



Núcleo de Governança Clínica
Diretoria de Atenção Especializada
Saúde da Mulher

Tipo do documento	Protocolo Clínico	Versão: 1 Pág.: 16
Título do documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS EM GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA	Data de emissão: 11/07/25
		Revisão: Sob demanda

1. INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas na gestação, particularmente, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, afetam significativamente os desfechos obstétricos e perinatais graves. Seus impactos representam a primeira causa de morte materna no Brasil, e segunda causa de morte materna no mundo, além de ser a principal causa de prematuridade, configurando-se assim, um preocupante problema de saúde pública.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as síndromes hipertensivas na gestação constituem importante causa de morbidade grave, incapacidade de longo prazo e mortalidade tanto materna quanto perinatal. Incide cerca de 10% das gestações. Quando não adequadamente tratada, pode resultar em quadros graves como a eclâmpsia ou síndrome HELLP.

Tais considerações revelam à necessidade dos profissionais que prestam assistência às gestantes e puérperas estarem qualificados e proporcionarem condutas oportunas e efetivas no intuito de reduzir danos maternos e para o nascituro.



2. OBJETIVO

Fornecer orientações para os profissionais de saúde da Atenção Especializada e Básica com o intuito de atuarem na profilaxia, tratamento e acompanhamento de pacientes gestantes com quadro hipertensivo.

3. DEFINIÇÕES

As síndromes hipertensivas na gravidez possuem apresentação clínica variável e ainda em estudo. No entanto, podemos simplificar a compreensão com a definição de que se trata de um desequilíbrio entre o volume de sangue circulante e a capacidade de acomodação do espaço endovascular.

3.1 Elevação Pressórica na Gestação

Define-se como Elevação Pressórica na Gestação como a ocorrência de Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, verificadas em duas ocasiões diferentes e com intervalo de pelo menos 4 a 6 horas. Devida atenção deve ser dada à técnica de aferição da pressão arterial que deve ser realizada com a gestante sentada, em repouso e com o manguito apropriado à circunferência do braço.

Quadro 1. Definição de Hipertensão Arterial na gravidez:

Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg
e/ou
Pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

3.2 Hipertensão Arterial Crônica

Definida pela ocorrência da elevação da pressão arterial previamente à gestação ou detectada antes da 20ª semana e persiste após 12 semanas de pós-parto.

3.3 Hipertensão Gestacional

Surgimento de hipertensão arterial, após a 20ª semana de gestação, em gestante previamente normotensa, sem manifestação de sinais e sintomas relacionados

à pré-eclâmpsia, sem lesões em órgãos-alvo e ausência de proteinúria. A hipertensão gestacional se resolve até 12 semanas pós-parto, pois persistindo a hipertensão, é necessário a reclassificação do diagnóstico para hipertensão arterial crônica.

3.4 Pré-eclâmpsia

Refere-se ao aparecimento de hipertensão arterial, após a 20ª semana de gestação, em gestante previamente normotensa, associada a proteinúria e/ou disfunção de órgãos-alvo.

Quadro 2. Critérios diagnósticos para Pré-eclâmpsia

DIAGNÓSTICO CLÁSSICO DA PRÉ-ECLÂMPSIA	
Hipertensão + Proteinúria	PAS $\geq$ 140 ou PAD $\geq$ 90 mmHg em duas ocasiões, com intervalo $\geq$ 4 horas, após 20 semanas de gestação. Relação proteinúria/creatina $\geq$ 0,3 ou $\geq$ 300 mg/24h ou $\geq$ 2+ em fita
DIAGNÓSTICO CLÁSSICO DA PRÉ-ECLÂMPSIA POR DISFUNÇÃO DE ÓRGÃOS-ALVO	
Hipertensão +	PAS $\geq$ 140 ou PAD $\geq$ 90 mmHg em duas ocasiões, com intervalo $\geq$ 4 horas, após 20 semanas de gestação.
Comprometimento Hematológico	Contagem de Plaquetas $\leq$ 150.000mm ³ , coagulação intravascular disseminada, hemólise.
Comprometimento Hepático	Aumento de transaminases TGO ou TGP $\geq$ 40UI/L, com ou sem epigastralgia ou dor no quadrante superior direito
Comprometimento Renal	Elevação de creatina 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	Dispneia, sibilos, e estertores crepitantes e sub-crepitantes, palidez, sudorese fria, cianose de extremidades, ansiedade, confusão mental, secreção pulmonar rosada...
Comprometimento Placentário	Disfunção placentária (deslocamento prematuro, desequilíbrio angiogênico, restrição de crescimento fetal, alteração do Doppler da artéria umbilical ou óbito fetal).

Fonte: Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025.



3.5 Eclâmpsia

Consiste na ocorrência de convulsão tipicamente tônico-clônica em gestantes, podendo ser focal ou multifocal relacionada a elevação dos níveis pressóricos, independente dos níveis tensionais e sem outras causas que a expliquem (ALBERT EINSTEIN, 2023).

3.6 Síndrome HELLP

Refere-se a ocorrência laboratorial simultaneamente de : hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia. A ocorrência de alguma das alterações isoladamente ou combinação em par não configura a síndrome HELLP, devendo ser considerada como pré-eclâmpsia com critérios de gravidade. Tal definição é importante pois a síndrome HELLP carrega consigo morbimortalidade ainda mais elevada.

Quadro 3. Referência laboratorial

	Exame	Parametro
Hemólise		
Esfregaço de sangue periférico (esquistocitose, ansocitose, equinocitose, pecilocitose).	Bilirrubinas	>1,2 mg/dL
	DHL	>600 U/L
Alteração da função hepática	TGO ou TGP	>70 UI
Plaquetopenia	Plaquetas	<100.000mm ³

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

3.7 Pré-Eclâmpsia Sobreposta à Hipertensão Arterial Crônica

Consiste no aparecimento ou piora da proteinúria, necessidade de associação de anti-hipertensivos ou aumento de doses e disfunção de órgãos-alvo, após as 20 semanas de gestação em gestante com diagnóstico de hipertensão arterial crônica.

4. MANEJO CLÍNICO

4.1 Prevenção da Pré-Eclâmpsia

Levando em conta a gravidade da doença e também a possibilidade de reduzir a sua incidência através de estratégias bem definidas no seguimento, torna-se extremamente relevante adotar uma diretriz de identificação de grupos de risco para instituição das adequadas medidas profiláticas. Tal estratégia consiste na avaliação da presença dos fatores apontados no quadro a seguir, configurando o rastreamento positivo como a existência de pelo menos 1 fator de risco considerado alto e/ou pelo menos 2 fatores de risco considerado moderado.

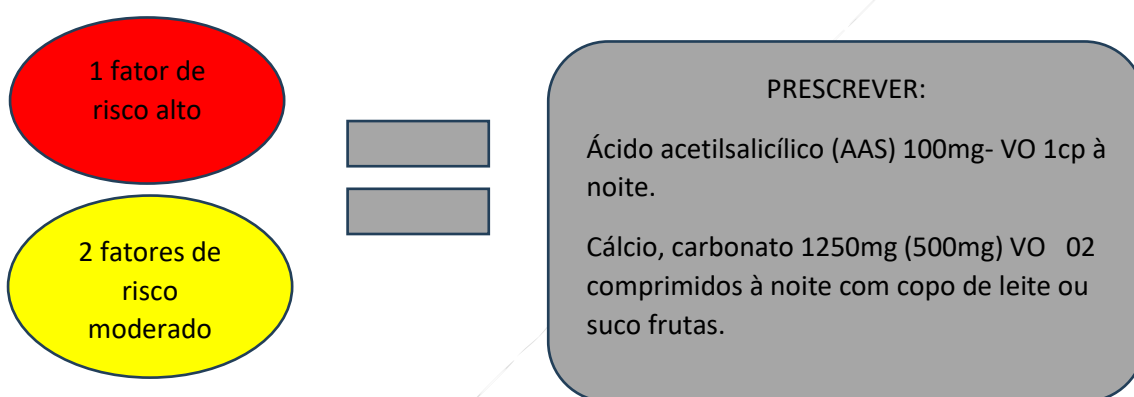
Quadro 4. Identificação de grupos de risco.

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
	Gestação decorrente de reprodução assistida
MODERADO Dois ou mais fatores de risco	Nuliparidade
	História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmã)
	Idade ≥ 35 anos
	Intervalo > 10 anos desde a última gestação
	Condição sócio-econômica desfavorável
	Raça- cor preta ou parda
	Gravidez prévia com desfecho adverso relacionado a disfunção placentária: deslocamento prematuro de placenta, restrição de crescimento fetal, trabalho de parto prematuro, óbito fetal

Fonte: Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025.

Para as mulheres com alto risco de desenvolvimento da pré-eclâmpsia, a ingestão diária de ácido acetilsalicílico (AAS) em doses de 100mg, iniciada antes de 16 semanas de gestação, demonstrou redução de 62% do risco do aparecimento da pré-eclâmpsia antes da 37ª semana de gestação e de 80% antes da 34ª semana de gestação. Já a suplementação de cálcio para mulheres com as mesmas características foi capaz de reduzir a incidência de pré-eclâmpsia em 55%. Dessa forma, quando disponível, a prescrição combinada de AAS 100mg por dia, preferencialmente à noite e suplementação de cálcio elementar 1g por dia.

Quadro 5. Medicação para as mulheres com alto risco de desenvolvimento da pré-eclâmpsia



Fonte: Diretrizes de síndromes hipertensivas na gestação do Albert Einstein, 2023.

4.2 Tratamento anti-hipertensivo

Seguindo as recomendações da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez e da Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão na Gravidez, deve-se tomar como alvo terapêutico manter a pressão arterial diastólica na faixa dos 85mmHg. Tal alvo irá direcionar a tomada de decisão por introdução, aumento de dose ou associação de anti-hipertensivos. As opções de medicações utilizadas como arsenal terapêutico e as respectivas doses sugeridas estão elencadas no quadro a seguir.



Quadro 6. Anti-hipertensivos recomendados para o controle ambulatorial

Classe de Fármaco	Fármaco	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	0,1-0,2 mg/dia, de 2 a 3 X/dia
Bloqueadores de canal de cálcio	Nifedipino Retard Comprimidos de 10-20mg	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 2X/dia
	Carvediol Comprimidos de 6,25-12,5-25 mg	12,5 a 50 mg/dia Recomenda-se iniciar com 12,5 mg/dia por dois dias e, a partir disso, aumentar a dose

Fonte: Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025. *Recomenda-se essas medicações como terceiro fármaco para associação de medicamentos para controle pressórico ou no caso de impossibilidade de uso das drogas de primeira escolha.

4.3 Crise hipertensiva

A crise hipertensiva é caracterizada por valores de PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg. O tratamento tem como intuito reduzir o valor da pressão arterial em 15% a 25%, procurando-se atingir valores da PAS até 140 mmHg e da PAD até 90 mmHg. Independente do anti-hipertensivo utilizado, devem-se evitar quedas bruscas da PA, pelos riscos maternos elevados (acidente vascular encefálico, infarto), e de reduzir em demasia a perfusão uteroplacentária, potencializando-se, assim, os efeitos negativos sobre o estado fetal.

Uma vez obtidas as reduções desejadas na PAS e na PAD, inicia-se ou otimiza-se rapidamente a utilização dos anti-hipertensivos de manutenção por via oral. Nifedipino por via oral e hidralazina de uso intravenoso são os medicamentos de primeira linha para tratamento da crise hipertensiva em gestantes.



Nifedipino

O nifedipino oral de liberação imediata, tem ação máxima entre 30 e 40 minutos, é um bloqueador de canais de cálcio. Vale destacar que os comprimidos não devem ser mastigados nem devem ser utilizadas as formulações pela via sublingual para não ter uma diminuição muito rápida da pressão arterial.

Hidralazina

A hidralazina, tem ação máxima em 20 minutos, um vasodilatador periférico. O monitoramento da PA deve ser rigoroso, devido ao risco de hipotensão, que deve ser prontamente corrigido com a elevação dos membros inferiores e a remoção de medicações ou fatores que possam estar agindo como intensificadores.

Nitroprussiato de Sódio

Forte vasodilatador arterial e venoso com experiência clínica limitada e receio quanto à intoxicação fetal por cianeto. No entanto, até o momento não há evidências que corroborem o risco fetal, principalmente nos casos de utilização por curto período (6 a 12 h). É recomendado especialmente para gestantes com edema pulmonar, associado ao comprometimento funcional cardíaco, por exercer importantes benefícios tanto na pós-carga quanto na pré-carga cardíaca.

Sulfato de magnésio

O sulfato de magnésio ($MgSO_4$) é tido como o medicamento de escolha para o atendimento inicial da iminência de eclâmpsia, da pré-eclâmpsia e na crise hipertensiva mesmo que assintomática. É essencial a continuidade da terapêutica com a dose de manutenção do sulfato, devendo essa ser realizada no ambiente hospitalar, sendo necessária a monitorização de alguns parâmetros vitais. O $MgSO_4$ além de agir como anticonvulsivante, reduz a pressão intracerebral e mantém o fluxo sanguíneo, possibilitando a redução ou prevenção da encefalopatia hipertensiva e o barotrauma na microcirculação cerebral.

Deste modo, a utilização de $MgSO_4$ é altamente recomendada para casos de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, como iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome



HELLP (15% dessas pacientes evoluem com eclâmpsia) e pré-eclâmpsia com deterioração clínica e/ou laboratorial, incluindo a crise hipertensiva de difícil controle.

Os principais esquemas de uso do MgSO₄ são os de Zuspan e o de Pritchard, que devem ser empregados de acordo com a experiência de cada serviço, uma vez que têm igual eficácia.

Deve-se usar sulfato de magnésio hepta-hidratado e estar atento à concentração disponível do magnésio:

- ❖ MgSO₄ a 50%: ampola com 10 mL contém 5 g de magnésio.
- ❖ MgSO₄ a 10%: ampola com 10 mL contém 1 g de magnésio

Quadro 7. Esquemas do MgSO₄ para prevenir e tratar eclâmpsia

Esquema do MgSO ₄	Dose inicial	Dose de manutenção
Zuspan (IV exclusivo)	A 4 g – IV (botus) Administrados lentamente	B 1 g por hora - IV Em bomba de infusão contínua (diluição em SF 0,9%)
Pritchard (IV/IM)	A 4 g – IV (botus) Administrados lentamente + 10 g – IM (profunda) 5 g em cada nádega	C 5 g a cada 4 horas – IM (aplicação IM profunda)
A- Preparação da dose inicial (IV) nos dois esquemas: MgSO ₄ a 50 % (1 ampola contém 10 ml com 5 g de MgSO ₄). Diluir 8 ml de MgSO ₄ a 50% (4g) em 12 ml de água destilada ou soro fisiológico. A concentração final terá 4 g/20ml. Infundir a solução IV lentamente (15 a 20 minutos). Outra possibilidade seria diluir 8ml em 92 ml de soro fisiológico 0,9%. Infundir em BIC a 300 ml/h. Assim, o volume total será infundido em torno de 20 minutos.		
B- Preparação da dose de manutenção no esquema de Zuspan: Diluir 1 ampola de MgSO ₄ a 50% (10 ml) em 490 ml de soro fisiológico a 0,9%. A concentração final terá 1g/100 ml. Infundir solução IV na velocidade de 100 ml/h. *Alguns serviços preconizam a dose de manutenção de 2 g/h IV em BIC.		
C- Preparação da dose de manutenção no esquema de Pritchard: utilizar 10 ml da ampola de MgSO ₄ a 50% (solução com 5g de MgSO ₄). Outras apresentações não devem ser utilizadas para esse esquema pelo volume excessivo delas.		

Fonte: Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025.

Cuidados a serem seguidos:

- ❖ Quando indicada a sulfatação em locais sem disponibilidade de bomba de infusão, deve preferir a realização do esquema de Pritchard, uma vez que a manutenção no esquema de Zuspan exige este cuidado.
- ❖ Da mesma forma, se for necessário referenciar a gestante para outro serviço, e a ambulância não for aparelhada com bomba de infusão para administração IV, o esquema preferencial será o Pritchard, pois confere maior segurança ao

transporte, garantindo 4 horas de concentração terapêutica, devido a administração IM concomitante a IV, realizada no ataque;

- ❖ A concentração terapêutica do íon magnésio varia de 4 a 7 mEq/L (4,8 a 8,4 mg/dL) e o reflexo patelar fica abolido com 8 a 10 mEq/L, havendo risco de parada respiratória a partir de 12 mEq/L;
- ❖ Em pacientes com insuficiência renal (creatinina $\geq 1,2$ mg/dL), a dose de manutenção deve ser a metade da recomendada. Deve-se interromper a infusão de MgSO₄ apenas se a diurese for inferior a 25 mL/hora;
- ❖ Recomenda-se a manutenção de MgSO₄ durante 24 horas após a resolução da gestação ou após a última crise convulsiva.

Em casos de recorrência da crise convulsiva, devem ser administrados mais 2 g de MgSO₄ IV (em bolus) e utiliza-se como manutenção a dose de 2 g/h. Se esta ação não for capaz de controlar as convulsões, o fármaco de escolha será a difenilhidantoína em seu esquema clássico para tratar crises convulsivas. Recomenda-se, ainda, nesses casos investigar complicações cerebrais, principalmente hemorragias intracranianas, com exames de imagem.

De modo geral, a intoxicação pelo MgSO₄ nas doses preconizadas é evento raro e a dose inicial, adequadamente administrada, não oferece riscos. Após esta, recomenda-se a monitorização dos seguintes parâmetros, a fim de manter a dose intravenosa ou aplicar nova dose intramuscular:

- ❖ Reflexo patelar presente;
- ❖ Frequência respiratória ≥ 16 irpm;
- ❖ Diurese ≥ 25 mL/h.

Diante de alterações nesses parâmetros, recomenda-se reduzir ou interromper a infusão IV ou não realizar a dose IM. Procede-se então à avaliação da concentração de MgSO₄ e da função renal. Diante de valores dentro dos limites de normalidade, reinicia-se o tratamento.

O gluconato de cálcio (1 g IV – 10 mL a 10% – administrado lentamente) é o antagonista do MgSO₄ e deve ser utilizado nos casos de sinais de intoxicação por magnésio.



Em paralelo ao controle do sulfato, realizado em busca de sinais de intoxicação, outros parâmetros são essenciais neste contexto, como o monitoramento da pressão arterial, pesquisa de sinais e sintomas como sonolência, cefaleia, sintomas visuais, dores abdominais e vômitos. A oximetria também é um parâmetro importante e de fácil realização, devendo ser adicionado aos demais cuidados.

5.ENCAMINHAMENTOS PARA EMERGÊNCIA

A gestante pode apresentar sintomas de riscos que requerem assistência e suporte especializado de emergência. Assim, a equipe pode encaminhar a gestante para a Maternidade Municipal de Aparecida de Goiânia Maria da Cruz Gomes Santana e/ou acionar o Serviço de atendimento Móvel quando a mesma apresentar um ou mais dos seguintes sintomas:

- ❖ Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $\geq 140/90$, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria ou disfunção órgãos-alvo;
- ❖ Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia, epigastralgia, dor em hipocôndrio direito;
- ❖ Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- ❖ Crise hipertensiva (PA $\geq 160/110$).

6. PUERPÉRIO

O período puerperal, em especial o puerpério imediato (principalmente até o décimo dia após o término da gestação) requer vigilância austera em mulheres diagnosticadas com síndromes hipertensivas, em especial a pré-eclâmpsia.

Destaca-se os seguintes cuidados neste período:

- ❖ Monitorar a pressão arterial: realizar medições a cada quatro horas, ou com maior frequência conforme o caso;
- ❖ Manutenção de anti-hipertensivos no puerpério imediato: é recomendável continuar com os anti-hipertensivos, especialmente em casos com gravidade. As doses devem ser reduzidas ou os medicamentos retirados se a pressão arterial

estiver abaixo de 110 e/ou 70 mmHg. Além dos anti-hipertensivos recomendados durante a gestação, os inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA) estão liberados;

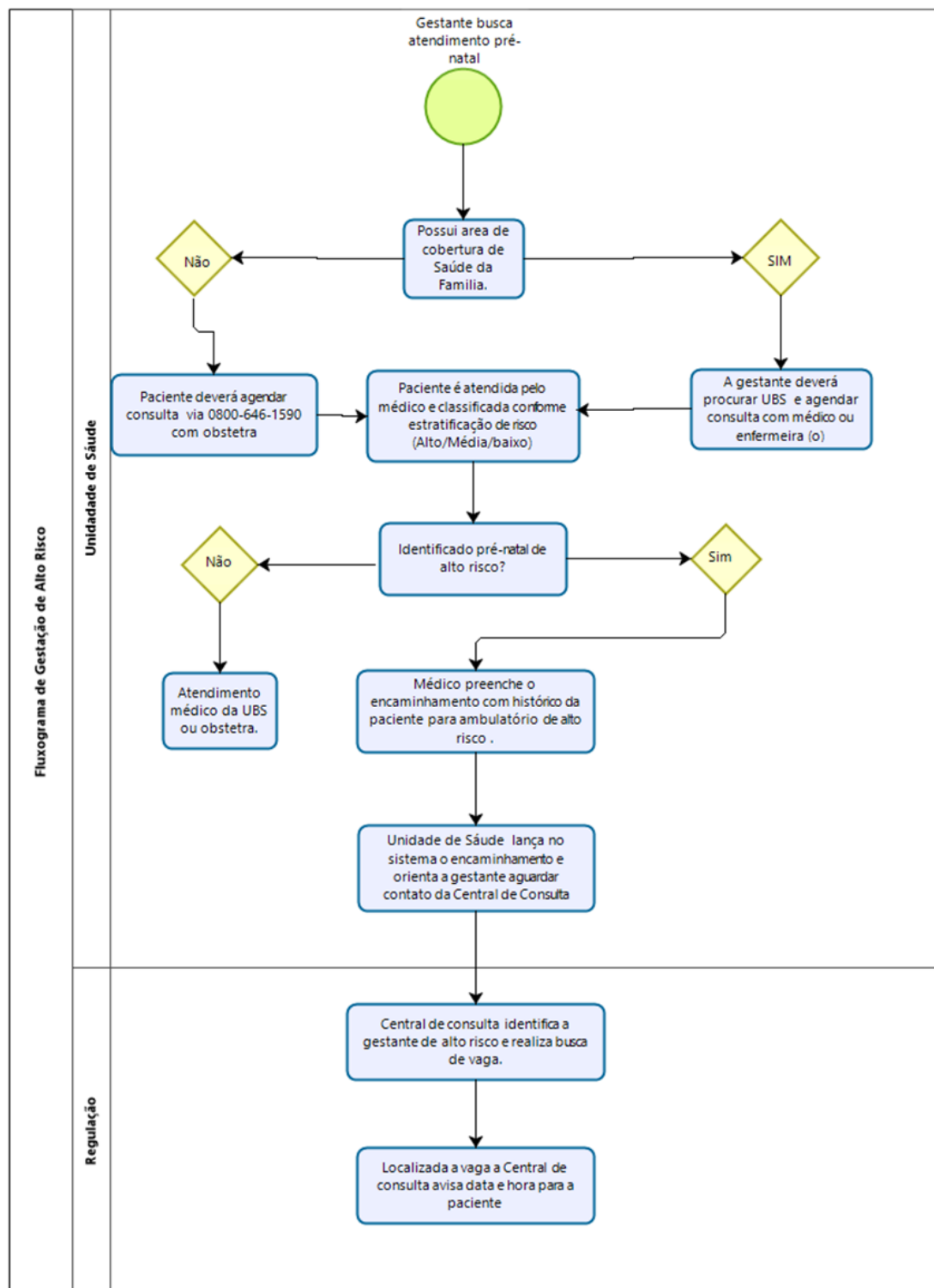
- ❖ Manter medidas pressóricas em níveis abaixo de 140 mmHg na PAS e 90 mmHg na PAD. Deve-se suspender medicação quando os valores da pressão arterial se mantiverem inferiores a 140x90 mmHg;
- ❖ Evitar certos anti-hipertensivos durante a amamentação: Recomenda-se evitar o uso de bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) e de clonidina devido à incerteza sobre a segurança dessas medicações durante a amamentação, especialmente em casos de prematuridade;
- ❖ Manter o uso do sulfato de magnésio se este estava sendo administrado quando do momento do parto. Manter por 24 horas após o parto, e reintroduzir se necessário;
- ❖ Crise hipertensiva: seguir as recomendações já estabelecidas para a gestação;
- ❖ Recomendar método contraceptivo eficaz e seguro para uso em hipertensas.

Quadro 8. Principais anti-hipertensivos para uso no puerpério

Classe do agente	Agente	Posologia
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	Enalapril Comprimidos de 10-20 mg	20 a 40 mg/dia, 1 a 2X/dia
	Captopril Comprimidos de 25-50 mg	75 a 150 g/dia, 3x/dia
Simpatolíticos de ação central, α 2-agonistas	Metildopa Comprimidos de 250-500 mg	750 mg a 2g/dia, 2 a 4x/dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino retard Comprimidos de 10-20 mg	20 a 120 mg/dia, 1 a 3x/dia
	Nifedipino de liberação rápida Comprimidos de 10-20mg	20 a 60 mg/dia, 2 a 3x/dia
	Anlodipino Comprimidos de 2,5-5-10 mg	5 a 20 mg/dia, 1 a 2x/dia
Vasodilatador periférico	Hidralazina Comprimidos de 25-50 mg	50 a 150 mg/dia, 2x/dia
B-bloqueadores	Metoprolol Comprimidos de 25-50-100 mg	100 a 200 mg/dia, 1 a 2x/dia
	Atenolol Comprimidos de 25-50-100 mg	50 a 150 mg/dia, 1 a 3x/dia
	Carvedilol Comprimidos de 6,25-12,5-25 mg	12,5 a 50 mg/dia, 1 a 2x/dia

Fonte: Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025.

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE PARA ATENDIMENTO DE ALTO RISCO





REFERÊNCIAS:

- 1- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS; TASK FORCE ON HYPERTENSION IN PREGNANCY. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol, v. 122, n. 5, p. 1122- 1131, 2013.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 692p.
- 4- Caio ACP, Mariana VP, Lívia SP. DIRETRIZ CLÍNICA PARA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E MANEJO DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO. PROJETO TODAS AS MÃES IMPORTAM, DA SBIB ALBERT EINSTEIN E MSD PARA MÃE, 2023. Disponível em: <https://www.einstein.br/empresas-hospitais/escritorio-de-excelencia-einstein/projetos-de-melhoria/melhoria-na-assistencia-ao-parto>
- 5- De Sousa FLP, Cunha Filho EV, Korkes HA, Peraçoli JC, Ramos JGL, Sass N, Martins-Costa SH, de Oliveira LG, Costa ML, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta AM, Freire CHE, Poli-de-Figueiredo CE, Rocha Filho EAP, Cavalli RC. Hipertensão Arterial Crônica – Protocolo no. 01/2023. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023.
- 6- INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE. Mortalidade materna: causas e caminhos para o enfrentamento. Revista IEPS, 2023.
- 7- Magee, L A et al. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, v. 36, p. 416, 2014.
- 8- Malachias M, Souza W, Plavnik F, Rodrigues C, Brandão A, Neves M, et al. 7a Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2016;107(3 Supl. 3):1-83. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf.
- 9- OMS. Diretriz: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra; 2013:36p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_gestantes.pdf



10- Peixoto-Filho FM, Costa FS, Kobayashi S, El Beitune P, Garrido AG, Carmo AV, et al. Predição e prevenção da pré-eclâmpsia. FEBRASGO POSITION STATEMENT; 2023.

11- Peraçoli, J C et al. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia: Protocolo n. 1. [S. l.]: Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez, 2020.

12- Korkes 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.

	Nome	Cargo	Área de Atuação
Elaboração	Ana Cléia Margarida Tonhá Benedetti	Enfermeira	Núcleo de Governança Clínica
	Ana Cláudia Jaime de Paiva	Enfermeira	Núcleo de Governança Clínica
Revisão	Guilherme Lázaro de Carvalho Vasconcelos	Médico	Coordenador médico da Ginecologia
	Luciana Craveiro Curado Tavares	Médica	Centro de Especialidades
Validação	Loanny Moreira Barbosa	Diretora	Atenção Especializada - SAS
Aprovação	Carlos Eduardo de Paula Itacaramby	Superintendente	Superintendente Gestão e Planejamento
	Alessandro Magalhães	Secretário de Saúde	Secretaria de Saúde