



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

POP Nº 01/17

ELABORAÇÃO: 09/2026

REVISÃO: 09/2029

HIPERTENSÃO GESTACIONAL / PRÉ - ECLÂMPsia

EXECUTANTE: EQUIPE MÉDICA MUNICIPAL

ÁREA: SEC. SAÚDE MUNICIPAL

1. DEFINIÇÃO:

A pré-eclâmpsia é uma síndrome hipertensiva específica da gestação, caracterizada pelo surgimento de hipertensão arterial após a 20ª semana de gestação, associada à proteinúria e/ou a sinais de disfunção materna, podendo apresentar repercussões maternas, placentárias e fetais.

Trata-se de uma condição potencialmente grave e de evolução variável, que pode permanecer inicialmente assintomática ou evoluir rapidamente para formas graves, eclâmpsia, síndrome HELLP, acidente vascular cerebral, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, descolamento prematuro de placenta, restrição do crescimento fetal e óbito materno ou fetal.

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) estabelece e padroniza a assistência à gestante com hipertensão arterial ou suspeita de pré-eclâmpsia em todos os pontos da rede municipal de saúde que realizem atendimento médico, desde o acompanhamento pré-natal até o atendimento de urgência e emergência.

O protocolo contempla a identificação precoce, avaliação clínica, confirmação diagnóstica, investigação, prevenção de complicações, tratamento inicial, monitorização, reavaliação e encaminhamento ou transferência, de acordo com a condição clínica da gestante e a capacidade assistencial do serviço.

A assistência deverá seguir uma linha de cuidado lógica, temporal e integrada, permitindo que a gestante seja reconhecida, avaliada e conduzida de maneira padronizada independentemente do ponto da rede em que ocorrer o atendimento.

Este POP constitui referência para os profissionais médicos da Atenção Primária à Saúde, Pronto Atendimento, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e demais serviços municipais que realizem atendimento à gestante, estabelecendo condutas mínimas comuns e critérios objetivos para continuidade do cuidado e encaminhamento à assistência obstétrica especializada.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Jucilene Lopes Aquino
Enf. Franciele Matos

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Desig. Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

O protocolo não substitui a avaliação clínica individualizada nem limita a autonomia técnica do médico, devendo ser utilizado como instrumento de padronização, segurança assistencial e tomada de decisão, especialmente diante de situações de risco materno ou fetal.

2. OBJETIVO:

Estabelecer e padronizar a abordagem médica da gestante com hipertensão arterial ou suspeita de pré-eclâmpsia nos diferentes pontos da rede municipal de saúde, garantindo reconhecimento precoce, avaliação sistematizada, estratificação adequada do risco, intervenção oportuna e continuidade do cuidado, de acordo com a gravidade clínica e a capacidade assistencial de cada serviço.

São objetivos específicos:

- Padronizar a aferição, confirmação e interpretação da pressão arterial na gestação;
- Estabelecer critérios objetivos para identificação e classificação das síndromes hipertensivas da gestação;
- Reconhecer precocemente sinais, sintomas e alterações laboratoriais indicativos de gravidade;
- Orientar a investigação clínica, laboratorial e fetal inicial;
- Padronizar as medidas iniciais diante de hipertensão arterial grave e pré-eclâmpsia com sinais de gravidade;
- Definir critérios para acompanhamento, encaminhamento e transferência;
- Estabelecer uma comunicação assistencial padronizada entre ESF/UBS, Pronto Atendimento, UPA e serviço obstétrico de referência;
- Reduzir atrasos no reconhecimento e tratamento das formas graves;
- Garantir registro adequado das avaliações, condutas, reavaliações e encaminhamentos;
- Promover continuidade e coordenação do cuidado, evitando duplicidade, omissão ou atraso na assistência;
- Contribuir para a redução da morbimortalidade materna e perinatal associada às síndromes hipertensivas da gestação.

Este POP deverá ser utilizado como protocolo municipal de referência para a assistência médica à gestante, independentemente da porta de entrada ou do serviço em que ocorrer o atendimento.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Jucilene Lopes Aquino
Enf. Franciele Matos

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Desig. Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



3. DEFINIÇÕES CLÍNICAS

3.1 Hipertensão arterial na gestação

Considerar hipertensão arterial:

PAS $\geq$ 140 mmHg e/ou PAD $\geq$ 90 mmHg.

A FEBRASGO recomenda confirmação após 4 horas quando não houver níveis graves. Entretanto, diante de: PAS $\geq$ 160 mmHg e/ou PAD $\geq$ 110 mmHg a pressão deve ser repetida em aproximadamente 10/15 minutos, e, se persistente, deve-se iniciar tratamento oportuno.

3.2 Pré-eclâmpsia

Em gestante previamente normotensa, após 20 semanas:

Hipertensão arterial + pelo menos um dos seguintes:

Proteinúria

- $\geq$ 300 mg/24h;
- relação proteína/creatinina $\geq$ 0,3;
- $\geq$ 1+ em fita urinária, quando métodos quantitativos não estiverem disponíveis.

A relação proteína/creatinina é considerada pela FEBRASGO uma alternativa prática e confiável.

OU disfunção de órgão-alvo

- plaquetas $<$ 150.000/mm³;
- TGO/TGP $>$ 40 UI/L;
- creatinina $>$ 1,2 mg/dL;
- edema pulmonar;
- sintomas neurológicos/iminência de eclâmpsia;
- eclâmpsia.

Também deve chamar atenção a associação de hipertensão com restrição de crescimento fetal e/ou alterações Doppler, mesmo sem proteinúria.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Jucilene Lopes Aquino
Enf. Franciele Matos

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Desig. Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



4. TRIAGEM INICIAL NA UBS/PA

Toda gestante ≥ 20 semanas com PA elevada deverá ser avaliada quanto a:

Sintomas de alarme

Perguntar ativamente:

- cefaleia intensa ou persistente;
- escotomas, fotofobia ou visão turva;
- dor epigástrica;
- dor em hipocôndrio direito;
- náuseas/vômitos de início recente;
- dispneia;
- ortopneia;
- alteração do estado mental;
- convulsão;
- sangramento vaginal;
- redução dos movimentos fetais.

Esses sintomas são particularmente importantes porque a pré-eclâmpsia pode apresentar-se com poucos ou nenhum sintoma evidente.

5. AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

A medida deve ser realizada com técnica adequada.

Orientações:

- paciente sentada;
- pés apoiados no chão;
- pernas descruzadas;
- braço na altura do coração;
- bexiga vazia;
- repouso prévio;
- manguito adequado;
- realizar duas medidas quando necessário.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Jucilene Lopes Aquino
Enf. Franciele Matos

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Desig. Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



6. FLUXOGRAMA OPERACIONAL

6.1 PA < 140 × 90 mmHg

Sem sintomas de alarme

→manter acompanhamento pré-natal habitual juntamente com controle pressórico.

6.2 PA 140–159 × 90–109 mmHg

Repetir PA após repouso/técnica adequada.

Persistência da hipertensão

→ Avaliar sintomas;

→ Avaliação médica imediata;

→ solicitar investigação laboratorial conforme disponibilidade;

→ avaliar proteinúria;

→ avaliar condição fetal;

→ classificar como:

Hipertensão gestacional / suspeita de pré-eclâmpsia / HAS crônica / pré-eclâmpsia sobreposta

Encaminhamento para avaliação obstétrica conforme quadro clínico e estrutura da rede.

6.3 PA ≥160 × 110 mmHg

CONSIDERAR EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA OBSTÉTRICA

Repetir PA em aproximadamente 10 minutos.

Se persistente:

Conduta imediata

1. manter paciente em ambiente assistido;
2. avaliação médica imediata;
3. acesso venoso;
4. monitorização;
5. avaliar sintomas neurológicos, visuais, epigástricos e respiratórios;
6. avaliar BCF;
7. iniciar tratamento anti-hipertensivo;
8. providenciar transferência para serviço obstétrico de referência.

A FEBRASGO recomenda tratamento imediato diante de hipertensão grave persistente.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Jucilene Lopes Aquino
Enf. Franciele Matos

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Desig. Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



7. TRATAMENTO DA CRISE HIPERTENSIVA

Primeira opção:

- Nifedipino de liberação imediata - **10 mg VO a cada 20/30 minutos – máx. 30mg**

Reavaliar PA após aproximadamente 20–30 minutos.

Alternativa:

- Hidralazina EV (ampola 20mg/ml)

- **Diluir 1 ampola em 19ml de água destilada**
- **Dose: 5mg (5ml) EV lentamente a cada 15 minutos até atingir o controle pressórico – redução de 20 a 30% da Pressão Arterial – máx. 30mg**

Pode ser repetida conforme resposta clínica, respeitando monitorização e dose máxima estabelecida (vide anexo 01).

A FEBRASGO reconhece nifedipino VO e hidralazina EV como opções para crise hipertensiva na gestação.

IMPORTANTE: O objetivo inicial não é normalizar abruptamente a PA, mas retirar a paciente da faixa de hipertensão grave e reduzir o risco materno, evitando hipotensão excessiva e comprometimento da perfusão uteroplacentária.

8. QUANDO USAR SULFATO DE MAGNÉSIO?

Sua indicação é principalmente para:

Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, deteriorização clínica e/ou laboratorial, incluindo a crise hipertensiva de difícil controle, iminência de eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP.

Mesmo na ausência de sintomas, indica a profilaxia de convulsão com Sulfato de Magnésio.

Especialmente diante de:

- cefaleia intensa/persistente;
- alterações visuais;
- alteração neurológica;
- hiperreflexia/clônus;
- dor epigástrica/HCD associada a quadro grave;
- convulsão.

A FEBRASGO destaca o sulfato de magnésio como medicamento de escolha para prevenção/tratamento das convulsões eclâmpicas.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Jucilene Lopes Aquino
Enf. Franciele Matos

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Desig. Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



9. ESQUEMA DO SULFATO DE MAGNÉSIO

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 11. Esquemas do MgSO₄ para prevenir e tratar eclâmpsia.

Esquema do MgSo ₄	Dose inicial	Dose de manutenção
Zuspan (IV exclusivo)	a 4 g - IV (<i>bolus</i>) administrados lentamente	b 1 g por hora - IV em bomba de infusão contínua (BIC) (diluição em SF 0,9%)
Pritchard (IV / IM)	a 4 g - IV (<i>bolus</i>) 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:

MgSO₄ a 50% (1 ampola contém 10 mL com 5 g de MgSO₄). Diluir 8 mL de MgSO₄ a 50% (4 g) em 12 mL de água destilada ou soro fisiológico. A concentração final terá 4 g/20 mL. Infundir a solução IV lentamente (15 a 20 minutos).

Outra possibilidade seria diluir 8 mL em 92 mL de soro fisiológico a 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 MgSO₄ a 50% (10 mL) em 490 mL de soro fisiológico a 0,9%. A concentração final terá 1 g/100 mL. Infundir a solução IV na velocidade de 100 mL/h.

*Alguns serviços preconizam a dose de manutenção de 2g/h IV em BIC.

c- Preparação da dose de manutenção no esquema de Pritchard: utilizar 10 mL da ampola de MgSO₄ a 50% (solução com 5g de MgSo₄). Outras apresentações não devem ser utilizadas para esse esquema pelo volume excessivo delas.

O esquema deve ser iniciado e mantido durante transferência quando indicado.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Jucilene Lopes Aquino
Enf. Franciele Matos

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Desig. Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



10. MONITORIZAÇÃO DURANTE SULFATO DE MAGNÉSIO

Vigilância quanto ao risco de intoxicação, requer avaliação clínica constante a cada 1 hora:

Monitorar:

- frequência respiratória;
- saturação;
- reflexo patelar;
- nível de consciência;
- diurese;
- pressão arterial;
- frequência cardíaca.

Suspender/avaliar toxicidade se:

- depressão respiratória;
- arreflexia patelar;
- redução importante do nível de consciência;
- oligúria importante.

Antídoto

Gluconato de cálcio 10% – 10 mL EV, conforme protocolo de toxicidade pelo magnésio.

11. INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL

Na suspeita de pré-eclâmpsia, solicitar conforme disponibilidade:

Hemograma

- hemoglobina;
- hematócrito;
- plaquetas.

Função renal

- creatinina;
- ureia;
- ionograma conforme quadro.

Função hepática

- TGO;
- TGP;
- bilirrubinas conforme indicação;
- LDH, quando disponível e especialmente se suspeita de HELLP.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Jucilene Lopes Aquino
Enf. Franciele Matos

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Desig. Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

Avaliação de proteinúria

Preferencialmente:

Relação proteína/creatinina urinária $\geq 0,3$

ou:

- proteinúria de 24 horas;
- fita urinária quando não houver método quantitativo disponível.

12. AVALIAÇÃO DE VITALIDADE FETAL

Sempre:

- ausculta dos BCF;
- avaliação dos movimentos fetais;
- cardiotocografia quando disponível;
- ultrassonografia obstétrica;
- avaliação do crescimento fetal;
- líquido amniótico;
- Dopplerfluxometria quando indicada.

A FEBRASGO destaca que a suspeita de pré-eclâmpsia deve ser avaliada rapidamente em serviço capaz de verificar simultaneamente condição materna, exames laboratoriais e vitalidade fetal.

13. CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA IMEDIATA

ACIONAR SAMU E SOLICITAR TRANSFERÊNCIA IMEDIATAMENTE PARA SERVIÇO OBSTÉTRICO QUANDO HOVER:

- PA $\geq 160/110$ persistente
- sintomas neurológicos/visuais
- dor epigástrica/HCD sugestiva de comprometimento hepático
- suspeita de síndrome de HELLP
- plaquetopenia
- alteração renal significativa
- edema pulmonar/dispneia importante
- eclâmpsia/convulsão
- alteração importante da vitalidade fetal
- suspeita de descolamento prematuro de placenta.
- necessidade de avaliação especializada

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Jucilene Lopes Aquino
Enf. Franciele Matos

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Desig. Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



14. PRINCÍPIO FUNDAMENTAL DO ENCAMINHAMENTO

- NÃO fazer: "Encaminhar para consulta com obstetra."
- Fazer: "**Encaminhar imediatamente para avaliação obstétrica em serviço de referência.**"

A própria FEBRASGO recomenda evitar que gestantes com suspeita/comprovação de pré-eclâmpsia aguardem **agendamento ambulatorial eletivo**, justamente pela possibilidade de deterioração rápida.

15. FLUXO UBS → PA/UPA → REFERÊNCIA

UBS/ESF

- Identificação de PA elevada;
- Repetir PA + avaliação clínica;
- Iniciar imediatamente medidas de suporte conforme protocolo acima ainda na unidade;
- Solicitar transferência imediata através do SAMU para o PA ou serviço de referência;
- Realizar todas as anotações pertinentes ao caso em prontuário eletrônico, incluindo medicamentos utilizados, resposta clínica, número da ocorrência, horário de acionamento e chegada da equipe do SAMU e destino da paciente;

ATENDIMENTO IMEDIATO

- Acesso venoso
- Monitorização
- Exames quando disponíveis
- Anti-hipertensivo
- MgSO₄ se indicação
- Avaliação fetal
- Contato com referência – SAMU
- Transferência.

16. RESPONSABILIDADES

Médico:

- confirmar hipertensão;
- avaliar gravidade;
- estabelecer hipótese diagnóstica;
- solicitar exames;
- prescrever tratamento;
- definir necessidade de sulfato de magnésio;
- acionar serviço de referência;
- registrar conduta e horário;
- acompanhar paciente até transferência.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Jucilene Lopes Aquino
Enf. Franciele Matos

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Desig. Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

Enfermagem

- aferição adequada da PA;
- sinais vitais;
- monitorização;
- acesso venoso;
- administração das medicações prescritas;
- controle de diurese quando indicado;
- registro dos parâmetros;
- apoio durante transferência.

17. REGISTRO OBRIGATÓRIO NO PRONTUÁRIO

Registrar:

- idade gestacional;
- PA inicial;
- PA repetida;
- horário das medidas;
- sintomas presentes/ausentes;
- BCF;
- achados do exame físico;
- hipótese diagnóstica;
- exames solicitados;
- medicamentos administrados;
- horário e dose;
- resposta ao tratamento;
- contato com serviço de referência;
- horário da solicitação da transferência;
- condições clínicas no momento da transferência.

18. OBSERVAÇÕES GERAIS

- Este protocolo não substitui o julgamento clínico e individual do médico assistente;
- Gestante com suspeita de pré-eclâmpsia não deve aguardar consulta ambulatorial eletiva;
- Gestantes possuem prioridade no atendimento médico;
- Gestantes com PA $\geq 160/110$ mmHg, sintomas neurológicos/visuais, dor epigástrica/HCD, convulsão, edema pulmonar, alterações laboratoriais compatíveis com gravidade ou comprometimento fetal exigem avaliação e tratamento imediato, com encaminhamento para serviço obstétrico de referência.
- A ausência de sintomas não exclui a possibilidade de pré-eclâmpsia ou de evolução para formas graves, devendo toda gestante com hipertensão arterial ser adequadamente avaliada;
- A presença de proteinúria não é obrigatória para o diagnóstico de pré-eclâmpsia quando houver hipertensão arterial associada a sinais de disfunção materna, placentária ou fetal;

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Jucilene Lopes Aquino
Enf. Franciele Matos

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Desig. Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

- Diante de hipertensão arterial grave persistente, o tratamento não deve ser retardado pela realização ou aguardo de exames laboratoriais, exames de imagem, avaliação fetal ou disponibilidade de transferência;
- A estabilização clínica inicial da gestante deve ser iniciada no serviço em que ela se encontra, dentro dos recursos e competências disponíveis, não devendo o encaminhamento ou a transferência retardar as medidas imediatas necessárias;
- A transferência da gestante para serviço de referência deve ocorrer após comunicação entre os serviços e com registro das condições clínicas, medidas adotadas e tratamentos realizados, sempre que a situação clínica permitir;
- Durante o processo de transferência, devem ser mantidas as medidas de estabilização e monitorização compatíveis com a condição clínica da gestante;
- Todas as avaliações clínicas, sinais vitais, exames, medicamentos administrados, horários, doses, resposta ao tratamento e decisões de encaminhamento devem ser devidamente registrados no prontuário;

19. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO).** Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação. **Hipertensão arterial crônica e gravidez.** 3. ed. São Paulo: FEBRASGO, 2024. Protocolos FEBRASGO – Obstetrícia, n. 19. Disponível em: FEBRASGO. Acesso em: 09/2026.
- **PERAÇOLI, J. C.; BORGES, V. T. M.; RAMOS, J. G. L.; CAVALLI, R. C.; COSTA, S. H. A. M. et al.** Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 41, n. 5, p. 318–332, 2019. DOI: 10.1055/s-0039-1687859.
- **FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO).** Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia. Protocolos FEBRASGO – Obstetrícia. São Paulo: FEBRASGO, 2018.
- **FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO).** Eclâmpsia: fluxograma e checklist para atendimento. FEBRASGO. Disponível em: FEBRASGO. Acesso em: 09/2026.
- **FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO).** Atendimento inicial à eclâmpsia. São Paulo: FEBRASGO, 2018. Disponível em: FEBRASGO. Acesso em: 09/2026.
- **BRASIL. Ministério da Saúde.** Pressão alta na gravidez. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: Ministério da Saúde. Acesso em: 09/2026.
- **BRASIL. Ministério da Saúde.** Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: Ministério da Saúde. Acesso em: 09/2026.
- **BRASIL. Ministério da Saúde.** Linhas de Cuidado: Pré-natal de baixo risco – situações de urgência e planejamento terapêutico. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: Ministério da Saúde. Acesso em: 09/2026.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Jucilene Lopes Aquino
Enf. Franciele Matos

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Desig. Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



Quadro 9. Agentes recomendados para o tratamento da crise hipertensiva em gestantes.

Agente	Dose inicial	Repetir, se necessário	Dose máxima
Nifedipino Comprimido de 10 mg	10 mg - VO	10 mg – VO a cada 20 a 30 min	30 mg
Hidralazina* Ampola de 20 mg/mL	5 mg - IV	5 mg – IV a cada 20 min	30 mg
Nitroprussiato de sódio** Ampola 50 mg/2 mL	0,5 a 10 µg/kg/min Infusão intravenosa contínua		#

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

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

Fonte: autores.

Quadro 10. Esquema de infusão recomendado para nitroprussiato de sódio.

Dose desejada (µg/kg/min)		0,5	1,0	2,0	3,0	4,0	5,0	Velocidade de infusão (mL/h)
Peso da paciente	50 kg	7,5	15,0	30,0	60,0	90,0	120,0	
	60 kg	9,0	18,0	36,0	72,0	108,0	144,0	
	70 kg	10,0	21,0	42,0	84,0	126,0	168,0	
	80 kg	12,0	24,0	48,0	96,0	144,0	192,0	
	90 kg	14,0	27,0	54,0	108,0	162,0	216,0	
	100 kg	15,0	30,0	60,0	120,0	180,0	240,0	

Do ponto de vista prático, recomenda-se iniciar com a dose mínima e aumentar 1 mL/h a cada dez minutos. A dose máxima, quando necessária, não deve ser utilizada por mais de dez minutos, devendo-se reduzi-la, então, pela metade. O nitroprussiato deixa de agir três minutos após a interrupção da infusão.

Fonte: autores



Anexo 02

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 11. Esquemas do MgSO₄ para prevenir e tratar eclâmpsia.

Esquema do MgSO ₄	Dose inicial	Dose de manutenção
Zuspan (IV exclusivo)	a 4 g - IV (<i>bolus</i>) administrados lentamente	b 1 g por hora - IV em bomba de infusão contínua (BIC) (diluição em SF 0,9%)
Pritchard (IV / IM)	a 4 g - IV (<i>bolus</i>) 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:

MgSO₄ a 50% (1 ampola contém 10 mL com 5 g de MgSO₄). Diluir 8 mL de MgSO₄ a 50% (4 g) em 12 mL de água destilada ou soro fisiológico. A concentração final terá 4 g/20 mL. Infundir a solução IV lentamente (15 a 20 minutos).

Outra possibilidade seria diluir 8 mL em 92 mL de soro fisiológico a 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 MgSO₄ a 50% (10 mL) em 490 mL de soro fisiológico a 0,9%. A concentração final terá 1 g/100 mL. Infundir a solução IV na velocidade de 100 mL/h.

*Alguns serviços preconizam a dose de manutenção de 2g/h IV em BIC.

c- Preparação da dose de manutenção no esquema de Pritchard: utilizar 10 mL da ampola de MgSO₄ a 50% (solução com 5g de MgSO₄). Outras apresentações não devem ser utilizadas para esse esquema pelo volume excessivo delas.

Fonte: autores.

*Uma estratégia que poderá ser adotada para reduzir os riscos de necrose muscular na administração IM na dose inicial no esquema de Pritchard (10g de MgSO₄ a 50% - 20 ml), é a realização em 4 grupamentos musculares distintos, sendo 2,5g em cada (equivalente em volume a 5 ml em cada musculo).