





Manejo farmacológico das síndromes hipertensivas da gestação: análise de protocolos assistenciais em um pronto-socorro obstétrico

Victoria Karolline Silva Rodrigues^{1, #} , Nádia Giarreta Biase¹ ,
Maria Fernanda Siqueira Lancuna¹ , Adriana Pereira Duarte¹ 

¹Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Recebido: 1 de Março de 2026; Aceito: 25 de Maio de 2026

Resumo. As síndromes hipertensivas da gestação constituem a principal causa de morte materna direta no Brasil, respondendo por cerca de 25% dos óbitos. Este estudo analisa o perfil epidemiológico e o manejo farmacológico das SHG no pronto-socorro obstétrico de um hospital universitário do Triângulo Mineiro em Minas Gerais. Trata-se de estudo observacional retrospectivo, descritivo e quantitativo, com análise de 180 prontuários de gestantes e puérperas atendidas entre janeiro e junho de 2024. Hipertensão gestacional foi identificada em 27 casos (15,0%) e pré-eclâmpsia em 20 casos (11,1%), totalizando 26,1% da amostra com alguma forma de SHG. Medicamentos foram prescritos a 54 pacientes (30,0%), com predomínio da anlodipina (13,9%), seguida por metildopa (12,2%), hidralazina (8,9%), sulfato de magnésio (6,7%) e nifedipina (5,6%). Foram identificadas prescrições de fármacos formalmente contraindicados na gestação, inibidores da ECA e bloqueadores do receptor de angiotensina, em 11 pacientes (6,1%), configurando lacuna assistencial relevante. A adesão dos profissionais de saúde aos protocolos clínicos associou-se significativamente a melhores desfechos maternos ($p = 0,006$) e neonatais ($p < 0,001$). Os achados reforçam a necessidade de qualificação dos registros e de revisão sistemática das prescrições nas emergências obstétricas do SUS.

Palavras-chave: hipertensão gestacional; pré-eclâmpsia; anti-hipertensivos; sulfato de magnésio; protocolos clínicos.

Pharmacological management of hypertensive disorders of pregnancy: analysis of care protocols in an obstetric emergency department

Abstract. Hypertensive disorders of pregnancy (HDP) are the leading direct cause of maternal death in Brazil, accounting for approximately 25% of fatalities. This study analyzes the epidemiological profile and pharmacological management of HDP in the obstetric emergency department of a university hospital in the Triângulo Mineiro region, Minas Gerais. This is a retrospective, observational, descriptive, and quantitative study based on the analysis of 180 medical records of pregnant and postpartum women treated between January and June 2024. Gestational hypertension was identified in 27 cases (15.0%) and preeclampsia in 20 cases (11.1%), with 26.1% of the sample presenting some form of HDP. Medications were prescribed to 54 patients (30.0%), predominantly amlodipine (13.9%), followed by methyldopa (12.2%), hydralazine (8.9%), magnesium sulfate (6.7%), and nifedipine (5.6%). Prescriptions of formally contraindicated drugs in pregnancy, ACE inhibitors and angiotensin receptor blockers, were identified in 11 patients (6.1%), representing a relevant care gap. Healthcare professional adherence to clinical protocols was significantly associated with better maternal ($p = 0.006$) and neonatal ($p < 0.001$) outcomes. Findings reinforce the need for improved clinical documentation and systematic prescription review in obstetric emergency settings within Brazil's public health system.

Keywords: gestational hypertension; pre-eclampsia; antihypertensive agents; magnesium sulfate; clinical protocols.

[#]Autor de correspondência. E-mail: victoriakrsr@ufu.br.

1. Introdução

As síndromes hipertensivas da gestação (SHG) representam um dos maiores desafios obstétricos globais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os distúrbios hipertensivos da gravidez constituem causa expressiva de morbidade grave, incapacidade de longo prazo e mortalidade materna e perinatal em todo o mundo¹. A pré-eclâmpsia, forma mais grave desse espectro, afeta entre 1,2% e 4,2% das gestações mundialmente, sendo responsável por 10% a 15% das mortes maternas diretas^{1,2}. Em países de baixa e média renda, essa proporção pode ultrapassar 25%, refletindo as iniquidades no acesso a cuidados obstétricos qualificados^{2,3}.

No contexto brasileiro, as SHG ocupam posição ainda mais preocupante, com a pré-eclâmpsia figurando como principal causa de morte materna no país, realidade que permanece acima das metas internacionais de redução da mortalidade materna estabelecidas pela Agenda 2030^{2,4}.

Do ponto de vista farmacológico, as SHG demandam condutas distintas conforme a gravidade do quadro. Para o controle da hipertensão leve a moderada, a metildopa, a nifedipina de liberação lenta e a anlodipina figuram entre as opções disponíveis nos protocolos nacionais, cada uma com indicações e perfis de segurança específicos^{5,6}. Para emergências hipertensivas agudas (PA sistólica \geq 160 mmHg e/ou diastólica \geq 110 mmHg), a hidralazina endovenosa e a nifedipina de ação rápida são as principais opções no SUS, dado que o labetalol oral, amplamente recomendado em diretrizes internacionais, não está comercialmente disponível no país^{7,8}. O sulfato de magnésio (MgSO₄) é a droga de eleição para profilaxia e tratamento da eclâmpsia, com eficácia superior a todos os anticonvulsivantes comparados⁹.

Um aspecto crítico, frequentemente subnotificado na literatura nacional, é a presença de prescrições de fármacos formalmente contraindicados na gestação, em especial IECAs e BRAs, associados a teratogenicidade, fetotoxicidade e risco aumentado de restrição de crescimento intrauterino e oligoâmnio^{5,7}. A identificação e a quantificação desses eventos em serviços de urgência obstétrica são fundamentais para orientar estratégias de qualificação assistencial⁵.

A padronização das condutas farmacológicas em protocolos assistenciais tem sido amplamente associada à redução da morbimortalidade materna, e iniciativas nacionais como a Rede Cegonha e a Rede Alyne reforçam essa agenda de qualificação assistencial^{7,10,11}. O presente estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico e farmacológico das SHG em um serviço de urgência obstétrica, confrontando as práticas identificadas com as recomendações das principais diretrizes nacionais e internacionais vigentes.

2. Métodos

Trata-se de estudo observacional retrospectivo, descritivo e quantitativo, com análise de prontuários de gestantes e puérperas com complicações obstétricas atendidas no

pronto-socorro obstétrico (PSO) de um hospital universitário do Triângulo Mineiro em Minas Gerais, entre 1º de janeiro e 30 de junho de 2024. O hospital é referência de média e alta complexidade para a região, com atendimento emergencial obstétrico disponível 24 h.

A amostra foi calculada com base na população de 337 pacientes com intercorrências gestacionais identificada pelo departamento de estatística do serviço, adotando-se precisão amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%, conforme metodologia de Fonseca e Martins¹², resultando em n = 180 participantes. Os critérios de inclusão foram presença de complicação obstétrica registrada em prontuário, prontuário completo e idade \geq 18 anos.

A coleta de dados foi conduzida por uma única pesquisadora (V.K.S.R.), entre novembro de 2024 e janeiro de 2025, por meio de formulário padronizado desenvolvido para o estudo. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em julho de 2024 e a coleta teve início somente após aprovação, em novembro do mesmo ano. Durante esse intervalo de aproximadamente quatro meses, a pesquisadora dedicou-se ao estudo aprofundado dos protocolos institucionais e das diretrizes nacionais vigentes, bem como à familiarização sistemática com o instrumento de coleta. Foram realizadas sessões de calibragem com a orientadora (A.P.D.) para verificação da consistência e da reprodutibilidade dos critérios de classificação adotados, previamente ao início efetivo da coleta.

O formulário contemplou as seguintes variáveis sociodemográficas: idade (em anos completos), peso (kg) e altura (m), obtidos do registro de admissão ou da última consulta pré-natal documentada no prontuário. As complicações obstétricas foram registradas conforme diagnóstico médico constante no prontuário, abrangendo hipertensão arterial gestacional (HAG), definida como pressão arterial \geq 140/90 mmHg após a 20ª semana sem proteinúria significativa; pré-eclâmpsia, definida como HAG associada a proteinúria \geq 300 mg/24 h ou relação proteína/creatinina \geq 0,3, ou presença de critérios de gravidade na ausência de proteinúria, conforme Protocolo RBEHG (2025)², além de diabetes mellitus gestacional, infecções do trato urinário, hemorragia durante a gestação, gravidez ectópica, aborto retido, aborto espontâneo e hipertensão arterial sistêmica (HAS) pré-existente (diagnóstico prévio à gestação). Os medicamentos prescritos durante o atendimento foram registrados em banco de dados dicotômico (Sim/Não) para cada um dos 11 fármacos avaliados, com base na prescrição médica documentada no prontuário.

O grau de adesão dos profissionais de saúde ao protocolo institucional foi avaliado para cada atendimento e categorizado em: sim (conduta plenamente compatível com o protocolo), não (conduta divergente), parcial (parte das recomendações seguidas) e sem informação (registro insuficiente para avaliação). O protocolo institucional de referência para a classificação foi equivalente ao Protocolo RBEHG vigente em 2024, complementado pelas diretrizes do Ministério da Saúde (2022) e da FEBRASGO (2024)^{2,4,5}.

A análise estatística foi realizada no software R, com frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas

e medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas. Associações entre variáveis categóricas e os desfechos materno e neonatal foram avaliadas pelos testes qui-quadrado e exato de Fisher ($\alpha = 0,05$). A normalidade das variáveis quantitativas foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk^{13,14}.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE: 82535424.0.0000.5152), com dispensa de TCLE em razão do caráter retrospectivo e anonimizado dos dados, em conformidade com a Resolução CNS n. 466/2012.

3. Resultados

Foram analisados 180 prontuários. A média de idade das pacientes foi de 28,3 anos (DP \pm 5,97), com variação de 18 a 45 anos, e perfil predominantemente jovem: 58,3% das pacientes tinham menos de 28,8 anos. O peso médio foi de 82,1 kg (DP \pm 18,4), com maior concentração entre 74,7 e 84,6 kg (26,7% da amostra), e 17,8% com peso superior a 94,5 kg. A altura média foi de 1,62 m (DP \pm 0,05), com baixa variabilidade (CV = 3,09%).

A HAS pré-existente foi a condição mais prevalente na amostra (n = 44; 24,4%), seguida pelo diabetes mellitus gestacional (n = 36; 20,0%). As SHG de início na gestação ocuparam posição de destaque; a HAG correspondeu a 15,0% (n = 27) e a pré-eclâmpsia a 11,1% (n = 20), totalizando 47 pacientes (26,1%) com alguma forma de SHG de início na gestação. A distribuição completa das complicações é apresentada na Tabela 1.

Entre as 27 pacientes com HAG, 88,9% receberam alta hospitalar sem complicação, 3,7% apresentaram complicação menor e 7,4% tiveram internação prolongada (> 7 dias). No grupo com pré-eclâmpsia (n = 20), 70,0% evoluíram com alta sem complicação, 25,0% com complicação menor e 5,0% com internação prolongada. A proporção de complicações menores foi expressivamente maior no subgrupo com pré-eclâmpsia (25,0% vs. 3,7%), refletindo o caráter multissistêmico dessa síndrome.

A associação entre desfecho materno e HAG não foi estatisticamente significativa (p = 0,453; V = 0,107), tampouco para pré-eclâmpsia (p = 0,170; V = 0,149). A HAS pré-existente apresentou associação limítrofe com desfecho materno adverso (p = 0,049; V = 0,204), sinalizando que a cronicidade da doença hipertensiva pode agravar o risco obstétrico. Os desfechos estratificados por diagnóstico hipertensivo estão sintetizados na Tabela 2.

Tabela 1 - Frequência das principais complicações obstétricas, n = 180. PSO/HU, Triângulo Mineiro (MG), 2024.

Complicação obstétrica	n	%
HAS pré-existente	44	24,4
Diabetes mellitus gestacional	36	20,0
Hipertensão arterial gestacional	27	15,0
Infecções do trato urinário	22	12,2
Hemorragia durante a gestação	21	11,7
Pré-eclâmpsia	20	11,1
Gravidez ectópica	16	8,9
Aborto retido	11	6,1
Aborto espontâneo	7	3,9

Nota: uma mesma paciente pode apresentar mais de uma complicação, de modo que a soma das proporções pode ultrapassar 100%. HAS = hipertensão arterial sistêmica (diagnóstico prévio à gestação).

Dos 180 prontuários analisados, 54 pacientes (30,0%) receberam ao menos um medicamento do elenco avaliado durante o atendimento. Os medicamentos foram sistematicamente registrados em banco de dados dicotômico (prescrição: Sim/Não) para 11 classes farmacológicas. A distribuição completa das prescrições é apresentada na Tabela 3.

Merece destaque a identificação de prescrições de fármacos formalmente contraindicados na gestação em 11 pacientes (6,1%): captopril em 8 casos (4,4%), enalapril em 3 casos (1,7%) e losartana em 2 casos (1,1%). Do total de 11 pacientes com uso de contraindicados, 5 receberam captopril sem coprescrição de anlodipina, sugerindo uso como agente único. Duas dessas pacientes também receberam sulfato de magnésio.

O sulfato de magnésio foi prescrito a 12 pacientes (6,7%), configurando o subgrupo com maior complexidade clínica. Dentre essas pacientes, 8 (66,7%) receberam também anlodipina e hidralazina, e 6 (50,0%) receberam nifedipina, padrão compatível com pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia com necessidade de controle pressórico agressivo simultâneo à profilaxia anticonvulsivante. Nenhuma paciente do grupo sulfato de magnésio recebeu metildopa. Dois pacientes desse subgrupo (16,7%) receberam captopril. A distribuição das coprescrições no subgrupo com sulfato de magnésio está apresentada na Tabela 4.

Considerando o conjunto das 180 pacientes atendidas no período, independentemente do tipo de complicação

Tabela 2 - Desfechos maternos segundo diagnóstico hipertensivo. PSO/HU, Triângulo Mineiro (MG), 2024.

Desfecho materno	HAS pré-existente (n = 44)	HAG (n = 27)	Pré-eclâmpsia (n = 20)
Alta s/ complicação	84,1%	88,9%	70,0%
Complicação menor	9,1%	3,7%	25,0%
Internação prolongada (> 7 dias)	6,8%	7,4%	5,0%
Fisher p-valor	0,049*	0,453	0,170

HAS = hipertensão arterial sistêmica; HAG = hipertensão arterial gestacional. *Associação limítrofe (p < 0,05).

Tabela 3 - Frequência de prescrição dos medicamentos avaliados, n = 180. PSO/HU, Triângulo Mineiro (MG), 2024.

Medicamento	N	%	Situação na gestação
Anlodipina	25	13,9	Uso permitido*
Metildopa	22	12,2	1ª linha
Hidralazina	16	8,9	Permitida (urgência)
Sulfato de magnésio	12	6,7	Indicado (eclâmpsia)
Nifedipina	10	5,6	Permitida
Captopril	8	4,4	Contraindicado
Terbutalina	5	2,8	Uso restrito (tocolítico)
Enalapril	3	1,7	Contraindicado
Losartana	2	1,1	Contraindicado
Furosemida	1	0,6	Uso cauteloso
Metoprolol	1	0,6	Uso restrito

*Anlodipina: uso permitido na gestação como segunda linha; dados de segurança fetal limitados em comparação à metildopa. Metoprolol: preferível a atenolol e propranolol quando betabloqueador é necessário (arritmia ou cardiopatia isquêmica).

Tabela 4 - Coprescrições nos pacientes que receberam sulfato de magnésio, n = 12. PSO/HU, Triângulo Mineiro (MG), 2024.

Comedicamento	N	%
Anlodipina	8	66,7
Hidralazina	8	66,7
Nifedipina	6	50,0
Terbutalina	4	33,3
Captopril Δ	2	16,7
Enalapril Δ	1	8,3
Losartana Δ	1	8,3
Metildopa	0	0,0
Metoprolol	0	0,0
Furosemida	0	0,0

Δ = fármaco contraindicado na gestação (IECA/BRA). Percentuais calculados sobre as 12 pacientes do subgrupo.

obstétrica, a adesão dos profissionais de saúde ao protocolo institucional associou-se de maneira estatisticamente significativa a melhores desfechos maternos ($p = 0,006$) e neonatais ($p < 0,001$). Foram também identificadas lacunas nos registros clínicos, especialmente quanto à categoria “sem informação”, que limitaram a classificação precisa da adesão em parte dos prontuários.

4. Discussão

O achado mais relevante e inesperado deste estudo foi a identificação de prescrições de fármacos formalmente contraindicados na gestação em 6,1% da amostra, IECAs (captopril e enalapril) e BRA (losartana), incluindo dois casos em que tais fármacos foram coprescritos com sulfato de magnésio, sinalizando que a urgência clínica pode ter contribuído para falhas na reconciliação medicamentosa. Esses fármacos inibem o sistema renina-angiotensina-aldosterona com potencial fetotóxico comprovado: uso no

segundo e terceiro trimestres associa-se à síndrome da fetotoxicidade por IECAs, caracterizada por oligoâmnio, hipoplasia pulmonar fetal, contraturas de membros, anúria neonatal e óbito perinatal⁵. O Ministério da Saúde, a FEBRASGO e o Protocolo RBEHG (2025) são unânimes na contraindicação absoluta desses fármacos na gravidez^{2,4-5}. A predominância do captopril entre os contraindicados sugere manutenção de tratamento pré-existente de HAS sem adequada revisão farmacológica na admissão obstétrica, cenário que justifica a implementação de protocolos explícitos de substituição terapêutica e reconciliação medicamentosa como etapa obrigatória no fluxo de triagem¹⁰.

As SHG responderam por 26,1% das complicações, com prevalência compatível com serviços de urgência obstétrica de referência regional^{2,15}. No Brasil, a pré-eclâmpsia é a principal causa de morte materna, contribuindo com aproximadamente um quarto dos óbitos maternos, e a razão de a mortalidade materna permanecer acima da meta de 30/100.000 estabelecida pela Agenda 2030^{2,4}. O predomínio da HAS pré-existente (24,4%) e do diabetes mellitus gestacional (20,0%) sobre as SHG de início na gestação reflete o perfil de risco da população atendida, peso médio de 82,1 kg e 17,8% das pacientes acima de 94,5 kg, dado que a obesidade é fator de risco reconhecido para ambas as condições².

Contrariamente à hierarquia dos protocolos nacionais, a anlodipina foi o anti-hipertensivo mais prescrito (13,9%), superando a metildopa (12,2%). Esse achado é compreensível no contexto de 44 pacientes com HAS pré-existente documentada: a manutenção de fármaco já em uso antes da gestação é conduta reconhecida como aceitável pelas diretrizes europeia e americana quando a paciente está estável e monitorada^{5,8}. Ainda assim, os dados de segurança fetal da anlodipina são mais limitados que os da metildopa, cuja segurança está documentada por seguimento de até 7,5 anos em crianças expostas, sem evidência de efeitos adversos significativos⁵⁻⁶.

A hidralazina foi o principal agente de urgência hipertensiva (8,9%), com alta coprescrição com anlodipina e

sulfato de magnésio, confirmando uso preferencial nos quadros mais graves⁷⁻⁸. Embora estudos recentes sinalizem risco aumentado de hipotensão materna comparado à nifedipina oral¹⁶, a hidralazina IV permanece como opção de primeira linha no SUS quando o acesso venoso já está estabelecido. O sulfato de magnésio foi empregado nos casos mais graves, em consonância com as diretrizes que indicam seu uso em todos os casos com sinais de gravidade^{2,9}, achado respaldado pelo Magpie Trial, que demonstrou redução de 58% no risco de eclâmpsia com seu uso⁹. A ausência de metildopa no subgrupo do sulfato de magnésio é clinicamente coerente, pois esse fármaco de ação lenta não é indicado em emergências agudas².

A associação entre adesão dos profissionais ao protocolo e melhores desfechos materno-neonatais ($p = 0,006$ e $p < 0,001$) é consistente com a literatura, que aponta a padronização assistencial como fator protetor crítico em obstetrícia de urgência¹⁰⁻¹¹. Iniciativas como a Rede Cegonha e a Rede Alyne reconhecem que a redução da mortalidade materna depende tanto da disponibilidade de protocolos quanto da adesão efetiva dos profissionais a eles^{4,17}. A implementação de checklists farmacológicos de admissão com verificação obrigatória de IECAs e BRAs e a institucionalização de indicadores de processo como o tempo-porta-anti-hipertensivo e o tempo-porta-MgSO₄ são medidas prioritárias para qualificar a assistência².

Entre as principais limitações estão (1) delineamento retrospectivo com dependência da qualidade dos registros; (2) impossibilidade de distinguir prescrições realizadas *de novo* durante o atendimento daquelas referentes à continuidade de tratamento pré-existente, o que pode influenciar a interpretação do uso de anlodipina e IECAs; (3) ausência de dados sobre doses, horários e duração das prescrições; (4) número insuficiente de eventos de internação prolongada ($n = 9$) para análise multivariada com poder estatístico adequado, e (5) caráter unicêntrico, limitando a generalização dos resultados.

5. Conclusão

No PSO desse hospital universitário do Triângulo Mineiro, as SHG corresponderam a 26,1% das complicações obstétricas, com perfil farmacológico parcialmente alinhado às diretrizes nacionais. O achado de maior relevância clínica foi a prescrição de IECAs e BRA, formalmente contraindicados na gestação, em 6,1% da amostra, evidenciando lacuna assistencial com potencial impacto sobre a segurança fetal. A adesão dos profissionais de saúde aos protocolos institucionais foi o principal determinante de melhores desfechos materno-neonatais, reforçando a necessidade de implementação de reconciliação medicamentosa na admissão obstétrica e de indicadores de processo para monitoramento contínuo da qualidade do cuidado.

Agradecimentos

Ao Programa de Iniciação Científica (PIC) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospita-

lares (EBSERH) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio institucional à pesquisa.

Referências

1. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO; 2011. Atualizado em 2023.
2. Peraçoli JC, Costa ML, Cavalli RC, de Oliveira LG, Korkes HA, Ramos JGL, et al. Pré-eclâmpsia - Protocolo 2025. Botucatu: Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG); 2025.
3. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;170(1):1-7. doi <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.05.005>
4. Brasil, Ministério da Saúde. Recomendações para o manejo da hipertensão arterial na gestação na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
5. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Pré-eclâmpsia: condutas atualizadas. São Paulo: FEBRASGO; 2024.
6. Magee LA, von Dadelszen P. Management of hypertension in pregnancy. *BMJ.* 2015;351:h4213. doi <https://doi.org/10.1136/bmj.h4213>
7. Telessaúde RS-UFRGS. Doenças hipertensivas na gestação: telecondutas. Porto Alegre: UFRGS; 2023. Disponível em <https://www.ufrgs.br/telessauders>.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e237. doi <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
9. Magpie Trial Collaboration Group. Do women with preeclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2002;359(9321):1877-90. doi [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08490-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08490-1)
10. Oladapo OT, Adetoro OO, Fawole B, Mugerwa K, Perdoná G, Tunçalp Ö, et al. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience. *BJOG.* 2018;125(8):918-22. doi <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15237>
11. Main EK, Goffman D, Scavone BM, Low LK, Bingham D, Fontaine PL, et al. National Partnership for Maternal Safety: consensus bundle on obstetric hemorrhage. *Anesth Analg.* 2015;121(1):142-8. doi <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000738>
12. Fonseca JS, Martins GA. Curso de estatística. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2006.
13. Siegel S, Castellan NJ. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2006.
14. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 6th ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2014.
15. Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
16. Molvi SN, Mir S, Rana VS, Jabeen F, Malik AR. Role of antihypertensive therapy in mild to moderate pregnancy-induced hypertension: a prospective randomized study comparing labetalol with alpha methyl dopa. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;285(6):1553-8. doi <https://doi.org/10.1007/s00404-011-2180-x>

17. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 5.350, de 10 de dezembro de 2024. Institui a Rede Alyne no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2024.



Hipertensão. Sociedade Brasileira de Hipertensão- ISSN: 1809-4260 – under a license Creative Commons - Version 4.0

UMA MISSÃO,
UM PARCEIRO:

Aprimorar o controle & adesão para um cuidado melhor com o paciente

Apresentamos AS ONE by Servier, uma iniciativa global que une nossos produtos e serviços personalizados em um único portfólio para ajudar a melhorar o controle e a adesão dos pacientes agora e no futuro.^{1,2A}

DOENÇA VENOSA CRÔNICA

HIPERTENSÃO

DEPRESSÃO

ANSIEDADE

AS ONE

by **SERVIER** 

DIABETES

ANGINA

1. Campano E. et al. Impact of SEvierPatient Solution: "Sempre Cuidando" program and digital Solution "Elfie" on Adherence among hypertensive patients – the ENGAGE real-world study – Poster apresentado no II Congresso Internacional SOBREXP 2024, 18 a 20 de setembro de 2024. Disponível em file:///C:/Users/ER22_BRI/Downloads/20240814_Servier_Engage_Poster_SOBREXP%202024_V0.1.pdf

2. BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial–2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, p. 516–658, 2021.

A- Um programa completo de educação e engajamento para ajudar seus pacientes no tratamento, com programas de suporte ao paciente, parcerias para melhorar da adesão e programas de conscientização. Com isso, há uma melhora na adesão ao tratamento, por meio da educação em saúde e da facilitação de acesso ao medicamento, evitando desfechos negativos, sendo o único promovido pela Servier do Brasil. Comprovado pelo ESTUDO ENGAGE. Imagem ilustrativa

Material destinado a profissionais de saúde habilitados a prescrever e/ou dispensar medicamentos. M-NO-BR-202505-00081. MAIO/2025