemos sempre estar atentos para fazer seu diagnóstico).

DIAGNÓSTICO CLÁSSICO DA PRÉ-ECLÂMPسيا	
Hipertensão	PAS \geq 140 ou PAD \geq 90 mmHg, aferidas em duas ocasiões, com intervalo \geq 4 horas, após 20 semanas de gestação.
+	
Proteinúria	Relação proteinúria / creatinúria \geq 0,3 ou \geq 300 mg/24 horas ou \geq 2+ em fita.
DIAGNÓSTICO DE PRÉ-ECLÂMPسيا POR DISFUNÇÃO DE ÓRGÃO-ALVO	
Hipertensão	PAS \geq 140 ou PAD \geq 90 mmHg, aferidas em duas ocasiões, com intervalo \geq 4 horas, após 20 semanas de gestação.
+	
Comprometimento Hematológico	Contagem de plaquetas \leq 150.000/mm ³ , coagulação intravascular disseminada, hemólise.
Comprometimento Hepático	Aumento de transaminases TGO ou TGP \geq 40 UI/L, com ou sem epigastralgia ou dor no quadrante superior direito.
Comprometimento Renal	Elevação de creatinina sérica \geq 1,0 mg/dL.
Comprometimento Neurológico	Eclâmpsia, rebaixamento de nível de consciência (sineclâmpsia), cegueira, acidente vascular cerebral, clônus, cefaleia intensa ou escotomas visuais.
Edema Pulmonar	Dispnéia, sibilos e estertores crepitantes e sub-crepitantes, palidez, sudorese fria, cianose de extremidades, ansiedade, confusão mental, secreção pulmonar rosada...
Comprometimento Placentário	Disfunção placentária (descolamento prematuro, desequilíbrio angiogênico, restrição de crescimento fetal, alteração do Doppler da artéria umbilical ou óbito fetal).

Fonte: Adaptado de: Korkes HA, Ramos JGL, d e Oliveira LG, Sass N, Peraçoli JC, Cavalli RC, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta ACM, Freire CHE, Rocha Filho EAP, Costa ML. Pré-eclâmpsia-Protocolo 2025. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025.

PAS (pressão arterial sistólica), PAD (pressão arterial diastólica), TGO (transaminase oxalacética), TGP (transaminase glutâmica pirúvica).



DR. FRANCISCO LÁZARO PEREIRA DE SOUSA

- Mestre e Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, com estadia de pesquisa de Doutorado na Universidade de Friedrich-Schiller de Jena/Alemanha
- Professor do Departamento de Tocoginecologia do Centro Universitário Lusiada, Santos/SP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo

COMO AFERIR A PRESSÃO ARTERIAL

A correta técnica da aferição da pressão arterial é um dos elementos mais importantes para detectarmos em tempo oportuno a Hipertensão na gravidez! Este é um cuidado com a sua saúde que você pode participar ativamente. Pode ser que o (a) profissional de saúde que a atende solicite que possa providenciar estas medidas ou mesmo você possa ter interesse em monitorar estes valores. A medida da pressão pode ser feita por outra pessoa ou por você mesma (auto aferição). De maneira geral, alguns cuidados precisam ser garantidos para obtermos os valores mais confiáveis possíveis e estão descritos a seguir:

- é importante que você esteja sentada (não há obrigatoriedade que esteja deitada “de lado” para esta medida, mas você pode ser orientada a ficar lateralizada se a pressão estiver elevada);
- esteja com a bexiga vazia durante o exame, urine antes, se for necessário;
- as recomendações sugerem que seja aferido no braço direito, que deve estar elevado na altura do coração, livre de roupas e com o cotovelo levemente fletido;
- as pernas devem estar descruzadas;
- estar calma e não ter praticado exercícios a pelo menos 60 a 90 minutos antes da aferição;
- não ter ingerido bebida alcoólica ou fumado (que é contraindicado na gravidez), ou café pelo menos 30 minutos antes da medida;
- se precisar fazer nova aferição da pressão arterial, esperar 01 a 02 minutos antes de novas medidas.

As aferições realizadas por aparelhos eletrônicos devem seguir as orientações acima, e idealmente devem ser utilizados aparelhos validados para gestantes, se for adquirir algum instrumento indague sobre isto, tem se mostrado preferível se adotar aqueles cujo manguito se instala no braço e não no pulso.

Se estiver usando um dispositivo automático, afira a pressão arterial em dois momentos distintos do dia, realize duas medidas com o intervalo entre estas de pelo menos um a dois minutos, anote os valores e os apresente ao profissional de saúde que acompanha o seu pré-natal.

Os valores que significam estado hipertensivo é quando se identifica a medida de 140 ou 90 mmHg, sendo que medidas que alcançam 160 ou 110 mmHg indicam que você deve buscar atendimento imediato, mesmo na ausência de sintomas. A regularidade das aferições pode ser discutida no seu pré-natal. As mulheres de maior risco para desenvolverem pré-eclâmpsia, podem se beneficiar com medidas mais frequentes nas idades gestacionais entre 28 e 32 semanas.

O conhecimento sobre a sua pressão arterial a cada consulta possibilita que condutas sejam adotadas de maneira oportuna se ocorrerem anormalidades, o que é muito importante para o seu bem-estar e do seu bebê.

Fonte: Adaptado de: McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45(38):3912-4018.

Figura 1: Resumo da aferição **residencial** da pressão arterial.





DR. RENATO JOSÉ BAUER

- Ginecologista e Obstetra CRM 156.355 | RQE 99339
- Mestre em Ciências pela Unesp
- Professor de Obstetrícia da PUC-SP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Diretor Científico da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira

TENHO HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA, QUAIS AS PECULIARIDADES DURANTE O PRÉ-NATAL?

O aconselhamento ou consulta pré-natal, envolve o planejamento do casal em busca de engravidar e deveria ser realizado, idealmente por todas as pacientes, mas em especial para as que possuem alguma doença crônica como a hipertensão arterial.

Com essa visita, o obstetra avaliará as medicações em uso, pois muitos dos fármacos mais utilizados no tratamento da pressão alta são contraindicados na gestação e, de preferência, devem ser trocados antes da gestação, otimizando assim as doses para um controle pressórico adequado, além de possíveis adaptações no estilo de vida como dieta adequada e estímulo à atividade física.

Uma vez que a paciente tenha engravidado o acompanhamento pré-natal exige algumas peculiaridades a fim de reduzir riscos. Para essas pacientes, exames em busca de possíveis lesões vasculares como alterações renais, em retina e até mesmo cardíacas podem ser solicitados no início do pré-natal.

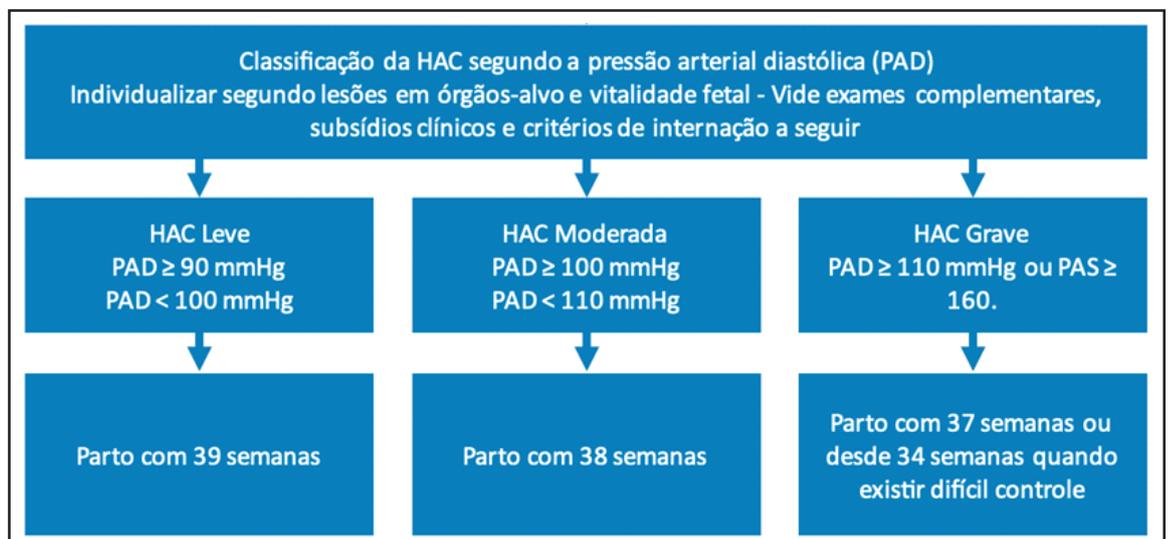
Sabemos que a paciente com hipertensão arterial crônica apresenta um maior risco de desenvolver a pré-eclâmpsia e, dessa maneira, indica-se a prevenção com o uso diário de ácido acetilsalicílico (AAS) e do cálcio.

O controle pressórico pode variar durante toda a gestação e, idealmente, o controle domiciliar deve ser realizado em busca de melhor ajuste das medicações e menores riscos ao binômio mãe/feto.

As consultas do pré-natal, principalmente no último trimestre, serão com maior frequência e, por ser considerada um gestação de alto risco, maior número de exames a fim de avaliar bem-estar fetal, como o ultrassom com Doppler e a cardiocografia anteparto estão indicados.

A idade gestacional do parto varia conforme o tipo de hipertensão que a paciente apresenta e possíveis complicações desenvolvidas durante o pré-natal (figura abaixo), em geral não devendo avançar além das 39 semanas. Em relação ao tipo de parto, a princípio, não há contraindicação para o parto vaginal.

Figura 1: Modelo de fluxograma assistencial, sugestões de condutas seguindo parâmetros como idade gestacional e expressão clínica da HAC.



Fonte: Adaptado de: Korke HA, Ramos JGL, d e Oliveira LG, Sass N, Peraçoli JC, Cavalli RC, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta ACM, Freire CHE, Rocha Filho EAP, Costa ML. Pré-eclâmpsia- Protocolo 2025. Rede Brasileira d e Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025



PROF. DR. NELSON SASS

- Professor Titular do Departamento de Obstetria da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
- Coordenador do setor de hipertensão arterial, nefropatias e transplantes renais do Departamento de Obstetria, Escola Paulista de Medicina (UNIFESP)
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo

SERÁ QUE SOU DE RISCO PARA TER PRÉ-ECLÂMPسيا? COMO PREVENIR?

antes da gestação e reduzir os seus riscos. Um fator evitável é a obesidade. Portanto, ter uma dieta saudável é fundamental, não só em relação a pré-eclâmpsia, mas para outras questões de saúde como por exemplo o diabetes. Estima-se que mais da metade das mulheres brasileiras estão obesas ou em sobrepeso e esta questão impacta a saúde pública de forma geral. Além da obesidade, outros fatores elevam o risco de pré-eclâmpsia (figura 1).

Se você se enquadra em “gestante com fator de risco para pré-eclâmpsia”, algumas intervenções na gestação podem reduzir os seus riscos:

Quando você faz essa pergunta, ou seja, se sou de risco para ter pré-eclâmpsia, você já está avançando por falar sobre isso e prevenir este problema. Informações iniciais parecem fundamentais, considerando que muitas mulheres nunca ouviram falar o que é pré-eclâmpsia e nem recebem informações sobre seus riscos. Gravidez não é doença, muito pelo contrário, é um momento incrível da vida das mulheres e suas famílias, porém, na primeira consulta do pré-natal, informações sobre você e sua saúde são fundamentais para o acompanhamento ao longo de sua travessia.

A presença da pré-eclâmpsia pode variar entre países, mas poderíamos estimar que no Brasil em cada 100 gestantes, cerca de 10 delas poderão desenvolver. Algumas situações podem ser identificadas mesmo

- 1- Tomar uma dose de aspirina (AAS) de 100 miligramas ao dia, a partir de 12 semanas de gestação, tomada antes de dormir e manter por pelo menos até 36 semanas.
- 2- Garantir a ingestão de Cálcio (Ca) logo no início da gestação, com doses diárias de pelo menos 1,0 grama. A dose diária pode ser obtida em duas doses de 500 mg junto com as refeições com um copo de água. Talvez você possa ter dificuldade de ingerir os tabletes ou obstipação intestinal. Assim, a quantidade de Ca também pode ser obtida ao longo de cada dia tomando 1 ou 2 copos de leite, iogurtes, queijo branco sem gorduras, hortaliças escuras como a couve e brócolis e peixes como a sardinha. Recentemente tivemos uma grande notícia para nosso sistema de saúde público. Foi publicada em diário oficial a nota técnica nº251/2024, que obriga a prescrição de cálcio à TODAS as gestantes em nosso país, devido a extrema baixa ingestão verificada em nosso país.
- 3- Desde que não tenham contraindicações, manter atividade física regular, se possível todos os dias, através de caminhadas de cerca de uma hora em locais adequados. Isso pode reduzir a hipertensão arterial e benefícios gerais para a saúde.

Esperamos que estas informações relativas aos riscos de pré-eclâmpsia possam resultar em desfechos felizes para você e suas famílias.

Figura 1: Fatores de risco para pré-eclâmpsia.

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: Korke HA, Ramos JGL, d e Oliveira LG, Sass N, Peraçoli JC, Cavalli RC, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta ACM, Freire CHE, Rocha Filho EAP, Costa ML. Pré-eclâmpsia- Protocolo 2025. Rede Brasileira d e Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG),2025.

COMO CONTROLAR MINHA PRESSÃO ARTERIAL SE ELA SUBIR?



DR. ALBERTO CARLOS MORENO 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 da Febrasgo

A primeira recomendação é que não se automedique! A elevação da pressão na gestação pode ser sinal de uma doença que afeta vários outros 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 (figura 1).

Figura 1: Anti-hipertensivos recomendados para uso na gestação.

Classe do agente	Agente	Posologia
Simpatolíticos de ação central, α_2 -agonistas	Metildopa Comprimidos de 250-500 mg	750mg a 2g/dia, 2 a 4x/dia
	Clonidina Comprimidos de 0,1-0,2 mg	0,2 a 0,6 mg/dia, 2 a 3x/dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino Retard Comprimidos de 10-20 mg	20 a 120 mg/dia, 1 a 3x/dia
	Anlodipino Comprimidos de 2,5-5-10 mg	5 a 20 mg/dia, 1 a 2x/dia
Vasodilatador periférico*	Hidralazina Drágeas de 25-50 mg	50 a 150 mg/dia, 2x/dia
Betabloqueadores *	Metoprolol Comprimidos de 25-50-100 mg	100 a 200 mg/dia, 1 a 2 x/dia
	Carvedilol Comprimidos de 6,25-12,5-25 mg	12,5 a 50 mg/dia 1 a 2 x/dia Recomenda-se iniciar com 12,5mg/ dia por dois dias e, a partir disso, aumentar a dose

Fonte: Adaptado de: Korke HA, Ramos JGL, de Oliveira LG, Sass N, Peraçoli JC, Cavalli RC, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta ACM, Freire CHE, Rocha Filho EAP, Costa ML. Pré-eclâmpsia-Protocolo 2025. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025.



DRA. ANA CRISTINA PINHEIRO FERNANDES DE ARAÚJO

- Profa. titular do Departamento de Tocoginecologia da UFRN
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo

QUAIS SÃO OS SINAIS DE ALERTA EM SITUAÇÕES DE HIPERTENSÃO?

A hipertensão na gravidez pode desenvolver-se de diversas formas, sendo a mais frequente chamada de pré-eclâmpsia, esta forma pode evoluir rapidamente para a forma grave. Portanto você deve conhecer, conversar e tirar as dúvidas durante as consultas de pré-natal, seguir as orientações atentamente e informar todos os sintomas diferentes que surgirem. O diagnóstico precoce e tratamento das intercorrências, faz com que tudo transcorra bem.

Na gravidez pode acontecer além da pressão alta, problemas na diminuição do líquido amniótico, e no crescimento do feto fazendo ele ser menor que os outros da mesma idade gravidez. Enquanto no corpo da mulher que desenvolve a forma grave da doença, pode haver lesão no fígado, rins, cérebro e até mesmo convulsionar.

Caso você seja alertada para a possibilidade de desenvolver hipertensão na gravidez, ou já seja hipertensa, fique atenta as orientações do pré-natal para controle do seu quadro, e os sinais que você precisa observar.

Lembre-se que pode transcorrer tudo “parecendo normal” e de repente haver uma piora do quadro clínico.

Diante destes sintomas isolados ou em conjunto, você deve **avisar e procurar serviço de urgência imediatamente**:

- alteração do controle da pressão arterial (em casa ou no posto saúde) para acima de 140 x 90mmHg,
- inchaço em mãos, face, e pés, ganho de peso exagerado,
- dor de cabeça forte que não passa com repouso, náuseas, vômitos,
- dor na altura do estômago ou do lado direito da barriga logo abaixo das costelas,
- visão borrada, visão dupla, pontinhos de luz piscando,
- falta de ar ou dificuldade para respirar,
- barriga ficar muito dura e doer,
- apresentar sangramento vaginal.

Esperamos que estas informações possam ajudar neste momento tão importante de vida para a família e auxiliar no diagnóstico precoce das intercorrências na gravidez, para conseguir um rápido atendimento e conseguir transcorrer a gravidez da melhor forma possível.

Você sabe o que é pré-eclâmpsia?

Uma doença grave,
que inicia após gestação de 20 semanas e pode apresentar
Diante de qualquer sinal ou sintoma sugestivo, SEMPRE procure atendimento médico.

- Pressão Alta**
"valores acima de 14 ou 9"
- Dores de cabeça**
- Ganho de peso**
"mais que 1Kg na semana"
- Inchaço / edema**
"em mãos e rosto"
- Alterações visuais**
"pontinhos brilhantes"
"visão borrada"
- Dores abdominais**
"na boca do estomago"

Fonte: Adaptado de: RBEHG, 2024.

SE EU DESENVOLVER PRÉ-ECLÂMPسيا, COMO SERÁ MEU SEGUIMENTO?



DR. RENATO JOSÉ BAUER

- Ginecologista e Obstetra CRM 156.355 | RQE 99339
- Mestre em Ciências pela Unesp
- Professor de Obstetria da PUC-SP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Diretor Científico da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira

Para responder esta pergunta precisamos ter em mente que a pré-eclâmpسيا é uma síndrome extremamente grave, sem tratamento e imprevisível. Ao realizar seu diagnóstico, não conseguimos ter certeza se a evolução vai ser tranquila, ou se em poucas horas vai piorar e evoluir para um quadro irreversível e possível óbito materno. Assim, ao diagnosticar ou suspeitar fortemente de pré-eclâmpسيا, em geral, solicitamos a internação da paciente.

Esta é uma pergunta frequente: **Por que preciso internar se eu tiver pré eclâmpسيا, afinal, não bastaria controlar a pressão arterial em casa?**

Infelizmente a pré eclâmpسيا é uma patologia complexa, em que um dos sinais é a elevação pressórica, porém essa é a ponta do iceberg. Por ser uma doença de caráter evolutivo, inflamatório e acometer diversos sistemas, o controle isolado da pressão arterial, apesar de importante, não interrompe e não garante sua estabilidade.

A pré eclâmpسيا pode acometer diversos órgãos como rim, fígado, sistema de coagulação sanguínea, sistema nervoso e mesmo a placenta de forma importante, mesmo sem grandes sintomas e com a pressão controlada. Dessa forma, a internação hospitalar se faz necessária para que se realize o controle clínico e laboratorial da gestante, além da avaliação do bem estar fetal, com exames como cardiotocografia e ultrassonografia.

Isso é extremamente necessário para conduzir de forma adequada e com maior segurança a saúde do binômio bebê/mãe.

Infelizmente o único tratamento eficaz comprovado até os dias de hoje, é a retirada da placenta, ou seja, o parto. Em gestações com bebês acima de 37 semanas (termo), é proibido que se mantenha a gestação, devido ao grande risco materno e pouco benefício ao bebê. No entanto, em gestações mais precoces (abaixo de 37 semanas e principalmente abaixo de 34 semanas), existe esta possibilidade, caso a condição materna permita e a paciente esteja nas mãos de uma equipe especializada.

Nos casos de gestantes com pré-eclâmpسيا, onde não foi indicado o parto naquele momento, muitas ações são realizadas. O controle com exames laboratoriais, como hemograma, creatinina, enzimas do fígado, entre outros são necessários, além de ultrassonografia com Doppler e cardiotocografia (a depender da idade gestacional). Uma ferramenta muito indicada nestes casos é a calculadora *Full Piers*, que nos ajuda a entender o percentual de risco de complicações graves em 48 horas, baseada nestes exames realizados e na condição clínica da paciente.

Em casos excepcionais, e diante da possibilidade de um seguimento ambulatorial especializado e com recursos disponíveis, é possível períodos de licença hospitalar e reavaliações frequentes.



DR. HENRI AUGUSTO KORKES

- CRM 124803 – RQE 72918
- Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- PhD pela Harvard Medical School – *PhD Program / Sandwich*
- Coordenador Acadêmico da Obstetria e Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da FCMS/PUC-SP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo
- Presidente da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira
- Professor de pós-graduação do Grupo Santa Joana – SP



DR. EDSON VIEIRA DA CUNHA FILHO

- Mestrado e Doutorado (PUCRS) e Pós-Doutorado (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
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

COM QUANTAS SEMANAS FAZEMOS O PARTO DE MULHERES COM HIPERTENSÃO?

A pesar dos avanços na medicina obstétrica, a hipertensão na gestação continua a se apresentar como uma das principais causas de mortalidade materna em todo o mundo, sendo a principal no Brasil, bem como uma importante causa de complicações associadas para a mãe e para o beb . O não reconhecimento de sinais de alerta para o surgimento ou agravamento dessas doenç as, pode levar a consequências devastadoras, tanto para a mãe quanto para o beb .

O momento do parto de pacientes com algum destes distúrbios hipertensivos está intimamente relacionado com qual distúrbio que está complicando sua gestação e com a gravidade dele. De uma forma geral, pacientes com Hipertensão Cr nica ou Hipertensão Gestacional, que não possuam complicações associadas em outros órgãos decorrentes da hipertensão e que a pressão arterial está estável e controlada, podem ter seu parto quando a gestação chegar a termo (a partir das 37 semanas). A partir da , o melhor momento então para o nascimento deve ser individualizado (não se recomendando ultrapassar 39 semanas), considerando variáveis maternas e fetais, sempre se contrabalançando os riscos entre as complicações da prematuridade e os riscos associados à hipertensão.

Em pacientes com Pr -eclâmpsia, almeja-se atingir as 37 semanas, sendo então indicado o nascimento. Entretanto, algumas vezes, a Pr -eclâmpsia apresenta um comportamento bastante instável e agressivo, possuindo riscos maternos e fetais iminentes. Por esse motivo, na presenç a de alguns sinais de gravidade (tanto maternos quanto fetais), o parto pode ser necessário a qualquer momento, independente da idade gestacional, associando-se, em alguns casos, com índices elevados de prematuridade extrema.



DR. GUILHERME NICOLAU CAMARA

- Ginecologista e Obstetra
- Mestre em Ciências pela Unesp
- Doutorando pela Escola Paulista de Medicina – EPM/Unifesp
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Preceptor Médico na Universidade Anhembi Morumbi
- Preceptor Médico na Universidade Mogi das Cruzes
- Supervisor Médico da Residência em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva



DR. HENRI AUGUSTO KORKES

- CRM 124803 – RQE 72918
- Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- PhD pela Harvard Medical School – *PhD Program / Sandwich*
- Coordenador Acadêmico da Obstetrícia e Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da FCMS/PUC-SP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo
- Presidente da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira
- Professor de pós-graduação do Grupo Santa Joana – SP

PRÉ-ECLÂMPسيا ANTES E APÓS 34 SEMANAS, DOENÇAS IGUAIS? APÓS 34 SEMANAS, MELHOR FAZER O PARTO OU AGUARDAR ATÉ 37 SEMANAS?

A pré-eclâmpsia é uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas) e pode se apresentar sob diversas formas (hipertensão com alterações nos rins, no fígado, no sistema de coagulação, na placenta, no crescimento fetal, no sistema nervoso, entre outros). Embora seja uma situação grave e muito estudada, até os dias de hoje não temos uma causa definida, ou seja, não entendemos exatamente por que ela acontece em algumas mulheres e em outras não, e porque se apresenta de formas distintas.

Apesar deste desconhecimento sobre a gênese exata da pré-eclâmpsia, a maioria dos estudiosos em pré-eclâmpsia, entende que a pré-eclâmpsia que ocorre antes de 34 semanas (precoce) seja uma “doença” diferente da pré-eclâmpsia após 34 semanas (tardia). Na primeira, com frequência vemos alterações placentárias mais rápidas e graves e consequentemente, levando a um maior risco de óbito para as gestantes e seus bebês.

Como já comentado nesta edição, a pré-eclâmpsia é extremamente grave e seu tratamento é iniciado com o parto. **O controle da pressão, embora necessário, não trata a pré-eclâmpsia**, mas sim auxilia a evitar outros problemas relacionados a sua elevação excessiva. Desta forma, o melhor momento para realizar o parto, ainda é um desafio entre os obstetras de todo o mundo. Se por um lado existe consenso que após 37 semanas todas as gestantes devem ser encaminhadas para o parto, e gestantes abaixo de 34 semanas, **se possível**, devem permanecer grávidas, para que consigamos uma qualificação fetal e um nascimento não tão prematuro, ainda existem muitas dúvidas sobre o que devemos fazer nas pacientes que possuem pré-eclâmpsia entre 34 e 37 semanas.

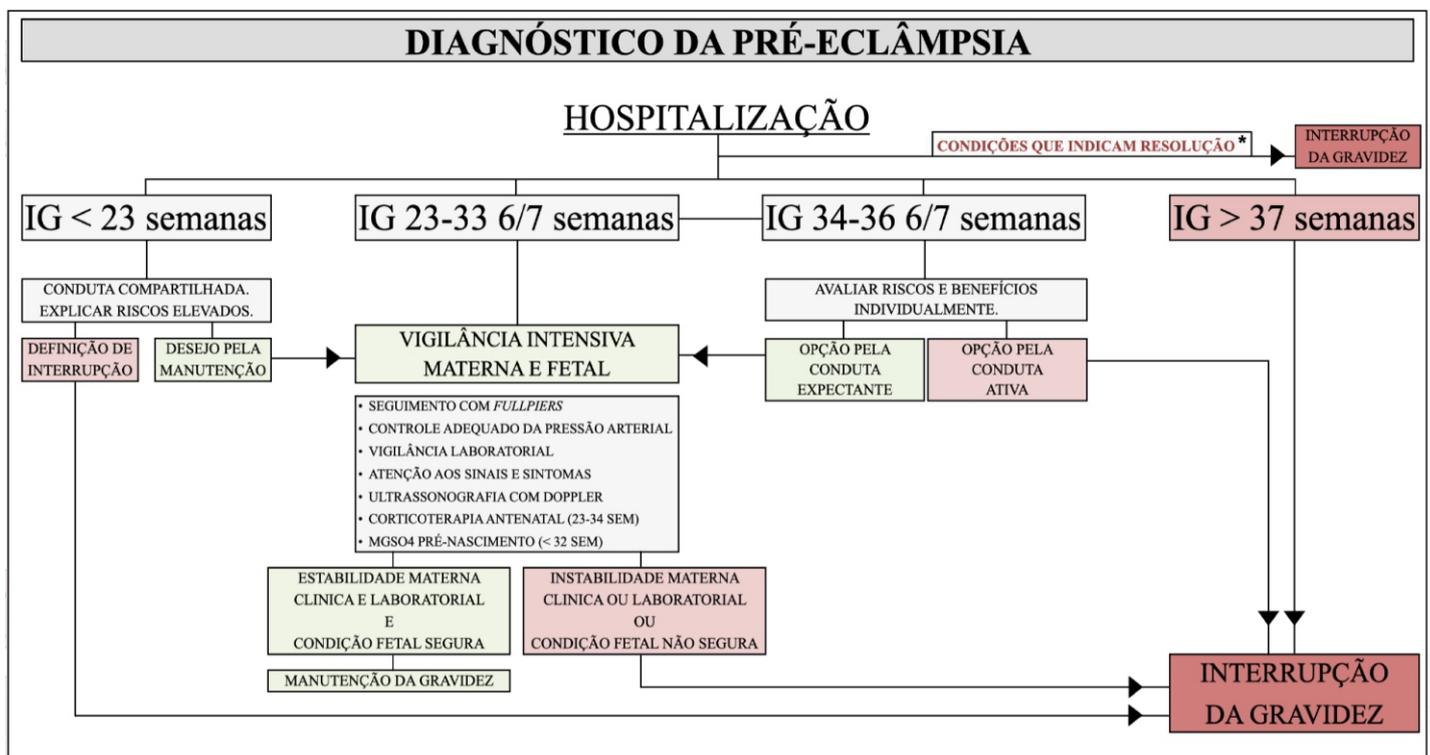
Bebês acima de 34 semanas já possuem maturidade pulmonar, ou seja, não necessitam de medicação para “melhorar” o pulmão para nascimento. Desta forma, manter uma gestação acima de 34 semanas, poderia estar arriscando a mãe, sem muitos benefícios ao bebê? Esta resposta não é simples. Se por um lado prolongar a gestação pode aumentar os riscos de convulsões ou outras complicações, como a síndrome HELLP, por outro lado a prematuridade (mesmo que tardia) e suas sequelas não podem ser ignoradas.

Algumas diretrizes sugerem que, se a saúde da mãe e do bebê

permitirem, o ideal seria esperar o bebê chegar perto de 37 semanas, sempre com a maior vigilância possível da mãe e do feto. Porém, em certos casos, pode ser mais seguro para ambos antecipar o parto, principalmente em casos de piora dos exames ou da situação clínica materna ou fetal.

Neste momento ainda de incertezas, sem dúvidas o mais importante é personalizar, individualizando a decisão de acordo com cada situação, sempre envolvendo os pais nesta difícil decisão. Abaixo segue fluxograma proposto pela Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez.

Fluxograma 1: Sugestão para condução dos casos de pré-eclâmpsia.



*Síndrome HELLP, eclâmpsia, sineclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, hipertensão refratária ao tratamento com três fármacos, edema pulmonar, comprometimento cardíaco, alterações laboratoriais progressivas (plaquetopenia, elevação em transaminases, elevação da desidrogenase láctea), insuficiência renal progressiva (elevação de uréia, creatinina, anasarca, oligúria) e alterações na vitalidade fetal.

Fonte: Adaptado de: Korke HA, Ramos JGL, d e Oliveira LG, Sass N, Peraçoli JC, Cavalli RC, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta ACM, Freire CHE, Rocha Filho EAP, Costa ML. Pré-eclâmpsia- Protocolo 2025. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025.



DR. LEANDRO GUSTAVO DE OLIVEIRA

- Professor Livre-docente da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP
- Obstetra Senior e Professor de pós-graduação do Grupo Santa Joana – SP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo



DR. HENRI AUGUSTO KORKES

- CRM 124803 – RQE 72918
- Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- PhD pela Harvard Medical School – *PhD Program / Sandwich*
- Coordenador Acadêmico da Obstetrícia e Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da FCMS/PUC-SP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo
- Presidente da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira
- Professor de pós-graduação do Grupo Santa Joana – SP

O QUE SÃO MARCADORES BIOQUÍMICOS PARA PRÉ-ECLÂMPSIA E COMO ELES NOS AJUDAM?

A pré-eclâmpsia é uma síndrome e pode se apresentar sob diversas formas (hipertensão com alterações nos rins, no fígado, no sistema de coagulação, na placenta, no crescimento fetal, no sistema nervoso, entre outros). Embora seja muito estudada, ainda não conhecemos com detalhes todos os mecanismos da doença.

Uma vez que a pré-eclâmpsia é importante causa de resultados adversos, tanto para a mãe quanto para o seu bebê, grandes esforços têm sido feitos na busca de moléculas que possam ser identificadas no sangue de mulheres que vão desenvolver pré-eclâmpsia. Essas moléculas são chamadas de biomarcadores. Os biomarcadores com maior potencial de reconhecer essas gestantes são o PLGF (do inglês: *Placental Growth Factor*) e o sFLT-1 (do inglês: *Soluble Fms-Like Tyrosine kinase-1*).

A aplicabilidade desses biomarcadores pode ser definida de duas maneiras: 1) já no início da gestação, quando podemos dosar o PIGF em torno de 12 semanas de gravidez e, se este biomarcador estiver com concentração muito baixa, pode-se dizer que esta gestante tem maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia; 2) outro momento é durante a gravidez, se o pré-natalista suspeita do aparecimento da pré-eclâmpsia, por uma série de modificações, incluindo a elevação, mesmo que discreta, da pressão arterial, ganho de peso e inchaço, tontura, dor de cabeça que não tinha antes, parada do crescimento do bebê, entre outras. Nesta situação, surge uma dúvida: **“a gestante tem uma suspeita clínica mas os exames mais comumente solicitados ainda estão negativos, será que ela está desenvolvendo pré-eclâmpsia?”** Diante desta dúvida, podemos fazer uso destes biomarcadores, para tentar entender como está o “balanço angiogênico” na paciente e assim responder esta questão. Recentemente o PLGF vem sendo estudado como um possível substituto aos exames habituais, antecipando desta forma o diagnóstico da pré-eclâmpsia.

Sem dúvida, os biomarcadores são ferramentas novas que podem ser muito úteis, principalmente diante das pacientes de maior risco para pré-eclâmpsia.

Conversem com suas amigas, mães, avós. Perguntem se tiveram pressão na gravidez e como foi que tudo aconteceu. Precisamos aumentar o conhecimento deste problema entre TODAS as pessoas.

Desde 2022 os biomarcadores foram incluídos no Rol de procedimento obrigatórios da Agência Nacional de Saúde (ANS), ou seja, estão disponíveis em toda assistência suplementar (planos de saúde).



DR. EDILBERTO ROCHA

- Mestre em Neurociências (UFPE) e Doutor em Ciências da Saúde (UNICAMP)
- Professor Adjunto de Obstetrícia da Universidade Federal de Pernambuco
- 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 Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

QUAL A MELHOR VIA DE PARTO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO?

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 necessário 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.



PROF.ª. DRA. MARIA LAURA COSTA DO NASCIMENTO

- Professora Associada do Departamento de Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

TIVE PRÉ-ECLÂMPسيا, DEVO ME PREOCUPAR AO LONGO DA MINHA VIDA E EM FUTURA GRAVIDEZ?

A resposta mais simples e verdadeira para essa pergunta é “SIM”! É importante saber que ter tido pré-eclâmpsia é um fator de risco futuro, tanto para ter novamente em uma próxima gravidez, quanto para risco de manter hipertensão crônica ou doença cardiovascular ao longo do tempo.

Mas na vida, tudo tem seu lado positivo... é importante lembrar que muitas vezes a gestação é uma janela de oportunidade para o diagnóstico de condições não avaliadas antes... Quais mulheres, jovens fazem acompanhamento médico regular? Quantos (infelizmente) são os especialistas (como o ginecologista) que fazem um exame físico completo, incluindo a medida da pressão arterial? Ou seja... é uma oportunidade para que você mude os hábitos de vida e controle o que for possível: dieta, atividade física, parar de fumar, avaliar a pressão arterial de forma regular, por exemplo.

Sabendo de tudo isso vamos lá para as informações importantes: como foi a sua pré-eclâmpsia: teve gravidez, ficou na UTI, usou um medicamento que chama sulfato de magnésio... que dá um calorão e fica por 24h, foi um caso de pré-eclâmpsia antes das 34 semanas?? Se você respondeu SIM para alguma destas questões, precisa ficar mais ATENTA ao acompanhamento pós-parto, seguir com exames laboratoriais seriados (função dos rins, proteinúria, perfil lipídico, glicemia...) e nunca descuidar do seguimento médico. Isso significa que não vai poder engravidar novamente OU que necessariamente vai ter pré-eclâmpsia novamente? NÃO... mas existe o risco (que na literatura fica ao redor de 20% de recorrência na gestação futura).

O IDEAL é falar com seu médico e PROGRAMAR o melhor momento para uma nova gravidez (até lá... use um método contraceptivo SEGURO). Diante de uma nova gravidez, realizar a prevenção da pré-eclâmpsia (possível com uso de aspirina-AAS, cálcio e hábitos saudáveis (atividade física regular e adequado controle do ganho de peso) e seguir um pré-natal rigoroso.



PROF.ª. DRA. VERA THEREZINHA MEDEIROS BORGES

- Professora Titular da Faculdade de Medicina do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada de Gravidez de Alto Risco da Febrasgo

PRÉ-ECLÂMPسيا: PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES PARA MULHERES QUE TIVERAM PRÉ-ECLÂMPسيا

Antigamente a pré-eclâmpسيا era conhecida com uma doença **específica** da gravidez, dando a entender que ela começava e terminava com a gestação. No entanto, hoje temos a certeza de que a pré-eclâmpسيا que ocorre na gravidez, pode afetar a vida destas mulheres a longo prazo.

A pré-eclâmpسيا de fato pode afetar órgãos como rins, fígado e coração. As mulheres que tiveram pré eclâmpسيا tem um risco de desenvolver hipertensão arterial crônica, doenças cardiovasculares (doença coronariana, podendo evoluir para infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca), acidente vascular (“derrame”), insuficiência renal, diabetes tipo 2. Isso acontece porque a doença pode causar danos nos vasos sanguíneos e afetar a circulação. Esses riscos ainda são maiores caso você teve pré-eclâmpسيا antes de 34 semanas ou com sinais de gravidade.

Como já citado em artigo anterior, para reduzir esses riscos é fundamental aproveitar esta oportunidade para realizar mudança no estilo de vida.

Segue algumas orientações importantes:

- **acompanhar a pressão arterial regularmente e consultar o médico se tiver alta;**
- **consultar um clínico, uma vez por ano;**
- **ter uma dieta saudável, evitando alimentos com muito sal, açúcar e gorduras. Prefira frutas, verduras e alimentos naturais;**
- **praticar atividade física regularmente: em média 150 minutos por semana (cerca de 30 minutos por dia, 5 vezes por semana). Caso não esteja acostumada, comece devagar e aumente o ritmo conforme for melhorando sua resistência;**
- **controlar o peso, pois a obesidade pode piorar as doenças cardiovasculares;**
- **evitar cigarros e bebidas alcoólicas;**
- **realizar exames de glicemia, colesterol, triglicérides anualmente.**

Mesmo após o parto, os cuidados com a saúde devem continuar. O acompanhamento médico regular e a adoção de hábitos saudáveis são essenciais para prevenir problemas e garantir uma vida longa e equilibrada.



DR. JOSÉ PAULO DE SIQUEIRA GUIDA

- CRM 156162 – RQE 61078
- Médico Obstetra, Mestre e Doutor em Ciências da Saúde pela Unicamp
- Professor do Departamento de Tocoginecologia da Unicamp
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gestação
- Membro da Comissão Nacionalizada Especializada de Violência contra a Mulher da FEBRASGO



DR. HENRI AUGUSTO KORKES

- CRM 124803 – RQE 72918
- Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- PhD pela Harvard Medical School – *PhD Program / Sandwich*
- Coordenador Acadêmico da Obstetrícia e Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da FCMS/PUC-SP
- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo
- Presidente da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira
- Professor de pós-graduação do Grupo Santa Joana – SP

VOCÊ JÁ OUVIU FALAR EM SULFATO DE MAGNÉSIO? APRENDA SOBRE UMA DAS MEDICAÇÕES MAIS IMPORTANTES NA GESTAÇÃO PARA EVITAR MORTES MATERNAS POR PRÉ-ECLÂMPSIA

Conforme já falado em artigos anteriores nesta edição, a pré-eclâmpsia pode evoluir para formas graves e trazer muitos riscos a vida da gestante. Todos os esforços devem ser realizados durante o período pré-natal para se oferecer prevenção à ocorrência da pré-eclâmpsia. Uma vez que ela aparece, o diagnóstico precoce deve ser realizado. Para isso, um pré-natal atento é essencial com atenção aos sinais e sintomas do início da pré-eclâmpsia, como o aumento da pressão, o inchaço – em especial de mãos e face, e sintomas como dor de cabeça, dor de estômago e alterações da visão.

No entanto, em algumas pacientes, os quadros podem se apresentar desde o início com formas graves e a rápida identificação, bem como agilidade na realização de medicações essenciais, são capazes de salvar a vida da paciente. Neste cenário surge uma das mais importantes medicações, o **sulfato de magnésio**. Esta medicação é capaz de evitar a crise convulsiva (a tão temida eclâmpsia) em pacientes com quadro típico que a antecede, conhecida como iminência de eclâmpsia (caracterizada por elevação da pressão arterial, associada a qualquer um dos sintomas seguintes: dor de cabeça, alterações na visão, dores abdominais, vômitos, rebaixamento do nível de consciência ou falta de ar). Além disto, o sulfato de magnésio é o melhor tratamento para a eclâmpsia, quer ela esteja acontecendo naquele momento ou tenha recentemente acontecido.

Outra importante emergência que deve indicar o uso desta medicação é a conhecida crise hipertensiva (elevação da pressão para níveis acima de 160 ou 110 mmHg, nas pressões sistólica e diastólicas respectivamente), em gestantes mesmo sem os sintomas referidos acima. O sulfato de magnésio é conhecido há muitos anos, mas passou a ser usado para esta finalidade após 1995. Importante ressaltar que outras drogas que evitam convulsão, como Diazepam ou Fenitoína, simplesmente não funcionam para evitar eclâmpsia ou morte em gestantes, motivo pelo qual não são indicadas para o tratamento da gravidade na pré-eclâmpsia.

O sulfato de magnésio é uma medicação segura, que pode ser utilizada tanto por gestantes ou mulheres no pós-parto, mesmo que estejam amamentando. Seu uso é realizado através de injeções na veia ou intramusculares. Por algum tempo, houve dúvidas quanto ao potencial de intoxicação por parte de tal medicação, no entanto, após diversos estudos realizados em todo o mundo, já é bem estabelecido sua segurança e praticamente a impossibilidade de intoxicação quando realizado da forma adequada. Este novo conhecimento sobre sua segurança permitiu que ações importantes fossem feitas, no sentido de disponibilizar esta medicação em locais pré-hospitalares, como postos de saúde, unidades de atendimento secundário e nas unidades de transportes como Samu e ambulâncias.

Infelizmente, por desconhecimento, ainda encontramos profissionais que tem medo da medicação, retardando seu uso e trazendo maiores riscos a gestante. Da mesma forma, hospitais que insistem em utilizar o sulfato de magnésio apenas em ambiente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Entretanto, o pior risco, neste contexto, é o atraso para que a gestante receba o tratamento no momento adequado, aumentando as chances de apresentar uma convulsão, que é o cenário mais catastrófico e com maior risco de evolução para morte.

Felizmente, com os esforços constantes de importantes instituições em nosso país, como a Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez, Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo, Sogesp, Ministério da Saúde e algumas prefeituras, o sulfato de magnésio está cada vez mais disponível no ambiente pré-hospitalar, e mesmo dentro de hospitais, em locais de fácil acesso, como enfermarias, ambulatórios de pré-natal, pronto socorros, centro cirúrgicos, etc. Para além disto, é fundamental que as pacientes saibam os sinais que devem levá-las a buscar atendimento médico o mais rápido possível: inchaço súbito, em especial de mãos e face, dor de cabeça, dor de estômago, alterações na visão, ou aumento dos níveis da pressão. Recomenda-se que a gestante, mesmo aquela sem hipertensão, meça sua pressão ao menos uma vez por semana, e leve estas anotações às consultas de pré-natal.

A primeira cidade do Brasil a implementar o sulfato de magnésio em toda a rede pré-hospitalar foi Joinville no estado de Santa Catarina, em 2024. Atualmente, outras cidades estão seguindo a mesma estratégia.



PROF. DR. SÉRGIO HOFMEISTER MARTINS-COSTA

- Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.
- Professor Titular de Ginecologia e Obstetrícia da Fac de Medicina da UFRGS
- Membro Titular da Academia Sul-riograndense de Medicina

COMO OS SERVIÇOS DE SAÚDE DEVEM SE PREPARAR PARA REDUZIR COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM A PRÉ-ECLÂMPسيا?

Passar pela gestação e o parto deveria sempre ser um evento saudável, impregnado de vida e sentimentos de perpetuação da espécie. Infelizmente, ainda no século XXI, muitas mulheres e crianças morrem enquanto estão vivenciando os fenômenos da gestação e parturição. Uma gestante que perde a vida é sempre uma mulher jovem, na plenitude de sua existência. Fosse isso inevitável, restaria apenas o lamento de perdas insubstituíveis. Mas não é o que ocorre. São mortes evitáveis: estima-se que cerca de 80% das 223.000 mulheres que morrem por ano no mundo, de problemas da gestação, parto e puerpério, poderiam ser evitadas.

Evitar mortes maternas não exige sistemas de saúde muito sofisticados, nem investimentos caros em tecnologia médica. Mesmo assim, a quase totalidade das mortes maternas evitáveis ocorrem nos países de baixa e média renda. Na Noruega, a razão de morte materna é de 17 por 100.000 nascidos vivos, enquanto no Brasil a razão de morte materna é de 60, com a maior razão em Roraima (160) e a menor em Santa Catarina (32). Dentre as causas de morte materna, a mais prevalente é a Pré-eclâmpsia (PE) e suas complicações (Eclâmpsia, HELLP, AVC, Hemorragia). Entender os fatores que levam à morte nas mulheres com pré-eclâmpsia, é fundamental para que se possa evitar tamanha tragédia.

A OMS muito bem define as três demoras que levam à morte materna:

1. Demora na decisão de buscar cuidados (falta de conhecimento dos sinais de alarme, ou sintomas de risco);
2. Demora em chegar em um local com disponibilidades de cuidados médicos (transporte, distâncias, etc);
3. Demora em receber cuidados adequados nas Unidades de Saúde (retardos no diagnóstico e tratamento, não reconhecimento de situação de *near miss*).

A primeira das três diz respeito à falta de conhecimento da população sobre os sinais de alarme e risco que se associam a muitas gestações aparentemente saudáveis. Fornecer instruções claras sobre os riscos que podem estar associados à gestação é uma tarefa que não pode ser negligenciada. Foi possível diminuir em 37% a mortalidade materna em grupos de mulheres praticando aprendizado participativo *versus* cuidados habituais, em locais de poucos recursos na Ásia e na África. Incorporar cuidados básicos de saúde, anticoncepção e pré-natal nos currículos escolares do ensino fundamental e médio é uma necessidade básica.

A segunda demora, citada pela OMS, diz respeito à demora em chegar a um local com disponibilidade de recursos médicos. O Brasil é um país

de tamanho continental, com uma grande diversidade, tanto geográfica com sócio-econômica. A maneira de enfrentar este problema na região norte, por exemplo, com enormes distâncias e uma grande quantidade de população ribeirinha, cujos únicos meios de transportes são as embarcações, é muito diferente da maneira de encurtar distâncias menores e de mais fácil acesso que encontramos nas regiões sul e sudeste. Disponibilizar recursos básicos de atenção à saúde ao alcance da população é tarefa que os governantes não têm cumprido a contento, principalmente nas áreas menos desenvolvidas do nosso país.

A terceira demora é aquela na qual a prestação de cuidados adequados não acontece em tempo hábil. Os recursos existem, estão à disposição, mas não são utilizados ou o são de maneira inadequada.

Para evitar que gestantes morram das complicações da pré-eclâmpsia, médicos e enfermeiras que atendem gestantes precisam seguir orientações simples, que não exigem treinamento por demais sofisticado nem tecnologia de alta complexidade. São eles:

1. identificar gestantes com risco de desenvolver PE (hipertensão arterial crônica; com diabete; história prévia ou familiar de PE, obesidade...);
2. prescrever AAS, 100 mg/dia e Cálcio, 1000 mg/dia e exercícios físicos, para essas mulheres;
3. encaminhar para um pré-natal especializado em alto risco, as mulheres com risco de desenvolverem PE;
4. manter controle adequado da hipertensão arterial nas gestantes com HAS crônica;
5. se HAS surgir em gestante saudável ou piorar, nas com HAS crônica, encaminhá-la imediatamente para o nível hospitalar para rastrear PE;
6. hospitalizar todas as gestantes com diagnóstico de PE, mesmo que a gestante esteja aparentemente sem sinais de risco maior;
7. saber utilizar os protocolos de Sulfato de Magnésio, não apenas no nível hospitalar, mas principalmente nas UPAs e UBS onde podem ser atendidas gestantes com eclâmpsia ou iminência de eclâmpsia;
8. saber tratar as crises hipertensivas com Nifedipina ou Hidralazina, seja nas UPAs e nas UBS, como nas emergências hospitalares e maternidades;
9. realizar um transporte seguro, com ambulância adequada e acompanhamento médico, para todas as gestantes tratadas por eclâmpsia no domicílio, nas UPAs ou UBS;
10. nas gestantes internadas com PE, saber identificar os sinais de agravamento, que justifiquem o nascimento, mesmo antes do termo;
11. realizar o parto até no máximo a 37ª semana em gestantes com PE que estejam aparentemente estáveis;
12. para gestantes com eclâmpsia ou outras complicações da PE, como síndrome de HELLP, edema agudo de pulmão, AVC, disponibilizar hospitais com CTI e equipe assistencial treinada para estes casos;
13. manter um acompanhamento puerperal com médico especialista em gestação de alto-risco, para todas as gestantes que tiveram PE ou eclâmpsia;
14. promover um aconselhamento de saúde a longo prazo, incluindo contracepção segura, para todas as mulheres no puerpério.

Como pode ser visto pelos dados que são disponíveis, evitar a morte de centenas de mulheres brasileiras que ocorre a cada ano, não é uma tarefa inalcançável. Perseguir o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável de alcançar uma razão de mortalidade menor do que 30 em 2030 no Brasil, deve ser uma obsessão não apenas dos médicos e enfermeiras que atendem gestantes, mas de toda a sociedade brasileira.

TODOS JUNTOS NO COMBATE À MORTALIDADE MATERNA, FETAL E NEONATAL DEVIDO ÀS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS



TODA VIDA IMPORTA!

APOIADORES
DESTA EDIÇÃO:

