OBSTETRÍCIA

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311102

A importância da intervenção alimentar na diabetes *mellitus* gestacional

Marina Hübner Freitas dos Santos Silva Machado[1],
Aryane Ferraz Cardoso Pacheco[1]
[1]Universidade Iguaçu

Introdução: A diabete *mellitus* gestacional (DMG) é caracterizada pela hiperglicemia diagnosticada na gravidez que pode ou não permanecer após o parto, resultando em diversas complicações para a mãe e o feto, como macrossomia e morte fetal. O desenvolvimento da DMG está associado à elevação de hormônios contrarreguladores da insulina, como os hormônios lactogênico placentário, cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina, gerados pelo estresse fisiológico que ocorre no organismo durante a gravidez e por fatores genéticos e ambientais. Com base no diagnóstico de DMG, o manejo nutricional é considerado intervenção primária para o gerenciamento da glicemia, pois essa alteração representa uma situação de alto risco gestacional e possui alta conexão com a alimentação. **Objetivo:** Relatar sobre a DMG e analisar como o manejo nutricional adequado pode interferir nesse cenário, contribuindo para a manutenção da saúde da mulher durante a gestação. **Métodos:** Revisão sistemática retrospectiva da literatura, usando os principais bancos de dados *on-line*. Foram investigadas diferentes publicações sobre alimentação e DMG. **Resultados e conclusão:** Diante de um diagnóstico de DMG, deve-se iniciar a terapia nutricional direcionada para o bom controle da glicemia. A dieta deve priorizar a distribuição harmônica dos macronutrientes, que devem estar divididos da seguinte forma: carboidratos — 45–65% do valor energético total, proteínas — 15–20% e lipídeos — 20–35%. A necessidade de vitaminas, minerais e fibras é semelhante ao recomendado para gestantes não acometidas pela patologia. O valor calórico total deve ser bem distribuído ao longo do dia, de modo que 15% esteja no café da manhã, 10% na colação, 30% no almoço, 10% no lanche da tarde, 25% no jantar e 10% na ceia. A contagem de carboidratos é muito importante no tratamento da DMG e a dieta deve ser provida de frutas, vegetais, grãos integrais e legumes. O magnésio é fundamental no manejo da dieta dessas gestantes, pois está envolvido no metabolismo de glicídios, sendo, portanto, importante para a regulação da secreção e ação da insulina. A vitamina D e o cálcio podem otimizar o metabolismo da glicose, enquanto o zinco participa da síntese e degradação dos macronutrientes, o que pode ser ratificado em alguns estudos que atestam a suas participações no controle glicêmico. Por fim, vitaminas como a A, E e ácido fólico são fundamentais no desenvolvimento e crescimento fetais. Dessa forma, para um desfecho satisfatório da condição, é de grande importância o acompanhamento nutricional com ênfase no controle da glicemia sanguínea, pois a alimentação adequada é essencial tanto para a manutenção da saúde materna quanto para a formação e o desenvolvimento do feto.

Palavras-chave: *diabetes mellitus gestacional; hiperglicemia; alimentação.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311103

A importância do diagnóstico diferencial diante da proteinúria na gestação: um relato de caso de síndrome nefrótica

Catharina Maria Facciolli Blum[1], Ellen Tieko Tsugami Dalla Costa[1],
Paula Faria Campos[1], Lorena da Silva Rosa[1],
Carolina Genaro Pultrin[1], Enzio Galvão Diniz Torreão Braz[1]
[1]Hospital Materno Infantil de Brasília

Introdução: A síndrome nefrótica (SN) é classicamente definida por proteinúria severa, hipoalbuminemia, hiperlipidemia e edema. Na gestação ocorre o aumento fisiológico da taxa de filtração glomerular e da proteinúria, que é considerada anormal quando ultrapassa 0,3 g/dia. Embora dados sobre a prevalência da SN na gestação sejam escassos, é comum a associação entre pré-eclâmpsia (PE) e proteinúria nefrótica. Diante de quadros clínicos de proteinúria, edema e hipertensão, é desafiador fazer o diagnóstico diferencial entre PE isolada, SN nefrogênica e SN com PE sobreposta. O diagnóstico preciso e tempestivo é fundamental, pois o manejo e o prognóstico materno-fetal são distintos. **Relato de caso:** W.C.S., 23 anos, primigesta, 21 semanas e 5 dias, previamente hígida, deu entrada na maternidade com queixa de edema de membros inferiores (MMII) há um mês, evoluindo com anasarca e pico hipertensivo há um semana. Exame físico: estado geral regular, hipocorada e com discreto edema palpebral. Abdome globoso, gravídico, com sinais de ascite. Edema de MMII 4+/4+, simétrico. Pressão arterial de 130×88 mmHg. Exames laboratoriais mostraram: hipoalbuminemia severa (1,4 g/dL), proteinúria nefrótica (relação proteína/creatinina urinária =11,4) e hipertrigliceridemia (577 mg/dL). Durante a internação, a paciente foi acompanhada pela nefrologia e foram investigadas causas da SN. Foi excluído inicialmente lúpus eritematoso sistêmico pela ausência de critérios diagnósticos. Hepatites B e C foram excluídas, por sorologia, assim como malformações nos rins e vias urinárias, por ecografia. O tratamento proposto foi prednisona 1 mg/kg/dia, anticoagulação profilática com enoxaparina, furosemida e medidas de suporte clínico. A paciente teve evolução clínica favorável, apresentando normotensão e ausência de disfunção renal, de modo que se optou por não realizar a biópsia renal e manter a abordagem conservadora. Durante o acompanhamento ambulatorial, com 29 semanas, detectou-se crescimento intrauterino restrito estágio 1 pelo protocolo de Barcelona. Foi realizado controle ecográfico semanal e foi indicada a interrupção da gestação com 37 semanas. O parto cesáreo ocorreu sem intercorrências, e paciente e recém-nascido receberam alta hospitalar em boas condições. **Conclusão:** Este relato contribui para reforçar a importância do tratamento individualizado e do acompanhamento multidisciplinar, resultando em um bom desfecho materno-fetal. Dada a precocidade da detecção das alterações clínicas e laboratoriais, sem etiologia definida, optou-se por corticoterapia, com controle e mitigação da patologia materna. Não há evidências na literatura sobre vantagens da realização de biópsia renal em todos os casos. Sangramento e hematoma renal são possíveis complicações, devendo-se avaliar os riscos e benefícios desse procedimento. Por fim, é de suma importância monitorizar o crescimento fetal, bem como alterações na dopplerfluxometria, a fim de indicar a interrupção da gestação no momento mais oportuno.

Palavras-chave: *proteinúria; síndrome nefrótica; gestação.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311104

A malária durante a gravidez

Davi Rogienfisz Mendes[1], Raíssa Maria Duarte Moreira[1],
Ana Luiza Vargas Espadim[1]
[1]Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos

Introdução: A malária é uma doença febril infectoparasitária causada pelo protozoário do gênero Plasmodium. Sabe-se, atualmente, que em regiões em que a malária é endêmica, a sua infecção em mulheres grávidas tende a ser a principal causa de mortalidade materna e anemia, além de ser responsável por outras complicações da gravidez, tais como aborto espontâneo, nascimento prematuro, baixo peso da criança ao nascer e mortalidade neonatal. **Objetivo:** Este trabalho objetiva revisar os dados e informações disponíveis sobre a infecção por malária na gravidez e compreender seus principais efeitos. **Métodos:** Para a realização deste artigo, foram utilizadas as bases de dados PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e UpToDate, utilizando os descritores "malária" e "pregnancy". Foram selecionados artigos nas línguas inglesa e portuguesa. **Resultados e conclusão:** Em primeiro lugar, cabe ressaltar que as manifestações da malária em mulheres grávidas e seu feto estão intrinsecamente relacionadas com a endemicidade dessa doença na região. Observou-se, nesse sentido, que mulheres que moram em regiões com maior risco de transmissão tendem a apresentar a forma assintomática da doença, contudo apresentam maiores riscos de desenvolver anemia e, consequentemente, dar à luz de crianças com baixo peso. Já naquelas que moram em regiões com baixo risco de transmissão ou que viajaram recentemente para regiões endêmicas, a infecção tende a se apresentar de forma sintomática e mais grave. Ademais, notou-se que a placenta é um lugar ideal para a multiplicação do parasita causador da malária, sendo possível a presença dele nessa região mesmo com a sua ausência na circulação periférica. Tal fato foi contemplado em um estudo com 415 pacientes na Tanzânia, no qual, com base em uma análise histológica, demonstrou-se a presença do Plasmodium na placenta, com ausência de parasitemia em 46% dos casos. Além disso, estudos indicam que 60% das mulheres grávidas com malária apresentam anemia. Nesse contexto, o risco aumentado da anemia, somado a alterações na circulação, é fator relacionado com a deficiência de nutrientes para o feto, o que acaba contribuindo para o

baixo peso ao nascimento e a mortalidade infantil, tanto por prematuridade quanto por retardo no crescimento intrauterino. Por fim, estudos indicaram que, quando comparadas às mulheres não grávidas, as grávidas tendem a ter a forma mais grave da doença, incluindo um maior risco de hipoglicemia e complicações respiratórias como edema pulmonar. Dessa forma, conclui-se que a gravidez torna as mulheres mais suscetíveis à infecção por malária, o que torna a exacerbação dos sintomas e complicações mais comum.

Palavras-chave: *malária; gravidez; infecção.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311105

A relação entre aborto e as complicações gestacionais associadas às malformações uterinas maternas

Nathan Bardini Anhê[1], Maria Cecília Gonçalves Martins[1], Marina Trevizan Guerra[1]
[1]Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Introdução: As malformações uterinas congênitas são anormalidades causadas por fusão embriológica defeituosa ou falhas na recanalização dos ductos mullerianos na formação da cavidade uterina normal. Tais anormalidades podem ser associadas com desfechos gestacionais desfavoráveis na vida adulta. A interrupção da gravidez antes do período entre a 20ª e a 22ª semana gestacionais ou com peso fetal inferior a 500 g caracteriza-se como abortamento. Conforme a legislação brasileira, o aborto induzido é considerado crime, exceto quando a gravidez representa risco de vida para a gestante, estupro e feto anencéfalo. Por conta da falta de respaldo legal para o aborto, muitas mulheres procuram serviços clandestinos, em geral, sem a infraestrutura necessária para a operação e sem um profissional capacitado, o que culmina em resultados desfavoráveis, como malformações uterinas iatrogênicas e até morte. **Objetivo:** Determinar qual o impacto das malformações uterinas maternas no que tange às complicações gestacionais e ao aborto. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com o uso os descritores "congenital abnormalities", "abortion" e "uterus" na base de dados PubMed. Do total de 59 artigos encontrados, referentes aos últimos cinco anos, apenas 18 adequaram-se à proposta deste trabalho (critérios de exclusão: fuga do tema e repetições em periódicos). **Resultados e conclusão:** Entre os artigos selecionados, as malformações que mais sobressaíram foram: útero em T, útero bicorno, útero em chifre, síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich, útero septado e malformações arteriovenosas (MAV). Tais patologias, muitas vezes tardiamente diagnosticadas por falta da realização de exames de imagem, levaram a abortos sem causa definida principalmente durante o segundo semestre de gravidez. Em comparação com uma mulher de útero normal, foram encontrados índices até 37% maiores de aborto espontâneo, 8,9% a mais de gravidezes ectópicas, 41,8% a mais de cesáreas e 7,3% a mais de perdas recorrentes na gestação do que em pessoas com útero anatomicamente normal. As MAV podem ser causadas por dois tipos principais de etiologias, uma iatrogênica e outra durante o desenvolvimento intrauterino desses vasos, e podem causar, na idade adulta, prejuízos ao tecido uterino e até abortamentos tardios. Em relação ao útero septado, a taxa de abortamento apresentou-se 42% maior em relação às mulheres com cavidade uterina normal. Estudos apontaram, ainda, que o diagnóstico precoce seguido de tratamento adequado culminou na redução dos desfechos desfavoráveis, como abortamento e parto prematuro. Os achados mostraram que as anormalidades congênitas, como útero unicórnio, útero em T e malformações arteriovenosas (congênitas ou adquiridas) tiveram maiores índices de abortos e complicações gestacionais, mesmo em casos de reprodução assistida.

Palavras-chave: *gravidez de alto risco; doenças uterinas; anormalidades congênitas.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311106

Abordagem multidisciplinar do acretismo placentário com colocação de duplo J e embolização pré-cesárea/histerectomia

Talissa Lima Tavares[1], Luciana Dalva Moutinho de Moura[1], Carolina Loyola Prest Ferrugini[1], Cleverson Gomes do Carmo Junior[1]
[1]Universidade Federal do Espírito Santo

Introdução: A placenta acreta (AP) é uma condição patológica de placentação grave associada a parto prematuro e alto risco de hemorragia obstétrica maciça intraparto que afeta a saúde materna em todo o mundo. Na última década, estudos mostraram que o crescimento dos casos da AP é atribuído ao aumento da prevalência de parto cesáreo, e o diagnóstico pré-natal demonstrou diminuir a morbidade materna, tornando-se essencial para melhorar o manejo. Contudo, o envolvimento vesical e/ou de vasos pélvicos pode ocorrer, embora seja raro, resultando em mortalidade materna e fetal expressiva. **Relato de caso:** Paciente com 31 anos, G5 P5C A0, sem comorbidades, iniciou pré-natal de risco em função de quatro cesáreas prévias e, durante acompanhamento, foi diagnosticada com placenta prévia. Com 30,5 semanas, apresentou quadro de sangramento vaginal com duração inferior a 24 horas, sem outros sintomas associados, e compareceu ao pront-socorro do Hospital Universitário, onde foi internada. Evidenciaram-se por meio de ressonância magnética e ultrassonografia placenta prévia total, acretismo placentário e suspeita de vasa prévia. Durante a internação realizaram-se dois ciclos de betametasona, e com 34,1 semanas foi indicada a interrupção por cesariana após o planejamento do manejo com uma equipe multidisciplinar. Previamente à cirurgia, um cateter duplo J foi inserido pelo urologista e logo em seguida a equipe de hemodinâmica inseriu um cateter em artérias uterinas para embolização, sem intercorrências. Procedeu-se à histerectomia total, na qual se visualizou acretismo placentário sem evidência de invasão a órgãos adjacentes, e a aderência em útero e bexigas foram desfeitas sem necessidade de embolização das artérias uterinas. **Conclusão:** A forte associação com cesárea e curetagem prévias ocorre pela formação de uma cicatriz que propicia a inserção inadequada da placenta. Feito o diagnóstico de acretismo placentário e possível invasão da bexiga, a conduta aplicada será a histerectomia total abdominal. É de extrema importância uma equipe multidisciplinar composta de obstetra, cirurgião vascular intervencionista, urologista e transfusionista nesses casos. As complicações incluem sangramento excessivo, coagulação intravascular disseminada, secção ou transfixação de um dos ureteres, sendo necessário segura hemostasia e drenagem da cavidade abdominal e, em alguns casos, passagem profilática de um *stent* ureteral duplo J. Em resumo, a fisiopatologia do espectro da placenta acreta é complexa. O diagnóstico pode ser feito no transoperatório, por ressonância magnética ou ecografia, e o tratamento vai depender do grau de acretismo. Neste caso de desfecho de sucesso, a abordagem pré-operatória multidisciplinar foi fundamental para prevenir lesões de órgãos adjacentes e sangramento descontrolado intraoperatório, impactando significativamente a morbimortalidade materna.

Palavras-chave: *placenta acreta; monitorização hemodinâmica; hemorragia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311107

Acretismo placentário com invasão extensa de estruturas adjacentes: um relato de caso

Berta Vaz Andrade de Faria Pereira[1], Júlia Raquel Silva do Ó[2], Deon Vinicius Moreira Pimentel[1], Daniela Textor[1], Fabiana Chaveiro Gomes[1], Marina Araújo e Rocha[1]
[1]Hospital Materno Infantil em Goiânia
[2]Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Introdução: O acretismo placentário (AP) é definido pela inserção anormal da placenta, à qual o vilo placentário adere profundamente, atingindo o miométrio e até órgãos adjacentes. Uma complicação importante é a hemorragia maciça pós-parto, mas ele pode cursar com ruptura uterina anteparto, falência de múltiplos órgãos e histerectomia total (HT) de emergência, evoluindo com até 10% de mortalidade materna. **Relato de caso:** I.M.B.S., 34 anos, G4P2CA1, foi encaminhada ao Hospital Materno Infantil em Goiânia (HMI) com hipótese diagnóstica de placenta prévia (PP) e AP, em uso de sintomáticos e hidratação venosa (HV) de manutenção. Gestação de feto único, idade gestacional de 36 semanas e 6 dias, com queixa de hematúria há dois dias confirmada no exame de sedimentos anormais da urina. Na ultrassonmografia (USG) de vias urinárias com *doppler*, foi identificada placenta anterior, com aumento de fluxo próximo à bexiga. Ao exame físico, estava em bom estado geral, hipocorada 1+/4, hidratada, com batimentos fetais cardíacos de 146 bpm, dinâmica uterina ausente, tônus uterino normal e movimento

fetal presente. No hemograma, apresentou hemoglobina (Hb) de 9,5 g/dL e, na USG transvaginal com *doppler*, perda do plano de clivagem entre placenta e parede uterina, hipervascularização em colo uterino e *doppler* de artéria umbilical em parede vesical. Agendaram-se cesariana e realização de hemoconcentrado (CH) para o dia seguinte. No parto, extraiu-se de recém-nascido vivo com Apgar 9/10 e identificou-se placenta com sinais de invasão extensa de parede posterior da bexiga, parede abdominal, colo, porção superior de vagina e peritônio. Com auxílio do cirurgião geral, realizou-se dissecção cautelosa, livramento das paredes, HT com placenta *in situ* e fechamento da bexiga em dois planos. A paciente evoluiu com sangramento importante e instabilidade hemodinâmica corrigida com drogas vasoativas e politransfusão de hemoderivados. Foi encaminhada para a unidade de terapia intensiva (UTI) com Hb 4,3, hematócrito 12,4% e plaquetas 71.000, apresentando melhora após nova transfusão de hemoderivados, cristaloides e vitamina K. No 3º dia pós-operatório (PO), evoluiu com leve edema de subcutâneo nas adjacências da ferida operatória associado a coleções flegmosas em superfícies percicatriciais e iniciou ceftriaxone por 10 dias. Recebeu alta da UTI no 5º dia PO, com prescrição de ácido fólico, complexo B e enoxaparina em dose profilática. No 10º dia PO, a paciente, assintomática, recebeu alta médica com sonda vesical de demora (SVD), profilaxia com amoxicilina-clavulanato por sete dias e enoxaparina 40 mg subcutânea por 10 dias. Retornou ao ambulatório no 17º dia PO, com retirada de pontos de sutura e SVD e micção espontânea após uma hora. **Conclusão:** Curetagens uterinas, miomectomias, PP e cesarianas anteriores são fatores de risco para AP, e I.M.B.S. apresentava PP e duas cesárias anteriores. É de extrema importância que o diagnóstico seja feito no pré-natal para a programação cirúrgica adequada e a diminuição da mortalidade por complicações, sendo a USG com *doppler* o principal método diagnóstico e a HT abdominal o principal tratamento.

Palavras-chave: *doenças placentárias; placenta acreta; placenta prévia; gravidez de alto risco.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311108

Adenoma hipofisário não funcionante na gravidez

Suelem Pereira da Cruz[1], Samia Insaurriaga Jundi[1], Gildo da Cruz Lopes[1], Luciano Antonio Marcolino[1], Mônica Gomes de Almeida[1]
[1]Hospital Universitário Antônio Pedro

Introdução: O adenoma hipofisário não funcionante é um tumor benigno, geralmente de crescimento lento, sem evidência de hipersecreção hormonal. Apesar de incomum, esse tipo de lesão pode surgir durante a gestação. Em geral é assintomático. Quando presentes, as manifestações clínicas mais comuns estão relacionadas ao efeito de massa causado pelo tumor, como alterações visuais e cefaleia. **Relato de caso:** Primigesta de 27 anos, com 30 semanas de gestação, foi encaminhada ao hospital terciário por redução da acuidade visual e cefaleia retro-orbitária iniciadas durante a gestação. Ressonância nuclear magnética de crânio revelou formação expansiva lobulada na sela túrcica, medindo 29x30x19 mm. A lesão tinha extensão suprabasilar, rechaçando o quiasma óptico e tocando a carótida intracraniana esquerda, compatível com macroadenoma hipofisário e possível sangramento. A função hipofisária era normal, e a hipótese diagnóstica era de adenoma hipofisário não secretor. A avaliação fetal revelou peso abaixo do esperado para a idade gestacional, sem outras alterações. Iniciou-se corticoterapia para a maturação pulmonar fetal. Com 31 semanas de gestação, foi realizada neurocirurgia transesfenoidal para a ressecção do tumor. A paciente foi medicada com hidrocortisona durante a indução anestésica e por 24 horas após a cirurgia, para evitar a insuficiência das glândulas suprarrenais. A cirurgia evoluiu sem intercorrências. No pós-operatório, a paciente desenvolveu diabetes insípido, que foi tratado com desmopressina por dois dias. A paciente apresentou melhora significativa da acuidade visual e da cefaleia, recebeu alta hospitalar e seguiu em acompanhamento no pré-natal e ambulatório de neuroendocrinologia. O parto ocorreu com 38 semanas e 6 dias por cesariana, sob indicação obstétrica (apresentação pélvica), com nascimento de bebê pesando 2830 g, Apgar 8 e 9 (primeiro e quinto minuto, respectivamente), sem alterações aparentes. Puerpério fisiológico. **Conclusão:** O tratamento de primeira linha do adenoma hipofisário não funcionante sintomático, mesmo durante a gestação, é a ressecção cirúrgica. Algumas fontes sugerem tratamento conservador, com interrupção da gestação pré-termo e abordagem posterior. Porém há risco de evolução para apoplexia hipofisária e comprometimento da gestação. Além disso, sem abordagem precoce, é possível que o tumor cresça e gere lesões irreversíveis nas estruturas adjacentes, resultando em sequelas e redução da qualidade de vida da paciente. Por outro lado, a cirurgia durante a gestação também está associada a risco de resultados perinatais adversos. A complicação cirúrgica mais comum é o diabetes insípido transitório. Raramente outras complicações como hidrocefalia, meningite, deficiências hormonais e morte podem ocorrer. No caso apresentado, o tratamento foi instituído assim que o diagnóstico foi feito, pelo grave comprometimento materno. Não houve complicações graves, com bons resultados para o binômio mãe-feto.

Palavras-chave: *adenoma, hipófise, gravidez*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311109

Alterações cardíacas decorrentes de estenose mitral reumática na gestação: relato de caso

Amanda Cristina dos Santos[1], Arieli Carini Michels[1], Samantha Cristiane Lopes[1], Luiz Eduardo Mendes Zanis[1], Caroline de Oliveira Fischer Bacca[1]
[1]Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Introdução: As cardiopatias são as maiores causas de morte materna indireta no ciclo gravídico- puerperal, com incidência de 4,2% das gestações em todo país. Entre as cardiomiopatias, a estenose da valva mitral (EM) destaca-se pela maior incidência e está relacionada com febre reumática nos países subdesenvolvidos. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 41 anos (G4 P0 A2 C2), branca, obesa, puérpera há três dias, procura atendimento em razão de desconforto respiratório. A paciente foi acompanhada no pré-natal de alto risco por conta de hipertensão arterial crônica e por possuir histórico de acidente vascular encefálico isquêmico um ano antes. Da nona semana de gestação em diante, iniciou Metildopa 500 mg duas vezes ao dia, manutenção do AAS 100 mg uma vez ao dia e suspensão das outras medicações. A cesárea de emergência foi realizada com idade gestacional de 35 semanas, em razão da evolução de um quadro de pré-eclâmpsia sobreposta, sem intercorrências, e o recém-nascido nasceu vigoroso e sem complicações. Na admissão, a paciente encontrava-se dispneica e cianótica. Ao exame físico: saturação de 79%, pressão sistólica de 200 mmHg, pressão diastólica de 120 mmHg e ausculta pulmonar que evidenciava roncos com estertores em terço médio bilateral. A paciente evoluiu com quadro de parada cardiorrespiratória, com reversão após 10 minutos de massagem, desfibrilação e adrenalina endovenosa. Foi realizada a intubação orotraqueal. Tomografia computadorizada de tórax: consolidações extensas. Exames laboratoriais: leucócitos 26.640, proteína C reativa 118,9 mg/L e lactato 2,7 mmol/L. A paciente foi encaminhada e isolada na unidade de tratamento intensivo (UTI) em consequência da evolução para um quadro de síndrome do desconforto respiratório agudo grave e suspeita de COVID-19. Foi iniciada a antibioticoterapia empírica para infecção de foco pulmonar com Amoxicilina-Clavulanato, Azitromicina e Oseltamivir. Com a suspeita de quadro hipervolêmico pudesse ser por causa cardíaca, solicitou-se ecocardiograma transtorácico, que apresentou alterações sugestivas de EM reumática, com volume do átrio esquerdo de 53,4 ml/m^2, gradiente médio átrio esquerdo/ventrículo esquerdo de 19,0 mmHg, área valvar mitral estimada pela planimetria de 0,97 cm^2 e pressão arterial pulmonar estimada em 65 mmHg. Caracterizou-se assim uma cardiomiopatia reumática com envolvimento mitroaórtico, sobrecarga de átrio esquerdo, esclerose valvar aórtica com regurgitação leve, dupla disfunção mitral com estenose severa e regurgitação tricúspide com moderada hipertensão pulmonar. Retirou-se a paciente do isolamento por reação em cadeia da polimerase (PCR)/SARS-CoV-2 negativo. Após oito dias de internação na UTI, a paciente recebe alta e aguarda cirurgia para troca de valva mitral. **Conclusão:** A descompensação de EM reumática pode ocorrer pelas modificações fisiológicas da gestação, como aumento do débito cardíaco e diminuição da resistência vascular periférica. O diagnóstico precoce e o adequado manejo são importantes para o desfecho clínico favorável.

Palavras-chave: *estenose mitral; febre reumática; gestação.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311110

Análise da evolução das síndromes gripais na pandemia de COVID-19

Renato Augusto Moreira de Sá[1], Mariane Dias Barbeitas[2], Paulo Roberto Silva Marinho[2], Beatriz Ribeiro Torres Dutra[2], Rodrigo Souza[2], Fernanda Campos da Silva[2]
[1]Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz
[2]Perinatal, Rede D'Or São Luiz

Introdução: Até o final da semana epidemiológica (SE) 8 de 2021, no dia 27 de fevereiro de 2021, foram confirmados 113.784.735 casos de COVID-19 no mundo. Os Estados Unidos foram o país com o maior número de casos acumulados (28.554.465), seguidos pela Índia (11.096.731), Brasil (10.517.232), Rússia (4.187.166) e Reino Unido (4.182.772). **Objetivo:** Analisar a distribuição dos casos de COVID-19 em gestantes no período de um ano de pandemia. **Métodos:** Foram selecionadas todas as gestantes atendidas na emergência de duas maternidades localizadas na zona sul e na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, que apresentaram diagnóstico compatível com síndrome gripal (CID J11) ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG) (CID U04.9) em um período de um ano, de março de 2020 a março de 2021. Todas foram submetidas a coleta de amostra de nasofaringe para pesquisa de reação em cadeia da polimerase (PCR) para SARS-CoV-2. O período foi dividido em semanas para a análise da distribuição, considerando-se como semana 1 a primeira de março de 2020 e como semana 57 a última de março de 2021. **Resultados:** Foram recrutadas 640 fichas de atendimento de gestantes com síndrome gripal e/ou SRAG. Testaram positivo para COVID-19 42% (n=262 gestantes). Foram observados dois picos de casos de síndromes gripais correspondentes aos casos de COVID-19 entre as semanas 7 e 11 e entre as semanas 37 a 45. A primeira onda teve maior número de casos confirmados de COVID-19 em gestantes do que a segunda para um número semelhante de casos identificados com os CIDs J11 e U04.9. **Conclusão:** As duas ondas de COVID-19 na cidade do Rio de Janeiro apresentaram correspondência temporal com os casos de síndrome gripal em gestantes. A segunda onda correspondeu a um menor número de casos positivos para COVID-19 em gestantes, quando comparada à primeira. Esses resultados correspondem a achados preliminares do estudo "Rede de pesquisa em SARS-CoV-2/ COVID-19 na assistência perinatal".

Palavras-chave: *infecções por coronavírus; síndrome respiratória aguda grave; resfriado comum; complicações infecciosas na gravidez.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311111

Análise das taxas de cesárea em uma maternidade pública do Rio de Janeiro

Luiz Eduardo Raposo Vieira de Melo[1], Luciana de Paiva Amaral[1], Fernanda Campos da Silva[1]
[1]Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Introdução: As taxas de cesárea têm-se mostrado altas e em padrão crescente ao redor do mundo. Sabe-se que esse procedimento, quando não é bem indicado, pode gerar diversas complicações para a mãe e o neonato, as quais são menos associadas ao parto vaginal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) concluiu que a classificação de Robson contribuiria para identificar casos mais problemáticos e definir melhor a real necessidade de cesáreas. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo analisar as taxas de cesárea em uma maternidade pública do Rio de Janeiro por meio da classificação de Robson. **Métodos:** O estudo realizado foi observacional, transversal e com coleta de dados de forma retrospectiva. Foram consultados os prontuários das parturientes internadas na maternidade para a aquisição das cinco parâmetros necessários à divisão nos 10 grupos de Robson. Foram calculadas as taxas e contribuições absolutas e relativas por grupo e foram interpretados os dados da maneira como propôs Robson. **Resultados e conclusão:** Coletaram-se dados de 379 puérperas, das quais 153 realizaram cesáreas e 226 parto vaginal. A taxa global de cesárea foi de 40,36%. Os grupos de maior contribuição relativa foram o 5 com 35,94%, seguido do 2 com 15,03% e do 1 com 13,72%. Os grupos 1, 2, 3, 7 e 10 tiveram suas taxas relativas de cesárea acima do esperado segundo o monitoramento proposto por Robson. O grupo 9 teve a taxa exatamente como a esperada. Os grupos 4, 5, 6 e 8 tiveram taxas relativas consoantes com o recomendado. Associa-se, portanto, sua contribuição com o tipo de população assistida pelo serviço, já que são recebidas muitas mulheres com cicatriz uterina por cesárea prévia (grupo 5). Apesar de apresentar taxa de cesárea menor que a nacional e em queda quando comparada aos nossos dados de 2016, a maternidade ainda apresenta um valor distante do preconizado pela OMS. Os principais grupos alvo para nos aproximar o valor do recomendado são os grupos 1, 2 e 3, que, apesar de serem considerados de baixo risco para desfecho em cesárea, ainda mantêm taxas relativas elevadas.

Palavras-chave: *classificação de Robson; parto cesáreo; parto normal.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311112

Análise do comportamento longitudinal dos níveis séricos de citocinas angiogênicas e antiangiogênicas em gestantes com lúpus eritematoso sistêmico

Nilson Ramires de Jesus[1], Guilherme Ribeiro Ramires de Jesus[1], Marcela Ignacchiti Lacerda Avila[1], Flávia Cunha dos Santos[1], Evandro Mendes Klumb[1]
[1]Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Introdução: O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica autoimune cuja fisiopatologia envolve mecanismos imunológicos acompanhados da formação de autoanticorpos, alguns dos quais patogênicos. Acomete principalmente mulheres jovens e a uma gestação nesse grupo não é infrequente. A pré-eclâmpsia (PE) é uma doença placentária desencadeada nas primeiras semanas do segundo trimestre da gravidez por uma placentação anormal. Esse distúrbio do desenvolvimento placentário conduz a um desequilíbrio na produção e liberação na circulação materna de diversos fatores, entre eles citocinas angiogênicas (PlGF) e antiangiogênicas (sFlt-1), que desencadeiam inflamação e disfunção endotelial. Níveis elevados de sFlt-1 e baixos de PlGF foram observados nas pacientes com PE antes mesmo do aparecimento clínico da doença. A PE e o LES apresentam, isoladamente, importante morbimortalidade para o binômio materno-fetal, que pode ser ainda maior se essas doenças estiverem associadas. Portanto, é importante identificar precocemente, no grupo de gestantes com LES, as que vão desenvolver PE. A análise das citocinas PlGF e sFlt-1 pode auxiliar no diagnóstico precoce da PE, entretanto os estudos sobre comportamento dos níveis séricos dessas citocinas durante as gestações de pacientes com LES são escassos. **Objetivo:** Realizar análise do comportamento longitudinal das curvas dos níveis séricos dessas citocinas no decurso das gestações de pacientes com LES e identificar se a variável PE influencia no comportamento longitudinal dessas curvas. **Pacientes e métodos:** A população em estudo incluiu todas as gestantes com LES acompanhadas no pré-natal de doenças autoimunes. Amostras de soro foram colhidas ao longo da gravidez nos intervalos de idades gestacionais 16–18, 24–26, 30–32, 34–36 e 38–40 semanas e congeladas a -20º centígrados. A coorte foi dividida em dois grupos, estratificados pela presença ou não de PE. Para investigar a evolução dos níveis séricos de sFlt-1 e PlGF e da razão sFlt-1/PlGF durante as cinco visitas que ocorreram durante a gestação dos dois grupos, foram utilizados modelos mistos de regressão. **Resultados:** A evolução clínica da doença no decurso da gestação das 76 pacientes com LES foi considerada como em remissão em 67,1% dos casos, em atividade em 22,4% e como superposição de PE em 10,5% dos casos. As pacientes que desenvolveram PE apresentaram curvas dos níveis séricos de sFlt-1 e dos valores da razão sFlt-1/PlGF mais elevadas e dos níveis séricos de PlGF mais baixas. Essas curvas longitudinais, analisadas pelo modelo misto de regressão, sugerem padrões significativamente diferentes para os grupos com e sem PE. **Conclusão:** Apesar do pequeno número de casos de PE, os resultados sugerem que existem diferenças significativas entre as curvas longitudinais dos níveis séricos de sFlt-1 e PlGF das pacientes com LES que desenvolvem ou não PE. A titulagem dessas citocinas poderá ser útil no rastreio de PE nas gestantes com LES.

Palavras-chave: *lúpus eritematoso sistêmico; pré-eclâmpsia; PlGF e sFlt-1.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311113

Anemia falciforme e complicações gestacionais

Lorena da Silva Rosa[1], Ellen Tieko Tsugami Dalla Costa[1], Paula Faria Campos[1], Kelma Luana Abreu de Siqueira[1], Catharina Maria Facciolli Blum[1], Carolina Genaro Pultrin[1]
[1]Hospital Materno Infantil de Brasília

Introdução: Gestantes com diagnóstico de anemia falciforme têm risco aumentado de complicações obstétricas e fetais. A morbidade materna é elevada, com maior chance de eventos tromboembólicos, síndrome torácica aguda, pielonefrite, pneumonia, septicemia, disfunções renais, desordens hipertensivas gestacionais, alterações fetais, entre outras intercorrências. Na consulta inicial, tendo em vista a alta prevalência de disfunções de órgãos-alvo, é fundamental investigar, entre outros aspectos, o histórico das crises álgicas, o número de hospitalizações, a existência de outras morbidades e os antecedentes obstétricos. Essa avaliação deve ser global e inclui, normalmente, confirmação do diagnóstico de anemia falciforme com eletroforese de hemoglobina, exames para análise das funções renais, hepáticas, pulmonares e cardiovasculares — podendo a hipertensão decorrer de nefropatia e ser fator de risco para acidente vascular cerebral (AVC) e pré-eclâmpsia. Sem o devido acompanhamento, 11% dos pacientes com anemia falciforme terão AVC aos 20 anos e 25% aos 40 anos. **Relato de caso:** Gestante, 18 anos, primigesta, 26 semanas e 3 dias, com diagnóstico de anemia falciforme desde a infância, histórico de politransfusão e múltiplas internações por síndrome torácica aguda, má adesão às orientações, uso irregular de hidroxiureia previamente à gestação e não comparecimento às consultas com hematologista, procurou a emergência obstétrica com crise álgica falcêmica. Durante a internação, apresentou picos pressóricos e congestão pulmonar. Feto apresentava restrição de crescimento, estágio 2 pelo protocolo de Barcelona, e comunicação interventricular perimembranosa tipo via de entrada, que acabou evoluindo para óbito após 19 dias de internação. A gestante apresentou picos hipertensivos refratários à medicação anti-hipertensiva no decorrer da indução do parto. Tornou-se torporosa, desorientada em tempo e espaço, hipoativa, sudoreica, taquipneica e hipertensa. Optou-se por interrupção via alta em razão da descompensação clínica, com encaminhamento à unidade de terapia intenstiva materna. Constatou-se em tomografia de crânio, acidente vascular cerebral hemorrágico com efeito de massa. Não foi recomendada pela neurocirurgia a abordagem cirúrgica pela alta probabilidade de desfecho maligno. Sugeriu-se iniciar protocolo para morte encefálica (ME). Concluiu-se o protocolo e foi constatada ME após 48 horas. **Conclusão:** Depreende-se do exposto que a realização de consulta pré-concepcional e o aconselhamento genético para as pacientes com diagnóstico de anemia falciforme são de imperiosa importância, assim como um pré-natal diferenciado e iniciado o mais cedo possível, a fim de se monitorarem eventuais dificuldades e riscos clínicos materno-fetais. Tendo em vista os altos índices de complicações, a gestante deve ter ciência da gravidade em potencial de ser portadora da doença e estar atenta às recomendações médicas. Os profissionais de saúde devem estar preparados para adotar condutas adequadas, que podem evitar desfechos ruins.

Palavras-chave: *gestação; anemia falciforme; complicações obstétricas.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311114

Anemia fetal grave secundária a hemorragia feto-materna

Marilin Sens[1], Otto Henrique May Feuerschuette[1]
[1]Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

Gestante de 28 anos, G2A1, tipagem sanguínea O Rh +, sem intercorrências no pré-natal. Com 39 semanas procura o atendimento em razão de pródromos de trabalho de parto. Durante atendimento, realizou-se cardiotocografia (CTG) categoria 1, e a paciente foi liberada após exame. Retornou após 5 horas em trabalho de parto, e durante a internação foi realizado CTG com padrão sinusoidal, categoria 3. Perante a hipótese de sofrimento fetal provavelmente associado a anemia fetal, realizou-se cesariana. Recém-nascido do sexo masculino, com 3345 g, índice de Apgar de 6 ao 1º minuto e de 7 ao 5º minuto, no qual foi realizada ventilação com pressão positiva em sala de parto em função de palidez cutaneomucosa e dessaturação. Foi transferido para unidade terapia intensiva neonatal, onde permaneceu internado por quatro dias com anemia grave (hemoglobina ao nascer de 4,8 g/dL). Durane a internação, foi feita uma transfusão sanguínea. Tipagem sanguínea do RN O+, teste de Coombs direto negativo. O estudo de infecções virais (citomegalovírus e parvovírus B19) e o teste de Kleihauer-Betke na mãe foram negativos. A hemorragia feto-materna consiste na transferência de sangue fetal para a circulação materna. A grande maioria é de sangramentos de pequeno volume sem significado hemodinâmico, mas que podem levar à aloimunização. É considerada grave quando há transferência de mais de 30 ml de sangue fetal. Considerada uma situação incomum, ocorre entre 0,02 a 1,7% das gestações e gera suspeita perante um feto com franca diminuição dos movimentos e que apresenta m traçado não reativo, com presença eventual de padrão sinusoidal e desacelerações tardias. O padrão de frequência cardíaca fetal (FCF) sinusoidal está fortemente associado à anemia fetal grave de qualquer causa e pode ser uma das primeiras manifestações de hemorragia feto-materna (HFM) maciça. Em uma revisão sistêmica de 32 casos de anemia fetal grave (hemoglobina fetal ou neonatal 1,9 a 7,2 g/dL [normal >11 g/dL]) associada com HFM, o padrão de FCF foi relatado como sinusoidal em 17 dos 24 casos.

Palavras-chave: *anemia fetal grave; hemorragia feto-materna; cardiotocografia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311115

Anencefalia: um relato de caso

Maister Henrique Lobato de Morais[1], Adriane Brod Manta[1], Marcia Cristina Pereira Maduell[1], Valdir Rosado Martins Junior[1], Aline Fritzen Binsfeld[1], Bruna Schneider dos Santos[1],
[1]Universidade Católica de Pelotas, Hospital Universitário São Francisco de Paula

Introdução: Os defeitos do tubo neural são a segunda causa mais comum de malformações congênitas. Afetam de 0,5 a duas gestações em cada mil, sendo os principais a anencefalia e a mielomeningocele. A anencefalia consiste em falha no fechamento da extremidade anterior do tubo neural e pode ser subdividida em merocrania, quando o crânio e o cérebro anterior são afetados e algumas funções vegetativas são preservadas, e holocrania, quando a falha no fechamento está na parte posterior do cérebro e ossos do crânio. **Relato de caso:** E.M.B., 22 anos, A+, G2Pc1, IG 39s+5d (ultrassonografia [US] em 4 de dezembro de 2018, com 19s+5d) procurou atendimento no serviço de obstetrícia no dia 23 de abril de 2019, apresentando US obstétrica que mostrava sistema nervoso central (SNC) com ausência de calota craniana, configurando quadro de anencefalia. Foi indicado parto cesáreo. O recém-nascido faleceu dois dias após o nascimento. A paciente evoluiu de forma satisfatória, foi inibida a lactação e foi dada a alta dada para acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** A falha no fechamento do tubo neural entre a 3ª e a 4ª semanas (entre o 23º e o 26º dia do embrião) resulta na ausência total ou parcial da calota craniana (crânio e couro cabeludo) e do cérebro. Sendo assim, embora o termo "anencefalia" (do grego *an*, "sem", e *enkephalos*, "encéfalo") seja comumente usado, ele não seria totalmente correto, pois o encéfalo (constituído de cérebro, cerebelo e tronco encefálico) não está completamente ausente, pois tronco encefálico, cerebelo, diencéfalo e partes do telencéfalo estão em geral presentes. É conhecido que condições socioeconômicas, condições ambientais (por exemplo, deficiência de ácido fólico) e influência genética (mutação de metilenotetrahidrofolato redutase; alteração na regulação de microRNA, via *mitogen-activated protein kinase*) são alguns dos fatores que podem levar a esses quadros. Entretanto, a etiologia exata da anencefalia ainda é desconhecida. A maioria dos recém-nascidos anencéfalos morre em dias ou semanas após o parto. Assim como na literatura, não se encontrou fator de etiologia para o concepto anencefálico relatado no caso. Surpreende o fato de que, mesmo com o diagnóstico sendo realizado com 19s+5d e tendo amparo legal, a paciente só procurou o serviço tardiamente.

Palavras-chave: *anencefalia; defeito do tubo neural; aborto legal.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311116

Angioedema hereditário e pré-natal: profilaxia das crises: relato de caso

Júlia Camargos Silva[1], Ana Clara Martins Quirino[1], Isabella Gonçalves Oliveira[1], Juliana Barroso Zimmermmann[2], Marina Méscolin Reis de Paula[1]
[1]Faculdade de Medicina de Barbacena
[2]Universidade Federal de Juiz de Fora

Introdução: Angioedema é um edema localizado, não inflamatório, assimétrico, desfigurante e autolimitado da derme profunda, tecidos subcutâneos ou submucosa, decorrente da vasodilatação e do aumento da permeabilidade vascular. Pacientes com angioedema hereditário (AEH) sofrem episódios recorrentes de edema envolvendo a pele e a submucosa de vários órgãos, sem associação com urticária e prurido. Os autores relatam o caso de uma gestante com AEH tipo III submetida à cesariana, após ser realizada profilaxia prévia com inibidor de C1. **Relato de caso:** Gestante, 33 anos, G1P0A0, história de edema facial, desfigurante, sem urticária ou prurido, recorrente, com início após a adolescência, sem fatores desencadeantes. Negou alívio com corticoides ou anti-histamínicos. A mãe e a prima da paciente têm história clínica semelhante. No primeiro trimestre evoluiu satisfatoriamente, sem crises e com ultrassonografias morfológicas normais até o segundo trimestre. No terceiro trimestre evoluiu com crescimento intrauterino restrito (CIUR) e, com 37 semanas, o feto foi identificado com peso percentil 3 e *doppler* da artéria cerebral média no limite inferior da normalidade, caracterizando CIUR tardio. Realizou-se cesariana, com prescrição do inibidor de C1 (C1-INH) antes da indução anestésica. A cesariana transcorreu sem anormalidades e a paciente recebeu alta após 48 horas de internação com o filho. Os exames identificaram C4 no limite inferior da normalidade, com C3 normal e C1 normal. A paciente, com classificação AEH tipo III, segue em controle e assintomática. **Conclusão:** A grande preocupação do AEH tipo III é que em geral as dosagens de complemento podem estar normais em pacientes assintomáticos, acometendo preferencialmente mulheres e podendo apresentar como gatilho estresse e trauma, o que pode ocorrer no momento do parto. Portanto, a profilaxia com C1-INH por via endovenosa, antes da indução anestésica, pode ser de grande auxílio, evitando crises.

Palavras-chave: *angioedema; gravidez; profilaxia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311117

As principais causas obstétricas diretas de morte materna no período puerperal no Brasil

Bruna Silva de Melo[1], Daniele Socorro de Brito Souza Paiva[2], Amanda Maués Ramos[1], Marcelle Pinho Conceição[2], Victória Moreira Gomes[2]
[1]Universidade Federal do Pará
[2]Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Introdução: A mortalidade materna ainda representa um problema evidente na saúde pública nos países em desenvolvimento, entre os quais se inclui o Brasil. Segundo a Organização Mundial daSaúde, a morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez ou no período de 42 dias após o seu término. As causas de mortalidade materna são divididas em: causas obstétricas diretas, as quais resultam de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério; e causas obstétricas indiretas, que são resultantes de patologias preexistentes à gravidez ou que se desenvolveram durante o período gestacional e foram agravadas pelos seus efeitos fisiológicos. **Objetivo:** Descrever as cinco principais causas obstétricas diretas de morte materna no puerpério. **Métodos:** Esta pesquisa baseou-se no método quantitativo, com uso da análise documental mediante os dados disponibilizados pelo site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a qual foi realizada em duas etapas: na primeira, delimitaram-se as principais causas de mortes maternas, os tipos de causas obstétricas diretas, o período do puerpério (até 42 dias) e os anos (2015–2019); na segunda etapa, observou-se a tabela e descreveram-se os dados identificados. **Resultados:** No período em estudo, o total de mortes maternas por causas obstétricas diretas no período puerperal foi de 3.297, das quais, em primeiro lugar, encontra-se a eclâmpsia, com o total de 444 mortes (13,4%), seguida por hipertensão gestacional com proteinúria significativa, responsável por 421 mortes (12,7%), em terceiro e quarto lugar hemorragia pós-parto, com 407 óbitos (12,4%), e embolia de origem obstétrica, com 290 mortes (8,7%), respectivamente, e infecção puerperal no quinto lugar, responsável por 283 óbitos (8,5%). **Conclusão:** Diante dos dados analisados, concluiu-se que a elevada taxa de mortalidade materna ainda é um desafio para o sistema de saúde brasileiro. Além disso, evidenciou-se que as principais causas são evitáveis por intermédio do fortalecimento da rede de atenção no pré-natal e pela adequada assistência realizada no período puerperal.

Palavras-chave: *mortes maternas; puerpério; DATASUS.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311118

Assistência ao trabalho de parto e parto em mulheres com nacionalidades diferentes (resultados preliminares)

Vitória Ferreira Bueno Fregolão[1], Márcia Maria Auxiliadora de Aquino[1], Corintio Mariani Neto[1], Monique Blande Miranda[1], Maria Clara Artiaga[1], Mariana Guerra Carniel[1]
[1]Hospital Maternidade Leonor Mendes Barros

Introdução: As mulheres indígenas de origem andina, quando vão parir, querem respeitar a dinâmica do seu corpo e dispõem-se verticalmente, de cócoras ou ajoelhadas; elas valorizam o parto vaginal. O aspecto cultural influencia seu comportamento durante a assistência ao trabalho de parto e parto, colaborando e facilitando o andamento dessa assistência. **Objetivo:** Avaliar a assistência ao trabalho de parto e o parto entre mulheres bolivianas e brasileiras dos grupos 1 e 3 de Robson em uma maternidade pública e, assim, inferir sobre a influência da cultura andina em relação a esses processos. **Métodos:** Estudo observacional descritivo, com grupo de comparação (bolivianas e brasileiras), que avaliou por meio de prontuários a assistência ao trabalho de parto e o parto em mulheres internadas em uma maternidade pública. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensado, visto que o estudo ocorreu com base na coleta de dados de prontuários. Número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 39923220.3.0000.0063 . **Resultados e conclusão:** Foram avaliados o total de 310 prontuários, dos quais 86 relativos a mulheres bolivianas (G1) e 224 a mulheres brasileiras (G2). Em relação ao tempo decorrido do último parto, observou-se média de 4,5 anos e 5,7 anos, respectivamente, para G1 e G2. A média da idade gestacional foi de 39,3 semanas e 39,1 semanas, também em relação aos grupos. No grupo das bolivianas ocorreram 76 partos vaginais; no outro, 208. A taxa de cesárea foi de 11,6% e de 7,1%, para G1 e G2, respectivamente. O tempo do trabalho de parto em horas teve média de 1,7 X 2,4 horas para cada grupo. Quanto à presença de acompanhante, ao uso de método não farmacológico para alívio da dor e à realização de episiotomia, os percentuais foram respectivamente (G1) 75, 55,2 e 26,3%. No G2, 87,9, 67,3 e 32,2%. A frequência de rotura perineal foi de 48,2% no G1 e de 65,9% no G2. A média do peso do recém-nascido no G1 foi de 3549 g e de 3228 g no G2; e o Apgar de quinto minuto maior que 7 apresentou prevalência de 98,8% em G1 e 98,2% em G2. Quanto ao contato pele a pele, este ocorreu em 79% do G1 e 84,8% do G2. Com isso, observamos que a duração do trabalho de parto foi menor no grupo das bolivianas, assim como a frequência de realização de episiotomia. No entanto, a taxa de cesárea foi maior do grupo das bolivianas. Conclui-se que é necessário avaliar um maior número de casos, visto que o tamanho amostral calculado no projeto foi de 500.

Palavras-chave: *trabalho de parto; centros de assistência à gravidez e ao parto.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311119

Associação da troca de luvas e complicações da ferida operatória em cesarianas eletivas de gestações de baixo risco

Lucas de Almeida Resende[1], Débora da Costa Borges[1], Brunella Mendonça Chinen[1], Luciano Eliziário Borges Júnior[1], Edward Araujo Júnior[2], Alberto Borges Peixoto[1]
[1]Universidade de Uberaba
[2]Universidade Federal de São Paulo

Objetivo: Avaliar se a troca de luvas está associada à redução de complicações da ferida operatória de cesarianas eletivas em gestações de baixo risco. **Métodos:** Estudo prospectivo e observacional realizado entre julho de 2019 e agosto de 2020, no qual foram selecionadas 169 pacientes submetidas a cesarianas eletivas, divididas em dois grupos: grupo I (n=100), sem troca de luvas, e grupo II (n=94), com luvas trocadas durante a cirurgia. Para a comparação entre as médias, utilizou-se o teste de Mann-Whitney para as variáveis não paramétricas. Para teste de hipóteses e existência de associações entre as variáveis, adotou-se o teste exato de Fisher. Empregou-se regressão logística binária para determinar se o tempo cirúrgico foi previsor para complicações na ferida operatória durante o período puerperal. A curva *receiver operating characteristics* (ROC) foi utilizada para determinar o melhor valor

do tempo cirúrgico para a identificação de complicações na ferida operatória. **Resultados:** Houve efeito significativo sobre o tempo cirúrgico (grupo I: 72,6 *vs.* grupo II: 65,1 min, p=0,006). Não houve associação entre troca de luvas e a presença de complicações da ferida operatória. Das pacientes, 22,5% apresentaram pelo menos uma complicação em até 60 dias após a cesariana, não havendo associação entre a troca de luvas e a presença de comorbidades durante o seguimento pré-natal (p>0,999). O tempo cirúrgico >70 min foi capaz de identificar corretamente 59,1% dos casos de complicações da ferida operatória até 60 dias pós-cesariana, com taxa de falso-positivo de 34% (*area under curve*: 0,627, p=0,0126, intervalo de confiança — IC95% 0,554–0,695). **Conclusão:** Em pacientes de baixo risco submetidas a cesarianas eletivas, a troca de luvas não reduziu a incidência de complicações da ferida operatória. O tempo cirúrgico foi um previsor independente para a presença de complicações da ferida operatória até 60 dias pós-cesariana.

Palavras-chave: *cesariana; gestação baixo risco; troca de luvas; complicações pós-operatórias.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311120

Associação entre ruptura prematura de membranas entre 24 e 33 + seis semanas e uso de antibióticos profiláticos nos desfechos perinatais adversos

Thaísa de Souza Lima[3], Flávia Mariane Pagani[1], Carolina Bianchini Borges[3], Marina de Carvalho Paschoini[3], Edward Araujo Júnior[2], Alberto Borges Peixoto[3]
[1]Universidade de Uberaba
[2]Universidade Federal de São Paulo
[3]Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Objetivo: Avaliar a associação entre uso profilático de antibióticos e rotura prematura de membranas (RPM) e resultados perinatais adversos. **Métodos:** Trata-se de uma coorte retrospectiva de mulheres grávidas com rotura prematura de membranas, que fizeram ou não uso profilático de antibióticos entre 24 e 33 semanas e 6 dias. Para a análise estatística, foram utilizados teste χ^2, teste *t* de Student e regressão logística binária. **Resultados:** Houve efeito significativo do grupo com RPM em uso profilático de antibióticos sobre a medida do índice de líquido amniótico (ILA) (p=0,007), a medida do maior bolsão vertical (MBV) (p=0,049), o tempo de uso de antibiótico (p≤0,001), a proteína C reativa na internação (p≤0,001), o número de leucócitos na internação (p=0,007) e o tempo de internação em unidade terapia intensiva (UTI) neonatal (p=0,047). Observou-se associação significativa entre o grupo com RPM em uso profilático de antibióticos e o uso de surfactante durante o período neonatal (p=0,04). As pacientes que utilizaram antibióticos profiláticos apresentaram maior prevalência de uso de surfactante (20,0 *vs.* 8,7%, p=0,04). **Conclusão:** Não se observou associação entre uso profilático de antibióticos com presença de resultados perinatais adversos em gestantes com RPM entre 24 e 33 semanas e 6 dias.

Palavras-chave: *rotura prematura de membranas; resultados perinatais adversos; antibióticos.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311121

Associação entre síndrome do anticorpo antifosfolípide e infertilidade

Emanuelle Fick Bohm[1], Ernesto de Paula Guedes Neto[2], Stefano Ferreira Moraes[1], Patrícia Setti[1]
[1]Universidade Católica de Pelotas
[2]Hospital Moinhos de Vento

Introdução: A síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF) é uma doença sistêmica, autoimune, caracterizada por eventos tromboembólicos, abortos recorrentes de feto morfologicamente normal, desde que excluídas as causas anatômicas, hormonais e cromossômicas (após ou na 10ª semana) e a presença de anticorpos antifosfolípides (AFLS). A SAF pode ocorrer de forma isolada ou em associação com outras doenças autoimunes. Estudos mostram que a soropositividade dos AFLS, mesmo em casos nos quais a SAF não é diagnosticada, pode comprometer a continuidade da gravidez. Contudo, essa mesma certeza não existe quando se tenta atrelar a SAF à infertilidade. **Objetivo:** revisar na bibliografia a associação entre SAF e infertilidade feminina. **Métodos:** Foi realizada uma revisão na bibliografia disponível em artigos publicados nos últimos 10 anos (2010–2020) na base de dados do PubMed, com os termos do Medical Subject Headings (MeSH) "infertility" e "antiphospholipid antibodies". Foram encontrados 25 artigos, dos quais 11 foram excluídos por não estarem adequados ao tema. Os 14 trabalhos restantes foram incluídos, entre estudos metanalíticos e revisões na língua inglesa. **Resultados e conclusão:** Tem-se tentado associar a presença de AFLS à infertilidade. Cerca de 10% dos casais inférteis têm infertilidade inexplicada, e doenças autoimunes como lúpus e SAF são responsáveis por parte desses casos. Os critérios para a classificação de SAF incluem a presença de pelo menos um critério clínico e um critério laboratorial — este último a detecção de AFLS-anticoagulante lúpico (LA) e/ou anticorpo anticardiolipina (aCL) ou anticorpo antiβ2- glicoproteína I (antiβ2-GPI) no soro/plasma em duas ou mais ocasiões, separadas por pelo menos 12 semanas. Um dos artigos selecionados, que compilava 31 trabalhos, confirmou a associação entre aCL e infertilidade em 45% deles; 31% confirmaram a associação de infertilidade com LA, e três dos quatro estudos (75%) que envolviam o antiβ2-GPI mostraram associação entre esse APL e infertilidade. Outros estudos sugerem ainda que AFLS estejam associados à insuficiência ovariana precoce e à reserva ovariana diminuída, responsável por distúrbios de fertilidade. Além disso, a presença de AFLS influi na placentação, ligando-se ao trofoblasto e diminuindo sua capacidade de invasão, associado a efeitos pro-inflamatórios e recrutamento de neutrófilos, o que contribui para a insuficiência placentária que se apresenta como infertilidade (LA e aCL têm sido implicados nos efeitos protrombóticos da SAF). Sendo assim, a presença de AFLS parece ser mais comum em mulheres inférteis em relação ao grupo controle, porém, por elas serem mais frequentemente testadas, há interferência no significado clínico desse achado. Logo, os estudos acerca do assunto são inconclusivos, já que os testes são direcionados a mulheres com clínica sugestiva. Assim, tal relação segue nos campos hipotéticos, ao contrário do aborto e da trombose, que já têm explicações concretas sobre a influência dos AFLS nesses eventos.

Palavras-chave: *SAF; anticorpos; infertilidade.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311122

Atualizações na conduta do câncer de mama associado à gestação

Artur Bruno Silva Gomes[1], Ivan Nascimento de Oliveira[2], Maria Karoline Gomes[3], Karolina Ramalho[4], Vanessa Pizzino de Lucca Pizzino[4], Elizabeth Bacha[1]
[1]Centro Universitário Tiradentes
[2]Faculdade Cesmac do Sertão
[3]Centro Universitário Cesmac
[4]Universidade Anhembi Morumbi

Introdução: Câncer de mama associado à gravidez (CMAG) é o diagnóstico que ocorre durante a gravidez ou no intervalo de um ano pós-parto. Os fatores de risco ainda não são bem compreendidos, pois parece haver aumento transitório do risco após o parto, que pode ser agravado pelo adiamento da gestação e a história familiar de câncer. Na terapêutica procede-se à quimioterapia do segundo mês de gravidez em diante, e as grávidas podem ser submetidas à cirurgia, mas radioterapia, terapia hormonal e anticorpos monoclonais são contraindicados. **Objetivo:** Atualizar as informações sobre a conduta no CMAG. **Metodologia:** Revisão de literatura integrativa, realizada nas bases PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), que utilizou como estratégia de busca: "pregnancy" e "breast cancer", combinados pelo operador AND. Como critério de inclusão, selecionaram-se estudos com versão de cinco anos e sem restrição linguística, enquanto os critérios de exclusão foram artigos que não haviam sido feitos em humanos, duplicatas e relatos de caso. As pesquisas retornaram 436 resultados. Após a interpretação do títulos e resumos, chegou-se a oito trabalhos. **Resultados:** Avaliações clínico-patológicos de tumores mamários mostram que pacientes com CMAG possuem maior associação a tumorações receptoras de progesterona e estrogênio negativo, de modo que é pertinente ampliar a investigação de CMAG para aprimorar o tratamento. A intervenção durante a gravidez evidenciou aumento da sobrevida geral de 78,6% em comparação com 44,7% para as que não fizeram manejo do câncer. A avaliação requer ser precedida pela ultrassonografia como primeira modalidade após exame clínico para busca de nódulo, seguida de mamografia, no intuito de avaliar a

extensão da doença. Tal circunstância é vital após o tratamento oncológico, pois o aleitamento é seguro, mas em razão dos procedimentos é realizado na mama contralateral. Quanto à conduta cirúrgica, não há diferença em relação às mulheres que não estão grávidas e é baseada nos critérios: aspectos do tumor, interesse da gestante, idade gestacional e *status* genético. A quimioterapia é realizada com dosagem similar à de mulheres que não estão gestando, e a taxa de malformações fetais apresenta valores baixos. As contraindicações são radiação, tratamento endócrino e terapia anti-HER-2, bem como a prematuridade iatrogênica, reduzindo sequelas ao feto. Outro aspecto é a viabilidade de uma concepção, que sugere abordagem multidisciplinar antecipada, com intervalo de dois anos após o tratamento e cincoanos para doença recorrente, sendo a criopreservação de oócitos o método para preservar a fertilidade feminina. **Conclusão:** O CMAG requer uma abordagem holística, que compreenda oncologia, cirurgia, obstetrícia e ginecologia, resguardando a saúde materna-fetal. As técnicas de preservação da fertilidade são indispensáveis ao tratamento gestacional. A intervenção durante a gravidez aumenta a sobrevida geral, ao contrário da prematuridade iatrogênica; cirurgia e quimioterapia mostram-se seguras, e o aleitamento é possível.

Palavras-chave: *avanços; câncer de mama; gravidez.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311123

Avaliação da assistência pré-natal segundo indicadores do programa de humanização do pré-natal e nascimento

Carla Vaichulonis[1], Guilherme Schroder Stepic[2], Jean Carl Silva[2], Rodrigo Ribeiro e Silva[2], Antônia Aparecida Deluca de Oliveira[1], Carla Beatriz Pimentel Cesar Hoffmann[1]
[1]Maternidade Darcy Vargas
[2]Universidade da Região de Joinville

Introdução: A assistência pré-natal (PN) é um dos pilares do cuidado à saúde materno-infantil, cuja relevância para a redução da morbimortalidade dessa população já se encontra estabelecida. A ausência ou inadequação da assistência durante o período PN pode trazer graves consequências para a saúde da mãe e do feto. Segundo a Organização Mundial da Saúde, calcula-se que, em 2015, 303 mil mulheres morreram de causas evitáveis inerentes à gravidez, 2,7 milhões de bebês morreram no período neonatal e 2,6 milhões de fetos eram natimortos. No Brasil, entre 1990 e 2015, houve queda na razão de mortalidade materna de 141 para 60 mortes a cada 100 mil vivos. Essa queda ocorreu em virtude de avanços significativos nas políticas de saúde, entre eles a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas de saúde materno-fetal associadas a ele. **Objetivo:** Avaliar a assistência PN prestada a gestantes de baixo risco usuárias do SUS da cidade de Joinville. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal realizado de março de 2018 a fevereiro de 2019, mediante entrevista e análise do Cartão da Gestante de puérperas maiores de 18 anos, procedentes de Joinville, que realizaram o PN no SUS, sendo excluídas as puérperas desistentes. Avaliou-se a assistência PN por critérios preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Resultados e conclusão:** Foram entrevistadas 683 puérperas. Os critérios com maiores índices de adequação foram acessibilidade (99,6%), início precoce do PN (92,7%) e realização de seis ou mais consultas (87,15). Os critérios que apresentaram as menores taxas de adequação foram o conjunto de orientações (17,7%) e os exames do terceiro e primeiro trimestre (42,5% e 63,5%, respectivamente). Conclui-se que a assistência PN realizada pelo SUS da cidade de Joinville, não obstante a acessibilidade praticamente universal, o início precoce e a prevalência de puérperas com mais de seis consultas, demonstrou declínio acentuado na análise dos indicadores preconizados.

Palavras-chave: *avaliação em saúde; saúde materno-infantil; cuidado pré-natal.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311124

Avaliação da prevalência de COVID-19 em gestantes com síndrome gripal

Renato Augusto Moreira de Sá[1], Mariane Dias Barbeitas[1], Sylvia Bittencourt Santos[1], Bruno Wunder de Alencar[1], José Maria Andrade Lopes[1],Maria Elisabeth Lopes Moreira[1]
[1]Perinatal, Rede D'Or São Luiz

Introdução: A maioria das mulheres grávidas infectadas com SARS-CoV-2 será assintomática. A maior parte das mulheres sintomáticas apresenta apenas sintomas leves ou moderados de resfriado/ gripe. Os sintomas mais comuns de COVID-19 em mulheres grávidas são tosse e febre. Os menos frequentes são dispneia, mialgia, perda de paladar e diarreia. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de COVID-19 em grupo de gestantes sintomáticas. **Métodos:** Foram selecionadas todas as gestantes atendidas na emergência de duas maternidades localizadas na zona sul e na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, que apresentaram diagnóstico compatível com síndrome gripal (CID J11) ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG) (CID U04.9) em um período de um ano, de março de 2020 a março de 2021. Todas foram submetidas a coleta de amostra de nasofaringe para pesquisa de reação em cadeia da polimerase (PCR) para SARS-CoV-2. **Resultados:** Foram recrutadas 640 fichas de atendimento de gestantes com síndrome gripal e/ou SRAG. Testaram positivo para COVID-19 42% (n=262 gestantes). A prevalência foi maior no grupo de gestantes da zona oeste do Rio de Janeiro (43%, n=117/408) do que no da zona sul (37%, n=85/232). **Conclusão:** A testagem em massa das gestantes seria a conduta ideal para conhecermos a real prevalência da COVID-19 em gestantes em nossa população. Os testes para vírus respiratórios diferentes do SARS-CoV-2 devem ser orientados pela epidemiologia atual, uma vez que, mesmo em período de pandemia, a maioria das síndromes gripais em gestantes não estão diretamente relacionadas ao SARS-CoV-2. Esses resultados correspondem a resultados preliminares do estudo "Rede de pesquisa em SARS-CoV-2/ COVID-19 na assistência perinatal".

Palavras-chave: *infecções por coronavírus; síndrome respiratória aguda grave; resfriado comum; complicações infecciosas na gravidez.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311125

Avaliação do conhecimento materno acerca da amamentação em maternidade pública do Piauí

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio[1], Isadora Maria de Carvalho Marques[1], Marília Francisca da Silva Pereira[1], Victória Maria Luz Borges[1], Flávio Luis dos Santos Sousa[1]
[1]Universidade Federal do Piauí

Introdução: O ato de amamentar envolve interações entre o binômio materno-infantil, repercutindo em benefícios que ultrapassam os aspectos dietéticos e nutricionais. Contemplando uma estratégia natural de vínculo, afeto e proteção para criança, representa, também, uma estratégia econômica e eficaz de redução de morbimortalidade infantil e materna. **Objetivo:** Identificar o conhecimento materno, em enfermaria puerperal de maternidade estadual do Piauí, sobre o processo de amamentação, avaliando o nível socioeconômico e o suporte pré-natal recebido, a fim de estabelecer correlação entre esses fatores e o grau de instrução sobre o tema. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e prospectivo. Foi realizado na maternidade Dona Evangelina Rosa em Teresina/Piauí. Obteve-se uma amostra não probabilística, consecutiva, de todas as mulheres que tiveram parto vaginal ou cesáreo assistidos pela instituição. Foi utilizado um formulário estruturado, elaborado pelos pesquisadores, acerca de aspectos relacionados à amamentação, como orientação sobre o aleitamento materno durante o pré-natal e conhecimento atual sobre a técnica de amamentação. Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados e analisados por meio de testes comparativos (teste *t* de Student) e correlacionais (teste de correlação de Pearson). **Resultados:** Neste estudo, foram selecionadas 120 mulheres com idade entre 15 e 35 anos. Quanto à escolaridade, 34% delas apresentavam ensino médio completo. Em relação à experiência com aleitamento materno (AM), 58% responderam que possuíam algum tipo de experiência. A maioria (63%) obteve informações a respeito de orientações relativas ao AM durante a gestação. Em relação à forma com que adquiriram essas informações, 51% afirmaram que foi durante a assistência pré-natal, por meio de orientações médicas ou da equipe de enfermagem; outros recursos também citados foram leitura e comunicação social (18%). Além disso, 82% das mulheres responderam que o período adequado para AM é de seis meses. Afirmaram que as mamas devem ser lavadas com sabonete antes de todas as mamadas 68% e 73% disseram que a mama deve ser completamente esvaziada antes de se ofertar a outra.

Palavras-chave: *aleitamento materno; maternidade saúde; materno-infantil.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311126

Avaliação do conhecimento sobre pré-eclâmpsia de alunos de Medicina na metodologia ativa: resultado parcial

Natália Gatti Hirata[1], Thaís Alquezar Facca[1], Eduardo Augusto Brosco Famá[1], Gianna Mastroianni Kirsztajn[2]
[1]Universidade Municipal de São Caetano do Sul
[2]Universidade Federal de São Paulo

Introdução: A pré-eclâmpsia é uma das principais causas de morbimortalidade materna e fetal no Brasil e no mundo. O adequado acompanhamento médico durante a gestação pode contribuir para a identificação de fatores de risco, prevenção, detecção precoce e manejo dessa desordem. O conhecimento adquirido pelo aluno de Medicina sobre pré-eclâmpsia durante a graduação pode ter influência no atendimento à gestante após a sua formação. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento sobre pré-eclâmpsia de alunos do curso de Medicina com metodologia ativa. **Métodos:** Estudo tipo transversal quantitativo, realizado por meio da aplicação de questionários *on-line* com 10 questões de múltipla escolha sobre pré-eclâmpsia a alunos do primeiro ao sexto anos de Medicina de uma universidade particular com metodologia ativa e curso semestral, no período de setembro de 2020 a janeiro de 2021. **Resultados e conclusão:** Do total de 336 alunos participantes, 173 cursavam anos de ciclo básico (42,2% do primeiro ano e 57,8% do segundo), 139 cursavam o ciclo clínico (61,9% do terceiro ano e 38,1% do quarto) e 24 eram alunos do internato (75% no quinto ano e 25% no sexto). Das 3.360 respostas coletadas, apenas 40,2% estavam corretas. A questão de menor porcentagem de acerto abordou fatores de risco para pré-eclâmpsia, com apenas 19,3% de correção, principalmente no segundo, terceiro, quarto e décimo primeiro semestres. A segunda questão com menos acertos abordou as definições das síndromes hipertensivas na gestação. A questão com maior porcentagem de acerto foi a de número 10, que abordou pré-eclâmpsia grave, com 63,4% de acertos. Alunos dos anos do ciclo básico obtiveram menores porcentagens de acertos (primeiro ano 36,3% e segundo 34%) quando comparados aos dos demais anos do ciclo clínico (terceiro, 48,8%, e quarto, 40,9%) e do internato (quinto, 46,1%, e sexto, 45%). As etapas com melhor desempenho no questionário foram a 11 (55% de acerto) e a 5 (53,3%). Em suma, o conhecimento sobre pré-eclâmpsia de alunos de Medicina na metodologia ativa parece ter lacunas que podem estar relacionadas à abordagem dessa desordem ao longo do curso, principalmente com relação à identificação de fatores de risco e definições das síndromes hipertensivas na gestação. No entanto, mais estudos são necessários para melhor avaliação da qualidade do ensino do curso de Medicina na metodologia ativa e suas possíveis influências em longo prazo no manejo da pré-eclâmpsia.

Palavras-chave: *pré-eclâmpsia; complicações na gravidez; aprendizagem baseada em problemas; educação médica.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311127

Avaliação dos desfechos perinatais adversos relacionados a obesidade materna prévia e ganho de peso excessivo na gestação

Antonia Aparecida Deluca de Oliveira[1], Rodrigo Ribeiro e Silva[2], Tassiana Cristina Martins Grabovski[2], Leonardo Souza de Carvalho[3], Carla Christina Renzo[2], Jean Carl Silva[2]
[1]Maternidade Darcy Vargas
[2]Universidade da Região de Joinville
[3]Hospital Dona Helena

Introdução: A gestação é um período de grandes transformações para as mulheres, que é dinâmico nos seus aspectos fisiológicos, metabólicos e/ou nutricionais. Nesse sentido, em razão da condição nutricional materna pré-gestacional e do ganho de peso durante a gestação, os desfechos maternos e neonatais podem ser diversos. **Objetivo:** Avaliar os desfechos perinatais adversos relacionados a obesidade prévia e ganho de peso excessivo materno. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal, realizado no período de agosto a dezembro de 2020. A amostra foi composta de puérperas maiores de 18 anos. Os desfechos primários avaliados foram via de parto, diabetes *mellitus* gestacional (DMG), doença hipertensiva da gestação (DHEG) e recém-nascidos grandes para a idade gestacional (GIG). As puérperas foram divididas em quatro grupos no que se refere à obesidade pré-gestacional (índice de massa corporal ≥30) e ao ganho de peso excessivo na gestação. No cálculo de razão de chance (RC), utilizou-se o intervalo de confiança (IC) de 95%, ajustando-se os fatores de confusão: idade, cesariana prévia, tabagismo, alcoolismo e outras drogas. **Resultados:** As puérperas foram classificadas em grupo 1 (controle) — não obesas com ganho de peso não excessivo (n=767/45,9%), grupo 2 — obesas com ganho de peso não excessivo (n=192/11,5%), grupo 3 — não obesas com ganho de peso excessivo (n=521/31,2%) e grupo 4 — obesas com ganho de peso excessivo (n=190/11,3%). Observou-se que a via de parto não sofreu influência dos parâmetros analisados. As chances foram significativas de DMG nos grupos 2, com RC de 3,5 (IC95% 2,5–5,1), e grupo 4, com RC de 1,9 (IC95% 1,3–2,9), de DHEG com RC de 2,1 (IC 95% 1,2–3,7), de 1,9 (IC95% 1,2–3,0) e de 3,6 (IC95% 2,2–5,9) e recém-nascidos GIG com RC de 1,9 (IC95% 1,2–3,1), de 2,5 (IC95% 1,8–3,5) e de 2,4 (IC95% 1,6–3,8) nos grupos 2, 3 e 4, respectivamente. **Conclusão:** A via de parto não foi influenciada pela obesidade ou ganho de peso excessivo. A chance de DMG foi maior nos grupos 2 e 4, enquanto a chance de DHEG e recém-nascidos GIG foi maior nos três grupos analisados.

Palavras-chave: *obesidade materna prévia; ganho de peso na gestação; desfechos perinatais.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311128

Avaliação longitudinal dos níveis plasmáticos de leucotrieno B4, lipoxina A4 e resolvina D1 em gestantes com fatores de risco para pré-eclâmpsia

Luiza Oliveira Perucci[1], Patrícia Gonçalves Teixeira[2], Eura Martins Lage[2], Alexandre Simões Barbosa[2], André Talvani[1], Luci Maria SantAna Dusse[2]
[1]Universidade Federal de Ouro Preto
[2]Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: Sabe-se que a inflamação materna sistêmica excessiva está envolvida nas alterações fisiopatológicas da pré-eclâmpsia (PE). Os ácidos graxos poli-insaturados ômega-3 e ômega-6 podem ser convertidos endogenamente em mediadores com atividades pró-inflamatórias (por exemplo, leucotrieno B4 — LTB4) ou anti-inflamatórias/ pró-resolutivas (por exemplo, lipoxina A4 — LXA4 — e resolvina D1 — RvD1). Recentemente, foi relatado um desbalanço nos níveis de LTB4 e LXA4 ao longo da gestação em mulheres que desenvolveram PE. Até o momento, nenhum estudo demonstrou os níveis de RvD1 nesse contexto. Além disso, permanece obscura a produção relativa desses mediadores, bem como o seu papel na resposta inflamatória envolvida na fisiopatologia da PE. **Objetivo:** Comparar os níveis plasmáticos de LTB4, LXA4 e RvD1, bem como as razões entre os mediadores lipídicos pró-resolutivos (LXA4 e RvD1) e pró-inflamatório (LTB4) em gestantes com fatores de risco estabelecidos para PE que desenvolveram ou não essa condição clínica. **Métodos:** Os mediadores lipídicos foram dosados no plasma por ensaios imunoenzimáticos em três intervalos gestacionais (12–19, 20–29 e 30–34 semanas) em mulheres que desenvolveram PE (N=11) e que permaneceram normotensas durante a gestação (N=7). **Resultados:** Houve uma tendência de níveis aumentados de LTB4 ao longo da gestação em mulheres que desenvolveram PE, a qual foi significativa em 30–34 semanas. Os níveis de LXA4 também tenderam a ser maiores nas gestantes que desenvolveram PE, mas não foi detectada diferença significativa entre os grupos de gestantes em nenhum período gestacional avaliado. As grávidas com PE apresentaram níveis menores de RvD1 e menor razão RvD1/LTB4 no período de 30–34 semanas quando comparadas às gestantes normotensas. Por outro lado, os níveis de RvD1 foram maiores no intervalo de 12–19 semanas nas gestantes que desenvolveram PE. Quando ambos os grupos de gestantes foram avaliados em conjunto, observaram-se níveis maiores de LXA4 e RvD1 no período de 30–34 semanas quando comparado ao de 20–29 semanas. Além disso, foi detectada uma interação entre o desfecho gestacional (gravidez com PE ou normotensa) e o período gestacional apenas para a RvD1. **Conclusão:** O desequilíbrio entre os níveis de LTB4, LXA4 e RvD1 nesse grupo de gestantes que desenvolveram PE é consistente com a inflamação excessiva que está associada à fisiopatologia da doença. Os dados deste estudo destacam o potencial dos mediadores lipídicos avaliados como biomarcadores para o

desenvolvimento da PE. No entanto, estudos longitudinais futuros são necessários para confirmar esses achados.

Palavras-chave: *pré-eclâmpsia; leucotrieno B4; lipoxina A4; resolvina D1; estudo longitudinal.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311129

Benefícios provenientes da prática de exercícios físicos durante a gestação e sua repercussão no trabalho de parto normal

Amanda Silva Florentino[1], Matheus Silva Neves dos Santos[2], Priscilla Rocha Araujo Nader[1], Rubens José Loureiro[1]
[1]Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
[2]Universidade Norte do Paraná

Introdução: O exercício físico é uma atividade regular que melhora a saúde e o condicionamento físico e gera aumento na qualidade de vida. Essa prática é importante para gestantes porque elas estão em uma fase de constantes mudanças físicas e anatômicas. Sendo assim, é recomendada de forma moderada quando não há contraindicações, configurando-se como uma modalidade segura para a mãe e o feto e possibilitando uma série de efeitos positivos. **Objetivo:** Descrever os principais benefícios provenientes da prática de exercícios físicos durante a gestação e seus efeitos no trabalho de parto normal. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde durante o mês de abril de 2021. Para a busca, utilizaram-se os descritores: "exercício físico" AND "gravidez" AND "trabalho de parto". Foram selecionados artigos disponibilizados em texto completo e publicados entre dezembro de 2012 e maio de 2018. A princípio, foram identificados 127 trabalhos, e após a aplicação dos critérios de inclusão, restaram 56 artigos, dos quais seis compuseram a amostra final. **Resultados e conclusão:** Percebe-se que a prática regular de atividades físicas reduz a ocorrência de incontinência urinária, o ganho excessivo de peso materno, a intensidade da lombalgia e os episódios de edema. Outrossim, a adesão ao exercício físico aumenta o índice de líquido amniótico, além de melhorar o crescimento feto-placentário, colaborando para o bem-estar fetal. Na mãe, os efeitos também são positivos no que se refere à diminuição de chances de incidência de diabetes gestacional e hipertensão arterial sistêmica. Além disso, há a redução das chances de parto prematuro e tem-se a possibilidade de fortalecimento da musculatura pélvica e aumento da flexibilidade dos ligamentos do local, que favorecem a dilatação do colo uterino e o menor esforço no momento do parto, assim como a diminuição da dor. Diante dos benefícios procedentes da prática de atividades físicas regulares, mostra-se necessário que os componentes da equipe multidisciplinar promovam ações que incentivem a prática de exercícios de forma moderada durante a gestação, com a finalidade de potencializar a qualidade de vida e o bem-estar. Sendo assim, esses profissionais devem ter uma visão integral das gestantes para promoverem a saúde e prevenirem o surgimento de doenças crônicas como a diabetes gestacional e a hipertensão arterial sistêmica, principalmente nas mulheres portadoras de fatores de risco para o desenvolvimento dessas patologias.

Palavras-chave: *exercício físico; gravidez; trabalho de parto.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311130

Características das gestantes e puérperas com COVID-19 em um município do Nordeste do Brasil

Ingrid Iana Fernandes Medeiros[1], Ricardo Ney Oliveira Cobucci[1], Vivianne Fernandes de Medeiros[2], David Franciole de Oliveira Silva[1], Dominique Pordeus Araújo[1], Maria Leticia de Lima Machado[1]
[1]Universidade Federal do Rio Grande do Norte
[2]Maternidade Divino Amor

Introdução: O sistema de vigilância de síndromes respiratórias agudas do Ministério da Saúde brasileiro registrou, até junho de 2020, que 978 gestantes e puérperas foram diagnosticadas com COVID-19 e, delas, 124 faleceram. Entretanto, são raros na literatura estudos que apresentam dados sobre essa população no Brasil. **Objetivo:** Apresentar características demográficas e clínicas de mulheres comprovadamente infectadas pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) na gravidez e no puerpério. **Metodologia:** Estudo transversal realizado na maternidade pública de Parnamirim, Rio Grande do Norte. Por meio dos dados disponíveis no sistema de vigilância epidemiológica e-SUS, identificamos gestantes e puérperas moradoras do município com reação em cadeia da polimerase (PCR) reagente para SARS-CoV-2. As variáveis demográficas coletadas do sistema de notificação disponível no hospital foram idade, paridade e idade gestacional. Além disso, foram recuperados como dados clínicos: temperatura, saturação de oxigênio em ar ambiente, sintomas e comorbidades. A análise estatística descritiva foi realizada no programa PSPP. **Resultados e conclusão:** Foram incluídas 18 gestantes e duas puérperas, todas com infecção confirmada por PCR. A idade média foi de 28,5 anos, 75% estavam no segundo e terceiro trimestres da gravidez, com idade gestacional média de 20 semanas, 80% tiveram ao menos um parto prévio e os sintomas mais comuns foram febre, tosse e dor de garganta, sem comprometimento da saturação de oxigênio e sem comorbidades associadas na maioria. As características descritas no presente estudo foram similares às encontradas em diferentes cidades pelo mundo, o que confirma que essa população apresenta alta probabilidade de evoluir sem complicações, desde que respeite o isolamento social e receba orientações para tratar apenas os sintomas, como é observado nos estudos com mulheres adultas fora da gravidez e puerpério.

Palavras-chave: *gravidez; puerpério; coronavírus.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311131

Carcinoma de colo uterino em gestante

Mariana Schmidt Vieira[1], Amanda Roepke Tiedje[1], Vitor Leonardo Nandi[1], Bianca Ruschel Hillmann[1], Luiz Fernando Sommacal[1], Alberto Trapani Junior[1]
[1]Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução: A neoplasia de colo uterino (NCU) é uma das neoplasias mais comuns na gestação (0,8–1,5/10.000 nascimentos), e a principal forma de diagnóstico é o rastreamento citológico. A NCU na gestação demanda uma complexa avaliação, que deve considerar idade gestacional (IG), interrupção ou seguimento da gestação, atraso no início do tratamento, via de parto e tipo de tratamento. **Descrição do caso:** V.S., 32 anos, primigesta, IG de 10 semanas, sem comorbidades prévias, sexarca aos 18 anos, uso de anticoncepcional oral combinado por 10 anos. Realizou colpocitologia oncótica e foi encaminhada ao serviço de patologia cervical após biópsia de colo uterino com resultado de carcinoma de células escamosas microinvasivo. À colposcopia, observou-se zona de transformação anormal grau maior ocupando os quatro quadrantes do colo uterino com atipia vascular discreta, iodo negativo. Ao toque vaginal (TV), útero compatível com 10 semanas de gestação. Ausência de linfonodomegalias. Paciente prosseguiu seguimento no pré-natal e no ambulatório de patologia cervical e realizou cesariana eletiva com 39 semanas. Noventa dias após a cesariana, à colposcopia, observou-se colo uterino com extensa área de epitélio acetobranco denso com atipias vasculares e sangramento de contato, com propagação desse epitélio para o terço superior da vagina, iodo negativo. Ao TV, colo uterino endurecido, 3 cm. Nova biópsia confirmou carcinoma de células escamosas invasivo, moderadamente diferenciado. Foram realizadas tomografias de tórax, abdômen e ressonância da pelve, que mostraram estadiamento IIA. A paciente foi encaminhada ao serviço de oncologia para quimioterapia e radioterapia, onde segue em acompanhamento. **Conclusão:** A colposcopia é um procedimento que requer habilidade quando executado em gestantes. Lesões precursoras da NCU devem ter manejo conservador durante a gravidez pelo baixo risco de progressão para lesão invasora. O tratamento da NCU invasora depende do estadiamento, da idade gestacional e do desejo da paciente. No 1º trimestre, sendo uma neoplasia operável, pode-se optar pela cirurgia de Wertheim-Meigs com feto *in situ*. Nos casos inoperáveis, radioterapia seguida de esvaziamento uterino. Do 2º trimestre em diante, a tendência é aguardar a maturidade fetal, interromper a gestação por parto cesáreo e realizar o tratamento. Até o estádio IA2, o parto vaginal não altera o prognóstico materno. A cesariana é indicada do estádio IB1 em diante, pelo aumento do risco de laceração grave e hemorragia de difícil controle. O manejo da NCU em gestantes é desafiador, haja vista a gravidade da doença e as implicações

éticas relacionadas. Enfatiza-se a importância do rastreamento de todas as gestantes com 25 anos ou mais no início do pré-natal.

Palavras-chave: *neoplasia intraepitelial cervical; neoplasias do colo do útero; gravidez de alto risco; obstetrícia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311132

Cerclagem pré-concepcional: relato de caso

Aline Fernanda Nascimento[1], Giani Renata Cantarani[1], Eduarda Rodrigues de Toledo[1], Ailton Augustinho Marchi[1], Rebeca Otani Pereira Resende[1]
[1]Hospital Municipal Universitário de Taubaté

Introdução: A incompetência istmocervical (IIC) denota falha no sistema oclusivo do orifício interno cervical, podendo culminar em esvaecimento e cérvico-dilatação precoce, sendo causa de abortamento tardio ou parto pré-termo. O diagnóstico pode ser realizado durante o período gestacional ou não, avaliando-se antecedentes obstétricos como abortamento de repetição, prematuridade e neomortalidade. A importância do diagnóstico da IIC está no estabelecimento do tratamento precoce, que consiste na cerclagem istmocervical a tempo de evitar perdas gestacionais. O caso relatado é de uma paciente com histórico de abortamentos tardios de repetição que foi submetida a tentativa de cerclagem pela técnica de McDonald sem sucesso, de modo que foi proposta a cerclagem pré-concepcional pela ténica de Shirodkar. **Relato de caso:** Paciente de 28 anos, com histórico de abortamento tardio de repetição. Primeira e segunda gestações resultaram em abortamento com 18 e 22 semanas, respectivamente. Na 2º gestação, realizou-se ultrassonografia que evidenciou sinais de dilatação do orifício interno e protusão de bolsa. Na 3º gestação, a paciente foi submetida à cerclagem de McDonalds, evoluindo após o procedimento com colo pérvio e expulsão fetal com 20 semanas. Na 4º gestação, foi submetida a pessário, evoluindo em seguida com achado ecográfico de IIC. Fez-se nova tentativa de cerclagem ao se retirar o pessário, sem sucesso, com expulsão fetal. Optou-se pela realização de cerclagem pela técnica de Shirodkar, pré-concepcional. Foram realizadas secção em cunha ao nível da transição do colo com a cúpula vaginal posterior, secção em cunha ao nível da transição do colo com a cúpula vaginal anterior. Transfixou-se fita cardíaca com *mixter* 90 às 3h póstero-anterior e às 9h anteroposterior e no posterior em cérvice. Após nove meses, a paciente apresentou gestação de sucesso, com parto a termo. **Conclusão:** A IIC possui prevalência de 1% e risco para desfecho gestacional desfavorável. Existem duas técnicas de cerclagem uterina conhecidas, McDonald e Shirodka. Ambas dão-se por via vaginal e são consideradas mais vantajosas por serem menos invasivas e terem tempo cirúrgico e hospitalização curtos. Uma técnica consiste em passar a fita através de toda a circunferência do colo do útero, conforme descrito por Shirodka. Na outra, a fita é colocada em de um série de pequenos passos ao redor do colo do útero, como "bolsa de tabaco", conforme descrito por McDonald. Embora haja pouco significado estatístico entre as técnicas, acredita-se que as poucas, mas profundas passagens da fita no colo uterino resultam em melhor aderência, menor chance de deslocamento, maior resistência à dilatação e menor risco de lacerações do colo do útero. Na técnica de Shirodkar, a vantagem é preservar o resíduo cervical satisfatório. Başbuğ at al. aplicaram essa técnica em todos os pacientes, e em comparação com o procedimento de McDonald ela apresentou maior resíduo cervical e melhor suporte do tecido cervical. Portanto, ambas as técnicas possuem indicações, a depender da história obstétrica da paciente.

Palavras-chave: *abortamento; Shirodka; cerclagem.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311133

Cisto de úraco infectado em puérpera

Vitor Leonardo Nandi[1], Amanda Roepke Tiedje[1], Mariana Schmidt Vieira[1], Gabriela Effting Crema[1], Roxana Knobel[1], Alberto Trapani Junior[1]
[1]Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução: O úraco é um remanescente embrionário obliterado, que se estende do ápice vesical à cicatriz umbilical. Cerca de 30% dos adultos possuem úraco com lúmen e, quando alguma extremidade dessa estrutura está obliterada, há acúmulo de fluido capaz de formar cistos, cujo quadro clínico é inespecífico. Neoplasias podem simular esses cistos, motivo pelo qual eles devem ser ressecados. **Relato de caso:** Puérpera, 21 anos, G4P4, hígida, evoluiu no 3º dia de puerpério com disúria. Procurou a unidade de saúde no 11º dia, onde recebeu cefalexina para tratamento de infecção do trato urinário (ITU), sem melhora. Evoluiu com dor abdominal em hipogástrio, febre e persistência de disúria. Na admissão da emergência obstétrica, apresentou útero involuído, lóquios fisiológicos, ausência de peritonite, sinal de Giordano ausente. Ultrassonografia pélvica mostrou parede vesical posterior espessa e irregular, massa heterogênea acometendo parede anterior e superior da bexiga, com conteúdo líquido complexo, medindo 8 x 7 cm, que sugeria hematoma ou abscesso. Hemograma evidenciou leucocitose sem desvio e anemia. Foram iniciados clindamicina e gentamicina e indicou-se laparotomia exploradora. Na cirurgia, foi identificado abscesso em recesso vesicouterino. Durante ressecção da cápsula, concluiu-se que se tratava de cisto infectado de úraco. Paciente evoluiu com melhora e recebeu alta hospitalar. Laudo anatomopatológico apresentou cisto com parede de tecido conjuntivo, intenso infiltrado inflamatório e ausência de neoplasia. **Conclusão:** O cisto de úraco geralmente é descoberto ao acaso em exames de imagem de abdômen e pelve por infecções ou tumores, assim como no caso da paciente relatada. A ultrassonografia é citada como importante método diagnóstico em razão do fácil acesso, da ausência de radiação e de grande parte do úraco ser próximo à parede abdominal, facilitando sua visualização. Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética podem ser úteis. A sintomatologia é inespecífica, com dor periumbilical e/ou hipogástrica, febre, náuseas, ITU e leucocitose. A paciente do caso em questão cursou com dor em hipogástrio e disúria com exame físico abdominal inespecífico, sendo inicialmente tratada para ITU. Oitenta por cento dos cistos são infectados por Staphylococcus aureus e podem cursar com eritema periumbilical e fístulas. O adenocarcinoma de úraco, em 85% das vezes, é do tipo mucinoso e pode facilmente ser confundido com um cisto. Atualmente, recomenda-se a ressecção cirúrgica eletiva de cistos de úraco pelo risco de neoplasia e de infecção.

Palavras-chave: *cisto do úraco; obstetrícia; período pós-parto.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311134

Cistoadenoma mucinoso de ovário na gestação: relato de caso

Lara de Siquera Rodrigues[1], Bianca do Carmo Schorr[1], Leandro Teixeira Abreu[1], Andre Luiz Clemente Beralto[1], Isabella Soares da Costa Dos Santos[1]
[1]Hospital da Mulher Heloneida Studart

Introdução: Tumores ovarianos são raros na gestação e geralmente são benignos, encontrados em estádios precoces e assintomáticos. De forma geral, a presença do tumor não afeta o curso da gestação, e o manejo deve ser individualizado, levando em conta fatores obstétricos e clínicos. O diagnóstico costuma ocorrer no primeiro trimestre e considera história clínica, exames de imagem e marcadores tumorais, sendo o diagnóstico definitivo confirmado após estudo histopatológico da peça. **Relato de caso:** T.C.V.Q., 23 anos, primigesta, hígida, encaminhada ao pré-natal de alto risco com 35 semanas de idade gestacional em decorrência de massa anexial com surgimento e crescimento durante a gestação, causando dor abdominal e dispneia. A ultrassonografia mostrou massa mista multicística medindo 82x45 centímetros (cm), ocupando a cavidade abdominopélvica à direita, de contornos mal definidos, com imagens ecogênicas de aspecto sólido sem fluxo ao *doppler*, sugerindo cistoadenoma mucinoso. Marcadores tumorais negativos. Foi programada a interrupção da gestação, em conjunto com a abordagem cirúrgica da massa anexial, para 37 semanas de idade gestacional. A paciente estava assintomática, não apresentando limitação respiratória ou de suas atividades. Realizou-se cesariana, com nascimento de feto vivo e ooforectomia à direita, com exérese de massa anexial medindo cerca de 80 cm. Após 30 dias, a paciente retorna em consulta de revisão, sem queixas. Laudo do exame anatomopatológico mostra ovário cístico, medindo 40x30x16 cm e pesando 8900 gramas, com vascularização evidente e diagnóstico de cistoadenoma mucinoso. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Tumores ovarianos *borderline*

compreendem os tipos histológicos seroso, mucinoso, endometrioide, de células claras e células transicionais. Os tipos mais frequentes são o seroso (63%) e o mucinoso (37%). A ocorrência desse tipo de tumor durante a gestação é um evento incomum, e quando é encontrado geralmente é benigno e em estádio precoce, limitado aos ovários. A apresentação clínica difere dos demais tipos de neoplasias ovarianas pelo rápido crescimento, pois atinge grande volume. Esses tumores tendem a ser assintomáticos e a não interferir no curso da gestação. A maioria dos diagnósticos ocorre no primeiro trimestre, durante a realização de exames de imagem de rotina. Grande parte das massas encontradas nos estágios iniciais da gestação desaparecem. O diagnóstico envolve achados clínicos, exames de imagem e dosagem de marcadores tumorais. O diagnóstico definitivo é feito por meio de estudo histopatológico da peça. As taxas de mortalidade são baixas e, em mulheres com menos de 40 anos, o potencial de malignidade costuma ser baixo. O manejo deve ser individualizado e levar em conta aspectos obstétricos, clínicos e o desejo de gestar da paciente. Como a paciente em questão era jovem, hígida e desejava preservar a fertilidade, a abordagem foi conservadora, sendo realizada cesariana e ooforectomia unilateral.

Palavras-chave: *tumor ovariano; gestação; massa anexial.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311135

Comparação dos resultados gestacionais entre pacientes com síndrome antifosfolipídica trombótica e gestantes com trombose arterial sem síndrome antifosfolipídica

Priscila Guyt Rebelo[1], Marcela Ignacchiti Lacerda[1], Flávia Cunha dos Santos[1], Nilson Ramires de Jesús[1], Guilherme Ribeiro Ramires de Jesús[1]
[1]Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Introdução: Durante a gravidez, as mulheres têm aumentado de quatro a cinco vezes o risco de trombose, em comparação com quando não estão grávidas. Oitenta por cento de tromboses na gravidez ocorrem nas veias e aproximadamente 20% nas artérias, sendo estas incomuns na gravidez, mas passíveis de ter consequências devastadoras. Entre as pacientes que apresentam trombose arterial e/ou venosa recorrentes, recomenda-se a pesquisa de anticorpos antifosfolípides (aPL) como anticorpo anticardiolipina, anticoagulante lúpico, antibeta2-glicoproteína I para o diagnóstico da síndrome antifosfolipídeo (SAF). **Objetivo:** Comparar os resultados gestacionais de pacientes que apresentaram trombose arterial sem aPL com pacientes com SAF com história de trombose arterial. **Materiais e métodos:** Estudo de coorte com gestantes acompanhadas em um pré-natal de alto risco que apresentaram trombose arterial. As pacientes foram divididas em dois grupos: o primeiro consistiu em gestantes que apresentaram trombose arterial com pesquisa para SAF negativa; e o segundo em pacientes com SAF. A coleta de dados foi feita nos prontuários, por meio de um questionário redigido pelos próprios autores. **Resultados e conclusão:** Vinte e nove pacientes com trombose arterial foram incluídas no presente estudo, das quais 15 com história de trombose, 14 com aPL positivo, confirmando o diagnóstico de SAF (grupo 1), e 15 com aPL negativos (grupo 2). O grupo 1 tinha história obstétrica desfavorável em comparação com o grupo 2 (passado de um natimorto e 13 abortos e na gestação atual um óbito fetal *versus* ausência de óbitos fetais e nove abortos no grupo 2). Pacientes com trombose e aPL positivo (grupo 1) apresentaram com maior frequência na gestação atual crescimento intrauterino restrito (8x5, p=0,11), parto prematuro (5x1, p=0,03), oligodramnia (3x0, p=0,04), pré-eclâmpsia (6x2, p=0,04) e síndrome HELLP (1x0, p=NA). O peso médio do nascimento (2542±677 *versus* 3050±496, p=0,02) e a idade gestacional (37,02±3,9 *versus* 38,32±1,39, p=0,25) no parto foram significativamente menores no grupo 2. **Conclusão:** A presença de aPL em pacientes com história de trombose arterial está associada a piores resultados gestacionais, incluindo maior incidência de pré-eclâmpsia, parto prematuro e menor peso ao nascer, enquanto a história de trombose arterial com pesquisa para aPL negativa apresentou resultados gestacionais favoráveis. Nosso estudo sugere que a investigação para SAF é fundamental para o acompanhamento adequado de gestante com história de trombose vascular.

Palavras-chave: *trombose arterial; síndrome antifosfolipídica; trombofilia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311136

Coriocarcinoma pós-parto

Maria Eduarda Richa Fonseca[1], Fernanda Freitas Oliveira Cardoso[1], Vanessa Campos Baptista[1], Márcio Bezerra Barcellos[1], Joffre Amim Junior[1], Antonio Rodrigues Braga Neto[1]
[1]Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução: O coriocarcinoma (CCA) é a forma agressiva da neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) que se origina em 50% das mulheres após uma gravidez molar, podendo advir de qualquer tipo de gestação: termo/pré-termo, abortamento ou prenhez ectópica. A apresentação clínica do coriocarcinoma depende da extensão da doença e da localização das metástases, sendo o sangramento do sítio primário e metastático uma forma de apresentação frequente dessa doença. Apesar de quase 70% das pacientes possuírem metástases, no momento do diagnóstico, apresentam altas taxas de cura com a quimioterapia. **Relato de caso:** Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética — CAAE: 45689121.5.0000.5275). M.J.S., 30 anos, IG IP, apresentou, cerca de dois meses pós-cesariana de termo (1º de maio de 2020), quadro de sangramento transvaginal volumoso. Buscou atendimento em serviço de emergência após ter realizado ultrassonografia transvaginal (US-TV) e dosagem quantitativa de gonadotrofina coriônica humana (hCG). A US-TV evidenciou endométrio espessado e heterogêneo medindo 26 mm, ovários normais e hCG de 38.420 UI/L. Foi submetida a curetagem uterina, sem intercorrências, com resultado histopatológico de coriocarcinoma. Foi encaminhada para o Centro de Referência em Doença Trofoblástica Gestacional da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde foi atendida em 1º de julho de 2020. Ao exame físico, apresentava útero aumentado de volume e palpável 3 cm abaixo da cicatriz umbilical. Tomografia (TC) de abdômen total e crânio normais. TC de tórax mostrava discretas áreas de espessamento da pleura parietal posterior em terço médio inferior do pulmão esquerdo. Estadiamento anatômico I (FIGO 2018), escore de risco da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia/ Organização Mundial da Saúde (FIGO/OMS) 6 (baixo risco). Iniciou tratamento com metotrexato com resgate do ácido folínico, para o qual desenvolveu quimiorresistência após quatro ciclos. Foi então tratada com quatro ciclos de carboplatina, também com resposta insatisfatória, quando finalmente se curou com quatro ciclos do regime etoposide, metotrexate, actinomicina-D, ciclofosfamida e oncovin (EMA/CO), recebendo ainda mais três ciclos de quimioterapia de consolidação. **Conclusão:** Habitualmente, 42 dias pós-parto o hCG retorna ao valor normal. Anamnese, exame físico e elevação de hCG são os elementos fundamentais para o diagnóstico precoce do CCA pós-parto. A biópsia, nesses casos, deve ser evitada pelo risco de hemorragia catastrófica e ameaçadora à vida. Apesar de 1/3 das pacientes com CCA desenvolver quimiorresistência ao tratamento inicial, cerca de metade de todos os casos é curada com a quimioterapia. Outras propostas terapêuticas podem ser necessárias, como metastectomia, radioterapia ou histerectomia. As decisões terapêuticas devem ser realizadas por uma experiente equipe multidisciplinar em centro de referência em tratamento de NTG.

Palavras-chave: *neoplasias trofoblásticas; coriocarcinoma; quimioterapia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311137

Coriocarcinoma tubário: relato de caso

Maria Eduarda Richa Fonseca[1], Fernanda Freitas Oliveira Cardoso[1], Vanessa Campos Baptista[1], Joffre Amim Junior[1], Jorge Fonte de Rezende Filho[1], Antonio Rodrigues Braga Neto[1]
[1]Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução: O coriocarcinoma gestacional (CCA-G) é neoplasia oriunda do tecido trofoblástico, de natureza anaplásica, altamente vascularizada, invasiva e com potencial metastatizante. Origina-se em 50% das mulheres após a gravidez molar, mas pode decorrer de qualquer tipo de gestação: termo/pré-termo, aborto ou prenhez ectópica. Sua apresentação clínica depende da extensão da doença e da localização das metástases, sendo o sangramento do sítio metastático a forma de apresentação mais frequente. O acometimento vaginal corresponde a cerca de 30% das metástases. Os principais desafios diante do CCA-G metastático são o diagnóstico precoce e a condução das complicações relacionadas à hipervascularização tumoral. **Relato de caso:** Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal

do Rio de Janeiro (UFRJ) (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética — CAAE: 45689121.5.0000.5275). F.L.A.V., 29 anos, IIIG IP IA (cesariana em 2010 e abortamento em 2019), iniciou sangramento transvaginal discreto em março de 2020, com posterior intensificação dos sintomas. No dia 25 de julho de 2020, realizou ultrassonografia que mostrou útero medindo 85x37x48 mm, endométrio de 5,1 mm de espessura, ovário esquerdo normal e direito não visualizado, evidenciando- se massa heterogênea de 89x59 mm e moderada quantidade de líquido livre em região anexial direita. Procurou emergência obstétrica na cidade do Rio de Janeiro, onde foi diagnosticada com gestação tubária rota e submetida a laparotomia com salpingectomia à direita em 26 de julho de 2020. Enviou-se material com fragmentos irregulares de tecidos vinhosos e tuba uterina ao histopatológico, com laudo de coriocarcinoma. A paciente foi encaminhada ao Centro de Referência (CR) de Doença Trofoblástica Gestacional da Maternidade Escola da UFRJ para seguimento, ao qual compareceu em 27 de setembro de 2020. Foram realizadas anticoncepção, ultrassonografia pélvica-transvaginal, dosagem hormonal de gonadotrofina coriônica humana (hCG) e revisão do bloco de parafina (que confirmou coriocarcinoma infiltrando músculo liso, com presença de extensa necrose e êmbolos neoplásicos, e trompa exibindo edema e congestão difusa). Em 30 de setembro de 2020, a paciente foi diagnosticada com neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) estádio I:6 e iniciou tratamento com três ciclos de metotrexato com resgate do ácido folínico entre os dias 7 de outubro e 18 de novembro de 2020. Após diagnosticar-se quimiorresistência, foram empregados quatro ciclos do regime que contempla etoposide, metotrexate, actinomicina-D, ciclofosfamida e oncovin (EMA/CO) entre os dias 30 de novembro de 2020 e 1º de evereiro de 2021, com o qual atingiu a remissão da doença, recebendo ainda mais três ciclos de quimioterapia de consolidação. **Conclusão:** O tratamento apropriado dos casos de coriocarcinoma é fundamental para evitar-se morte materna. A melhor chance para uma paciente com NTG, nessas condições, alcançar a cura é o acesso a tratamento especializado e precoce em um CR para NTG.

Palavras-chave: *neoplasias trofoblásticas; coriocarcinoma; quimioterapia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311138

COVID-19 na gestação: caraterísticas das gestantes com infecção por coronavírus em um hospital da região amazônica

Yuramis Montirl Espinosa[1], Maria da Conceição Ribeiro Simões[2], Atinelle Teles Novais[1], Elton Lemos Silva[2]
[1]Residência Médica Maternidade Municipal Mãe Esperança
[2]Centro Universitário Aparício Carvalho

Introdução: Mulheres grávidas são consideradas um grupo de alto risco para o novo coronavírus (COVID-19). A existência de novas cepas na região amazônica em 2021 aumentou rapidamente o número de casos confirmados, elevando a morbimortalidade materna. Diante das preocupações sobre o efeito da COVID-19 durante a gravidez e nos neonatos, a quantificação de seus fatores de risco, resultados maternos e perinatais é essencial para o planejamento de estratégias de combate à atual pandemia. **Objetivo:** Caracterizar as variáveis associadas, em gestantes, com confirmação de infecção por coronavírus (COVID-19) de um hospital da região amazônica. **Métodos:** Estudo transversal e retrospectivo que utilizou o banco de dados do hospital. O critério de inclusão foram gestantes com confirmação de COVID-19, admitidas no setor de isolamento do hospital por qualquer motivo no período de fevereiro a março de 2021. **Resultados:** Foram incluídas 54 mulheres grávidas. Observamos que 34 (62,96%) gestantes se internaram no hospital por COVID-19 com sintomas de moderados a graves e 20 (37,04%) por outras causas; delas, 23 (42,5%) possuíam comorbidades preexistentes, 10 (18,5%) apresentavam hipertensão arterial crônica ou gestacional, oito (14,8%) diabetes *mellitus* prévia ou gestacional, quatro (7,4%) obesidade e uma (1,8%) lúpus eritematoso sistêmico. Com relação à faixa etária: quatro (7,4%) eram menores de 20 anos, 18 (33,3%) tinham de 20 a 24 anos, 12 (22,2%) de 25 a 29 anos, 10 (18,5%) de 30 a 34 anos e 10 (18,5%) eram maiores de 35 anos. Sobre o parto, 24 (44,4%) tiveram cesárea e oito (14,8%) parto vaginal; 24 (44,4%) tinham entre sete e 10 dias de sintomas, 30 (55,5%) necessitaram de suplementação de oxigênio e 15 (27,7%) de ventilação invasiva. Quanto à necessidade de suporte em unidade intensiva, a incidência foi de 16 (29,6%), o tempo de internação foi menor que sete dias na maioria dos casos (30, ou 55,6%), 15 (27,7%) gestantes apresentaram síndrome respiratória aguda grave e cinco (9,2%) vieram a óbito. Já entre os recém- nascidos, 11 (34,4%) foram prematuros. **Conclusão:** O estudo mostrou que a maioria das mulheres se encontrava no terceiro trimestre da gestação. As comorbidades preexistentes, como hipertensão crônica, diabetes e alto índice de massa corporal, são fatores de risco para COVID-19 grave na gravidez. As gestantes têm risco aumentado de serem admitidas na unidade de terapia intensiva, de precisaram de ventilação invasiva ou de sofrerem morte materna. Por se tratar de uma doença recente ainda, faz-se necessário maiores estudos quanto ao potencial do vírus na gestação, entre outros desfechos. Podemos, assim, recomendar a vacinação de todas as gestantes como forma de minimizar a gravidade da doença e diminuir a mortalidade materna por essa causa.

Palavras-chave: *COVID-19; gestação; morbimortalidade.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311139

COVID-19: evolução clínica e desfechos obstétricos em um centro terciário

Mateus Leonardo Sinis[1], Ramade Calil Carneiro da Silva[1], Marcela Ignacchiti Lacerda Ávila[1], Flávia Cunha dos Santos[1], Guilherme Ribeiro Ramires de Jesus[1], Nilson Ramires de Jesus[1]
[1]Hospital Universitário Pedro Ernesto

Introdução: A COVID-19 é causada pelo coronavírus 2 (SARS-CoV-2), um vírus de ácido ribonucleico fita simples que emergiu no final de 2019 em Wuhan, província de Hubei, na China. Pode ter evolução assintomática, apresentando casos leves, que são maioria, ou evolução crítica, que cursa com a síndrome respiratória aguda grave (SRAG). Segundo o Ministério da Saúde, gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto devem ser consideradas grupo de risco para COVID-19. No ano de 2020, 10.267 gestantes foram hospitalizadas por SRAG, das quais 4.773 foram confirmadas para COVID-19 e 350 evoluíram para óbito. **Objetivo:** Avaliar a evolução clínica e os desfechos obstétricos de gestantes e puérperas com COVID-19 acompanhadas no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no período de março de 2020 a abril de 2021. **Materiais e Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva, realizado no HUPE/UERJ. Foram selecionados todos as gestantes e puérperas com COVID-19 que estavam em acompanhamento no pré-natal e ou foram internadas na unidade. As pacientes incluídas tiveram todos os dados de seus prontuários físicos e eletrônicos revisados e preenchidos em um roteiro semiestruturado e em tabela de Excel. **Resultados:** No total, foram acompanhadas 41 pacientes, 35 gestantes e seis puérperas nas unidades de COVID-19 do HUPE. Apenas 48,6% faziam acompanhamento prévio no pré-natal do Hospital; o restante chegou por meio de transferências de outras unidades. Na análise das 35 gestantes, a mediana de idade foi 29,9 anos (desvio padrão 6,8; mínimo 15 e máximo 42 anos) e 34,3% eram primíparas, com 28 semanas de média de idade gestacional no momento da internação. Com relação a comorbidades prévias, 60% tinham alguma patologia, sendo 20% hipertensão arterial; 17,1% obesidade; 9% diabetes; doenças autoimunes 15,3%, renais 14,3% e pulmonares 11,4% e 8,6% possuíam doenças cardíacas. Os sintomas mais prevalentes nas gestantes foram febre (60%), dispneia (37,1%) e tosse (31,4%.) Internaram-se em unidade de terapia intensiva (UTI) 20%, e 8,6% foram a óbito. Do total analisado, 20% das pacientes tiveram abortos, com a menor idade gestacional de 12 semanas e a maior de 22. Entre as pacientes que evoluíram para parto durante a internação, 68,9% fizeram cesarianas, com 68,9% de partos prematuros. As outras seis pacientes receberam alta como gestantes. Entre as seis puérperas, a mediana de idade foi 30,6 anos (desvio padrão 5,7; 22–38 anos) e apenas uma tinha comorbidades prévias. Todas internaram-se com diagnóstico de COVID-19 até sete dias após o parto. Os sintomas mais comuns no momento da internação foram dispneia (83,4%) e febre (50%). Internaram-se em UTI 50%, e 16,7% foram a óbito. Todas as puérperas internadas tiveram parto cesáreo, e apenas dois deles ocorreram no HUPE. **Conclusão:** A infecção pelo SARS-CoV-2, nesta coorte, parece ter aumentado as internações e óbitos maternos por causas não obstétricas e teve impacto na taxa de partos cesáreos e nascimentos prematuros. Porém, mais estudos são necessários para compreender o comportamento viral no ciclo gravídico- puerperal.

Palavras-chave: *COVID-19; gestação; puerpério.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311140

Degeneração de leiomioma de ligamento largo em puérpera

Isabella Soares da Costa dos Santos[1], Leandro Teixeira Abreu[1], Deise da Costa Oliveira[1], Ligia Cardoso de Oliveira[1]
[1]Hospital Da Mulher Heloneida Studart

Introdução: Os leiomiomas uterinos são tumores monoclonais benignos originados das células musculares lisas do miométrio. São considerados os tumores pélvicos mais comuns, acometendo mulheres tipicamente em idade reprodutiva e podendo cursar com efeitos adversos. O leiomioma extrauterino (<1%) é mais frequentemente localizado no ligamento largo do útero, porém a sua incidência real é desconhecida, já que é muito raro. **Relato de caso:** C.C.D.S., 33 anos, 7º dia pós-cesárea de gemelar, em uso de clexane por suspeita de trombose venosa profunda em membro inferior direito e controle pressórico em razão de hipertensão gestacional, inicia um quadro de sangramento por ferida operatória associado a dor abdominal difusa e parada de eliminação de fezes. Foi submetida a laparatomia, com achado cirúrgico de volumosa tumoração retrouterina, na qual podia evidenciar-se intenso foco de sangramento. A histerorrafia não apresentava foco de sangramento. Realizou-se histerectomia total, com rigorosa revisão da hemostasia. Tumoração de 15 cm de diâmetro, de localização para-anexial esquerda, aderida a planos profundos e infundíbulo pélvico esquerdo, que dificuldava a delimitação do ureter. Optou-se por não proceder à exérese da massa tumoral por causa da aderência. O estudo histopatológico confirmou o diagnóstico de leiomiooma. **Conclusão:** Nosso caso contempla a rara localização retroperitoneal de um leiomioma, parasitando o ligamento largo. Esses tumores histologicamente benignos são frequentemente muito grandes e podem comprimir uretra, colo vesical e ureter. Enfatizamos a importância do reconhecimento de locais extrauterinos para que medidas diagnósticas e terapêuticas sejam executadas mais brevemente.

Palavras-chave: *leiomioma; ligamento largo; histerectomia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311141

Desafios no diagnóstico das síndromes disautonômicas na gestação: relato de caso

Ellen Tieko Tsugami Dalla Costa[1], Paula Faria Campos[1], Kelma Luana Abreu de Siqueira[1], Lorena da Silva Rosa[1], Catharina Maria Facciolli Blum[1], Carolina Genaro Pultrin[1]
[1]Hospital Materno Infantil de Brasília

Introdução: A gestação é um período singular, no qual alterações fisiológicas podem exacerbar os sintomas das síndromes disautonômicas. A síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS) é uma disautonomia simpática caracterizada pelo aumento de ≥30 batimentos por minuto (bpm) na frequência cardíaca quando em posição ortostática, sem hipotensão, que pode estar associada a cefaleia, vertigem, ansiedade, turvação visual e síncope em pacientes acima de 19 anos. Os sintomas de taquicardia no paciente com a síndrome de POTS podem ser desencadeados por: hipovolemia, quando a diminuição da pré-carga provoca a taquicardia reflexa; disfunção neuroendócrina com estado hiperadrenérgico; e disautonomia do sistema nervoso adrenérgico. Por outro lado, a síncope vasovagal vasoplégica ocorre em consequência de uma hipotensão por bradicardia associada ou não a vasodilatação periférica. **Relato de caso:** Gestante, 20 anos, primigesta, 33 semanas, com história de transtorno depressivo recorrente, com tentativas de suicídio impulsivas e síncope quando em posição ortostática por mais de 10 min. Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 108 bpm quando sentada; 118 bpm e tontura leve quando em pé por 3 min; 138 bpm e turvação visual quando em pé por 7 min; e 140 bpm, com piora dos sintomas, quando em pé por 10 min. O *tilt test* realizado foi tecnicamente limitado, pois descreveu aumento na frequência cardíaca e posterior queda da pressão arterial, evoluindo para uma pressão arterial inaudível, e considerou síncope vasovagal vasoplégica positiva, porém não computou o aumento da frequência cardíaca nos primeiros 3 min, critério para a síndrome de POTS. Diante dos achados clínicos e após a interpretação cuidadosa do *tilt test*, foi aventada a hipótese de síndrome de POTS associada à síncope vasovagal, além de depressão e ansiedade secundárias. Iniciou-se o tratamento com Fluoxetina; ingestão de 3 a 4 litros de água por dia; e uso de meia compressiva, com melhora na tolerância da posição ortostática. Entrou em trabalho de parto com 38 semanas e 6 dias, quando foi indicada a cesariana por desproporção cefalopélvica. O parto e o pós-parto evoluíram sem qualquer intercorrência. **Conclusão:** Perante os sintomas de disautonomia, os diagnósticos diferenciais devem ser cuidadosamente avaliados. A síndrome de POTS ou a síncope vasovagal vasoplégica não são contraindicações para a gestação. Durante o terceiro trimestre, a pressão uterina na veia cava inferior piora a pré-carga cardíaca, podendo piorar os sintomas de disautonomia. O diagnóstico adequado, associado ao acompanhamento especializado, possibilitam o controle dos sintomas e uma gestação mais segura.

Palavras-chave: *síndromes disautonômicas; taquicardia postural; ortostática; síncope vasovagal vasoplégica; gestação.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311142

Descoberta da gravidez após morte cerebral materna: relato de caso

Bianca Marchi[1], Phillippi Vinicius do Livramento Pamplona[1], Raquel Ronconi Tomaz da Silva[1], Arieli Carini Michels[1], João Vilson Claudio Teixeira[1]
[1]Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Introdução: Acidentes vasculares cerebrais podem apresentar lesões irreversíveis em longo prazo, como quadros hemorrágicos cerebrais com evolução para a morte encefálica. Nesse viés, após a morte cerebral, o corpo materno ainda permanece com suas funções fisiológicas, contanto que haja um suporte adequado para suprir as necessidades fetais. Ademais, é necessário ponderar as adversidades encontradas no processo de desenvolvimento do feto nessa circunstância, e se de fato seria viável mantê-lo em condições favoráveis, sem comprometer seu crescimento. **Objetivo:** Relatar um caso de descoberta da gravidez após um quadro de morte cerebral. **Relato de caso:** Feminina negra, 37 anos, G8P6C1, com histórico de laqueadura tubária, obesa e hipertensa, sem medicamentos em uso contínuo, residente na região do Alto Vale do Itajaí/SC, Brasil. Após o chamado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em 28 de junho de 2020, verificou-se que a paciente tinha histórico de cefaleia há 15 dias, associada a náuseas e vômitos e dores nos membros inferiores durante o dia. No local, apresentava movimentos clônicos e perda de consciência, com evolução para parada cardiorrespiratória. Realizou-se tomografia computadorizada de crânio, que demonstrou hemorragia subaracnóidea frontoparietal com focos difusos. Ao exame neurológico, apresentava *deficit* de reflexos neurais, com confirmação de morte encefálica. Em exame de imagem, solicitado em razão da patologia de base, foi identificado feto intraútero e, em seguida, efetuou-se o ultrassom obstétrico para verificar a idade gestacional (IG). Descobriu-se que a paciente tinha uma gestação única, tópica, transversa com IG de 18 semanas. Os familiares não tinham conhecimento sobre a gestação, pois, como o marido relatou, a paciente havia passado por um procedimento de ligadura tubária. Optou-se por manter os sinais vitais da mãe em estabilidade na tentativa de manter o desenvolvimento fetal. Durante o período de internação, ela evoluiu para um quadro séptico com plaquetopenia progressiva e outros distúrbios hidroeletrolíticos, endócrinos, hematológicos, além de hipotermia. Sua pressão arterial era de 160/94, corroborando o quadro hipertensivo crônico, porém a paciente não aderia ao tratamento da hipertensão ambulatorial antes mesmo desse episódio gravídico. Em relação ao feto, foi realizado um ultrassom morfológico (IG de 22 semanas), que demonstrou hipomotilidade fetal, restrição severa de crescimento e aumento da ecogenicidade do parênquima cerebral, inferindo-se a possibilidade de lesão cerebral consequente a hemorragia cerebral prévia por causa do evento isquêmico materno. **Conclusão:** A história do relato não tem um final prospectivo para os pacientes, pois ambos acabaram falecendo. Há divergência da literatura sobre os benefícios e malefícios da prorrogação da gestação após a morte cerebral, pois o tratamento utilizado para manter a gestante em condições favoráveis ao desenvolvimento do feto se mostra arriscado e, muitas vezes, não é suficiente para suprir todas as necessidades de ambos.

Palavras-chave: *hipertensão gestacional; morte encefálica; gravidez.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311143

Descolamento prematuro de placenta grave em adolescente: relato de caso

Caroline Graça Mota Damasceno[1], Bruna Obeica Vasconcellos[1], Alberto Alves Borges[2], Jacqueline Assumção Silveira Montuori[1], Osvaldo Luiz Aranda[2], Jorge Fonte de Rezende Filho[1]
[1]Fundação Técnico-Educacional Souza Marques
[2]Hospital Maternidade Carmela Dutra

Introdução: A gestação durante a adolescência está relacionada com mudanças psicossociais, início tardio de pré-natal e também a complicações obstétricas e neonatais, sendo as mais importantes a doença hipertensiva específica da gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer. Uma das principais causas de sangramento na segunda metade da gestação é o descolamento prematuro de placenta (DPP), caracterizado pela separação da placenta antes do nascimento do concepto, podendo causar danos severos maternos e fetais dependendo da extensão da área descolada. **Relato de caso:** L.B.S., 14 anos, branca, do lar, previamente hígida, primigesta sem intercorrência no pré-natal com sete consultas já realizadas, dá entrada em maternidade com quadro de dor abdominal intensa e metrossístoles de início súbito, com idade gestacional de 31 semanas e 2 dias pela primeira ultrassonografia realizada. Ao exame, estava hipocorada (+3/+4), com pressão arterial 131x88 mmHg, frequência cardíaca 110 bpm, saturação de oxigênio 97% e afebril. O tônus uterino encontrava-se aumentado, sem atividade, e o batimento cardíaco fetal inaudível ao sonar. Ao toque, o colo uterino estava fechado, grosso e posterior. A paciente foi encaminhada urgentemente para o centro cirúrgico para a realização de cesariana, com área de descolamento prematuro de placenta de 100% e extração de natimorto do sexo masculino, 1245 g. Após a extração, observou-se atonia uterina e efetuaram-se massagem uterina, aplicação local de ocitocina, misoprostol sublingual e retal, com boa resposta às manobras, não sendo necessária a histerectomia subtotal. No pós-operatório imediato, foi identificada importante anemia, sendo necessária a hemotransfusão de duas bolsas de concentrado de hemácias e duas de plasma fresco, bem como transferência para cuidados intensivos em outra unidade. Após 10 dias, a paciente recebeu alta, com suplementação para anemia. **Conclusão:** A incidência de DPP varia de 0,3 a 1%, frequência que tem aumentado nos últimos anos, e os casos graves o suficiente para ocasionarem óbito fetal correspondem a 0,12%. Sua etiologia pode ser variada e atualmente a causa principal, quando não há história de trauma, é o aumento dos níveis pressóricos, podendo corresponder a 40% dos casos. O diagnóstico é majoritariamente clínico e a conduta, nos casos agudos, vai depender dos sinais vitais maternos e da viabilidade fetal. Caso ocorra instabilidade hemodinâmica materna, sinais de coagulopatia e distúrbios hidroeletrolíticos, estes devem ser corrigidos simultaneamente à interrupção, que deve ser realizada pela via mais rápida. O caso em discussão, na classificação de Sher 3A, teve desfecho favorável, mesmo com a necessidade de medidas invasivas para seu controle. Assim, a paciente em questão deve ser orientada sobre os sinais e sintomas para evitar quadro tão grave em gestação futura, visto que a taxa de recorrência é de 15 a 20 vezes maior em pacientes que apresentaram DPP em gestação anterior.

Palavras-chave: *descolamento prematuro de placenta; gestação na adolescência; emergência obstétrica.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311144

Diagnóstico clínico e ultrassonográfico de uma gestação ectópica abdominal: relato de caso

Thyene de Vilhena[1], Kamilla Fernanda Babilônia Corrêa[1], Alba Larissa dos Santos Esperidiao[1], Isabela Furtado Guiotti[1], Sabrina Carpanez Veiga[1]
[1]Maternidade Odete Valadares

Introdução: Uma gravidez extrauterina é denominada de ectópica. A gestação ectópica abdominal caracteriza-se por uma implantação na cavidade peritoneal. É um evento raro, com incidência de 1,4% das gestações ectópicas e um a cada 10 mil nascimentos. Seus fatores de risco são dano tubário prévio, doença inflamatória pélvica, endometriose, reprodução assistida e multiparidade. A sua compreensão é de grande importância, visto que ela é a principal causa de mortalidade materna no primeiro trimestre, responsável por 4–10% de todas as mortes relacionadas à gravidez. **Relato de caso:** E.A.L., 36 anos, G2P0E1, com idade gestacional (IG) de nove semanas e seis dias pela data da última menstruação, foi atendida em pronto atendimento no dia 8 de abril de 2021 com queixa de dor em fossa ilíaca esquerda, sem sangramento ou outro sintoma. Relatava passado de gestação ectópica, dois anos antes, de localização em tuba uterina esquerda, quando foi submetida a salpingectomia à esquerda. Em seu primeiro ultrassom, com IG de cinco semanas, não foram revelados sinais de gestação intrauterina. Ao exame físico, a paciente apresentava dor discreta à palpação abdominal de fossa ilíaca esquerda e toque vaginal bimanual não doloroso. Apesar do exame, no momento, não ser rico para gestação ectópica e a dor se localizar no mesmo local da gestação ectópica anterior, optou-se por solicitar um ultrassom endovaginal por causa dos fatores de risco e da não visualização de saco gestacional com IG de cinco semanas. A ultrassonografia mostrou a presença de saco gestacional em hipocôndrio esquerdo, medindo 28,5 mm e contendo embrião de 24,7 mm, com batimentos cardíacos presentes e pequena quantidade de líquido livre na pelve. A paciente manifestou o desejo de procurar outro serviço apesar das orientações dos riscos do deslocamento e da evasão. Foi submetida a laparotomia em 9 de abril de 2021, em outro hospital. **Conclusão:** Em razão da localização variável no abdômen, a gravidez abdominal está associada a uma ampla gama de sinais e sintomas. Assim, um alto índice de suspeita, considerando-se os fatores de risco de cada paciente, é importante para se fazer o diagnóstico. A clínica de uma gestação ectópica abdominal nem sempre é clássica. O sangramento vaginal, por exemplo, é menos frequente, mas em alguns casos também pode estar presente. Percebe-se que uma avaliação global da paciente se faz necessária. As gravidezes abdominais na maioria dos casos são interrompidas, pois o potencial de parto de um bebê saudável é baixo e o risco de complicações maternas é alto. Diante disso, o diagnóstico precoce reduz complicações e permite o sucesso terapêutico.

Palavras-chave: *gravidez ectópica; salpingectomia; gravidez abdominal.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311145

Diagnóstico de miomatose uterina durante a gestação: desafios relacionados ao cuidado pré-natal e ao parto

Ana Sanches Prazeres[1], Teresa Cristina Tavares Beim Alves[1], Bruna Obeica Vasconcellos[1], Jacqueline Assumção Silveira Montuori[1], Priscila de Almeida Torre[1]
[1]Hospital Maternidade Fernando Magalhães

Introdução: O leiomioma uterino é o tumor pélvico benigno mais frequente do aparelho reprodutivo feminino, para o qual se estima a prevalência de 1:5 mulheres em idade reprodutiva. Seu diagnóstico ocorre principalmente em torno da quarta década de vida, e sua incidência em associação à gravidez é crescente, tendo sido relacionada ao aumento da idade da primeira gestação e à influência do estado hormonal gravídico. Paralelamente, a miomatose apresenta-se como fator de risco independente para parto pré-termo e ruptura prematura de membranas, hemorragia pós-parto, desproporção cefalopélvica e baixo peso ao nascer e associa-se à maior proporção de partos cesáreos. **Relato de caso:** Paciente de 40 anos, GIIIPI, hipertensa e hipotireóidea, iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, com medida de fundo uterino de aproximadamente 20 cm. Na primeira consulta, solicitaram-se rotina laboratorial e ultrassonografia obstétrica, a qual diagnosticou múltiplos miomas não mensurados. Durante o pré-natal, o crescimento do fundo de útero foi desproporcional em relação à idade gestacional; próximo ao termo, a paciente apresentava medida de 52 cm, com idade gestacional de 36 semanas e 3 dias. Optou-se por cesárea eletiva com 37 semanas por conta do volume uterino, das queixas álgicas e do desconforto respiratório, e, pelo fato de a paciente apresentar prole constituída, optou-se por histerectomia eletiva concomitante à cesariana. Realizou-se a internação da paciente com reserva de sangue. Os procedimentos foram realizados sem intercorrências, e mãe e filho receberam alta após 48 horas. **Conclusão:** De acordo com estudos recentes, a miomatose uterina tem prevalência avaliada entre 3 e 10% de todas as gestações e é em muitos casos diagnosticada por ocasião do rastreio ultrassonográfico pré-natal, visto que a grande maioria dos casos é assintomática. Uma vez descoberta, é importante seu acompanhamento para que se esteja alerta para

desfechos maternos e fetais desfavoráveis, verificados em aproximadamente 30% dos casos. Há comprovação de variação significativa do tamanho dos miomas no decorrer da gravidez, mais acentuadamente durante o primeiro trimestre e em miomas detectados com mais de 5 cm. Em relação a tamanho e localização, é descrito que miomas grandes e próximos à cérvix uterina estariam mais ligados a hemorragia puerperal intensa e maiores taxas de partos cesáreos, enquanto a presença de múltiplos miomas estaria relacionada a partos pré-termo e apresentações anômalas. A indicação da via de parto deve levar em consideração tanto a saúde materna quanto a vitalidade fetal e ponderar sobre a possibilidade de prematuridade, baixo peso ao nascimento e restrição do crescimento intrauterino. Ainda que a presença de leiomioma uterino não seja indicação formal para a realização de operação cesariana, cada caso deve ser individualizado e levar em consideração os riscos implicados, atentando ao fato de que a miomatose é a principal causa de histerectomia, que é considerada seu tratamento definitivo.

Palavras-chave: *gravidez leiomioma; diagnóstico; fatores de risco.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311146

Diagnóstico de rabdomiossarcoma orbital durante a gestação: relato de caso

Mariane Albuquerque Reis[1], Pedro Henrique Braga de Avila[1], Michelly Nóbrega Monteiro[1], Ingrid Iana Fernandes Medeiros[1], Marina Beatriz de Carvalho Lima[1], Marcela Almeida Brunet de Sá[1]
[1]Maternidade Escola Januário Cicco, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Introdução: O rabdomiossarcoma de órbita é uma neoplasia essencialmente de crianças e adultos jovens, que ocorre na maioria dos vezes em pessoas com menos de 15 anos. Há poucos casos descritos na literatura do diagnóstico durante gestação. **Relato de caso**: Paciente de 16 anos, encaminhada para realizar o pré-natal de alto risco em razão do diagnóstico de rabdomiossarcoma em órbita direita, com metástase para linfonodos e parótida. Foi diagnosticada com 14,2 semanas de gestação no hospital de infectologia, quando foi admitida por lacrimejamento, aumento de volume ocular, dor ocular direita e alteração visual (diminuição da acuidade e diplopia) havia um mês. Prescreveram-se ceftriaxona, oxacilina e dexametasona por sete dias, sem melhora. Realizaram-se tomografia de crânio, que visualizou lesão expansiva em região de órbita direita, com proptose ocular e destruição óssea adjacente, e biópsia com imuno-histoquímica que demonstrou rabdomiossarcoma alveolar. A paciente foi encaminhada para seguimento no serviço de oncologia e obstetrícia de alto risco. Na primeira consulta estava com 22,4 semanas e havia realizado três sessões de quimioterapia semanal com vincristina + carboplatina + doxorrubicina desde 5 de novembro de 2020 em hospital de oncologia, e havia proposta de fazer mais cinco sessões antes da interrupção da gestação, programada inicialmente para 28 semanas pela equipe da oncologia. A paciente realizou ultrassonografia morfológica em 2 de dezembro de 2020, que mostrou morfologia normal e exames laboratoriais sem alterações. Durante o acompanhamento pré-natal, houve crescimento fetal adequado, assim como boa vitalidade fetal em exames clínicos e ultrassonográficos. O último ciclo de quimioterapia deu-se em 25 de janeiro de 2021, e foi programada a interrupção da gravidez para 12 de fevereiro de 2021, quando seriam completadas 34 semanas. Prescreveu-se betametasona para corticoterapia anteparto para amadurecimento pulmonar em 9 de fevereiro de 2021, e a paciente foi internada no dia 10 de fevereiro para a programação de cesárea, que foi efetuada no dia 12, com recém-nascido vivo, do sexo masculino, Apgar 9/9, com cuidados de pediatra imediatos após clampeamento oportuno do cordão umbilical. Apresentou peso de 2150 g, estatura de 44 cm e perímetro cefálico de 31 cm. A paciente evoluiu bem durante puerpério imediato e referia estar emocionalmente estável, com estratégias de enfrentamento adaptativas. Foi contraindicada a amamentação. O recém-nascido estava adequado para a idade gestacional, inicialmente sem alterações ao exame físico, com baixo peso, e apresentou icterícia durante os primeiros dias de vida, necessitando de realização de fototerapia. Realizou teste do coraçãozinho normal em 14 de fevereiro de 2021. Após sete dias mãe e filho receberam alta, com programação de nova sessão de quimioterapia para 22 de fevereiro. **Conclusão**: A presença de proptose acompanhada de sinais de inflamação de início agudo é comumente causada na infância e adolescência por celulite orbitária, porém deve sempre ser considerada a hipótese diagnóstica de rabdomiossarcoma, haja vista a dificuldade de diferenciar ambos os diagnósticos com base em achados clínicos.

Palavras-chave: *rabdomiossarcoma; gravidez; celulite orbitária.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311147

Diagnóstico diferencial entre gestação heterotópica e gestação ectópica com Arias-Stella: relato de caso

Thyene de Vilhena[1], Felipe Clemente Colbert Câmara[1], Lígia Sant Ana Bonisson[1], Talita Alvarenga Petrini Carvalho[1], Sabrina Carpanez Veiga[1], Silvio Guedes de Assis Martinelli[2]
[1]Maternidade Odete Valadares
[2]Hospital Belo Horizonte

Introdução: A gestação ectópica é caracterizada pela implantação do blastocisto em uma localização diferente da cavidade uterina. A compreensão de sua etiologia, fatores de risco e correto diagnóstico faz-se necessária para reduzir a mortalidade materna nesse período, pois ela ainda é a principal causa de óbito materno no 1º trimestre gestacional. Já a gestação heterotópica corresponde à presença de gestações simultâneas em dois locais de implantação diferentes. É um evento raro, que ocorre em 1:30.000 gestações. O diagnóstico precoce da gravidez heterotópica é difícil. Assim, um alto índice de suspeita é importante. **Relato de caso:** I.E.S., 37 anos, G4PC3, salpingectomia bilateral há 10 anos, com atraso menstrual de seis semanas e cinco dias e gonadotrofina coriônica humana beta (beta-HCG) de 61,87 em 6 de fevereiro de 2021. Compareceu ao pronto atendimento em 7 de fevereiro de 2021, estável, com queixa de sangramento vaginal em pequena quantidade há uma semana, associado a cólicas. Ao exame, identificou-se dor em anexo direito à palpação bimanual e colo fechado. Solicitou-se novo beta-HCG com valor de 1.021,2. Durante a observação, a paciente evoluiu com expulsão de material amorfo e colo aberto. O material foi enviado para estudo. Apesar de o quadro ser compatível com aborto em evolução, optou-se pela realização do ultrassom transvaginal em razão da salpingectomia prévia: foram identificados material heterogêneo em cavidade uterina compatível com aborto espontâneo e massa heterogênea em região anexial direita compatível com gestação ectópica rota. Aventou-se a hipótese de gestação heterotópica. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora, com identificação de gestação ectópica rota em tuba uterina direita. Ao fim, o resultado do exame anatomopatológico identificou uma gestação ectópica em tuba uterina direita e fenômeno de Arias-Stella. **Conclusão:** Atenção especial deve ser dada às pacientes com fatores de risco para gestação ectópica, como cirurgia tubária prévia, gestação ectópica prévia, tabagismo, infertilidade na vigência de atraso menstrual e sangramento vaginal. O diagnóstico deve ser complementado com exame de imagem, dosagem de beta-HCG e, excepcionalmente, curetagem uterina para identificar a reação de Arias-Stella ou a presença de restos ovulares. Apesar da alta probabilidade de se tratar de uma gestação heterotópica nesse caso, o diagnóstico final é obtido apenas com o laudo anatomopatológico. Destaca-se a necessidade da avaliação global da paciente. Dessa forma, é possível aumentar a precisão diagnóstica, o diagnóstico precoce e a chance de sucesso terapêutico. Por fim, possibilita-se alcançar um dos maiores objetivos da obstetrícia, que é a redução da mortalidade materna.

Palavras-chave: *gravidez heterotópica; gravidez ectópica; gravidez tubária.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311148

Dificuldade diagnóstica de embolia pulmonar diante da pandemia de COVID-19

Kiara de Medeiros Braga Cruz[1], Fernanda Fernandes Figueira[1], Mariana Monteiro Rangel Pacheco[1], Polyana de Paula Mendes Machado[1], Ianne Montes Duarte[1], Consuelo Chicralla Martins[2]
[1]Associação Fluminense de Assistência à Mulher, à Criança e ao Idoso
[2]Hospital Plantadores de Cana

Introdução: Considerada como uma causa importante de morbimortalidade materna, a doença tromboembólica incide em 0,05–0,3% das gestações. Possui como fatores de risco modificações do organismo materno que

levam à hipercoagulabilidade, além de fatores intrínsecos da paciente como obesidade, idade, história prévia e familiar de doença tromboembólica, varicosidade, entre outros. Seus sintomas compreendem dispneia, precordialgia e tosse acompanhada de hemoptise. Na conjuntura de pandemia, na qual os sintomas de várias doenças confluem, é de suma importância realizar o diagnóstico diferencial, não abrindo mão de investigar doenças mais incomuns. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com embolia pulmonar durante a gravidez e correlacionar a pandemia de COVID-19 como obstáculo diagnóstico. **Métodos:** As informações foram obtidas por meio do acompanhamento da paciente, de diagnóstico de imagem, além de revisão de prontuário e pesquisa bibliográfica nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed, Google Scholar e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). **Resultados:** R.S.C., 26 anos, parda, G2PN1, 11 semanas e 3 dias de gestação, buscou atendimento na maternidade do Hospital Plantadores de Cana em março de 2021, referindo quadro de hemoptise e tosse seca havia oito dias. Ao exame físico, destacou-se a presença de varizes superficiais em membros inferiores, com sinais vitais nos parâmetros da normalidade, e indicou-se internação hospitalar para melhor investigação diagnóstica. Apresentava como patologia pregressa doença vascular periférica, com *eco-doppler* venoso de membros inferiores de 25 de março de 2021, sem alterações. Na análise dos resultados de exames admissionais, apenas o D-dímero se mostrou elevado. Optou-se por iniciar anticoagulação com Enoxaparina 80 mg, via subcutânea, de 12 em 12 horas. Complementando a investigação, realizaram-se teste rápido para COVID-19, não reagente, e *eco-doppler* venoso de membros inferiores, com ausência de sinais ultrassonográficos compatíveis com trombose venosa profunda. Notou-se, em tomografia computadorizada de tórax, consolidação parenquimatosa de aspecto triangular com base voltada para a periferia, situada no segmento basal posterior do lobo inferior direito, podendo corresponder a área de infarto pulmonar, além de aumento do calibre do tronco arterial pulmonar, achados sugestivos de embolia pulmonar. **Conclusão:** Apesar de a paciente não possuir nenhum fator de risco que levantasse suspeita forte de embolia pulmonar, de estar em uma gestação inicial e referir sintomas que coincidem com a descoberta da gravidez, a hipótese não pode deixar de ser aventada. Com o contexto global do COVID-19 e de suas principais manifestações clínico-respiratórias, outras patologias que possuem sintomas respiratórios acabam sendo colocadas em segundo plano. O presente caso teve a dificuldade diagnóstica agravada pelas circunstâncias atuais de pandemia, em que os sintomas se confundem com uma patologia de maior morbimortalidade do que a própria infecção pelo vírus SARS-CoV-2 .

Palavras-chave: *gestação; alto risco; embolia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311149

Doença hemolítica perinatal em gestação gemelar dicoriônica diamniótica: relato de caso

Maria Eduarda Furtado Fernandes Terra[1], Guilherme Ribeiro Ramires de Jesús[1], Eduardo Teixeira da Silva Ribeiro[1], Fernando Maia Peixoto Filho[1]

[1]Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz

Introdução: Apesar da implementação da profilaxia com imunoglobulina antiD, a doença hemolítica perinatal (DHPN) continua a ser importante causa de morbidade perinatal. Casos de DHPN em gestações múltiplas são um desafio à prática clínica, pois há dificuldade técnica tanto para a realização de *doppler* de artéria cerebral média (ACM) para rastreio de anemia quanto para a cordocentese para diagnóstico e tratamento dos fetos. Neste trabalho, busca-se relatar o caso de paciente com DHPN em gestação gemelar dicoriônica diamniótica em que houve instalação de anemia grave em momentos diferentes da gestação, para cada feto. **Relato de caso:** Paciente de 32 anos, G6 P3C A2, com gestação gemelar dicoriônica diamniótica, tipagem sanguínea O negativo, aloimunizada, com primeira dosagem de Coombs indireto 1:1.024 (antiD e antiC), realizou rastreio de anemia fetal com *doppler* de ACM semanal desde 18 semanas e 4 dias de idade gestacional (IG). No exame realizado com 23 semanas e 6 dias de IG, constatou-se alto risco para anemia fetal em feto A (velocidade de pico da ACM correspondendo a 1,95 MoM), com exame normal para feto B. O feto A foi submetido a quatro transfusões intrauterinas (TIU), com 24, 25, 28 e 32 semanas de IG, enquanto o feto B foi acompanhado com *doppler* de ACM semanalmente até apresentar alto risco para anemia fetal com 32 semanas, quando foi submetido a uma TIU. Optou-se por antecipação do parto, e a paciente foi submetida a cesariana com IG de 33 semanas e 2 dias, com nascimento de G1 (feto A), masculino, com Apgar 7/9, pesando 1965 g e G2 (feto B), feminino, com Apgar 9/9, pesando 2240 g. Os dois recém-nascidos foram internados em unidade de terapia intensiva neonatal, com necessidade de hemotransfusão e fototerapia por sete dias. **Conclusão:** Com base no caso acima, pode-se observar que, sob as mesmas condições intrauterinas, os gemelares apresentaram diferentes graus de anemia. Isso sugere que fatores intrínsecos a cada feto interfiram na manifestação da doença. Em gestações dicoriônicas diamnióticas, tal fato poderia ser explicado pela presença de diferentes antígenos eritrocitários entre os fetos; no entanto, mesmo em gestações monocoriônicas, essa disparidade pode ser observada. Dessa maneira, é possível que outros fatores imunológicos e placentários estejam envolvidos no mecanismo da doença. Mais estudos sobre DHPN em gestações múltiplas contribuirão para o melhor entendimento de sua fisiopatologia.

Palavras-chave: *doença hemolítica perinatal; aloimunização; Rh; gestação múltipla.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311150

Esteatose hepática aguda da gravidez: fatores de risco, diagnóstico e tratamento

Geovanna Calazans Corrêa[1], Isabella Nascentes Tanizaki Coelho[2], Márcio Rabelo Mota[1]

[1]Instituição de Ensino Superior de Brasília, Centro Universitário de Brasília

[2]Universidade de Vassouras

Introdução: A esteatose hepática aguda da gravidez (EHAG) é uma emergência obstétrica rara, mas letal, determinada pela insuficiência hepática materna e que pode causar consequências para a mãe e para o feto, até mesmo a morte. A fisiopatologia dessa doença tem sido relacionada a defeitos no metabolismo de ácidos graxos na gravidez, principalmente no contexto de defeitos genéticos fetais na oxidação desses ácidos, que resultam em aumento materno no nível sérico de ácidos graxos durante a gestação. Por sua raridade e letalidade, torna-se crucial abordar a fisiopatologia dessa doença cada vez mais. **Objetivo:** Analisar os fatores de risco, o diagnóstico e os meios de tratamento da EHAG. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada por meio de busca na base PubMed com os descritores ("acute fatty liver" AND "pregnancy"), na qual foram encontrados 79 artigos dos últimos cinco anos. Como critérios de inclusão: publicações na íntegra e nos idiomas inglês e português. Por fim, foram selecionados os estudos que descreviam minuciosamente a fisiopatologia da EHAG e foram utilizados 13 artigos para a revisão. **Resultados e conclusão:** A EHAG já foi considerada uma doença extremamente rara na gravidez, mas com o avanço do conhecimento e o diagnóstico precoce os casos mais leves estão sendo reconhecidos. Atualmente, a prevalência estimada é de um a três casos a cada 10 mil gestações. Em uma revisão de literatura do ano de 2019, os fatores de risco associados à EHAG encontrados foram múltiplas gestações, fetos masculinos, distúrbios gordurosos do metabolismo de ácidos graxos no feto e episódios anteriores de EAHG. Um estudo de caso controle realizado entre 2010 e 2019 em um hospital terciário para doenças hepáticas na China considerou os seguintes aspectos clínicos e laboratoriais para o diagnóstico: sintomas de anorexia, náusea, vômito, icterícia, fadiga, preferência por comida fria e função hepática anormal durante o terceiro trimestre da gravidez ou no início do período pós-parto; resultados laboratoriais característicos, incluindo níveis elevados de alanina transaminase, bilirrubina e creatinina sérica, tempo de protrombina prolongado e hipoglicemia; ultrassonografia mostrando fígado gorduroso ou biópsia hepática com alterações patológicas características; além de todas as pacientes exibirem seis ou mais dos critérios de Swansea, o que confirmou objetivamente o diagnóstico de EAHG. Em relação às medidas terapêuticas, assim que houver diagnóstico ou alta suspeita de EAHG, a interrupção imediata da gravidez e o tratamento de suporte são cruciais, uma vez que não há relatos de continuação da gravidez sem aumentar a deterioração da função hepática, o que pode levar, até mesmo, à falência total hepática.

Palavras-chave: *esteatose hepática; gravidez alto risco; insuficiência hepática.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311151

Esteatose hepática aguda na gestação: um relato de caso

Paullini Silva Moreira[1], Suelen Peixoto Marinho de Deus[1], Claudia Lourdes Soares Laranjeira[1], Lorena Ventura Brandão[1], Melina Cançado Araújo Faria[1]
[1]Hospital Mater Dei

Objetivo: Revisar o diagnóstico e o tratamento da esteatose hepática aguda da gestação (EHAG). **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 30 anos, primigesta na 36ª semana de gestação, pré-natal de risco habitual, foi admitida com relato de icterícia, dor abdominal difusa e náuseas. Negava febre, colúria, acolia fecal ou prurido. Sem alterações no apetite. Movimentação fetal presente. Sem perdas vaginais. Ao exame da admissão, apresentava-se estável hemodinamicamente, normotensa, ictérica 3+/4+ e afebril. Batimentos cadíacos fetais de 145 bpm, dinâmica uterina ausente e tônus uterino normal. Os exames iniciais mostraram alteração na função hepática (FA 560 / GGT 206), hiperbilirrubinemia com predomínio de bilirrubina direta (BD) (bilirrubina total 10 / BD 6,21), RNI 2,13, tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa 52,4 / controle 27) e plaquetas de 135.000. Foi hospitalizada e indicou-se a interrupção da gestação, questionando-se EHAG. O parto não teve intercorrências e o recém-nascido foi encaminhado para o alojamento conjunto. **Resultados:** A paciente evoluiu com piora dos exames laboratoriais e hipoglicemia e foi encaminhada ao centro de terapia intensiva (CTI), onde permaneceu por quatro dias. Recebeu alta do CTI e manteve boa estabilidade hemodinâmica. A alta hospitalar ocorreu no 8º dia pós-parto e a paciente manteve o acompanhamento ambulatorial com equipe da clínica médica e da obstetrícia. **Conclusão:** A EHAG é um diagnóstico de exclusão, e sua identificação e tratamento precoces são essenciais para melhorar a sobrevida da paciente e do feto.

Palavras-chave: *esteatose hepática aguda na gestação; insuficiencia hepática; hepatopatias da gestação.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311152

Fatores associados ao desenvolvimento da depressão pós- parto

Amanda Silva Florentino[1], Priscilla Rocha Araujo Nader[1], Rubens José Loureiro[1]
[1]Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Introdução: O período puerperal envolve muitas transformações ocasionadas pela chegada do novo ser, que demanda responsabilidade, tempo e cuidados. Com isso, podem surgir diversas dúvidas e medos acerca da maternidade que, associadas às mudanças emocionais, físicas e hormonais e aos fatores de risco, podem levar ao desenvolvimento da depressão pós-parto. Esta é um transtorno psiquiátrico de humor que causa efeitos negativos sobre a mãe e a criança e está diretamente relacionada aos aspectos subjetivos de cada mulher. **Objetivo:** Investigar os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento da depressão pós-parto. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde durante o mês de abril de 2021. Para a busca, utilizaram-se os descritores "fatores de risco" AND "depressão pós-parto" AND "gravidez". Com a finalidade de analisar a literatura nacional, foram selecionados artigos disponibilizados em texto completo na língua portuguesa e publicados entre julho de 2011 e janeiro de 2020, dos quais somente um era de 2011 e os demais dos últimos três anos. A princípio foram identificados 1.528 artigos e, após a aplicação dos critérios de inclusão, restaram 30 artigos, dos quais oito compuseram a amostra final. **Resultados e conclusão:** O surgimento da depressão pós-parto pode estar associado a diversos fatores psicológicos, sociais, sociodemográficos e hormonais. Acerca dos fatores psicológicos, tem-se histórico de depressão familiar e da própria mulher, seja relacionado ao parto ou não, estresse durante a gestação e insatisfação com a gravidez. A falta de apoio por parte da família e do parceiro durante a gestação e o puerpério, a sobrecarga que pode ser ocasionada pela multiparidade, o uso de tabaco e álcool e a ocorrência de violência contra a gestante e puérpera configuram-se como fatores de risco sociais. Além disso, questões sociodemográficas como ser solteira, mãe jovem, ter perfil socioeconômico baixo e baixa escolaridade também influenciam no surgimento da patologia, assim como a desregulação hormonal. Por ser um problema de saúde pública, essa doença traz prejuízos na interação mãe-bebê, assim como no desenvolvimento social, cognitivo e afetivo da criança. Outrossim, pode levar ao suicídio e ao infanticídio. Diante dessa perspectiva, mostra-se necessário conhecer os aspectos preponderantes para o aparecimento da doença, com a finalidade de investir na construção de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce, para que puérperas tenham o tratamento adequado e as consequências sejam reduzidas. Dessa forma, a promoção do cuidado integral às mulheres no pós-parto permitirá reduzir as mazelas do modelo biomédico. Por fim, verifica-se que o fomento de políticas de enfrentamento da desigualdade social e a participação de grupos de apoio são boas alternativas, principalmente para as mulheres que não têm apoio dos seus parceiros.

Palavras-chave: *fatores de risco; depressão pós-parto; gravidez.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311153

Fatores de risco associados à gravidez ectópica: uma revisão da literatura

Luana Assis Marquez[1], Stéfany Vasconcelos Santos[1], Sarah Vargas Dias[1], Lara Machado de Oliveira[1], Rafaela Colodete Mota[1], Marcela Lima Souza Paulo[1]
[1]Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Introdução: A gravidez ectópica (GE) é a emergência ginecológica mais comum no mundo, sendo considerada como a implantação do óvulo em qualquer lugar fora do útero, que, na maioria dos casos (98%), ocorre nas tubas uterinas. Cada vez mais é observado o acréscimo dos diagnósticos de GE no mundo, a qual é responsável por 75% dos óbitos nos primeiros meses de gestação. Portanto é imprescindível a análise das razões de chance, ou fatores de risco, para GE, visto que elas são observadas em conjunto por essa gravidez ser caracterizada por causas multifatoriais. **Objetivo:** Verificar os fatores de risco para o acontecimento de uma gravidez ectópica. **Método:** Artigo de revisão realizado de setembro a novembro de 2019 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Foram selecionados 236 artigos com o uso das expressões de busca "pregnancy, tubal" OR "pregnancy, ectopic" AND "odds ratio", definidas pelo Medical Subject Headings (MeSH). Consideraram-se como critérios de inclusão e exclusão o idioma inglês, os limites feminino e gravidez, documentos do tipo artigo, com texto disponível completo e publicados nos últimos cinco anos, selecionados pelo assunto principal: gravidez ectópica. Com base nisso, foram excluídos 211 artigos e restaram 25. Após a leitura dos títulos e resumos, foram escolhidos por fim nove artigos, que correspondiam melhor ao objetivo do estudo. **Resultados:** Pode- se observar que a história de infertilidade e a salpingectomia em gravidezes ectópicas anteriores são os fatores de risco mais significativos para a recorrência de uma GE. A técnica de fertilização *in vitro* (FIV) tem sido um tratamento comum para a infertilidade, porém surgem complicações como a síndrome da hiperestimulação ovariana, GE e gravidez múltipla. Apesar de ser um tratamento, possui alta taxa de GE, pois a maioria das mulheres que o fazem é infértil. Além disso, há indícios de GE em função do uso de anticoncepcionais, pois uma determinada combinação de hormônios pode inibir a atividade tubária. Ademais, a doença de Crohn pode tornar as mulheres mais suscetíveis a ter perfurações do que as com colite ulcerativa, o que pode contribuir como um fator de risco para a ocorrência de GE. **Conclusão:** Após a finalização do estudo dos artigos selecionados, certificou-se de que os fatores mais relevantes para a incidência de gravidez ectópica foram o histórico de infertilidade e a salpingectomia. Além disso, na FIV, as condições hormonais, imunológicas e da atividade uterina influenciam diretamente no episódio de GE.

Palavras-chave: *gravidez tubária, gravidez ectópica.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311154

Gestação ectópica: dez semanas

Isabella Soares da Costa dos Santos[1], Ligia Cardoso de Oliveira[1]
[1]Hospital Da Mulher Heloneida Studart

Introdução: O desenvolvimento subsequente e a implantação do embrião fora do revestimento uterino são definidos como gravidez ectópica, que tem uma ampla variedade de apresentações, por exemplo, de hemoperitônio agudo a gravidez ectópica crônica. O caso apresentado é um exemplo incomum de gravidez ectópica com grande hematosalpinge e sintomas clássicos. **Relato de caso:** Paciente M.D.S.U.F., 39 anos de idade, G4/P3 (2PN+1PC), procurou maternidade em razão de dor abdominal súbita e sinais de instabilidade hemodinâmica. Ao exame físico, abdome distendido, extremamente doloroso, com sinais de peritonite. Trouxe gonadrotofina coriônica humana beta (beta-HCG) qualitativo positivo externo. A idade gestacional pela última menstruação correspondia a 10 semanas e 2 dias. Foi submetida a laparatomia exploratória de urgência, que evidenciou grande quantidade de líquido hemorrágico no abdome, gravidez ectópica à direita com presença de ruptura extensa de trompa direita em sua porção ístmica, com feto de cerca de 10 cm, aparentemente do sexo masculino, e massa placentária aderida a ovário ipsilateral, tuba uterina esquerda dilatada e endurecida, demais estruturas pélvicas sem anormalidade. Após drenagem do líquido hemorrágico, foram realizadas salpingectomia com ooferectomia à direita e retirada de feto e placenta. Foram foi transfundidos 400 mL de concetrado de hemácia, com melhora do sangramento. A placenta foi encaminhada ao histopatológico e a paciente à terapia intensiva. **Conclusão:** Até 2% das gestações podem ser gravidezes ectópicas. A prevalência desse tipo de gravidez chega a 18% com as mulheres que se apresentam ao pronto-socorro com dor abdominal e sangramento vaginal no primeiro trimestre ou ambos. Apesar das melhorias no diagnóstico e no tratamento, a ruptura da gravidez ectópica continua a ter morbidade e mortalidade significativas. As gravidezes ectópicas rotas, de 2011 a 2013, foram responsáveis por 2,7% de todas as mortes relacionadas à gravidez e, além disso, são a principal causa de mortalidade relacionada à hemorragia. Casos de gestações ectópicas abdominais grandes foram publicados anteriormente. No entanto, a literatura é limitada sobre gestações ectópicas tubárias grandes. A detecção precoce da gravidez ectópica é essencial para a redução da morbimortalidade materna. A ultrassonografia é uma ferramenta crucial, pois pode diminuir o tempo para o diagnóstico e direcionar o atendimento ao paciente, especialmente em condições de risco de vida. Ela pode detectar a ruptura da gravidez ectópica e o sangramento intra-abdominal em curso, o que pode ser um sinal de necessidade de intervenção cirúrgica. Este relato é importante porque não existem muitas publicações detalhando uma gravidez tubária com mais de 10 semanas, como visto aqui. Além disso, a ruptura da gravidez ectópica pode causar sangramento intraperitoneal e choque hemorrágico, sendo necessário detecção precoce da gravidez ectópica para o controle da morbimortalidade materna.

Palavras-chave: *gravidez ectópica; complicações na gravidez; ectópica com idade gestacional avançada; abdome agudo.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311155

Gestação heterotópica: diagnóstico ultrassonográfico em ectópica não rota

Isabella Soares da Costa dos Santos[1], Aline Ramos Teixeira[1], Andre Luiz Clemente Beralto[1], Lara de Siqueira Rodrigues[1]
[1]Hospital Da Mulher Heloneida Studart

Introdução: A gestação heterotópica é uma condição rara em que há uma gestação ectópica simultânea à gestação intrauterina. Na primeira, a localização mais frequente é a tuba uterina, mas ela pode ser também cornual, cervical, ovariana, abdominal e em cicatriz de cesárea. A incidência varia de 1:30.000 gestações, contudo, após reprodução assistida, a frequência dessa complicação foi para 1:100–500 gestações. Os fatores de risco são os mesmos relacionados à gravidez ectópica e são representados, principalmente, pelas desordens mecânicas e/ou funcionais que impedem a passagem do embrião para a cavidade uterina. Entre elas, citam-se doença inflamatória pélvica, malformação uterina, idade avançada, tabagismo, cirurgia pélvica anterior e história de infertilidade pela aplicação da técnica de reprodução assistida. **Relato de caso:** Paciente N.R.M.D.S., 21 anos, G1P0, procurou serviço de emergência com ultrassonografia externa de rotina que evidenciou útero gravídico contendo dois embriões e dois sacos gestacionais: um tópico, de contornos normais, com diâmetro de 14 mm, com embrião cujo comprimento cabeça-nádega (CCN) era de 3,4 mm e que tinha batimento cardíaco fetal (BCF)=169 bpm, compatível com seis semanas de desenvolvimento. Em anexo esquerdo, observou-se tuba uterina distal, formação em imagem sugerida de embrião e vesícula vitelínica (VV) presente. Embrião com CCN de 16 mm e vesícula vitelínica aumentada, medindo 16 mm, BCF=120 bpm, o que sugeria gestação de oito semanas de desenvolvimento. À repetição da ultrassonografia, viu-se útero de volume aumentado, com saco gestacional normoimplantado, paredes íntegras, 18 mm de diâmetro, presença de embrião com BCF=112 bpm, CCN 7 mm, VV sem alteração; em anexo direito, imagem hipoecogênica regular com fluxo sanguíneo, medindo 24x22 mm, com área cística de 14 mm. Não era possível excluir gravidez ectópica. A paciente, estável, seguiu em acompanhamento e ultrassonografias sequenciais. **Conclusão:** O diagnóstico precoce é difícil e ocorre em sua maioria após a rotura tubária. Quanto ao tratamento, não há consenso da melhor conduta a ser seguida, que se relaciona ao local da implantação do saco gestacional ectópico e à época do diagnóstico. A abordagem cirúrgica por via laparotômica ou laparoscópica é a escolha quando a ectópica é tubária, como no caso da paciente em questão. A gestação heterotópica, mesmo sendo rara, é um diagnóstico que deve ser bem pesquisado, uma vez que a presença de egstação tópica não exclui uma ectópica concomitante. Para isso, o estudo ultrassonográfico ainda é o método de escolha para avaliação inicial e diagnóstico.

Palavras-chave: *gravidez heterotópica; gravidez ectópica não rota; ultrassonografia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311156

Gestação na adolescência e complicações hipertensivas: relato de caso

Caroline Graça Mota Damasceno[1], Alberto Alves Borges[2], Bruna Obeica Vasconcellos[1], Jacqueline Assumção Silveira Montuori[1], Osvaldo Luiz Aranda[2], Jorge Fonte de Rezende Filho[1]
[1]Fundação Técnico-Educacional Souza Marques
[2]Hospital Maternidade Carmela Dutra

Introdução: A gestação na adolescência está relacionada com alterações em todos os aspectos da vida da gestante, além dos que já ocorrem em qualquer gravidez. Os distúrbios hipertensivos na gestação podem ser classificados como os exclusivos à gestação e aqueles decorrentes da hipertensão arterial sistêmica crônica e são a principal causa de mortalidade materna no Brasil. A pré-eclâmpsia é definida como o aumento pressórico e de proteinúria após 20 semanas de gestação. Quando ocorrem convulsões e/ou coma, é denominada de eclâmpsia. Os fatores de risco para pré-eclâmpsia são: primigestação, diabetes, colagenose, raça negra, obesidade e trombofilias. **Relato de caso:** G.K.S.P., 15 anos, parda, estudante, sem história de alergias ou comorbidades. Iniciou o pré-natal com 17 semanas e 4 dias e realizou quatro consultas. Na última, havendo edema de +2/+4, foi iniciado o rastreio para pré-eclâmpsia. Deu entrada na maternidade com quadro de convulsões tônico-clônicas generalizadas com 37 semanas e 4 dias. Ao exame, apresentava-se convulsionando, inconsciente, cianótica, com edema de membros inferiores +3/+4, tônus uterino normal, sem atividade uterina e batimento cardíaco fetal de 80 bpm no sonar. Sinais vitais: pressão arterial 199x110 mmHg, saturação de oxigênio 86%. Ao toque, o colo uterino encontrava-se grosso, fechado e posterior. Foi iniciada a administração de sulfato de magnésio, fenitoína e hidralazina e realizada a intubação orotraqueal (IOT). Após a estabilização materna, realizou-se cesariana pelo sofrimento fetal, com extração de concepto do sexo feminino, com peso de 2600 g, Apgar 2/6/7 e sem alterações aparentes. Os exames laboratoriais coletados na admissão mostraram plaquetas 340.000, ácido úrico 5,9 mg/dL, fosfatase alcalina 910 U/L, lactato desidrogenase 585 U/L, proteína C reativa 16,4 mg/L, proteínas totais 6,6 g/dL. A paciente permaneceu em IOT e foi transferida para a unidade de terapia intensiva, onde foi realizada antibioticoterapia por suspeita de endometrite, porém a paciente foi de alta à revelia. **Conclusão:** A incidência de eclâmpsia é maior em condições socioeconômicas desfavoráveis, pré-natal deficiente e acompanhamento inadequado da pré-eclâmpsia. É uma doença intercorrente da gestação, grave, que tem sua origem na placentação defeituosa, que leva à pré-eclâmpsia. Os extremos da idade materna constituem importante fator de risco, sendo uma das principais complicações observadas em gestações na adolescência. O prognóstico é pior, podendo resultar em óbito materno e fetal nos casos de eclâmpsia descontrolada e descompensada. A instituição

de terapêutica eficaz é indispensável para o melhor desfecho. No caso apresentado, a paciente apresentou eclâmpsia descompensada e a terapêutica eficaz resultou em desfechos materno e fetal favoráveis. O uso de ácido acetilsalicílico desde a 12ª semana de gestação tem mostrado ser positivo para a prevenção de casos graves de pré-eclâmpsia e eclâmpsia e pode ser uma boa opção para a paciente em questão caso engravide de novo.

Palavras-chave: *eclâmpsia; gestação na adolescência; convulsão.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311157

Gestante com síndrome de Gerbode: primeiro relato na literatura

Dayana da Silva de Araujo[1], Luiza Dias Nogueira da Rocha[1], Bernardo Jorge da Silva Mendes[2], Ricardo Mourilhe-Rocha[1], Nilson Ramires de Jesús[1]
[1]Hospital Universitário Pedro Ernesto
[2]Hospital Unimed Rio

Introdução: No Brasil, a incidência de gestantes com cardiopatias é cerca de oito vezes maior do que as estatísticas internacionais. Por ser considerada a maior causa de morte materna indireta no ciclo gravídico-puerperal, identificar e acompanhar essas pacientes ainda no período pré- concepcional é importante para estimar o risco materno e o prognóstico fetal. O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma gestante com diagnóstico de síndrome de Gerbode (SG). Extremamente raro entre os *shunts* intracardíacos, essa malformação representa 0,08% dos casos de cardiopatias congênitas. O defeito associado à SG, diagnosticado pelo ecocardiograma, é um *shunt* entre o átrio direito (AD) e o ventrículo esquerdo (VE) que pode levar a insuficiência cardíaca grave. **Relato de caso:** G.T.C.S., 32 anos, gestante com 22 semanas, G3PC2A0, foi atendida em novembro de 2020 no ambulatório de insuficiência cardíaca (IC) com queixa de dispneia, tosse, ortopneia e edema progressivo havia um ano. O ecocardiograma evidenciou aumento biatrial, *shunt* esquerda-direita com comunicação do VE com AD e hipertensão pulmonar leve subestimada pelo hiperfluxo VE-AD, compatíveis com SG. Apresentava sopros sistólicos acentuados em focos tricúspide e mitral, sem outros achados no exame físico. Foram iniciados betabloqueador e diurético de alça e a paciente foi encaminhada ao pré-natal de alto risco materno. Durante a gestação, apresentou dois episódios de internação em unidade fechada, com monitorização contínua e acompanhamento obstétrico e cardiológico com 28 e 33 semanas de gestação. Nessas ocasiões foi admitida por dispneia em repouso, ortopneia e edema de membros inferiores. Apresentava perfil B (quente e congesto) da IC, com necessidade de negativar balanço hídrico, recebendo alta após compensação clínica. Em 8 de março de 2021, houve interrupção eletiva da gestação com 38 semanas e 1 dia. A via de parto foi cesárea, definida pela interatividade, com laqueadura tubária indicada pela Cardiologia pelo alto risco gestacional materno. O recém-nascido do sexo masculino pesou 2875 g, recebeu Apgar 9/9 e não apresentou intercorrências neonatais. O pós-operatório imediato ocorreu em unidade fechada para monitorização contínua. A paciente apresentou puerpério fisiológico e recebeu alta hospitalar em 72 horas. Atualmente, mantém seguimento no ambulatório de IC. **Conclusão:** O desfecho favorável teve importante relação com o acolhimento no pré-natal, a identificação precoce de sintomas de descompensação e a abordagem multiprofissional em centro de referência. Observou-se também que ajustes terapêuticos foram necessários de acordo com a idade gestacional, com controle hemodinâmico vigoroso, objetivando parto no termo com o melhor prognóstico materno-fetal. Este foi o primeiro relato de caso na literatura que mostra a associação entre as alterações hemodinâmicas encontradas na SG e as alterações fisiológicas do período gestacional.

Palavras-chave: *gestante; síndrome de Gerbode; cardiopatia; insuficiência cardíaca.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311158

Gestante portadora de síndrome de Marfan: relato de caso

Raissa Gracio Teixeira[1], Annita Martins Rocha Torres[1], Carolina Carvalho Mocarzel[1],
[1]Hospital Federal Servidores do Estado

Introdução: A síndrome de Marfan (SM) é uma doença genética autossômica dominante, com prevalência de dois a três casos em 10 mil e igual distribuição em ambos os sexos. Acomete tecido conjuntivo, com envolvimento multissistêmico, afetando principalmente os aparelhos cardiovascular, musculoesquelético e ocular, e a dissecção e a rotura da aorta são as principais causas de morbidade e mortalidade. **Relato de caso:** T.E.C., 20 anos, primigesta, com diagnóstico de SM na infância, sem uso de medicação no período gestacional, foi submetida a procedimento cirúrgico de troca valvar mitral aos 11 anos para correção de comunicação interatrial e insuficiência mitral, além de artroplastia bilateral de quadril. Ecocardiograma realizado no 2º trimestre de gestação mostrava diâmetro da aorta de 34 mm, insuficiência mitral discreta e fração de ejeção de 59%. O irmão faleceu aos 16 anos por complicações da SM. A paciente foi admitida na maternidade, a termo, com sinais de iminência de eclâmpsia. Indicou-se cesariana após estabilização clínica. Houve indicação de profilaxia para endocardite infecciosa. Recém-nascido do sexo feminino, Apgar 8/9, com peso de 3,2 kg. A paciente manteve sulfato de magnésio no pós-parto, com boa evolução clínica. **Conclusão:** A SM consiste em um defeito no gene FBN1 situado no cromossomo 15, que afeta a produção de fibrilina (especificamente fibrilina-1). Essas moléculas formam as microfibrilas, necessárias para fornecer elasticidade e apoio aos tecidos conjuntivos. As principais manifestações clínicas da SM estão relacionadas aos sistemas esquelético, cardíaco e ocular. Durante a gravidez há aumento de débito cardíaco por conta do aumento do volume sanguíneo e da frequência cardíaca, além de modificações hormonais que contribuem para alterações histológicas na aorta. Em relação ao risco materno, o manejo é individualizado de acordo com os limites de diâmetro dessa artéria. Dilatações inferiores a 40 mm apresentam risco relativamente baixo de dissecção e rotura (1 a 4%). Esse risco aumenta proporcionalmente com o aumento das dimensões. Diâmetros de 41 a 44 mm apresentam risco estimado de 10% e diâmetros superiores a 45 mm apresentam risco superior a 25%. Mulheres com SM devem realizar aconselhamento genético e ser orientadas a evitar a gestação por conta do risco aumentado nesse período de alargamento de aneurismas aórticos e dissecção de aorta, em decorrência das alterações hormonais e metabólicas inerentes ao período gravídico. A partir do momento em que houver gestação e desejo de seguimento dela, o acompanhamento deve ser rigoroso e feito em pré-natal de alto risco, com equipe multidisciplinar, pois essa assistência tende a minimizar desfechos materno-fetais desfavoráveis.

Palavras-chave: *gravidez; síndrome de Marfan; gestação de alto risco.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311159

Gravidez e necrólise epidérmica tóxica (NET): um relato de caso

Mariana Fortes Balzana[1], Giulia Bastos Buscema[1], Beatriz Ramiro Garcia Carneiro[1], Annita Martins Rocha Torres[1], Anna Terra de Melo[1], Carolina Carvalho Mocarzel[1]
[1]Hospital Federal dos Servidores do Estado

Introdução: A necrólise epidérmica tóxica (NET) e a síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) são expectros da mesma doença, em que ocorrem reações cutâneas graves, com potencial para morbidade e mortalidade elevadas. Afeta pele e mucosas, caracterizando-se por um exantema eritematoso disseminado, com padrão centrífugo, lesões em alvo e acometimento de mucosa oral, ocular e genital. **Relato de caso:** Paciente T.V.M.S., 20 anos, parda, 27 semanas de gestação, natural do Rio de Janeiro, portadora de cisto cerebelar diagnosticado aos 12 anos, em uso de fenobarbital (200 mg/dia) e fenitoína (100 mg/dia), que haviam sido interrompidos e reiniciados por conta própria durante a gestação, sem acompanhamento regular com neurologista. Foi admitida na Unidade Materno Fetal do Hospital Federal dos Servidores do Estado (UMF-HFSE) com lesões pruriginosas no tronco e face com início um dia antes, associadas a mal-estar e odinofagia. Ao exame físico, presença de pápulas eritematosas difusas, predominantemente em face, pescoço e tronco, estertores difusos à ausculta pulmonar e hiperemia de orofaringe. Avaliação fetal sem alterações. A paciente foi internada para investigação diagnóstica e colheram-se rastreio infeccioso e *swab* para

COVID-19. Evoluiu com progressão de exantema com extensão para membros superiores e inferiores, ocorrendo descamação de pele e mucosas, erupções vesiculares e lesões bolhosas principalmente em face e tronco, que poupavam a região palmoplantar, além de febre e hiperemia ocular com presença de secreção purulenta. Foi transferida para a unidade de terapia intensiva (UTI) para monitorização, as medicações de uso contínuo foram suspensas pela suspeita de NET e a paciente iniciou tratamento venoso com oxacilina (12 mg/dia), hidrocortisona (400 mg/dia), imunoglobulina (60 mg/dia por cinco dias) e hidratação, além de colírio com moxifloxacino, dexametasona e lubrificante ocular. Laboratório com leucopenia (4.300 mm^3) com 29% de bastões e proteína C reativa de 28. Houve melhora clínica e laboratorial, com retorno à enfermaria após 13 dias na UTI. **Conclusão:** A paciente acima apresentou quadro de NET, afecção com dois a três casos por milhão ao ano e mortalidade de 30%. O diagnóstico foi realizado por meio de avaliação multidisciplinar em função do padrão das lesões cutâneas e da história de uso de fenobarbital e fenitoína. A paciente necessitou de manejo em terapia intensiva associado à imediata interrupção das medicações. A NET tem associação com quadros severos na gestação e possui, como gatilho, o uso de medicações e infecções. Vale ressaltar que a própria gestação pode induzir à NET pelas reações imunomodulatórias complexas com fisiopatologia incerta. O acometimento ocular está presente em 39 a 61% dos quadros. Não há teste que comprove o medicamento que deflagra a doença, e o diagnóstico é realizado empiricamente. Após 13 dias na UTI, a paciente retornou à maternidade com alta, ainda gestante, e foi reinternada para parto a termo, sem intercorrências. Embora a terapia para NET seja amplamente de suporte, uma gestante é um desafio para toda a equipe médica.

Palavras-chave: *necrólise epidérmica tóxica; síndrome de Stevens-Johnson; gravidez de alto risco.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311160

Gravidez heterotópica: um relato de caso

Laís Gomes Ferreira[1], Camila Fleckner Navarro Rodrigues Caldas[2], Bruno Almeida C. Soares[2], Edna de Jesus Suzano[2], Matheus Alves Monteiro de Paula[1], Mariana Neves Pimentel[1]
[1]Universidade Iguaçu
[2]Hospital São José do Avaí

Introdução: A gravidez heterotópica é a coexistência entre uma gravidez intrauterina e outra extrauterina. Quando ocorre de forma espontânea, é rara (1:30.000) e geralmente está associada a técnicas de reprodução assistida (1:100–500). Fatores de risco comuns são doença inflamatória pélvica, uso de dispositivo intrauterino e gravidez ectópica prévia. **Relato de caso:** Mulher, 27 anos, GV PII AII, foi admitida com queixa de dor abdominal difusa, sinais de irritação peritoneal e dor referida no ombro. Trazia ultrassonografia transvaginal (USGTV) que mostrava gestação tópica em idade gestacional compatível com seis semanas e seis dias e imagem ovalar heterogênea em região anexial esquerda medindo 2,8x2,4 cm, com fluxo sanguíneo periférico ao *doppler*, correlacionada à ressonância magnética, que confirmou a presença e sugeriu diagnóstico de gravidez heterotópica. Por apresentar instabilidade hemodinâmica, foi encaminhada à laparotomia exploradora, que evidenciou prenhez ectópica rota, e foi realizada salpingectomia esquerda. A paciente foi encaminhada à terapia intensiva para estabilização e acompanhamento pós-operatório, com necessidade de noradrenalina endovenosa em infusão contínua para controle hemodinâmico, quando, sem sucesso, foi prescrita transfusão de concentrado de hemácias. Após 24 horas, a paciente apresentava bom estado geral, estava orientada, hidratada, hipocorada +/4+, acianótica, anictérica, com pressão arterial de 35x74 mmHg, frequência cardíaca de 89 bpm e saturação de oxigênio >95%. Ferida operatória por incisão de Pfannenstiel em bom estado. Encontrava-se em uso de cefazolina, cetoprofeno e em desmame de noradrenalina. Dois dias após o procedimento, manteve estabilidade clínica com alta de terapia intensiva e programação de nova USG. Iniciou Progesterona, mantendo analgesia e antibioticoterapia. À USGTV, visualizou-se saco gestacional tópico, útero gravídico com embrião viável em IG compatível com sete semanas e seis dias e pequena quantidade de líquido livre em fundo de saco. O exame anatomopatológico do material cirúrgico mostrou tuba uterina de 4,5x3,0 cm com paredes espessadas preenchidas por conteúdo hemorrágico, e concluiu-se tratar de prenhez ectópica rota com congestão vascular da serosa. **Conclusão:** O quadro exposto geralmente tem diagnóstico tardio e prognóstico reservado, de acordo com a sintomatologia exuberante na gestante. Com a resolução da gestação ectópica, se o feto ainda for viável, o seguimento com progesterona até o fim do período gravídico é uma conduta aceitável. A gravidez heterotópica espontânea é um evento obstétrico raro, com incidência crescente nos últimos anos em consequência de técnicas de reprodução assistida. O manejo depende do momento em que é feito o diagnóstico, da presença de complicações e da viabilidade fetal. O diagnóstico precoce é extremamente importante para uma intervenção eficaz na gravidez ectópica e envolve a intenção de preservar a gestação intrauterina sem gerar riscos maiores à gestante.

Palavras-chave: *gravidez heterotópica; gravidez ectópica; reprodução assistida.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311161

Gravidez heterotópica espontânea

Bruna Tifani Bitzcof[1], Mariana Espindola Fregulia[2], Camila Capelin[2], Cely Christina Zimermann[3]
[1]Faculdade Meridional
[2]Universidade Federal da Fronteira Sul
[3]Hospital de Clínicas de Passo Fundo

Introdução: A gravidez heterotópica é caracterizada por uma gravidez intrauterina associada a uma gravidez em sítio ectópico extrauterino. É atípica, sobretudo quando ocorre de forma espontânea, e tem prevalência estimada em 1:30.000 gestações. O relato em questão aborda um caso atípico de gravidez heterotópica e discute as dificuldades diagnósticas. **Relato de caso:** Mulher, 24 anos. Histórico de cesárea realizada há seis anos, sem intercorrências. Início gestacional calculado pela data da última menstruação, de seis semanas e cinco dias. Queixa-se de dor lombar irradiada para baixo ventre há três dias, associado a sangramento em pequena quantidade. O exame especular evidenciou sangramento residual em fundo de saco. O hormônio gonadotrofina coriônica (β-HCG), após a primeira avaliação, resultou em 3.495 mUI/mL. A ultrassonografia transvaginal (USGTV) indicou, no fundo da cavidade endometrial, saco gestacional contendo imagem embrionária e movimentos cardíacos ausentes, concomitante à presença de uma massa em região anexial direita. Haja vista o aborto tópico, iniciou-se o preparo do colo uterino com misoprostol 200 mcg para a realização de curetagem uterina. O procedimento não teve intercorrências. Três dias depois, nova USGTV apontou massa na região anexial direita, anterior ao fundo uterino, sugestiva de saco gestacional bem configurado, contendo embrião com atividade cardíaca presente e valor do βHCG de 4.523 mUI/mL. Dessa forma, realizou-se laparostomia com salpingectomia à direita. A paciente manteve-se estável, com boa recuperação e alta hospitalar. **Conclusão:** A gravidez heterotópica possui sinais e sintomas inespecíficos, que podem ser confundidos com outras causas de dor abdominal, sendo comumente diagnosticada após um quadro de abdome agudo hemorrágico decorrente da ruptura da tuba uterina. Os níveis séricos de βhCG predizem gravidez, mas podem não ser parâmetro para casos de gravidez combinada. A realização da USGTV durante o início gestacional é imprescindível para o diagnóstico precoce, ressaltando a necessidade de avaliação completa tanto uterina quanto das regiões anexiais, já que, muitas vezes, a presença de gravidez tópica pode desviar a atenção do operador do exame. Não há consenso acerca da melhor conduta; no caso em questão, houve aborto da gravidez intrauterina e apenas feto ectópico com atividade cardíaca, o que tornava a gestação inviável. Sendo assim, a curetagem para o aborto tópico é indicada. Quanto ao feto ectópico, realizou-se laparostomia com salpingectomia à direita, em razão do local de implantação do saco gestacional. Quando unilateral, é possível manter a capacidade reprodutiva da paciente. Em suma, mesmo não sendo um diagnóstico simples, todo quadro com βHCG positivo e queixa de dor abdominal deve ser investigado por ultrassonografia das regiões anexiais para descartar a existência de uma gravidez heterotópica, assegurando o diagnóstico precoce e o bom prognóstico das pacientes.

Palavras-chave: *gravidez heterotópica; diagnóstico precoce; ultrassonografia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311162

Gravidez na adolescência e o risco de pré-eclâmpsia

Lara Cruz de Senna Fernandes[1], Marcia Beatriz Moreira da Cruz de Senna Fernandes[2], Vasco Nuno Rodrigues de Senna Fernandes[3]
[1]Fundação Técnico Educacional Souza Marques
[2]Complexo Hospitalar de Niterói
[3]Hospital Municipal Souza Aguiar

Introdução: A gravidez na adolescência é compreendida como aquela que envolve meninas de 10 a 19 anos e está frequentemente associada ao maior risco de ocorrência de desfechos adversos maternos e neonatais, levando ao aumento da morbimortalidade perinatal. A pré-eclâmpsia é uma das complicações mais comuns da gravidez na adolescência, e é clinicamente definida pela presença de hipertensão arterial sistêmica (pressão arterial sistólica ≥140 mmHg ou diastólica ≥90 mmHg) após a 20ª semana de gestação, acompanhada de proteinúria ou lesão de outros órgãos. Essa patologia está relacionada com a imaturidade biológica uterina, fatores socioeconômicos e condições metabólicas, sendo portanto um problema de saúde pública. **Objetivo:** Analisar a probabilidade da pré-eclâmpsia na gravidez na adolescência e suas complicações. **Métodos:** Revisão de literatura por meio do banco de dados PubMed, mediante as palavras-chaves: "pre-eclampsia", "pregnancy in adolescence", "risk factors". Foram encontrados 55 artigos dos últimos 18 anos, e 11 foram selecionados para a elaboração do estudo. Incluíram-se artigos que citavam a pré-eclâmpsia como um dos efeitos adversos possíveis na gestação na adolescência e excluíram-se aqueles que abordavam apenas os efeitos neonatais. **Resultados:** A gravidez na adolescência frequentemente ocorre de forma não planejada (p<0,001), além de apresentar riscos aumentados para pré-eclâmpsia (p=0,001) e hipertensão gestacional (p<0,001). Também foi observada maior probabilidade de esses eventos ocorrerem em idades mais precoces, isto é, adolescentes menores de 16 anos possuem maiores chances de pré-eclâmpsia, eclâmpsia e gravidez ectópica (*odds* ratio — OR=2,974) quando comparadas às maiores, para as quais a prevalência desses eventos é similar à dos adultos. Outras complicações também costumam estar presentes em gestações dessa faixa etária (p=0,002), como o baixo peso ao nascer e a prematuridade (p<0,001) (TEMBO et al., 2020), além de hemorragia e atonia uterina, que podem surgir em consequência da pré-eclâmpsia (p<0,001). Ademais, fatores socioeconômicos parecem ter associação com a ocorrência de pré-eclâmpsia/eclâmpsia (p=0,05), havendo prevalência maior em países de baixa/média renda, além de fatores fisiológicos, como índice de massa corporal pré-gestacional (p=0,002) e ganho de peso gestacional (p=0,03). **Conclusão:** Apesar de diversos estudos apresentarem riscos consideráveis de pré-eclâmpsia na gravidez na adolescência, esse tema ainda apresenta muitas controvérsias, sendo necessários mais estudos, já que se trata também de uma questão de saúde pública.

Palavras-chave: *pré-eclâmpsia; fatores de risco; gravidez na adolescência.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311163

Hipertensão intracraniana idiopática na gestação: um relato de caso

Paullini Silva Moreira[1], Claudia Lourdes Soares Laranjeira[1], Lívia Salvador Géo[1], Felipe Mendes Ferreira[1]
[1]Hospital Mater Dei

Objetivo: Revisar o diagnóstico e o tratamento da hipertensão intracraniana idiopática (HII) na gestação. **Relato de caso:** Paciente com 20 anos, primigesta, admitida no 2º trimestre de gestação, índice de massa corpórea 31,2 kg/m², com quadro de cefaleia pulsátil holocraniana associado a náuseas e fotofobia, que evoluiu com diplopia, paresia do reto lateral à esquerda, sensação de turvação visual e *tinnutis* pulsátil. Foi submetida a tratamento medicamentoso conservador, sem sucesso, e derivação ventrículo-atrial. **Resultados:** A paciente manteve sintomas após a cirurgia e foi identificado o mau posicionamento do cateter ventricular. Optou-se por nova abordagem, desta vez com técnica guiada por neuronavegação em função das pequenas dimensões da cavidade ventricular. Após o procedimento, houve melhora progressiva da cefaleia e da turvação visual. A paciente manteve borramento em campo visual temporal bilateralmente, com paresia leve de nervo abducente à esquerda. **Conclusão:** A hipertensão intracraniana idiopática é uma condição rara, que acomete principalmente mulheres obesas em idade fértil e deve ser abordada precocemente.

Palavras-chave: *hipertensão intracraniana idiopática; pseudotumor cerebral; hipertensão intracraniana benigna.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311164

Histerectomia puerperal como desfecho de gestação gemelar com feto morto

Jefferson Torres Nunes[1], Marcilyo Max Bezerra Soares[1], Alysson Lima Nunes[1], Luana Pereira de Oliveira[1]
[1]Universidade Federal do Piauí

Introdução: A hemorragia pós-parto (HPP) é definida como uma perda de 500 mL de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto vaginal ou maior que 1.000 ml após parto cesariano. É a principal causa de mortalidade materna em países de baixa renda. A atonia uterina é a causa mais comum de HPP, entretanto há diversas outras causas, como o traumatismo do trato genital, a ruptura uterina, a retenção do tecido placentário ou os distúrbios de coagulação materna. O objetivo é identificar fatores de risco para histerectomia puerperal em um caso clínico. **Relato de caso:** Tercigesta de 26 anos, com gestação de 34 semanas e 1 dia, dá entrada em serviço de urgência obstétrica em hospital público do interior do Piauí relatando episódios de sangramento transvaginal e perda de líquido amniótico. Ao exame obstétrico, foi identificado colo dilatado em 7 cm e apagado. Batimentos cardíacos fetais (BCF) foram verificados, à ausculta, em apenas um dos fetos. A gestante foi submetida a cesárea de urgência, com desfecho de um feto natimorto e outro com a vitalidade preservada. Após cerca de 1 hora da realização do parto cirúrgico, a paciente evoluiu com HPP. Inicialmente, foram administrados ocitocina e misoprostol, objetivando interromper o sangramento. Entretanto, as medidas farmacológicas foram ineficazes e rapidamente a paciente progrediu para choque hipovolêmico grau III. Diante dessa instabilidade hemodinâmica persistente e com hipótese diagnóstica de atonia uterina, a paciente foi submetida a uma histerectomia subtotal com anexectomia bilateral, sob anestesia geral. Após a cirurgia, necessitou de cuidados em centro de terapia intensiva, onde evoluiu com coagulação intravascular disseminada e necessitou de reabordagem cirúrgica após a estabilização parcial do quadro. **Conclusão:** O relato de caso proposto apresenta uma HPP decorrente de atonia uterina, associada à sobredistenção uterina em razão de gestação gemelar com feto morto de tempo indeterminado. A grande multiparidade e a gestação múltipla estão associadas ao risco aumentado de HPP, sendo fatores presentes no caso abordado. As condutas nos casos de HPP são a reposição volêmica, a manutenção da oxigenação adequada e a resolução do sangramento, com do uso de fármacos uterotônicos e da massagem compressiva bimanual uterina. Essas medidas iniciais foram implementadas, porém sem resultados satisfatórios. Por outro lado, o balão de tamponamento intrauterino e as técnicas de suturas uterinas compressivas, como a de B-Lynch, podem ser utilizados para conter o sangramento. Em decorrência da rápida evolução para choque hipovolêmico e instabilidade clínica, optou-se por procedimento cirúrgico definitivo, no qual foi inviável a manutenção dos ovários, visto que a histerectomia total ou subtotal é a última opção, reservada aos casos com gravidade acentuada, mas não deve ser postergada caso as medidas conservadoras falhem.

Palavras-chave: *histerectomia puerperal; atonia uterina; puerpério.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311165

Histerectomia puerperal em suspeição clínica obstétrica de acretismo placentário

Jefferson Torres Nunes[1], Edla Camila da Conceição[1], Daniel Victor Silva Soares[1], Larissa Alves Dos Santos Silva[1]
[1]Universidade Federal do Piauí

Introdução: A aderência anormal das vilosidades placentárias à parede uterina, definida como acretismo placentário, é uma complicação associada ao dano ou afinamento endometrial. Essa condição faz parte de uma das

causas de morbimortalidade materna relacionadas à hemorragia pós-parto, que, a depender da sua profundidade, pode tornar essa hemorragia profusa e implicar a realização de histerectomias de emergência. **Relato de caso:** Multípara de 34 anos com histórico obstétrico de dois partos vaginais, um aborto e um parto cesariano, dá entrada em serviço de urgência obstétrico em hospital público do interior do Piauí após parto vaginal domiciliar, há aproximadamente 10 horas, de feto de 33 semanas e 4 dias, com retenção placentária. Apresentava-se clinicamente estável, porém astênica e com palidez acentuada. Foi realizada tentativa de extração manual da placenta, sem sucesso, após raquianestesia. Diante do caso, procedeu-se à realização da histerectomia subtotal com anexectomia bilateral, sem necessidade de transfusão sanguínea ou cuidados de terapia intensiva. **Conclusão:** Conforme o nível de aderência placentária, pode-se classificar a placenta em increta, percreta e acreta. A etiologia atualmente mais aceita refere-se à presença de um defeito da interface endometrial-miometrial, o que leva a uma decidualização imprópria na área de uma cicatriz uterina, que resulta em vilosidades de ancoragem profunda e infiltração trofoblástica. São altas a morbidade e a mortalidade associadas a essa condição, visto que ela pode resultar em desfechos como quadros hemorrágicos graves. Os fatores de risco para essa patologia incluem cesarianas anteriores ou curetagens uterinas; multiparidade; idade materna superior a 35 anos; tabagismo e leiomiomas submucosos. Por ser uma condição geralmente assintomática, o diagnóstico é baseado na realização de ultrassonografias nas pacientes com fatores de risco, preferivelmente entre a 20º e a 24º semanas de gestação, na busca de achados característicos para que haja planejamento adequado para a resolução da gestação.

Palavras-chave: *histerectomia puerperal; placenta acreta; puerpério.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311166

Impacto da atividade física nos desfechos adversos perinatais na gestação de primigestas

Carla Christina Renzo[1], Antonia Aparecida Deluca de Oliveira[2], Rodrigo Ribeiro e Silva[1], Tassiana Cristina Martins Grabovski[1], Leonardo Souza de Carvalho[1], Jean Carl Silva[1]
[1]Universidade da Região de Joinville
[2]Maternidade Darcy Vargas

Introdução: A gestação é um período de muitas transformações para as mulheres, que envolve aspectos fisiológicos e metabólicos bem definidos. Sabe-se que a atividade física regular tem inúmeros benefícios para a saúde materna e fetal; cabe, no entanto, ajustá-la para que as gestantes usufruam desses benefícios. **Objetivo:** Avaliar o impacto da atividade física nos desfechos adversos perinatais na gestação de primigestas. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado no período de agosto a dezembro de 2020. A amostra foi composta de primigestas maiores de 18 anos. No cálculo de razão de chance (RC) ajustado, utilizou-se o intervalo de confiança (IC) de 95%. Os fatores de confusão adotados foram: idade, tabagismo, alcoolismo e outras drogas. **Resultados:** As pacientes foram divididas em quatro grupos: puérperas sedentárias (n=76/15,4%), pacientes que praticaram atividades leves (152/30,9%), moderadas (202/41,0%) e vigorosas (n=62/12,6%). Quanto às características maternas, houve diferença quanto a idade, classificação do IMC, atividade remunerada, escolaridade e tabagismo. Nas características do recém-nascido, não houve diferença significativa. No cálculo de razão de chance ajustado, adotou-se o grupo de pacientes sedentárias como padrão a fim de analisar os efeitos protetivos da prática de atividade física. Para as pacientes com prática leve, houve proteção para diabetes *mellitus* gestacional (DMG) com RC de 0,4 (IC95% 0,2–0,8) e internação em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal com RC de 0,2 (IC95% 0,1–0,7). Para a atividade moderada, também houve redução da chance de DMG com RC de 0,4 (IC95% 0,2–0,9) e internação em UTI neonatal com RC de 0,3 (IC95% 0,1–0,9). Por fim, a prática de atividades físicas vigorosas não impactou os desfechos adversos. **Conclusão:** A prática leve e moderada de atividades físicas na gestação reduziu as chances de DMG e internação em UTI neonatal, enquanto a prática vigorosa não teve influência, quando comparada à das pacientes sedentárias.

Palavras-chave: *atividade física; primigestas; desfechos perinatais.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311167

Impacto da pandemia de COVID-19 no pré-natal

Vanessa Philippi Souza[1], Rodrigo Dias Nunes[1]
[1]Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes

Introdução: Sabe-se que um pré-natal adequado é essencial para o bem-estar materno e fetal. Entretanto, a pandemia de COVID-19 impactou o Sistema Único de Saúde, repercutindo no atendimento ao público obstétrico em virtude de diversas medidas restritivas e limitações impostas às gestantes. Conforme a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, as consultas de pré-natal, mesmo em tempos de pandemia, devem seguir as rotinas habituais, conforme os riscos e a presença de intercorrências ou morbidades, sem no entanto deixarem de seguir as recomendações de segurança. **Objetivo:** Compreender o impacto da pandemia de COVID-19 sobre a população obstétrica por meio da identificação das possíveis repercussões materno-fetais e comparar os resultados antes da e durante a pandemia. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal realizado com 2002 gestantes que tiveram o parto realizado na maternidade do Hospital Regional de São José (HRSJ), nos períodos de agosto a dezembro de 2019 e de agosto a dezembro de 2020, antes da e durante pandemia, respectivamente. Foram coletados dados sociodemográficos e clínico-obstétricos dos livros de registro da enfermagem e dados estatísticos do próprio hospital referentes a desfechos maternos e neonatais. **Resultados:** Os testes rápidos que foram realizados pela primeira vez na internação foram mais frequentes no período durante a pandemia em comparação ao grupo pré-pandemia, sendo estatisticamente significativos (vírus da imunodeficiência humana — HIV p<0,019; estudo laboratorial de doenças venéreas — VDRL p<0,025; vírus da hepatite C — HCV p<0,013; antígeno s da hepatite B — HbsAg p<0,003). O número de internações por diabetes gestacional no período pré-pandemia foi de 112 (64,7%) e, durante a pandemia, foi de 61 (35,3%). As demais variáveis avaliadas não tiveram diferenças estatisticamente significativas em ambos os períodos: óbito fetal intraútero, parto prematuro, número de consultas pré-natal, macrossomia, Apgar no 5º minuto, via de parto e tempo de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal. **Conclusão:** Não houve evidências de impacto negativo da pandemia de COVID-19 quando avaliados os resultados maternos e neonatais. Porém, foi preocupante a diminuição da realização de testes rápidos no pré- natal e a provável diminuição do controle da diabetes, refletida na diminuição das internações para perfil glicêmico.

Palavras-chave: *COVID-19; pré-natal; saúde pública.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311168

Incidência de parto cesáreo em uma maternidade escola segundo a classificação de Robson

Marina Coelho de Paulo[1], João Alfredo Seixas[1], Filomena Aste Silveira[1], Isadora Faria Silva[1], Philippe Godefroy Costa de Souza[1]
[1]Centro Universitário de Valença

Introdução: É notória a grande taxa de cesáreas realizadas todos os anos no mundo. Por isso, em 2015, a Organização Mundial da Saúde propôs utilizar a classificação de Robson como padrão global, em mais uma tentativa de monitorar as taxas de cesáreas e avaliar quais são os grupos específicos mais submetidos ao procedimento. **Objetivo:** Classificar e identificar os grupos que mais impactam as taxas de cesáreas na nossa maternidade, fornecendo dados de quais grupos mais se beneficiariam com a implementação de medidas para orientar os benefícios do parto vaginal. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo de análise de prontuários das gestantes submetidas ao parto cesárea em uma maternidade escola, no período de julho de 2018 a julho de 2020. Foi analisado o total de 728 prontuários, com as gestantes inseridas em um dos 10 grupos da classificação de Robson, que são mutualmente exclusivos e totalmente inclusivos. **Resultados e Conclusão:** O grupo que representou a grande parcela de cesáreas no período analisado foi o 5 (com 40%), composto de multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico e a termo. A segunda maior porcentagem foi o grupo 2 (com 22%), em que estão incluídas nulíparas com feto único, cefálico, a termo, com parto induzido ou que foram submetidas a cesárea antes do início do trabalho de parto. No Brasil, assim como em nossa maternidade, o grupo que mais impactou o número de cesáreas foi o 5. Também chama atenção o aumento em nulíparas,

porque, consequentemente, suas gestações posteriores tendem a ter partos cesáreos novamente. A classificação de Robson é a ferramenta que mais traz benefícios atualmente e é utilizada para ciclos de auditoria, otimizando o uso das cesáreas, avaliando a qualidade da assistência e sendo uma possível base para o planejamento operativo e estratégico das equipes, de modo a fornecer melhorias na taxas de cesáreas na nossa instituição.

Palavras-chave: *cesárea; saúde materna; parto abdominal.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311169

Incidência relatada por puérperas de diagnóstico ou suspeita de COVID-19 durante a gestação e o puerpério

Vitor Leonardo Nandi[1], Margot Marie Martin[1], Jéssica Goedert Pereira[1], Yasmim Lima Gouveia Arruda[2], Mariana Nunes Miranda Carasek da Rocha[2], Roxana Knobel[2]
[1]Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago
[2]Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução: Durante a pandemia de COVID-19, as gestantes e puérperas são consideradas grupo de risco para uma evolução mais grave. No entanto, os dados de prevalência da doença são mais difíceis de obter. Como a testagem sistemática de toda a população ou apenas da população obstétrica não foi realizada durante o ano de 2020, é difícil estabelecer a incidência da doença nessa população. É importante conhecer a incidência da doença na população obstétrica. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é verificar o número de mulheres em uma amostra que relatam ter tido diagnóstico confirmado ou suspeita de diagnóstico de COVID-19 durante a gestação e puerpério imediato em uma cidade no Sul do Brasil. **Métodos:** Este estudo apresenta resultados parciais de uma pesquisa denominada de "Complicações obstétricas e puerperais durante a epidemia de COVID-19", realizada em um hospital universitário do Sul do Brasil. O hospital em que foi feita a coleta de dados não é referência para casos de COVID-19 na gestação. Foram selecionadas para a coleta de dados mulheres que tiveram seus partos ou cesarianas após o início da epidemia de COVID-19. Os sujeitos do estudo foram as puérperas cujos bebês nasceram no hospital estudado. Os dados foram coletados em dois momentos: logo antes da alta hospitalar após o nascimento e entre um a dois meses de puerpério. Em ambos os momentos, os dados foram avaliados por questionários autopreenchidos pela mulher. Na alta hospitalar o questionário foi preenchido manualmente, e o questionário do puerpério mais tardio foi preenchido em plataforma eletrônica. Todas as mulheres participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da pesquisa. **Resultados e conclusão:** Participaram da pesquisa 257 mulheres. Todas preencheram o questionário na alta após o nascimento do bebê. A amostra considerada nesta pesquisa foi de 206 mulheres, que correspondem às que responderam à variável sobre ter sido diagnosticada ou considerada caso suspeito para COVID-19 na gestação. Foram consideradas casos suspeitos 31 mulheres, ou 15,1% da amostra. Delas, 12 foram tomadas como casos suspeitos por contato, 19 tiveram sintomas gripais, e só nove tiveram diagnóstico laboratorial. As mesmas mulheres foram convidadas a responder a uma entrevista após um a dois meses da alta, e 103 responderam ao questionário eletrônico encaminhado. Apenas duas não responderam à pergunta sobre ter COVID-19 entre a alta e o questionário. Relataram o diagnóstico de COVID-19 11 mulheres (sete com diagnóstico confirmado e quatro consideradas casos suspeitos). Uma relatou que o recém-nascido também teve COVID-19. No puerpério, a porcentagem de mulheres com diagnóstico ou suspeita foi de 10,9%. A incidência de diagnóstico ou suspeita de COVID-19 nesta amostra foi de 0,2% ao se considerarem apenas as que responderam à pergunta de interesse e de 0,16% ao se considerarem as respostas em branco como não tendo tido o diagnóstico.

Palavras-chave: *puerpério; COVID-19; pandemia; gestante.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311170

Informações sobre parto e direitos: empoderando gestantes do Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto

Clarice do Amarante Garritano[1]
[1]Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução: Este projeto foi concebido com base em reflexões sobre o processo de nascimento e sua inserção na atenção primária à saúde, dada a competência desta em relação à preparação e orientação das mulheres grávidas para o momento do parto durante a assistência ao pré-natal, período em que há muito a ser discutido com as usuárias para além da anamnese e dos exames físicos e complementares. Isso porque a desinformação em nível populacional perpassa aspectos como a cultura cesarista, a violência obstétrica, o machismo, o racismo, bem como lacunas na atuação dos profissionais de saúde. Diante desse panorama, mostra-se fundamental a ampliação do conhecimento sobre os direitos das gestantes no Brasil e a orientação desse grupo quanto às práticas benéficas e maléficas de assistência ao parto. **Objetivo:** O objetivo visado neste projeto é, em suma, o empoderamento das gestantes do Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto (CMS JBB) para que elas possam ter experiências de parto mais positivas, munindo-as de informações que possam torná-las mais confiantes para a reivindicação desses direitos e favorecendo a luta por uma assistência obstétrica mais digna e segura. Ademais, o presente trabalho pretende incentivar o protagonismo feminino nos processos de gestação, parto e puerpério, bem como na amamentação, e agir em oposição à violência obstétrica, utilizando como base a medicina baseada em evidências e a prevenção quaternária no cuidado à saúde. **Métodos:** Para a intervenção proposta, foi concebido um documento informativo com orientações às gestantes do CMS JBB, para que elas adquiram maior confiança e autonomia. Tal documento tem como título "O que preciso saber sobre a hora do parto?" e é dividido em três partes, quais sejam: "Conheça seus direitos", "Prepare-se durante a gestação" e "E lembre-se: o parto é seu!". Seu conteúdo versa sobre os direitos de licença- maternidade, acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e outros; incentiva a preparação durante a gestação, com atividades físicas e estudos sobre vias de parto e amamentação; e fornece informações sobre o direito à livre movimentação no trabalho de parto, à parição na posição de escolha da mulher, ao direito a negar procedimentos obstétricos sem evidências de benefícios, como a episiotomia, entre outros. **Resultados e conclusão:** Foram abordadas sete gestantes em pré-natal no CMS JBB, o que resultou em relatos ricos e significativos, assim como no fortalecimento do vínculo delas com a clínica. Com base nessas trocas, viu-se a importância do tema abordado na cartilha e foi reforçada a percepção de como ele é pouco tratado em consultas de pré-natal, sendo um assunto permeado por dúvidas, medos e traumas. Isso porque todas as gestantes relataram que as informações trazidas foram muito relevantes e que nunca tinham sido colocadas em consultas prévias, fosse na atual gestação, fosse em anteriores, além de poderem trazer grandes mudanças para a experiência de gestação e parição dessas mulheres.

Palavras-chave: *pré-natal; parto; violência obstétrica; atenção primária; direitos.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311171

Interrupção da gestação em paciente com infecção por SARS-CoV-2: relato de caso

Sarah de Souza Almeida[1], Julianne Carvalho Dias Gaudio[1], Mônica Gomes de Almeida[1], Cristiane Alves de Oliveira[1]
[1]Hospital Universitário Antônio Pedro

Introdução: Evidências da doença COVID-19 durante a gestação têm indicado maior risco de hospitalização, necessidade de ventilação mecânica e internação em unidade de terapia intensiva (UTI). Além disso, a COVID-19 parece estar associada a maior risco de pré-eclâmpsia, parto pré- termo e outros desfechos adversos. O melhor momento e via do parto na vigência da doença são questões ainda não completamente elucidadas com as evidências científicas disponíveis. Este artigo traz o relato de uma gestante com infecção por SARS-CoV-2 no terceiro trimestre. **Relato de caso:** Primigesta de 27 anos, com 37 semanas e 5 dias de idade gestacional, foi internada em enfermaria obstétrica para controle de diabetes *mellitus* gestacional (DMG). Na admissão, relatou história de quadro febril (37,8°C) há três dias e mialgia. O rastreio de SARS-CoV-2 com reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) em *swab* nasofaríngeo foi positivo. Exames admissionais demonstraram elevação de enzimas hepáticas e relação proteína/creatinina

em amostra urinária alterada. Apesar da curva pressórica normal durante toda internação, foi aventada a possibilidade de pré-eclâmpsia sobreposta à infecção. A paciente manteve sintomas leves de COVID-19 até o oitavo dia de doença (febre baixa sem sintomas respiratórios). Em decisão conjunta com o serviço de Infectologia, foi indicada a interrupção da gestação por via vaginal, com 38 semanas e 3 dias, por DMG e piora dos parâmetros laboratoriais. Iniciou-se a indução medicamentosa do trabalho de parto com misoprostol. Após 18 horas de indução, a paciente evoluiu com taquipneia, leve redução da saturação de O_2 e cardiotocografia com possível alteração do bem-estar fetal, e foi indicada a cesariana. O parto ocorreu sem intercorrências, e o recém-nascido apresentou boa vitalidade. No quarto dia pós-parto, a paciente evoluiu com pneumonia, deterioração clínica grave, necessidade de internação em UTI e ventilação mecânica por 15 dias. Após boa evolução, recebeu alta hospitalar em 29 dias da admissão. **Conclusão:** Evidências atuais demonstram que a COVID-19 na gravidez está associada ao aumento de morbidade materna grave e mortalidade, além de complicações neonatais. O momento ideal para a interrupção da gestação na COVID-19 ainda está em discussão. Alguns princípios podem ser usados para a tomada de decisão, como: indicação obstétrica, COVID-19 sem melhora apesar do tratamento instituído ou doença materna severa em que a antecipação do parto pareça possibilitar melhor manejo materno. A progressão da doença, a idade gestacional e o bem-estar fetal são os principais parâmetros a serem avaliados, contudo a segurança materna é a prioridade. A via de parto deve ser individualizada e considerar indicações obstétricas. O parto vaginal parece estar associado a melhor evolução clínica. A cesariana parece estar relacionada ao aumento de risco de deterioração clínica e de internação em UTI em grávidas com COVID-19. O estresse fisiológico induzido pela cirurgia parece ser o fator associado a essa piora.

Palavras-chave: *SARS-CoV-2; gravidez; parto.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311172

Laceração de cordão umbilical intraparto

Louise Beni Staudt de Siqueira[1], Amanda Roepke Tiedje[1], Mariana Schmidt Vieira[1], Gabriela Effting Crema[1], Bianca Ruschel Hillmann[1], Alberto Trapani Junior[1]
[1]Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução: Anormalidades do cordão umbilical, como inserção velamentosa, prolapso e hematoma, são raras e subnotificadas. No entanto, sabe-se que podem ser responsáveis por 15% das taxas de natimortalidade. Ruptura do cordão umbilical é evento ainda mais raro. **Relato de caso:** Paciente de 40 anos, G4P1A2, 40 semanas e 3 dias de gestação, em uso de polivitamínicos, com suspeita de schwannoma bilateral descoberto em tomografia de crânio motivada por parestesia em hemicorpo esquerdo, dois meses antes da concepção. Internou-se para indução de trabalho de parto por transtorno depressivo. Após três doses de misoprostol (25 mcg via vaginal), iniciou com contrações ritmadas por volta das 4h30 da manhã. Às 6h30 apresentou rotura espontânea de membranas ovulares, com líquido amniótico meconial fluido e frequência cardíaca fetal de 136 batimentos por minuto após a contração. Instalou-se cardiotocografia às 6h45, a qual demonstrou desacelerações tardias. Nesse momento, a paciente apresentava 5 cm de dilatação ao toque vaginal, e foi então indicada a cesariana por situação fetal não tranquilizadora. Às 7h05, observou-se hemoâmnio à histerotomia. Extraiu-se feto cefálico, vivo, feminino, hipotônico, com duas circulares de cordão, prontamente atendido pelo neonatologista, Apgar 6/8. Foi identificada laceração longitudinal do cordão umbilical a cerca de 20 cm de ambas as inserções. A laceração apresentava aproximadamente 1 cm e acometia a veia umbilical. A placenta não apresentava sinais de descolamento. O laudo anatomopatológico dos anexos confirmou a laceração de veia umbilical e não evidenciou alterações placentárias. Recém-nascido evoluiu bem e recebeu alta hospitalar em 48 horas. **Conclusão:** Encontrou-se na literatura apenas um caso de laceração de vasos do cordão umbilical semelhante ao apresentado. Em tal relato, houve identificação de bradicardia fetal durante o trabalho de parto e, durante a cesariana, verificou-se laceração de artéria umbilical possivelmente causada pelas unhas do feto. No caso apresentado, supõe-se que a laceração tenha ocorrido pouco após a rotura das membranas e tenha acarretado a situação fetal não tranquilizadora, pois não foram identificados outros motivos para os sinais de hipóxia fetal e não foi identificado hemoâmnio antes da histerotomia. A origem da laceração é desconhecida, mas algumas hipóteses são a lesão causada pelas unhas do feto durante o trabalho de parto e a lesão iatrogênica durante a histerotomia. A identificação ou predição de anormalidades e acidentes de cordão umbilical como vasa prévia, hematomas, nós reais, lacerações e prolapsos é desafiadora e, muitas vezes, impossível. Assim, a monitorização fetal intraparto consiste na melhor alternativa para evitar desfechos fetais desfavoráveis relacionados às complicações de cordão umbilical.

Palavras-chave: *cordão umbilical; ruptura; sofrimento fetal.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311173

Leptospirose na gestação: um relato de caso

Paullini Silva Moreira[1], Claudia Lourdes Soares Laranjeira[1], Suelen Peixoto Marinho de Deus[1], Gabriela Costa Oliveira[1], Larissa Luana de Freitas Moraes[1]
[1]Hospital Mater Dei

Objetivo: Revisar o tratamento de gestante com quadro clínico grave e o tratamento da leptospirose na gestação. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 30 anos, G1P0A0, idade gestacional 29 semanas e 1 dia, procedente de Catas Altas/ MG. Foi admitida em 10 de outubro de 2019 com quadro de edema importante em membros inferiores, dor articular em ambos os joelhos, pododáctilos e tornozelos, limitando a deambulação. Apresentava também púrpuras em pés, tornozelos e terço inferior de ambas as pernas. Todos os sintomas de surgimento agudo. Ao exame físico da admissão, apresentava-se taquicárdica (frequência cardíaca 106 bpm), normotensa, afebril, hipocorada 2+/4+, com edema em membros inferiores, batimentos cardíacos fetais (BCF) de 144 bpm e insuficiência respiratória aguda. Foi encaminhada ao centro de terapia intensiva (CTI), onde se realizou intubação orotraqueal. Os exames da admissão mostraram alterações nas enzimas hepáticas e canaliculares (fosfatase alcalina — FA 173,04, transaminase pirúvica — TGP 56,3, transaminase oxalacética — TGO 61,7, gama glutamil transferase — GGT 316,65), hiperbilirrubinemia leve às custas de bilirrubina direta (bilirrubina total 1,32, bilirrubina direta 1,03), alargamento do índice internacional normalizado (INR 1,23), anemia normocítica e normocrômica (hemoglobina — Hb 9,2), plaquetas normais, ausência de leucocitose, proteína C reativa 200,5, lactato 1,45, creatinina 0,49 e urinálise normal. Havia epidemiologia positiva para febres hemorrágicas e optou-se pelo tratamento empírico com cloranfenicol. A paciente evoluiu com necessidade de sedação em doses elevadas. Foi mantido o acompanhamento diário do bem-estar fetal (BCF e ultrassom). Em 22 de outubro, foi realizada extubação em razão da melhora dos parâmetros ventilatórios, e a paciente evoluiu com *delirium*. Realizou-se ultrassom obstétrico, que evidenciou hidropisia fetal e suspeita de síndrome do bebê cinzento. Em 23 do mesmo mês, apresentou piora do quadro clínico e necessidade de intubação, além de taquicardia fetal persistente associada a picos febris. Foi aventada a hipótese de corioamnionite e indicou-se cesariana por estado fetal não tranquilizador. O ciclo de corticoterapia completou-se em 17 de novembro. Iniciou-se sulfato de magnésio para neuroproteção fetal. Foi realizada cesariana segmentar, sob anestesia geral. O recém-nascido nasceu em apneia, cianótico e hipotônico, Apgar 2/6/7, peso 1486 g. Evidenciou-se líquido meconial espesso, sem sinais de corioamnionite. A paciente apresentou sangramento aumentado, resolvido com ocitocina intramuscular e endovenosa e transamin. O restante do transoperatório ocorreu sem intercorrências. A paciente foi encaminhada ao CTI estável hemodinamicamente, ainda intubada, sem uso de aminas. **Resultados:** A paciente apresentou boa evolução pós-operatória em leito de CTI e normalização dos exames laboratoriais. Foi extubada em 24 de outubro e encaminhada ao alojamento conjunto em 26 de oubutro. Coletou-se nova revisão laboratorial, na qual foi identificado IgM positivo para leptospirose (sorologia repetida e confirmada). Recebeu alta em 31 do mesmo mês, com orientação de manter antibioticoterapia por sete dias e retorno agendado. **Conclusão:** A ocorrência de leptospirose na gestação é rara e seu diagnóstico precoce é de fundamental importância para a redução de morbimortalidade materno-fetal.

Palavras-chave: *leptospirose; febres hemorrágicas; zoonose.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311174

Malformações discordantes em gêmeos monozigóticos: um caso de *situs inversus totalis* em maternidade da baixada fluminense do Rio de Janeiro

André Luiz Clemente Beralto[1], Lara de Siqueira Rodrigues[1], Isabella Soares da Costa dos Santos[1], Leandro Teixeira Abreu[1], Flávia Regina Peixoto Pereira[1]
[1]Hospital da Mulher Heloneida Studart

Introdução: A ocorrência de malformações congênitas em gestações gemelares é duas vezes maior quando comparada à encontrada em gestações únicas. Os gêmeos monozigóticos frequentemente são discordantes para tais anomalias e a taxa de concordância é baixa (9–18%), uma vez que eles não são necessariamente idênticos geneticamente e o ambiente intrauterino não é uniforme. *Situs inversus totalis* é uma condição congênita rara, caracterizada pelo desenvolvimento das vísceras em lado oposto da topografia habitual, na qual a maior parte dos indivíduos é assintomática. **Objetivo:** Salientar a importância do exame ultrassonográfico durante o pré-natal a fim de se definir a corionicidade, realizar diagnóstico, acompanhamento e estabelecer condutas precoces, bem como elucidar o prognóstico em face das complicações perinatais diversas: prematuridade, malformalções fetais, óbito intrauterino, restrição de crescimento fetal e sindrome de tranfusão feto-fetal. **Materiais e métodos:** Relato de caso baseado na coleta de dados do prontuário de paciente acompanhada no pré-natal de alto risco de maternidade da baixada fluminense do Rio de Janeiro. **Resultados:** A.M.D., 18 anos, primigesta, 22 semanas, gestação gemelar monocoriônica/diamniótica, sem comorbidades conhecidas, submetida ao exame morfológico do segundo trimestre, apresentou à imagem: primeiro gemelar com dextrocardia e visibilização de quatro câmaras cardíacas, bem como estômago à direita da topografia, configurando o diagnóstico de *situs inversus totalis*. Ao *doppler*: diástole zero intermitente, com onda A positiva, diferença de peso fetal >22%, inserção placentária com cordão marginal. Gemelar 2 sem alterações. Foi realizada a rotina laboratorial e ultrassonográfica do semestre e encaminhou-se a paciente para maternidade de alto risco fetal. Desfecho obstétrico favorável, sem intercorrências. **Conclusão:** Relatamos uma anomalia rara, autossômica recessiva, presente em um a cada mil indivíduos e diagnosticada em ambiente intrauterino, na qual a maior partes dos acometidos é assintomática. Entre as máalformações, estão presentes as anomalias digestivas e cardíacas (5%) com transposição de grandes vasos, podendo relacionar-se diretamente com o prognóstico. Ressaltamos, por isso, a importância do diagnóstico preciso e precoce, do aconselhamento materno e da possibilidade da definição de condutas assertivas, do manejo de intercorrências e da preservação da vida e/ou aumento da sobrevida fetal.

Palavras-chave: *gemealidade;* situs inversus*; ultrassonografia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311175

Métodos de vigilância fetal intraparto: uma revisão da literatura

Bárbara Vilhena Montenegro[1], Lorena Souza dos Santos Lima[1], Marcelo Gaudêncio Ponce leon[1]
[1]Centro Universitário de João Pessoa

Introdução: A avaliação fetal intraparto tem grande impacto na detecção de hipóxia fetal, que consiste em uma das principais causas de morbidade e mortalidade perinatal evitável. O método mais utilizado com essa finalidade é a monitorização eletrônica fetal contínua (MEFC). Em decorrência da sua baixa especificidade, são necessárias técnicas adicionais, como ausculta intermitente, estimulação digital no escalpe, oximetria de pulso, eletrocardiograma e amostras de sangue do couro cabeludo fetal. **Objetivo:** Analisar métodos de vigilância fetal intraparto para auxiliar na identificação dos fetos em estado de hipóxia, permitindo que medidas sejam tomadas para evitar complicações perinatais graves. **Métodos:** Revisão da literatura com base em pesquisa nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Foram incluídos artigos originais e revisões bibliográficas atualizados, utilizando os descritores: "monitorização fetal", "trabalho de parto" e "sofrimento fetal". **Resultados e conclusão:** A ausculta intermitente é utilizada em gestações de baixo risco e, quando comparada à MEFC, apresenta menores taxas de intervenções desnecessárias. Entretanto, tem-se menor mortalidade quando a MEFC é utilizada. Dessa forma, a monitorização eletrônica fetal contínua é a base da avaliação do estado fetal em gestações de alto risco, sendo um bom preditor de resultados perinatais favoráveis, mas não de efeitos adversos. Os registros anormais não apresentam relação direta com a hipóxia, mas alertam para a possibilidade de tal gravidade, enquanto os achados normais indicam bem-estar fetal. Esse método posiciona o feto em três categorias: na I o traçado é normal, a II indica traçado anormal e na III o traçado é indeterminado. A estimulação digital do couro cabeludo, durante o exame vaginal, promove avaliação indireta do estado ácido-básico fetal, sendo recomendada quando o traçado é anormal. Caso o feto apresente aceleração da frequência cardíaca, isso indica pH sanguíneo acima de 7,2, no entanto a ausência dessa resposta não prediz o comprometimento fetal. A oximetria de pulso e o eletrocardiograma fetal não são utilizados na prática obstétrica em decorrência de resultados com benefícios parciais, sendo necessária melhor avaliação para o feto. A coleta de amostras de sangue do couro cabeludo fetal para a determinação de pH é capaz de reduzir taxas de intervenção cirúrgica e é recomendada em casos de traçado indeterminado ou anormal, com idade gestacional maior ou igual 34 semanas. Entretanto, esse método é um exame invasivo que necessita de conhecimentos técnicos, apresenta divergências na interpretação do pH obtido e o resultado negativo não assegura o bem-estar fetal. Assim, conclui-se que a monitorização eletrônica fetal contínua é obrigatória em gestações de alto risco, uma vez que resultados normais indicam manutenção da conduta e padrões anormais alertam para possível quadro hipoxêmico.

Palavras-chave: *monitorização fetal; trabalho de parto; sofrimento fetal.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311176

Mindfulness e depressão pós-parto: uma revisão sobre os estudos mais recentes

Fernanda Guimarães de Sousa[1], Ana Beatriz Cordeiro Prates[1], Sara de Pinho Cunha Paiva[1]
[1]Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), eepressão pós-parto (DPP) é um transtorno do humor que surge entre o início do periparto e a quarta semana do pós-parto, cujos sintomas principais são humor deprimido, anedonia, baixa autoestima e sentimentos ambivalentes pelo neonato. É uma condição que merece atenção por ser prevalente, por estar associada a descaso no pré-natal, a maiores taxas de prematuridade e a prejuízos na relação mãe-filho e no desenvolvimento psicocomportamental da criança. O tratamento usual (TU) é realizado com psicotrópicos e/ou psicoterapia, especialmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC). A técnica "*mindfulness*" consiste no treino da mente por meio da meditação, conscientizando o paciente sobre seu estado emocional, e tem sido muito estudada em associação à TCC na prevenção de episódios depressivos e ansiosos entre as gestantes e puérperas. **Objetivo:** Avaliar a associação do *mindfulness* com a eficácia no tratamento da DPP. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura por meio da busca com os descritores "mindfulness" e "postpartum depression" na base de dados PubMed. Entre os 56 artigos encontrados de 2015 a 2020, foram selecionados os quatro mais relevantes e com melhor nível de evidência científica (no mínimo B). **Resultados:** As abordagens terapêuticas ainda são tema recorrente de estudos, já que alternativas não farmacológicas, como a terapia cognitiva baseada em mindfulness (TCBM), estão se tornando prioridade pelos médicos e pelas pacientes que temem a exposição dos filhos às medicações psicotrópicas. Durante a pesquisa, os trabalhos encontrados mensuram a eficácia da TCBM no controle da DPP, tanto em comparação ao TU quanto à ausência de intervenção. Trata-se de estudos caso-controle, cujos dados referentes aos quadros ansiosos e depressivos foram coletados, em sua maioria, por meio de questionários padronizados. Participaram dos estudos gestantes com diagnóstico de DPP ou com fatores de risco para esse transtorno. Assim, foi possível avaliar a associação da proposta terapêutica com os desfechos desejados. De modo geral, a técnica mostrou-se efetiva no controle dos sintomas depressivos e ansiosos, na redução das taxas de reincidência e na amenização dos quadros. Além disso, a incidência da DPP foi

menor entre as mães que possuíam fatores de risco, indicando um potencial efeito profilático. Esses estudos constataram, ainda, evidente aceitabilidade pelas pacientes. **Conclusão:** Os riscos da ansiedade e da depressão pós-parto para mãe e filho já são bem conhecidos, mas há muito a ser explorado no que diz respeito ao tratamento, visto que a maioria das mulheres teme expor o feto ou o lactente aos fármacos comumente utilizados. A TCBM tem-se mostrado uma técnica terapêutica e profilática eficaz nos transtornos de humor do período gestacional e puerperal.

Palavras-chave: *mindfulness; depressão pós-parto; terapia cognitiva.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311177

Miocardiopatia periparto durante cesariana

Amanda Roepke Tiedje[1], Mariana Schmidt Vieira[1], Vitor Leonardo Nandi[1], Louise Beni Staudt de Siqueira[1], Bianca Ruschel Hillmann[1], Alberto Trapani Junior[1]
[1]Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução: A miocardiopatia periparto (MCPP) é rara (1:4.000 partos nos EUA), afeta mulheres no final da gestação ou puerpério e tem alta mortalidade (de 10 a 32%). Pode cursar com fadiga, dispneia e edema como na gestação, dificultando seu diagnóstico. Relata-se o caso de MCPP em primigesta, hígida, durante a realização da cesariana. **Relato de caso:** Gestante, 20 anos, primigesta, idade gestacional de 39 semanas, hígida, admitida em trabalho de parto e submetida a cesariana por situação fetal não tranquilizadora. Após raquianestesia, cursou com hipotensão severa, taquicardia, arritmia cardíaca do tipo bigeminismo, dispneia, saturação de oxigênio de 84–86%, ausculta pulmonar com roncos e estertores bilaterais e expectoração rósea espumosa compatível com quadro de edema agudo de pulmão. Apresentou melhora após furosemida endovenosa. A cesárea transcorreu sem intercorrências, recém-nascido com Apgar 9/9. Na recuperação pós-anestésica, manteve a estabilidade hemodinâmica. Radiografia de tórax com infiltrado bilateral e aumento do índice cardiotorácico. Eletrocardiograma normal e elevação das enzimas cardíacas (troponina 720, creatina quinase MB 192). Ecocardiograma com hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo (VE), disfunção sistólica moderada, acentuada disfunção diastólica e fração de ejeção (FE) de 35% compatíveis com MCPP. O tratamento foi carvedilol, enalapril, espironolactona e furosemida. A paciente apresentou boa evolução puerperal e encontra-se em seguimento com a equipe da cardiologia. **Conclusão:** A MCPP é caracterizada por insuficiência cardíaca (IC) no último mês da gestação até o quinto mês pós-parto na ausência de cardiopatia prévia e disfunção do VE com alterações ecocardiográficas (FE <45%, fração de encurtamento <30% ou ambos e dimensão diastólica final >2,7 cm/m² de superfície corporal). A paciente do caso não possuía nenhum dos fatores de risco: idade acima de 35 anos, raça negra, pré-eclâmpsia, gestações múltiplas nem uso de tocolíticos. A etiopatogênese pode ser em razão de miocardite viral, causa genética, imunológica, resposta inadequada ao estresse hemodinâmico da gestação, ativação de citoquinas inflamatórias e tocólise prolongada. É importante o alto nível de suspeição para o diagnóstico, pois os sintomas são semelhantes aos da gravidez. Neste caso, os sintomas foram súbitos, o que é incomum, de forma que as primeiras hipóteses foram complicações da anestesia e embolia. O tratamento é o preconizado para IC. Nos casos mais graves, considerar o uso de marca-passo. Entre 23% e 32% das pacientes evoluem para a recuperação completa da função ventricular nos primeiros seis meses. Em gestações posteriores, a disfunção ventricular pode ocorrer em 21% das pacientes que a normalizaram. Nas que permaneceram com disfunção residual à deterioração clínica, ela pode ocorrer em até 44% e o óbito dá-se em 7%. Sendo assim, o planejamento familiar é fundamental nessas pacientes.

Palavras-chave: *cardiomiopatia; obstetrícia; insuficiência cardíaca.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311178

Modelo experimental de baixo custo para ensino de técnica cirúrgica em obstetrícia

Ana Clara Machado Pinheiro Lima[1], Giovana Medeiros Lucena de Sousa[1]
[1]Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução: A educação baseada em simulação é uma estratégia muito utilizada para a aquisição de competências no ensino médico e possibilita o preparo do aprendiz para situações reais de forma interativa. Em contrapartida, atualmente, o alto custo dos materiais necessários para esse tipo de treinamento destaca-se como um importante fator limitante para sua difusão. Dessa forma, a construção de modelos de baixo custo faz-se necessária como uma alternativa. **Objetivo:** Confecção de um modelo de baixo custo e fácil manuseio para treinamento de técnica cirúrgica do parto cesáreo, destinado a ser utilizado por acadêmicos de Medicina e residentes de Obstetrícia. **Métodos:** Para a confecção do modelo, foi utilizado um manequim de plástico, que representa o corpo da gestante. Dentro dele, na topografia do abdome inferior e pelve, folhas em EVA e uma folha de plástico-bolha foram acopladas como correspondentes das estruturas anatômicas acessadas durante a cesariana. As camadas de EVA tiveram cores dispostas na seguinte sequência (anteroposterior): rosa, amarelo, branco e vermelho, seguidas de uma camada de plástico-bolha, objetivando representar, respectivamente, a pele, o tecido subcutâneo, a aponeurose, a musculatura abdominopélvica e o peritônio. Por fim, uma boneca (simulando o feto) foi colocada dentro de um balão grande — correspondente ao útero, que pode ser preenchido com água para simbolizar a presença do líquido amniótico. **Resultados:** O modelo confeccionado simula de modo simplificado as referências anatômicas para o treinamento da técnica cirúrgica da cesariana, mesmo possuindo limitações, como a diferente consistência e espessura dos materiais utilizados em relação aos tecidos reais. O método tem boa aceitação pelos aprendizes e representa um passo inicial no processo de familiarização com a técnica. O ambiente controlado da simulação oportuniza um momento para reflexão de cada indivíduo e da equipe envolvida, o que também funciona como ferramenta de ensino-aprendizagem. A eficácia dessa metodologia é corroborada por dados científicos, como em pesquisa realizada por Vellanki (2010), na qual foi feito um comparativo do conhecimento da técnica cirúrgica da cesariana entre estudantes do Departamento de Obstetrícia. O primeiro grupo teve acesso a treinamento com manequim antes de auxiliar o procedimento; o segundo grupo, não. Um questionário pré-validado foi aplicado. O grupo 1 foi mais habilitado em relação ao grupo 2 para definir os passos da cesariana (91% contra 61,5%) e também se sentiu mais confortável ao auxiliar a cirurgia (100% contra 46,15%). **Conclusão:** A construção do modelo proposto é um instrumento promissor para facilitar a educação médica em obstetrícia, apresentando como vantagens o baixo custo e a fácil replicabilidade. Essa metodologia é eficaz ao abordar capacidades cognitivas, psicomotoras e interpessoais, não substituindo a prática clínica, mas servindo como um substrato para os cenários aos quais os estudantes possam ser expostos no futuro.

Palavras-chave: *obstetrícia; cesariana; parto cesáreo; simulação baixo custo.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311179

Mortalidade materna por eclâmpsia no Brasil

Marcelle Pinho Conceição[1], Amanda Maués Ramos[2], Daniele Socorro de Brito Souza Paiva[1], Bruna Silva de Melo[2], Victória Moreira Gomes[1]
[1]Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
[2]Universidade Federal do Pará

Introdução: A morte materna é considerada um grande problema de saúde pública, chegando a ser evitável em 90% dos casos e constituindo uma preocupante violação dos direitos reprodutivos — por consequência, dos direitos humanos. No Brasil, a hipertensão arterial na gravidez constitui a primeira causa de mortalidade materna, representando 25% dos óbitos maternos investigados. A eclâmpsia é a manifestação convulsiva ou comatosa da pré-eclâmpsia, sendo uma intercorrência emergencial, com complicações obstétricas importantes e incidência crescente, apesar das tentativas e modificações estabelecidas para seu controle. **Objetivo:** Avaliar a mortalidade por eclâmpsia no Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico com dados referentes à morte materna obtidos das Informações de Saúde do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (TABNET/DATASUS) entre os anos de 2010 a 2019. **Resultados e conclusão:** Os óbitos maternos no período em estudo totalizaram 16.697. A eclâmpsia foi a causa mais frequente em todos os anos, sendo responsável por 1.576 mortes (9,4%). A menor taxa de óbito materno por eclâmpsia foi em 2014, com

8,0%, enquanto as maiores taxas foram em 2013 (10,4%) e 2019 (10,1%). Observou-se uma diferença de sua frequência de acordo com as regiões do Brasil. Ela foi responsável por 14,0% dos óbitos maternos na Região Norte, por 11,4% na Região Nordeste, 8,6% na Centro-Oeste, 6,9% na Sudeste e 6,5% na Sul. Detalhando a mortalidade materna por idade, identificamos as seguintes faixas etárias: de 10 a 19 anos (18,3%), de 20 a 29 anos (36,6%), de 30 a 39 anos (37,5%) e de 40 a 49 anos (7,3%). Em relação à cor/raça, 56,8% eram pardas, 25,6% eram brancas e 10,6% pretas. Sobre o grau de escolaridade, observaram-se as seguintes frequências: nenhum grau (3,1%), de um a três anos (10,4%), de quatro a sete anos (26,4%), de oito a 11 anos (34,1%) e de 12 anos para mais (8,4%). Acerca do momento de ocorrência do óbito, constatamos que 55,3% ocorreram no decurso do puerpério e 29,0% durante a gravidez. Dessa forma, a eclâmpsia foi a principal causa de morte materna e foi mais prevalente nas pacientes com faixa etária de 20 a 39 anos, pardas, com escolaridade de 8 a 11 anos, e com grande ocorrência do evento no puerpério. Em síntese, a prevenção da eclâmpsia poderá ser alcançada mediante uma efetiva assistência pré-natal na atenção primária, complementada pela atenção secundária aos grupos de risco, para assim se chegar a um ciclo grávido-puerperal seguro para as mulheres.

Palavras-chave: *mortalidade materna; pré-eclâmpsia; eclâmpsia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311180

Mortalidade materna por síndromes hipertensivas específicas da gestação na adolescência no Brasil nos últimos cinco anos

Amanda Maués Ramos[1], Daniele Socorro de Brito Souza Paiva[2], Bruna Silva de Melo[1], Marcelle Pinho Conceição[2], Victória Moreira Gomes[2]
[1]Universidade Federal do Pará
[2]Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Introdução: Mortalidade materna é aquela que ocorre durante a gestação ou em 42 dias pós- parto por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez. Entre as adolescentes, a gravidez é considerada um problema de saúde pública, pois relaciona-se, entre outras causas, ao índice de desenvolvimento humano (IDH) do país, às lacunas dos programas de educação em saúde, prevenção e planejamento familiar. Entre as consequências da gestação na adolescência, cita-se o risco aumentado de desenvolver síndrome hipertensiva específica da gestação (SHEG), uma das causas principais de óbito materno. Os eventos patológicos da SHEG podem acometer a mulher no ciclo gravídico-puerperal, desenvolvendo-se da 20ª semana de gestação em diante ou no puerpério imediato. É caracterizada por hipertensão acompanhada de proteinúria e/ou edema. É uma doença multissistêmica, uma vez que causa repercussões em diversos órgãos. **Objetivo:** Avaliar a mortalidade das síndromes hipertensivas específicas da gestação no Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico com dados referentes a óbitos maternos de adolescentes entre os anos de 2015 e 2019, obtidos nas Informações de Saúde do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (TABNET/DATASUS). **Resultados e conclusão:** Os óbitos maternos no período em estudo foram 8.360, sendo 2.295 em menores de 20 anos. A SHEG foi responsável por 8,5% do total de óbitos, dos quais 11,2% foram em adolescentes, totalizando 80, sendo 92,5% na faixa etária de 15 a 19 anos. Caracterizando as síndromes hipertensivas específicas da gestação entre as adolescentes, 16,2% foram por hipertensão gestacional sem proteinúria, 70% por hipertensão gestacional com proteinúria e 11,2% por hipertensão materna não especificada. Nesse sentido, a maior mortalidade por síndromes hipertensivas específicas das gestações em adolescentes ocorre por hipertensão gestacional com proteinúria. Em suma, a gestação na adolescência diz respeito à assistência básica, hospitalar e educacional no país, e é necessário o pré-natal adequado, capaz de detectar sintomas predisponentes à SHEG, bem como investigar laboratorialmente a proteinúria para combatê-la por meio de intervenções que possibilitem às adolescentes uma gravidez e um puerpério mais seguros.

Palavras-chave: *mortalidade materna; gravidez na adolescência; hipertensão gestacional.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311181

Neoplasia trofoblástica gestacional de ultra-risco — coriocarcinoma gestacional vaginal metastático: relato de caso

Maria Eduarda Richa Fonseca[1], Renata Lopes de Oliveira[1], Fernanda Freitas Oliveira Cardoso[1], Vanessa Campos Baptista[1], Jorge Fonte de Rezende Filho[1], Antonio Rodrigues Braga Neto[1],
[1]Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução: O coriocarcinoma gestacional (CCA-G) é neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), altamente vascularizado, invasivo e com potencial metastatizante. Origina-se em 50% das mulheres após a gravidez molar, mas pode decorrer de qualquer tipo de gestação: termo/pretermo, aborto ou prenhez ectópica. Sua apresentação clínica depende da extensão da doença e da localização das metástases, sendo o sangramento do sítio metastático a forma de apresentação frequente. O acometimento vaginal corresponde a cerca de 30% das metástases. Os principais desafios diante do CCA-G metastático são o diagnóstico precoce e a condução das complicações relacionadas à hipervascularização tumoral. **Relato de caso:** Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética — CAAE: 45689121.5.0000.5275). C.C.P., 24 anos, IVG IIP IIA, gestação molar em 2015 e cesariana a termo em 2017. Apresentou atraso menstrual e dosagem qualitativa de gonadotrofina coriônica humana (hCG) positiva em março de 2020. Em maio de 2020 observou nódulo vaginal, de crescimento acelerado e intensa dor local, quando também apresentou sangramento transvaginal aumentado e persistente, com eliminação de vesículas. Compareceu à maternidade, onde permaneceu internada com diagnóstico de abscesso vaginal, evadindo-se após curta internação. Em outubro de 2020, buscou maternidade em município vizinho com sangramento transvaginal de grande monta e lesão vaginal vinhosa, friável, estendendo-se da parede vaginal lateral direita ao colo uterino. Foi internada para estabilização hemodinâmica. Dosagem de hCG qualitativa positiva. Diante da suspeita clínica de NTG, a paciente foi encaminhada ao centro de referência (CR) em doença trofoblástica gestacional da Maternidade Escola da UFRJ, sendo atendida em 14 de outubro de 2020. Ao exame especular, observou-se lesão vaginal ulcerada (7x4x3 cm) com sangramento ativo de moderada intensidade. Ao toque vaginal, evidenciou-se lesão multilobulada, infiltrada e endurecida. Nesse dia, a dosagem de hCG foi 557.412 UI/L e a ultrassonografia transvaginal evidenciou, em topografia de colo uterino, imagem heterogênea, irregular, de limites mal definidos, intensamente vascularizada, medindo 71x68x65 mm, e ovário de volume aumentado às custas de múltiplas imagens císticas. Diante do diagnóstico de NTG com metástase vaginal, com doença em estádio (FIGO 2002) II e escore de risco da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia/ Organização Mundial da Saúde (FIGO/OMS) 13. Realizou radioterapia anti-hemorrágica, dois ciclos de etoposido e cisplatina (EP)-baixa dose, com hCG subsequente de 765 UI/L, e oito ciclos de etoposido, metotrexato/leucovorina e actinomicina-D (EMA-CO), com remissão, seguidos por quatro de quimioterapia de consolidação. Durante o seguimento, da lesão vaginal, evoluiu com fístula parauretral direita (5 mm). **Conclusão:** O tratamento apropriado dos casos de NTG de ultra-alto risco é particularmente crítico pelo elevado risco tanásico, particularmente quando há diagnóstico de CCA e presença de doença metastática. A melhor chance para uma paciente com NTG, nessas condições, alcançar a cura é o acesso a tratamento especializado e precoce em um CR para NTG.

Palavras-chave: *neoplasias trofoblásticas; coriocarcinoma; quimioterapia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311182

O aumento da taxa de fecundidade em mulheres com 35 anos ou mais entre 1995 e 2018

Julie Teixeira da Costa[1], Célia Regina da Silva[1], Isabel Maria Santos Lacerda[1], Nathalia Fonseca de Farias Rosa[1], Mateus Benac Cavalcante[1]
[1]Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Introdução: A gravidez com idade de 35 anos ou mais é considerada gravidez tardia, com riscos para o binômio materno-fetal. **Objetivo:** Analisar a taxa de fecundidade por idade específica (TFIE) por região brasileira, o

estado conjugal e a escolaridade das mães ≥35 anos nos períodos 1995–2000 e 2013–2018. **Método:** Estudo com desenho transversal, realizado por busca de informações no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Estudaram-se as gestantes das faixas etárias 35–39, 40–44 e ≥45 anos que tiveram filhos nesse período. Foram excluídas as informações dos registros do SINASC com idade gestacional <22 semanas e com idade ignorada, e calcularam-se as frequências de estado civil e escolaridade em cada grupo etário. **Resultados:** A TFIE de 35–39 anos nos períodos 1995–2000 e 2013–2018 no Brasil mostrou aumento de 13,7% (de 33,9 para 38,5%), com crescimento em todas as regiões brasileiras, exceto no Nordeste. Na Região Norte, aumentou de 31,7 para 33,3% (4,9%), no Centro-Oeste de 24,8 para 36,9% (48,9%), no Sudeste de 32,8 para 41,6% (26,7%) e no Sul de 40,5 para 43,1% (6,4%). Entre 40–44 anos, houve redução no Norte, Nordeste e Sul (-19,6, -28,7 e -12,2%, respectivamente) e elevação no Centro-Oeste de 6,9 para 9,1% (32,1%) e no Sudeste de 9 para 10,8% (20,1%). A gravidez com 45 anos ou mais reduziu em todas as regiões brasileiras no período estudado. Em relação ao estado civil, nota-se que, no período de 1995–2000, a gravidez tardia ocorreu com mais frequência na população casada (74,6%), aparecendo em maior proporção entre 35–39 anos (78,6%) e na região Sudeste (46,2%). O mesmo ocorreu no período de 2013–2018 (68%), sendo mais comum na população casada com idade de 35–39 (80,8%) e com maior proporção na região Sudeste (46,7%). Já comparando a escolaridade, no período de 1995–2000, a quantidade de mulheres com ≥8 anos de estudo que engravidaram foi maior em todas as regiões, exceto Norte e Nordeste. No período de 2013–2018, observa-se que esse grupo de mulheres foi maior em todas as regiões. O Sudeste teve maior número de mulheres grávidas com ≥8 anos de estudo nos dois períodos (1995–2000 e 2013–2018), sendo, respectivamente, 58 e 49,7%. **Conclusão:** Esses resultados mostram correlação direta com o índice de desenvolvimento humano (IDH), pois regiões com >IDH apresentam > taxa de gestação tardia. A tendência de adiamento da gravidez encontra-se relacionada à maior escolaridade e ao casamento, provavelmente pela participação feminina no mercado de trabalho, que leva à postergação da gravidez em busca de melhores oportunidades profissionais e financeiras.

Palavras-chave: *idade materna; gravidez de alto risco; taxa de fecundidade.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311183

O uso de mio-inositol para a prevenção de diabetes gestacional

Davi Rogienfisz Mendes[1], Ana Luiza Vargas Espadim[1], Raíssa Maria Duarte Moreira[1]
[1]Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos

Introdução: O inositol é um componente natural das vias metabólicas, que possui diversos isômeros, sendo o mio-inositol um deles. Esse composto está presente em diversos alimentos, como cereais e legumes, além de ser sintetizado pelo próprio organismo, principalmente no fígado. Por sua vez, a diabetes gestacional é entendida como a resistência à insulina presente na mulher grávida sem diagnóstico prévio da doença. **Objetivo:** Compreender se há relação entre a suplementação de mio-inositol e a prevenção do diabetes gestacional. **Métodos:** Foram realizadas pesquisas nas bases de dados PubMed e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando-se dos descritores "myo-inositol" e "gestational diabetes". Foram selecionados artigos na língua inglesa. **Resultados e conclusão:** Em um primeiro estudo prospectivo, randomizado, duplo-cego, realizado em 2013, 35 mulheres receberam a suplementação de mio-inositol e ácido fólico durante toda a gravidez, enquanto 38 mulheres, do grupo placebo, receberam apenas ácido fólico pela mesma duração de tempo. Nesse estudo, foi observado que o grupo que utilizou mio-inositol apresentou uma diminuição na incidência de diabetes gestacional quando comparado ao grupo controle (6 *versus* 71%). Outro estudo, também realizado em 2013, com 197 pacientes que tinham parentes com diabetes *mellitus* tipo 2, 99 mulheres fizeram a utilização de mio-inositol e ácido fólico durante toda a gravidez, enquanto o grupo placebo, formado de 98 mulheres, recebeu apenas ácido fólico durante o mesmo período. Nesse caso, observou-se que a incidência de diabetes gestacional no grupo que fez a suplementação com mio-inositol foi menor (6 *versus* 15,3%). Porém, em um estudo, também randomizado e duplo-cego, realizado em 2017, composto de mulheres no início da gravidez com histórico familiar de diabetes, foram acompanhados 120 grávidas com doses diárias de mio-inositol e ácido fólico e um grupo placebo, composto de 120 mulheres, que usou apenas ácido fólico. Nesse contexto, observou-se que o grupo tratado com mio-inositol teve incidência maior de diabetes gestacional quando comparado ao grupo placebo (23,3 *versus* 18,3%). Dessa forma, nota-se que, pelo pequeno quantitativo de estudos realizados até agora, ainda não há evidências suficientes que garantam que a suplementação com mio-inositol previna a diabetes gestacional.

Palavras-chave: *diabetes gestacional; prevenção mio-inositol.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311184

Os efeitos positivos da prática da ioga supervisionada durante a gestação

Amanda Silva Florentino[1], Matheus Silva Neves dos Santos[2], Priscilla Rocha Araujo Nader[1], Rubens José Loureiro[1]
[1]Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
[2]Universidade Norte do Paraná

Introdução: A ioga é uma prática terapêutica que promove o bem-estar físico e mental por envolver técnicas de respiração associadas a meditação e posturas corporais. A gravidez é um processo em que ocorrem diversas mudanças fisiológicas e psicológicas que podem ocasionar desconfortos, como dor, fadiga e o aumento da ansiedade em função da espera pelo bebê, assim como os níveis de estresse. Nesse sentido, a ioga pode ser implementada como uma prática pré-natal complementar durante a gravidez, sendo mediada de forma supervisionada e moderada quando não houver contraindicações. **Objetivo:** Analisar os benefícios proporcionados pela ioga supervisionada durante a gestação. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde durante o mês de abril de 2021. Para a busca, utilizaram-se os descritores: "ioga" AND "gravidez" AND "pomoção da saúde". Foram selecionados artigos disponibilizados em texto completo publicados entre agosto de 2015 e julho de 2020. A princípio foram identificados 15 artigos e, após a aplicação dos critérios de inclusão, restaram 14 artigos, dos quais cinco compuseram a amostra final. **Resultados e conclusão:** Verifica-se que o exercício dessa terapia complementar pode melhorar a diabetes gestacional e a hipertensão desenvolvida na gravidez, os sintomas de ansiedade e depressão, a qualidade do sono e a lombalgia. Ademais, também reduz o estresse e as chances de parto prematuro. Outrossim, por proporcionar o fortalecimento dos músculos do abdômen, pelve e costas, ela facilita o parto normal, uma vez que essas musculaturas são utilizadas no trabalho de parto. Além do mais, as técnicas de respiração aprendidas durante os momentos de ioga podem ser eficazes para o relaxamento durante as contrações. Diante dos benefícios apresentados, constata-se que a prática de ioga supervisionada precisa ser democratizada para que as gestantes possam desfrutar dos efeitos positivos durante a gravidez e no momento do parto. De mais a mais, os componentes da equipe multidisciplinar devem exercer a prática adaptada às necessidades e condições de cada gestante, com a finalidade de promover a saúde numa visão holística. Por fim, ressalta-se que os estudos sobre os efeitos da ioga em mulheres grávidas ainda são escassos, sendo essa uma área potencial para estudos futuros.

Palavras-chave: *ioga; gravidez; promoção da saúde.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311185

Pancreatite biliar na gestação

Vanessa Frajblat[1], Maria Eduarda Ragghiante Ferreira[1], João Carlos Ribeiro Ferreira[1]
[1]Universidade do Grande Rio

Introdução: A pancreatite aguda (PA) durante a gestação é uma condição rara, com incidência de 1/1.000–10.000 gestações e altas taxas de mortalidade materno-fetal, mas, com o diagnóstico precoce e o cuidado intensivo, a taxa de mortalidade é de 0 a 3%. **Relato do caso:** G.D.S.P., 21 anos, G4P1A2, com idade gestacional (IG) de 38 semanas e 3 dias, foi à maternidade com queixa de lombalgia intensa que irradiava para a região epigástrica associada a dor em baixo ventre. Já havia procurado o serviço antes com as mesmas queixas, porém foi tratada como se fossem dores normais da gestação. Ao exame,

apresentava-se taquicárdica, com abdome doloroso a palpação em região epigástrica. Durante a internação, observa-se amilase de 579, lipase de 1.750 e cardiotocografia categoria 1, portanto, foi iniciado o tratamento de pancreatite aguda. A ultrassonografia abdominal evidenciou uma oligodramnia acentuada com um índice do líquido amniótico < 3 cm^3 e a ausência de litíase biliar. Realizou-se parto por via alta e a paciente foi mantida em dieta zero até a melhora laboratorial. Recebeu alta três dias após o parto, com melhora clínica significativa. Quatro dias depois da alta, voltou com a mesma queixa, no momento associada a episódios de vômitos. Os exames mostraram a recorrência da pancreatite e a presença de vesícula biliar distendida com paredes espessadas, apresentando diminutos cálculos livres. O pâncreas foi parcialmente visualizado, sem anormalidades. Realizou-se tratamento clínico de suporte e, após oito dias da melhora clínica, a paciente foi submetida a uma colecistectomia videolaparoscópica (CVL) com colangiografia. **Conclusão:** A paciente apresenta características que são frequentes em pacientes com PA na gestação, como a multiparidade, a ocorrência no 3º trimestre e a alta recorrência. Sabe-se que a alteração na motilidade da vesícula pode persistir por até um ano após o parto, tornando a frequência de gestações e a multiparidade os maiores fatores de risco para a formação de cálculos biliares em gestantes. A dor inicialmente foi confundida com uma queixa álgica fisiológica da gravidez, o que pode ser tolerado, uma vez que a paciente apresentava dores em locais típicos de uma gestante no 3º trimestre. Todavia, é importante a reflexão sobre outras etiologias com quadros repetitivos que levam a várias idas à maternidade, por mais comuns que os sintomas sejam. A paciente apresentou recorrência do quadro da pancreatite, e seguiu-se o tratamento que se tem como consenso para quadros de PA no 3º trimestre da gestação, ou seja, tratamento conservador ou realização da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com esfincterotomia endoscópica biliar e CVL no pós-parto. Essa segunda alternativa de tratamento não se encaixava no relato, pois inicialmente não foi visualizada nenhuma alteração biliar. Adotou-se conduta conservadora de acordo com as informações obtidas até aquele momento e, após a recorrência do quadro no pós-parto, foi realizada uma CVL com colangiografia.

Palavras-chave: *pancreatite biliar; dor abdominal na gestação; pancreatite aguda.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311186

Pentalogia de Cantrell: um relato de caso

Julia Goes Guimarães[1], Kelvin Cleyton Ribeuro[1], Guilherme Ribeiro Ramires de Jesús[1], Ana Elisa Rodrigues Baião[1], Fernando Maia Peixoto Filho[1]
[1]Instituto Federal Fluminense

Introdução: A pentalogia de Cantrell (PC) é uma forma rara de defeito da parede abdominal que consiste na associação de cinco malformações maiores: anormalidade na linha média da parede abdominal superior, defeito esternal, defeito diafragmático, defeito pericárdico e anomalias congênitas do coração. Entre elas, os achados mais comuns são onfalocele e defeito do septo atrioventricular. Sua incidência varia de 1:65.000 a 1:200.000, porém sua etiologia é incerta. A teoria mais aceita é uma alteração no desenvolvimento fetal 18–21 dias após a concepção, quando há alteração na migração das estruturas mesodérmicas primordiais da linha média. **Relato de caso:** A.L.S.R., 18 anos, GIPI, sem comorbidades, foi admitida no setor de medicina fetal de um centro terciário, em 22 de fevereiro de 2021, com 24 semanas, em razão de defeito de fechamento tóraco-abdominal. A ultrassonografia (USG) identificou *ectopia cordis*, defeito amplo de parede torácica e abdominal, e cifoescoliose, sugerindo o diagnóstico de PC. A paciente comparece em 19 de março de 2021, com idade gestacional (IG) 27s+5d, sem cariótipo, referindo ausência de movimentação fetal e início de metrossístoles, com óbito fetal constatado por USG, e inicia-se a indução do parto com misoprostol. Evolui, após 12 horas, com expulsão de natimorto único, cefálico, sexo feminino, p=522 g, com as anomalias supracitadas à USG aparentes e cordão umbilical curto. Puerpério fisiológico. **Conclusão:** Na literatura, exitem pouco menos de 100 casos relatados de PC, com apenas um recém-nascido (RN) sobrevivente. Acredita-se ser um defeito genético esporádico e uma síndrome com alta taxa de mortalidade, sendo seu prognóstico associado à gravidade das alterações cardíacas. O diagnóstico pré-natal geralmente é feito no início do segundo trimestre, e o uso da USG 3D, da dopplervelocimetria e da ressonância magnética pode auxiliar nos casos duvidosos. O tratamento da PC consiste em cirurgia paliativa ou tentativa de correção do defeito cardíaco e das demais manifestações associadas. Intervenções precoces nos RN sem malformações intra ou extracardíacas parece ter um resultado melhor, com sobrevida maior, do que em pacientes com ectopia cordias associada a outras anomalias. Entretanto, as tentativas de tratamento são frustradas, uma vez que esse conjunto de anomalias possui elevada taxa de letalidade.

Palavras-chave: *pentalogia; Cantrell; malformações; ectopia; onfalocele.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311187

Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil

Victória Moreira Gomes[1], Daniele Socorro de Brito Souza Paiva[1], Bruna Silva de Melo[1], Amanda Maués Ramos[1], Marcelle Pinho Conceição[1]
[1]Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Introdução: A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. A infectividade da sífilis por transmissão sexual é maior nos estágios iniciais (primária, secundária e latente recente), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (latente tardia e terciária). A sífilis é transmitida predominantemente por via sexual e vertical. A transmissão vertical acontece mais frequentemente intraútero, embora também possa ocorrer durante a passagem do feto pelo canal do parto. A infecção prévia não confere imunidade protetora, portanto, a pessoa pode se reinfectar a cada vez que for exposta, o que justifica o rastreio mais frequente durante a gestação. A ocorrência de sífilis em gestantes no Brasil vem apresentando aumento significativo, sendo tratada como problema de saúde pública nacional. Ela resulta em graves efeitos adversos para o concepto, desde abortos e óbitos fetais até recém-nascidos vivos com sequelas diversas da doença, que poderão se manifestar tardiamente. **Objetivo:** Avaliar dados epidemiológicos nacionais sobre a sífilis gestacional. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de série histórica, sobre sífilis em gestantes no Brasil, com dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de 2010 a 2020. Foram analisadas as seguintes variáveis: taxa nacional, faixa etária, idade gestacional e classificação clínica. Os dados foram apresentados em forma de gráficos de distribuição de frequências. **Resultados e conclusão:** Ao avaliar os dados obtidos, constatou-se que a taxa de detecção de sífilis nas gestantes do Brasil por ano apresenta números crescentes, com leve declínio no ano de 2019. Em 2010, representava 3,5 (n: 10.070) casos a cada mil nascidos vivos e, em 2019, alcançou 20,8 (n: 61.127). Em relação à idade gestacional, o diagnóstico precoce no 1º trimestre vem apresentando aumento significativo em comparação com os demais períodos, compondo 42,9% dos casos no ano de 2020, diferentemente do ano de 2010 em que predominava o diagnóstico no 3º trimestre com 37,9%. Já em relação à idade dessas gestantes, a faixa etária de 20 a 29 anos foi mais prevalente em todos os anos, com média de 53% dos episódios. Da amostra analisada, vemos que há aumento no diagnóstico em fase latente, que representa no último ano o total de 38,6% dos casos e a diminuição dos quadros identificados na fase primária com o passar dos anos, totalizando 25,5% no ano de 2020. Dessa forma, conclui-se que a sífilis é um grave problema de saúde pública por sua alta prevalência e sua repercussão materno-fetal. Assim, é fundamental a captação precoce das gestantes para que o diagnóstico e o tratamento ocorram o quanto antes.

Palavras-chave: *sífilis; epidemiologia; análise estatística.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311188

Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes no estado do Piauí

Silmara Ferreira de Olivera[1], Beatriz Sousa Santos[1], Ariela Karollyny Santos Silva[1], Odilea Ribeiro Sanção[1], Nilsa Araújo Tajra[1], Joao de Deus Valadares Neto[1]
[1]Centro Universitário Uninovafapi

Introdução: A sífilis na gestação (SG) constitui um grave problema de saúde pública no Brasil, responsável por altos índices de morbimortalidade

intrauterina. **Objetivo:** Este estudo objetivou determinar o perfil epidemiológico dos casos de SG notificados no estado do Piauí no período de 2005 a 2020. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de abordagem quantitativa. Para isso, utilizou-se o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram verificadas as seguintes variáveis: casos por ano, idade gestacional, faixa etária, escolaridade, cor ou raça, esquema de tratamento e classificação clínica. **Resultados e conclusão:** Entre 2005 e 2020, foram notificados 3.885 casos de SG no estado do Piauí, com prevalência no ano de 2018 de 746 casos (19,2%) e no ano de 2019 de 788 (20,3%). Os demais períodos demonstraram homogeneidade, variando de 85 a 448 casos por ano. A idade gestacional no momento do diagnóstico foi, majoritariamente, o 3º trimestre de gestação, com 1.556 casos (40,0%), seguido do 2º trimestre, com 1.272 (32,7%), e apenas 848 (21,8%) no 1º trimestre. Quanto à faixa etária, a maioria dos casos concentrou-se na faixa de 20 a 29 anos, com 2.003 (51,5%), seguida das faixa entre 15 e 19 anos, com 992 (25,5%). Chama atenção a presença de SG na faixa etária de 10 a 14 anos, com 73 casos (1,8%), que somados à faixa etária de 15 a 19 correspondem a 1.065 gestantes (27,4%). Boa parte dos casos concentrou-se entre gestantes com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta, somando 924 casos (23,7%); 53 gestantes (1,3%) tinham curso superior completo e 48 (1,2%) eram analfabetas. Quase a totalidade dos casos (2.771, ou 71,3%) esteve em gestantes de cor parda. Quanto ao esquema de tratamento, a penicilina foi escolhida em 2.098 (91,2%) dos 2.298 casos notificados. A classificação clínica demonstrou sífilis latente em 1.201 casos (30,9%), seguida de sífilis primária em 1.062 (27,3%). Conclui-se que o perfil epidemiológico da SG no estado do Piauí engloba mulheres adolescentes e adultas jovens, com baixa escolaridade e cor parda, semelhante ao de outros estudos na Região Nordeste e também no Brasil. A homogeneidade de casos e o período tardio de diagnóstico, no 3º trimestre, demonstra o difícil controle da doença. A forma latente foi prevalente, o que reforça a importância da realização do exame em todas as gestantes. Além disso, a droga de escolha é a penicilina, que atravessa a barreira transplacentária e é mais efetiva na prevenção e tratamento da infecção no feto. Não houve registro da evolução dos casos, variável que poderia contribuir ao demonstrar a efetividade do tratamento, bem como possíveis reinfecções. Assim, os dados deste estudo contribuem para o diagnóstico situacional e podem auxiliar os gestores da saúde no planejamento e na reformulação de estratégias de prevenção e controle da SG.

Palavras-chave: *sífilis; infecções por treponema; complicações infecciosas na gravidez.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311189

Perfil socioeconômico de pacientes em um hospital materno-infantil no Sul do Brasil durante a pandemia de COVID-19

Adriani Oliveira Galão[1], Aline Petracco Petzold[2], Fernanda Dias Silva[3], Marcelle Martinez Loureiro[3], Fernanda Paixão Etchepare[4], Deise Maria Ramos Cunha[4]

[1]Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Hospital de Clínicas de Porto Alegre

[2]Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

[3]Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

[4]Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

Introdução e Objetivo: Avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 na situação socioeconômica e na assistência pré-natal das puérperas atendidas no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV). **Métodos:** Foram entrevistadas 811 puérperas de setembro de 2020 a janeiro de 2021. Avaliou-se a situação socioeconômica delas e o acesso ao pré-natal nesse período. O questionário era dividido em três etapas. Pacientes que chegassem à terceira eram consideradas em situação de vulnerabilidade social e selecionadas para recebimento de doações. **Resultados:** Do total da amostra, 69,2% mulheres referiram que a sua situação econômica sofreu o impacto da pandemia. Delas, 51,8% referiram nenhuma ou pouca dificuldade para adquirir alimentos básicos; 35,6% constataram média dificuldade; e 12,6% referiram muita ou extrema dificuldade. Na segunda etapa, avaliaram-se 387 pacientes com média de 1,2 pessoas empregadas e apenas 0,6 trabalhando com carteira assinada. Nesse grupo vulnerável, 68,8% recebiam auxílio financeiro do governo, cujo valor médio era de R$ 433,34. A renda mensal média entre elas era de R$ 1.671,13. Na terceira etapa do questionário, avaliaram-se 290 puérperas. Constatou-se que 85,9% fizeram acompanhamento pré-natal adequado pela rede pública de saúde (média de oito consultas). Nesse grupo mais vulnerável, a idade média foi de 26,5 anos e a formação era de 97,9% de brasileiras, sendo 46% brancas, 29% pretas, 23% pardas e 2% indígenas. Delas, 71% já tinham outro filho (média de 1,5 filhos, intervalo de 1–14). Somente 3,9% das pacientes possuíam ensino superior, ainda que incompleto, 24,2% ensino médio completo, 29,1% médio incompleto, 18,9% ensino fundamental completo e 23,9% não haviam completado sequer o fundamental. Na entrevista, 76,9% informaram estarem desempregadas e 75,4% delas relataram possuir companheiros (20,7% deles estavam desempregados, 55% eram autônomos e 24,3% trabalhavam com carteira assinada). **Conclusão:** Grande parte das puérperas refere prejuízo socioeconômico em função da pandemia de COVID-19 e quase metade delas afirmou estar passando por dificuldades importantes para adquirir alimentos básicos. Entre as pacientes mais vulneráveis, poucas eram escolarizadas e a maioria encontrava-se desempregada, dependendo inteiramente do companheiro, de familiares e/ou de auxílio do governo, disponível somente a 69% desse grupo. Felizmente, mesmo em virtude da pandemia, a grande maioria realizou adequado acompanhamento pré-natal e teve alta hospitalar com excelentes taxas de amamentação (87%), importantíssima, especialmente para essa população.

Palavras-chave: *doença por coronavírus; situação socioeconômica; gradiente social de saúde; pandemia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311190

Placenta prévia com acretismo e invasão para colo em gestante positiva para o vírus da imunodeficiência humana: relato de caso

Mariana Fortes Balzana[1], Flávia Durães Gonçalves[1], Giulia Bastos Buscema[1], Carolina Horstmann de Carvalho[1], Beatriz Ramiro Garcia Carneiro[1], Carolina Carvalho Mocarzel[1]

[1]Hospital Federal dos Servidores do Estado

Introdução: Placenta acreta é uma condição patológica de placentação associada a alto risco de hemorragia maciça durante o parto. A placenta prévia (PP) é definida quando seu desenvolvimento ocorre no segmento uterino inferior e é classificada conforme sua relação com o colo uterino. Gestantes com PP têm risco progressivo de acretismo placentário (AP), conforme o crescente número de cesarianas realizadas. Mulheres com associação de AP com PP costumam ter internação eletiva precoce (entre 32 e 34 semanas) para proximidade com o centro cirúrgico caso precisem de abordagem de urgência. **Relato de caso:** V.L.A., 36 anos, parda, residente do Rio de Janeiro, com diagnóstico de vírus da imunodeficiência humana (HIV), com carga viral indetectável, G7P2(PC)A4, com idade gestacional de 29 semanas e 1 dia. Foi admitida na Unidade Materno Feral do Hospital Federal dos Servidores do Estado (UMF-HFSE) com queixa de dor abdominal leve e sangramento vaginal intermitente de pequeno volume. A ultrassonografia (USG) realizada na unidade apresentou diagnóstico de PP total, colo uterino medindo 12 mm com afunilamento e aumento da vascularização cervical. Paciente estável hemodinamicamente, tônus uterino normal, ausência de metrossístoles, colo fechado, de coloração arroxeada e ausência de sangramento vaginal ativo. Durante a internação, realizou-se o diagnóstico de diabetes gestacional e foi iniciada a insulinoterapia. Prescreveu-se progesterona vaginal 200 mg/dia desde a internação e repouso relativo. A ressonância magnética confirmou o diagnóstico de AP. Pelos riscos da gestação e a condição social da paciente, optou-se pela manutenção da internação até o parto. Planejou-se o parto para 36 semanas com equipe multidisciplinar, realização de visita pré-anestésica, reserva de hemocomponentes, corticoterapia para maturação pulmonar fetal, programação da passagem de cateter duplo J com equipe da urologia e reserva de vaga em unidade de terapia intensiva (UTI). O parto foi realizado sob anestesia geral, cesariana com histerectomia total e rafia vesical,

com choque hipovolêmico durante ato cirúrgico. A paciente foi mantida em UTI após o parto e retornou à enfermaria dois dias depois com realização de mais dois choques hipovolêmicos, recebendo alta hospitalar em bom estado geral. **Conclusão:** Pacientes com PP têm 11% de risco de AP após a segunda cesariana, como é o caso da paciente em questão, e 90% dos casos de AP ocorrem em gestantes com PP e cesárea anterior. Mulheres com cesárea prévia que apresentam PP complicada por AP de gravidez em curso são o grupo obstétrico com maior chance de complicação no parto. Há significativo aumento da morbimortalidade materna, proporcional à quantidade de cesarianas, sendo o AP e a necessidade de histerectomia intraparto as consequências mais impactantes. Serviços com equipe cirúrgica multidisciplinar, setor de hemoterapia e UTI estão associados à redução da morbidade materna em cinco vezes, ao menor índice de transfusão sanguínea e à necessidade de reabordagem em sete dias. Dessa forma, uma vez que o diagnóstico de AP é suspeitado, o plano de cuidado com uma equipe multidisciplinar é indispensável.

Palavras-chave: *placenta prévia; placenta acreta; gravidez de alto risco.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311191

Planejamento gestacional e controle das oscilações glicêmicas durante a gestação em mulheres com diabetes *mellitus* tipo 1: uma revisão sistemática

Mariana Vanon Moreira[1], Júlia Abrahão Lopes[1], Aline Batista Brighenti dos Santos[1], Cecília Barra de Oliveira Hespanhol[2]
[1]Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora
[2]Universidade Federal de Juiz de Fora

Introdução: A gestação é considerada diabetogênica por se caracterizar pelo aumento da resistência à insulina, associado à elevação dos níveis séricos de outros hormônios, que visa manter constante o suprimento de glicose para o feto. Em gestações normais, isso é compensado pelo aumento da secreção pancreática de insulina. Porém, em pacientes com diabetes *mellitus* do tipo 1, a elevação da glicemia materna acarreta hiperglicemia e hiperinsulinemia fetais podendo levar ao aumento da morbimortalidade perinatal. Os avanços nas áreas de obstetrícia e pediatria e a melhoria do controle glicêmico levaram a significativa diminuição da morbimortalidade perinatal. No entanto, complicações obstétricas, neonatais e no pós-parto continuam sendo frequentes na gestação de mulheres diabéticas, de modo que é fundamental o planejamento gestacional para assegurar que os índices glicêmicos estejam normalizados antes da concepção e durante a gestação. **Objetivo:** Analisar o impacto da diabetes *mellitus* do tipo 1 (DM1) na gestação e seus riscos tanto para a gestante quanto para o feto. **Métodos:** Foi realizada, em abril de 2021, uma revisão sistemática na base de dados PubMed, utilizando-se os descritores "diabetes mellitus type 1" AND "pregnancy" AND "control". Foram incluídos ensaios clínicos controlados e randomizados, revisões e metanálises publicados de 2018 a 2021, disponibilizados na íntegra em língua inglesa e que abordassem a temática proposta. **Resultados:** Encontraram-se 17 artigos, dos quais cinco foram analisados para a realização deste trabalho. Ambos concluíram que o planejamento pré-concepção é essencial para minimizar o risco de defeitos congênitos. A meta de hemoglobina A1c na concepção é <6,5% e, durante a gravidez, é <6,0%. Também é fundamental rastrear e otimizar comorbidades, como retinopatia e nefropatia. Medicamentos, como os inibidores da enzima de conversão da angiotensina e as estatinas, devem ser descontinuados. A pressão arterial deve ser analisada com cuidado, verificando-se se há alterações. Durante a gravidez, o uso contínuo do monitor de glicose pode melhorar o controle glicêmico e os resultados neonatais, sendo a insulina a terapia de primeira linha. As taxas de hipoglicemia grave aumentam durante a gravidez, portanto, glucagon deve estar disponível e as pacientes devem estar treinadas para seu uso. Aspirina em baixa dosagem é recomendada logo após 12 semanas de gestação, para minimizar o risco de pré-eclâmpsia. **Conclusão:** A DM1 na gravidez é complexa e está associada a um risco materno e neonatal significativo. A otimização do controle glicêmico, dos regimes medicamentosos e da atenção cuidadosa às comorbidades pode ajudar a mitigar esses riscos e garantir um tratamento de qualidade para a gestante e para o feto.

Palavras-chave: *diabetes* mellitus *tipo 1; gestação controle.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311192

Preditores para histerectomia puerperal em um hospital público: análise de um ano

Jefferson Torres Nunes[1], Alysson Castilho dos Santos[1], Daniel Victor Silva Soares[1], Edla Camila da Conceição[1], Erivelton Lima Santos[1], Marcilyo Max Bezerra Soares[1]
[1]Universidade Federal do Piauí

Introdução: A histerectomia pós-parto de emergência ou histerectomia puerperal é um procedimento operatório que consiste na retirada do útero por via abdominal, realizada após um parto cesariano ou vaginal. É considerada uma cirurgia de grande porte, reservada a situações de ineficácia dos métodos conservadores para controle de hemorragia uterina. **Objetivo:** Determinar dados sobre a prevalência, fatores de risco, principais indicações da histerectomia pós-parto e desfechos em um hospital publico do Piauí. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo com abordagem quantitaiva de casos de mulheres submetidas à histerectomia pós-parto entre março de 2020 a março de 2021 no Hospital Regional Justino Luz em Picos, Piauí. Foram analisados, após autorização da comissão ética da instituição, idade materna, paridade, idade gestacional, tipo de parto, indicações para a histerectomia e seu desfecho. **Resultados:** Ocorreram no período de tempo estudado cinco histerectomias pós-parto, duas após cesariana e três após parto vaginal. De antecedentes obstétricos, identificou-se polidrâmnio, gestação gemelar com um feto morto, placenta acreta e indução de trabalho de parto. A idade gestacional variou de 33 a 41 semanas. A idade média das mulheres foi 32 anos, todas apresentavam mais de dois partos anteriores e estavam no puerpério imediato com atonia uterina como indicação da cirurgia, três necessitaram de cuidados em centro de terapia intensiva, quatro precisaram de hemotransfusão e uma evoluiu com coagulação intravascular disseminada. O intervalo de tempo entre o diagnóstico da hemorragia puerperal e o procedimento cirúrgico variou de uma a quatro horas, e em todos os casos foi feita profilaxia para hemorragia pós-parto com ocitocina. Adotou-se como técnica cirúrgica histerectomia subtotal e não houve óbitos maternos. **Conclusão:** Houve mais histerectomia após parto vaginal em mulheres jovens, com gestação a termo, porém com fatores de risco. A indicação principal da cirurgia foi atonia uterina e a principal complicação foi a hemotransfusão.

Palavras-chave: *histerectomia atonia uterina; puerpério.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311193

Prevalência de sífilis gestacional na Região Norte entre os anos de 2015 e 2019

Bianca Rodrigues do Nascimento[1], Lucas Aguiar de Sousa[1], Ana Emília Gomes Macedo[1]
[1]Universidade do Estado do Pará

Introdução: A sífilis é uma doença contagiosa venérea causada pela espiroqueta Treponema pallidum. Entre suas categorias, encontra-se a sífilis gestacional, caracterizada por uma modalidade de transmissão vertical, ou seja, da mãe para o feto, para a qual se configura uma classificação de alta taxa de infecção — em torno de 70%. Nesse sentido, considerando-se que a Região Norte é o local de menor cobertura de testagem para sífilis, evidencia-se a necessidade de uma análise minuciosa dos casos notificados. **Objetivo:** Descrever a prevalência dos casos de sífilis gestacional na Região Norte do Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo quantitativo, feito com base nos dados recolhidos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) — Ministério da Saúde, nos períodos de 2015 a 2019 na Região Norte do país, os quais foram dispostos e analisados no programa Microsoft Office Excel 2016. **Resultados e Conclusão:** Nos períodos analisados, foram notificados 26.139 casos de sífilis gestacional na Região Norte, sendo 80,2% compostos de pacientes pardas, como um reflexo do perfil populacional da localidade. Observou-se aumento progressivo das notificações ao longo dos anos investigados, sendo registrados 3.270 casos em 2015 e 6.026 em 2019. Constatou-se ainda que a maior parte das ocorrências foram registradas no terceiro trimestre da gravidez (37,72%). O diagnóstico prévio da sífilis gestacional valida a terapêutica precoce e precisa. Além disso, dos casos notificados, 1.890 ocorrências não apresentaram a idade gestacional das pacientes, dificultando a estratégia de combate à patologia.

Ressalta-se também que 22,9% das notificações analisadas de sífilis gestacional se encontram na fase escolar de 5ª a 8ª série incompleta, destacando a relação intrínseca entre as incidências de sífilis na gestação e o grau de escolaridade. Colocam, assim, a escola como um importante expoente referente à educação para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, fortalecendo o Programa Saúde na Escola (PSE). **Conclusão:** A pesquisa realizada ressalta a necessidade de buscas ativas, acesso precoce a exames de testagem rápida, abordagem assistencial de qualidade às gestantes inscritas no programa Rede Cegonha da rede de atenção básica da Região Norte do país e, por fim, notificação e investigação dos casos identificados.

Palavras-chave: *sífilis; gravidez; IST.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311194

Reincidência de gravidez na adolescência entre 2015 e 2019

Mateus Benac Cavalcante[1,2], Denise Leite Maia Monteiro[1], Fatima Regina Dias De Miranda[1], Isabel Maria Santos Lacerda[1], Daniela Fortunato Auar[1], José Augusto Sapienza Ramos[1]
[1]Pontifícia Universidade Católica do Paraná
[2]Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Introdução: A reincidência da gravidez na adolescência é caracterizada como uma nova gestação na mesma faixa etária e tem-se tornado fator preocupante pelo impacto na vida das adolescentes, com sobrecarga psicológica, financeira e emocional. **Objetivo:** Descrever os fatores associados à reincidência da gravidez em relação à idade materna. **Método:** Estudo epidemiológico, descritivo, com desenho transversal, realizado por busca no banco de dados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando informações do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). O estudo incluiu todas as gestantes entre 10 e 19 anos que tiveram nascidos vivos (NV) nos anos de 2015 a 2019 (n=2.221.773). As gestantes que reengravidaram foram separadas em: grupo 1, de 10 a 14 anos (n=5.123), e grupo 2, de 15 a 19 anos (n=586.966). A análise foi feita pelo programa Epi-Info 3.5.4. **Resultados:** A reincidência global manteve-se estável ao longo dos anos (aproximadamente 30%), estando entre 4,3 e 4,8% no grupo 1 e entre 25 e 26% no grupo 2. Neste, a repetição da gravidez por duas ou mais vezes foi de 5%, e naquele foi mais rara. No grupo 1, 79,6% das primigestas eram solteiras, 19,1% eram casadas ou em união consensual e 63,6% apresentavam escolaridade menor do que oito anos. Entre as secundigestas, 66,9% eram solteiras, 31,1% casadas e 73,3% tinham menos de oito anos de escolaridade. No grupo 2, das primigestas, 67,3% eram solteiras, 31,6% casadas ou em união consensual e 22,7% estudaram por menos de oito anos. Já nas secundigestas, 60,1% eram solteiras e 38,4% casadas ou unidas. Nestas, a escolaridade baixa fez-se presente em 38,0% dos casos. Ser casada aumentou em 96% a chance de a gravidez reincidir no grupo 1 (p<0,001; *odds ratio* — OR=1,96, intervalo de confiança — IC95% 1,85–2,09). No grupo 2, a chance de reincidência entre as casadas aumentou 40% (p<0,001; OR=1,40, IC95% 1,39–1,41). No mesmo grupo, as mulheres com menos de oito anos de escolaridade tinham mais do que o dobro da chance de reincidência (p<0,001; OR=2,37, IC95% 2,35–2,38). Já as adolescentes do grupo 1 com menos de oito anos de escolaridade apresentaram 64% a mais de chance de reincidência (p<0,001; OR=1,64 IC95% 1,53–1,75). **Conclusão:** A reincidência da gravidez no Brasil mantém-se muito elevada ao longo dos anos, havendo até mesmo a sua repetição por mais de uma vez durante a adolescência no grupo de 15–19 anos. Há associação entre a baixa escolaridade e o casamento precoce com a reincidência de gravidez na adolescência.

Palavras-chave: *Reincidência Gestação na Adolescência Idade Materna*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311195

Relato de caso: leiomioma subseroso extenso e gestação

Georgia Guedes Cruz[1], Lívia Aniz Vieira[1], Vinícius dos Santos Conejo[1], Marla Spilki[1], Cibele Borges Mendonça[1]
[1]Hospital Municipal de Canoas

Introdução: Leiomiomas são patologias benignas comuns do útero que acometem cerca de 40% das mulheres em idade fértil. Durante a gestação pode ocorrer um crescimento mais rápido dos miomas uterinos preexistentes em decorrência da hipertrofia miometrial, das alterações hormonais e da maior vascularização. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 29 anos, primigesta, com idade gestacional de 29 semanas e 2 dias, hipertensa prévia e diabética gestacional, foi encaminha do pré-natal ao pronto atendimento obstétrico do hospital por modificação de colo uterino. Os exames prévios foram revisados e foi constatado que na primeira ecografia obstétrica, feita com nove semanas e quatro dias, evidenciava-se um mioma subseroso com 15x12,2x12,6 cm. Ao exame físico, a paciente apresentava sinais vitais estáveis, tônus uterino normal e batimentos cardiofetais normais, palpava-se uma grande massa no fundo uterino, a dinâmica uterina era ausente e, ao toque vaginal, o útero estava com colo 50% apagado, posterior, com 2 cm de dilatação. A paciente foi internada, recebeu corticoide pra maturação pulmonar e realizou exames, incluindo uma ecografia abdominal que mostrou hidronefrose bilateral, maior à esquerda, e um mioma subseroso em fundo uterino medindo 18x16x16,3 cm e com volume de 2.476 cm^3. Como não houve alteração da função renal, a equipe da urologia não achou necessário intervir. Durante a internação, a paciente permaneceu sem dinâmica e sem nova modificação de colo, mantendo sinais estáveis e boa avaliação de bem-estar fetal e teve alta após seis dias. Com 37 semanas e 5 dias, a paciente reinternou-se para desfecho gestacional em função das comorbidades e optou-se por via alta (opção da paciente e comum acordo com a equipe obstétrica). Nessa segunda internação, a paciente queixava-se de cólicas intensas e dificuldade para realizar as atividades cotidianas. O recém-nascido teve Apgar 8/8 e peso 2920 g. A cesárea foi de difícil execução em função do sangramento aumentado da histerorrafia, que dificultou a obtenção de uma boa hemostasia e aumentou o tempo cirúrgico. Levando isso em conta, a miomectomia não foi realizada durante esse procedimento e foi programada pra um segundo momento. A paciente recebeu alta 48 horas após o nascimento. **Conclusão:** A miomatose uterina pode desencadear possíveis complicações durante a gestação e o parto e aumentar a taxa de histerectomia puerperal. Ainda não há consenso sobre a realização de miomectomia no momento da cesárea e devem-se considerar questões como localização, tamanho, quantidade e proximidade de grandes vasos. De acordo com alguns estudos publicados, a realização da miomectomia durante a cesariana não apresentou diferença significativa em relação a sangramento, tempo de internação, morbidade e tempo cirúrgico quando comparada à cesárea isolada. No entanto, estudos maiores são necessários para planejarmos com mais segurança a abordagem cirúrgica dessas pacientes.

Palavras-chave: *mioma; gravidez; miomectomia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311196

Relato de caso de porfiria intermitente aguda na gestação: impacto do diagnóstico na abordagem e seguimento

Paula Faria Campos[1], Kelma Luana Abreu de Siqueira[1], Ellen Tieko Tsugami Dalla Costa[1], Carolina Genaro Pultrin[1], Lorena da Silva Rosa[1], Catharina Maria Facciolli Blum[1]
[1]Hospital Materno Infantil de Brasília

Introdução: As porfirias constituem um grupo doenças genéticas ou adquiridas decorrentes de deficiências enzimáticas na via de biossíntese do heme, que causam acúmulo de precursores metabólicos tóxicos. As porfirias agudas são doenças autossômicas dominantes, desencadeadas por fatores ambientais (medicações, estresse, hormônios esteroides, alterações nutricionais, aumento de progesterona na fase lútea). A porfiria aguda intermitente (PAI) é causada pelo *deficit* de porfobilinogênio (PBG) desaminase. O quadro clínico é inespecífico e intermitente, sendo dor abdominal o principal sintoma, associado ou não a neuropatia periférica, náusea, vômito, constipação, astenia, alteração da cor urinária, arritmia, confusão mental, alucinações e convulsões. O diagnóstico é feito pela dosagem urinária de PBG e ácido aminolevulínico (ALA) e porfirina plasmática, que podem ou não estar aumentados durante as crises. O tratamento das crises consiste em sintomáticos não porfirinogênicos, aporte elevado de glicose e, em casos graves, hematina ou arginato do heme. **Relato de caso:** Gestante, 22 anos, G3P2, com história pessoal de diversas internações em gestação anterior por dor abdominal, inicialmente lombar, evoluindo para difusa, sem melhora clínica com sintomáticos. Em rotina de pré-natal, apresentou anemia moderada associada à presença de bilirrubinas

em exame de urina, sendo internada. Foi hipotetizada a PAI. Realizaram-se exames laboratoriais, PBG e ALA urinários, ambos negativos, sem critérios diagnósticos para porfiria. A paciente seguiu o acompanhamento gestacional, teve parto normal e puerpério sem intercorrências. Após um ano, comparece em consulta com hematologia referindo dismenorreia intensa, oscilações de humor, irritabilidade e choro intenso. Aos exames complementares, urina de 24 horas com ALA>12 mg/g (valor de referência — VR <4,5 mg/g), PBG 15,36 (VR<2 mg/24h), sendo diagnosticada PAI. Em nova gestação, a paciente foi encaminhada à emergência com idade gestacional de 16 semanas e 2 dias, referindo fraqueza, cefaleia, tontura, mal-estar, fadiga, alterações de humor e constipação. Realizou-se aporte calórico com glicose e correção de anemia com hemotransfusão. Ela evoluiu com melhora clínica importante e seguiu oacompanhamento de gestação em pré-natal de alto risco em conjunto com psicologia, psiquiatria e hematologia. A gestação evoluiu com parto normal espontâneo a termo, sem intercorrências. **Conclusão:** Quadros de PAI são raros e, apesar de bem tolerados na gestação, há descrito um pequeno aumento no risco de crises, que podem ser desencadeadas por redução calórica ou uso de medicações inapropriadas. O diagnóstico precoce e o manejo inicial adequado podem evitar internações, complicações, sequelas e até morte. Apresentou-se o caso clínico de paciente com duas gestações e condutas diferentes, a primeira sem diagnóstico, com múltiplas internações e condução insatisfatória; a segunda com diagnóstico de PAI, orientações bem definidas quanto à conduta nas crises e melhor evolução e desfecho.

Palavras-chave: *porfiria intermitente aguda; porfiria aguda na gestação; diagnóstico de porfiria na gestação; dor abdominal; sintomas neuropsiquiátricos.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311197

Relato de caso de tuberculoma cerebral no ciclo gravídico-puerperal

Marina Silva Guinda Ribeiro[1], Maria Clara Artiaga[1], Márcia Maria Auxiliadora de Aquino[1], Corintio Mariani Neto[1], Marcos Antonio Nogueira dos Santos[1]
[1]Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros

Introdução: O tuberculoma cerebral origina-se da coalescência de focos tuberculosos durante o período de bacilemia na infecção primária ou reativação da tuberculose (TB). A neurotuberculose (NTB) tem alta prevalência em países subdesenvolvidos e mais comumente atinge crianças e adultos jovens. O sistema nervoso central é acometido em 1 a 5% dos pacientes com TB, sendo a forma mais grave da doença em relação à morbimortalidade. **Relato do caso:** Relata-se o caso de puérpera boliviana de 21 anos no quinto dia pós-parto normal, com história de crises convulsivas de início no quarto mês de gestação sem investigação ou tratamento. Dois dias após a alta hospitalar, apresentou episódio de crise convulsiva tônico-clônica, seguida de pós-ictal com paresia e parestesia em membro inferior esquerdo. Foi encaminhada à unidade de terapia intensiva para controle do quadro. Durante a internação, apresentou tosse seca com evolução para produtiva. Foi realizada radiografia de tórax, que mostrou imagem sugestiva de cavitação em ápice esquerdo. Para melhor elucidação do caso, solicitou-se exame de reação em cadeia da polimerase para COVID-19 — negativo, pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente em escarro — duas amostras negativas – e tomografias computadorizadas (TC) de tórax e cérebro. A de tórax exibiu micronódulos centrolobulares esparsos em ambos os pulmões, principalmente nos lobos superiores, e presença de consolidação escavada em ápice pulmonar esquerdo de 3,7 cm. Já a TC cerebral evidenciou lesão nodular com centro liquefeito nos giros frontais médio e superior direito, medindo 3x3x2,2 cm, associada a edema perilesional de efeito expansivo e pequena herniação subfalcina. A principal hipótese diagnóstica aventada foi tuberculoma cerebral concomitante à TB pulmonar em função da imagem de cavitação em TC de tórax e da história de exposição à TB — marido com diagnóstico e tratamento em 2019. Descartaram-se outras hipóteses por meio de sorologias — para vírus da imunodeficiência humana (HIV), toxoplasmose, citomegalovírus e outras com resultados negativos. Em razão da presença de herniação em TC cerebral, ficou impossibilitada a punção lombar para a coleta de líquor para a confirmação diagnóstica. A terapia instituída foi a associação de fenitoína 300 mg/dia ao esquema específico (rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol), além de dexametasona 24 mg/dia por conta do edema perilesional. A paciente apresentou boa evolução, sem episódios convulsivos nem outros sintomas. Permaneceu em leito de isolamento por 14 dias, fez TC de controle sem novos achados, recebeu alta após um mês e foi encaminhada para seguimento ambulatorial de neurologia e infectologia em outro serviço. **Conclusão:** É importante incluir o diagnóstico diferencial de NTB em casos de pacientes, incluindo gestantes e puérperas, com fatores clínicos e epidemiológicos e achados sugestivos em exames de imagem, principalmente se evidenciado acometimento extraneural, visto que quando instituído o tratamento precoce geralmente se tem bom prognóstico e regressão com o uso de terapia antituberculosa.

Palavras-chave: *tuberculoma cerebral; neurotuberculose; crise convulsiva puérpera; gestante.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311198

Relato de caso: gravidez ectópica em cicatriz de cesárea com desfecho favorável

Marjori Dayane Pelinson Lyra[1], Daiana Barbosa Dias Melo[1], Ana Paula Lago[1]
[1]Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Introdução: A gravidez em cicatriz cesariana é considerada um tipo de gravidez ectópica, raro e de elevada morbimortalidade, que tem por principais complicações ruptura uterina, hemorragia volumosa, histerectomia, invasão de bexiga e comprometimento do futuro reprodutivo. A expansão do número de casos ao longo dos anos está relacionada ao aumento de cesáreas em todo o mundo. Destacam-se como fatores de risco idade materna avançada, paridade, número de abortos induzidos, número de cesarianas prévias, intervalo interpartal menor que cinco anos, principalmente menor que dois e história de cesárea realizada em hospital rural e defeitos na cicatriz pós-cesariana, gerando retroposição do útero. A literatura apresenta número escasso de casos com desfecho favorável. Desde o advento da ultrassonografia, a possibilidade do diagnóstico precoce tem propiciado várias formas de tratamento com interrupção precoce da gestação. **Relato de Caso:** Mulher, 33 anos, com antecedente obstétrico de duas cesarianas, a última 36 meses antes, e diagnóstico ecográfico de implantação do saco gestacional em topografia de cicatriz de cesariana prévia, com nove semanas de idade gestacional. Optou por dar continuidade à gestação, ciente dos riscos materno e fetal. Durante a evolução da gestação, a ultrassonografia evidenciou sinais de invasão placentária em bexiga (placenta percreta), confirmada via ressonância magnética de pelve. Com 32 semanas, evoluiu com quadro de sangramento vaginal importante e realizou parto cesárea de urgência com equipe multidisciplinar (vascular-rrologia-neonatologia-obstetrícia). No procedimento, fez-se passagem de cateter duplo J bilateral e cistorrafia pela equipe da urologia, balonamento de artérias ilíacas internas bilaterais pela equipe da cirurgia vascular, e houve necessidade de histerectomia total e salpingectomia bilateral. O recém-nascido pesou 1850 g, Apgar 8/9, e teve boa evolução clínica em cuidados neonatais intensivos. A paciente permaneceu por quatro dias em unidade de terapia intensiva,com boa evolução clínica, e segue em acompanhamento com urologia e obstetrícia. **Conclusão:** Existem dois tipos de gravidez em cicatriz cesariana: com progressão para o espaço cérvico-ístmico ou cavidade uterina (tipo I, tipo endogênico) ou com invasão profunda no defeito cicatricial, com progressão para a bexiga e cavidade abdominal (tipo II, modelo exogênico). Em relação à fisiopatologia, a teoria mais usada para explicar esse tipo de gravidez ectópica é a penetração do blastocisto no miométrio através de uma microscópica deiscência na cicatriz, causada por incisão cesariana segmentar prévia. Nesses casos, aconselha-se o diagnóstico precoce e o acompanhamento multidisciplinar na tentativa de evitar *near miss* materno, a depender da escolha materna após informações sobre o possível desfecho.

Palavras-chave: *ectópica; cicatriz; cesariana multidisciplinar; near miss materno.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311199

Relato de caso: óbito de gestante com síndrome de HELLP e COVID-19

Vinícius dos Santos Conejo[1], Guilhermina Modesto Jaco[1], Georgia Guedes Cruz[1], Lívia Aniz Vieira[1]
[1]Hospital Municipal de Canoas

Introdução: Com o avanço da pandemia do novo coronavírus (COVID-19), diversas manifestações da doença estão sendo descobertas a cada dia. Na obstetrícia ainda há muito o que se descobrir sobre os reais efeitos do vírus tanto na gestante quanto no concepto. No caso relatado, trazemos uma gestante que, após contrair a COVID-19 e apresentar degradação da função respiratória, evoluiu para um quadro de síndrome de HELLP com desfecho ruim. **Relato de caso:** Paciente gestante, de 37 anos, sem comorbidades, com idade gestacional de 28 semanas, interna na enfermaria por piora da função respiratória em 5º dia de sintomas de COVID-19, com necessidade de oxigenioterapia. Durante a internação, apresentou um pico hipertensivo e foi diagnosticada com pré-eclâmpsia, com provas de gravidade normais. No 10º dia de internação, a paciente evoluiu com piora da disfunção respiratória e foi transferida pra unidade de terapia intensiva (UTI), onde foi colocada sob ventilação mecânica. Nesse momento, observou-se piora dos exames laboratoriais (plaquetas 72.000, desidrogenase láctica — DHL 1380, transaminase oxalacética — TGO 54, leucograma normal, tempo de protrombina — TP 12,3, relação normatizada internacional — RNI 1,18, tempo de tromboplastina parcial ativada — KTTP 25) e piora dos picos hipertensivos, caracterizando uma síndrome de HELLP. Optou-se por desfecho gestacional por via alta, não houve intercorrências cirúrgicas ou sangramento aumentado. No pós-operatório, a paciente permaneceu com útero bem contraído e sem picos hipertensivos, mas com dificuldade de melhora da disfunção respiratória. Novos laboratoriais coletados 6 horas após a cesariana apontaram piora principalmente do coagulograma e da função hepática, com plaquetas 78.000, ácido úrico 9,3, creatinina 2,09, leucograma normal, DHL 2232, TGO 789, TP 18,8, RNI 1,8 e KTTP 36,1. Como as plaquetas estavam se mantendo acima de 50.000 e a paciente nesse momento não tinha sangramento aumentado, não houve necessidade de transfusão. Dezesseis horas após a cesariana, a paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória e foram iniciados os protocolos de ressuscitação, sem sucesso, sendo declarado o óbito. Durante a parada, ela apresentou sangramento vaginal aumentado e sangramento volumoso pelo tubo orotraqueal, suspeitando-se de coagulação intravascular disseminada (CIVD). O anatomopatológico placentário mostrou a presença de infartos isquêmicos e corioamnionite aguda. **Conclusão:** No caso relatado observamos a rápida piora de um quadro de síndrome de HELLP em uma paciente sem comorbidades que, até o momento da internação por COVID-19, apresentava-se normotensa e com exames normais. A relação entre a infecção pelo novo coronavírus e a síndrome de HELLP tem-se tornado mais evidente e sido relatada em alguns estudos. As alterações laboratoriais típicas da síndrome de HELLP também são percebidas em paciente não gestantes com quadro graves de COVID-19, incluindo plaquetopenia e piora da função hepática. O quadro de CIVD pode ser uma complicação grave de ambas as patologias. Portanto, em pacientes como esta, o somatório das duas patologias pode contribuir para a degradação mais rápida do quadro e a piora do desfecho clínico e obstétrico.

Palavras-chave: *coronavírus; pré-eclâmpsia; coagulopatia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311200

Relato de caso: rotura hepática espontânea associada à síndrome HELLP

Antonio Paulo Lafayette Stockler da Cruz Nunes[1], Ivan Penaloza Toledano[1], Tais Vieira Ribeiro[1], Priscilla Gilvaz Pontes[1], Luciana Lizak Bestle Pereira[1], Helder Dotta da Gama[1]
[1]Clínica da Saúde da Mulher

Introdução: A pré-eclâmpsia ocorre em cerca de 10% de todas as gestações. É doença complexa, que pode ocasionar disfunção de órgãos e grande severidade. A síndrome HELLP pode complicar 10–20% dos casos de pré-eclâmpsia e é caraterizada pelo aumento de transaminases, plaquetopenia e hemólise. A taxa de mortalidade varia de 2 a 3%, porém pode chegar a 59–62% quando associada a rotura hepática, e geralmente ocorre no terceiro trimestre de gestação. A rotura hepática é rara e sua incidência na literatura varia entre 1:45.000 e 1:225.000 partos. Decorre da lesão endotelial grave e da vasoconstrição típicas da pré-eclâmpsia, que provocam depósitos de fibrina no interior dos vasos periportais, culminando com congestão hepática massiva, necrose e hematomas subcapsulares. **Relato do caso:** Paciente P.S.O.A., 36 anos, GIV PII CII, com passado de pré-eclâmpsia grave precoce em duas gestações, com parto prematuro com 30 semanas com iminência de eclâmpsia e neomorto por prematuridade extrema em parto com 24 semanas, com crescimento intrauterino restrito e oligo severa. A investigação de trombofilia evidenciou deficiência de proteína S funcional. A paciente iniciou o pré-natal com o uso de AAS e enoxaparina. Os exames laboratoriais seriados no pré-natal não evidenciaram pré-eclâmpsia ou alterações fetais. Com 36 semanas, apresentou epigastralgia, cefaleia e pressão arterial de 160x100 mmHg, e a avaliação fetal de emergência não mostrou alterações ao *doppler* ou cardiotocografia. Exames laboratoriais apontaram o aumento de transaminases, relação proteinúria/creatinúria alterada, sem outras alterações. Iniciou-se sulfato de magnésio, sintomáticos e hidralazina venosa e indicou-se cesariana depois da estabilização clínica. Após cerca de quatro horas com pressão arterial controlada, a paciente apresentou súbita dor em ombro direito de forte intensidade e agitação motora, evoluindo para choque hipovolêmico. Foi submetida à laparotomia de emergência, com achado de hemorragia intra-abdominal volumosa e nascimento de feto vivo, Apgar 7/8. Identificou-se rotura hepática com volumoso hematoma, e foi realizado o tratamento cirúrgico conservador. No pós-operatório, apresentou plaquetopenia, aumento de desidrogenase láctica e transaminases e necessidade de hemotransfusão. Evoluiu com bom controle pressórico e regressão das alterações laboratoriais, sem necessidade de nova abordagem cirúrgica. **Conclusão:** Embora rara, a rotura hepática deve ser suspeitada em gestantes ou puérperas com pré-eclâmpsia e dor epigástrica intensa, dor abdominal, palidez súbita e choque hipovolêmico (hipotensão, taquicardia, sudorese ou diminuição do nível de consciência). A instabilidade hemodinâmica exige conduta imediata. Portanto, o diagnóstico clínico é fundamental. O parto deve ocorrer imediatamente e, em caso de instabilidade hemodinâmica, a laparotomia exploradora deve ser realizada. O manejo cirúrgico varia de acordo com a gravidade do quadro, com tamponamento mecânico com compressas, uso de tela hemostática, suturas, ligadura de artéria hepática, embolização ou hepatectomia parcial.

Palavras-chave: *rotura hepática; síndrome HELLP; pré-eclâmpsia; hematoma hepático; iminência de eclâmpsia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311201

Relato de caso: síndrome da encefalopatia posterior reversível em gestante

Rebeca Rodrigues e Rodrigues[1], Lívia Aniz Vieira[1], Gessica Haubert[1], Mariane Faccin Beust[1]
[1]Hospital Municipal de Canoas

Introdução: A síndrome da encefalopatia posterior reversível (PRES) pode acometer pacientes gestantes com hipertensão arterial aguda, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia. É caracterizada por distúrbios visuais, cefaleia, convulsões e encefalopatia que decorrem da presença de edema cerebral vasogênico reversível, especialmente no lobo occipital. Os sintomas aparecem na ausência de pródromos e progridem rapidamente. A identificação precoce da PRES é fundamental para o desfecho favorável do quadro clínico. **Relato de caso:** Paciente de 38 anos, gestante, com idade gestacional de 29 semanas e 6 dias, sem comorbidades, chega à emergência obstétrica do hospital trazida pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). De acordo com a equipe do SAMU, tinha sido encontrada caída no chão, sonolenta e envolta em vômito. Ao exame físico, encontrava-se torporosa (grau 13 na escala de coma de Glasgow), hipertensa (com pressão arterial aferida de 170/120 mmHg), com vitalidade fetal preservada e sem alterações ao exame físico obstétrico. Foram coletados exames, realizou-se a estabilização da pressão arterial com anti- hipertensivos e iniciou-se infusão de sulfato de magnésio por suspeita de pré-eclâmpsia. Os resultados dos exames confirmaram essa suspeita. A paciente foi submetida a ressonância magnética (RM) de crânio, que revelou áreas córtico-subcorticais de hipersinal T2 e FLAIR nos lobos occipital e parietal bilateralmente, bem como na região nucleocapsular esquerda, compatíveis com zona de edemas vasogênicos causados por PRES. A gestante foi submetida à cesariana no mesmo dia e o procedimento não teve intercorrências. O recém-nascido precisou de cuidados na unidade de terapia intensiva. A paciente permaneceu 15 dias internada realizando ajustes da medicação anti-hipertensiva e recebeu alta em boas condições clínicas, com melhora do quadro neurológico, lúcida e orientada no tempo e no espaço e com controle pressórico adequado. **Conclusão:** O PRES é uma síndrome rara,

que pode não ser diagnosticada rapidamente. A fisiopatologia da PRES tem sido estudada extensivamente, e entre as teorias que mais se destacam estão a vasogênica e a citotóxica. A avaliação clínica, somada aos achados radiológicos, é a chave para o diagnóstico. Pacientes com fatores predisponentes e alterações agudas do nível de consciência, convulsões ou alterações visuais devem ser submetidos à RM de crânio. As lesões associadas a essa síndrome são tipicamente hiperintensas nas imagens ponderadas em T2 e isointensas à substância cinzenta normal em imagens isotrópicas de DW, indicando a presença de edema vasogênico. Contudo, na maioria dos casos a PRES não está associada a espasmo de grandes vasos. O tratamento é baseado na retirada ou controle do fator causal. O caso descrito teve como fator desencadeante o aumento súbito da pressão arterial causado pela pré-eclâmpsia grave. Após a resolução da gestação e o controle pressórico, a paciente teve boa evolução e recebeu alta recuperada.

Palavras-chave: *encefalopatia; pré-eclâmpsia; gravidez.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311202

Relato de caso: aborto espontâneo com placenta retida e suspeita de acretismo placentário

Bruna Brandão de Oliveira[1], Bianca do Carmo Schorr[1]
[1]Hospital da Mulher Heloneida Studart

S.N.S., 28 anos, G8P2A5, idade gestacional 19 semanas, foi atendida na emergência do Hospital da Mulher Heloneida Studart em 7 de abril de 2021 queixando-se de sangramento vaginal com quadro de abortamento em curso. Expeliu feto masculino com 250 g de peso e 23 cm de comprimento e teve a placenta retida. Foi submetida a curagem e wintercuretagem (WC), com placenta sem plano de clivagem e difícil extração, sendo questionado acretismo placentário. Após vigilância clínica, em bom estado geral e diminuto sangramento vaginal, a paciente recebeu alta em 8 de abril de 2021 e retornou um dia após com queixa de febre. Na reinternação, realizou ultrassonografia transvaginal que evidenciou endométrio espessado compatível com restos ovulares e endometrite. Foi iniciada clindamicina associada a gentamicina e realizou-se nova WC, sem intercorrências. Nos dias subsequentes foram realizadas novas ultrassonografias. Uma sugeriu restos ovulares e outra revelou material de cavidade uterina compatível com doença trofoblástica gestacional. Solicitou-se gonadotrofina coriônica humana beta (beta-HCG) e propôs-se vídeo-histeroscopia diagnóstica, que foi adiada pela possibilidade de infecção intrauterina. Na véspera do procedimento, a paciente evoluiu com choque hemorrágico e foi submetida a histerectomia abdominal total, sendo o útero enviado para anatomia patológica. Na peça cirúrgica, visualizou-se característica compatível com placenta acreta (resultado do histopatológico previsto para 19 de maio de 2021).

Palavras-chave: *abortamento; placenta retida; acretismo placentário; choque hemorrágico.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311203

Resgate do ácido folínico durante tratamento de neoplasia trofoblástica gestacional de baixo risco com metotrexato: qual a dosagem ideal?

Juliana Gomes Poli[1], Antonio Rodrigues Braga Neto[2], Gabriela Paiva[2], Jorge Fonte Rezende Filho[2], Joffre Amim Junior[2], Fernanda Freitas[2]
[1]Universidade Federal Fluminense
[2]Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução: A neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) é um tumor singular, pois surge do tecido gestacional, e é altamente curável na maioria das pacientes utilizando-se apenas quimioterapia (QT). A QT por agente único, capaz de curar 80% das pacientes com NTG e a mais utilizada no Brasil, é o esquema de oito8 dias, sendo o metotrexato (MTX) administrado nos dias 1, 3, 5 e 7 e o ácido folínico (AF) nos dias 2, 4, 6 e 8. O uso do AF visa diminuir os efeitos colaterais do MTX. Entre os protocolos que utilizam oito dias de MTX para o tratamento de NTG, temos dois esquemas de AF mais utilizados no Brasil: a dose de 0,1 mg/kg (habitualmente feita via intramuscular ou fracionando-se os comprimidos) e a dose fixa de 15 mg (utilizando-se a apresentação comercial brasileira nessa posologia, sem necessidade de ajuste). Contudo, há preocupação sobre se maiores doses de AF diminuem o efeito do tratamento com MTX, podendo diminuir a taxa de remissão ou aumentar a ocorrência de recidiva. O presente estudo descreve os resultados de paciente brasileiras com NTG de baixo risco tratadas com esquema de MTX em oito dias e os dois esquemas de AF. **Objetivo:** Comparar os desfechos das pacientes com NTG de baixo risco tratadas com esquema de MTX em oito dias, com dois regimes de resgate com AF. **Pacientes e métodos:** Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva de pacientes atendidas no Centro de Referência em NTG da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, entre janeiro de 2000 e dezembro de 2019, com diagnóstico de NTG de baixo risco e tratadas com MTX no esquema de oito dias e AF nas duas doses: 0,1 mg/kg e dose fixa de 15 mg. **Resultados:** Das 667 pacientes com NTG de baixo risco incluídas no estudo, 323 foram tratadas com AF na dose de 0,1 mg/kg e 142 com AF na dose fixa de 15 mg. Ambos os grupos foram comparáveis no perfil clínico, porém diferiram nos níveis de gonadotrofina coriônica humana (hCG) pré-tratamento e no escore de risco da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). Apesar disso, não houve diferença na taxa de remissão, embora a dose de AF de 0,1 mg/kg tenha apresentado maior número de ciclos de QT para remissão, maior necessidade de atrasar a QT em razão da toxicidade e maior tempo para remissão. Apesar de a regressão logística ter mostrado que as duas doses de AF não foram fatores preditivos para a remissão, a regressão multivariada de Cox mostrou que o AF na dose de 0,1 mg/kg esteve significativamente associado com maior tempo para a remissão. **Conclusão:** O uso da dose fixa de AF não modificou a taxa de remissão primária, recidiva ou morte das pacientes com NTG de baixo risco. O uso da dose fixa é prático (não sendo necessário fracionar o comprimido), reduz as idas à unidade de saúde (pois dispensa a aplicação intramuscular), pode ser feito em casa, é igualmente seguro e pode ser o regime de escolha no esquema de tratamento da NTG de baixo risco com MTX.

Palavras-chave: *neoplasia trofoblastica gestacional; gonadotrofina coriônica humana; metotrexato; quimioterapia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311204

Resultados perinatais nos extremos de idade reprodutiva

Isabel Maria Santos Lacerda[1], Lia Keiko Sousa Shimamura[1], Célia Regina da Silva[1], Julie Teixeira da Costa[1], Nathalia Fonseca de Farias Rosa[1], Denise Leite Maia Monteiro[1]
[1]Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Introdução: A prematuridade é um desafio para a sociedade, com maior frequência nos extremos da idade reprodutiva. Encontra-se relacionada com diferentes fatores, especialmente com o baixo peso ao nascer (BPN). Essas condições perinatais estão diretamente envolvidas em questões socioculturais e de saúde pública e implicam riscos de vida para as mães e seus bebês. **Objetivo:** Análise da taxa de prematuridade e BPN entre mães adolescentes e mães ≥35 anos no ano de 2018. **Método:** Estudo com desenho transversal, realizado por busca de informações no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Gestantes das faixas etárias 10–14, 15–19, 35–39, 40–44 e ≥45 anos foram comparadas com mães entre 20 e 34 anos (grupo controle). Excluíram-se as informações dos registros do SINASC relativas a idade gestacional inferior a 22 semanas e idade ignorada e calculou-se a frequência de prematuridade em cada grupo etário. **Resultados:** O total de nascidos vivos (NV) em 2018 foi 2.944.932, sendo a frequência de NV de 15,5% em mães adolescentes (10–19 anos) e igual em mães com gravidezes tardias (≥35 anos). A prevalência de partos prematuros nos grupos de 10– 14 anos foi 17,7%, de 15–19 anos (12,3%), 20–34 anos (10,3%), 35–39 anos (12,9%), 40–44 anos (15%) e ≥40 anos (19,7%). A prevalência de BPN nesses mesmos grupos etários foi de 13,3; 9,4; 7,9; 10,3; 9,8; 11,7; 18,3%, respectivamente, em 2018. Ao se comparar a chance de prematuridade, meninas de 10–14 anos têm 88% [p<0,001; *odds ratio* — OR=1,88 (intervalo de confiança — IC95% 1,82–1,95)] a mais de chance de bebês prematuros que o grupo controle e aquelas de 15–19 anos apresentam chance 22% maior [p<0,001; OR=1,22 (IC95% 1,21–1,24)]. No grupo de 35–39 anos, a chance de prematuridade foi 29% maior [p<0,001; OR=1,29 (IC95% 1,27–1,30)].

No de 40–44 anos, foi 54% maior [p<0,001; OR=1,54 (IC95% 1,51–1,57)], enquanto gestantes ≥45 anos apresentam 114% a mais de chance de prematuridade [p<0,001; OR=2,14 (IC95% 1,99–2,30)]. No que se refere ao BPN, meninas de 10–14 anos têm chance 81% maior [p<0,001; OR=1,81 (IC95% 1,74–1,88)] do que o grupo controle e as de 15–19 anos têm chance 22% maior [p<0,001; OR=1,22 (IC95% 1,21–1,24)]. No grupo de 35–39 anos a chance de BPN foi 28% maior [p<0,001; OR=1,28 (IC95% 1,26–1,30)], no de 40–44 anos o aumento de chance foi de 56% [p<0,001; OR=1,56 (IC95% 1,53–1,59)] e o grupo com idade ≥45 teve chance de BPN 139% maior [p<0,001; OR=2,39 (IC95% 2,23–2,57)]. **Conclusão:** A frequência de gravidez tardia é crescente e, no ano de 2018, igualou-se percentualmente à frequência de gravidez na adolescência. A prematuridade e o BPN relacionam-se, com maior chance de ocorrência desses eventos entre mães de 10–14 anos, número este que é ultrapassado quando a idade materna é de 45 anos ou mais.

Palavras-chave: *prematuridade; baixo peso ao nascer; extremos de idade.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311205

Sífilis e gestação: um desafio ainda nos dias atuais

Mariana Pessanha Wagner de Azevedo[1], Luiz Alberto Martins de Castro[2], Sarah Almeida Rifan[2], Bruno de Almeida Castro Soares[2], Camila Fleckner Navarro Rodrigues Caldas[2], Paula Loureiro Meireles Ávila de Morais[2]
[1]Universidade Iguaçu
[2]Hospital São José do Avaí

Introdução: A sífilis é uma patologia cujo agente etiológico é o Treponema pallidum, que tem entre suas formas de transmissão a vertical. Trata-se de uma patologia com tratamento acessível, efetivo e eficaz, mas que ainda representa um desafio para a saúde pública. **Relato de caso:** Paciente primigesta, com idade gestacional de 35 semanas e 2 dias (calculada por meio de ultrassom tardio), chega à maternidade relatando fortes dores em baixo ventre e refere não perceber movimentação fetal há dois dias. Também diz ter realizado um ultrassom há três dias, sem alterações. Nega comorbidades ou qualquer uso de medicação. Ao ser analisado o cartão do pré-natal, constatou-se tipo sanguíneo e fator Rh O+, apenas duas consultas de pré-natal, com uma rotina incompleta, e testes rápidos para sífilis e vírus da imunodeficiência humana (HIV) negativos. Ao exame físico não demonstrava alterações. Atividade uterina: uma contração, de duração de 20 segundos, em 10 minutos de exame. Tônus uterino normal. Fundo uterino de 31 cm, batimentos cardíacos fetais (BCF) não auscultados ao exame e movimentação fetal não percebida. Ao toque vaginal: colo mediocentralizado, dilatado 2 a 3 cm, apagado em cerca de 80%, feto cefálico, -2 De Lee. Foi solicitado um ultrassom obstétrico, que evidenciou ausência de BCF e índice de líquido amniótico normal, com idade gestacional de 34 semanas e 2 dias. A plantonista solicitou teste rápido para sífilis e um estudo laboratorial de doenças venéreas (VDRL). Após a realização do teste rápido, foi evidenciado um resultado positivo no teste rápido de sífilis. Após aproximadamente 10 horas de trabalho de parto, houve a expulsão fetal, com posterior dequitação espontânea. O ato ocorreu sem intercorrências. O resultado do VDRL mostrou a proporção de 1:4.096, e prescreveu-se para essa paciente penicilina benzatina, três doses. A paciente, após três dias da expulsão fetal, recebeu alta. **Conclusão:** É possível observar a importância de um pré-natal bem realizado, com a devida realização dos exames, para o diagnóstico e o tratamento precoce. A sífilis é uma patologia de etiologia conhecida e amplamente estudada, atualmente de fácil diagnóstico e tratamento bem estabelecido, mas que ainda nos dias atuais é um desafio de saúde pública no país em que vivemos. É de extrema relevância o adequado rastreio dessa patologia para a prevenção de desfechos maternos e fetais negativos.

Palavras-chave: *sífilis; gravidez; infecção.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311206

Síndrome da transfusão feto-fetal — diagnóstico, tratamento e complicações: relato de caso

Marcos Vinícius Freitas de Souza[1], Sabrina Carpanez Veiga[1], Ana Claudia de Assis Capanema Braga[1]
[1]Maternidade Odete Valadares

Introdução: As anastomoses vasculares placentárias que conectam as circulações fetais estão presentes nas gestações monocoriônicas e podem levar ao desenvolvimento de complicações graves, como a síndrome de transfusão feto-fetal (STFF). O tratamento objetiva separar as duas circulações, e o mais realizado é a coagulação a *laser* das anastomoses. Como complicações pós-operatórias, pode ocorrer STFF recorrente e sequência de anemia-policitemia (TAPS). **Relato de caso:** J.S.L. foi encaminhada para o pré-natal de alto risco com idade gestacional (IG) de 13+5 semanas por gestação gemelar sem corionicidade descrita em ultrassonografia (US) precoce. Em US realizada com 14+3 semanas, foi identificada gestação monocoriônica e diamniótica com STFF Quintero II, sendo o feto I o receptor e o II o doador. A paciente foi acompanhada com US semanal seriada até 18 semanas de gestação, quando, então, foi encaminhada para a realização de ablação a *laser* das anastomoses placentárias. Na ocasião da intervenção intrauterina, apresentava quadro de STFF Quintero III. Após o procedimento, que ocorreu sem intercorrências, manteve acompanhamento semanal com US. Durante o seguimento, com IG de 19+3 semanas, apresentou TAPS e o feto II evoluiu para decesso com 21/22 semanas. Seguiu-se a conduta conservadora, com US semanal, em razão de crescimento restrito sem alteração ao *doppler*. Com IG 35/36 semanas, a paciente entrou em parturição espontânea e evoluiu para parto vaginal com nascimento do 1º gemelar com Apgar 8/10 e expulsão espontânea do 2º gemelar. Prosseguiu com puerpério fisiológico e recebeu alta com o recém-nascido. **Conclusão:** As gestações monocoriônicas podem apresentar complicações graves, como STFF e TAPS. Esta última pode ocorrer como consequência de 2 a 16% das gestações monocoriônicas submetidas à ablação. Essa condição apresenta ampla variação em tempo de apresentação, que pode ser atribuída à reversão do papel doador-receptor ou em casos de suprimento de sangue de compensação. Um alto valor de pico de velocidade sistólico – artéria cerebral média (PVS-ACM) pós-ablação pode ser preditor do reestabelecimento da hemodinâmica fetal, em vez da suspeição da presença de uma anastomose residual. Portanto, programar novas intervenções precoces após o procedimento pode gerar exposição a riscos iatrogênicos. Assim, recomenda-se a vigilância com US nas primeiras semanas que sucedem a ablação para acompanhar o comportamento do PVS-ACM e o possível desenvolvimento da TAPS. Os fatores de risco envolvidos no decesso pós-ablação resumem-se na redistribuição cerebroplacentária do feto doador e na disfunção cardíaca grave do receptor. Ademais, a TAPS pode ocorrer em qualquer momento pós-ablação e são necessários estudos mais detalhados para definir fatores de risco pré-operatórios para decesso após o procedimento, a melhor terapêutica e o momento de intervenção, a fim de minimizar potenciais complicações.

Palavras-chave: *gemelaridade; síndrome de transfusão feto-fetal; sequência de anemia-policitemia; gestações monocoriônicas.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311207

Síndrome de *rusty pipe* no puerpério

Gabriela Effting Crema[1], Amanda Roepke Tiedje[1], Mariana Schmidt Vieira[1], Bianca Ruschel Hillmann[1], Erica Elaine Traebert Simezo[1], Alberto Trapani Junior[1]
[1]Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução: Algumas mulheres podem apresentar secreção mamilar sanguinolenta durante os primeiros dias de lactação. A Síndrome de *rusty pipe* é uma condição fisiológica rara que deve entrar no diagnóstico diferencial. **Relato de caso:** Primigesta, 27 anos, idade gestacional de 39 semanas e 6 dias, portadora de insuficiência renal crônica e doença de Crohn (DC). Foi admitida para a realização de cesárea eletiva por DC ativa com acometimento ileal de padrão inflamatório, conforme indicação das equipes de obstetrícia e gastroenterologia. Recém-nascido do sexo masculino, Apgar 9/9. No pós-parto imediato, a paciente apresentou, associada ao colostro, descarga papilar multiductal e bilateral, de aspecto sanguinolento e indolor. Relatou episódios semelhantes no 3º trimestre, sem investigação prévia, e negou história de trauma local. Ao exame, mamas sem fissuras, ingurgitamento, sinais flogísticos, retrações ou nódulos palpáveis. Puérpera optou pela interrupção do aleitamento materno, apesar do incentivo à amamentação. Realizou-se ultrassonografia mamária a fim de descartar condições que

justificassem o quadro. Identificou-se em mama direita nódulo hipoecoico, ovalado, circunscrito, medindo 0,7x0,5x0,7 cm, que podia corresponder a cisto de conteúdo espesso (BI-RADS® 3). Levando-se em consideração a ausência de alterações ao exame físico e de imagem que justificassem a condição, aventou-se a síndrome de *rusty pipe* como principal hipótese diagnóstica, a qual não contraindica a amamentação. No 3º dia de puerpério, a paciente evoluiu com diminuição da descarga sanguinolenta e retomou o aleitamento materno exclusivo. **Conclusão:** A síndrome de *rusty pipe* é uma entidade benigna, autolimitada e fisiológica que se caracteriza por descarga papilar sanguinolenta bilateral junto ao colostro, indolor, sem sinais flogísticos mamários. A fisiopatologia consiste no aumento da vascularização do estroma e no crescimento alveolar e ductal mamário atribuído ao processo de lactogênese. Normalmente aparece nos primeiros dias de lactação, mas pode ocorrer ainda na gestação, principalmente no terceiro trimestre, quando a vascularização da mama sofre importante aumento, sendo mais comum em primíparas, assim como no caso em questão. O diagnóstico diferencial deve incluir: trauma mamilar, papiloma intraductal e doença fibrocística da mama. A ultrassonografia mamária pode auxiliar na exclusão de alterações estruturais. Sendo a síndrome de *rusty pipe* o diagnóstico provável, o aleitamento materno deve ser incentivado. A melhora da descarga papilar ocorre em três a sete dias. O recém-nascido pode apresentar irritação gastrointestinal e vômitos sanguinolentos em decorrência da condição, tornando-se necessária atuação conjunta com a neonatologia para o adequeado manejo da condição e a manutenção do aleitamento materno. Não foram encontradas na literatura associação da DC com a síndrome de *rusty pipe*.

Palavras-chave: *transtornos da lactação; aleitamento materno; derrame papilar.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311208

Síndrome de Wolff-Parkinson-White e gestação: um relato de caso

Jefferson Torres Nunes[1], Joao Rafael Coelho Marques[1], Daniel Victor Silva Soares[1], Alysson Castilho dos Santos[1]
[1]Universidade Federal do Piauí

Introdução: A síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) incide em aproximadamente uma a cada 2 mil pessoas. Na fisiologia normal do coração, o estimulo sinusal é transmitido ao nó atrioventricular por vias intermodais, no feixe de His ocorre um atraso na transmissão do sinal para as fibras de Purkinje, para que o ventrículo contraia após o átrio. Na WPW a fisiopatologia recai sobre a condução do ritmo sinusal por uma via acessória (VA) que conduz o sinal mais rapidamente que o feixe de His e as fibras de Purkinje, entretanto essa VA pode não produzir a transmissão do sinal e o paciente pode apresentar WPW oculta. O portador dessa síndrome pode ser assintomático ou estar sujeito a taquiarritmia supraventricular paroxística (TSVP), taquiarritmia ventricular, fibrilação atrial, sinais de desequilíbrio hemodinâmico e óbito. No caso de uma gestação, a mulher encontra-se em um estado de modificações cardiovasculares e de alterações hormonais significativas. **Relato de caso:** Gestante de 26 anos, caucasiana, em união estável, portadora da WPW, com história de recorrentes atendimentos em urgência em decorrência de instabilidade hemodinâmica, com muitas internações em centro de terapia intensiva, apresenta-se em urgência obstétrica de um hospital público com orientação cardiológica para a interrupção da gestação em 37 semanas com o objetivo de preservar a paciente após adequada avaliação de vitalidade fetal. A conduta foi resolutiva, com um parto cesáreo seguido de laqueadura tubária, sob raquianestesia e sem intercorrências. **Conclusão:** Gestantes portadoras de síndrome WPW, com sintomatologia recorrente, sujeitas a complicações durante a gravidez e parto, apontam para a importância da interrupção a termo. As doses anestésicas foram reduzidas para a redução do risco de taquiarritmias e não foi utilizada morfina. Houve também a preparação de toda a equipe médica e a disposição de material adequado, como cardioversor, embora não tenha havido necessidade de seu uso. O procedimento foi realizado o mais brevemente possível, sem prejuízo à técnica operatória. A laqueadura tubária foi realizada logo após a rafia do útero, seguindo as exigências da Lei 9.263/1996.

Palavras-chave: *síndrome de Wolff-Parkinson-White; gravidez; cardiopatia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311209

Síndrome em espelho associada a síndrome de Beckwith-Wiedemann fetal: um relato de caso

Maria Eduarda Araújo Machado da Rocha[1], Andrey Luis de Oliveira Gonçalves Dias[1], Nilson Ramirez de Jesus[1]
[1]Hospital Universitário Pedro Ernesto, Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Introdução: A síndrome em espelho (SE) é uma condição materna rara, definida pela tríade hidropsia fetal, hidropsia placentária e edema materno generalizado. Neste relato, descrevemos um caso de SE associada à síndrome de Beckwith-Wiedemann (SBW), uma anomalia congênita rara. Foi atribuída a expressão "síndrome em espelho" pelo fato de o edema materno refletir o edema fetal. Pode ocorrer em qualquer período da gravidez, mas é mais comum no final do segundo e no início do terceiro trimestre. Está associada a elevada morbimortalidade materna e perinatal. Sua etiopatogenia é variada, e a maioria dos casos é atribuída a malformações fetais, tumores placentários e fetais. Outras etiologias são: isoimunização, síndrome de transfusão feto-fetal e infecções virais, como citomegalovírus e parvovírus B19. **Relato:** Gestante, 23 anos, G2 PN1, sem comorbidades, com 18 semanas e 5 dias, referia edema de membros inferiores, aumento do volume abdominal, dispneia aos médios esforços de início nas duas semanas anteriores e elevação da pressão arterial. A primeira ultrassonografia (USG) obstétrica, com 13 semanas e 2 dias, mostrou translucência nucal de 5 mm. USG externa realizada na semana anterior à internação evidenciava hidropsia feto-placentária associada a sinais de ascite materna. A paciente chega ao serviço em regular estado geral, em anasarca, apresentando edema de membros inferiores bilateral 3+/4+, ascite e pressão arterial de 150x90 mmHg. Proteína urinária de 1.201 mg em 24 horas. Grupo sanguíneo B Rh+. Pelo alto risco de morbimortalidade materna, optou-se pela interrupção terapêutica da gestação. O abortamento foi induzido com misoprostol e ocorreu expulsão de feto morto empelicado e placenta apresentando numerosas vesículas, que foram enviados à anatomia patológica. A paciente recebeu alta, assintomática, após sete dias. Laudo histopatológico: displasia mesenquimal placentária, feto hidrópico do sexo feminino exibindo fenótipo compatível com SBW com hérnia umbilical, rim direito pélvico, hepatomegalia acentuada, útero bicorno e intestino curto. **Conclusão:** A SE configura entidade de difícil diagnóstico e alta mortalidade materno-fetal. O diagnóstico precoce faz-se importante visando identificar causas reversíveis que, adequadamente tratadas, podem evoluir para a melhora do quadro materno-fetal, com manutenção da gravidez. No caso apresentado, o tratamento empregado foi a interrupção terapêutica da gestação, por se tratar de etiologia fetal irreversível com sinais de gravidade maternos. A associação da SBW com SE materna é extremamente rara. A SBW é uma condição congênita rara, com incidência aproximada de um caso para 13.500 nascidos vivos. O diagnóstico, em geral, é realizado no período pós-natal, por meio dos seguintes achados: macroglossia, gigantismo, onfalocele, visceromegalia, entre outros. A SBW é causada pela desregulação em genes do *imprint* genético situado no *locus* 11p15, responsáveis pelo crescimento.

Palavras-chave: *síndrome em espelho; síndrome de Beckwith-Wiedemann; hidropsia fetal; hidropsia placentária.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311210

Tradição finlandesa como modelo de contribuição da sociedade civil para o binômio mãe-bebê no Sul do país durante a pandemia

Adriani Oliveira Galão[1,2], Fernanda Dias Silva[2,3], Aline Petracco Petzold[3,4], Marcelle Martinez Loureiro[2,3], Fernanda Paixão Etchepare[3], Deise Maria Ramos Cunha[3]
[1]Hospital de Clínicas de Porto Alegre
[2]Universidade Federal do Rio Grande do Sul
[3]Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
[4]Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Introdução: Na década de 1930 a Finlândia tinha elevada mortalidade infantil. Para melhorar a saúde materna e infantil e proporcionar a todas as crianças um começo de vida igual, independente de classe social, o governo do país adotou na sua política a distribuição, para as puérperas, de caixas de

papelão com itens básicos para a saúde materno-infantil, como roupas, lençóis e itens de higiene. Estas caixas também serviam de berço nos primeiros meses de vida do bebê. O governo, acreditando na importância do acompanhamento médico nesse período, vinculou o recebimento da caixa ao compromisso de revisitar a equipe de saúde. Após a introdução da caixa do bebê com esses itens de proteção, a realidade da saúde finlandesa mudou — a taxa de mortalidade infantil e a mortalidade materna diminuíram consideravelmente. Assim, a Associação de Amigos do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (AHMI) adotou a ideia finlandesa como forma de proteção para a saúde materno infantil durante a pandemia da COVID-19. **Objetivo:** Identificar as puérperas em situações de vulnerabilidade social e prestar assistência às suas famílias, com a entrega de caixas de papelão com inúmeros insumos como forma de assistência e de incentivo ao acompanhamento dos bebês no hospital. **Materiais e métodos:** Desde setembro de 2020, aplica-se um questionário a todas as puérperas do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Discriminam-se as pacientes mais vulneráveis, aptas a receber as caixas de maternidade que complementam as necessidades familiares. A análise estendeu-se até janeiro de 2021. **Resultados:** Foram entrevistadas 811 pacientes, das quais 290 foram consideradas vulneráveis e encaminhadas para o recebimento da caixa maternidade com produtos de higiene para mãe e bebê, roupas e fraldas. Foram distribuídas 259 caixas maternidade e 430 cestas básicas de alimentação. Apesar do convite para retirarem as doações, 10,6% das pacientes não compareceram. As pacientes atendidas pelo projeto já saem com a consulta de retorno para o bebê marcada na alta hospitalar. Mediante o retorno com carteira de vacinação da criança em dia, faz-se a entrega de mais produtos como forma de incentivo ao cuidado com a saúde. O retorno para a consulta de 30 dias do bebê foi somente de 41,6%. **Conclusão:** A replicação desse modelo possibilitou uma forma concreta e importante de contribuição da sociedade civil às famílias mais vulneráveis na pandemia. Este projeto poderá ser ampliado e servir de exemplo para a política de saúde pública. Mesmo com a proposta de nova doação, os retornos dos bebês para um atendimento no hospital ficaram muito abaixo do esperado, o que demonstra um grande espaço para melhorias nesse cuidado após o nascimento. É um momento oportuno de orientações de saúde a essas famílias, que poderá futuramente impactar a morbimortalidade infantil e as taxas de vacinação da cidade.

Palavras-chave: *doença por coronavírus; situação socioeconômica; gradiente social de saúde; pandemia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311211

Tratamento da gravidez molar pela técnica de aspiração manual intrauterina: aspectos técnicos e táticos

Lilian Padrón, Gabriela Paiva[1], Marcio Barcellos[1], Joffre Amim Junior[1], Jorge Fonte de Rezende Filho[1], Antonio Braga[1]
[1]Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução: A gestação molar representa o espectro benigno da doença trofoblástica gestacional (DTG), gravidez anormal caracterizada pela fertilização anômala do oócito. O tratamento da gestação molar é o esvaziamento uterino por aspiração a vácuo elétrica ou manual. A aspiração elétrica não tem sido amplamente utilizada em muitos países, nem no Brasil, pois inúmeras condições de ordem legal, religiosa e econômica impedem o acesso ao equipamento de aspiração elétrica. No Brasil, a maioria dos centros de referência em DTG não realiza vácuo-aspiração elétrica, sendo a gestação molar tratada com aspiração manual intrauterina (AMIU) em cerca de 70% dos casos. O objetivo deste relato é apresentar os pormenores da AMIU para o tratamento da gravidez molar de forma segura e exitosa. **Relato do caso:** Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (número: 4.555.188). Paciente de 28 anos, IIG IP, com 12 semanas de gestação, que apresentava sangramento transvaginal, útero aumentado para idade gestacional, gonadotrofina coriônica humana (hCG) de 178.678 UI/L e ultrassonografia transvaginal sugestiva de gestação molar, foi encaminhada ao Centro de Referência de DTG da UFRJ. No tratamento da gravidez molar pela AMIU, recomendam-se duas estratégias importantes: ter duas seringas de aspiração, o que torna o procedimento mais rápido, e realizar a dilatação cervical com as próprias cânulas plásticas, minimizando o risco de perfuração. A orientação por ultrassonografia durante o procedimento auxilia no monitoramento do esvaziamento uterino, evitando a perfuração uterina e garantindo o completo esvaziamento. A dilatação cervical deve começar com uma cânula número 4 e prosseguir para a cânula número 7 para úteros menores que 12 centímetros, deixando cânulas 8 (ou excepcionalmente 10) para úteros maiores que a idade gestacional. Uma vez que a seringa é preenchida, ela deve ser removida do útero, entregue ao assistente, que retorna uma nova seringa a vácuo vazia ao cirurgião. Quando o conteúdo coletado na seringa se torna rosa e bolhoso, é sinal de que a cavidade uterina está vazia. É recomendada curetagem cuidadosa para remover qualquer remanescente trofoblástico aderido e evitar a necessidade de um segundo esvaziamento. No caso relatado, a cavidade uterina foi ainda avaliada por histeroscopia para atestar seu completo esvaziamento pela técnica de AMIU. O material molar aspirado deve ser lavado com soro fisiológico, removendo-se os coágulos sanguíneos. O tecido deve ser colocado em formaldeído tamponado a 10%. **Conclusão:** Este relato mostra que a técnica de AMIU é equivalente à aspiração elétrica para o esvaziamento molar e pode ser empregada com segurança em locais onde o equipamento elétrico não está disponível. É método simples, eficaz e de baixo custo que pode ser uma alternativa segura para o tratamento da gravidez molar.

Palavras-chave: *doença trofoblástica gestacional; curetagem a vácuo; dilatação e curetagem.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311212

Tratamento medicamentoso para gestantes com hipertensão arterial crônica: uma revisão sistemática

Mariana Vanon Moreira[1], Júlia Abrahão Lopes[1], Cecília Barra de Oliveira Hespanhol[2], Aline Batista Brighenti dos Santos[1]
[1]Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora
[2]Universidade Federal de Juiz de Fora

Introdução: A hipertensão arterial crônica é associada com o aumento de complicações na gravidez em comparação à gestação sem essa comorbidade, destacando-se os riscos de pré-eclâmpsia (PE), restrição do crescimento fetal e parto prematuro. O tratamento farmacológico com anti-hipertensivos deve ser avaliado para controlar a doença, diminuindo a mortalidade da mãe e do bebê. Dessa maneira, é importante investigar o melhor tratamento a ser utilizado, lançando atenção à vida da gestante e do feto. **Objetivo:** Analisar o tratamento farmacológico direcionado às gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica. **Métodos:** Em abril de 2021, foi realizada uma revisão sistemática na base de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), utilizando os descritores: "pregnancy", "hypertension", "antihypertensive agents" e suas variações, obtidas do Medical Subject Headings (MeSH). Foram incluídos ensaios clínicos controlados e randomizados (ECCR) publicados nos últimos cinco anos e na língua inglesa. **Resultados:** Encontraram-se 31 artigos e cinco deles foram utilizados para a confecção deste trabalho. Dois ECCR avaliaram os efeitos de fármacos no tratamento da hipertensão na gestação, levando em consideração a etnia. Envolveram 602 mulheres, utilizaram labetalol, nifedipina e metildopa em grupos separados como intervenção e um controle sem medicamento. O grupo controle demonstrou propensão a desenvolver hipertensão severa, PE, disfunção renal, alterações no ECG, descolamento de placenta e nova hospitalização ($p<0,001$) quando comparado aos grupos intervenção. Os neonatos do grupo controle estavam mais propensos à prematuridade e à admissão na unidade de terapia intensiva ($p<0,001$). Os três fármacos demonstraram capacidade de diminuir a pressão arterial (PA) nas gestantes, tendo o labetalol maior diminuição da PA diastólica nas mulheres não negras em comparação à nifedipina. Outro ECCR dividiu 987 gestantes em dois grupos, o "rigoroso", que buscou manter a pressão diastólica em 85 mmHg, e o "menos rigoroso", em 100 mmHg. Com base nos resultados, analisou-se o melhor direcionamento do tratamento e a influência da idade gestacional no início da terapia, e o labetalol foi o fármaco de referência. O tratamento "menos rigoroso" apresentou PA maior que a do outro grupo ($p<0,001$), maior chance de desenvolver hipertensão severa antes de 28 semanas de gestação e maior custo em cuidados ao neonato. O tratamento iniciado em 24 semanas teve menos bebês com peso ao nascimento inferior ao saudável ($p<0,005$), porém mais nascimentos prematuros ($p<0,04$), quando comparado o tratamento "menos rigoroso" ao "rigoroso". **Conclusão:** O tratamento farmacológico é recomendado para grávidas com hipertensão

arterial crônica, buscando diminuir as complicações para a gestante e para o neonato. Portanto, pode-se destacar o uso de metildopa, nifedipina e labetalol, buscando a PA mais próxima aos padrões de referência e com as prescrições dependentes da idade gestacional, etnia e necessidades da gestante.

Palavras-chave: *gestação; hipertensão arterial crônica; fármacos; anti-hipertensivos.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311213

Tromboflebite pélvica séptica pós-abortamento — relato de caso

Lara de Siqueira Rodrigues[1], Mariana Brandão Streit[2], Bianca Carmo Schorr[1], Leandro Teixeira Abreu[1], Isabella Soares da Costa dos Santos[1], André Luiz Clemente Beralto[1]
[1]Hospital da Mulher Heloneida Studart
[2]Instituto Fernandes Figueira

Introdução: A trombose de veia ovariana é um evento raro, que pode acontecer no puerpério, pós-abortamento, cirurgias pélvicas, entre outros. A apresentação clínica é bastante inespecífica, podendo manifestar-se com dor abdominal difusa e mal localizada e febre, portanto, pode entrar como diagnóstico de exclusão entre as causas de abdome agudo e infecção puerperal. Para a elucidação diagnóstica é importante a realização de exames de imagem, como ultrassonografia com *doppler*, ressonância magnética e tomografia computadorizada. Relatamos o caso de uma paciente com trombose de veia ovariana pós-abortamento tardio. **Relato de caso:** Paciente P.V.H.G., 35 anos, sem comorbidades, três gestações, dois partos cesáreos, evolui com abortamento tardio, e é realizada wintercuretagem, com saída de moderada quantidade de restos placentários. A paciente recebe alta hospitalar um dia após o procedimento, assintomática, afebril, apresentando sangramento vaginal em dedo de luva. Dois dias após a alta hospitalar, inicia quadro de dor abdominal de forte intensidade, mal localizada e febre alta aferida (39,5°), retornando à emergência com suspeita de quadro infeccioso e sendo internada para investigação e tratamento. Realizou-se ultrassonografia transvaginal que mostrou imagem hipoecogênica de limites mal definidos, medindo 27x25x25 mm, sem fluxo ao *doppler*, atrás de ovário esquerdo e exames laboratoriais com elevação dos marcadores inflamatórios. Foi iniciada antibioticoterapia com clindamicina e gentamicina e solicitou-se tomografia computadorizada com contraste, que evidenciou imagem sugestiva de trombose em veia ovariana esquerda. O esquema antibiótico foi mantido e iniciou-se heparinização plena, tendo a paciente evoluído com boa resposta clínica. **Conclusão:** Em sendo a tromboflebite pélvica séptica (TPS) um diagnóstico raro e de exclusão, faz-se necessário conhecer para poder suspeitar, diagnosticar e tratar. Sua incidência é variável, provavelmente por conta de sub e sobrediagnóstico, a depender da instituição e local. Em relação à clínica, a dor apresenta-se constante, em flanco e abdome baixo e pode-se palpar cordão ou massa "em salsinha", rara e específica. Historicamente, já se propôs tratamento cirúrgico, mas atualmente o antibiótico de amplo espectro associado à heparina tem-se mostrado seguro e eficaz. A suspeita de TPS deve ser levantada especialmente quando, após tratamento por cinco dias com antibiótico para endometrite, a febre em picos persiste, como no caso aqui relatado. Com base nisso, deve ser realizada imagem (tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética), e avaliado o início de anticoagulação plena. Sobre o seguimento, a duração da anticoagulação depende do local acometido. Para trombose de veia ovariana, como no caso relatado, a bibliografia sugere anticoagulação por três meses com varfarina oral, além de controle por imagem.

Palavras-chave: *trombose; abortamento; infecção.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311214

Tumor trofoblástico de sítio placentário associado a ruptura uterina: relato de caso

Daniela Angerame Yela[1], Karin Anspach Hoch[1], Cristina Laguna Benetti-Pinto[1]
[1]Universidade Estadual de Campinas

Introdução: O tumor trofoblástico de sítio placentário (TTSP), modalidade rara e maligna de doença trofoblástica gestacional (DTG), acomete 1/50.000–100.000 gestações e totaliza apenas 725 casos conhecidos no mundo todo. Não tem aspecto ultrassonográfico nem características clínicas patognomônicas, o que torna o diagnóstico de certeza dependente de análise patológica. O diagnóstico precoce é fundamental para o sucesso do tratamento. **Relato do caso:** Mulher de 20 anos com história de amenorreia de 17 semanas e 2 dias e exame de gonadotrofina coriônica humana (HCG) positivo. Antecedente obstétrico de dois abortos (último seis meses antes). Não apresentava alterações ao exame físico e ginecológico. O ultrassom mostrou área nodular, sólida na parede posterior do útero e o HCG era de 337 mU/mL. Assim, a paciente foi submetida a histeroscopia para exérese da área suspeita de restos ovulares. Cinquenta dias após o procedimento, retornou ao serviço com abdome agudo e choque hemorrágico. Foi submetida a laparotomia exploratória, que evidenciou rotura uterina, depois a histerectomia total e salpingectomia bilateral. O anatomopatológico identificou o TTSP. A paciente evoluiu sem intercorrências e teve alta hospitalar após cinco dias. Não se evidenciaram metástases a distância e a paciente encontrava-se clinicamente bem e com HCG negativo há 12 meses. **Conclusão:** O TTSP é um tumor raro e de difícil diagnóstico. O diagnóstico tardio, por sua vez, pode levar as mulheres a evoluírem para quadros com alta morbimortalidade, além de implicar piora do prognóstico. Assim, mediante a identificação de lesões intrauterinas associadas a baixos níveis de HCG, é crucial aventar a hipótese de tratar-se de uma forma rara de DTG, como o TTSP.

Palavras-chave: *doença trofoblástica gestacional; neoplasia trofoblástica gestacional; HCG.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311215

Um olhar sobre a saúde materna no município do Rio de Janeiro: perspectivas de raça/cor

Maria Clara da Cunha Ribeiro[1], Marina Andrade Chavarri Gomes[1], Júlia Freire Carvalho[1], Maria de Nazareth Smith Pereira da Silva[1], Luciana Freire de Carvalho[1]
[1]Universidade Estácio de Sá *Campus* Cittá América

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, contemplando promoção da saúde, necessidades de saúde, controle de doenças e agravos e garantia do direito à saúde. As análises de situação de saúde são úteis para identificar desigualdades e tendências que subsidiem o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas públicas. **Objetivo:** Descrever indicadores de saúde materna no município do Rio de Janeiro (MRJ) entre 1998 e 2018, sob a perspectiva de raça/cor. **Método:** Estudo descritivo sobre o perfil da saúde materna de residentes no MRJ entre 1998 e 2018. Com dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, Sistema de Informação sobre Mortalidade e Sistema de Informação de Agravos de Notificação, analisaram-se a razão de mortalidade materna (RMM), a taxa de incidência de sífilis em gestantes, a cobertura de consultas de pré-natal e a proporção de partos cesáreos. Para a estratificação foi utilizada a variável raça/ cor, agregando as categorias pretos e pardos a fim de formar a categoria negros. A construção dos indicadores foi realizada com auxílio do *software* Excel, empregando dados disponíveis no TabNet Municipal - RJ, de acesso público e gratuito. **Resultados:** A RMM mede o risco de uma mulher morrer por causa relacionada ao ciclo gravídico-puerperal. No MRJ, a RMM apresenta uma tendência de aumento, que pode ser explicada pela melhor investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil. No entanto, observa-se que a população negra apresenta, em média, RMM duas vezes maior que a população branca, o que evidencia o impacto das desigualdades sociais na assistência às mulheres. Em relação ao pré-natal, nota-se um avanço na cobertura ao longo do tempo. Em 1998, apenas 52% das gestantes haviam feito sete ou mais consultas; em 2008, verifica- se aumento para 66% e, em 2018, essa cobertura atingiu 81% das gestantes do MRJ. Porém, em 2018, enquanto 88% das gestantes brancas tiveram acesso a sete ou mais consultas, esse resultado é de 78% para as gestantes negras. A proporção de partos cesáreos no MRJ orbita em torno de 50% durante o período, com discreto aumento ao longo do tempo. A frequência de partos cesáreos é, em média, 50% maior na população branca do que na negra. Em relação à morbidade, há importante aumento na detecção de sífilis na gestação ao longo dos anos, de sete casos a cada 100 mil nascidos vivos em 2009 para 51 casos a cada 100 mil nascidos vivos em 2018. Ao se compararem gestantes brancas com negras, nota-se um risco duas vezes maior de as mulheres negras contraírem

sífilis durante a gestação. **Conclusão:** Na análise de indicadores de saúde materna sob a perspectiva de raça/ cor, observa-se a influência de condições socioeconômicas nos desfechos obstétricos. Isso pode evidenciar desigualdades sociais, bem como dificuldades do sistema de saúde em oferecer acesso a todas as mulheres. Este trabalho pode fomentar discussões sobre o tema e fornecer subsídios para a proposição de políticas públicas locais.

Palavras-chave: *saúde da mulher; saúde materna; indicadores de saúde; epidemiologia descritiva.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311216

Uso de terapias complementares para alívio da dor no trabalho de parto em uma maternidade pública: um estudo descritivo

Mariana Quintela Rodrigues Pereira[1], Beatriz Gonçalves Rodrigues[1], Eduardo Oliveira Figueiredo[1], João Pedro Moreira Gonzalez Silva[1], Amanda Damian Marques[1], Helton José Bastos Setta[1]
[1]Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Introdução: A analgesia de parto é um direito de toda mulher e oferecê-la é essencial conforme as boas práticas médicas na assistência ao parto. Há evidências de que a redução da dor impede o aumento exagerado da frequência cardíaca e da pressão arterial maternas. Sob esse panorama, as terapias complementares para alívio da dor (TCAD) no parto, como deambulação, cromoterapia, banho de aspersão, massagem, musicoterapia, bola suíça e aromaterapia, recebem destaque na assistência obstétrica humanizada. Alternativamente aos métodos farmacológicos, as TCAD apresentam a vantagem de não oferecerem tantos efeitos adversos e contraindicações. Além disso, essas técnicas permitem maior autonomia e postura ativa da mulher, elencando seu protagonismo no trabalho de parto. **Objetivo:** Avaliar o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto em uma maternidade. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo transversal, em que foram incluídas 96 parturientes de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, realizado no período de agosto a novembro de 2019. As variáveis analisadas foram o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e o tipo de método adotado. Foram utilizados, para tabulação de dados e análises estatísticas, os programas Microsoft Office Excel e R, respectivamente. **Resultados e conclusão:** Observou-se que em 85% (n=82) dos partos houve uso das TCAD, enquanto em 15% não houve (n=14). As três TCAD mais utilizadas, em ordem de frequência, foram: banho de aspersão (70,45%), deambulação (67,04%) e técnicas de respiração (46,6%), seguidas de massagem (10%), penumbra (8%), musicoterapia (7%), bola suíça (5%) e cromoterapia (5%). A média de TCAD utilizadas por parturiente foi de 4,3. O percentual de mulheres que utilizaram de uma a três TCAD em seu parto foi de 33,38% (n=33), de quatro a seis foi de 33,33% (n=32) e de sete a 10 foi de 17,71% (n=17). Também foi realizada uma análise referente à mediana do tempo de parto, que avaliou partos que utilizaram TCAD e partos que não as utilizaram e não apresentou resultado estatisticamente relevante (valor p=0,12). Observou-se que as TCAD foram amplamente utilizadas nos partos vaginais da maternidade em questão, de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a assistência respeitosa ao parto. A realização de estudos posteriores que descrevam condutas durante a assistência ao parto vaginal e seus benefícios para o trabalho de parto e para a experiência materna pode ser interessante para estimular a implementação dessas práticas em outros serviços de obstetrícia.

Palavras-chave: *humanização de assistência ao parto; analgesia; terapias complementares.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311217

Vídeo-histeroscopia no diagnóstico da gestação molar: mola hidatiforme completa com gonadotrofina coriônica humana normal

Lilian Padrón[1], Gabriela Paiva[1], Marcio Barcellos[1], Joffre Amim Junior[1], Jorge Fonte de Rezende Filho[1], Antonio Braga[1]
[1]Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução: A mola hidatiforme (MH) é a forma clínica mais comum da doença trofoblástica gestacional e apresenta duas formas clínico-histopatológicas distintas: mola hidatiforme parcial (MHP) ou mola hidatiforme completa (MHC). A MHC caracteriza-se por hidropsia difusa e hiperplasia trofoblástica da superfície da vilosidade coriônica. Na maioria das vezes ocorre fertilização do oócito desprovido de material genético por um espermatozoide haploide (23X ou 23Y) que duplica seus cromossomos, resultando em diploidia androgenética. O diagnóstico da MHC é comumente feito pela ultrassonografia transvaginal e dosagem sérica de gonadotrofina coriônica humana (hCG). **Relato de caso:** Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética — CAAE: 35790620.4.0000.5275). Paciente de 50 anos, IIG IP, com sangramento uterino anormal, realizou ultrassonografia transvaginal que mostrou cavidade uterina com conteúdo heterogêneo em seu interior. Dosagem sérica de hCG normal. Indicou-se histeroscopia diagnóstica, que visualizou cavidade uterina aumentada de tamanho, com coágulos em seu interior, e endométrio de aspecto decidualizado. Em parede lateral direita, presença de formação ovalada de coloração arroxeada com cerca de 2 cm. Ausência de material trofoblástico livre em cavidade uterina. À medida que o histeroscópio avançou pela fina parede dessa estrutura ovalada, foi observado abundante conteúdo, formado de múltiplas vesículas hidatiformes, alongadas e translúcidas e ausência de estruturas embrionárias, sugerindo MHC. Com base nos achados histeroscópicos, a paciente foi submetida a aspiração a vácuo para remoção do tecido molar. Após o esvaziamento uterino, nova avaliação histeroscópica foi realizada para garantir a completa remoção do tecido trofoblástico e evitar o risco de 15% de retenção desse tecido, causando mais sangramento e a necessidade de aspiração uterina adicional durante o acompanhamento pós-molar. Diante da suspeita clínica de MHC, realizou-se nova dosagem de hCG, com diluição da amostra sérica, com resultado de 2.240.000 UI/L — o resultado anterior normal deveu-se ao efeito Hook. O diagnóstico histopatológico/imuno-histoquímico confirmou MHC e a paciente foi encaminhada para seguimento pós-molar. **Conclusão:** A MH pode ser um achado incidental durante a histeroscopia para sangramento uterino anormal, principalmente nos extremos da vida reprodutiva. O conhecimento de sua morfologia durante a histeroscopia auxilia no diagnóstico e correto tratamento dessa situação clínica incomum. Neste caso, foi possível avaliar a MHC, ainda intacta, em útero não previamente manipulado. A histeroscopia, como ferramenta diagnóstica auxiliar, pode trazer benefício significativo em cenários clínicos desafiadores e diagnósticos como a MH, que devem ser prontamente reconhecidos pelo histeroscopista.

Palavras-chave: *doença trofoblástica gestacional; mola hidatiforme; histeroscopia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311218

Vídeo-histeroscopia no diagnóstico da gestação molar: mola hidatiforme parcial em idade gestacional precoce

Lilian Padrón[1], Gabriela Paiva[1], Marcio Barcellos[1], Joffre Amim Junior[1], Jorge Fonte de Rezende Filho[1],Antonio Braga[1]
[1]Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução: A mola hidatiforme (MH) é caracterizada por fertilização anormal e pode resultar em duas síndromes clínico-patológicas distintas: mola hidatiforme completa (MHC) ou mola hidatiforme parcial (MHP). A MHP ocorre quando um oócito haploide (23X) é fertilizado por dois espermatozoides, resultando em uma triploidia diândrica. O embrião/feto apresenta desenvolvimento anormal, com múltiplas malformações e restrição de crescimento intrauterino. A MHP apresenta sintomatologia que se confunde com o abortamento incompleto ou retido, estando o sangramento transvaginal presente em cerca de 50% dos casos. O diagnóstico é comumente feito por ultrassonografia transvaginal e dosagem sérica de gonadotrofina coriônica humana (hCG); porém, em situações especiais, a histeroscopia poderá auxiliar na diferenciação diagnóstica. **Relato de caso:** Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética — CAAE: 35790620.4.0000.5275). Paciente com 18 anos, IIG IP, foi submetida à histeroscopia para avaliação da cavidade endometrial por aborto retido com sete semanas de gestação. A histeroscopia foi indicada porquanto, na

vigência da conduta conservadora de aborto retido, observou-se elevação do nível de hCG, que passou de 25.000 para 58.000 UI/L em quatro semanas. À avaliação histeroscópica, o embrião, o cordão umbilical e o saco gestacional onde o embrião estava confinado foram facilmente visualizados, não deixando dúvidas sobre a presença das estruturas extraembrionárias. Contudo, observou-se aparente anomalia esquelética em membros inferiores, sugestiva de triploidia (posteriormente confirmada pela avaliação do cariótipo). Avançando o histeroscópio em direção ao córion frondoso, foi possível a visualização de múltiplas vesículas hidatiformes, de diminuto diâmetro, sugestivas de MH. A paciente foi então submetida a esvaziamento uterino por vácuo-aspiração, e o material foi enviado para patologia. Após análise histopatológica/ imuno-histoquímica/ citogenética, confirmou-se o diagnóstico de MHP e a causa da morte embrionária, mercê de sua triploidia. **Conclusão:** Pacientes com MHP e idade gestacional precoce são tipicamente assintomáticas, o que dificulta o diagnóstico, muitas vezes confundido com aborto retido. O monitoramento cuidadoso dos níveis de hCG nas pacientes submetidas à conduta expectante para o aborto retido é importante para excluir caso de MHP, pois o aumento dos níveis séricos de hCG vão sugerir a ocorrência de MH. Neste caso, embora a ultrassonografia não tenha sido altamente suspeita para gravidez molar, a histeroscopia mostrou a presença de vesículas hidatiformes e orientou a estratégia cirúrgica para o esvaziamento uterino por vácuo-aspiração. A gravidez molar pode ser um achado durante a vídeo-histeroscopia. Conhecer sua morfologia vídeo-histeroscópica é útil para o correto diagnóstico e manejo dessa situação clínica incomum.

Palavras-chave: *doença trofoblástica gestacional; mola hidatiforme; histeroscopia.*

https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-20211311219

Violência obstétrica: onde as instituições erram?

Maria Clara da Cunha Ribeiro[1], Maria de Nazareth Smith Pereira da Silva[1], Júlia Freire Carvalho[1], Isabella Guimarães Costa[1], Luciana Freire de Carvalho[1], Luciana Maria Borges da Matta Souza[1]
[1]Universidade Estácio de Sá *Campus* Città América

Introdução: Uma em cada quatro mulheres sofre alguma forma de violência durante o parto. São relatadas manobras dispensáveis, procedimentos dolorosos sem consentimento, falta de analgesia ou negligência e descaso. Esses atos conceituam-se como violência obstétrica, entendida como qualquer intervenção desnecessária dirigida à parturiente ou ao neonato, praticada sem o consentimento da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia e integridade física ou psicológica. **Objetivo:** Conhecer a literatura relacionada à violência obstétrica, conceituando os tipos de violências obstétricas institucionais. **Metodologia:** Revisão de literatura sobre a violência obstétrica. As bases utilizadas foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). As buscas foram realizadas com os descritores: "violência obstétrica", "violência no parto", "complicações obstétricas", "parto vaginal", "episiotomia", "manobra de Kristeller". Foram selecionados 24 artigos de língua portuguesa, inglesa e espanhola de 2014 a 2019, de acordo com a relevância. **Resultados:** As principais situações institucionais vinculadas à violência obstétrica são: violência institucional nas relações de poder, com o corpo feminino, na forma de serviço e como violação de direitos. A violência institucional nas relações de poder diz respeito à submissão, passividade e obediência da mulher diante do poder histórico e cultural dos profissionais de saúde; relação de poder nas práticas discriminatórias de gênero, classe social e raça/etnia. A violência institucional com o corpo feminino mostra-se em: cesáreas eletivas e histerectomias não terapêuticas; utilização de procedimentos desnecessários como enema, tricotomia, episiotomia de rotina, posição supina na hora do parto, uso abusivo de ocitócico, manobra de Kristeller e imobilização no leito; realização de toques vaginais sem autorização e explicação prévia; desrespeito à privacidade; desrespeito à dor física e à liberdade de escolha, banalização do sofrimento; imposição, força e brutalidade na realização de procedimentos e não utilização de analgesia. A violência institucional na forma de serviço está: na burocratização do acesso aos serviços; na ausência de acolhimento; na incapacidade de atender às necessidades de forma resolutiva; na demora no atendimento; na negligência intencional da assistência; na ausência de profissionais, nas condições precárias de trabalho; e nas diferenças no atendimento do serviço privado e público. Por fim, a violência institucional como violação de direitos é vista na ausência do acompanhante e no impedimento do contato precoce entre mãe e bebê sem clínica justificável. **Conclusão:** A violência obstétrica é intrínseca à esfera social. Nota-se que a causa da violência advém principalmente da formação dos profissionais e da organização dos serviços de saúde. Observa-se a necessidade de investimento na formação desses profissionais para estimular a informação e a autonomia das mulheres.

Palavras-chave: *violência obstétrica; saúde materna; violência institucional.*