



EvoMed

Ginecologia e Obstetrícia

do estudo à prática

Resumos, telas Entenda, flashcards e questões comentadas



Capítulo de amostra

Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia e HELLP

NESTE CAPÍTULO

1. Classificação das síndromes hipertensivas e fisiopatologia
2. Diagnóstico da pré-eclâmpsia e sinais de gravidade
3. Síndrome HELLP e eclâmpsia
4. Tratamento clínico: anti-hipertensivos e sulfato de magnésio
5. Momento e via do parto, e puerpério
6. Prevenção e rastreamento da pré-eclâmpsia

Classificação das síndromes hipertensivas e fisiopatologia

A hipertensão na gestação é a principal causa de morte materna no Brasil, e a pré-eclâmpsia responde por cerca de um quarto dos óbitos maternos registrados no país. É também uma doença em que muitos desfechos graves são **evitáveis** com diagnóstico precoce, sulfato de magnésio quando indicado e parto no momento certo. Por isso ela cai tanto em prova.

Hipertensão e como medir

Hipertensão na gestação é **PA ≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg**, confirmada em duas aferições com pelo menos 4 horas de intervalo (a crise hipertensiva, PA $\geq 160/110$, confirma-se em minutos), aferida com a paciente sentada, em repouso, com manguito do tamanho certo, usando o **1º som de Korotkoff** para a sistólica e o **5º som** (desaparecimento) para a diastólica. Como a pressão diastólica costuma ser mais baixa na gravidez, valores de 80 mmHg ou mais já merecem atenção.

Os tipos clássicos

A classificação adotada pela RBEHG (Protocolo de Pré-eclâmpsia 2025, alinhado à ISSHP) separa a hipertensão pela época em que aparece:

Tipo	Como se define
Hipertensão arterial crônica	Já existia antes da gestação ou foi detectada antes de 20 semanas
Hipertensão do jaleco branco	PA alta só no consultório e normal na aferição domiciliar; é fator de risco para pré-eclâmpsia
Hipertensão gestacional	Surge após 20 semanas , sem proteinúria nem disfunção de órgão-alvo; deve normalizar até 12 semanas após o parto

Tipo	Como se define
Pré-eclâmpsia	Hipertensão após 20 semanas com proteinúria, disfunção de órgão-alvo ou disfunção uteroplacentária
Pré-eclâmpsia sobreposta	Pré-eclâmpsia numa gestante com hipertensão crônica

Guarde isso: se a hipertensão "gestacional" persiste além de 12 semanas de puerpério, o diagnóstico muda para hipertensão crônica. E cerca de 25% das gestantes com hipertensão gestacional evoluem para pré-eclâmpsia, então elas nunca são "só hipertensas".

Na hipertensão crônica, a RBEHG 2025 estabelece a **sobreposição** quando, depois de 20 semanas, ocorre: proteinúria nova ou que aumenta mais de três vezes o valor inicial, disfunção de órgão-alvo ou disfunção uteroplacentária (restrição de crescimento, Doppler alterado, descolamento prematuro de placenta, óbito fetal). A necessidade de aumentar o anti-hipertensivo, sozinha, levanta suspeita e pede investigação, mas não confirma.

Por que a doença acontece

A pré-eclâmpsia nasce em dois tempos. No primeiro, a placentação é deficiente: as artérias espiraladas não são remodeladas como deveriam, a placenta sofre hipóxia e reoxigenação e libera fatores **antiangiogênicos (sFlt-1)**. No segundo, esses fatores lesam o endotélio materno em todo o corpo e a doença aparece: hipertensão, rim, fígado, cérebro, plaquetas e pulmão. O sFlt-1 "sequestra" o fator de crescimento placentário (**PlGF**), por isso o PlGF cai e a razão sFlt-1/PlGF sobe.

Há dois perfis, que são tendências e se sobrepõem:

- **Pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas):** má placentação, Doppler uterino alterado, restrição de crescimento fetal e piores desfechos.
- **Pré-eclâmpsia tardia (≥ 34 semanas):** mais ligada a obesidade, hipertensão crônica, diabetes e gemelaridade (hipertensão crônica e lúpus também se associam à forma precoce); a placenta é "grande demais" ou envelhece cedo, e o Doppler costuma ser normal.

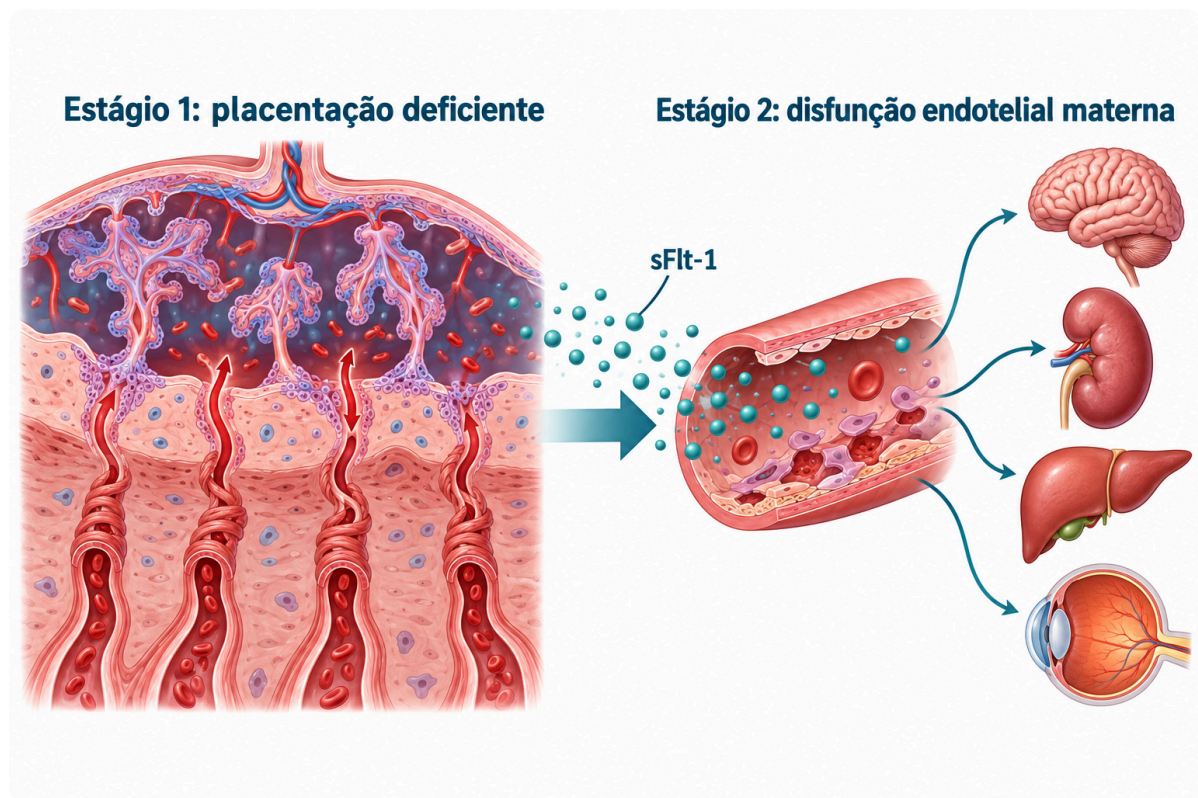


Figura 1.1 – A pré-eclâmpsia em dois estágios: a placentação deficiente libera sFlt-1, que lesa o endotélio materno e atinge os órgãos-alvo.

Diagnóstico da pré-eclâmpsia e sinais de gravidade

O que fecha o diagnóstico

Pelos critérios da RBEHG/ISSHP, a pré-eclâmpsia é diagnosticada quando há hipertensão após 20 semanas em gestante previamente normotensa (ou piora da pressão em hipertensa crônica) associada a pelo menos um dos achados abaixo:

- **Proteinúria significativa:** ≥ 300 mg em 24 horas, **relação proteína/creatinina $\geq 0,3$** (ambas em mg/dL) em amostra isolada, ou fita com 2+ ou mais (só quando os métodos quantitativos não estão disponíveis, porque a fita tem muito falso negativo). A relação proteína/creatinina é a primeira escolha, por ser rápida e confiável.
- **Disfunção de órgão-alvo:** plaquetas $< 150.000/\text{mm}^3$, TGO ou TGP > 40 UI/L, creatinina acima de 1 mg/dL (a ACOG usa cortes diferentes: plaquetas < 100.000 , transaminases $2\times$ o limite e creatinina $> 1,1$ mg/dL), edema pulmonar, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia.
- **Sinais de disfunção placentária:** restrição de crescimento fetal ou Doppler fetal alterado, mesmo sem proteinúria.

Pegadinha clássica: a proteinúria **não é obrigatória** para o diagnóstico, e **edema não é critério** (a "tríade" edema-proteinúria-hipertensão é conceito antigo). Plaquetas, transaminases e creatinina anormais bastam para fechar o diagnóstico.

Biomarcadores

Os fatores angiogênicos ajudam nos casos duvidosos (por exemplo, lúpus ativo ou doença renal versus pré-eclâmpsia):

- **sFlt-1/PlGF < 38:** indica baixa probabilidade de pré-eclâmpsia na semana seguinte (valor preditivo negativo acima de 99%) em gestante com suspeita clínica e na faixa gestacional validada; não exclui a doença quando já há critérios clínicos estabelecidos.
- **sFlt-1/PlGF > 85 (< 34 semanas) ou > 110 (≥ 34 semanas):** pré-eclâmpsia é muito provável.
- **PlGF isolado < 100 pg/mL:** sugere pré-eclâmpsia. Os cortes dependem do ensaio utilizado.

Eles **não** servem como rastreamento de rotina na segunda metade da gravidez, **não** são necessários quando outros exames já fecham o diagnóstico e **não** definem, sozinhos, a antecipação do parto.

Sinais de gravidade (deterioração clínica ou laboratorial)

A RBEHG recomenda abandonar os termos "leve" e "grave": toda pré-eclâmpsia pode piorar de repente, e rotular a paciente como "grave" empurra para partos desnecessários. Em vez disso, pergunta-se se há **sinais de gravidade**:

- **Crise hipertensiva:** PA ≥ 160 e/ou ≥ 110 mmHg persistente por 15 minutos (basta um dos componentes). Com sintomas exuberantes é **emergência hipertensiva** e o tratamento começa sem esperar os 15 minutos.
- **Iminência de eclâmpsia:** cefaleia persistente, escotomas, turvação ou fotofobia, náuseas e vômitos, epigastralgia ou dor em hipocôndrio direito, hiperreflexia.
- **Eclâmpsia e síndrome HELLP.**
- **Oligúria** (< 500 mL/24 h), lesão renal aguda, **edema pulmonar**, dor torácica.
- Plaquetas < 100.000/mm³ e enzimas hepáticas muito elevadas (ver HELLP).

Guarde isso: a **quantidade** de proteinúria não define gravidade. A ACOG retirou o corte de 5 g/24 h dos critérios, e a RBEHG diz que, mesmo em valores muito altos (≥ 10 g), ela não pode ser o critério único para antecipar o parto.

Exames na pré-eclâmpsia

Pede-se, ao diagnóstico e em geral **uma vez por semana** (e a cada piora clínica): hemograma com plaquetas, DHL, bilirrubinas, haptoglobina, creatinina e TGO. Não é preciso repetir a proteinúria, a ureia só entra se houver nítido comprometimento renal ou suspeita de síndrome hemolítico-urêmica, e uma só transaminase (TGO) basta. O **ácido úrico** se correlaciona com desfechos ruins, mas não decide conduta sozinho.

Prever o risco de complicações

O modelo **fullPIERS** estima a chance de eventos adversos maternos graves em até 48 horas (eclâmpsia, coma, cegueira central, descolamento de retina, AVC, descolamento prematuro de placenta, coagulopatia, disfunção hepática grave, hematoma hepático, edema pulmonar, infarto,

lesão renal aguda, ascite). **Restrição de crescimento fetal não entra** no cálculo. Não se usa quando eclâmpsia ou HELLP já estão instaladas, e não existe ponto de corte único: vale mais a evolução na mesma paciente.

💡 Entenda · Proteinúria não é obrigatória

Durante muito tempo a pré-eclâmpsia foi a "tríade" hipertensão, edema e proteinúria. Hoje o raciocínio é outro.

- **Hipertensão após 20 semanas** é o ponto de partida.
- Ela precisa vir **acompanhada** de proteinúria *ou* de disfunção de órgão-alvo: plaquetas abaixo de $150.000/\text{mm}^3$, transaminases acima de 40 UI/L, creatinina acima de 1 mg/dL, edema pulmonar ou sintomas neurológicos.
- Sinais de **disfunção placentária** (restrição de crescimento, Doppler alterado) também sustentam o diagnóstico.
- **Edema** não entra nos critérios.

Se a proteinúria for pesquisada, a primeira escolha é a **relação proteína/creatinina** em amostra isolada, com corte de 0,3. Pelos critérios RBEHG/ISSHP, na gestante hipertensa, plaquetopenia abaixo de $150.000/\text{mm}^3$ sem outra causa pode fechar o diagnóstico mesmo com proteinúria negativa. Queda progressiva ainda dentro da normalidade exige investigação e acompanhamento.

💡 Entenda · Leve ou grave? O que muda no raciocínio

Dizer "pré-eclâmpsia leve" dá uma falsa segurança, e dizer "grave" pode levar a um parto precoce desnecessário. Por isso a pergunta atual é: **há sinais de gravidade?**

Os sinais são clínicos ou laboratoriais e indicam **deterioração**:

- crise hipertensiva ($\text{PA} \geq 160$ e/ou ≥ 110 mmHg);
- sintomas de iminência de eclâmpsia;
- plaquetopenia importante, enzimas hepáticas muito altas, creatinina em ascensão;
- edema pulmonar, oligúria, HELLP, eclâmpsia.

O que **não** define gravidade sozinho é a quantidade de proteinúria. Quem tem sinal de gravidade precisa de internação, magnésio quando indicado e controle pressórico, mas a **decisão de parir** depende de o quadro estar estável ou não e da idade gestacional.

💡 Entenda · Sintomas que anunciam a convulsão

A eclâmpsia **pode ocorrer sem aviso**: os sintomas abaixo não estão presentes em todos os casos. Quando existem, sinalizam **comprometimento do sistema nervoso e do fígado** e o quadro é chamado de iminência de eclâmpsia:

- cefaleia que não melhora com analgésico;
- escotomas, turvação visual, fotofobia;
- náuseas e vômitos;
- dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, que reflete a distensão da cápsula do fígado;
- hiperreflexia.

O **escotoma** é o sintoma visual mais clássico. Muitas pacientes são jovens e têm PA basal baixa, então um valor aparentemente "modesto" não tranquiliza quando há sintomas.

Na iminência de eclâmpsia, a conduta é internar, estabilizar e iniciar o sulfato de magnésio.

⚡ Revisão relâmpago

Qual a diferença entre pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional?

Pré-eclâmpsia: hipertensão após 20 semanas + proteinúria (ou disfunção orgânica na ausência de proteinúria). Hipertensão gestacional: hipertensão após 20 semanas SEM proteinúria ou outros sinais de gravidade.

O sintoma visual mais clássico de iminência de eclâmpsia é o [...].

O sintoma visual mais clássico de iminência de eclâmpsia é o escotoma. É o que vai aparecer na sua prova. Visão turva, diplopia, fotofobia e defeitos de campo visual também podem ocorrer.

Cubra a resposta e tente lembrar antes de ler.



Leve este capítulo para o celular

No app EvoMed você treina estas e milhares de outras questões de GO, com revisão espaçada e estatística de desempenho.

evomedensino.com.br/baixar

Síndrome HELLP e eclâmpsia

Síndrome HELLP

HELLP é uma forma grave de pré-eclâmpsia, uma microangiopatia trombótica com **Hemólise**, **Enzimas hepáticas elevadas (EL)** e **plaquetas baixas (LP)**. Pode se instalar com pressão pouco elevada e **sem proteinúria**, e cerca de um terço dos casos aparece no puerpério. Os sintomas costumam ser pobres: mal-estar, náuseas, epigastralgia.

Crítérios da RBEHG:

Componente	Crítério
Hemólise (2 ou mais)	DHL > 600 UI/L (ou $\geq 2\times$ o limite do laboratório), bilirrubina indireta ≥ 1 mg/dL, haptoglobina < 25 mg/dL, esquizócitos no sangue periférico, anemia grave ($Hb \leq 8$ g/dL)
Enzimas hepáticas	AST e/ou ALT > 70 UI/L (ou $\geq 2\times$ o limite superior)
Plaquetopenia	< 100.000/mm ³

Haptoglobina e DHL se alteram cedo; a queda de hemoglobina e a bilirrubina vêm tarde. Nos critérios de Tennessee, que também caem em prova, entram DHL > 600, TGO/TGP ≥ 70 e plaquetas < 100.000/mm³.

Diagnósticos diferenciais: esteatose hepática aguda da gravidez, púrpura trombocitopênica trombótica (ADAMTS13 muito baixa, transaminases pouco alteradas, febre e sintomas neurológicos), síndrome hemolítico-urêmica, lúpus e síndrome antifosfolípide catastrófica. Quando a piora continua depois do parto, pense em PTT/SHU.

Complicações: descolamento prematuro de placenta, CIVD, lesão renal, edema pulmonar e **hematoma subcapsular hepático**, cuja rotura dá dor súbita em hipocôndrio direito irradiada ao ombro, choque e abdome agudo.

Conduta: HELLP é indicação de **resolver a gestação independentemente da idade gestacional**, depois de estabilizar a mãe, com sulfato de magnésio e controle pressórico. Se for cesárea com plaquetas < 70.000/mm³, avalie o coagulograma, planeje a reposição de plaquetas com a hemoterapia e faça hemostasia cuidadosa; a RBEHG 2025 diz que a anestesia geral deve ser considerada quando não se alcança contagem acima de 70.000/mm³. O bloqueio neuroaxial exige decisão anestésica individualizada, com contagem recente, tendência das plaquetas e investigação de coagulopatia (os limites citados em provas variam entre 50.000 e 70.000, então leia o enunciado). A via de parto segue a indicação obstétrica; **a cesárea não é obrigatória**.

Eclâmpsia

Eclâmpsia é a ocorrência de **convulsões tônico-clônicas** em gestante com pré-eclâmpsia, sem outra causa. Pode ser a primeira manifestação, ocorre antes, durante ou depois do parto, e cerca de 30% dos casos surgem no **puerpério**. Convulsão depois de 20 semanas é eclâmpsia até prova em contrário.

Pense em outras causas (e peça imagem) quando houver déficit neurológico persistente, coma, convulsão de difícil controle apesar do magnésio, alteração visual persistente, convulsão **antes de 20 semanas** (pense em mola) ou epilepsia prévia: AVC, hemorragia intracraniana, trombose venosa cerebral, síndrome de leucoencefalopatia posterior, PTT, distúrbios metabólicos e infecções.

Durante a crise: decúbito lateral esquerdo, proteger de quedas e da aspiração, oxigênio a 5 L/min, acesso venoso e **sulfato de magnésio**. A RBEHG cita a cânula de Guedel, mas não se força nada na boca durante a convulsão; ela cabe depois que os movimentos cessam, se a paciente estiver

inconsciente e sem reflexo de proteção. Benzodiazepínicos e fenitoína não são a primeira escolha. A vitalidade fetal só é avaliada **depois** de estabilizar a mãe: bradicardia durante a crise é esperada e o pós-convulsão é o pior momento para operar. O parto vem após a estabilização, e a via é a obstétrica.

Tratamento clínico: anti-hipertensivos e sulfato de magnésio

Quando e como tratar a pressão

Toda gestante com hipertensão persistente ($\geq 140/90$) deve ser tratada, com meta de **diastólica em torno de 85 mmHg** (estudo CHIPS e ISSHP), sem queda brusca. Não existe classe superior às outras; escolhe-se pela experiência local e pela disponibilidade.

Uso	Medicamentos
Manutenção oral	Metildopa (750 a 2.000 mg/dia), nifedipino retard, anlodipino; hidralazina e betabloqueadores (metoprolol, carvedilol) como 3ª droga
Contraindicados	IECA, BRA e alisquireno : causam alterações no desenvolvimento renal fetal a partir do 2º trimestre
Diuréticos	Evitar na pré-eclâmpsia (já há contração de volume); furosemida se edema pulmonar ou sobrecarga de volume (a RBEHG cita também o comprometimento renal funcional)

Guarde isso: IECA e BRA são **fetotóxicos**; a RBEHG diz que não há risco de malformação demonstrado com o uso no primeiro trimestre. A paciente que engravidou usando enalapril deve suspender ou trocar o medicamento ao saber da gestação (por exemplo, para metildopa), mas não precisa ser alarmada.

Crise hipertensiva

A meta é reduzir a pressão em **15% a 25%**, chegando a cerca de 140-150/90-100 mmHg, sem hipotensão. O esquema:

- **Hidralazina IV:** 5 mg, repetindo 5 mg a cada 20 minutos (máximo 30 mg); efeito máximo em cerca de 20 minutos.
- **Nifedipino oral de liberação rápida:** 10 mg, repetindo a cada 20 minutos (máximo 30 mg); nunca sublingual, comprimido não mastigado e **nunca a formulação retard** na emergência. É opção de primeira linha, como a hidralazina IV, e a mais prática quando não há acesso venoso.
- **Nitroprussiato de sódio:** reservado a edema pulmonar com disfunção cardíaca, em infusão contínua.

Em pré-eclâmpsia com crise hipertensiva, **sempre associe sulfato de magnésio**, mesmo sem sintomas.

Sulfato de magnésio

É a droga de escolha para **prevenir e tratar** a eclâmpsia (estudo Magpie), superior a diazepam, fenitoína e coquetel lítico. **Não é anti-hipertensivo**. Indicações: iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP, crise hipertensiva e pré-eclâmpsia com deterioração clínica ou laboratorial. Usar o magnésio **não obriga a interromper a gestação**; ele pode estabilizar a mulher e dar tempo.

Esquema	Ataque	Manutenção
Zuspan (só IV)	4 g IV em 15-20 min	1 g/h em bomba (pode chegar a 2 g/h)
Pritchard (IV + IM)	4 g IV + 10 g IM (5 g em cada nádega)	5 g IM a cada 4 horas

O Pritchard é o esquema preferido quando a gestante será transportada. A solução usual é MgSO_4 a 50% (ampola de 10 mL com 5 g).

Monitorização durante a manutenção: reflexo patelar presente, **frequência respiratória ≥ 16 irpm** e **diurese ≥ 25 mL/h**. O reflexo some com 8 a 10 mEq/L e há risco de parada respiratória a partir de 12 mEq/L; **a hiporreflexia é o primeiro sinal de intoxicação**. Se esses parâmetros pioram, reduza ou suspenda a infusão, dose magnésio e creatinina, e use o **antídoto: gluconato de cálcio 10%, 1 g IV lento** (uma ampola de 10 mL). Não é preciso dosar magnésio sérico de rotina.

Pegadinha: o magnésio é eliminado pelo rim. Na lesão renal aguda ou creatinina elevada, a **dose de ataque é mantida e a manutenção cai pela metade** (RBEHG 2025: creatinina $\geq 1,2$ mg/dL); a RBEHG manda interromper a infusão se a diurese ficar abaixo de 25 mL/h. Arreflexia, depressão respiratória ou outro sinal de intoxicação também exigem suspender.

Nova convulsão durante o magnésio: 2 g IV em bolus e manutenção de 2 g/h. Se dois bolus não controlarem, usa-se fenitoína e investigam-se complicações cerebrais.

Duração: manter por **24 horas após o parto** ou após a última crise, o que ocorrer por último. O magnésio também faz **neuroproteção fetal** (menos paralisia cerebral) quando o parto prematuro é indicado antes de 32 semanas.

💡 Entenda · HELLP: três critérios e pouco sintoma

A síndrome HELLP é definida por **exames**, e não pela pressão ou pela proteinúria.

- **Hemólise** (conjunto dos achados; DHL alto isolado não é específico): DHL acima de 600 UI/L, haptoglobina baixa, esquizócitos, bilirrubina indireta aumentada.
- **Enzimas hepáticas**: AST ou ALT acima de 70 UI/L.
- **Plaquetas** abaixo de 100.000/mm³.

A paciente pode ter só mal-estar, náuseas e dor epigástrica, e a pressão pode estar apenas discretamente elevada. Parte dos casos surge **depois do parto**.

Plaquetopenia intensa com sintomas neurológicos e transaminases pouco alteradas sugere **PTT** (deficiência grave de ADAMTS13), tratada com troca plasmática. Insuficiência renal importante, sobretudo persistente ou piorando no puerpério, sugere **síndrome hemolítico-urêmica** mediada por complemento, cujo tratamento específico é outro (inibição de C5).

💡 Entenda · Magnésio: para que serve e como vigiar

O sulfato de magnésio **previne e trata a convulsão**; ele não baixa a pressão. A infusão contínua pede vigilância de três parâmetros:

- **reflexo patelar** presente;
- **frequência respiratória** de pelo menos 16 irpm;
- **diurese** de pelo menos 25 mL/h.

O magnésio sai pelo rim, então a oligúria e a creatinina alta favorecem o acúmulo. O **primeiro sinal de intoxicação é a perda do reflexo patelar**; a depressão respiratória vem depois.

Se os parâmetros piorarem, suspenda a infusão e tenha à mão o **gluconato de cálcio 10%**, 1 g por via venosa lenta. Em lesão renal, mantém-se o ataque e a manutenção é ajustada (a RBEHG a reduz à metade, conforme função renal, diurese e magnesemia). A infusão continua por 24 horas após o parto ou a última crise, o que ocorrer por último.

Revisão relâmpago

A síndrome HELLP exige proteinúria para o diagnóstico, e qual seu principal diagnóstico diferencial no terceiro trimestre?

Não — o diagnóstico de HELLP é definido pela tríade hemólise + elevação de enzimas hepáticas + plaquetopenia, mesmo na ausência de proteinúria. O principal diferencial é a esteatose hepática aguda da gravidez (EHAG), que também cursa com insuficiência hepática aguda no 3º trimestre.

Eclâmpsia — O primeiro sinal de toxicidade pelo sulfato de magnésio é [...].

O primeiro sinal de toxicidade pelo sulfato de magnésio é a hiporreflexia. Em exame físicos seriados, ocorre progressiva redução do reflexo patelar, que pode chegar à arreflexia. Lembre que, no sentido contrário, (pré-)eclâmpsia costuma cursar com hiperreflexia.

Qual classe de anti-hipertensivo é contraindicada na gestação por teratogenicidade?

Inibidores da ECA (ex: enalapril) e bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA) — associados a disgenesia renal fetal e oligodrâmnio.

Cubra a resposta e tente lembrar antes de ler.

Momento e via do parto, e puerpério

Quando interromper

O único tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é a **resolução da gestação**, e o desafio é escolher o momento que equilibre o risco materno e a prematuridade.

- **Sem sinais de gravidade:** conduta expectante até **37 semanas**, com controle pressórico, exames semanais e vigilância fetal. A partir de 37 semanas, resolve-se.
- **Com sinais de gravidade:** estabilize e reavalie antes de decidir, porque muitos sinais são transitórios. A interrupção **independe da idade gestacional** diante de: HELLP, iminência de eclâmpsia refratária ou eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, hipertensão refratária a três drogas, edema pulmonar ou comprometimento cardíaco, alterações laboratoriais progressivas, insuficiência renal (oligúria, creatinina subindo), hematoma ou rotura hepática e alteração da vitalidade fetal.
- **Abaixo de 23 semanas:** com deterioração, indica-se interromper, pelo prognóstico neonatal muito ruim.
- **23 a 34 semanas, sem indicação de resolução:** controle da pressão, magnésio se houver crise, **corticoide para maturação pulmonar** somente se houver risco de resolver a gestação nas próximas 48 horas (betametasona 12 mg IM a cada 24 horas, 2 doses; o uso muito precoce perde benefício) e vigilância; magnésio para neuroproteção se o parto for antes de 32 semanas.
- **34 a 37 semanas:** decisão individualizada caso a caso. A RBEHG 2025 admite conduta expectante até 37 semanas, com internação e vigilância materno-fetal rigorosa, quando não

há deterioração; diante de maior risco materno ou fetal, interrompe-se. Em geral, com sinais de gravidade a resolução é a melhor opção.

A ACOG (Practice Bulletin 222) coincide em 37 semanas na pré-eclâmpsia sem gravidade, mas **diverge** com sinais de gravidade: recomenda parto a partir de 34 semanas depois da estabilização, sem esperar o corticoide, enquanto a RBEHG admite postergar para perto do termo entre 34 e 37 semanas se a mãe e o feto estiverem bem. Confira qual referência o enunciado adota.

Hipertensão gestacional: não há consenso. A RBEHG sugere decisão individualizada a partir de 37 semanas, sem passar de 39 semanas e 6 dias.

Vitalidade fetal alterada (definição da RBEHG): Doppler de artéria umbilical com diástole zero ou reversa, ducto venoso com IP acima do percentil 95 ou cardiocografia alterada. A decisão de resolver considera também a idade gestacional e a vigilância em serviço especializado.

Via de parto

O parto vaginal é sempre desejado, no termo e no pré-termo, porque a pré-eclâmpsia não é indicação de cesárea. Se o colo é desfavorável e a mãe está estável, faz-se preparo cervical com **misoprostol** ou **sonda de Foley** (Foley quando há restrição de crescimento). A indução não precisa esperar a retirada do magnésio. A ocitocina deve ser usada em soro fisiológico 0,9% (isotônico), em concentração que permita infundir pouco volume (por exemplo, 10 UI em 500 mL), pelo risco de retenção hídrica e hiponatremia. A cesárea é justificável quando há deterioração com colo desfavorável ou vitalidade fetal alterada.

Guarde isso: na hemorragia pós-parto da mulher hipertensa ou com pré-eclâmpsia, **evite derivados do ergot** (metilergometrina), que causam vasoconstrição e crise hipertensiva. Ocitocina e misoprostol seguem liberados.

Puerpério

O risco continua depois da dequitação:

- PA a cada 4 horas (menos à noite se estiver controlada), **manter anti-hipertensivos** nos casos mais graves e reduzir se a PA ficar abaixo de 110/70.
- No puerpério liberam-se **IECA** (enalapril, captopril); evitam-se BRA e clonidina na amamentação. Furosemida 20 mg por até 5 dias ajuda no edema e no controle da pressão.
- Repetir exames **24 a 48 horas** depois do parto; manter a mulher internada **até o 3º dia**, porque a reabsorção de líquidos e o pico pressórico ocorrem entre o 3º e o 5º dia.
- Reavaliar em cerca de **7 dias** depois da alta, com PA domiciliar diária. PA $\geq$ 160/110 continua sendo emergência.
- Orientar sobre risco futuro: doença cardiovascular, renal e metabólica, e recorrência em nova gestação.

Prevenção e rastreamento da pré-eclâmpsia

Quem tem risco

Todas as gestantes são rastreadas por **marcadores clínicos**. A RBEHG segue o modelo da ACOG com adaptações para o Brasil. Um fator alto ou dois moderados indicam prevenção.

Risco	Fatores
Alto (um basta)	Pré-eclâmpsia anterior, gestação múltipla, obesidade (IMC > 30) , hipertensão crônica, diabetes tipo 1 ou 2, doença renal, doença autoimune (lúpus, síndrome antifosfolípide), gestação por reprodução assistida
Moderado (dois)	Nuliparidade, história familiar (mãe, irmã), idade ≥ 35 anos, gestação prévia com desfecho adverso (descolamento, baixo peso a termo, parto prematuro), intervalo > 10 anos desde a última gestação

O **teste combinado de primeiro trimestre** (11 a 14 semanas: pressão arterial média, índice de pulsatilidade das uterinas e PlGF, com os dados maternos, segundo o modelo da Fetal Medicine Foundation) tem melhor desempenho para a forma **precoce** (a RBEHG cita taxa de detecção de 82% com o PlGF); nesse modelo, risco calculado acima de **1:100** indica prevenção (consenso FIGO 2019). Nenhum marcador biofísico ou bioquímico deve ser usado isoladamente, e o teste tem sensibilidade menor para a doença a termo, que é a mais comum. Quando os marcadores clínicos já indicam prevenção, não é preciso o teste combinado para decidir.

Intervenções com recomendação

1. **AAS 100 mg à noite**, para quem tem risco: começa a partir de 12 semanas (idealmente antes de 16; pode ir até 20) e vai até **36 semanas**. A dose de 100 mg é a disponível no SUS. É suspenso quando a pré-eclâmpsia se confirma.
2. **Cálcio (ponto em mudança)**: a Nota Técnica Conjunta 251/2024 do Ministério da Saúde estabeleceu a suplementação **universal no SUS**: dois comprimidos de carbonato de cálcio 1.250 mg por dia (1.000 mg de cálcio elementar), da 12ª semana até o parto, a **pelo menos 2 horas de distância do ferro**, apoiada na recomendação da OMS para ingestão inferior a 900 mg/dia. Em março de 2026, porém, a RBEHG e a Comissão Nacional de Hipertensão da FEBRASGO deixaram de recomendar o cálcio **para prevenir pré-eclâmpsia**, porque a metanálise Cochrane de 2025 não sustentou o efeito de forma robusta; o cálcio pode ser prescrito por outras indicações. Distinga política ministerial, evidência e indicação nutricional, e veja qual referência a questão usa.
3. **Atividade física** moderada por pelo menos 140 minutos por semana, se não houver contraindicação.

O que não reduz o risco: repouso, restrição de sal, vitaminas C, D e E, ômega-3, ácido fólico e enoxaparina. A **metildopa trata** a pressão, mas não previne a doença.

Guarde isso: na paciente de alto risco, a prevenção recomendada pela RBEHG é o **AAS** (o cálcio segue na rotina do SUS pela NT 251/2024, mas deixou de ser recomendado por ela como prevenção) (e, se hipertensa crônica usando IECA/BRA, troca por metildopa ou nifedipino). A heparina só entra por indicação própria, como síndrome antifosfolípide.

💡 Entenda · Idade gestacional e momento do parto

Na pré-eclâmpsia, o parto é o tratamento definitivo, mas o **momento** depende do quadro:

- **Sem sinais de gravidade:** espera-se até **37 semanas**, com vigilância materna e fetal.
- **Com sinais de gravidade e estabilidade:** entre 23 e 34 semanas, pode-se prolongar com seleção rigorosa, viabilidade neonatal, serviço com suporte materno e neonatal, corticoide (se o parto for provável em 48 horas) e magnésio quando indicado. Entre 34 e 37 semanas, a RBEHG admite conduta expectante individualizada em casos selecionados, com internação, vigilância materno-fetal rigorosa e ausência de deterioração; em geral, sinais de gravidade favorecem a resolução. A ACOG indica parto a partir de 34 semanas.
- **Deterioração** (HELLP, eclâmpsia, descolamento de placenta, edema pulmonar, hipertensão refratária, insuficiência renal progressiva, hematoma hepático, vitalidade fetal alterada): resolve-se a gestação **em qualquer idade gestacional**, depois de estabilizar a mãe.

Usar magnésio não obriga a interromper a gestação.

💡 Entenda · Via de parto e preparo do colo

A pré-eclâmpsia **não é indicação de cesárea**. O parto vaginal é preferido, mesmo no pré-termo, quando a mãe está estável e o feto tem boa vitalidade.

- Com colo desfavorável, pode-se preparar o colo com **misoprostol** ou **sonda de Foley**; na restrição de crescimento fetal, prefere-se a sonda.
- A **ocitocina** retém água e pode causar hiponatremia, então se usa soro fisiológico 0,9% em concentração que limite o volume infundido.
- A indução não precisa esperar o fim do sulfato de magnésio.
- A cesárea faz sentido quando há deterioração com colo desfavorável ou vitalidade fetal alterada.

Um detalhe de segurança: se houver atonia, evite os derivados do ergot, que elevam a pressão. Ocitocina e misoprostol continuam disponíveis.

Entenda · Pacote de prevenção: AAS e cálcio

O **AAS** é a intervenção farmacológica recomendada pela RBEHG a quem tem **um fator de risco alto ou dois moderados**:

- **AAS 100 mg à noite**, iniciado entre 12 e 16 semanas (pode ir até 20) e mantido até **36 semanas**.
- **Cálcio**: a NT 251/2024 mantém a suplementação universal no SUS (1.000 mg de cálcio elementar por dia, longe do ferro), mas em março de 2026 a RBEHG/FEBRASGO deixou de recomendá-lo para prevenir pré-eclâmpsia. Veja qual referência a questão adota.

Pela RBEHG, fatores de risco alto incluem pré-eclâmpsia anterior, gemelaridade, obesidade, hipertensão crônica, diabetes pré-gestacional (tipo 1 ou 2), doença renal, doença autoimune e **reprodução assistida**.

Não adianta usar repouso, restrição de sal, vitaminas, ômega-3 ou enoxaparina com esse objetivo. A metildopa trata a pressão, mas não evita a doença.

Revisão relâmpago

Gestante no início do pré-natal (13 semanas) com pressão arterial de 140/90 mmHg, sem outros antecedentes — qual conduta medicamentosa deve ser considerada?

Ácido acetilsalicílico em dose baixa (profilático) para redução do risco de pré-eclâmpsia, dado o fator de risco identificado precocemente na gestação.

Cubra a resposta e tente lembrar antes de ler.

Questões comentadas

Resolva primeiro e confira no gabarito comentado, logo depois. Questões de bancas oficiais trazem a instituição e o ano. As marcadas como **EvoMed** são inéditas, escritas pela nossa equipe.

1 EVOMED · 2026

O diagnóstico de pré-eclâmpsia é definido classicamente por:

- A) Hipertensão presente antes da gestação, sem proteinúria
- B) Hipertensão após 20 semanas de gestação associada a proteinúria significativa ou disfunção de órgão-alvo
- C) Proteinúria isolada sem elevação da pressão arterial
- D) Hipertensão exclusivamente no puerpério

2 IAMSPE-SP · 2016

O diagnóstico de certeza da hipertensão gestacional, segundo o American College of Obstetrics and Gynecologists só pode ser firmado:

- A) A partir do segundo trimestre da gestação.
- B) Somente no termo da gravidez.
- C) Somente após um mês do parto.
- D) Somente depois de dois meses do parto.
- E) Somente três meses após o parto.

3 UNIFESP · 2021

Para o diagnóstico de pré-eclâmpsia, segundo a classificação dos distúrbios hipertensivos na gestação proposta pela Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão na Gestação (ISSHP), a presença de:

- A) Proteinúria não é obrigatória.
- B) Edema é obrigatório.
- C) Hipertensão não é obrigatória.
- D) Plaquetopenia é obrigatória.

4 VUNESP · 2025

Há um conceito emergente de que a pré-eclâmpsia, na verdade, seja uma síndrome que compreenda diferentes doenças e que a manifestação clínica de cada uma resulte da resposta constitucional materna à placentação, com subsequente inflamação, estresse oxidativo e disfunção endotelial e angiogênica. Com relação a essa suposta síndrome, assinale a alternativa correta.

- A) Quanto mais precoce seu desenvolvimento, menos relação há com isquemia placentária.
- B) Proteinúria é critério essencial para o diagnóstico.
- C) Quanto maior a proteinúria, maior a gravidade da doença.
- D) A convulsão materna, em geral, ocorre predominantemente após o parto.
- E) Relação proteína (mg/dL)/creatinina (mg/dL) de amostra urinária isolada maior ou igual a 0,3 indica pré-eclâmpsia.

5 AMRIGS · 2024

O critério diagnóstico para pré-eclâmpsia é “pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial igual ou superior a 90 mmHg, verificada em 2 tomadas (intervalo de pelo menos 4 horas), após a 20ª semana de gestação e em mulheres com pressão arterial prévia normal” e associado a: I. Proteinúria acima de 300 mg em 24 horas. II. Creatinina no soro maior que 1,1 mg/dL. III. Elevação das transaminases em duas vezes a sua concentração. Quais estão corretas?

- A) Apenas I.
- B) Apenas II.
- C) Apenas I e III.
- D) I, II e III.

6 EVOMED · 2026

São considerados critérios de gravidade da pré-eclâmpsia, EXCETO:

- A) Cefaleia persistente ou distúrbios visuais
- B) Pressão arterial $\geq 160 \times 110$ mmHg
- C) Proteinúria de 24 horas maior que 300mg isoladamente, sem outros achados
- D) Plaquetopenia ($<100.000/\text{mm}^3$)

7 EVOMED · 2026

Primigesta de 25 anos, com 32 semanas, previamente normotensa, apresenta PA de 148 x 94 mmHg confirmada em duas medidas com 4 horas de intervalo. Está assintomática e com feto ativo. Além da pesquisa de proteinúria (relação proteína/creatinina urinária), a avaliação laboratorial deve incluir:

- A) TSH, ferritina e vitamina D.
- B) Hemograma com plaquetas, creatinina, transaminases e DHL.
- C) Troponina, CK-MB e BNP.
- D) Hemoglobina glicada, perfil lipídico e ácido fólico.
- E) Sódio, potássio, cálcio e magnésio.

8 INEP - REVALIDA · 2024

Uma paciente secundigesta com 28 anos, idade gestacional de 35 semanas, obesa, não apresenta outras comorbidades prévias. No acompanhamento de pré-natal, não houve intercorrências até o momento. Os resultados dos exames de rotina de pré-natal apresentam-se normais. Ela comparece a uma consulta no serviço de pronto atendimento encaminhada pela unidade básica de saúde por aumento da pressão arterial. Nega queixas. Refere estar se alimentando bem e relata que engordou 3 quilos nas últimas duas semanas. A pressão arterial é de 140 x 95 mmHg, confirmada após quinze minutos de repouso. A paciente apresenta edema importante em membros inferiores. A movimentação fetal está presente, os batimentos cardíacos fetais são de 144 bpm, e altura uterina é compatível com idade gestacional. Considerando-se o quadro clínico descrito, quais são, respectivamente, o provável diagnóstico e a conduta adequada?

- A) Pré-eclâmpsia; internar a paciente para controle pressórico e interromper a gestação se comprovada a maturidade fetal.
- B) Pré-eclâmpsia; solicitar exames e verificar se há a presença de proteinúria significativa e/ou se é acusada a disfunção de órgão-alvo, para confirmar o diagnóstico.
- C) Hipertensão arterial crônica; aguardar a evolução no puerpério e, se ocorrer a normalização dos níveis pressóricos em até 12 semanas pós-parto, o diagnóstico estará confirmado.
- D) Emergência hipertensiva; internar a paciente para prescrição de sulfato de magnésio e anti-hipertensivos de ação rápida e interromper a gestação assim que o quadro clínico for estabilizado.

9 ENARE · 2023

27 semanas, PA 150x110 depois 160x110 (4h após), proteinúria 270mg/24h, escotomas, cefaleia, plaquetas 70.000, enzimas hepáticas elevadas, creatinina 1,9. Diagnóstico mais provável?

- A) Hipertensão crônica
- B) Hipertensão iatrogênica
- C) Pré-eclâmpsia sobreposta
- D) Pré-eclâmpsia
- E) Não é possível diagnóstico ainda

10 ENARE · 2023

Primigesta de 35 semanas com cefaleia occipital, epigastralgia, náuseas, escotomas luminosos, PA 170x110, edema de MMII 3+/4+. Diagnóstico provável?

- A) Pré-eclâmpsia leve
- B) Pré-eclâmpsia grave
- C) Iminência de eclâmpsia
- D) Hipertensão gestacional
- E) Hipertensão crônica

11 ENARE · 2023

35 semanas, G4P3, cefaleia, escotomas cintilantes, epigastralgia, PA 160x100, edema bilateral MMII, demais exames normais. Conduta mais adequada?

- A) Captopril e observação na UBS
- B) Consulta com cardiologista
- C) Solicitação de vaga zero
- D) Agendamento de coleta de exames
- E) Metildopa ambulatorial

12 INEP - REVALIDA · 2024

Uma primigesta de 38 anos, com idade gestacional de 31 semanas, vai à consulta obstétrica com queixa de cefaleia. A paciente não utiliza medicação nem apresenta histórico de hipertensão arterial. Ao exame, apresentou pressão arterial de 150 × 100 mmHg (realizada em duas verificações, com a paciente em repouso), batimentos cardíacos fetais em 138 batimentos por minuto e altura uterina de 32 cm, trouxe, ainda, resultado de exame de urina de 24 horas que apresentou proteinúria de 350 mg. Nesse caso, a conduta inicial para a paciente deve ser

- A) internar a paciente para avaliar sinais e sintomas de gravidade.
- B) recomendar dieta hipossódica e, como anti-hipertensivo, o captopril.
- C) prescrever hidralazina em soro fisiológico e nifedipina via oral.
- D) ministrar sulfato de magnésio até a normalização da pressão.

13 ENARE · 2024

A pré-eclâmpsia complicada com síndrome HELLP é caracterizada por:

- A) trombocitopenia e convulsões maternas
- B) disfunção hepática e elevação da glicemia
- C) hemólise, disfunção hepática e trombocitopenia
- D) convulsões maternas, hemólise e hiperglicemia
- E) diminuição dos reflexos profundos e hemólise

14 EVOMED · 2026

Gestante de 33 semanas, com pré-eclâmpsia, refere dor em hipocôndrio direito e náuseas. Qual conjunto de achados laboratoriais confirma síndrome HELLP?

- A) Creatinina de 1,6 mg/dL, ácido úrico de 7,5 mg/dL e proteinúria de 3 g/24 h
 - B) Fibrinogênio elevado, plaquetas de 260.000/mm³ e AST normal
 - C) LDH de 820 U/L com esquizócitos, AST de 210 U/L e plaquetas de 74.000/mm³
 - D) Hemoglobina de 15 g/dL, hematócrito de 45% e plaquetas normais
 - E) Glicemia de 50 mg/dL, amônia elevada e bilirrubina direta de 8 mg/dL
-

15 EVOMED · 2026

Gestante de 30 semanas com pré-eclâmpsia apresenta dor epigástrica, plaquetas de $61.000/\text{mm}^3$, AST de 158 U/L, LDH de 940 U/L e esquizócitos no sangue periférico. PA 160/110 mmHg. Feto com boa vitalidade. A conduta mais adequada é:

- A) Conduta expectante até 34 semanas com controle laboratorial semanal
 - B) Sulfato de magnésio, anti-hipertensivo e interrupção da gestação
 - C) Cesárea imediata sem sulfato de magnésio
 - D) Transfusão de plaquetas e alta após normalização
 - E) Dexametasona em alta dose como tratamento definitivo da HELLP, mantendo a gestação até o termo
-

16 ENARE · 2025

Gestante 35 semanas, cefaleia, PA 180x120, hidralazina EV sem melhora após 30min. Plaquetas 60.000, creatinina 1,5, TGO 120/TGP 110, relação proteína/creatinina 0,2. Diagnóstico e conduta inicial?

- A) Pré-eclâmpsia e sulfato de magnésio
 - B) Insuficiência hepática e observação em CTI
 - C) Esteatose hepática e reposição proteica oral
 - D) Colestase e ácido ursodesoxicólico
 - E) Hipertensão gestacional e metildopa oral
-

17 EVOMED · 2026

Gestante de 34 semanas, internada com síndrome HELLP, refere dor súbita e intensa no hipocôndrio direito, irradiada para o ombro direito, seguida de hipotensão e taquicardia. O útero está relaxado entre as palpações e os batimentos fetais estão presentes. Qual é a complicação mais provável?

- A) Esteatose hepática aguda da gravidez
 - B) Colecistite aguda
 - C) Descolamento prematuro de placenta
 - D) Tromboembolismo pulmonar
 - E) Rotura de hematoma subcapsular hepático
-

18 ENARE · 2023

Em relação à síndrome HELLP, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Plaquetas <50.000 contraindicam anestesia raquidiana
 - B) Cesárea é a via de parto de melhor escolha
 - C) Pode ocorrer sem elevação da pressão arterial
 - D) Sulfato de magnésio é indicado
 - E) Passado de HELLP aumenta risco de recorrência
-

19 ENARE · 2023

Gestante confusa após convulsão tônico-clônica, PA 170x100, fundo uterino 30cm, BCF 155, edema 3+/4+, LDH 800, TGP 150, plaquetas 100.000, proteinúria+. Diagnóstico e conduta inicial?

- A) Pré-eclâmpsia+HELLP / sulfato de magnésio e parto imediato
 - B) Pré-eclâmpsia+HELLP / estabilização com sulfato de magnésio e anti-hipertensivos, monitorização
 - C) Pré-eclâmpsia+epilepsia / anticonvulsivante e anti-hipertensivo
 - D) Hipertensão não classificada / monitorização apenas
 - E) Hipertensão não classificada / sulfato de magnésio e anti-hipertensivos
-

20 ENARE · 2024

Gestante sonolenta após crise convulsiva em via pública, PA 170x100, fundo uterino 30cm, BCF 155, edema 2+/4+, LDH 800, TGP 150, plaquetas 100.000, proteinúria+. Conduta que NÃO se aplica:

- A) Estabilização com sulfato de magnésio
 - B) Monitorização materno-fetal
 - C) Parto imediato pelo risco iminente de eclâmpsia
 - D) Avaliação do bem-estar fetal
 - E) Início de anti-hipertensivos
-

21 EVOMED · 2026

Primigesta de 31 semanas chega com cefaleia occipital intensa e escotomas. A PA é de 172 x 114 mmHg, confirmada após 15 minutos, e há proteinúria de fita 3+. O BCF é de 148 bpm e não há contrações. Qual a conduta imediata?

- A) Sulfato de magnésio e anti-hipertensivo de ação rápida (hidralazina endovenosa ou nifedipino oral), com estabilização materna antes de decidir o momento do parto
 - B) Metildopa oral em doses crescentes e repouso em decúbito lateral
 - C) Cesariana imediata, antes de qualquer medicação
 - D) Furosemida endovenosa para controle pressórico
 - E) Captopril sublingual e alta com retorno em 48 horas
-

22 ENARE · 2023

45a, hígida, 36 semanas, cefaleia persistente após paracetamol, PA 164x110 confirmada. Tratamento oral enquanto não se obtém acesso IV, preferencialmente com:

- A) Propranolol
 - B) Captopril
 - C) Losartana
 - D) Espironolactona
 - E) Nifedipina
-

23 ENARE · 2024

Primigesta 36 semanas, PA 160x100, turvação visual, cefaleia, vitalidade fetal preservada. Melhor conduta?

- A) Metildopa 250mg 1x/dia
- B) Nitroprussiato de sódio como primeira opção
- C) Dipirona e reaverir PA em 4h
- D) Cesárea imediata
- E) Sulfato de magnésio 50% e gluconato de cálcio à cabeceira

24 EVOMED · 2026

Puérpera com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade recebe sulfato de magnésio em infusão contínua há 14 horas. A enfermagem informa reflexos patelares abolidos, frequência respiratória de 9 irpm e diurese de 15 mL/h nas últimas 4 horas. Qual é a conduta imediata?

- A) Suspender o sulfato de magnésio e administrar gluconato de cálcio por via intravenosa, com suporte ventilatório se necessário.
- B) Aumentar a velocidade da infusão, pois a abolição de reflexos indica eclâmpsia iminente.
- C) Manter a infusão e administrar furosemida para aumentar a diurese.
- D) Trocar o sulfato de magnésio por fenitoína em dose de ataque.
- E) Administrar diazepam intravenoso e manter o sulfato de magnésio.

25 HCPA · 2025

Primigesta com 30 semanas de gestação, sem histórico de epilepsia, veio à UPA queixando-se de cefaleia e visão turva. À avaliação inicial, a pressão arterial era de 160/110 mmHg. Enquanto a enfermeira chamava o médico, a paciente teve uma convulsão tônico-clônica. Imediatamente recebeu 4,0 g de sulfato de magnésio intravenoso para tratamento de eclâmpsia, e o quadro foi estabilizado. Após 15 minutos, novo episódio convulsivo ocorreu. Em situações como essa, a conduta mais adequada para reduzir a chance de novas convulsões é administrar, por via intravenosa:

- A) Diazepam (20 mg).
- B) Hidantal (50 mg).
- C) Sulfato de magnésio (2,0 g).
- D) Fenobarbital (100 mg).

26 EVOMED · 2026

Primigesta de 34 semanas tem diagnóstico recente de pré-eclâmpsia, com PA de 146 x 94 mmHg, proteinúria de 600 mg/24 h, plaquetas, creatinina e transaminases normais e nenhum sintoma. O feto tem crescimento adequado e Doppler e cardiocotografia normais. A conduta recomendada é:

- A) Interrupção imediata da gestação por cesariana.
- B) Vigilância materno-fetal e parto com 37 semanas.
- C) Sulfato de magnésio e indução do parto nas próximas horas.
- D) Acompanhamento habitual e parto somente após 41 semanas.
- E) Corticoide, anti-hipertensivo e parto após 48 horas.

27 PSU-MG · 2020

Primigesta, 29 anos, idade gestacional de 37 semanas e dois dias é atendida na maternidade por elevação dos níveis pressóricos nos últimos dois dias. Pré-natal sem intercorrências até essa data. Ao exame físico, pressão arterial: 150/90mmHg (em duas medidas com intervalo de quatro horas), medida do fundo uterino: 32cm, batimento cardíaco fetal: 150bpm, colo uterino fechado, propedêutica de Síndrome HELLP sem alterações e relação proteína/creatinina urinária de 0,4. A conduta MAIS ADEQUADA é:

- A) iniciar metildopa e encaminhar ao pré-natal de alto risco.
- B) iniciar metildopa e propor o parto com 39 semanas de gravidez.
- C) internar e coletar urina para dosar proteinúria de 24 horas.
- D) internar e indicar a resolução da gravidez.

28 PSU-MG · 2025

Primigesta, 17 anos, com 35 semanas de gestação, comparece à maternidade apresentando pressão arterial 140x90mmHg há sete dias e cefaleia persistente desde o dia anterior. Nega outras intercorrências na gravidez. Ao exame físico, PA 140x90mmHg, frequência cardíaca (FC) de 92 bpm; saturação de oxigênio de 99%, altura uterina de 31cm, cardiocotografia reativa à movimentação fetal, com linha de base de 132bpm; feto cefálico com dorso à direita. Não foram identificadas contrações uterinas e o colo uterino está fechado. Propedêutica de HELLP sem alterações. Com base no quadro clínico apresentado, dentre as alternativas abaixo, a conduta MAIS APROPRIADA nesse momento é:

- A) Internar para controle pressórico e realizar dopplervelocimetria fetal.
- B) Internar para indução do parto e iniciar sulfato de magnésio.
- C) Prescrever metildopa e encaminhar para o pré-natal de alto risco.
- D) Prescrever nifedipina e realizar curva pressórica ambulatorial.

29 SES-GO · 2024

Na pré-eclâmpsia precoce, um dos parâmetros que indica a interrupção da gestação é:

- A) O edema agudo de pulmão.
 - B) A diminuição abrupta do hematócrito.
 - C) A crise hipertensiva.
 - D) A hiperuricemia.
-

30 FEBRASGO · 2023

Primigesta a termo interna por iminência de eclâmpsia, em uso de sulfato de magnésio há 12 horas, com indicação de indução de parto. Qual a conduta para o melhor cuidado da paciente nesse momento?

- A) Aguardar 12 horas para desmame do sulfato de magnésio e início da indução, com misoprostol.
 - B) Iniciar indução com ocitocina (contraindicação ao misoprostol) e manter sulfato de magnésio por 24 horas pós-parto.
 - C) Avaliar colo do útero e iniciar indução imediatamente, independentemente do uso de sulfato de magnésio.
 - D) Solicitar dosagem sérica de sulfato de magnésio para avaliar método de indução e tempo de uso da medicação.
-

31 EVOMED · 2026

Puérpera com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, PA 168 x 108 mmHg, tem hemorragia por atonia uterina após parto vaginal, sem resposta adequada à ocitocina e à massagem uterina; já recebeu ácido tranexâmico. Qual medicamento deve ser evitado nesse cenário?

- A) Misoprostol.
 - B) Ocitocina em infusão contínua.
 - C) Segunda dose de ácido tranexâmico após 30 minutos.
 - D) Sulfato de magnésio.
 - E) Metilergometrina.
-

32 SCM-SP · 2026

Secundigesta, 36 anos de idade, encontra-se gestante na 32ª semana de gestação resultante de fertilização in vitro, comparece a consulta de pré-natal com cefaleia, edema de membros inferiores e pressão arterial sistêmica 130 × 85 mmHg. Refere parto anterior, cesárea há 11 anos, com peso do recém-nascido 2.430 gramas, com 40 semanas de gestação. Refere que sua mãe teve pré-eclampsia em sua gestação. Dos marcadores clínicos abaixo, o que caracteriza ISOLADAMENTE essa paciente de alto risco para indicação de prevenção de pré-eclâmpsia é:

- A) Intervalo interpartal maior do que 10 anos.
- B) Gestação decorrente reprodução assistida.
- C) Histórico familiar de pré-eclâmpsia.
- D) Idade materna maior do que 35 anos.
- E) Recém-nascido de baixo peso ao nascer de termo.

33 FEBRASGO · 2024

Primigesta, 41 anos de idade, IMC pré-gestacional de 35 Kg/m², inicia pré-natal no ambulatório de Alto Risco na 15ª semana de gestação. A ultrassonografia realizada com 12 semanas mostrou Doppler de artérias uterinas sugerindo baixo risco para pré-eclâmpsia. Nesse caso, considerando a prevenção da pré-eclâmpsia, qual a conduta a ser adotada?

- A) Prescrever AAS e heparina.
- B) Prescrever vitamina D e ômega-3.
- C) Recalcular o risco de pré-eclâmpsia no Doppler de segundo trimestre.
- D) Prescrever AAS e cálcio.

34 ENARE · 2023

G2P1, histórico de pré-eclâmpsia com 28 semanas, nova gestação com 7 semanas. Conduta para prevenção, dado histórico pessoal positivo?

- A) AAS 100mg com 12 semanas
- B) Apresolina 25mg 2x/dia
- C) Metildopa 250mg 2x/dia com 12 semanas
- D) Corticoide
- E) Nenhum medicamento, apenas observação

35 ENAMED · 2025

Paciente G5P3C1, 35 anos, idade gestacional de 15 semanas por ecografia realizada com 8 semanas, hipertensa crônica em uso de enalapril, antecedente de pré-eclâmpsia. Comparece à consulta de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com pressão arterial de 140 x 90 mmHg. Qual é a conduta medicamentosa indicada para essa paciente?

- A) Captopril, varfarina e ácido acetilsalicílico.
- B) Furosemida, varfarina e carbonato de cálcio.
- C) Losartana, enoxaparina e carbonato de cálcio.
- D) Alfa-metildopa, ácido acetilsalicílico e carbonato de cálcio.

36 IADES · 2024

Quanto às condições inerentes ao estado gestacional, assinale a alternativa correspondente à medida ou à droga que não é recomendada para diminuição do risco de pré-eclâmpsia.

- A) Aspirina
- B) Metildopa
- C) Suplementação de cálcio caso o consumo seja menor do que 900 mg por dia
- D) Atividade física por pelo menos 140 minutos por semana

37 AVANÇA SP · 2025

Paciente de 25 anos, sem comorbidades, gestante de 8 semanas, na sua primeira consulta de pré-natal relata ao seu obstetra estar preocupada com o risco de hipertensão gestacional, visto que sua mãe teve pré-eclâmpsia na gravidez de sua irmã. Para melhor avaliar o risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia durante a gravidez, seu obstetra utiliza uma combinação de parâmetros maternos, segundo o modelo de predição de desenvolvimento de pré-eclâmpsia da Fetal Medicine Foundation (FMF) e, após análise dos exames colhidos na 12ª semana de gravidez, opta por prescrever AAS, início imediato, devendo ela manter a medicação até 36 semanas. Sobre o algoritmo proposto pela FMF, referendado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), inclusive para uso no Brasil, podemos afirmar que:

- A) O algoritmo proposto inclui dosagem de homocisteína no plasma materno, colhido entre 11 e 13 semanas de gestação.
- B) A história da mãe da paciente não é fator significativo no cálculo do risco, segundo o algoritmo utilizado.
- C) A velocidade da artéria cerebral média na dopplervelocimetria fetal no primeiro trimestre é fator determinante no cálculo de risco proposto.
- D) Quando o risco calculado é superior a 1:100 a gestante é considerada de alto risco para desenvolvimento de pré-eclâmpsia, sendo indicado uso de AAS, conforme prescrito pelo obstetra.
- E) Frente a resultado de alto risco para desenvolvimento de pré-eclâmpsia, a medicação de escolha a ser prescrita é a heparina de baixo peso molecular, sendo contraindicado o uso do AAS durante a gravidez.

São marcadores bioquímicos utilizados no rastreio da pré-eclâmpsia:

- A) NIPT e PAPP-A
 - B) HCG livre e PlGF
 - C) PAPP-A e PlGF
 - D) Alfafetoproteína e PlGF
 - E) Alfafetoproteína e PAPP-A
-

Gabarito comentado

1 Resposta: B

A alternativa B está correta porque reúne a condição pressórica e uma manifestação da doença sistêmica: hipertensão após 20 semanas associada a proteinúria significativa ou disfunção orgânica. A PA diagnóstica é de pelo menos 140 mmHg sistólica e/ou 90 mmHg diastólica, e a proteinúria pode ser demonstrada por 300 mg/24 h ou relação proteína/creatinina de 0,3. Disfunção uteroplacentária também pode estabelecer o diagnóstico pela RBEHG. A está errada porque descreve hipertensão crônica sem demonstrar sobreposição. C está errada porque proteinúria isolada não satisfaz a definição clássica de pré-eclâmpsia. D está errada porque a doença não é exclusiva do puerpério, embora possa se manifestar nesse período e exigir reconhecimento imediato.

2 Resposta: E

A alternativa E está correta no sentido de que a confirmação definitiva da hipertensão gestacional é retrospectiva, considerando sua evolução até aproximadamente 12 semanas após o parto. Durante a gravidez, hipertensão iniciada após 20 semanas, sem proteinúria ou disfunção orgânica, permite essa classificação provisória. Se a pressão permanecer elevada além desse período puerperal, deve-se reclassificar o quadro como hipertensão crônica. Não é necessário esperar três meses para investigar ou tratar. A está errada porque o segundo trimestre apenas permite reconhecer o início do quadro. B está errada porque chegar ao termo não demonstra sua natureza transitória. C está errada porque um mês não encerra a avaliação puerperal. D está errada porque dois meses ainda antecederem o limite de 12 semanas.

3 Resposta: A

A alternativa A está correta porque a definição da ISSHP admite pré-eclâmpsia sem proteinúria quando a hipertensão após 20 semanas se associa a disfunção orgânica materna ou uteroplacentária. Assim, alterações renais, hepáticas, hematológicas ou restrição de crescimento fetal podem estabelecer o diagnóstico. Quando presente, a proteinúria significativa corresponde a pelo menos 300 mg/24 h ou relação proteína/creatinina de 0,3. B está errada porque edema é frequente inclusive em gestações normais e não é critério obrigatório. C está errada porque hipertensão integra a definição diagnóstica de pré-eclâmpsia adotada pela questão. D está errada porque plaquetopenia é uma das manifestações possíveis, mas pode estar ausente quando outro critério acompanha a hipertensão. Não se deve exigir a antiga tríade com edema.

4 Resposta: E

A alternativa E está correta porque relação proteína/creatinina urinária de pelo menos 0,3, com ambas medidas em mg/dL, identifica proteinúria significativa. Em gestante hipertensa após 20 semanas, esse achado sustenta o diagnóstico de pré-eclâmpsia e dispensa coleta de 24 horas. Isoladamente, sem o contexto pressórico, a relação não basta para diagnosticar a síndrome. A está errada porque a forma precoce tem maior associação com má placentação e isquemia placentária. B está errada porque disfunção orgânica ou uteroplacentária pode estabelecer o diagnóstico sem proteinúria. C está errada porque a quantidade de proteína urinária não define gravidade. D está errada porque a eclâmpsia pode ocorrer no puerpério, mas esse período concentra cerca de 30% dos casos, não a maioria.

5 Resposta: D

A alternativa D está correta porque as três assertivas descrevem achados aceitos pela referência adotada pela banca para acompanhar a hipertensão no diagnóstico de pré-eclâmpsia. Proteinúria acima de 300 mg/24 h demonstra perda urinária significativa; creatinina acima de 1,1 mg/dL indica comprometimento renal; e elevação importante das transaminases indica lesão hepática. Não é necessário reunir os três achados simultaneamente. A está errada porque exclui os critérios renal e hepático. B está errada porque exclui proteinúria e alteração hepática. C está errada porque omite a disfunção renal da assertiva II.

Atualização: a RBEHG 2025 utiliza creatinina acima de 1 mg/dL e transaminases acima de 40 UI/L para disfunção orgânica diagnóstica, enquanto a ACOG adota cortes diferentes. Para proteinúria, o limite atual inclui exatamente 300 mg/24 h.

6 Resposta: C

A alternativa C está correta como exceção porque proteinúria acima de 300 mg/24 h é critério diagnóstico, mas não sinal de gravidade isoladamente. A quantidade de proteína urinária não deve determinar antecipação do parto, mesmo quando muito elevada. A avaliação de risco depende da pressão, dos sintomas, da função orgânica e da condição fetal. A está errada como exceção porque cefaleia persistente e alterações visuais podem indicar comprometimento neurológico. B está errada porque PA sistólica de pelo menos 160 e/ou diastólica de pelo menos 110 mmHg caracteriza crise quando persistente. D está errada porque plaquetas abaixo de $100.000/\text{mm}^3$ representam deterioração hematológica importante. Basta um dos componentes pressóricos elevados; não é necessário atingir ambos os limites.

7 Resposta: B

A alternativa B está correta porque a hipertensão iniciada após 20 semanas exige investigar comprometimento hematológico, renal e hepático, mesmo quando a gestante está assintomática. O hemograma identifica plaquetopenia; a creatinina avalia o rim; as transaminases avaliam o fígado; e a DHL auxilia na investigação de hemólise. Pela referência RBEHG, plaquetas abaixo de $150.000/\text{mm}^3$, creatinina acima de 1 mg/dL ou transaminases acima de 40 UI/L podem estabelecer disfunção orgânica, sem proteinúria obrigatória. A está errada porque exames tireoidianos e nutricionais não respondem à investigação central. C está errada porque marcadores cardíacos dependem de suspeita específica. D está errada porque exames metabólicos não identificam as principais lesões da pré-eclâmpsia. E está errada porque eletrólitos não substituem essa avaliação.

8 Resposta: B

A alternativa B está correta porque reconhece a suspeita de pré-eclâmpsia e solicita os exames necessários para confirmá-la. A PA de 140/95 mmHg às 35 semanas exige investigar proteinúria, plaquetas, creatinina e transaminases. Edema e ganho de peso não confirmam a doença; sem outro critério, considera-se hipertensão gestacional. A confirmação pressórica habitual requer intervalo de quatro horas, pois não há crise. A está errada porque maturidade fetal isolada não determina o parto e ainda falta confirmação diagnóstica. C está errada porque normalização até 12 semanas favorece hipertensão gestacional, não crônica. D está errada porque não há PA de pelo menos 160/110 mmHg nem manifestações de emergência que justifiquem esse pacote terapêutico e interrupção imediata.

9 Resposta: D

A alternativa D está correta porque a hipertensão após 20 semanas se associa a manifestações neurológicas e disfunção de múltiplos órgãos. A proteinúria de 270 mg/24 h está abaixo de 300 mg, mas isso não exclui pré-eclâmpsia: plaquetas de 70.000/mm³, creatinina de 1,9 mg/dL e enzimas hepáticas elevadas já sustentam o diagnóstico. A diastólica de 110 mmHg também caracteriza nível pressórico de crise. A está errada porque não há hipertensão conhecida antes da gestação ou de 20 semanas. B está errada porque não foi descrita exposição capaz de explicar hipertensão iatrogênica. C está errada porque sobreposição exige hipertensão crônica prévia. E está errada porque os achados já permitem diagnosticar pré-eclâmpsia, sem esperar proteinúria maior.

10 Resposta: C

A alternativa C está correta porque cefaleia, escotomas, epigastralgia e náuseas constituem sintomas premonitórios de eclâmpsia. Associados à PA de 170/110 mmHg, justificam magnésio e controle pressórico urgente. Ainda não houve convulsão, portanto o diagnóstico síndrome mais específico é iminência de eclâmpsia. A está errada porque há manifestações neurológicas e pressão em nível de crise. B está errada como melhor resposta porque o rótulo genérico não identifica a iminência de convulsão descrita. D está errada porque os sintomas indicam comprometimento além da elevação pressórica isolada. E está errada porque não há história de hipertensão anterior à gestação ou a 20 semanas.

Atualização: a RBEHG recomenda abandonar “pré-eclâmpsia leve” e “grave”, presentes nas alternativas, descrevendo os sinais de gravidade. A expressão iminência de eclâmpsia continua útil para esse conjunto clínico.

11 Resposta: C

A alternativa C está correta porque a combinação de cefaleia, escotomas e epigastralgia sugere iminência de eclâmpsia e exige transferência urgente para serviço com suporte obstétrico. A sistólica de 160 mmHg já alcança o limiar de crise, mesmo com diastólica de 100. Exames laboratoriais normais não afastam comprometimento neurológico. A solicitação de vaga zero deve acompanhar estabilização inicial, com magnésio e controle pressórico conforme recursos, sem atrasar o transporte. A está errada porque captopril é contraindicado na gestação e observação na UBS é insuficiente. B está errada porque consulta eletiva não atende à urgência. D está errada porque agendar exames posterga assistência necessária. E está errada porque metildopa ambulatorial não trata a emergência.

12 Resposta: A

A alternativa A está correta porque a PA de 150/100 mmHg associada à proteinúria de 350 mg/24 h estabelece pré-eclâmpsia, e a cefaleia precisa ser caracterizada em ambiente hospitalar. A persistência, a resposta à analgesia e a associação com alterações visuais ajudam a avaliar comprometimento neurológico. Também se investigam lesões orgânicas e vitalidade fetal antes de decidir o momento do parto às 31 semanas. B está errada porque captopril é contraindicado e restrição de sal não é tratamento específico da doença. C está errada porque não há crise pressórica que justifique imediatamente o esquema proposto. D está errada porque magnésio previne convulsões, não normaliza a pressão, e sua indicação depende da avaliação dos sinais de gravidade.

13 Resposta: C

A alternativa C está correta porque HELLP corresponde à associação de hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia. A sigla organiza o raciocínio: H indica hemólise, EL indica enzimas hepáticas elevadas e LP indica plaquetas baixas. Valores típicos incluem DHL acima de 600 U/L, AST ou ALT acima de 70 U/L e plaquetas abaixo de 100.000/mm³, com investigação complementar da hemólise. A está errada porque convulsão define eclâmpsia e não substitui os componentes de HELLP. B está errada porque hiperglicemia não integra a síndrome. D está errada porque convulsões e hiperglicemia não compõem sua tríade. E está errada porque diminuição dos reflexos profundos sugere, no contexto apropriado, intoxicação por magnésio, não um componente definidor de HELLP.

14 Resposta: C

A alternativa C está correta porque apresenta os três componentes da síndrome HELLP: hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia. A DHL de 820 U/L, acima de 600, acompanhada de esquizócitos demonstra hemólise; a AST de 210 U/L supera 70; e as plaquetas de 74.000/mm³ estão abaixo de 100.000. A dor em hipocôndrio direito reforça o comprometimento hepático. A está errada porque alterações renais e proteinúria não compõem a tríade definidora de HELLP. B está errada porque plaquetas e AST normais não sustentam a síndrome. D está errada porque hemoconcentração isolada não demonstra hemólise nem plaquetopenia. E está errada porque hipoglicemia, hiperamonemia e hiperbilirrubinemia direta sugerem esteatose hepática aguda da gravidez.

15 Resposta: B

A alternativa B está correta porque há síndrome HELLP: plaquetas de 61.000/mm³, AST de 158 U/L e DHL de 940 U/L com esquizócitos preenchem os componentes hematológico e hepático. A conduta é estabilizar com sulfato de magnésio e anti-hipertensivo, seguida de resolução da gestação, independentemente das 30 semanas. A boa vitalidade fetal não elimina o risco materno. A está errada porque manter a gravidez até 34 semanas expõe a paciente à deterioração. C está errada porque o parto deve suceder a estabilização, e cesárea não é obrigatória. D está errada porque transfundir plaquetas não trata definitivamente a doença nem permite alta. E está errada porque corticoide em alta dose não substitui a resolução da gestação na HELLP.

16 Resposta: A

A alternativa A está correta porque hipertensão após 20 semanas associada à disfunção orgânica estabelece pré-eclâmpsia mesmo com relação proteína/creatinina de 0,2, abaixo do corte de 0,3. Plaquetas de $60.000/\text{mm}^3$, creatinina de 1,5 mg/dL e transaminases elevadas demonstram comprometimento multissistêmico. A crise de 180/120 mmHg com cefaleia exige magnésio e continuidade do controle pressórico, com estabilização antes do parto. B está errada porque observação isolada não trata a emergência. C está errada porque reposição proteica não trata esse quadro hipertensivo. D está errada porque colestase costuma produzir prurido, sem explicar a disfunção multissistêmica. E está errada porque há lesão orgânica, e metildopa é lenta para a crise. Sem demonstração de hemólise, não se deve afirmar HELLP completa.

17 Resposta: E

A alternativa E está correta porque dor súbita no hipocôndrio direito, irradiada para o ombro e acompanhada de hipotensão e taquicardia, sugere rotura de hematoma subcapsular hepático com hemorragia. Na HELLP, a lesão microvascular hepática pode produzir hematoma; sua rotura causa irritação diafragmática e choque. O quadro exige ressuscitação e controle urgente do sangramento. A está errada porque esteatose hepática aguda costuma associar insuficiência hepática, hipoglicemia e coagulopatia. B está errada porque colecistite não explica tão bem o choque hemorrágico abrupto. C está errada porque o descolamento costuma produzir dor uterina e hipertonia, ausentes aqui. D está errada porque tromboembolismo pulmonar costuma apresentar dispneia e comprometimento respiratório, sem essa localização característica da dor.

18 Resposta: B

A alternativa B é a incorreta solicitada porque a síndrome HELLP não determina cesárea como melhor via em todos os casos. É necessário estabilizar a mãe e resolver a gestação, mas a via depende da urgência, da vitalidade fetal e das condições obstétricas. Com condições favoráveis, o parto vaginal pode evitar riscos cirúrgicos numa paciente plaquetopênica. A não é a resposta porque plaquetas abaixo de $50.000/\text{mm}^3$ representam risco hemorrágico relevante para raquianestesia. C não é a resposta porque HELLP pode ocorrer sem hipertensão manifesta. D não é a resposta porque magnésio está indicado para prevenção de convulsões. E não é a resposta porque antecedente de HELLP aumenta o risco em nova gestação.

Atualização: a RBEHG 2025 orienta avaliação anestésica individualizada e considerar anestesia geral quando não se alcança contagem acima de $70.000/\text{mm}^3$, incorporando tendência das plaquetas e coagulopatia.

19 Resposta: B

A alternativa B é a melhor resposta porque prioriza estabilização materna com magnésio, anti-hipertensivo e monitorização. A convulsão com hipertensão indica eclâmpsia; DHL de 800 U/L, TGP de 150 U/L e plaquetas limítrofes levaram a banca a associar HELLP. O parto deve ocorrer após estabilização. A está errada porque antecipa o parto à estabilização necessária. C está errada porque o quadro favorece eclâmpsia, sem evidência de epilepsia prévia. D está errada porque monitorização isolada deixa a emergência sem tratamento. E está errada porque a hipertensão já pode ser enquadrada no contexto eclâmtico.

Atualização: a RBEHG exige plaquetas abaixo de 100.000/mm³ e pelo menos dois indicadores de hemólise para HELLP completa. O valor exato de 100.000 e a DHL isolada não bastam; deve-se investigar a síndrome sem atrasar o tratamento da eclâmpsia.

20 Resposta: C

A alternativa C é a conduta que não se aplica porque propõe parto imediato antes da estabilização e chama de iminente uma eclâmpsia que já ocorreu. A convulsão em gestante hipertensa exige proteção das vias aéreas, magnésio e controle da PA sistólica de 170 mmHg. Depois da estabilização, avaliam-se vitalidade fetal e resolução da gestação. A não é a resposta porque magnésio trata e previne recorrência convulsiva. B não é a resposta porque monitorização materna e fetal é necessária, priorizando inicialmente a mãe. D não é a resposta porque o bem-estar fetal deve ser avaliado após estabilização materna. E não é a resposta porque a sistólica em nível de crise exige anti-hipertensivo de ação rápida.

21 Resposta: A

A alternativa A está correta porque a PA de 172/114 mmHg, persistente por 15 minutos, caracteriza crise hipertensiva, e a cefaleia intensa com escotomas indica iminência de eclâmpsia. São necessárias duas ações complementares: sulfato de magnésio para prevenir convulsões e hidralazina intravenosa ou nifedipino oral de ação rápida para reduzir a pressão. A estabilização materna precede a decisão sobre o parto. B está errada porque metildopa tem ação lenta para essa emergência. C está errada porque operar antes de estabilizar aumenta o risco materno. D está errada porque furosemida não é tratamento rotineiro da crise sem edema pulmonar ou sobrecarga. E está errada porque captopril é contraindicado na gestação e a paciente precisa de assistência hospitalar.

22 Resposta: E

A alternativa E está correta porque nifedipino de liberação rápida por via oral é opção de primeira linha para crise hipertensiva na gestação, especialmente enquanto não há acesso venoso. A PA de 164/110 mmHg confirmada e a cefaleia persistente exigem tratamento urgente e proteção anticonvulsivante com magnésio. Utilizam-se 10 mg por via oral, repetidos a cada 20 minutos se necessário, até 30 mg, sem administração sublingual ou formulação retard. A está errada porque propranolol não é a escolha para controle imediato dessa crise. B está errada porque captopril é IECA contraindicado na gestação. C está errada porque losartana bloqueia o sistema renina-angiotensina e é fetotóxica. D está errada porque espironolactona não é fármaco de escolha nem adequado para essa urgência obstétrica.

23 Resposta: E

A alternativa E está correta porque cefaleia e turvação visual, associadas à PA sistólica de 160 mmHg, indicam risco de eclâmpsia e necessidade de sulfato de magnésio. O gluconato de cálcio deve estar disponível como antídoto, na dose de 1 g intravenoso lento se houver intoxicação. O magnésio previne convulsões, mas não substitui o anti-hipertensivo de ação rápida. A está errada porque metildopa em baixa dose não atende à emergência. B está errada porque nitroprussiato é reservado a situações específicas, como edema pulmonar com disfunção cardíaca. C está errada porque analgesia e espera de quatro horas atrasam o tratamento. D está errada porque a estabilização materna deve anteceder o parto, cuja via segue critérios obstétricos.

24 Resposta: A

A alternativa A está correta porque arreflexia, frequência respiratória de 9 irpm e diurese de 15 mL/h indicam intoxicação por magnésio. Sua eliminação renal explica o acúmulo na oligúria. Deve-se suspender a infusão, administrar gluconato de cálcio a 10%, 1 g intravenoso lento, e oferecer suporte ventilatório conforme necessário. Na manutenção, exigem-se reflexos presentes, respiração de pelo menos 16 irpm e diurese de pelo menos 25 mL/h. B está errada porque aumentar a dose agrava a toxicidade. C está errada porque diurético não autoriza manter a infusão tóxica. D está errada porque fenitoína não reverte a intoxicação. E está errada porque diazepam pode agravar a depressão respiratória.

25 Resposta: C

A alternativa C está correta porque nova convulsão após o ataque de 4 g de sulfato de magnésio deve ser tratada com dose adicional de 2 g intravenosos. Além de proteger vias aéreas e controlar a pressão, ajusta-se a manutenção para 2 g/h, com vigilância de reflexos, respiração e diurese. Se houver persistência após dois bolus adicionais, cabe anticonvulsivante de resgate e investigação de complicações cerebrais. A está errada porque diazepam não é a primeira escolha diante dessa recorrência e pode causar depressão respiratória. B está errada porque fenitoína não substitui imediatamente o reforço de magnésio, e 50 mg não constitui ataque adequado. D está errada porque fenobarbital não é o tratamento preferencial da eclâmpsia recorrente nesse momento.

26 Resposta: B

A alternativa B está correta porque a paciente tem pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade, com estabilidade materna e fetal às 34 semanas. A proteinúria de 600 mg/24 h confirma o componente renal diagnóstico, mas sua quantidade não determina gravidade. É possível manter vigilância, controlar a pressão persistente e programar o parto para 37 semanas, antecipando-o se houver deterioração. A está errada porque não há indicação de cesárea ou interrupção imediata. C está errada porque não há indicação apresentada para magnésio e indução urgente. D está errada porque esperar 41 semanas aumenta o risco sem benefício justificável. E está errada porque corticoide não cria indicação de parto em 48 horas numa paciente estável.

27 Resposta: D

A alternativa D está correta porque a paciente já tem pré-eclâmpsia e atingiu 37 semanas e dois dias, momento em que se indica resolver a gestação. A PA de 150/90 mmHg, confirmada com quatro horas de intervalo, associada à relação proteína/creatinina de 0,4, acima do corte de 0,3, estabelece o diagnóstico. Exames de HELLP normais não afastam a doença. A internação permite controlar a pressão, avaliar o colo e planejar a indução, sem obrigação de cesárea. A está errada porque o seguimento ambulatorial adia uma resolução já indicada. B está errada porque esperar 39 semanas prolonga desnecessariamente o risco materno. C está errada porque a relação urinária já confirma proteinúria significativa, dispensando coleta de 24 horas.

28 Resposta: B

A alternativa B é o gabarito porque a banca interpretou a cefaleia persistente, associada à hipertensão após 20 semanas, como sinal neurológico de gravidade. Nessa interpretação, às 35 semanas, indicam-se internação, magnésio e resolução após estabilização, com preparo cervical se necessário. Exames de HELLP normais não afastam comprometimento neurológico. A está errada nesse raciocínio porque vigilância isolada não trata a iminência de eclâmpsia presumida. C está errada porque seguimento ambulatorial é inadequado diante desse risco. D está errada porque curva pressórica ambulatorial também posterga a proteção materna.

Atualização: o enunciado não informa refratariedade da cefaleia nem exclusão de outras causas. A RBEHG 2025 orienta estabilizar e reavaliar; entre 34 e 37 semanas, a decisão é individualizada se não houver deterioração. Cefaleia refratária sustenta a resolução, sem ser necessário nível pressórico de crise.

29 Resposta: A

A alternativa A está correta porque edema agudo de pulmão representa comprometimento cardiorrespiratório materno e indica resolução da gestação após estabilização, independentemente da idade gestacional. Na pré-eclâmpsia precoce, esse risco supera o benefício de prolongar a gravidez. Deve-se garantir suporte respiratório, controlar a pressão e tratar a sobrecarga conforme o quadro. B está errada porque queda do hematócrito isolada exige investigar hemólise ou sangramento, mas não constitui critério autônomo descrito. C está errada porque uma crise pode responder ao tratamento e requer reavaliação; hipertensão refratária é que sustenta resolução independentemente da idade gestacional. D está errada porque hiperuricemia se associa a piores desfechos, mas não determina sozinha a interrupção da gestação.

30 Resposta: C

A alternativa C está correta porque, estando a mãe estabilizada e havendo indicação de parto a termo, deve-se avaliar o colo e iniciar a indução. O sulfato de magnésio não contraindica o procedimento nem exige desmame prévio; sua finalidade é prevenir convulsões, com manutenção por 24 horas após o parto ou a última crise, o que ocorrer por último. O método depende das condições cervicais e obstétricas. A está errada porque esperar a retirada do magnésio adia uma resolução indicada. B está errada porque o magnésio não contraindica misoprostol, embora a manutenção pós-parto esteja correta. D está errada porque magneemia de rotina não define o método de indução; o acompanhamento habitual é clínico, com dosagem em situações específicas.

31 Resposta: E

A alternativa E está correta porque a metilergometrina causa vasoconstrição e pode precipitar ou agravar crise hipertensiva. A PA sistólica de 168 mmHg já ultrapassa o limite de 160 mmHg, tornando esse uterotônico inadequado. A hemorragia deve ser tratada prontamente com recursos compatíveis com a hipertensão. A está errada como resposta porque misoprostol pode ser empregado na atonia. B está errada porque ocitocina continua indicada, com atenção ao volume infundido. C está errada porque uma segunda dose de ácido tranexâmico pode ser usada se o sangramento persistir após 30 minutos. D está errada porque a indicação anticonvulsivante do magnésio deve ser preservada, com reavaliação clínica durante a hemorragia.

32 Resposta: B

A alternativa B está correta porque gestação por reprodução assistida é classificada como fator de alto risco no modelo adaptado da RBEHG. Um único fator desse grupo basta para indicar prevenção, idealmente reconhecido no início do pré-natal. A questão pede a classificação isolada, embora a paciente reúna diversos fatores adicionais. A PA de 130/85 mmHg não estabelece hipertensão nem pré-eclâmpsia. A está errada porque intervalo superior a dez anos é fator moderado. C está errada porque história familiar em mãe ou irmã é fator moderado. D está errada porque idade a partir de 35 anos, isoladamente, é moderada. E está errada porque baixo peso a termo em gestação anterior é desfecho adverso classificado como fator moderado.

33 Resposta: D

A alternativa D reproduz a recomendação vigente na época: AAS associado a cálcio para prevenção de pré-eclâmpsia. A paciente reúne obesidade, nuliparidade e idade de 41 anos; o Doppler uterino de baixo risco não anula a indicação baseada nos fatores clínicos. Na 15ª semana, ainda é oportuno iniciar AAS, preferencialmente antes de 16 semanas. A está errada porque heparina exige indicação própria, como síndrome antifosfolípide. B está errada porque vitamina D e ômega-3 não têm benefício preventivo estabelecido. C está errada porque aguardar novo Doppler atrasa a profilaxia já indicada.

Atualização: desde março de 2026, RBEHG/FEBRASGO não recomendam cálcio com a finalidade de prevenir pré-eclâmpsia. O AAS permanece indicado; suplementação de cálcio por razões nutricionais ou política ministerial deve ser distinguida dessa finalidade.

34 Resposta: A

A alternativa A está correta porque pré-eclâmpsia anterior, especialmente tão precoce quanto 28 semanas, é fator de alto risco e basta para indicar prevenção com AAS. Às sete semanas, deve-se planejar o início de 100 mg à noite a partir de 12 semanas, idealmente antes de 16, mantendo até 36 semanas conforme o resumo. A indicação não depende de Doppler alterado ou de surgir hipertensão na nova gravidez. B está errada porque hidralazina trata hipertensão, mas não previne a síndrome. C está errada porque metildopa também não tem indicação preventiva em normotensa. D está errada porque corticoide não previne pré-eclâmpsia. E está errada porque observação isolada deixa de oferecer uma intervenção preventiva indicada pelo antecedente pessoal.

35 Resposta: D

A alternativa D corresponde ao gabarito da época: trocar enalapril por metildopa, indicar AAS e acrescentar cálcio. Hipertensão crônica e pré-eclâmpsia anterior justificam prevenção, e 15 semanas ainda é período oportuno para iniciar AAS, idealmente antes de 16 semanas. O enalapril deve ser suspenso pela fetotoxicidade, especialmente renal a partir do segundo trimestre. A está errada porque captopril também é IECA e varfarina não tem indicação nesse contexto. B está errada porque furosemida não é manutenção rotineira e varfarina não previne pré-eclâmpsia. C está errada porque losartana é contraindicada e enoxaparina não tem indicação preventiva isolada.

Atualização: em março de 2026, RBEHG/FEBRASGO deixaram de recomendar cálcio para prevenir pré-eclâmpsia. Mantêm-se a troca do anti-hipertensivo e o AAS; cálcio depende de outra indicação ou da política ministerial vigente.

36 Resposta: B

A alternativa B é o gabarito porque metildopa trata hipertensão, mas não previne o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. A banca diferenciou controle pressórico de intervenções preventivas então recomendadas. A está errada como resposta porque AAS em baixa dose é indicado para gestantes com risco aumentado. C foi considerada errada porque, à época, suplementar cálcio na baixa ingestão, abaixo de 900 mg/dia, era recomendado para prevenção. D está errada porque atividade física moderada por pelo menos 140 minutos semanais integra as medidas preventivas, quando não há contraindicação.

Atualização: em março de 2026, RBEHG/FEBRASGO retiraram a recomendação de cálcio para prevenir pré-eclâmpsia. Pela referência atual, C também deixaria de ser uma intervenção preventiva recomendada por essas entidades, embora o gabarito oficial B permaneça preservado e existam outras indicações para suplementação.

37 Resposta: D

A alternativa D está correta porque o modelo combinado da FMF utiliza risco superior a 1:100 como indicação de prevenção com AAS. O cálculo integra características e antecedentes maternos, pressão arterial média, Doppler das artérias uterinas e PlGF entre 11 e 14 semanas. O início às 12 semanas, antes de 16, aproveita a melhor janela preventiva, mantendo-se até 36 semanas conforme a referência do resumo. A está errada porque homocisteína não compõe esse algoritmo padrão. B está errada porque história familiar de pré-eclâmpsia participa da avaliação de risco. C está errada porque o Doppler relevante é o das artérias uterinas, não o da cerebral média fetal. E está errada porque AAS é indicado e heparina depende de indicação específica.

38 Resposta: C

A alternativa C está correta porque PAPP-A e PlGF são marcadores placentários utilizados em modelos de rastreamento da pré-eclâmpsia. Concentrações reduzidas podem refletir placentação inadequada, mas devem ser interpretadas com dados maternos, pressão arterial média e Doppler uterino. No teste combinado de 11 a 14 semanas destacado no resumo, o PlGF ocupa papel central; não é obrigatório dosar ambos em todo protocolo. A está errada porque NIPT rastreia principalmente aneuploidias, não integra esse par bioquímico. B está errada porque hCG livre é empregado sobretudo no rastreamento cromossômico, não no par clássico pedido. D está errada porque alfafetoproteína não substitui PAPP-A nesse modelo. E está errada porque também inclui alfafetoproteína e omite o PlGF, principal marcador angiogênico do teste combinado.

Flashcards do capítulo

Cubra a coluna da direita (ou dobre a folha na linha pontilhada) e responda em voz alta. No app, estes cards entram na sua revisão espaçada automaticamente.

Classificação das síndromes hipertensivas e fisiopatologia

Como se confirma hipertensão na gestação?	PAS $\geq$ 140 e/ou PAD $\geq$ 90 mmHg, em duas aferições com intervalo mínimo de quatro horas. Na crise hipertensiva, a confirmação ocorre em minutos.
Quando a hipertensão é classificada como crônica?	Quando preexiste à gestação, é detectada antes de 20 semanas ou persiste além de 12 semanas após o parto.
O que define hipertensão gestacional?	Hipertensão após 20 semanas, sem proteinúria, disfunção de órgão-alvo ou disfunção uteroplacentária.
O que confirma pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica após 20 semanas?	Proteinúria nova ou aumento superior a três vezes o basal, disfunção de órgão-alvo ou uteroplacentária. Aumentar o anti-hipertensivo, isoladamente, não confirma sobreposição.
Como a placentação anormal causa pré-eclâmpsia?	Remodelamento deficiente das artérias espiraladas causa hipóxia placentária e liberação de sFlt-1, que sequestra PlGF. O desequilíbrio angiogênico provoca disfunção endotelial materna sistêmica.
Qual o corte entre pré-eclâmpsia precoce e tardia?	Precoce: antes de 34 semanas, mais associada à má placentação, restrição de crescimento e piores desfechos. Tardia: a partir de 34 semanas, mais ligada a fatores maternos.

Diagnóstico da pré-eclâmpsia e sinais de gravidade

Como se diagnostica pré-eclâmpsia em gestante previamente normotensa?	Hipertensão após 20 semanas associada a proteinúria significativa, disfunção de órgão-alvo ou disfunção uteroplacentária. Proteinúria não é obrigatória; edema não é critério diagnóstico.
Quais valores definem proteinúria significativa na pré-eclâmpsia?	Relação proteína/creatinina $\geq$ 0,3 em amostra isolada, primeira escolha, ou $\geq$ 300 mg/24 h. Fita $\geq$ 2+ somente quando métodos quantitativos não estão disponíveis.
Quais cortes laboratoriais indicam disfunção de órgão-alvo para diagnóstico pela RBEHG 2025?	Plaquetas $< 150.000/\text{mm}^3$, TGO ou TGP > 40 UI/L ou creatinina > 1 mg/dL, associadas à hipertensão após 20 semanas. Não confundir com os cortes da ACOG.

Qual PA define crise hipertensiva na gestação e quando tratar?	PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 110 mmHg, persistente por 15 minutos. Basta um componente; com sintomas exuberantes, iniciar tratamento imediatamente, sem aguardar esse intervalo.
Quais sintomas sugerem iminência de eclâmpsia?	Cefaleia persistente, escotomas, turvação visual ou fotofobia, epigastralgia ou dor em hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e hiperreflexia. São sinais de gravidade.
A quantidade de proteinúria define sinais de gravidade ou antecipação do parto?	Não. Mesmo proteinúria $\geq$ 10 g/24 h não deve ser o único critério para antecipar o parto. Avaliam-se deterioração clínica, laboratorial e condição fetal.

Síndrome HELLP e eclâmpsia

Qual a tríade diagnóstica da síndrome HELLP pela RBEHG?	Hemólise documentada por pelo menos dois critérios, AST e/ou ALT $>$ 70 UI/L ou $\geq$ 2 vezes o limite superior, e plaquetas $<$ 100.000/mm ³ . Proteinúria não é obrigatória.
Quais critérios documentam hemólise na HELLP pela RBEHG?	Pelo menos dois: DHL $>$ 600 UI/L ou $\geq$ 2 vezes o limite laboratorial; bilirrubina indireta $\geq$ 1 mg/dL; haptoglobina $<$ 25 mg/dL; esquizócitos; Hb $\leq$ 8 g/dL.
Quais achados favorecem PTT em vez de HELLP?	ADAMTS13 muito baixa, transaminases pouco alteradas, febre e sintomas neurológicos proeminentes favorecem PTT. Piora persistente após o parto também exige considerar PTT e síndrome hemolítico-urêmica.
Na HELLP, dor súbita em hipocôndrio direito irradiada ao ombro e choque sugerem o quê?	Rotura de hematoma subcapsular hepático, complicação que pode causar hemorragia interna e abdome agudo.
O que define eclâmpsia e quando pode ocorrer?	Convulsões tônico-clônicas associadas à pré-eclâmpsia, sem outra causa. Podem ser a primeira manifestação, antes, durante ou depois do parto; cerca de 30% ocorrem no puerpério.
Qual a prioridade durante uma crise de eclâmpsia?	Estabilizar a mãe: decúbito lateral esquerdo, proteção contra quedas e aspiração, oxigênio, acesso venoso e magnésio. Não forçar objetos na boca. Avaliar o feto e decidir o parto após estabilização.

Tratamento clínico: anti-hipertensivos e sulfato de magnésio

Quais os esquemas de primeira linha para controlar a crise hipertensiva?	Hidralazina 5 mg IV ou nifedipino de liberação rápida 10 mg oral; repetir a cada 20 minutos, máximo 30 mg de cada. Nunca nifedipino sublingual. Associar magnésio na pré-eclâmpsia.
Quando indicar sulfato de magnésio e por quanto tempo mantê-lo?	Iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, HELLP, crise hipertensiva ou pré-eclâmpsia com deterioração clínica/laboratorial. Manter até 24 horas após parto ou última crise, o que ocorrer por último. Não é anti-hipertensivo.
Como administrar sulfato de magnésio pelo esquema de Zuspan?	Ataque: 4 g IV em 15 a 20 minutos. Manutenção: 1 g/h IV em bomba, podendo chegar a 2 g/h.
Como é o esquema de Pritchard e quando é preferido?	Ataque: 4 g IV mais 10 g IM, 5 g em cada nádega. Manutenção: 5 g IM a cada quatro horas. Preferido para transporte.
Como monitorar o magnésio e tratar sua intoxicação?	Reflexo patelar presente, FR ≥ 16 irpm e diurese ≥ 25 mL/h. Hiporreflexia é o primeiro sinal tóxico. Na intoxicação, suspender magnésio e administrar gluconato de cálcio 10%, 1 g IV lento.
Como ajustar o magnésio na lesão renal aguda ou creatinina $\geq 1,2$ mg/dL?	Manter a dose de ataque e reduzir a manutenção pela metade. A eliminação é renal, com maior risco de intoxicação.

Momento e via do parto, e puerpério

Quando resolver a gestação na pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade?	A partir de 37 semanas. Antes disso, adotar conduta expectante com controle pressórico, exames semanais e vigilância fetal, enquanto mãe e feto permanecerem estáveis.
Com sinais de gravidade entre 34 e 37 semanas, como RBEHG e ACOG diferem?	A RBEHG admite vigilância hospitalar até 37 semanas se mãe e feto estiverem bem, sem deterioração. A ACOG recomenda parto a partir de 34 semanas após estabilização.
Quais situações exigem resolução da gestação independentemente da idade gestacional?	Após estabilização: HELLP, eclâmpsia, iminência refratária, DPP, hipertensão refratária a três drogas, edema pulmonar, comprometimento cardíaco, piora laboratorial progressiva, insuficiência renal, hematoma ou rotura hepática e vitalidade fetal alterada.

Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade obriga cesárea?	Não. A via segue critérios obstétricos; parto vaginal é desejável quando possível. Deterioração com colo desfavorável ou vitalidade fetal alterada pode justificar cesárea. A indução pode ocorrer durante o magnésio.
Qual uterotônico evitar na hemorragia pós-parto da mulher hipertensa?	Metilergometrina e outros derivados do ergot, pelo risco de vasoconstrição e crise hipertensiva. Ocitocina e misoprostol podem ser utilizados.
Que riscos futuros devem ser explicados após uma gestação com pré-eclâmpsia?	Maior risco de doença cardiovascular, renal e metabólica, além de recorrência em nova gestação. É necessário acompanhamento após o puerpério.

Prevenção e rastreamento da pré-eclâmpsia

Quais fatores de alto risco indicam prevenção pela RBEHG, mesmo isoladamente?	Pré-eclâmpsia anterior, gestação múltipla, IMC > 30, hipertensão crônica, diabetes tipo 1 ou 2, doença renal, lúpus ou síndrome antifosfolípide e reprodução assistida.
Sem fator de alto risco, quando indicar AAS para prevenção?	Com dois fatores moderados: nuliparidade, história familiar em mãe/irmã, idade ≥ 35 anos, desfecho gestacional adverso prévio ou intervalo entre gestações > 10 anos.
Qual o esquema de AAS para prevenção da pré-eclâmpsia pela RBEHG?	100 mg à noite, a partir de 12 semanas, idealmente antes de 16, podendo iniciar até 20. Manter até 36 semanas; suspender se pré-eclâmpsia for confirmada.
O cálcio ainda é recomendado para prevenir pré-eclâmpsia?	Desde março de 2026, RBEHG/FEBRASGO não o recomendam para essa finalidade. A suplementação universal permanece prevista na NT 251/2024 do SUS; outras indicações nutricionais devem ser avaliadas separadamente.
O que compõe o rastreamento combinado de primeiro trimestre e quando realizá-lo?	Entre 11 e 14 semanas: dados maternos, pressão arterial média, Doppler das artérias uterinas e PlGF. Prediz melhor a forma precoce; risco > 1:100 indica prevenção pelo modelo FIGO/FMF.
Qual orientação de atividade física ajuda a prevenir pré-eclâmpsia?	Atividade moderada por pelo menos 140 minutos semanais, sem contraindicação. Repouso, restrição de sal, vitaminas C, D e E, ômega-3, ácido fólico e enoxaparina não reduzem o risco.



Gostou? Continue no app

Simulados, caderno de erros e flashcards com repetição espaçada para todas as áreas da medicina.

evomedensino.com.br/baixar