

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPسيا: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Melissa de Andrade Moreira¹

Rafael Santos Feitosa²

Dryelle Karoline de Almeida Silveira³

Aline Santana Goes⁴

Fármacia



cadernos de
graduação

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1769

ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

RESUMO

A gestação é um momento único e importante na vida da mulher, onde o corpo passa por mudanças, podendo causar novos problemas de saúde. Uma das doenças mais frequentes nesse período é a pré-eclâmpsia, doença hipertensiva específica da gestação, que traz os piores resultados para as mães e seus bebês, sendo responsável por cerca de 5% a 17% dos óbitos maternos, o que traz a necessidade de um tratamento farmacológico seguro e eficaz. O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o tratamento medicamentoso da pré-eclâmpsia. Todavia, o estudo utilizou as seguintes bases de dados: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde e Science Direct, a busca totalizou 403 artigos, onde dois foram escolhidos seguindo os critérios de exclusão e inclusão, além de terem sido realizados em 2006 e 2018. Para que a gestação das mulheres diagnosticadas com pré-eclâmpsia ocorra sem que haja intercorrências indesejadas é necessário definir um tratamento e segui-lo. Os medicamentos mais recomendados são: metildopa, nifedipino de ação prolongada e labetalol, a definição da terapia dependerá da familiaridade do médico com a droga e das condições gestacionais. Esses medicamentos desempenham papéis indispensáveis, proporcionando uma gama abrangente de opções para controlar a pressão arterial elevada em gestantes com pré-eclâmpsia. No entanto, é notável a escassez de artigos encontrados que abordam essa temática, diante disso, sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos a respeito desse assunto de suma importância, para que a mortalidade materna e perinatal diminua no Brasil e no mundo.

PALAVRAS-CHAVE

Gestação de Alto Risco. Pré-Eclâmpsia. Tratamento e Medicamentos.

ABSTRACT

Pregnancy is a unique and important moment in a woman's life, where the body goes through changes, which can cause new health problems. One of the most frequent diseases during this period is pre-eclampsia, a hypertensive disease specific to pregnancy, which brings the worst results for mothers and their babies, being responsible for around 5% to 17% of maternal deaths, which brings the need of a safe and effective pharmacological treatment. The present study aims to carry out an integrative review of the literature on the drug treatment of pre-eclampsia. However, the study used the following databases: PubMed, Virtual Health Library and Science Direct, the search totaled 403 articles, two of which were chosen following the exclusion and inclusion criteria, in addition to having been carried out in 2006 and 2018. To For the pregnancy of women diagnosed with pre-eclampsia to occur without unwanted complications, it is necessary to define a treatment and follow it. The most recommended medications are: methyldopa, long-acting nifedipine and labetalol. The definition of therapy will depend on the doctor's familiarity with the drug and gestational conditions. These medications play indispensable roles in providing a comprehensive range of options for controlling high blood pressure in pregnant women with preeclampsia. However, the scarcity of articles found that address this topic is notable; therefore, it is suggested that other studies be developed on this extremely important subject, so that maternal and perinatal mortality decreases in Brazil and around the world.

KEYWORDS

High-risk pregnancy; Pre-eclampsia; treatment and medications.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico na vida da mulher, onde espera-se que ela se encontre preparada para receber o novo ser humano (Henriques *et al.*, 2022). Sendo essa uma condição que se espera que ocorra sem intercorrências, evoluindo gradativamente de forma saudável, onde podemos considerar assim uma gestação de risco habitual (Balsells *et al.*, 2018). Porém, uma parte da população das mulheres gestantes pode sofrer complicações devido a fatores geradores de risco, necessitando de assistência especializada para acompanhamento dessas pacientes (Cruz *et al.*, 2021).

Esses fatores geradores de risco se caracterizam como uma gestação de alto risco, fenômeno que acontece quando a mulher apresenta alguma doença ou condi-

ção sócio biológica, o que contribui para um prognóstico desfavorável, podendo levar tanto a mãe, quanto o bebê a óbito (Rolim *et al.*, 2020).

As doenças que acometem mulheres gestantes com mais frequência são: eclâmpsia, pré-eclâmpsia, infecção puerperal, anomalias da contração uterina e deslocamento prematuro de placenta (Sousa *et al.*, 2018). Infecção urinária, trombofilia, anemia e vaginoses também são doenças que podem ser consideradas comuns durante o processo de gestação da mulher (Camboim *et al.*, 2017).

A pré-eclâmpsia é uma doença específica da gestação que se caracteriza pelo aumento da pressão arterial a partir da vigésima semana de gestação e merece destaque devido a sua frequente associação aos piores desfechos maternos e perinatais (Lins *et al.*, 2022). É uma das principais razões de óbito materno no mundo, sendo o fator mais frequente do comprometimento da maioria das gestações, acometendo cerca de 10% delas, podendo levar à prematuridade e causar consequências e limitações à saúde materna e ao concepto (Barroso *et al.*, 2020; Damasceno *et al.*, 2020).

Contudo, devido ao período gestacional sofrer mudanças fisiológicas, gerando alterações metabólicas, podendo acarretar condições clínicas desfavoráveis, é necessário cautela em qualquer escolha que possa afetar diretamente a saúde da mulher e do feto, principalmente em relação ao manejo farmacológico, pois os medicamentos podem gerar sérias complicações caso não seja indicado para a paciente gestante (Nigai *et al.*, 2022).

Durante o processo gestacional, os sistemas vascular, hepático, renal e cerebral podem correr risco caso a hipertensão arterial esteja presente, isso se deve pelo aumento elevado da pressão sanguínea, dessa forma, o bebê também acaba sendo afetado. As síndromes hipertensivas gestacionais permanecem sendo a primeira causa de morte materna direta no Brasil, principalmente quando as formas mais graves estão envolvidas, como a pré-eclâmpsia e a síndrome HELLP (Kahhale; Francisco; Zugaib *et al.*, 2018).

Todavia a farmacoterapia adequada é essencial para as mulheres gestantes de alto risco diagnosticadas com pré-eclâmpsia. A princípio, a terapia deve começar com apenas um medicamento, a escolha deve priorizar um medicamento considerado de primeira linha, exceto atenolol. A associação só deverá ocorrer caso a hipertensão não seja controlada pela primeira escolha medicamentosa. Deve-se evitar medicamentos que podem causar malformação fetal e outras complicações que superem o benefício (Barroso *et al.*, 2020).

Desse modo, o objetivo do presente estudo é identificar quais são os tratamentos medicamentosos para pacientes gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia.

2 METODOLOGIA

Com vistas aos objetivos deste estudo, adotou-se a metodologia de revisão sistemática integrativa da literatura, que consiste em realizar uma análise ampla, reunindo estudos já realizados que possam contribuir para discussões sobre a temática estabelecida, possibilitando reflexões do problema estudado. Dessa forma, o presente

estudo foi elaborado seguindo as seis etapas recomendadas para a elaboração de uma revisão integrativa de qualidade (Mendes; Silveira, Galvão, 2008):

1. Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa;
2. Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão;
3. Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados;
4. Avaliação dos estudos incluídos;
5. Interpretação dos resultados;
6. Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A etapa de identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados foi realizada por dois pesquisadores independentes, de modo a garantir o rigor científico. Para a seleção dos artigos que integraram a amostra, foram utilizadas as bases de dados: PubMed, Science Direct e Biblioteca Virtual em Saúde.

A seleção dos descritores a serem empregados na busca foi feita, considerando a variedade de termos empregados como sinônimos no contexto brasileiro. Dessa forma, foram utilizados como descritores os termos: "gravidez", "alto risco", "mulheres grávidas", "pré-eclâmpsia", "hipertensão", "induzida pela gravidez", "tratamento" e "medicamentos" ou em inglês "pregnancy", "high-risk", "pregnant women", "pre-eclampsia", "hypertension", "pregnancy-induced", "treatment" and "medication" no título.

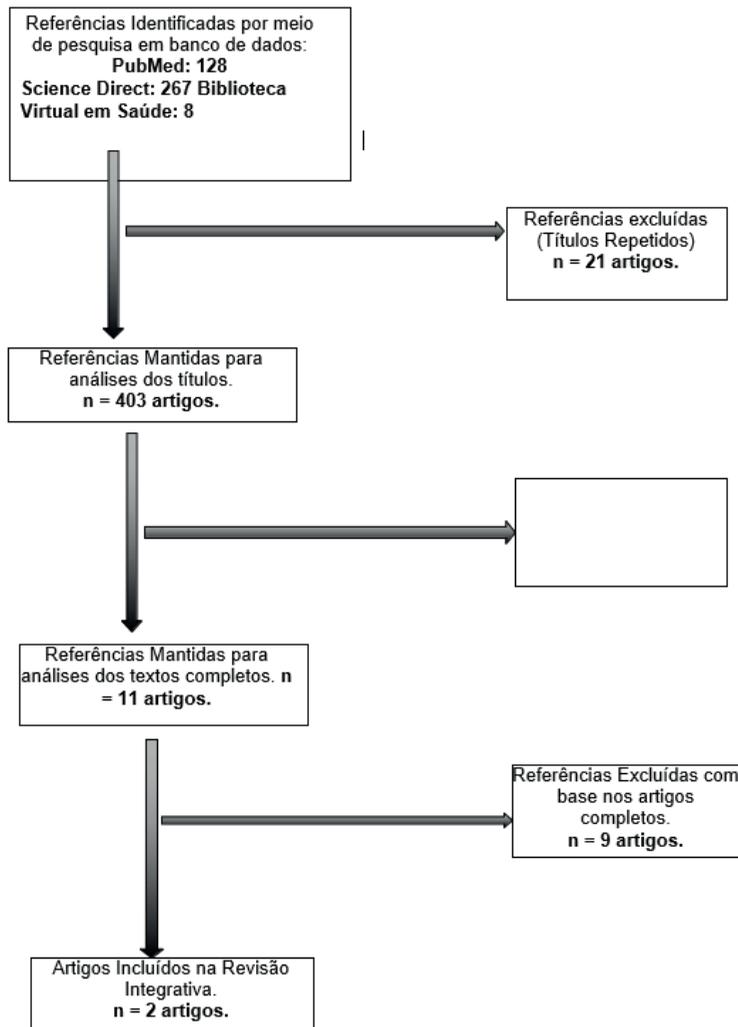
Optou-se por ampliar o período de busca devido a escassez dos estudos, dessa forma utilizamos o período de 2006 a 2023.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos científicos publicados em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, na íntegra e disponibilizados online; artigos publicados entre os anos de 2006 a 2023, e que constassem os termos utilizados.

Os critérios de exclusão adotados foram: artigos científicos não publicados em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, artigos não disponibilizados na íntegra, foram excluídas revisões sistemáticas, metanálises, relato de caso, editoriais, resumos e artigos que abordam tratamento preventivo da pré-eclâmpsia como tema principal.

Para a etapa de seleção e categorização dos estudos, foi elaborada uma matriz de catalogação na qual foram organizados os dados referentes a cada estudo. Para a análise, foi feita a leitura na íntegra dos artigos e assim, foi elaborada uma matriz de síntese para apreciação qualitativa das informações contendo: ano de

publicação, autores, título do estudo, local de estudo, objetivo, tratamento e os principais resultados encontrados em cada artigo selecionado. Os resultados e a discussão são apresentados de forma descritiva, por meio da exposição dos dados relativos às publicações e da análise de conteúdo desses materiais. O Fluxograma a seguir (FIGURA 1) representa como foram distribuídas as etapas de busca, seleção e filtragem dos artigos.

Figura 1 – Fluxograma das etapas de busca e seleção dos artigos:

Fonte: Autoria própria.

3 RESULTADOS

A busca inicial nas bases de dados: PubMed, Science Direct e Biblioteca Virtual em Saúde, totalizou 403 artigos. Contudo, após identificação de duplicidade, 21 artigos foram excluídos. Foi realizada a avaliação dos títulos, para verificar se a questão norteadora estava sendo respondida e se os artigos atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, então 371 artigos foram descartados. A etapa seguinte se deu a partir da leitura dos resumos e textos completos dos 11 artigos restantes, onde 9 destes não responderam à pergunta de pesquisa. Neste sentido, 2 artigos foram incluídos nesta revisão integrativa.

Os artigos utilizados corresponderam ao tratamento da pré-eclâmpsia, havendo uma enorme discrepância entre os períodos de publicação das pesquisas, realizados em 2006 e 2018, ambos são estudos brasileiros, efetuados em Minas Gerais e São Paulo.

Os dois artigos que compõem esta revisão integrativa da literatura abordam o tratamento da pré-eclâmpsia (QUADRO 2), realizando as seguintes afirmativas:

Hidralazina e metildopa são as drogas normalmente utilizadas no tratamento da pressão arterial elevada durante a gestação. No estudo realizado, metade das pacientes foram submetidas ao tratamento anti-hipertensivo enquanto a outra metade não recebeu terapia medicamentosa. Observou-se que houve poucos avanços em relação à prevenção de intercorrências perinatais mesmo com a introdução do tratamento farmacológico, uma vez que, não houve mudanças nas condições de nascimento do bebê. Recomenda-se mais estudos a respeito do desenvolvimento de terapias que atuam no fluxo sanguíneo placentário e fetal (Ferrão *et al.*, 2006).

Segundo Bortolotto, Francisco e Zugaib (2018), metildopa e labetalol são os medicamentos preferidos na maioria das diretrizes. Porém o labetalol não está disponível em todos os países, inclusive no Brasil, nesse caso, ocorre a necessidade de substituição por outro betabloqueador ou antagonista dos canais de cálcio. O pindolol é a droga de escolha utilizada no centro obstétrico quaternário de alto risco em que foi realizado o estudo, e está menos associado à restrição de crescimento fetal. A preferência de um medicamento em detrimento do outro dependerá da disponibilidade e diretriz local.

Em caso de crise hipertensiva, os medicamentos indicados (QUADRO 1) pelo estudo em questão seguem abaixo:

Quadro 1 – Medicamentos utilizados em crises hipertensivas

Medicamento	Via de administração	Dose
Hidralazina	Intravenoso	5mg em intervalos de 20 minutos ou 30 mg de dose total.
Labetalol	Intravenoso	10 ou 20mg com doses incrementais após 10 minutos, não excedendo 220mg.
Nifedipino	Oral	10mg, podendo repetir após 20 ou 30 minutos.

Fonte: Autoria Própria.

Quadro 2 – Artigos Selecionados

ANO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	LOCAL DE ESTUDO	OBJETIVO	TRATAMENTO	PRINCIPAIS RESULTADOS
2006	Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas.	Mauro Henrique de Lima Ferrão. Ana Carolina Lúcio Pereira. Heloisa Cristina Torres Soares Gersgorin. Thales Antônio Abra de Paula. Rosana Rosa Miranda Corréa. Eumenia Costa da Cunha Castro.	Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.	Comparar as intercorrências clínicas materno-fetais e a efetividade do tratamento entre grupos das síndromes hipertensivas na gestação (SHG).	Metildopa e hidralazina.	Não houve melhora dos padrões perinatais nos casos com PE e HG submetidos ao tratamento. Em grupos consistidos de menor gravidade materna, como os casos com HG, a introdução da terapia anti-hipertensiva não melhorou aspectos rotineiros usados para a avaliação do neonato, como o peso de nascimento e a idade gestacional. Portanto, mesmo com a introdução da terapia anti-hipertensiva durante a gestação, poucos avanços foram conseguidos em relação à prevenção das intercorrências perinatais.
2018	Resistant Hypertension in Pregnancy: How to Manage?	Maria Rita Borlototto. Rosana Pulcinelli Vieira Francisco. Marcelo Zugaib.	Clinica Obstétrica do Hospital das Clínicas. Universidade de São Paulo.	Descrever a investigação e tratamento da hipertensão resistente na gravidez e puerpério.	Metildopa ou pin-dolol como terapia de primeira linha. Antagonistas dos canais de cálcio podem ser prescritos caso um segundo medicamento seja necessário. Como agente de terceira linha, dependendo dos medicamentos utilizados, a escolha é entre bloqueadores dos canais de cálcio prazosina.	Os medicamentos mais recomendados na maioria das diretrizes são a metildopa e o labetalol. O tratamento da hipertensão na gravidez tem sido associado a piores resultados fetais, como restrição de crescimento intrauterino e trabalho de parto prematuro. A preferência de um medicamento em detrimento do outro depende da disponibilidade e da diretriz local ou protocolo. A escolha dos medicamentos anti-hipertensivos deve considerar o bem-estar fetal, mas o medo excessivo dos efeitos fetais não deve impedir a terapia adequada quando necessário.

Fonte: Autoria própria.

4 DISCUSSÃO

A pré-eclâmpsia é uma das principais causas de letalidade materna e perinatal no Brasil e no mundo, a pressão arterial elevada na gestação ou no pós-parto está presente em 2 a 10% das gestações (Borba *et al.*, 2022). A pré-eclâmpsia é uma doença hipertensiva específica da gestação, que traz os piores resultados para as mães e seus bebês, sendo responsável por cerca de 5% a 17% dos óbitos maternos, com grande incidência de internação em unidades de terapia intensiva, o que configura uma gravidade no que se refere a saúde pública (Sousa *et al.*, 2021).

Vários fatores de risco podem estar relacionados ao desenvolvimento da pré-eclâmpsia na mulher gestante, como por exemplo: idade jovem e ou avançada, nuliparidade, fertilização *in vitro*, tabagismo, excesso de peso, nutrição deficiente, histórico familiar de pré-eclâmpsia, condições socioeconômicas precárias e diagnóstico de doenças crônicas e autoimunes como o Lúpus Eritematoso Sistêmico (Soares *et al.*, 2019; Melillo *et al.*, 2023).

Tais fatores podem ocasionar riscos tanto para a mãe, quanto para o bebê (Henriques *et al.*, 2022). Essas situações de risco podem ser identificadas durante a primeira consulta de pré-natal e precisam ser revistas periodicamente, além de tratadas por equipes especializadas (Rolim *et al.*, 2020). Contudo, realizar a identificação das mulheres gestantes que possuem maior risco obstétrico, reduz significativamente a mortalidade materna e perinatal (Ministério da Saúde, 2022).

A gestação é um processo muito delicado e que exige o acompanhamento de profissionais qualificados para avaliar o uso de medicamentos em mulheres gestantes, analisando quais fármacos são seguros tanto para a mãe, quanto para o bebê (Rolim *et al.*, 2020).

Sabe-se que no início desse processo está ocorrendo o desenvolvimento embrionário, logo, o ideal é que a mulher gestante evite qualquer tipo de contato com substâncias que possam ter efeitos ou impactos negativos a respeito da evolução do feto, pois é durante o primeiro trimestre gestacional que se encontra o maior nível de risco da gestação, não descartando a hipótese de risco nos outros meses (Campos; Mattos; Gomes, 2022).

Assim, tendo em vista que muitos medicamentos ingeridos por mulheres gestantes podem atravessar a barreira placentária e entrar na corrente sanguínea fetal, uma análise cautelosa deve ser feita quanto ao uso de medicamentos durante a gestação, pois a placenta é o órgão responsável pela troca entre o corpo da mãe e o organismo do feto, contudo, fatores farmacocinéticos devem ser considerados na avaliação da extensão dessa transferência (Silva; Marques, 2019). Pensando nas condições da mulher gestante com diagnóstico de pré-eclâmpsia, a escolha da terapia medicamentosa ideal é essencial para garantir a saúde do binômio mãe-bebê durante e após o processo gestacional (Nigai *et al.*, 2022).

A classificação ABCDX, criada pelo Federal *Drug Administration* (FDA), é uma ferramenta que avalia os riscos que os medicamentos podem causar no binômio mãe-bebê. A classificação é baseada em estudos realizados em humanos e/ou animais (Campos; Mattos; Gomes, 2022).

Quadro 3 - Classificação De Risco de Medicamentos.

<p>Categoria de risco (A): Não demonstram risco para o feto no primeiro trimestre gestacional, sendo pouco provável a possibilidade de danos futuros.</p>
<p>Categoria de risco (B): Estudos em animais não demonstraram riscos, mas não há estudos em gestantes, ou os estudos em animais revelaram riscos, porém não foram confirmados em mulheres grávidas.</p>
<p>Categoria de risco ©: Não realizou estudos em animais e em gestantes, ou estudos em animais revelaram riscos, mas não houve estudos em mulheres no período gestacional.</p>
<p>Categoria de risco (D): Revela que o fármaco possui potencial risco fetal humano, mas os benefícios eventuais para a mãe, podem justificar os riscos.</p>
<p>Categoria de risco (X): Demonstrou anomalias fetais, tanto em estudos em humanos, quanto em animais, onde os riscos para o feto superaram os benefícios para a mãe.</p>

Fonte: Autoria Própria.

No entanto, para complementar essa classificação, considerada simplista e confusa por alguns estudiosos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 60, de 17 de dezembro de 2010, para estabelecer frases de alerta nas bulas e rótulos em medicamentos comercializados no Brasil (ANVISA, 2010).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020), no que se refere ao tratamento medicamentoso das síndromes hipertensivas gestacionais, um medicamento de primeira linha deve ser escolhido para atuar em monoterapia, são eles: metildopa, nifedipino de ação prolongada ou betabloqueadores – exceto atenolol. Caso haja necessidade de medicamentos auxiliares para que ocorra o controle adequado da pressão arterial, pode-se associar outro medicamento de primeira ou segunda linha (diurético tiazídico, clonidina e hidralazina), evitando a junção de medicamentos de mesma classe farmacológica.

Inibidores de enzima conversora da angiotensina, bloqueadores do receptor da angiotensina e antagonistas dos receptores mineralocorticoides são contraindicados na gestação pelo risco de malformação fetal e restrição de crescimento do feto. O uso de diuréticos deve ser evitado em mulheres gestantes portadoras de pré-eclâmpsia, pois pode haver piora da depleção de volume intravascular (Barroso *et al.*, 2020).

O labetalol é medicamento de primeira escolha em muitos países, porém não é comercializado no Brasil. Um estudo comparando nifedipino de ação prolongada, labetalol e metildopa, concluiu que em relação a metildopa, o nifedipino e labetalol usados como monoterapia possuem eficácia superior. Porém, muitos bebês nascidos de mulheres que receberam nifedipino, foram encaminhados para Unidade de Terapia Intensiva, devido ao baixo peso ao nascer. Os três medicamentos são opções viáveis para o tratamento da pressão arterial elevada, porém, deve haver esforços para que o

labetalol seja incluído nos medicamentos anti-hipertensivos que são comercializados no Brasil, uma vez que é mais eficaz que a metildopa e possui menos efeitos adversos em comparação com o nifedipino (Easterling *et al.*, 2019).

A escolha da terapia medicamentosa irá variar de acordo com a familiaridade de cada médico, pois segundo estudos, os medicamentos de primeira linha estão no mesmo nível em relação a efetividade (Peraçoli *et al.*, 2019).

O tratamento para crises hipertensivas na mulher gestante pode ser feito tanto com nifedipina (10 mg) por via oral quanto com hidralazina intravenosa. A pré-eclâmpsia em seu estado grave apresenta um risco significativo de desenvolver crises convulsivas, o sulfato de magnésio é o principal medicamento utilizado tanto para a prevenção, quanto para tratamento dessas crises (Coelho; Siqueira, 2022).

Para que a pressão arterial da mulher gestante se mantenha controlada, é necessário ter adesão à farmacoterapia. Logo, é importante que a gestante siga rigorosamente as orientações dos profissionais de saúde quanto à dosagem e horários de administração, pois a interrupção ou instabilidade na administração do medicamento pode resultar em picos de pressão arterial perigosos, aumentando o risco de complicações graves (Rodrigues *et al.*, 2018).

Faz-se necessário reportar quaisquer preocupações ou efeitos colaterais que possam surgir durante o tratamento medicamentoso. O acompanhamento adequado é essencial para monitorar a eficiência do tratamento e fazer ajustes, se houver necessidade, para garantir o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê (Almeida *et al.*, 2022).

Nesse quesito, um dos profissionais indispensáveis para acompanhamento dessa paciente é o farmacêutico, possuindo papel fundamental na orientação a mulher gestante dos possíveis riscos, interações medicamentosas, administração e indicação de cada medicamento, para que assim possa prevenir intercorrências que podem levar ao óbito e garantir que os medicamentos prescritos são seguros e eficazes para a paciente e o feto (Guedes; Brito; Silva, 2020; Sousa *et al.*, 2021). Diante disso, a adesão à farmacoterapia desempenha um papel crucial na gestão segura e eficaz da pré-eclâmpsia durante a gestação (Nigai *et al.*, 2022).

5 CONCLUSÃO

De maneira concisa, a combinação do uso da metildopa, hidralazina e nifedipino no tratamento da pré-eclâmpsia representa uma importante abordagem terapêutica que se faz essencial, necessária e bem fundamentada. Esses medicamentos desempenham papéis indispensáveis, proporcionando uma gama abrangente de opções para controlar a pressão arterial elevada em mulheres gestantes com essa condição de risco.

No entanto, é notável a escassez de artigos encontrados que abordam essa temática, diante disso, sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos a respeito desse assunto de suma importância. Uma vez que o tratamento da pré-eclâmpsia precisa ser abordado com ênfase e frequência, para que a mortalidade materna e perinatal diminua no Brasil e no mundo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. D. S. *et al.* A importância da atenção farmacêutica para pacientes gestantes com hipertensão arterial. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e142111637380-e142111637380, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37380>

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 60, de 17 de dezembro de 2010. Estabelece frases de alerta para princípios ativos e excipientes em bulas e rotulagem de medicamentos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 17 de dezembro de 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0060_17_12_2010.html#:~:text=Estabelece%20frases%20de%20alerta%20para,bulas%20e%20rotulagem%20de%20medicamentos.&text=3%C2%BA%20do%20art.,Anexo%20I%20da%20Portaria%20n%C2%BA. Acesso em: 21 sept. 2023.

BALSELLS, M. M. D. *et al.* Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 247-254, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/kvhNQDDLrVtMdb5Tr4cKsJr/>

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658-, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acesso em: 22 out. 2023.

BORBA, J. N. *et al.* Estudo sobre síndrome de HELLP e sua incidência na mortalidade materna no mundo. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde**, UNIT, Alagoas, v. 7, n. 3, p. 47-47, 2022. Disponível em: <https://periodicos.grupotiradentes.com/fitsbiosauade/article/view/9782>. Acesso em: 20 out. 2023.

BORTOLOTTI, M. R.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Resistant hypertension in pregnancy: how to manage? **Current hypertension reports**, v. 20, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11906-018-0865-z>. Acesso em: 24 sept. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 30 sept. 2023.

CAMBOIM, J. de S. *et al.* Patologias que mais acometem as gestantes: análise documental. **Temas em saúde**, v. 17, n. 3, p. 247-260, 2017. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/10/17317.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023

CAMPOS, H. M. N.; MATTOS, M. P.; GOMES, D. R. Use of medications by pregnant women in the Family Health Strategy in the Northeast of Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, p. 975-986, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/FgBHdbPhYnSv3YKy6g4t9Ny/#>. Acesso em: 05 oct. 2023.

COELHO, L. M. C.; SIQUEIRA, E. C. D. Distúrbios hipertensivos na gravidez: pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 8, p. e10681-e10681, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10681>. Acesso em: 15 sept. 2023.

CRUZ, M. M. da *et al.* Hipertensão induzida pela gravidez: fatores predisponentes, riscos à saúde da mulher e tratamento Pregnancy-induced hypertension: predisposing factors, women's health risks and treatment. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 10, p. 21082-21098, 2021.

DAMASCENO, A. A. D. A. *et al.* Níveis pressóricos e fatores associados em gestantes do Estudo MINA-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4583-4592, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mhJCBnL6JgBfWfnTD5qtrtz/>. Acesso em: 02 nov. 2023.

EASTERLING, T. *et al.* Oral antihypertensive regimens (nifedipine retard, labetalol, and methyldopa) for management of severe hypertension in pregnancy: an open-label, randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 394, n. 10203, p. 1011-1021, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31282-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31282-6/fulltext). Acesso em: 08 oct. 2023.

FERRÃO, M. H. D. L. *et al.* Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, p. 390-394, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/K3zyqqcXKJbJqCkkrCLgKpH/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 29 sept. 2023.

HENRIQUES, K. G. G. *et al.* Fatores de risco das síndromes hipertensivas específicas da gestação: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, p. e43911527981-e43911527981, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27981>. Acesso em: 03 nov. 2023.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Pré-eclâmpsia. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 226-234, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143203>. Acesso em: 18 sep. 2023.

LINS, E. V. D. *et al.* Hipertensão gestacional e o risco de pré-eclâmpsia. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e29111831197, 19 jun. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31197/26522>. Acesso em: 25 out. 2023.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto-enfermagem*, v. 17, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ#>. Acesso em: 17 out. 2023.

MELILLO, Vitória Teixeira *et al.* Pré-eclâmpsia: fisiopatologia, diagnóstico e manejo terapêutico. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 4, p. 14337-14348, 2023.

Data do recebimento: 7 de Outubro de 2024

Data da avaliação: 22 de Outubro 2024

Data de aceite: 22 de Outubro de 2024

1 Acadêmica do 10º período do Curso de Farmácia, Universidade Tiradentes – UNIT/SE.

E-mail: melissa.andrade@souunit.com.br

2 Acadêmica do 10º período do Curso de Farmácia, Universidade Tiradentes – UNIT/SE.

E-mail: rafael.sfeitosa@souunit.com.br

3 Acadêmica do 9º período do Curso de Farmácia, Universidade Tiradentes - UNIT/SE.

E-mail: dryelle.karoline@souunit.com.br

4 Doutora em Ciências Farmacêuticas pelo Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Sergipe – UFS; Professor Assistente III no curso de Farmácia, Universidade Tiradentes – UNIT/SE.

E-mail: aline.santana84@souunit.com.br