



**CENTRO
UNIVERSITÁRIO**

Centro Universitário FAG

STEFANI CAMILO DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA E MANEJO FARMACOLÓGICO DA PRÉ-ECLÂMPSIA EM
GESTANTES INTERNADAS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE CASCAVEL-PR, NO
PERÍODO DE 2014 A 2024**

CASCAVEL

2025

STEFANI CAMILO DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA E MANEJO FARMACOLÓGICO DA PRÉ-ECLÂMPSIA EM
GESTANTES INTERNADAS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE CASCAVEL-PR, NO
PERÍODO DE 2014 A 2024**

Trabalho apresentado como requisito parcial
para conclusão da disciplina de Trabalho de
Conclusão de Curso, do curso de Farmácia, do
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz

Prof. orientador (a): Dra. Clarissa
Vasconcelos De Oliveira

**CASCAVEL
2025**

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ
STEFANI CAMILO DOS SANTOS

PREVALÊNCIA E MANEJO FARMACOLÓGICO DA PRÉ-ECLÂMPSIA EM
GESTANTES INTERNADAS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE CASCAVEL-PR, NO
PERÍODO DE 2014 A 2024

Trabalho apresentado ao Curso de Farmácia, do Centro Universitário FAG, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia, sob a orientação da Professora Dra. Clarissa Vasconcelos de Oliveira tendo sido _____, com nota _____, na data de _____

BANCA EXAMINADORA

DRA. CLARISSA VASCONCELOS DE OLIVEIRA

Centro Universitário FAG
Docente

NOME DO MEMBRO DA BANCA 1

Centro Universitário FAG
Titulação do Docente

NOME DO MEMBRO DA BANCA 2

Centro Universitário FAG
Titulação do Docente

Cascavel/PR, 12 de Novembro, 2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, que me deu luz nos dias escuros, coragem nas incertezas e fé para seguir adiante até a realização deste sonho.

Dedico, em especial, aos meus pais, que sob sol e chuva me fizeram chegar até aqui, sempre oferecendo sombra e água fresca.

Dedico também aos meus irmãos, que com suas piadas e alegria tornaram mais leves os dias difíceis.

AGRADECIMENTOS

Chego a este momento com o coração transbordando de alegria e gratidão, refletindo sobre o caminho percorrido até aqui e as inúmeras bênçãos que recebi ao longo dessa jornada. A conclusão deste trabalho não é apenas uma conquista pessoal, mas uma vitória compartilhada com todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para minha caminhada. Por isso, quero dedicar estas palavras de agradecimento aos que contribuíram e também aos que sempre estiveram ao meu lado, nos bons e nos mais desafiadores momentos.

Aos meus pais Clarismundo e Marlete, que com o exemplo diário de trabalho e dedicação no campo me ensinaram o verdadeiro valor do esforço e da honestidade. Agradeço por todo apoio, amor e paciência, por acreditarem em mim e por me darem forças para nunca desistir dos meus sonhos.

Aos meus irmãos Eduardo e Yago, companheiros de vida, que caminharam comigo desde o início e me acompanharam em cada etapa desta jornada. Agradeço por todo carinho, por cada gesto de apoio e por, tantas vezes, deixarem de lado seus próprios planos para me ajudar a alcançar os meus.

Às minhas avós, que com tanto amor, carinho e fé, sempre me acolheram com orações, abraços e beijos cheios de ternura. Uma delas, que hoje vive na memória, segue presente em meu coração e em cada passo desta caminhada.

Ao meu primo Diogo, pela paciência em lidar com meus momentos de estresse e por me ouvir e apoiar quando precisei.

Ao meu primo Gabriel, por sempre me auxiliar em tudo que precisei e por estar disposto a ajudar em cada etapa desta jornada.

Às minhas amigas Lauana, Gabriela e Alessa, pela amizade, companheirismo e pelas risadas que tornaram os dias mais leves. Obrigada por compartilharem comigo as alegrias e também os desafios da vida acadêmica, tornando essa caminhada mais feliz e significativa. Agradeço em especial e com muito carinho, às minhas amigas Elaine e Isabela, que me acompanharam de perto durante a elaboração deste trabalho, oferecendo apoio, compreensão e leveza nos momentos de ansiedade e angústia. Sou imensamente grata pela amizade e pela presença de cada uma de vocês, que fizeram desta trajetória uma fase inesquecível da minha vida.

À minha amiga Andrielly, que em toda a minha vida eu jamais imaginei ser presenteada com uma amizade tão abençoada. Você me ouve, me aconselha e me faz enxergar a vida com um olhar mais amplo. E quando isso não é o suficiente, me lembra e me conduz ao entendimento de Deus. Sou grata por ter alguém tão especial ao meu lado, que ilumina meus dias com sabedoria, fé e amor.

À minha amiga Gabrielly, por dividir comigo sonhos, risadas e força nos momentos difíceis.

À minha orientadora, sua orientação foi essencial para a realização deste trabalho. Agradeço por sua paciência, por seu olhar atento e por sua sabedoria. Com sua ajuda não somente concluo este trabalho, mas como também cresci como pessoa profissional.

À todos os professores por transmitirem conhecimento com sabedoria, dedicação e carinho.

À Fundação Hospitalar São Lucas, onde me receberam muito bem para a realização do projeto.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para essa conquista.

SUMÁRIO

1.REVISÃO LITERÁRIA	7
PRÉ-ECLÂMPsia	7
PREVALÊNCIA DE PRÉ-ECLÂMPsia	8
PERFIL DAS GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPsia	9
TRATAMENTO DA PRÉ-ECLÂMPsia	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
2. ARTIGO CIENTÍFICO DE ACORDO COM AS NORMAS DA REVISTA THÊMA ET SCIENTIA	14
3. NORMAS DA REVISTA	33
4. RELATÓRIO DOCXWEB	39

1. REVISÃO LITERÁRIA

PRÉ-ECLÂMPsia

A pré-eclâmpsia (PE) é uma condição médica multifatorial e complexa que acomete gestantes, caracterizada pelo surgimento de hipertensão arterial e sinais de disfunção orgânica, geralmente após a 20ª semana de gestação. Trata-se de uma síndrome multissistêmica que tem atraído significativa atenção clínica e científica devido ao seu potencial de gerar complicações graves tanto para a mãe quanto para o feto (DA SILVA SANTOS et al., 2023).

A síndrome é marcada por hipertensão arterial persistente, proteinúria e disfunções em órgãos como fígado, rins, cérebro e placenta. As manifestações clínicas variam de formas leves a quadros graves que exigem intervenção médica imediata. A classificação da PE é baseada na gravidade e pode ser dividida em leve, grave ou como síndrome HELLP (hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia). O tratamento inclui estratégias farmacológicas — como o uso de anti-hipertensivos e corticosteroides para acelerar a maturidade pulmonar fetal — e medidas não farmacológicas, como repouso, controle da ingestão de sal e líquidos (DA SILVA SANTOS et al., 2023).

A PE também é classificada quanto ao momento do diagnóstico: pré-eclâmpsia precoce, quando ocorre antes das 34 semanas de gestação, e tardia, quando identificada após esse período. A forma precoce tende a ser mais grave, com maior risco de restrição do crescimento fetal (RCF), enquanto a forma tardia é mais comum e geralmente apresenta menor gravidade. A resolução da PE geralmente se dá com o término da gestação e a dequitação, embora o agravamento do quadro possa ocorrer no puerpério imediato (PINTO, 2019).

Embora a etiologia da pré-eclâmpsia ainda não seja completamente compreendida, diversos fatores de risco já foram identificados, como obesidade ($\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$), hipertensão crônica, diabetes pré-gestacional e doenças autoimunes, como lúpus eritematoso sistêmico (PERAÇOLI et al., 2020). Assim, compreende-se que a PE pode se manifestar de maneiras distintas, dependendo da susceptibilidade individual e da resposta fisiológica da gestante.

Além disso, o Caderno de Atenção Básica nº 32 — Atenção ao Pré-Natal (BRASIL, 2013) destaca que a pré-eclâmpsia pode se manifestar em gestantes previamente normotensas, mas também como pré-eclâmpsia superposta em hipertensas crônicas, caracterizada pela piora súbita da pressão arterial, aumento da proteinúria ou disfunção orgânica após a 20ª semana. O

protocolo ainda enfatiza que sinais como cefaleia persistente, alterações visuais, dor epigástrica ou pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg devem ser considerados alerta para pré-eclâmpsia grave, exigindo encaminhamento imediato e monitoramento intensivo da gestante.

Outro ponto relevante, não contemplado anteriormente, é o uso de biomarcadores na avaliação de risco. O protocolo sugere que a medida de proteína plasmática A associada ao fator de crescimento placentário (PIGF) pode ajudar na detecção precoce de PE, principalmente em gestantes de alto risco, contribuindo para um manejo mais direcionado e precoce (BRASIL, 2023).

PREVALÊNCIA DE PRÉ-ECLÂMPSIA

A hipertensão arterial acomete cerca de 15% das gestações, sendo que a pré-eclâmpsia está presente em aproximadamente 3% a 10% dessas, consolidando-se como a segunda principal causa de mortalidade materna. Em países de baixa e média renda, a PE é responsável por mais de 15% das mortes maternas, e pode chegar a 25% em algumas regiões da América Latina (SALES NETTO et al., 2024).

A recorrência da PE é significativa entre mulheres que já tiveram a condição em gestações anteriores, especialmente quando associada a comorbidades como obesidade e diabetes mellitus. A probabilidade de recorrência pode alcançar até 20%, sendo mais comum nos casos precocemente diagnosticados (SOUZA et al., 2021). Além disso, antecedentes de hipertensão gestacional dobram o risco de desenvolvimento de PE em futuras gestações (LOPES et al., 2020).

A idade materna também é um fator de risco relevante. Gestantes com mais de 35 anos têm maior predisposição à PE em comparação com mulheres entre 18 e 34 anos, faixa etária considerada ideal para a reprodução. No entanto, estudos como o de Moraes et al. (2023) mostram uma prevalência maior da PE em mulheres dentro da faixa etária reprodutiva ideal (19 a 24 anos), o que, apesar de divergente da literatura tradicional, representa um cenário potencialmente mais favorável em termos de desfechos clínicos.

Além dos fatores clínicos, aspectos genéticos também influenciam a prevalência da PE. Mulheres afrodescendentes, por exemplo, apresentam risco aumentado de desenvolver a doença (SALES NETTO et al., 2024). Aspectos socioeconômicos, como baixa escolaridade, renda reduzida e acesso limitado aos serviços de saúde, contribuem significativamente para a ocorrência da PE. Há ainda evidências de que estilos de vida não saudáveis — sedentarismo,

dieta desequilibrada, tabagismo e exposição a poluentes ambientais — elevam o risco da doença (SANTOS et al., 2019; DALMÁZ et al., 2009).

PERFIL DAS GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPسيا

A hipertensão é uma das complicações obstétricas mais frequentes, afetando especialmente mulheres em faixas etárias extremas. A incidência de PE na população obstétrica geral varia de 3% a 4%, podendo chegar a 5% a 10% em gestantes com mais de 40 anos (AMORIM, 2017).

O Ministério da Saúde classifica a idade materna superior a 35 anos como um fator de risco gestacional preexistente, o que requer acompanhamento pré-natal mais rigoroso (BRASIL, 2013). Tanto a gravidez em adolescentes quanto em mulheres mais velhas está associada a maior risco de desenvolver PE. O estudo de Amorim (2017) incluiu gestantes com idades entre 14 e 50 anos, demonstrando que os extremos da faixa reprodutiva concentram maior número de casos. A faixa de 32 a 38 anos correspondeu a 24,8% dos casos de PE, destacando-se como o terceiro grupo mais afetado (AMORIM, 2017).

Segundo Nóbrega et al. (2016), a maior prevalência de PE ocorre entre gestantes pardas, o que está em consonância com dados que apontam a cor da pele não branca como fator de risco predominante (92,54%), reflexo da miscigenação brasileira. O autor também identificou que 76,30% dos casos ocorreram entre 35 e 40 semanas de gestação, período próximo ao termo (NÓBREGA, 2016).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2025, diversos fatores contribuem para o aumento do risco de desenvolvimento da pré-eclâmpsia (SBC; SBH; SBN, 2025). Esses fatores são classificados em alto risco (quando um único critério já justifica maior vigilância) e risco moderado (quando há dois ou mais critérios associados), conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Fatores de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia.

Fatores de alto risco	Fatores de risco moderado
História de gestação anterior com pré-eclâmpsia	Índice de massa corporal (IMC) > 30 kg/m ² antes da gestação
Descolamento prematuro de placenta prévio	Idade materna > 40 anos

Retardo de crescimento intrauterino em gestação prévia	Nuliparidade
Natimorto prévio	Reprodução assistida
Hipertensão arterial crônica	Gestação multifetal
Diabetes mellitus pré-gestacional	
Doença renal crônica	
Lúpus eritematoso sistêmico ou síndrome dos anticorpos antifosfolípidos	

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2025).

TRATAMENTO DA PRÉ-ECLÂMPSIA

O tratamento da pré-eclâmpsia visa, principalmente, ao controle da pressão arterial, à prevenção de complicações maternas e fetais e à definição do momento mais seguro para o parto (FEBRASGO, 2020). O manejo clínico deve ser individualizado, levando em consideração a gravidade do quadro, a idade gestacional e as condições clínicas maternas e fetais (FEBRASGO, 2020).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2025), o tratamento anti-hipertensivo na gestação deve ser iniciado sempre que a pressão arterial sistólica for ≥ 160 mmHg ou a diastólica ≥ 110 mmHg, ou ainda quando houver sinais de comprometimento materno, como cefaleia intensa, distúrbios visuais ou dor epigástrica (SBC; SBH; SBN, 2025). O objetivo é reduzir a pressão arterial para valores em torno de 140/90 mmHg, evitando quedas bruscas que possam comprometer a perfusão uteroplacentária.

Os medicamentos anti-hipertensivos mais utilizados durante a gestação incluem metildopa, nifedipina e hidralazina. Metildopa trata-se de um agonista dos receptores adrenérgicos α_2 situados no sistema nervoso central, reduzindo a liberação de noradrenalina, diminuindo o tônus simpático e promovendo vasodilatação periférica. Essa redução da resistência vascular periférica resulta em queda da pressão arterial, mantendo o fluxo uteroplacentário sem comprometimento significativo. De acordo com as diretrizes publicadas pela SBC, SBH e SBN (2025), a metildopa como a droga de escolha para hipertensão em gestantes devido ao seu perfil de segurança fetal comprovado (SBC; SBH; SBN, 2025).

Nifedipina é um bloqueador de canais de cálcio tipo L que age principalmente na musculatura lisa vascular, provocando relaxamento dessas fibras e consequente vasodilatação, com diminuição da resistência vascular sistêmica. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2025 reconhece a nifedipina como alternativa ou complemento no manejo pressórico da gestante, especialmente em crises hipertensivas, desde que utilizada com cautela e monitoramento adequado (SBC; SBH; SBN, 2025).

Hidralazina atua como vasodilatador arterial direto, relaxando a musculatura lisa arteriolar e reduzindo a pós-carga cardíaca e a resistência vascular periférica. Essa diminuição da resistência vascular reduz a pressão arterial, podendo ocorrer taquicardia reflexa. Segundo as Diretrizes (2025), a hidralazina é indicada em emergências hipertensivas na gestação ou quando outras drogas não estão disponíveis ou não são suficientes (SBC; SBH; SBN, 2025).

O objetivo é manter a pressão arterial sob controle, sem comprometer o fluxo sanguíneo placentário (FEBRASGO, 2020). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2021) recomenda que o tratamento medicamentoso seja iniciado precocemente, a fim de prevenir o agravamento do quadro hipertensivo (SBC, 2021).

A profilaxia contra a eclâmpsia com o uso de sulfato de magnésio é essencial, especialmente nos casos graves, reduzindo significativamente a incidência de convulsões e a mortalidade materna. O Hospital Israelita Albert Einstein (2023) orienta que o sulfato de magnésio seja utilizado tanto para prevenção quanto para tratamento da eclâmpsia, com dosagens padronizadas (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2023).

Figura 01: Terapêutica preventiva do Sulfato de Magnésio na Pré Eclâmpsia.

Apresentação	Sulfato de Magnésio a 50%
Dose de ataque	4g endovenoso (EV) em 10-20 minutos.
Dose de manutenção	1-2g endovenoso (EV).
Tempo de manutenção	Continuado por 24h após o nascimento

Fonte: Adaptado de NAKATANI (2021).

A única resolução definitiva da PE é o parto. A decisão quanto ao momento ideal para o nascimento deve balancear o risco materno e o grau de maturidade fetal. Em casos graves ou com sinais de comprometimento materno ou fetal, o parto imediato é indicado (FEBRASGO, 2020; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2023).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, F. C. M. et al. **Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia**. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 11, n. 4, p. 1574-1583, 2017.

DALMÁZ, C. A. et al. **Fatores de risco para distúrbios hipertensivos da gravidez no Sul do Brasil**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 55, n. 6, p. 692–696, 2009.

DA SILVA SANTOS, A. R. T. et al. **Pré-eclâmpsia - uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, fatores de risco, placenta anormal, síndrome materna, diagnóstico e classificação, tratamento, prognóstico e prevenção**. Brazilian Journal of Health Review, v. 6, n. 4, p. 15661-15676, 2023.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Diretriz clínica para prevenção, diagnóstico e manejo de síndromes hipertensivas na gestação – Projeto Todas as Mães Importam**. São Paulo: Einstein/MSD, 2023.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia – Protocolo FEBRASGO nº 8**. São Paulo: FEBRASGO, 2020.

LOPES, L. M. et al. **História obstétrica e risco de recorrência de pré-eclâmpsia: uma análise em coorte retrospectiva**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 175–181, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 32. Pré - Natal de Baixo risco**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MORAIS, M. C. et al. **Prevalência da pré-eclâmpsia, fatores de risco e desfechos em gestantes cadastradas no SIS Pré-Natal do município de Ipatinga**. Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research, v. 44, n. 1, 2023.

NÓBREGA, M. F. et al. **Perfil de gestantes com síndrome hipertensiva em uma maternidade pública**. Revista de Enfermagem UFPE on line, p. 1805-1811, 2016.

PERAÇOLI, J. C. et al. **Pré-eclâmpsia/eclâmpsia (Protocolo no. 01)**. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG), 2020.

PINTO, R. P. S. **Pré-eclâmpsia: uma revisão das atuais e novas estratégias de rastreio e prevenção**. PQDT-Global, 2019.

SALES NETTO, P. R. et al. **Prevalência e fatores de risco para a pré-eclâmpsia em gestantes**. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 7, p. 832-841, 2024.

SANTOS, K. G. et al. **Perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes com hipertensão arterial**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **Complicações cardiovasculares e obstétricas associadas à pré-eclâmpsia**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025 / Brazilian Guidelines of Hypertension – 2025**. Coord. Andréa Araujo Brandão, Cibele Isaac Saad Rodrigues, Luiz Aparecido Bortolotto, Wilson Nadruz. São Paulo: SBC, 2025.

SOUZA, J. P. et al. **Fatores associados à recorrência da pré-eclâmpsia em gestantes brasileiras: um estudo multicêntrico**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, 2021.

2. ARTIGO CIENTÍFICO DE ACORDO COM AS NORMAS DA REVISTA TÊMA ET SCIENTIA

PREVALÊNCIA E MANEJO FARMACOLÓGICO DA PRÉ-ECLÂMPsia EM GESTANTES INTERNADAS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE CASCAVEL-PR, NO PERÍODO DE 2014 A 2024

SANTOS, Stefani Camilo dos¹
OLIVEIRA, Clarissa Vasconcelos de²

RESUMO

A pré-eclâmpsia é uma condição hipertensiva específica da gestação, caracterizada por elevação da pressão arterial e disfunções orgânicas após a 20ª semana de gestação. Este estudo teve como objetivo identificar a prevalência e descrever o manejo farmacológico da pré-eclâmpsia em gestantes internadas em um hospital privado de Cascavel (PR), entre janeiro de 2014 e dezembro de 2024. Foram analisados 71 prontuários de gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia, representando 0,58% do total de 12.114 gestantes atendidas no período. A maior prevalência foi observada entre gestantes com idade entre 28 e 37 anos e idade gestacional entre 35 e 39 semanas. A maioria das pacientes era nulípara ou primípara e não apresentava comorbidades associadas. Em relação ao manejo farmacológico, o fármaco mais utilizado foi a metildopa, seguido pela hidralazina e sulfato de magnésio, administrados isoladamente ou em combinação. O tempo médio de internação foi inferior a cinco dias, e os desfechos mais frequentes foram parto a termo e parto pré-termo. Conclui-se que a conduta terapêutica adotada pelo hospital está alinhada com as diretrizes nacionais, evidenciando práticas eficazes no manejo da pré-eclâmpsia.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-eclâmpsia, Conduta do tratamento medicamentoso, gestantes, Registro Médico Coordenado.

PREVALENCE AND PHARMACOLOGICAL MANAGEMENT OF PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN HOSPITALIZED IN A PRIVATE HOSPITAL IN CASCAVEL-PR, BETWEEN 2014 AND 2024

ABSTRACT

Preeclampsia is a pregnancy-specific hypertensive disorder characterized by elevated blood pressure and organ dysfunction occurring after the 20th week of gestation. This study aimed to identify the prevalence and describe the pharmacological management of preeclampsia in pregnant women hospitalized in a private hospital in Cascavel (PR), between January 2014 and December 2024. A total of 71 medical records of pregnant women diagnosed with preeclampsia were analyzed, representing 0.58% of the 12,114 pregnant women treated during the study period. The highest prevalence was observed among women aged 28 to 37 years and with gestational age between 35 and 39 weeks. Most patients were nulliparous or primiparous and had no associated comorbidities. Regarding pharmacological management, the most commonly used drug was methyldopa, followed by hydralazine and magnesium sulfate, administered alone

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

or in combination. The average length of hospitalization was less than five days, and the most frequent outcomes were term and preterm deliveries. It is concluded that the therapeutic approach adopted by the hospital aligns with national guidelines, demonstrating effective practices in the management of preeclampsia.

KEYWORDS: Pre-eclampsia, Medication Therapy Management, Pregnant People, Medical Record Linkage.

1. INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia (PE) é uma condição hipertensiva específica da gestação, caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial e disfunções orgânicas, geralmente surgindo após a 20ª semana de gestação. Além da hipertensão, a PE pode levar à proteinúria e comprometer múltiplos órgãos, incluindo o fígado, os rins, o cérebro e a placenta. As manifestações clínicas variam de formas leves a quadros graves, que exigem intervenções médicas urgentes e cuidados especializados (DA SILVA SANTOS et al., 2023).

Reconhecida como uma das complicações mais graves da gestação, a pré-eclâmpsia tem repercussões significativas para a saúde materna e fetal. A condição afeta cerca de 3% a 10% das gestantes em todo o mundo (LU; HU, 2019). Estudos indicam que a pré-eclâmpsia é responsável por aproximadamente 700 mil mortes maternas anuais (ALANAZI et al., 2022) e contribui para cerca de 500 mil mortes fetais a cada ano, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materno-infantil (MEDJEDOVIC et al., 2022).

Dada a gravidade e a alta incidência dessa condição, é fundamental compreender melhor sua prevalência, fatores de risco e as abordagens terapêuticas mais eficazes para o manejo clínico da pré-eclâmpsia, especialmente no contexto brasileiro (SALES NETTO et al., 2024). O estudo aprofundado desses aspectos é crucial para o desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e fetal e melhorar a qualidade da assistência obstétrica (BRASIL, 2012).

Considerando a relevância do tema, este estudo tem como objetivo identificar a prevalência e o perfil das gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia internadas em um hospital privado na cidade de Cascavel (PR) entre 2014 e 2024. Além disso, busca-se analisar as condutas adotadas no manejo dessas pacientes e os desfechos clínicos observados. Os dados obtidos poderão contribuir para aprimorar as estratégias de prevenção e tratamento da

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

pré-eclâmpsia, com foco na redução de seus impactos adversos sobre a saúde materna e perinatal.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. PRÉ-ECLÂMPسيا

A pré-eclâmpsia (PE) é uma condição médica multifatorial e complexa que acomete gestantes, caracterizada pelo surgimento de hipertensão arterial e sinais de disfunção orgânica, geralmente após a 20ª semana de gestação. Trata-se de uma síndrome multissistêmica que tem atraído significativa atenção clínica e científica devido ao seu potencial de gerar complicações graves tanto para a mãe quanto para o feto (DA SILVA SANTOS et al., 2023).

A síndrome é marcada por hipertensão arterial persistente, proteinúria e disfunções em órgãos como fígado, rins, cérebro e placenta. As manifestações clínicas variam de formas leves a quadros graves que exigem intervenção médica imediata. A classificação da PE é baseada na gravidade e pode ser dividida em leve, grave ou como síndrome HELLP (hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia). O tratamento inclui estratégias farmacológicas — como o uso de anti-hipertensivos e corticosteroides para acelerar a maturidade pulmonar fetal — e medidas não farmacológicas, como repouso, controle da ingestão de sal e líquidos (DA SILVA SANTOS et al., 2023).

A PE também é classificada quanto ao momento do diagnóstico: pré-eclâmpsia precoce, quando ocorre antes das 34 semanas de gestação, e tardia, quando identificada após esse período. A forma precoce tende a ser mais grave, com maior risco de restrição do crescimento fetal (RCF), enquanto a forma tardia é mais comum e geralmente apresenta menor gravidade. A resolução da PE geralmente se dá com o término da gestação e a dequitação, embora o agravamento do quadro possa ocorrer no puerpério imediato (PINTO, 2019).

Embora a etiologia da pré-eclâmpsia ainda não seja completamente compreendida, diversos fatores de risco já foram identificados, como obesidade ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$), hipertensão crônica, diabetes pré-gestacional e doenças autoimunes, como lúpus eritematoso

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

sistêmico (PERAÇOLI et al., 2020). Assim, compreende-se que a PE pode se manifestar de maneiras distintas, dependendo da susceptibilidade individual e da resposta fisiológica da gestante.

Além disso, o Caderno de Atenção Básica nº 32 — Atenção ao Pré-Natal (BRASIL, 2013) destaca que a pré-eclâmpsia pode se manifestar em gestantes previamente normotensas, mas também como pré-eclâmpsia superposta em hipertensas crônicas, caracterizada pela piora súbita da pressão arterial, aumento da proteinúria ou disfunção orgânica após a 20ª semana. O protocolo ainda enfatiza que sinais como cefaleia persistente, alterações visuais, dor epigástrica ou pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg devem ser considerados alerta para pré-eclâmpsia grave, exigindo encaminhamento imediato e monitoramento intensivo da gestante.

Outro ponto relevante, não contemplado anteriormente, é o uso de biomarcadores na avaliação de risco. O protocolo sugere que a medida de proteína plasmática A associada ao fator de crescimento placentário (PIGF) pode ajudar na detecção precoce de PE, principalmente em gestantes de alto risco, contribuindo para um manejo mais direcionado e precoce (BRASIL, 2023).

2.2. PREVALÊNCIA DE PRÉ-ECLÂMPسيا

A hipertensão arterial acomete cerca de 15% das gestações, sendo que a pré-eclâmpsia está presente em aproximadamente 3% a 10% dessas, consolidando-se como a segunda principal causa de mortalidade materna. Em países de baixa e média renda, a PE é responsável por mais de 15% das mortes maternas, e pode chegar a 25% em algumas regiões da América Latina (SALES NETTO et al., 2024).

A recorrência da PE é significativa entre mulheres que já tiveram a condição em gestações anteriores, especialmente quando associada a comorbidades como obesidade e diabetes mellitus. A probabilidade de recorrência pode alcançar até 20%, sendo mais comum nos casos precocemente diagnosticados (SOUZA et al., 2021). Além disso, antecedentes de

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

hipertensão gestacional dobram o risco de desenvolvimento de PE em futuras gestações (LOPES et al., 2020).

A idade materna também é um fator de risco relevante. Gestantes com mais de 35 anos têm maior predisposição à PE em comparação com mulheres entre 18 e 34 anos, faixa etária considerada ideal para a reprodução. No entanto, estudos como o de Moraes et al. (2023) mostram uma prevalência maior da PE em mulheres dentro da faixa etária reprodutiva ideal (19 a 24 anos), o que, apesar de divergente da literatura tradicional, representa um cenário potencialmente mais favorável em termos de desfechos clínicos.

Além dos fatores clínicos, aspectos genéticos também influenciam a prevalência da PE. Mulheres afrodescendentes, por exemplo, apresentam risco aumentado de desenvolver a doença (SALES NETTO et al., 2024). Aspectos socioeconômicos, como baixa escolaridade, renda reduzida e acesso limitado aos serviços de saúde, contribuem significativamente para a ocorrência da PE. Há ainda evidências de que estilos de vida não saudáveis — sedentarismo, dieta desequilibrada, tabagismo e exposição a poluentes ambientais — elevam o risco da doença (SANTOS et al., 2019; DALMÁZ et al., 2009).

2.3. PERFIL DAS GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPSIA

A hipertensão é uma das complicações obstétricas mais frequentes, afetando especialmente mulheres em faixas etárias extremas. A incidência de PE na população obstétrica geral varia de 3% a 4%, podendo chegar a 5% a 10% em gestantes com mais de 40 anos (AMORIM, 2017).

O Ministério da Saúde classifica a idade materna superior a 35 anos como um fator de risco gestacional preexistente, o que requer acompanhamento pré-natal mais rigoroso (BRASIL, 2013). Tanto a gravidez em adolescentes quanto em mulheres mais velhas está associada a maior risco de desenvolver PE. O estudo de Amorim (2017) incluiu gestantes com idades entre 14 e 50 anos, demonstrando que os extremos da faixa reprodutiva concentram maior número de casos. A faixa de 32 a 38 anos correspondeu a 24,8% dos casos de PE, destacando-se como o terceiro grupo mais afetado (AMORIM, 2017).

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

Segundo Nóbrega et al. (2016), a maior prevalência de PE ocorre entre gestantes pardas, o que está em consonância com dados que apontam a cor da pele não branca como fator de risco predominante (92,54%), reflexo da miscigenação brasileira. O autor também identificou que 76,30% dos casos ocorreram entre 35 e 40 semanas de gestação, período próximo ao termo (NÓBREGA, 2016).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2025, diversos fatores contribuem para o aumento do risco de desenvolvimento da pré-eclâmpsia (SBC; SBH; SBN, 2025). Esses fatores são classificados em alto risco (quando um único critério já justifica maior vigilância) e risco moderado (quando há dois ou mais critérios associados), conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Fatores de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia.

Fatores de alto risco	Fatores de risco moderado
História de gestação anterior com pré-eclâmpsia	Índice de massa corporal (IMC) > 30 kg/m ² antes da gestação
Descolamento prematuro de placenta prévio	Idade materna > 40 anos
Retardo de crescimento intrauterino em gestação prévia	Nuliparidade
Natimorto prévio	Reprodução assistida
Hipertensão arterial crônica	Gestação multifetal
Diabetes mellitus pré-gestacional	
Doença renal crônica	
Lúpus eritematoso sistêmico ou síndrome dos anticorpos antifosfolípidos	

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2025).

2.4. TRATAMENTO DA PRÉ-ECLÂMPSIA

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

O tratamento da pré-eclâmpsia visa, principalmente, ao controle da pressão arterial, à prevenção de complicações maternas e fetais e à definição do momento mais seguro para o parto (FEBRASGO, 2020). O manejo clínico deve ser individualizado, levando em consideração a gravidade do quadro, a idade gestacional e as condições clínicas maternas e fetais (FEBRASGO, 2020).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2025), o tratamento anti-hipertensivo na gestação deve ser iniciado sempre que a pressão arterial sistólica for ≥ 160 mmHg ou a diastólica ≥ 110 mmHg, ou ainda quando houver sinais de comprometimento materno, como cefaleia intensa, distúrbios visuais ou dor epigástrica (SBC; SBH; SBN, 2025). O objetivo é reduzir a pressão arterial para valores em torno de 140/90 mmHg, evitando quedas bruscas que possam comprometer a perfusão uteroplacentária.

Os medicamentos anti-hipertensivos mais utilizados durante a gestação incluem metildopa, nifedipina e hidralazina. Metildopa trata-se de um agonista dos receptores adrenérgicos α_2 situados no sistema nervoso central, reduzindo a liberação de noradrenalina, diminuindo o tônus simpático e promovendo vasodilatação periférica. Essa redução da resistência vascular periférica resulta em queda da pressão arterial, mantendo o fluxo uteroplacentário sem comprometimento significativo. De acordo com as diretrizes publicadas pela SBC, SBH e SBN (2025), a metildopa como a droga de escolha para hipertensão em gestantes devido ao seu perfil de segurança fetal comprovado (SBC; SBH; SBN, 2025).

Nifedipina é um bloqueador de canais de cálcio tipo L que age principalmente na musculatura lisa vascular, provocando relaxamento dessas fibras e consequente vasodilatação, com diminuição da resistência vascular sistêmica. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2025 reconhece a nifedipina como alternativa ou complemento no manejo pressórico da gestante, especialmente em crises hipertensivas, desde que utilizada com cautela e monitoramento adequado (SBC; SBH; SBN, 2025).

Hidralazina atua como vasodilatador arterial direto, relaxando a musculatura lisa arteriolar e reduzindo a pós-carga cardíaca e a resistência vascular periférica. Essa diminuição da resistência vascular reduz a pressão arterial, podendo ocorrer taquicardia reflexa. Segundo

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

as Diretrizes (2025), a hidralazina é indicada em emergências hipertensivas na gestação ou quando outras drogas não estão disponíveis ou não são suficientes (SBC; SBH; SBN, 2025).

O objetivo é manter a pressão arterial sob controle, sem comprometer o fluxo sanguíneo placentário (FEBRASGO, 2020). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2021) recomenda que o tratamento medicamentoso seja iniciado precocemente, a fim de prevenir o agravamento do quadro hipertensivo (SBC, 2021).

A profilaxia contra a eclâmpsia com o uso de sulfato de magnésio é essencial, especialmente nos casos graves, reduzindo significativamente a incidência de convulsões e a mortalidade materna. O Hospital Israelita Albert Einstein (2023) orienta que o sulfato de magnésio seja utilizado tanto para prevenção quanto para tratamento da eclâmpsia, com dosagens padronizadas (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2023).

Figura 01: Terapêutica preventiva do Sulfato de Magnésio na Pré Eclâmpsia.

Apresentação	Sulfato de Magnésio a 50%
Dose de ataque	4g endovenoso (EV) em 10-20 minutos.
Dose de manutenção	1-2g endovenoso (EV).
Tempo de manutenção	Continuado por 24h após o nascimento

Fonte: Adaptado de NAKATANI (2021).

A única resolução definitiva da PE é o parto. A decisão quanto ao momento ideal para o nascimento deve balancear o risco materno e o grau de maturidade fetal. Em casos graves ou com sinais de comprometimento materno ou fetal, o parto imediato é indicado (FEBRASGO, 2020; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2023).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo, composto por prontuários de gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia internadas em uma instituição hospitalar privada da cidade de Cascavel (PR), no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2024.

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

Foram analisados prontuários registrados no sistema de gestão hospitalar Tasy®, dos quais foram coletadas informações referentes à idade materna, idade gestacional, número de gestações, presença de comorbidades associadas, tempo de internação e medicamentos utilizados durante a internação. Não foram considerados os prontuários de gestantes com idade inferior a 18 anos.

Os resultados quantitativos foram apresentados em forma de tabelas e expressos em frequências relativas (percentuais).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG), sob o CAAE 89881725.0.0000.5219, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 71 prontuários de gestantes internadas por pré-eclâmpsia, o que representa 0,58% do total de 12.114 registros hospitalares de gestantes internadas entre janeiro de 2014 e dezembro de 2024 no um hospital privado (local da pesquisa) de Cascavel-PR. Vale destacar que, embora se trate de uma instituição de natureza privada, o hospital também atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que os dados analisados abrangem ambas as modalidades de atendimento.

De acordo com a Diretriz de Hipertensão Arterial na Gestação (2020), a pré-eclâmpsia apresenta uma prevalência estimada de 1,5% no Brasil, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Neste estudo, a prevalência observada foi de 0,58%, valor inferior à estimativa nacional. Essa discrepância pode ser explicada pela elevada cobertura e qualidade do atendimento obstétrico na região. No Paraná, o pré-natal é amplamente oferecido tanto em serviços públicos quanto privados, com adesão superior a 99% das gestantes e início do cuidado na primeira metade da gestação em grande parte das usuárias (RUIZ et al., 2019). A detecção precoce da hipertensão gestacional, aliada ao acompanhamento clínico contínuo, contribui para a menor necessidade de internações por

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

pré-eclâmpsia nesta localidade, refletindo o impacto positivo de um sistema de atenção obstétrica bem estruturado.

Tabela 01: Características maternas, idade gestacional e número de gestações das gestantes internadas no Hospital Privado Cascavel-PR (2014-2024).

Variável	Grupo amostral	Valor absoluto	(%) Percentual
Faixa etária materna	18-22 anos	8	11,26%
	23-27 anos	17	23,94%
	28-32 anos	18	25,35%
	33-37 anos	20	28,16%
	38-42 anos	7	9,85%
	>42 anos	1	1,40%
Total		71	
Idade gestacional	<20 semanas	1	1,40%
	20-24 semanas	4	5,63%
	25-29 semanas	5	7,04%
	30-34 semanas	15	21,12%
	35-39 semanas	45	63,38%
	>40 semanas	1	1,40%
Total		71	

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

Quantidade de gestações	G1	20	28,16%
	G2	24	33,80%
	G3	16	22,53%
	G4 ou mais	11	15,49%

Fonte: Autor, 2025.

Conforme os dados apresentados na Tabela 01, em relação à faixa etária das pacientes, 8 (11,26%) tinham entre 18 e 22 anos, 17 (23,94%) entre 23 e 27 anos, 18 (25,35%) entre 28 e 32 anos, 20 (28,16%) entre 33 e 37 anos, 7 (9,85%) entre 38 e 42 anos, e 1 (1,40%) apresentava idade superior a 42 anos.

Quanto à idade gestacional, constatou-se que 1 (1,40%) gestante apresentou menos de 20 semanas, 4 (5,63%) estavam entre 20 e 24 semanas, 5 (7,04%) entre 25 e 29 semanas, 15 (21,12%) entre 30 e 34 semanas, 45 (63,38%) entre 35 e 39 semanas, e 1 (1,40%) com 40 semanas ou mais. Observa-se que a maior parte dos casos ocorreu após a 20ª semana de gestação, em consonância com o que descreve o Manual de Gestação de Alto Risco, segundo o qual a pré-eclâmpsia é caracterizada como hipertensão arterial manifestada a partir da 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas (BRASIL, 2022).

Em relação ao número de gestações, verificou-se que 20 (28,16%) gestantes eram nulíparas, 24 (33,80%) primíparas, 16 (22,53%) multíparas e 11 (15,49%) grandes multíparas.

Tabela 02: Comorbidades associadas às gestantes internadas no Hospital Privado Cascavel-PR (2014-2024).

Comorbidades associadas	Valor absoluto	(%) Percentual
Nega comorbidade	41	57,74%
Hipertensão arterial sistêmica	4	5,63%
Hipertensão arterial na gestação diagnosticada em pré-natal	17	23,94%

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

Outras comorbidades	9	12,67%
---------------------	---	--------

Fonte: Autor, 2025.

De acordo com a Tabela 02, a maioria das gestantes incluídas no estudo não apresentava comorbidades associadas, totalizando 41 (57,74%). Esse achado pode ser parcialmente explicado pela predominância de mulheres nulíparas (20; 28,16%) e primíparas (24; 33,80%) na amostra. Segundo Kahhale, Francisco e Zugaib (2018), a nuliparidade é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia, mesmo na ausência de comorbidades prévias (KAHHALE; FRANCISCO; ZUBAIG, 2018).

Por outro lado, verificou-se a presença de 4 (5,63%) gestantes com hipertensão arterial sistêmica e 17 (23,94%) com hipertensão diagnosticada durante a gestação, o que está em concordância com as observações de Kahhale, Francisco e Zugaib (2018), que destacam a hipertensão arterial crônica como importante fator predisponente à pré-eclâmpsia (KAHHALE; FRANCISCO; ZUBAIB, 2018).

A proporção de gestantes com comorbidades hipertensivas identificada neste estudo reforça a relevância do acompanhamento pré-natal rigoroso, especialmente para a detecção precoce de elevação pressórica — condição frequentemente responsável pela progressão para quadros hipertensivos gestacionais e pré-eclâmpsia. Assim, tanto a nuliparidade quanto a hipertensão arterial prévia justificam a ocorrência da síndrome observada na amostra, explicando, em conjunto, a alta prevalência de casos mesmo entre gestantes sem comorbidades aparentes.

Tabela 03: Tempo de internação das gestantes internadas no Hospital Privado Cascavel-PR (2014-2024).

Tempo de internação	Valor absoluto	(%) Percentual
1-2 dias	13	18,30%
3-4 dias	37	52,11%
5-6 dias	17	23,94%

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

>6 dias	4	5,63%
---------	---	-------

Fonte: Autor, 2025.

A análise dos dados apresentados na Tabela 03, referentes ao tempo de internação hospitalar das gestantes diagnosticadas com pré-eclâmpsia, evidenciou que a maioria das pacientes permaneceu internada por períodos relativamente curtos. Observou-se que 13 (18,30%) gestantes ficaram internadas por 1–2 dias, 37 (52,11%) por 3–4 dias, 17 (23,94%) por 5–6 dias e apenas 4 (5,63%) permaneceram mais de seis dias. Assim, mais de 70% das internações tiveram duração inferior a cinco dias.

Esses dados, aliados à idade gestacional observada, sugerem que, na maior parte dos casos, a evolução clínica foi rápida, culminando precocemente em medidas de desfecho, como a indução do parto ou a realização de cesariana. Essa tendência está de acordo com os resultados de Santos et al. (2023), que constataram que, diante da gravidade e dos riscos associados à pré-eclâmpsia, a conduta obstétrica frequentemente envolve a interrupção antecipada da gestação — seja a termo ou pré-termo — com o objetivo de minimizar complicações maternas e fetais (SANTOS et. al., 2023).

Tabela 04: Fármacos anti-hipertensivos utilizados e suas quantidades nas gestantes com pré-eclâmpsia internadas no Hospital Privado Cascavel-PR (2014-2024)

Anti-hipertensivos administrados	Valor Absoluto	% (percentual)
Metildopa	58	81,69%
Hidralazina	24	33,80%
Sulfato de Magnésio	23	32,39%
Nifedipino	5	7,04%
Anlodipino	1	1,40%
Não administrado medicamento	4	5,63%

Fonte: Autor, 2025

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

Tabela 05: Regimes terapêuticos anti-hipertensivos aplicados nas gestantes com pré-eclâmpsia internadas no Hospital Privado Cascavel-PR (2014-2024).

Anti-hipertensivos	Valor Absoluto	% (percentual)
Somente Metildopa	31	43,66%
Somente Hidralazina	2	2,81%
Somente Sulfato de Magnésio	4	5,63%
Somente Nifedipino	1	1,40%
Hidralazina + Sulfato de Magnésio	2	2,81%
Metildopa + Hidralazina	7	9,85%
Metildopa + Hidralazina + Anlodipino	1	1,40%
Metildopa + Hidralazina + Nifedipino	2	2,81%
Metildopa + Hidralazina + Sulfato de Magnésio	12	16,90%
Metildopa + Nifedipino	1	1,40%
Metildopa + Sulfato de Magnésio	3	4,22%
Metildopa + Sulfato de Magnésio + Nifedipino	1	1,40%
Não administrado medicamento	4	5,63%
Total	71	

Fonte: Autor, 2025.

Quanto ao manejo farmacológico, conforme apresentado na Tabela 04, o fármaco mais utilizado foi a metildopa, administrada em 58 (81,69%) casos. Em seguida, destacaram-se a hidralazina (24; 33,80%) e o sulfato de magnésio (23; 32,39%). O nifedipino foi utilizado em 5 (7,04%) casos e o anlodipino em 1 (1,40%). Em 4 (5,63%) casos, não houve registro de uso

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

de medicação anti-hipertensiva, pois as gestantes apresentavam idade gestacional superior a 38 semanas, sendo a conduta médica optar pela indução do parto ou pela realização de cesariana.

Em relação às associações terapêuticas, demonstradas na Tabela 05, observou-se que o uso isolado de metildopa foi a conduta mais frequente (31; 43,66%), seguido pela combinação metildopa + hidralazina + sulfato de magnésio (12; 16,90%), e metildopa + hidralazina (7; 9,85%). Outras combinações apresentaram menor frequência, e a ausência de uso medicamentoso ocorreu em igual percentual (4; 5,63%).

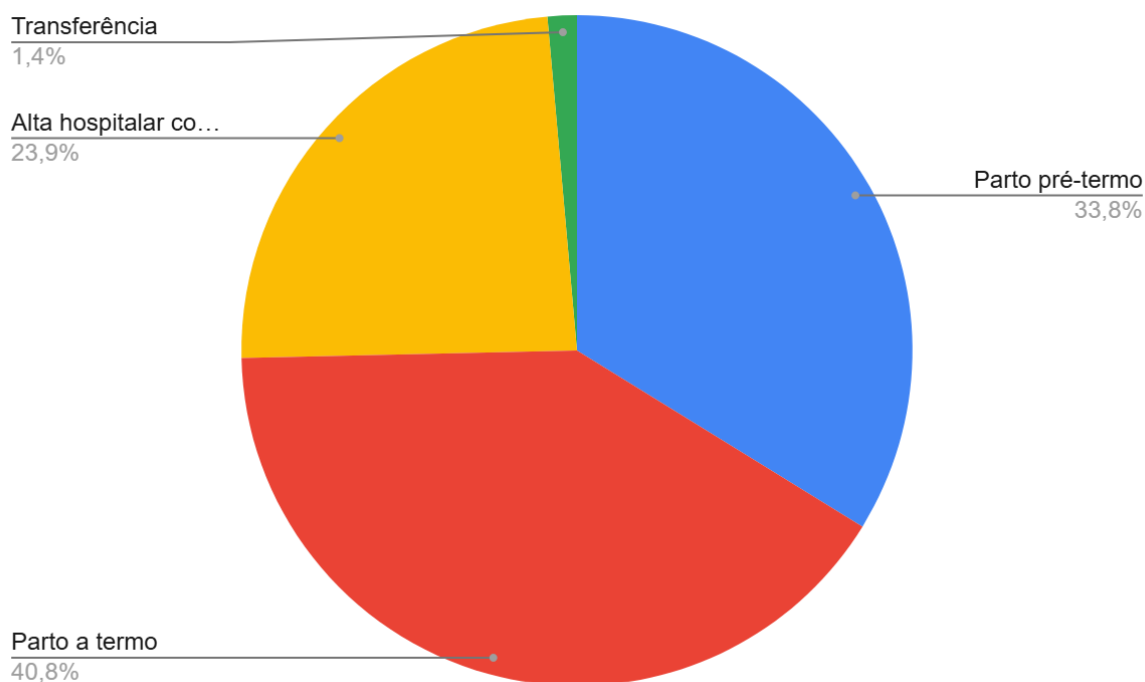
Os resultados deste estudo demonstram que a metildopa foi o fármaco mais empregado no manejo da pré-eclâmpsia, o que se justifica pelo fato de ser considerada a primeira opção terapêutica para o controle da hipertensão arterial durante a gestação, conforme preconizado pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC; SBH; SBN, 2025). A predominância da metildopa reflete tanto a experiência clínica dos profissionais quanto a segurança e familiaridade com o medicamento e seus efeitos colaterais (SBH, 2021).

Outro achado relevante foi o uso do sulfato de magnésio em 23 (32,39%) gestantes, medicamento essencial na prevenção e controle das crises convulsivas associadas à pré-eclâmpsia, sendo a principal medida farmacológica para evitar a evolução para eclâmpsia. O Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) recomenda o uso do sulfato de magnésio em situações de risco elevado para convulsões, especialmente em casos de pré-eclâmpsia grave, síndrome HELLP ou hipertensão de difícil controle, reforçando sua importância nos protocolos clínicos de atenção materna (BRASIL, 2022).

Figura 02: Percentual de desfechos maternos (parto prematuro, parto a termo, alta hospitalar e transferência) nas gestantes com pré-eclâmpsia internadas no Hospital Privado Cascavel-PR (2014-2024).

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;



Fonte: Autor, 2025.

Conforme estabelecido pelo Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a gestação é considerada pré-termo quando a idade gestacional está entre 22 e 37 semanas, e a termo a partir de 37 semanas (BRASIL, 2012). No presente estudo, de acordo com a Figura 02, observou-se que 28 (33,8%) gestantes tiveram parto pré-termo e 34 (40,8%) parto a termo, enquanto 20 (23,9%) receberam alta hospitalar com prescrição e 1 (1,4%) necessitou de transferência para outro serviço.

A escolha do parto como conduta clínica em casos de pré-eclâmpsia está frequentemente relacionada à necessidade de interromper a gestação quando o manejo farmacológico não é suficiente para garantir a estabilidade materna e fetal. Em situações de pré-eclâmpsia grave ou de difícil controle pressórico, a limitação da efetividade terapêutica leva à decisão médica pela indução do parto ou pela realização de cesariana, como medida definitiva para preservar a saúde materna e fetal (SOUZA; KLEIN; SILVEIRA, 2019).

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo da pré-eclâmpsia continua representando um desafio significativo para a atenção materna, dado seu potencial de complicações tanto para a mãe quanto para o neonato. No presente estudo, observou-se que a maioria das gestantes internadas apresentou evolução clínica rápida, com permanência hospitalar inferior a cinco dias. As pacientes foram prontamente encaminhadas a desfechos como parto pré-termo ou a termo. A alta proporção de gestantes sem comorbidades associadas reforça a importância de fatores como a nuliparidade e a hipertensão gestacional como riscos independentes, sublinhando a necessidade de um acompanhamento pré-natal rigoroso.

A predominância do uso da metildopa e a administração de sulfato de magnésio em casos selecionados indicam a adesão às diretrizes nacionais para o manejo da pré-eclâmpsia, o que contribui para a redução de complicações graves, como eclâmpsia.

Entretanto, algumas limitações do estudo devem ser destacadas. A dependência dos registros hospitalares e a falta de informações completas nos prontuários das pacientes, como a inexistência de resultados laboratoriais detalhados e a falta de clareza sobre os medicamentos administrados em determinadas gestantes, comprometem a análise completa.

Apesar dessas limitações, os achados deste estudo fornecem informações valiosas sobre o perfil clínico das gestantes, as condutas terapêuticas adotadas e os desfechos maternos associados à pré-eclâmpsia. Esses dados podem subsidiar futuras estratégias de prevenção e intervenção, com foco na melhoria do cuidado obstétrico e na redução das complicações maternas e neonatais associadas à doença.

REFERÊNCIAS

ALANAZI, A. D. et al. Pre-Existing Diabetes Mellitus, Hypertension and Kidney Disease as Risk Factors of Pre-Eclampsia: **A Disease of Theories and Its Association with Genetic Polymorphism**. Diseases, v. 19, n. 24, p. 16690-16690, 12 dez. 2022.

AMORIM, F. C. M. et al. **Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia**. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 11, n. 4, p. 1574-1583, 2017.

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco – Cadernos de Atenção Básica, n.º 32.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Gestação de Alto Risco.** 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 494 p.

DALMÁZ, C. A. et al. **Fatores de risco para distúrbios hipertensivos da gravidez no Sul do Brasil.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 55, n. 6, p. 692-696, 2009.

DA SILVA SANTOS, A. R. T. et al. **Pré-eclâmpsia: uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, fatores de risco, placenta anormal, síndrome materna, diagnóstico e classificação, tratamento, prognóstico e prevenção.** Brazilian Journal of Health Review, v. 6, n. 4, p. 15661-15676, 2023.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Diretriz clínica para prevenção, diagnóstico e manejo de síndromes hipertensivas na gestação – Projeto Todas as Mães Importam.** São Paulo: Einstein/MSD, 2023.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia – Protocolo FEBRASGO nº 8.** São Paulo: FEBRASGO, 2020.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. **Pré-eclâmpsia.** Revista de Medicina (São Paulo), v. 97, n. 2, p. 226-234, 2018.

LOPES, L. M. et al. **História obstétrica e risco de recorrência de pré-eclâmpsia: uma análise em coorte retrospectiva.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 175-181, 2020.

LU, H.-Q.; HU, R. **The role of immunity in the pathogenesis and development of pre-eclampsia.** Scandinavian Journal of Immunology, v. 90, n. 5, p. e12756, 2019.

MEDJEDOVIC, E. et al. **Pre-eclampsia and maternal health through the prism of low-income countries.** Medicinski Glasnik, v. 51, n. 2, p. 261-268, 10 out. 2022.

MORAIS, M. C. et al. **Prevalência da pré-eclâmpsia, fatores de risco e desfechos em gestantes cadastradas no SIS Pré-Natal do município de Ipatinga.** Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research, v. 44, n. 1, 2023.

NAKATANI, F. T. I. **Protocolos Assistenciais em Ginecologia e Obstetrícia: Síndromes Hipertensivas na Gestação.** Curitiba: Hospital do Trabalhador, 2021.

NÓBREGA, M. F. et al. **Perfil de gestantes com síndrome hipertensiva em uma maternidade pública.** Revista de Enfermagem UFPE on line, p. 1805-1811, 2016.

PERAÇOLI, J. C. et al. **Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia (Protocolo nº 01).** Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG), 2020.

PINTO, R. P. S. **Pré-eclâmpsia: uma revisão das atuais e novas estratégias de rastreio e prevenção.** PQDT-Global, 2019.

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

RUIZ, F.; SILVA, A.; OLIVEIRA, M.; SANTOS, P. **Prenatal care in public health services in the State of Paraná: coverage and timeliness**. Revista de Saúde e Desenvolvimento, v. 10, n. 3, p. 45-58, 2019.

SALES NETTO, P. R. et al. **Prevalência e fatores de risco para a pré-eclâmpsia em gestantes**. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 7, p. 832-841, 2024. SANTOS, K. G. et al. **Perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes com hipertensão arterial**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, 2019.

SANTOS, P. L. et al. **Indução de parto em mulheres com pré-eclâmpsia: desfechos maternos e neonatais**. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 33, e-3970, 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **Complicações cardiovasculares e obstétricas associadas à pré-eclâmpsia**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025 / Brazilian Guidelines of Hypertension – 2025**. Coord. Andréa Araujo Brandão, Cibele Isaac Saad Rodrigues, Luiz Aparecido Bortolotto, Wilson Nadruz. São Paulo: SBC, 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – Capítulo 9: Hipertensão Arterial na Gestação**. [S.l.], 2021.

SOUZA, J. P. et al. **Fatores associados à recorrência da pré-eclâmpsia em gestantes brasileiras: um estudo multicêntrico**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, 2021.

SOUZA, R. A.; KLEIN, R.; SILVEIRA, R. M. **Manejo clínico da pré-eclâmpsia: condutas obstétricas e farmacológicas**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 41, n. 5, p. 280-288, 2019.

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Autora Correspondente. E-mail: scdsantos@minha.fag.edu.br ;

² Doutora em Farmacologia, Professor Titular do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: clarissaoliveira@fag.edu.br ;

3. NORMAS DA REVISTA

REVISTA THÊMA ET SCIENTIA

DIRETRIZES PARA AUTORES

ORIENTAÇÕES GERAIS

- O artigo deve ser redigido em português;
- Deverá possuir Título, Resumo e Palavras-chave em Português e em Língua Estrangeira;
- Com no máximo de cinco autores, já contando o orientador;
- Deverá ser usado obrigatoriamente o template disponível no site: www.themaetscientia.com

1 NORMAS GRÁFICAS PARA ARTIGO

- Deve ser escrito no formato Word, digitado em papel A4 (tamanho 21 cm x 29,70 cm), com margens superior de 3 cm, esquerda, direita e inferior de 2 cm, paginados, parágrafo justificado com recuo de 1 cm na primeira linha, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento 1,5 em todo o corpo do artigo (o template já apresenta todas essas configurações);
- O resumo, autoria, credenciais dos autores, citações diretas superiores a 3 (três) linhas, ilustrações e tabelas que devem obedecer as normas gráficas para citação da ABNT e serem formatados com espaço entre linhas simples e fonte 10 (o template já apresenta todas essas configurações).

2 ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS

- Título e subtítulo do trabalho: deve constar no topo da página, em letras maiúsculas, centralizado, fonte Times New Roman, tamanho 12 e em negrito. Após o título, deixar uma linha em branco seguido do restante do trabalho;
- Nome dos autores: autor principal seguido de co-autores. Autor e co-autores devem obedecer a sequência, Sobrenome (todas maiúsculas) seguido dos pré-nomes (Minúsculo). Exemplo: SILVA, João de Abreu;
- Credenciais dos autores: Qualificação do(s) autor(es) e e-mail para contato que deve ser incluído no rodapé da página;
- Resumo: deve-se deixar uma linha em branco para iniciar seu conteúdo em único parágrafo. Elemento obrigatório, constituído de uma sequência de frases concisas e objetivas e não de uma simples enumeração de tópicos, contendo, no mínimo 100 e, no máximo, 250 palavras;
- Palavras-chave: Após o resumo, escrever o termo Palavras-chave em fonte 10, Times New Roman. Em seguida listar no mínimo 3 (três) e no máximo 5 (cinco) palavras-chave, separadas por ponto. Essas devem identificar a área do artigo e sintetizar sua temática;
- Deve-se pular uma linha e fazer o mesmo para Título, Resumo e Palavras-Chave em Língua Estrangeira, todos com fonte Times New Roman 10.

3 TEXTO PRINCIPAL

O trabalho deve conter:

- 1 INTRODUÇÃO
- 2 METODOLOGIA
- 3 REFERENCIAL TEÓRICO OU REVISÃO DE LITERATURA
- 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS
- 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

4 ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DA INTRODUÇÃO

A introdução do artigo deve conter elementos essenciais a uma plena compreensão do texto. Sugere-se que os autores iniciem o texto com uma breve CONTEXTUALIZAÇÃO do assunto e após apresentem o PROBLEMA que será investigado, os OBJETIVOS, bem como, a JUSTIFICATIVA. Ao final da introdução recomenda-se que seja realizada uma apresentação sucinta da estrutura geral do artigo de modo a permitir que o leitor compreenda como o assunto será abordado a partir de então.

Sendo o artigo um ensaio teórico, na introdução o autor deverá informar que se trata de um ensaio teórico/pesquisa bibliográfica.

5 ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO OU REVISÃO DE LITERATURA

O referencial teórico ou revisão de literatura deveria contemplar: (a) eixos teóricos essenciais para elucidar o problema de pesquisa; (b) base conceitual a compreensão dos processos subjacentes à situação problema; (c) evolução do tema; (d) conceituação; e (e) revisão dos estudos empíricos relacionados ao tema investigado.

6 ORIENTAÇÕES SOBRE AS CITAÇÕES (gerais)

Transcrição literal do texto (citações diretas) de outro(s) autor(es) com até TRÊS (3) linhas deverão ser escritas normalmente dentro do texto, entre aspas, e com indicação da fonte em sistema Autor/Data.

Exemplo:

“O New Deal (Novo Ideal) foi um programa econômico adotado por Franklin Delano Roosevelt, então presidente dos Estados Unidos, que visava basicamente combater os efeitos da Grande Depressão.” (MADUREIRA, 2011, p. 75)

Madureira (2011, p. 75) afirma que: “O New Deal (Novo Ideal) foi um programa econômico adotado por Franklin Delano Roosevelt, então presidente dos Estados Unidos, que visava basicamente combater os efeitos da Grande Depressão.”

Citações diretas longas, com mais de Três (3) linhas deverão ser digitadas em Fonte 10, espaçamento simples, sem aspas, separado do texto por um espaço simples e recuo de 4 cm.

Exemplo:

O contexto em que Keynes apresentou sua Teoria Geral é um período marcado pela descrença no Laissez-faire. Período este, logo após a crise de 29, que deixou arrasada a Economia Americana, e arrastou com ela, boa parte das economias de outros países. O modelo Neoclássico, que por muitos anos teve a sua teoria baseada na intervenção mínima do Estado na economia como dominante, entrou em decadência, por não

conseguir explicar os novos acontecimentos da economia mundial, com base na lei de Say. (MADUREIRA, 2011, p. 73)

As citações indiretas (parafraseadas) aparecem em forma normal textual e sem aspas. A fonte de onde foi retirada a informação deverá ser indicada sem o número de página.

7 ILUSTRAÇÕES

De acordo com a ABNT NBR 14724:2011, qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título. Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório), mesmo que seja produção do próprio autor, legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão (se houver). A ilustração deve ser citada no texto e inserida o mais próximo do trecho a que se refere.

Por exemplo, o quadro deve conter os seguintes elementos: título, fonte, legenda, nota(s) e outras informações, se necessárias, laterais fechadas.

Quadro 1 – Itens avaliados

Pesquisa de Clima Organizacional	Grau de Concordância
Remuneração	
1. Me sinto satisfeito com meu salário	48,26%
2. Meu salário é compatível com minha função.	45,93%
3. Comparo meu salário com os de meus colegas da empresa	29,76%
4. O salário que recebo atende as minhas necessidades	50,00%
5. Considero o plano de saúde adequado e de qualidade	49,40%
6. Considero importante o convênio com a Farmácia Nissei	72,44%
7. Acredito que para melhorar meu salário, necessariamente preciso	76,16%
8. O salário é fator determinante para que eu continue trabalhando no	67,44%
9. Considero o sistema de promoção satisfatório	49,40%

Fonte: Adaptado de UEZ e MADUREIRA (2013, p. 44)

8 TABELAS

A tabela segue a norma ABNT NBR 10719:2011 subitem 5.9, que por sua vez, remete as Normas de Apresentação Tabular do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Segundo a NBR 14724:2011 na apresentação Tabular, as tabelas devem ser apresentadas de forma não discursiva, de tal forma que, a informação central seja um dado numérico, e deve conter os seguintes elementos: título, fonte e, se necessário, nota(s) explicativa(s) (geral e/ou específica). As bordas laterais não podem ser fechadas.

Tabela 1 – Média dos resultados coletados.

	Jan/12	Fev/12	Mar/12	Abr/12
Média da área dos apartamentos (m²)	131,13	131,13	131,13	131,13
N.º de Unidades disponíveis no mês anterior	20,77	19,77	18,46	17,92
N.º de Unidades disponíveis no mês atual	19,77	18,46	17,92	15,69
Preço no mês anterior (R\$)	550.376,21	550.376,21	550.376,21	550.376,21
Preço no mês atual (R\$)	550.376,21	550.376,21	550.376,21	550.376,21

Fonte: (GUZELLA e MADUREIRA, 2012, p. 65)

9 FORMATAÇÃO DE TÍTULOS E SUBTÍTULOS DAS SEÇÕES

Devem ter numeração progressiva, conforme ABNT NBR6024:2012, e alinhamento à margem esquerda, sem utilizar ponto, hífen, travessão ou qualquer outro sinal após o indicativo da seção ou de seu título.

Exemplo de formatação das seções/títulos:

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SUBITEM DO REFERENCIAL TEÓRICO (SE HOUVER)

2.1.1 Tópico do subitem (se houver)

3 METODOLOGIA

3.1 SUBITEM DA METODOLOGIA (SE HOUVER)

3.1.1 Tópico do subitem (se houver)

10 REFERÊNCIAS

Devem observar as regras da ABNT NBR 6023/2002. São apresentadas em ordem alfabética, espaço entrelinhas simples, alinhamento esquerdo e letra tamanho 10, separadas por uma linha em branco entre cada obra. Atenção: Listar somente as obras efetivamente citadas no artigo.

Regras Gerais: Exemplos

Artigos de Revista:

MADUREIRA, E. M. P. Da Depressão ao Welfare State: mudanças no conceito de desenvolvimento económico. **Revista Thêma et Scientia**, vol 1, n. 1, p. 72-80. Jan/Jun, 2011.

Obra (livro):

HIRSCHMAN, A. O. **Estratégias do Desenvolvimento Econômico**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961

Capítulos de Livros:

NORTH, D. C. Teoria da Localização e Crescimento Econômico. In SCHWARTZMAN, J. **Economia Regional: textos escolhidos**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/CETREDE-MINTER, p. 291-313, 1977a. 480 p.

Legislação e Jurisprudência:

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 9 jun. 2007.

BRASIL. Lei nº 6.938 de 31 de agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 set. 1981. Disponível em: <http://WWW.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6938.htm>. Acesso em: 09 jun. 2007.

Atenção:

Quando a fonte for de internet é preciso indicar o endereço completo e a data de acesso (observar a pontuação correta, destacada no exemplo abaixo:

Disponível em: <<http://www.nomedosite.com.br/completo/23837u803439.htm>> Acesso em: 15 set.2010.

O mês é abreviado (somente as 03 primeiras letras)

BRASIL. Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm>. Acesso em: 9 jun. 2007.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Acórdão de decisão que negou provimento ao pedido de dano moral ambiental**. Recurso Especial nº 598.281. Ministério Público do Estado de Minas Gerais e Município de Uberlândia. Relator: Ministro Luiz Fux. 02 de maio de 2006. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/areas/ambiente/arquivos/jurcivdmc.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2007.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº 37**. Disponível em: <http://www.stj.gov.br/SCON/sumulas/toc.jsp?tipo_visualizacao=RESUMO&livre=%40docn&&b=SUMU&p=true&t=&1=10&i=310>. Acesso em: 09 jun. 2007.

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Acórdão de decisão que negou provimento pedido de indeferir perícia ambiental, em razão de aspectos processuais**. Agravo de instrumento nº 409.473-5/8-00. Ministério Público de São Paulo e José Joaquim Trindade. Relator: Desembargador Renato Nalini. 19 de outubro de 2006. Disponível em: <[http://juris.tj.sp.gov.br/pg-pesquisa01PRODESP.asp?radio_pesquisa=0&num_processo=&dig_processo=&hie_processo=&num_regist](http://juris.tj.sp.gov.br/pg-pesquisa01PRODESP.asp?radio_pesquisa=0&num_processo=&dig_processo=&hie_processo=&num_registro=01133251&ResultStart=1&ResultCount=10&Processo=4094735800&Query=Processo+%)>
ro=01133251&ResultStart=1&ResultCount=10&Processo=4094735800&Query=Processo+%>

3Cma tches%3E+4094735800&modo=simples&tipos=normal&TipoPesquisa=SQL>. Acesso em: 10 mai. 2007.

Apêndice

Elemento opcional, elaborado pelo(s) autor(es) a fim de completar a sua argumentação, como questionário, entrevista, entre outros. O título **APÊNDICE** deve ser estar alinhado a esquerda, identificado por letras maiúsculas (exemplo: **APÊNDICE A**) seguida por travessão e seus respectivos títulos (exemplo: **APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados**).

Anexo

Elemento opcional. Refere-se a um texto ou documento não elaborado pelo(s) autor(es), que serve de fundamentação, comprovação ou ilustração, como lei decreto, entre outros. Só deve ser incluído quando imprescindível. O título **ANEXO** deve ser estar alinhado a esquerda, identificado por letras maiúsculas (exemplo: **ANEXO A**) seguida por travessão e seus respectivos títulos (exemplo: **ANEXO A – Ilustração**).

4. RELATÓRIO DOCXWEB

DOC WEB Relatório DOCxWEB DOCXWEB.COM Ajuda	
Título: pre eclampsia Data: 11/11/2025 02:11 Usuário: Elaine Ribeiro Email: elaineribeiro148@gmail.com	Revisão: 1
<i>Observações:</i> - Caso tenha dúvida na interpretação do relatório, acione o botão 'Ajuda'. - Caso tenha recebido este relatório de outra pessoa e exista a suspeita de violação das informações mais sensíveis apresentadas abaixo, use o texto da pesquisa e realize uma nova pesquisa no docxweb.com. - As demais informações estão disponíveis no restante das abas expansíveis do relatório.	
Autenticidade em relação a INTERNET	
Autenticidade Calculada: 94 %	
Ocorrência de Links:	
1 % https://ftramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatri... 1 % https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20	

Texto Pesquisado (Internet)

PREVALÊNCIA E MANEJO FARMACOLÓGICO DA PRÉ-ECLÂMPسيا EM GESTANTES INTERNADAS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE CASCAVEL-PR, NO PERÍODO DE 2014 A 2024

SANTOS, Stefani Camilo dos¹

OLIVEIRA, Clarissa Vasconcelos de²

RESUMO

A pré-eclâmpsia é uma condição hipertensiva específica da gestação, caracterizada por elevação da pressão arterial e disfunções orgânicas após a 20ª semana de gestação. Este estudo teve como objetivo identificar a prevalência e descrever o manejo farmacológico da pré-eclâmpsia em gestantes internadas em um hospital privado de Cascavel (PR), entre janeiro de 2014 e dezembro de 2024. Foram analisados 71 prontuários de gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia, representando 0,58% do total de 12.114 gestantes atendidas no período. A maior prevalência foi observada entre gestantes com idade entre 28 e 37 anos e idade gestacional entre 35 e 39 semanas. A maioria das pacientes era nulípara ou primípara e não apresentava comorbidades associadas. Em relação ao manejo farmacológico, o fármaco mais utilizado foi a metildopa, seguido pela hidralazina e sulfato de magnésio, administrados isoladamente ou em combinação. O tempo médio de internação foi inferior a cinco dias, e os desfechos mais frequentes foram parto a termo e parto pré-termo. Conclui-se que a conduta terapêutica adotada pelo hospital está alinhada com as diretrizes nacionais, evidenciando

práticas eficazes no manejo da pré-eclâmpsia.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-eclâmpsia, Conduta do tratamento medicamentoso, gestantes, Registro Médico Coordenado.

PREVALENCE **AND PHARMACOLOGICAL MANAGEMENT OF** PRE-ECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN HOSPITALIZED IN A PRIVATE HOSPITAL IN CASCAVEL-PR, DURING THE PERIOD FROM 2014 TO 2024

ABSTRACT

Pre-eclampsia is a pregnancy-specific hypertensive condition characterized by elevated blood pressure and organ dysfunction after the 20th week of gestation. This study aimed to identify the prevalence and describe the pharmacological management of preeclampsia in pregnant women hospitalized at a private hospital in Cascavel (PR) between January 2014 and December 2024. A total of 71 medical records of pregnant women diagnosed with preeclampsia were analyzed, representing 0.58% of the 12,114 pregnant women admitted during the study period. The highest prevalence was observed among women aged 28 to 37 years and with gestational age between 35 and 39 weeks. Most patients were nulliparous or primiparous and had no associated comorbidities. Regarding pharmacological management, the most frequently used drug was methyldopa, followed by hydralazine and magnesium sulfate, administered either alone or in combination. The average length of hospital stay was less than five days, and the most frequent outcomes were term and preterm deliveries. It is concluded that the therapeutic approach adopted by the hospital is consistent with national guidelines, demonstrating effective practices in the management of preeclampsia.

KEYWORDS: Pre-eclampsia, Medication Therapy Management, Pregnant People, Medical Record Linkage.

1.INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia (PE) é uma condição hipertensiva específica da gestação, caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial e disfunções orgânicas, geralmente surgindo após a 20ª semana de gestação. Além da hipertensão, a PE pode levar à proteinúria e comprometer múltiplos órgãos, incluindo o fígado, os rins, o cérebro e a placenta. **As manifestações clínicas variam** de formas leves a quadros graves, que exigem intervenções médicas urgentes e cuidados especializados (DA SILVA SANTOS et al., 2023).

Reconhecida como uma das complicações mais graves da gestação, a pré-eclâmpsia tem repercussões significativas para a saúde materna e fetal. A condição afeta cerca de 3% a 10% das gestantes em todo o mundo (LU; HU, 2019). Estudos indicam que a pré-eclâmpsia **é responsável por aproximadamente** 700 mil mortes maternas anuais (ALANAZI et al., 2022) e contribui para cerca de 500 mil mortes fetais a cada ano, sendo uma das principais causas de

morbimortalidade materno-infantil (MEDJEDOVIC et al., 2022).

Dada a gravidade e a alta incidência dessa condição, é fundamental compreender melhor sua prevalência, fatores de risco e as abordagens terapêuticas mais eficazes para o manejo clínico da pré-eclâmpsia, especialmente no contexto brasileiro (SALES NETTO et al., 2024). O estudo aprofundado desses aspectos é crucial para o desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e fetal e melhorar a qualidade da assistência obstétrica (BRASIL, 2012).

Considerando a relevância do tema, este estudo tem como objetivo identificar a prevalência e o perfil das gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia internadas em um hospital privado na cidade de Cascavel (PR) entre 2014 e 2024. Além disso, busca-se analisar as condutas adotadas no manejo dessas pacientes e os desfechos clínicos observados. Os dados obtidos poderão contribuir para aprimorar as estratégias de prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia, com foco na redução de seus impactos adversos sobre a saúde materna e perinatal.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. PRÉ-ECLÂMPsia

A pré-eclâmpsia (PE) é uma condição médica multifatorial e complexa que acomete gestantes, caracterizada pelo surgimento de hipertensão arterial e sinais de disfunção orgânica, geralmente após a 20ª semana de gestação. Trata-se de uma síndrome multissistêmica que tem atraído significativa atenção clínica e científica devido ao seu potencial de gerar complicações graves tanto para a mãe quanto para o feto (DA SILVA SANTOS et al., 2023).

A síndrome é marcada por hipertensão arterial persistente, proteinúria e disfunções em órgãos como fígado, rins, cérebro e placenta. As manifestações clínicas variam de formas leves a quadros graves que exigem intervenção médica imediata. A classificação da PE é baseada na gravidade e pode ser dividida em leve, grave ou como síndrome HELLP (hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia). O tratamento inclui estratégias farmacológicas — como o uso de anti-hipertensivos e corticosteroides para acelerar a maturidade pulmonar fetal — e medidas não farmacológicas, como repouso, controle da ingestão de sal e líquidos (DA SILVA SANTOS et al., 2023).

A PE também é classificada quanto ao momento do diagnóstico: pré-eclâmpsia precoce, quando ocorre antes das 34 semanas de gestação, e tardia, quando identificada após esse período. A forma precoce tende a ser mais grave, com maior risco de restrição do crescimento fetal (RCF), enquanto a forma tardia é mais comum e geralmente apresenta menor gravidade. A resolução da PE geralmente se dá com o término da gestação e a dequitação, embora o agravamento do quadro possa ocorrer no puerpério imediato (PINTO, 2019).

Embora a etiologia da pré-eclâmpsia ainda não seja completamente compreendida, diversos fatores de risco já foram identificados, como obesidade ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$), hipertensão crônica, diabetes pré-gestacional e doenças autoimunes, como lúpus eritematoso sistêmico (PERAÇOLI et al., 2020). Assim, compreende-se que a PE pode se manifestar de

maneiras distintas, dependendo da susceptibilidade individual e da resposta fisiológica da gestante.

Além disso, o Caderno de Atenção Básica nº 32 — Atenção ao Pré-Natal (BRASIL, 2013) destaca que a pré-eclâmpsia pode se manifestar em gestantes previamente normotensas, mas também como pré-eclâmpsia superposta em hipertensas crônicas, caracterizada pela piora súbita da pressão arterial, aumento da proteinúria ou disfunção orgânica após a 20ª semana. O protocolo ainda enfatiza que sinais como cefaleia persistente, alterações visuais, dor epigástrica ou pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg devem ser considerados alerta para pré-eclâmpsia grave, exigindo encaminhamento imediato e monitoramento intensivo da gestante.

Outro ponto relevante, não contemplado anteriormente, é o uso de biomarcadores na avaliação de risco. O protocolo sugere que a medida de proteína plasmática A associada ao fator de crescimento placentário (PlGF) pode ajudar na detecção precoce de PE, principalmente em gestantes de alto risco, contribuindo para um manejo mais direcionado e precoce (BRASIL, 2023).

2.2. PREVALÊNCIA DE PRÉ-ECLÂMPسيا

A hipertensão arterial acomete cerca de 15% das gestações, sendo que a pré-eclâmpsia está presente em aproximadamente 3% a 10% dessas, consolidando-se como a segunda principal causa de mortalidade materna. Em países de baixa e média renda, a PE é responsável por mais de 15% das mortes maternas, e pode chegar a 25% em algumas regiões da América Latina (SALES NETTO et al., 2024).

A recorrência da PE é significativa entre mulheres que já tiveram a condição em gestações anteriores, especialmente quando associada a comorbidades como obesidade e diabetes mellitus. A probabilidade de recorrência pode alcançar até 20%, sendo mais comum nos casos precocemente diagnosticados (SOUZA et al., 2021). Além disso, antecedentes de hipertensão gestacional dobram o risco de desenvolvimento de PE em futuras gestações (LOPES et al., 2020).

A idade materna também é um fator de risco relevante. Gestantes com mais de 35 anos têm maior predisposição à PE em comparação com mulheres entre 18 e 34 anos, faixa etária considerada ideal para a reprodução. No entanto, estudos como o de Moraes et al. (2023) mostram uma prevalência maior da PE em mulheres dentro da faixa etária reprodutiva ideal (19 a 24 anos), o que, apesar de divergente da literatura tradicional, representa um cenário potencialmente mais favorável em termos de desfechos clínicos.

Além dos fatores clínicos, aspectos genéticos também influenciam a prevalência da PE. Mulheres afrodescendentes, por exemplo, apresentam risco aumentado de desenvolver a doença (SALES NETTO et al., 2024). Aspectos socioeconômicos, como baixa escolaridade, renda reduzida e acesso limitado aos serviços de saúde, contribuem significativamente para a ocorrência da PE. Há ainda evidências de que estilos de vida não saudáveis — sedentarismo, dieta desequilibrada, tabagismo e exposição a poluentes ambientais — elevam o risco da doença (SANTOS et al., 2019; DALMÁZ et al., 2009).

2.3. PERFIL DAS GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPsia

A hipertensão é uma das complicações obstétricas mais frequentes, afetando especialmente mulheres em faixas etárias extremas. A incidência de PE na população obstétrica geral varia de 3% a 4%, podendo chegar a 5% a 10% em gestantes com mais de 40 anos (AMORIM, 2017).

O Ministério da Saúde classifica a idade materna superior a 35 anos como um fator de risco gestacional preexistente, o que requer acompanhamento pré-natal mais rigoroso (BRASIL, 2013). Tanto a gravidez em adolescentes quanto em mulheres mais velhas **está associada a maior risco de** desenvolver PE. O estudo de Amorim (2017) incluiu gestantes com idades entre 14 e 50 anos, demonstrando que os extremos da faixa reprodutiva **concentram maior número de casos**. A faixa de 32 a 38 anos correspondeu a 24,8% dos casos de PE, destacando-se como o terceiro grupo mais afetado (AMORIM, 2017).

Segundo Nóbrega et al. (2016), a maior prevalência de PE ocorre entre gestantes pardas, o que está em consonância com dados que apontam a cor da pele não branca como fator de risco predominante (92,54%), reflexo da miscigenação brasileira. O autor também identificou que 76,30% dos casos ocorreram entre 35 e 40 semanas de gestação, período próximo ao termo (NÓBREGA, 2016).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2025, diversos fatores contribuem para o aumento do risco de desenvolvimento da pré-eclâmpsia (SBC; SBH; SBN, 2025). Esses fatores são classificados em alto risco (quando um único critério já justifica maior vigilância) e risco moderado (quando há dois ou mais critérios associados), conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Fatores de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia.

Fatores de alto risco

Fatores de risco moderado

História de gestação anterior com pré-eclâmpsia

Índice de massa corporal (IMC) > 30 kg/m² antes da gestação

Descolamento prematuro de placenta prévio

Idade materna > 40 anos

Retardo de crescimento intrauterino em gestação prévia

Nuliparidade

Natimorto prévio

Reprodução assistida

Hipertensão arterial crônica

Gestação multifetal

Diabetes mellitus pré-gestacional

Doença renal crônica

Lúpus eritematoso sistêmico ou síndrome dos anticorpos antifosfolípidos

Fonte: Adaptado de Diretrizes **Brasileiras de Hipertensão Arterial** (2025).

2.4. TRATAMENTO DA PRÉ-ECLÂMPSIA

O tratamento da pré-eclâmpsia visa, principalmente, ao **controle da pressão arterial, à prevenção de complicações maternas e fetais** e à definição do momento mais seguro para o parto (FEBRASGO, 2020). O manejo clínico deve ser individualizado, levando em consideração a gravidade do quadro, a idade gestacional e as condições clínicas maternas e fetais (FEBRASGO, 2020).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2025), o **tratamento anti-hipertensivo na** gestação deve ser iniciado sempre que a pressão arterial sistólica for ≥ 160 mmHg ou a diastólica ≥ 110 mmHg, ou ainda quando houver sinais de comprometimento materno, como cefaleia intensa, distúrbios visuais ou dor epigástrica (SBC; SBH; SBN, 2025). O objetivo **é reduzir a pressão arterial para** valores em torno de 140/90 mmHg, evitando quedas bruscas que possam comprometer a perfusão uteroplacentária.

Os medicamentos anti-hipertensivos mais utilizados durante a gestação incluem metildopa, nifedipina e hidralazina. Metildopa trata-se de um agonista dos receptores adrenérgicos α_2 situados **no sistema nervoso central, reduzindo** a liberação de noradrenalina, diminuindo o tônus simpático e promovendo vasodilatação periférica. Essa redução **da resistência vascular periférica** resulta em queda da pressão arterial, mantendo o fluxo uteroplacentário sem comprometimento significativo. **De acordo com as diretrizes publicadas pela SBC, SBH e SBN (2025)**, a metildopa como a droga de escolha para hipertensão em gestantes devido ao seu perfil de segurança fetal comprovado (SBC; SBH; SBN, 2025).

Nifedipina é um bloqueador de canais de cálcio tipo L que age principalmente na musculatura lisa vascular, provocando relaxamento dessas fibras e consequente **vasodilatação, com diminuição da resistência vascular sistêmica**. As Diretrizes **Brasileiras de Hipertensão Arterial** de 2025 reconhece a nifedipina como alternativa ou complemento no manejo pressórico da gestante, especialmente em crises hipertensivas, desde que utilizada com cautela e monitoramento adequado (SBC; SBH; SBN, 2025).

Hidralazina atua como vasodilatador arterial direto, relaxando a musculatura lisa arteriolar e reduzindo a pós-carga cardíaca **e a resistência vascular periférica**. Essa diminuição da resistência vascular reduz a pressão arterial, podendo ocorrer taquicardia reflexa. Segundo as Diretrizes (2025), a hidralazina é indicada em emergências hipertensivas na gestação ou quando outras drogas **não estão disponíveis ou não são** suficientes (SBC; SBH; SBN, 2025).

O objetivo é manter a pressão arterial sob controle, sem comprometer o fluxo sanguíneo

placentário (FEBRASGO, 2020). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2021) recomenda que o tratamento medicamentoso seja iniciado precocemente, a fim de prevenir o agravamento do quadro hipertensivo (SBC, 2021).

A profilaxia contra a eclâmpsia com o uso de sulfato de magnésio é essencial, especialmente nos casos graves, reduzindo significativamente a incidência de convulsões e a mortalidade materna. O Hospital Israelita Albert Einstein (2023) orienta que o sulfato de magnésio seja utilizado tanto para prevenção quanto para tratamento da eclâmpsia, com dosagens padronizadas (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2023).

Figura 01: Terapêutica preventiva do Sulfato de Magnésio na Pré Eclâmpsia.

Apresentação

Sulfato de Magnésio a 50%

Dose de ataque

4g endovenoso (EV) em 10-20 minutos.

Dose de manutenção

1-2g endovenoso (EV).

Tempo de manutenção

Continuado por 24h após o nascimento

Fonte: Adaptado de NAKATANI (2021).

A única resolução definitiva da PE é o parto. A decisão quanto ao momento ideal para o nascimento deve balancear o risco materno e o grau de maturidade fetal. Em casos graves ou com sinais de comprometimento materno ou fetal, o parto imediato é indicado (FEBRASGO, 2020; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2023).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo, composto por prontuários de gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia internadas em uma instituição hospitalar privada da cidade de Cascavel (PR), no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2024.

Foram analisados prontuários registrados no sistema de gestão hospitalar Tasy®, dos quais foram coletadas informações referentes à idade materna, idade gestacional, número de gestações, presença de comorbidades associadas, tempo de internação e medicamentos utilizados durante a internação. Não foram considerados os prontuários de gestantes com idade inferior a 18 anos.

Os resultados quantitativos foram apresentados em forma de tabelas e expressos em frequências relativas (percentuais).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG), sob o CAAE 89881725.0.0000.5219, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 71 prontuários de gestantes internadas por pré-eclâmpsia, o que representa 0,58% do total de 12.114 registros hospitalares de gestantes internadas entre janeiro de 2014 e dezembro de 2024 no um hospital privado (local da pesquisa) de Cascavel-PR. Vale destacar que, embora se trate de uma instituição de natureza privada, o hospital também atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que os dados analisados abrangem ambas as modalidades de atendimento.

De acordo com a Diretriz de Hipertensão Arterial na Gestação (2020), a pré-eclâmpsia apresenta uma prevalência estimada de 1,5% no Brasil, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Neste estudo, a prevalência observada foi de 0,58%, valor inferior à estimativa nacional. Essa discrepância pode ser explicada pela elevada cobertura e qualidade do atendimento obstétrico na região. No Paraná, o pré-natal é amplamente oferecido tanto em serviços públicos quanto privados, com adesão superior a 99% das gestantes e início do cuidado na primeira metade da gestação em grande parte das usuárias (RUIZ et al., 2019). A detecção precoce da hipertensão gestacional, aliada ao acompanhamento clínico contínuo, contribui para a menor necessidade de internações por pré-eclâmpsia nesta localidade, refletindo o impacto positivo de um sistema de atenção obstétrica bem estruturado.

Tabela 01: Características maternas, idade gestacional e número de gestações das gestantes internadas no Hospital Privado Cascavel-PR (2014-2024).

Variável

Grupo amostral

Valor absoluto

(%) Percentual

Faixa etária materna

18-22 anos anos

8

11,26%

23-27 anos

17

23,94%

28-32 anos

18

25,35%

33-37 anos
20
28,16%

38-42 anos
7
9,85%

>42 anos
1
1,40%
Total

71

Idade gestacional
<20 semanas
1
1,40%

20-24 semanas
4
5,63%

25-29 semanas
5
7,04%

30-34 semanas
15
21,12%

35-39 semanas
45

63,38%

>40 semanas

1

1,40%

Total

71

Quantidade de gestações

G1

20

28,16%

G2

24

33,80%

G3

16

22,53%

G4 ou mais

11

15,49%

Fonte: Autor, 2025.

Conforme os dados apresentados na Tabela 01, em relação à faixa etária das pacientes, 8 (11,26%) tinham entre 18 e 22 anos, 17 (23,94%) entre 23 e 27 anos, 18 (25,35%) entre 28 e 32 anos, 20 (28,16%) entre 33 e 37 anos, 7 (9,85%) entre 38 e 42 anos, e 1 (1,40%) apresentava idade superior a 42 anos.

Quanto à idade gestacional, constatou-se que 1 (1,40%) gestante apresentou menos de 20 semanas, 4 (5,63%) estavam entre 20 e 24 semanas, 5 (7,04%) entre 25 e 29 semanas, 15 (21,12%) entre 30 e 34 semanas, 45 (63,38%) entre 35 e 39 semanas, e 1 (1,40%) com 40 semanas ou mais. Observa-se que a maior parte dos casos ocorreu após a 20ª semana de

gestação, em consonância com o que descreve o Manual de Gestação de Alto Risco, segundo o qual a pré-eclâmpsia é caracterizada como hipertensão arterial manifestada a partir da 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas (BRASIL, 2022).

Em relação ao número de gestações, verificou-se que 20 (28,16%) gestantes eram nulíparas, 24 (33,80%) primíparas, 16 (22,53%) multíparas e 11 (15,49%) grandes multíparas.

Tabela 02: Comorbidades associadas às gestantes internadas no Hospital Privado Cascavel-PR (2014-2024).

Comorbidades associadas

Valor absoluto

(%) Percentual

Nega comorbidade

41

57,74%

Hipertensão arterial sistêmica

4

5,63%

Hipertensão arterial na gestação diagnosticada em pré-natal

17

23,94%

Outras comorbidades

9

12,67%

Fonte: Autor, 2025.

De acordo com a Tabela 02, a maioria das gestantes incluídas no estudo não apresentava comorbidades associadas, totalizando 41 (57,74%). Esse achado pode ser parcialmente explicado pela predominância de mulheres nulíparas (20; 28,16%) e primíparas (24; 33,80%) na amostra. Segundo Kahhale, Francisco e Zugaib (2018), a nuliparidade é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia, mesmo na ausência de comorbidades prévias (KAHHALE; FRANCISCO; ZUBAIG, 2018).

Por outro lado, verificou-se a presença de 4 (5,63%) gestantes com hipertensão arterial sistêmica e 17 (23,94%) com hipertensão diagnosticada durante a gestação, o que está em concordância com as observações de Kahhale, Francisco e Zugaib (2018), que destacam a hipertensão arterial crônica como importante fator predisponente à pré-eclâmpsia (KAHHALE; FRANCISCO; ZUBAIB, 2018).

A proporção de gestantes com comorbidades hipertensivas identificada neste estudo reforça a relevância do acompanhamento pré-natal rigoroso, especialmente para a detecção precoce de elevação pressórica — condição frequentemente responsável pela progressão para quadros hipertensivos gestacionais e pré-eclâmpsia. Assim, tanto a nuliparidade quanto a hipertensão arterial prévia justificam a ocorrência da síndrome observada na amostra,

explicando, em conjunto, a alta prevalência de casos mesmo entre gestantes sem comorbidades aparentes.

Tabela 03: Tempo de internação das gestantes internadas no Hospital Privado Cascavel-PR (2014-2024).

Tempo de internação

Valor absoluto

(%) Percentual

1-2 dias

13

18,30%

3-4 dias

37

52,11%

5-6 dias

17

23,94%

>6 dias

4

5,63%

Fonte: Autor, 2025.

A análise dos dados apresentados na Tabela 03, referentes ao tempo de internação hospitalar das gestantes diagnosticadas com pré-eclâmpsia, evidenciou que a maioria das pacientes permaneceu internada por períodos relativamente curtos. Observou-se que 13 (18,30%) gestantes ficaram internadas por 1–2 dias, 37 (52,11%) por 3–4 dias, 17 (23,94%) por 5–6 dias e apenas 4 (5,63%) permaneceram mais de seis dias. Assim, mais de 70% das internações tiveram duração inferior a cinco dias.

Esses dados, aliados à idade gestacional observada, sugerem que, na maior parte dos casos, a evolução clínica foi rápida, culminando precocemente em medidas de desfecho, como a indução do parto ou a realização de cesariana. Essa tendência está de acordo com os resultados de Santos et al. (2023), que constataram que, diante da gravidade e dos riscos associados à pré-eclâmpsia, a conduta obstétrica frequentemente envolve a interrupção antecipada da gestação — seja a termo ou pré-termo — com o objetivo de minimizar complicações maternas e fetais (SANTOS et. al., 2023).

Tabela 04: Fármacos anti-hipertensivos utilizados e suas quantidades nas gestantes com pré-eclâmpsia internadas no Hospital Privado Cascavel-PR (2014-2024)

Anti-hipertensivos administrados

Valor Absoluto

% (percentual)

Metildopa
58
81,69%
Hidralazina
24
33,80%
Sulfato de Magnésio
23
32,39%
Nifedipino
5
7,04%
Anlodipino
1
1,40%
Não administrado medicamento
4
5,63%

Fonte: Autor, 2025

Tabela 05: Regimes terapêuticos anti-hipertensivos aplicados nas gestantes com pré-eclâmpsia internadas no Hospital Privado Cascavel-PR (2014-2024).

Anti-hipertensivos
Valor Absoluto
% (percentual)
Somente Metildopa
31
43,66%
Somente Hidralazina
2
2,81%
Somente Sulfato de Magnésio
4
5,63%
Somente Nifedipino
1
1,40%
Hidralazina + Sulfato de Magnésio
2
2,81%
Metildopa + Hidralazina

7
9,85%
Metildopa + Hidralazina + Anlodipino
1
1,40%
Metildopa + Hidralazina + Nifedipino
2
2,81%
Metildopa + Hidralazina + Sulfato de Magnésio
12
16,90%
Metildopa + Nifedipino
1
1,40%
Metildopa + Sulfato de Magnésio
3
4,22%
Metildopa + Sulfato de Magnésio + Nifedipino
1
1,40%
Não administrado medicamento
4
5,63%
Total
71

Fonte: Autor, 2025.

Quanto ao manejo farmacológico, conforme apresentado na Tabela 04, o fármaco mais utilizado foi a metildopa, administrada em 58 (81,69%) casos. Em seguida, destacaram-se a hidralazina (24; 33,80%) e o sulfato de magnésio (23; 32,39%). O nifedipino foi utilizado em 5 (7,04%) casos e o anlodipino em 1 (1,40%). Em 4 (5,63%) casos, não houve registro de uso de medicação anti-hipertensiva, pois as gestantes apresentavam idade gestacional superior a 38 semanas, sendo a conduta médica optar pela indução do parto ou pela realização de cesariana.

Em relação às associações terapêuticas, demonstradas na Tabela 05, observou-se que o uso isolado de metildopa foi a conduta mais frequente (31; 43,66%), seguido pela combinação metildopa + hidralazina + sulfato de magnésio (12; 16,90%), e metildopa + hidralazina (7; 9,85%). Outras combinações apresentaram menor frequência, e a ausência de uso medicamentoso ocorreu em igual percentual (4; 5,63%).

Os resultados deste estudo demonstram que a metildopa foi o fármaco mais empregado no manejo da pré-eclâmpsia, o que se justifica pelo fato de ser considerada a primeira opção

terapêutica para o controle da hipertensão arterial durante a gestação, conforme preconizado pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC; SBH; SBN, 2025). A predominância da metildopa reflete tanto a experiência clínica dos profissionais quanto a segurança e familiaridade com o medicamento e seus efeitos colaterais (SBH, 2021).

Outro achado relevante foi o uso do sulfato de magnésio em 23 (32,39%) gestantes, medicamento essencial na prevenção e controle das crises convulsivas associadas à pré-eclâmpsia, sendo a principal medida farmacológica para evitar a evolução para eclâmpsia. O Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) recomenda o uso do sulfato de magnésio em situações de risco elevado para convulsões, especialmente em casos de pré-eclâmpsia grave, síndrome HELLP ou hipertensão de difícil controle, reforçando sua importância nos protocolos clínicos de atenção materna (BRASIL, 2022).

Figura 02: Percentual de desfechos maternos (parto prematuro, parto a termo, alta hospitalar e transferência) nas gestantes com pré-eclâmpsia internadas no Hospital Privado Cascavel-PR (2014-2024).

Fonte: Autor, 2025.

Conforme estabelecido pelo Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a gestação é considerada pré-termo quando a idade gestacional está entre 22 e 37 semanas, e a termo a partir de 37 semanas (BRASIL, 2012). No presente estudo, de acordo com a Figura 02, observou-se que 28 (33,8%) gestantes tiveram parto pré-termo e 34 (40,8%) parto a termo, enquanto 20 (23,9%) receberam alta hospitalar com prescrição e 1 (1,4%) necessitou de transferência para outro serviço.

A escolha do parto como conduta clínica em casos de pré-eclâmpsia está frequentemente relacionada à necessidade de interromper a gestação quando o manejo farmacológico não é suficiente para garantir a estabilidade materna e fetal. Em situações de pré-eclâmpsia grave ou de difícil controle pressórico, a limitação da efetividade terapêutica leva à decisão médica pela indução do parto ou pela realização de cesariana, como medida definitiva para preservar a saúde materna e fetal (SOUZA; KLEIN; SILVEIRA, 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo da pré-eclâmpsia continua representando um desafio significativo para a atenção materna, dado seu potencial de complicações tanto para a mãe quanto para o neonato. No presente estudo, observou-se que a maioria das gestantes internadas apresentou evolução clínica rápida, com permanência hospitalar inferior a cinco dias. As pacientes foram prontamente encaminhadas a desfechos como parto pré-termo ou a termo. A alta proporção de gestantes sem comorbidades associadas reforça a importância de fatores como a nuliparidade e a hipertensão gestacional como riscos independentes, sublinhando a necessidade de um acompanhamento pré-natal rigoroso.

A predominância do uso da metildopa e a administração de sulfato de magnésio em

casos selecionados indicam a adesão às diretrizes nacionais para o manejo da pré-eclâmpsia, o que **contribui para a redução de complicações** graves, como eclâmpsia.

Entretanto, algumas limitações do estudo devem ser destacadas. A dependência dos registros hospitalares e a falta de informações completas nos prontuários das pacientes, como a inexistência de resultados laboratoriais detalhados e a falta de clareza sobre os medicamentos administrados em determinadas gestantes, comprometem a análise completa.

Apesar dessas limitações, os achados deste estudo fornecem informações valiosas sobre o perfil clínico das gestantes, as condutas terapêuticas adotadas e os desfechos maternos associados à pré-eclâmpsia. Esses dados podem subsidiar futuras estratégias de prevenção e intervenção, com foco na melhoria do cuidado obstétrico e na redução das complicações maternas e neonatais associadas à doença.

Links por Ocorrência (Internet)

Fragmento: **O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

Fragmento: **Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2025, diversos fatores contribuem para**

<https://ftramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

Fragmento: **é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

Fragmento: **acesso limitado aos serviços de saúde, contribuem significativamente para**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

Fragmento: **com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/162.pdf>

<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/04/181.pdf>

<http://portal.unila.edu.br/prppg/pesquisa/comissoes-em-pesquisa/cep>

<https://hq892qzdgr1cn4n8hhv8d1f9-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020/10/E-book-3-O-Conhecimento-na-Competência-da-Teoria-e-da-Prática-em-Enfermagem-3.pdf>

Fragmento: **1 - Fatores de risco para o desenvolvimento de**

<https://ftramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

Fragmento: **Este estudo teve como objetivo identificar**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

<http://repositorio.unisinos.br/anais/cofin/anais-cofin-2015.pdf>
https://cancr.ead.unesp.br/sigeve/evento_imagens/arq_apoio_20_1508332749.pdf
[https://arquivosbrasil.blob.core.windows.net/insulas/anexos/anais-cogecont-2017-\(1\)-562003.pdf](https://arquivosbrasil.blob.core.windows.net/insulas/anexos/anais-cogecont-2017-(1)-562003.pdf)
<http://repositorio.unisinos.br/anais/cofin/anais-cofin-2016.pdf>
<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/ensino-e-pesquisa/revista-de-pesquisa-em-saude/v9-no2.pdf>
http://unifacex.com.br/wp-content/uploads/2016/10/anais_jornada_enfermagem_15.pdf
<https://rasbran.com.br/rasbran/article/download/982/193/2736>
http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_1.pdf
http://www.abennacional.org.br/download/catalogo_2006.doc

Fragmento: **controle da pressão arterial, à prevenção**

<https://ftramomartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

Fragmento: **contribui para a redução de complicações**

<https://ftramomartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

Fragmento: **comorbidades como obesidade e diabetes**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

Fragmento: **foram coletadas informações referentes**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

https://abran.org.br/essencea/admeventos/admcj/congresso2019/home/anais/anais_congresso_2019.pdf

Fragmento: **para o desenvolvimento de estratégias**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/download/9308/5557>

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf

<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/rics/article/download/6341/3720>

<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/162.pdf>

<http://www.petenfermagem.ufc.br/wp-content/uploads/ANAIS-IX-MOSTRA-1.pdf>

https://sigaa.ufpi.br/sigaa/public/programa/defesas.jsf?lc=pt_BR&id=345

<https://www.unicesumar.edu.br/presencial/wp-content/uploads/sites/2/2017/04/LUDMILA-L-OPES-MACIEL-BOLSONI.pdf>

<http://www.bioline.org.br/pdf?bh14134>

<https://www.crefsp.gov.br/storage/app/arquivos/7e02a5c44298e22ad31dce23f52948b9.pdf>

<https://hq892qzdgr1cn4n8hhv8d1f9-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020/10/E-book-3-O-Conhecimento-na-Competência-da-Teoria-e-da-Prática-em-Enfermagem-3.pdf>
https://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2019/08/XXXVII_CBU_2019-1.pdf

Fragmento: **De acordo com a Sociedade Brasileira**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>
<https://www.previva.com.br/novosite/fatores-de-risco-para-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/>
<http://www.previva.com.br/novosite/fatores-de-risco-para-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/>
<https://www.previva.com.br/fatores-de-risco-para-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/>
<http://previva.com.br/fatores-de-risco-para-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/>
<https://previva.com.br/fatores-de-risco-para-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/>
<http://www.rbac.org.br/artigos/perfil-e-prevalencia-de-resistencia-aos-antimicrobianos-de-bacterias-gram-negativas-isoladas-de-pacientes-de-uma-unidade-de-terapia-intensiva/>
<https://davita.com.br/servicos-medicos/davita-saude/birads/>
<https://davita.com.br/servicos-medicos/davita-saude/esclerose-multipla/>
<https://www.davita.com.br/servicos-medicos/davita-saude/exercicios-fisicos-saude-mental/>
<https://davita.com.br/servicos-medicos/davita-saude/habitos-saudaveis/>
<https://www.davita.com.br/servicos-medicos/davita-saude/habitos-saudaveis/>
https://abran.org.br/essencea/admeventos/admcj/congresso2019/home/anais/anais_congresso_2019.pdf
https://sbafs.org.br/admin/files/papers/file_IlduWnhVZnP7.pdf
<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/162.pdf>
<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/download/9308/5557>
<https://unp.br/arquivos/pdf/cursos/pesquisa/congressocientifico/anais2012.pdf>
https://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2019/08/XXXVII_CBU_2019-1.pdf
<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/05/5congregfip.pdf>
https://arquivosbrasil.blob.core.windows.net/insulas/anexos/cogecont_31_10_2016-277500-418116.pdf

Fragmento: **Trata-se de um estudo transversal**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>
https://bdm.unb.br/bitstream/10483/13858/1/2016_MarinaLeaFleuryOliveira.pdf
<https://www.scielo.br/j/ean/a/H9BHZRfSsTm7JkgtXcxd3Pm/?lang=pt&format=pdf>
https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/21576_0.pdf
https://sigaa.ufpi.br/sigaa/public/programa/defesas.jsf?lc=pt_BR&id=345
<https://isindexing.com/isi/journalpapers.php?id=13077>
<https://www.scielo.br/j/ean/a/H9BHZRfSsTm7JkgtXcxd3Pm/?lang=pt>
<https://rasbran.com.br/rasbran/article/download/982/193/2736>

https://abran.org.br/essencea/admeventos/admcj/congresso2019/home/anais/anais_congresso_2019.pdf
<http://sistemas.unicesumar.edu.br/cpd/projetoCientifico/relatorioProjetosPref.php>
http://abenti.org.br/pdf/2017_ANAIS_SIMPOSIO_POA_FINAL.pdf
<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/rics/article/download/6341/3720>
<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/21-2.pdf>
http://www.abennacional.org.br/download/catalogo_2006.doc
<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/download/9308/5557>
<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/04/181.pdf>
<http://revistabionorte.com.br/>
<http://www.bioline.org.br/pdf?bh14134>
<http://www.petenfermagem.ufc.br/wp-content/uploads/ANAIS-IX-MOSTRA-1.pdf>
http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_5.pdf
http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_2.pdf
https://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2019/08/XXXVII_CBU_2019-1.pdf
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafos_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf
http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_3.pdf
http://11cnps.iscte-iul.pt/sites/default/files/docs/livro_atas.pdf
<http://www.ufrgs.br/textecc/textped/arquivos/Artigosped.txt>
<https://unp.br/arquivos/pdf/cursos/pesquisa/congressocientifico/anais2012.pdf>

Fragmento: **e a resistência vascular periférica.**

<https://ftramontmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6201.pdf>
https://abccardiologia.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x44344.pdf
<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude-p-30202104.pdf>
http://abccardiologia.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x14831.pdf
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9949730/>
<https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/?lang=pt>
<http://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/>
<https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/>
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf

Fragmento: **presença de comorbidades associadas,**

<https://ftramontmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf

Fragmento: **Brasileiras de Hipertensão Arterial**

<https://framomartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x44344.pdf

<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>

http://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x14831.pdf

<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude-p-30202104.pdf>

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen/olga-lidia-menendez-rodriguez.pdf>

<http://www.prontmed.com/blog/fatores-de-risco-cardiovascular/>

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Sergio/Complexo_11_Sergio_Hipertensao.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_HIP_1004.pdf

<https://www.scielo.br/j/abc/a/hkhzdRKxs5sTccNn6Dtt5VJ/?lang=pt>

https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3159/envelhecimento_cardiovascular_e_doencas_cardiovasculares_em_idosos.htm

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf

https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdE_ditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/diretriz_hipertensao_errata.pdf

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/diretriz_hipertensao_associados.pdf

<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>

<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/21-2.pdf>

<https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/?lang=pt>

<http://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/>

<https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/>

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9949730/>

<https://hq892qzdgr1cn4n8hhv8d1f9-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020/10/E-book-3-O-Conhecimento-na-Competência-da-Teoria-e-da-Prática-em-Enfermagem-3.pdf>

http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_1.pdf

http://www.abennacional.org.br/download/catalogo_2006.doc

Fragmento: **Brasileiras de Hipertensão Arterial**

<https://ftramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>
<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>
https://abccardiolo.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066782X-abc-116-03-0516.x44344.pdf
<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
http://abccardiolo.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x14831.pdf
<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude-p-30202104.pdf>
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/olga-lidia-menendez-rodriguez.pdf>
<http://www.prontmed.com/blog/fatores-de-risco-cardiovascular/>
https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Sergio/Complexo_11_Sergio_Hipertensao.pdf
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_HIP_1004.pdf
<https://www.scielo.br/j/abc/a/hkhzdRKxs5sTccNn6Dtt5VJ/?lang=pt>
https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3159/envelhecimento_cardiovascular_e_doencas_cardiovasculares_em_idosos.htm
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_artorial_2006pdf
https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/diretriz_hipertensao_errata.pdf
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/diretriz_hipertensao_associados.pdf
<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>
<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/21-2.pdf>
<https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/?lang=pt>
<http://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/>
<https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/>
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9949730/>
<https://hq892qzdgr1cn4n8hhv8d1f9-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020/10/E-book-3-O-Conhecimento-na-Competência-da-Teoria-e-da-Prática-em-Enfermagem-3.pdf>
http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_1.pdf
http://www.abennacional.org.br/download/catalogo_2006.doc

Fragmento: **Os medicamentos anti-hipertensivos**

<https://ftramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_HIP_1004.pdf

http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
<https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1301757>
https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x44344.pdf
<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude-p-30202104.pdf>
http://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x14831.pdf
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9949730/>
<https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/?lang=pt>
<http://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/>
<https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/>
<https://www.scielo.br/j/abc/a/FzpcTtwTdpf8DDBYMS7vpr/>
http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_5.pdf

Fragmento: **da resistência vascular periférica**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>
<https://frammonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>
<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/download/9308/5557>
<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>
<https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/?lang=pt>
http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x44344.pdf
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_artorial_2006.pdf
<http://www.scielo.br/j/rbme/a/9TYnGhvHv7vX9HMPMfcpd6n/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9949730/>
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/diretriz_hipertensao_associados.pdf
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/diretriz_hipertensao_errata.pdf
<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude-p-30202104.pdf>
http://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x14831.pdf
<https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/>
<https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1301757>
https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/protocolos_obstetricia_sesa_ce_2014_.pdf
<http://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/>

Fragmento: **da resistência vascular sistêmica.**

<https://framonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/21-2.pdf>

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf

https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/protocolos_obstetricia_sesa_ce_2014_.pdf

http://www.cienciasmedicas.com.br/uploads/attachments/57f3c75474eb9f4f290000fb/ANAIS_11_2014_ebook.pdf

<https://unp.br/arquivos/pdf/cursos/pesquisa/congressocientifico/anais2012.pdf>

Fragmento: **o controle da hipertensão arterial**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

<https://framonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAyMPSIA.pdf

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/diretriz_hipertensao_errata.pdf

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/diretriz_hipertensao_associados.pdf

<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>

http://unifacex.com.br/wp-content/uploads/2016/10/anais_jornada_enfermagem_15.pdf

http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_1.pdf

http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_5.pdf

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4913343/mod_resource/content/1/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5730478/mod_resource/content/0/Diretrizes-SBD-2019-2020.pdf

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5295195/mod_resource/content/1/DIRETRIZES_SB_D_.pdf

<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

Fragmento: **Brasileira de Hipertensão Arterial**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

<https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1301757>

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/LORENA-RIBEIRO-MOTA.pdf>

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/833/615>

<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/download/9308/5557>

<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>

https://abccardiologia.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x44344.pdf
<http://departamentos.cardiologia.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
<http://www.petenfermagem.ufc.br/wp-content/uploads/ANAIS-IX-MOSTRA-1.pdf>
<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude-p-30202104.pdf>
https://abccardiologia.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x14831.pdf
<https://www.crefsp.gov.br/storage/app/arquivos/7e02a5c44298e22ad31dce23f52948b9.pdf>
<https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/download/541/133>
http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_5.pdf
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4913343/mod_resource/content/1/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf

Fragmento: **AND PHARMACOLOGICAL MANAGEMENT OF**

<https://ftramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

Fragmento: **é responsável por aproximadamente**

<https://ftramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>
<https://www.unicesumar.edu.br/presencial/wp-content/uploads/sites/2/2017/04/LUDMILA-LOPES-MACIEL-BOLSONI.pdf>
https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/protocolos_obstetricia_ssa_ce_2014_.pdf
<http://www.petenfermagem.ufc.br/wp-content/uploads/ANAIS-IX-MOSTRA-1.pdf>
http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_3.pdf
http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_5.pdf

Fragmento: **As manifestações clínicas variam**

<https://ftramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf

Fragmento: **um hospital privado na cidade de**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>
<https://rasbran.com.br/rasbran/article/download/982/193/2736>
http://www.abennacional.org.br/download/catalogo_2006.doc

Fragmento: **As manifestações clínicas variam**

<https://ftramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf

Fragmento: **especialmente quando associada a**

<https://framonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

<https://edisiplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1301757>

<https://www.scielo.br/j/abc/a/FzpcTtwTdpf8DDBYMS7vpr/>

Fragmento: **presente estudo, observou-se que**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/162.pdf>

<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/rics/article/download/6341/3720>

Fragmento: **O tempo médio de internação foi**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

http://abenti.org.br/pdf/2017_ANAIS_SIMPOSIO_POA_FINAL.pdf

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf

<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/04/181.pdf>

https://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2019/08/XXXVII_CBU_2019-1.pdf

Fragmento: **tem como objetivo identificar a**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

<http://revistabionorte.com.br/>

<http://sistemas.unicesumar.edu.br/cpd/projetoCientifico/relatorioProjetosPref.php>

<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/05/171.pdf>

<https://rasbran.com.br/rasbran/article/download/982/193/2736>

<http://repositorio.unisinos.br/anais/cofin/anais-cofin-2016.pdf>

<https://unp.br/arquivos/pdf/cursos/pesquisa/congressocientifico/anais2012.pdf>

http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_5.pdf

http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_2.pdf

<https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Ebook-Atualizações-e-debates-sobre-Segurança-Alimentar-e-Nutricional-1.pdf>

<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/05/5congregip.pdf>

<http://repositorio.unisinos.br/anais/cofin/anais-cofin-2015.pdf>

Fragmento: **está associada a maior risco de**

<https://framonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf

https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x44344.pdf
<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude-p-30202104.pdf>
http://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x14831.pdf
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9949730/>
<https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/?lang=pt>
<http://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/>
<https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/>
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4913343/mod_resource/content/1/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5730478/mod_resource/content/0/Diretrizes-SBD-2019-2020.pdf
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5295195/mod_resource/content/1/DIRETRIZES_SB D_.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5295195/mod_resource/content/1/DIRETRIZES_SB_D_.pdf)
<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>

Fragmento: **no período de janeiro de 2014 a**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>
[https://arquivosbrasil.blob.core.windows.net/insulas/anexos/anais-cogecont-2017-\(1\)-562003.pdf](https://arquivosbrasil.blob.core.windows.net/insulas/anexos/anais-cogecont-2017-(1)-562003.pdf)
<http://www.petenfermagem.ufc.br/wp-content/uploads/ANAIS-IX-MOSTRA-1.pdf>
https://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2019/08/XXXVII_CBU_2019-1.pdf

Fragmento: **o que se justifica pelo fato de**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>

Fragmento: **o aumento do risco**

<https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/17/20>