

TEMAS NEGLIGENCIADOS E EMERGENTES NA OBSTETRÍCIA CONTEMPORÂNEA

VOLUME 2



Organizadoras

Francisca Moraes da Silva
Marli de Oliveira Nunes
Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues
Michelle Leane Santana da Silva
Mary Grace Magalhães de Araújo
Maria do Socorro Silva de Brito
Francisca Lenice Pinto
Ana Sheila Chagas Pinho
Raimunda Sueli Felipe Bezerra

TEMAS NEGLIGENCIADOS E EMERGENTES NA OBSTETRÍCIA CONTEMPORÂNEA

VOLUME 2



Organizadoras

Francisca Moraes da Silva
Marli de Oliveira Nunes
Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues
Michelle Leane Santana da Silva
Mary Grace Magalhães de Araújo
Maria do Socorro Silva de Brito
Francisca Lenice Pinto
Ana Sheila Chagas Pinho
Raimunda Sueli Felipe Bezerra

Editora Omnis Scientia

TEMAS NEGLIGENCIADOS E EMERGENTES NA OBSTETRÍCIA CONTEMPORÂNEA

Volume 2

1ª Edição

RECIFE - PE

2026

Editor-Chefe

Dr. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Francisca Moraes da Silva

Marli de Oliveira Nunes

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues

Michelle Leane Santana da Silva

Mary Grace Magalhães de Araújo

Maria do Socorro Silva de Brito

Francisca Lenice Pinto

Ana Sheila Chagas Pinho

Raimunda Sueli Felipe Bezerra

Conselho Editorial

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho – ESS-UTAD – Portugal

Dr. Cássio Brancalione – UFFS – Brasil

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva – UEPa – Brasil

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão – UPE – Brasil

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Wendel José Teles Pontes – UFPE – Brasil

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Canva e Magnific

Edição de Arte

Vileide Vitória Laranjeira Amorim

Revisão

Os autores

Autoras

*Francisca Moraes da Silva

*Marli de Oliviera Nunes

*Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues

*Michelle Leane Santana da Silva

*Mary Grace Magalhães de Araújo

*Carla Cristina Martins

*Sônia Cristina Ribeiro Rezende

*Maria Marcolina Silva

*Elisângela da Silva Moraes

*Maria Edna da Silva Bandeira

*Maria Betânia da Silva

*Dulce Maria Cardoso da Silva

*Maria do Socorro Silva de Brito

*Francisca Lenice Pinto

*Ana Sheila Chagas Pinho

*Tamires Alves dos Santos



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial

T278

Temas negligenciados e emergentes na obstetrícia contemporânea : volume 2 [recurso eletrônico] / organizadores Francisca Moraes da Silva ... et al.]. — 1. ed. — Recife : Omnis Scientia, 2026. Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-284-0587-9

DOI: 10.47094/978-65-284-0587-9

1. Obstetrícia. 2. Parto (Obstetrícia) - Aspectos psicológicos. 3. Enfermagem obstétrica. 4. Gravidez. 5. Humanização dos serviços de saúde. I. Silva, Francisca Moraes da.

CDD23: 618.25

I-2708262

Bibliotecária: Priscila Pena Machado – CRB-7/6971

Editora Omnis Scientia

Av. República do Líbano, nº 251, Sala 2205, Torre A,
Bairro Pina, CEP 51.110-160, Recife-PE.

Telefone: +55 87 99920-5762

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



“A cura e o cuidado não residem na aplicação fria dos manuais, mas no ato ético de estender a mão onde a vulnerabilidade é mais profunda e a literatura ainda se cala.”

— **Nise da Silveira** (*inspiração*)

DESCRIÇÃO DO LIVRO (QUARTA CAPA / SINOPSE EDITORIAL)

Além do Óbvio: Temas Negligenciados e Emergentes na Obstetrícia Contemporânea – Volume 2 dá continuidade à missão urgente de romper o silêncio científico sobre as complexidades do ciclo gravídico-puerperal. Se o primeiro volume desbravou temas invisibilizados e dilemas clínicos pouco explorados, este segundo volume aprofunda o debate sobre novos horizontes diagnósticos, terapêuticos e sociais da obstetrícia moderna.

Reunindo revisões de literatura rigorosas e reflexões práticas, a obra debruça-se sobre cenários de manejo desafiador: a abordagem de condições metabólicas e hematológicas atípicas como a desiderosmia e a mastite granulomatosa; o manejo multiprofissional de anomalias congênitas e estruturais severas, como a gemelaridade conjugada (siameses) e o útero bicornio; o curso da gestação frente a neoplasias malignas invasivas (câncer de colo do útero), microadenomas hipofisários e doenças autoimunes graves como o lúpus eritematoso sistêmico; a assistência à gestante receptora de transplante de órgãos sólidos e a integração dos cuidados paliativos à gestante; além da urgência no acolhimento e manejo da ideação suicida no ciclo gravídico.

Coordenada por especialistas com sólida trajetória assistencial no Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC/EBSERH), esta obra consolida-se como leitura indispensável para enfermeiros obstétricos, médicos, residentes e pesquisadores que buscam uma prática clínica fundamentada nas melhores evidências, despida de preconceitos e estritamente orientada pela equidade em saúde.

PREFÁCIO

A consolidação de um saber verdadeiramente transformador não se encerra em respostas prontas; ela se expande na formulação de novas e necessárias perguntas. Quando publicamos o primeiro volume de *Além do Óbvio*, o propósito foi claro: trazer para o centro da literatura aquilo que o cotidiano da assistência muitas vezes empurra para as margens. A repercussão e a urgência desses debates demonstraram que o campo obstétrico demandava um segundo movimento — mais maduro, mais abrangente e igualmente destemido.

Este Volume 2 nasce como resposta direta a essa necessidade. A prática clínica em serviços de referência do Sistema Único de Saúde nos ensina, diariamente, que a biologia do parto não ocorre no vazio. Ela é atravessada por determinantes sociais complexos, singularidades culturais, inovações tecnológicas de rápida implementação e agravos clínicos que não encontram respaldo nos manuais tradicionais.

Ao longo dos novos capítulos aqui organizados, o leitor encontrará uma confluência fértil entre a ciência de ponta e o olhar humanizado. Discutem-se aqui as dores, os desafios e as condutas para situações em que os protocolos padronizados se mostram insuficientes, exigindo do profissional de saúde raciocínio clínico aguçado, escuta empática e capacidade de adaptação ética.

As organizadoras e autoras desta coletânea reafirmam seu compromisso com a ciência pública, com o ensino de excelência e com o respeito irrestrito à autonomia das mulheres e de suas famílias.

Que as páginas deste segundo volume sirvam não apenas como fonte de consulta acadêmica, mas como inspiração para renovar as práticas à beira do leito, estimulando uma obstetrícia crítica, inclusiva, segura e atenta a tudo aquilo que repousa além do óbvio.

SOBRE AS ORGANIZADORAS (PARA APRESENTAÇÃO/BIBLIOGRAFIA)

Francisca Moraes da Silva - Graduada em Enfermagem, Gestão Hospitalar e Pedagogia. Atualmente é Enfermeira do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC/EBSERH), setor de clínica obstétrica, tendo sido reconhecida com o prêmio Enfermeira Destaque 2026 pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Co-responsável pela Bancada Científica do Instituto Aquino Brito. Organizadora do livro *A Estética Auricular em Evidência no Brasil*. Possui Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade (ESP-CE) e especializações nas áreas de Auditoria em Serviços de Saúde, Saúde Pública e Vigilância, Centro Cirúrgico e CME, Captação e Transplante de Órgãos, Cirurgia Geral, UTI, Enfermagem do Trabalho, Perícia Judicial e Educação Especial Inclusiva. Acumula vasta experiência na atenção hospitalar, preceptoria de residência multiprofissional, tutoria EAD (UFRGS/UFRN) e pesquisas voltadas à equidade, saúde coletiva e humanização do cuidado.



Marli de Oliveira Nunes – Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Especialista em Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica pela FAVENI. Possui formação como Técnica e Auxiliar de Enfermagem, construindo uma sólida trajetória de mais de três décadas na assistência materno-infantil e de alta complexidade. Atua há 30 anos na Universidade Federal do Ceará (UFC), com expressiva experiência em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Alojamento Conjunto, acumulando paralelamente 20 anos de serviços prestados à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) em setores de UTI e Médio Risco Neonatal. Dedica sua prática ao cuidado crítico humanizado ao recém-nascido e ao binômio mãe-bebê no âmbito do SUS.



Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues - Enfermeira com destacada atuação na assistência obstétrica e cuidado materno-infantil. Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), é especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará (UFC). É mestranda no Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da UNIFOR. Atua como enfermeira assistencial na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC) e no Hospital e Maternidade da Polícia Militar do Ceará José Martiniano de Alencar (HMJMA/SESA), aliando rigor científico, inovação e prática clínica humanizada voltada para o parto, nascimento e saúde da mulher.



Michelle Leane Santana da Silva - Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Especialista Micropolítica da política e da Gestão em Saúde. Especialista em Saúde Pública e da Família. Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-Graduação da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF-UFPI). Doutoranda do Programa de pós- Graduação (PPG) em Enfermagem Fundamental da Escola de Ribeirão Preto (EERP-USP).



Mary Grace Magalhães de Araújo - Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e especialista em Obstetrícia pela Escola de Saúde Pública. Sua trajetória profissional está vinculada à Universidade Federal do Ceará (UFC), onde iniciou sua formação em 1992, como Técnica em Enfermagem. Em 1994, ingressou na UFC por concurso público, construindo uma carreira de 32 anos de dedicação à assistência hospitalar, especialmente na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC).



Maria Do Socorro Silva de Brito - É graduada em Tecnologia em Gestão de Recursos Humanos pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e especialista em Enfermagem em Urgências e Emergências em Pediatria e Neonatologia pela Faculdade Iguaçu. Iniciou sua trajetória profissional na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC) em 1996, consolidando mais de duas décadas de experiência na assistência materno-infantil, com atuação no Centro de Parto Humanizado (CPH/NEO).



Francisca Lenice Pinto - Graduada em Enfermagem pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza. É especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC), em Urgência e Emergência pela Universidade Estácio de Sá, além de possuir especializações em Auditoria em Serviços de Saúde e em Planejamento e Gestão nos Serviços de Saúde. Trabalha na Maternidade Escola Assis Chateaubriand desde 2002 e também desempenha atividades assistenciais em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Ao longo de sua trajetória profissional, dedicou-se à assistência em neonatologia de média e alta complexidade, com 15 anos de atuação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal), destacando-se pelo compromisso com a qualificação profissional e a excelência no cuidado materno-infantil.



Ana Sheila Chagas Pinho – Graduada em Tecnologia em Gestão de Hospitais Universitários pela Universidade Federal do Ceará (UFC, 2008) e Especialista em Saúde Pública e da Família pela Faculdade Kurios (FAK, 2012). Servidora pública da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC) desde 2002, acumula ampla experiência assistencial e técnica no cuidado materno-infantil, com destacada atuação na Sala de Parto, na Neonatologia da Sala de Parto e no Centro Obstétrico. Sua trajetória alia a prática clínica à participação e governança no Sistema Único de Saúde, evidenciada pela atuação como Conselheira Municipal de Saúde Titular de Maranguape/CE por dois mandatos consecutivos (biênios 2001–2003 e 2003–2005), empossada pelo Conselho Estadual de Saúde (CESAU/SESA).



Raimunda Sueli Felipe Bezerra - Graduada em Tecnologia em Gestão de Hospitais Universitários pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Servidora pública da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC) desde julho de 2003, acumula ampla experiência assistencial e técnica no cuidado materno-infantil, com destacada atuação na Sala de Parto / Centro de Parto Humanizado, onde exerce suas atribuições de forma ininterrupta. Sua trajetória alia a prática clínica à gestão e otimização dos fluxos hospitalares, sustentada por contínua qualificação profissional em procedimentos práticos de enfermagem, cuidados neonatais especializados (berçarista), primeiros socorros, genética e tecnologias digitais, com foco permanente na biossegurança, na humanização e na segurança do paciente no Sistema Único de Saúde.



“As opiniões, análises e reflexões expressas nesta obra são de responsabilidade exclusiva de seus autores e organizadores, não representando necessariamente o posicionamento oficial das instituições às quais estão vinculados.”

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....20

DESIDEROSMIA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: MANIFESTAÇÕES OLFATIVAS RARAS DA DEFICIÊNCIA DE FERRO E IMPLICAÇÕES NO CUIDADO OBSTÉTRICO

Francisca Moraes da Silva

Marli de Oliveira Nunes

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues

Michelle Leane Santana da Silva

Mary Grace Magalhães de Araújo

Elisângela da Silva Moraes

Maria Edna da Silva Bandeira

Maria Betânia da Silva

Dulce Maria Cardoso da Silva

Maria do Socorro Silva de Brito

Francisca Lenice Pinto

Carla Cristina Martins

DOI: 10.47094/978-65-284-0587-9/20-24

CAPÍTULO 2.....25

GESTÃO DE GÊMEOS UNIDOS (SIAMESES): DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL, COMPLEXIDADE ANATÔMICA E MANEJO CLÍNICO OBSTÉTRICO

Francisca Moraes da Silva

Marli de Oliveira Nunes

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues

Michelle Leane Santana da Silva

Mary Grace Magalhães de Araújo

Elisângela da Silva Moraes

Maria Edna da Silva Bandeira

Maria Betânia da Silva

Dulce Maria Cardoso da Silva

Maria do Socorro Silva de Brito

Francisca Lenice Pinto

Sônia Cristina Ribeiro Rezende

DOI: 10.47094/978-65-284-0587-9/25-29

CAPÍTULO 3.....30

MASTITE GRANULOMATOSA NA GESTAÇÃO E LACTAÇÃO: DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS E MANEJO TERAPÊUTICO

Francisca Moraes da Silva

Marli de Oliveira Nunes

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues

Michelle Leane Santana da Silva

Mary Grace Magalhães de Araújo

Elisângela da Silva Moraes

Maria Edna da Silva Bandeira

Maria Betânia da Silva

Dulce Maria Cardoso da Silva

Maria do Socorro Silva de Brito

Francisca Lenice Pinto

Maria Marcolina Silva

DOI: 10.47094/978-65-284-0587-9/30-35

CAPÍTULO 4.....36

CUIDADOS PALIATIVOS NA GESTAÇÃO: DILEMAS ÉTICOS, CONTROLE DE SINTOMAS EM DOENÇAS AMEAÇADORAS DA VIDA E PLANEJAMENTO PERINATAL

Francisca Moraes da Silva

Marli de Oliveira Nunes

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues

Michelle Leane Santana da Silva

Mary Grace Magalhães de Araújo

Elisângela da Silva Moraes

Maria Edna da Silva Bandeira

Maria Betânia da Silva

Dulce Maria Cardoso da Silva

Maria do Socorro Silva de Brito

Francisca Lenice Pinto

DOI: 10.47094/978-65-284-0587-9/36-40

CAPÍTULO 5.....41

PROLACTINOMAS E MICROADENOMAS HIPOFISÁRIOS NA GESTAÇÃO: MANEJO FARMACOLÓGICO, CRESCIMENTO TUMORAL E DESFECHOS PERINATAIS

Francisca Moraes da Silva

Marli de Oliveira Nunes

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues

Michelle Leane Santana da Silva

Mary Grace Magalhães de Araújo

Elisângela da Silva Moraes

Maria Edna da Silva Bandeira

Maria Betânia da Silva

Ana Sheila Chagas Pinho

Tamires Alves dos Santos

DOI: 10.47094/978-65-284-0587-9/41-46

CAPÍTULO 6.....47

AIDEAÇÃO SUICIDA NO CICLO GRAVÍDICO: A URGÊNCIA DO RASTREIO ANTEPARTO, FATORES DE RISCO E INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL PERINATAL

Francisca Moraes da Silva

Marli de Oliveira Nunes

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues

Michelle Leane Santana da Silva

Mary Grace Magalhães de Araújo

Elisângela da Silva Moraes

Maria Edna da Silva Bandeira

Maria Betânia da Silva

Ana Sheila Chagas Pinho

Tamires Alves dos Santos

DOI: 10.47094/978-65-284-0587-9/47-52

CAPÍTULO 7.....53

O NEOPLASIAS MALIGNAS DO COLO UTERINO NO CICLO GRAVÍDICO: RASTREIO CITOPATOLÓGICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E MANEJO ONCOLÓGICO-OBSTÉTRICO

Francisca Moraes da Silva

Marli de Oliveira Nunes

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues

Michelle Leane Santana da Silva

Mary Grace Magalhães de Araújo

Elisângela da Silva Moraes

Maria Edna da Silva Bandeira

Maria Betânia da Silva

Ana Sheila Chagas Pinho

Tamires Alves dos Santos

DOI: 10.47094/978-65-284-0587-9/53-59

CAPÍTULO 8.....60

A LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO NA GESTAÇÃO: PLANEJAMENTO PRÉ-CONCEPCIONAL, FARMACOTERAPIA COM HIDROXICLOROQUINA E VIGILÂNCIA MATERNO-FETAL

Francisca Moraes da Silva

Marli de Oliveira Nunes

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues

Michelle Leane Santana da Silva

Mary Grace Magalhães de Araújo

Elisângela da Silva Moraes

Maria Edna da Silva Bandeira

Maria Betânia da Silva

Ana Sheila Chagas Pinho

Tamires Alves dos Santos

DOI: 10.47094/978-65-284-0587-9/60-67

DESIDEROSMIA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: MANIFESTAÇÕES OLFATIVAS RARAS DA DEFICIÊNCIA DE FERRO E IMPLICAÇÕES NO CUIDADO OBSTÉTRICO

Francisca Moraes da Silva¹;

Marli de Oliveira Nunes²;

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues³;

Michelle Leane Santana da Silva⁴;

Mary Grace Magalhães de Araújo⁵;

Elisângela da Silva Moraes⁶;

Maria Edna da Silva Bandeira⁷;

Maria Betânia da Silva⁸;

Dulce Maria Cardoso da Silva⁹;

Maria do Socorro Silva de Brito¹⁰;

Francisca Lenice Pinto¹¹;

Carla Cristina Martins¹².

1. INTRODUÇÃO: O OLFATO COMO SINAL CLÍNICO OCULTO NA GESTAÇÃO

A anemia ferropriva representa a carência nutricional de maior prevalência no período gestacional em todo o mundo. O aumento substancial da volemia materna e a elevada demanda de ferro pela unidade fetoplacentária tornam a gestante particularmente vulnerável à depleção dos estoques teciduais de ferro. Tradicionalmente, o quadro clínico da anemia é associado a sintomas inespecíficos como astenia, fadiga, palidez cutaneomucosa e taquicardia, além das clássicas alterações no apetite conhecidas como alotriofagia ou síndrome de pica (geofagia, pagofagia e amilofagia).

Contudo, uma manifestação clínica atípica e amplamente negligenciada vem ganhando contornos na literatura médica: a desiderosmia (HARRIS; MO; ATMURI, 2022). O termo define a compulsão ou o desejo olfativo intenso e repetitivo por inalar substâncias com odores específicos (como gasolina, solventes, tinta fresca, terra molhada, fumaça ou produtos de limpeza), sem a intenção primária de ingeri-los (LEE; MORALES; QUIROZ, 2026).

A ausência total de publicações com esse descritor em bases latino-americanas como a BVS e a raridade de relatos indexados internacionalmente evidenciam o quanto essa alteração sensorial permanece subnotificada na prática obstétrica. Na maioria das vezes,

a gestante omite o sintoma por constrangimento ou por receio de ser rotulada com algum transtorno psiquiátrico, privando a equipe de saúde de um indicador precoce e sensível de carência de ferro (HARRIS; MO; ATMURI, 2022; BORRÉ; GO, 2025).

Este capítulo propõe uma revisão teórico-reflexiva sobre a desiderosmia na gravidez, conectando as evidências científicas existentes com a prática assistencial vivenciada no âmbito do pré-natal de alto risco e da saúde materno-infantil.

2. CONCEITUAÇÃO E DIFERENCIAÇÃO: DESIDEROSMIA VERSUS SÍNDROME DE PICA

A literatura recente estabelece que a desiderosmia deve ser classificada como uma entidade semiológica independente, embora compartilhe a mesma raiz etiopatogênica da pica (LEE; MORALES; QUIROZ, 2026; HARRIS; MO; ATMURI, 2022).

Enquanto a pica clássica envolve o consumo oral de substâncias não nutritivas (como gelo, barro ou amido cru), a desiderosmia restringe-se ao ato de cheirar e inalar compulsivamente determinados compostos. Os alvos olfativos mais frequentes relatados por pacientes incluem:

- Compostos Voláteis Químicos: Tíner, verniz, acetona, gasolina e vapores de escapamento automotivo;
- Substâncias de Higiene e Limpeza: Alvejantes, sabão em pó, desinfetantes concentrados e naftalina;
- Odores Orgânicos e Minerais: Poeira, asfalto quente, terra recém-molhada e borracha queimada.

O desconhecimento dessa distinção diagnóstica por parte da equipe obstétrica pode levar a erros de conduta. Frequentemente, pacientes com desiderosmia são investigadas exclusivamente sob a ótica da psiquiatria ou encaminhadas para tratamento de dependência química, sem a realização de uma triagem hematológica adequada (LAYEK et al., 2024; BORRÉ; GO, 2025).

3. BASES NEUROBIOLÓGICAS E FISIOPATOLÓGICAS DA DESIDEROSMIA NA CARÊNCIA DE FERRO

O ferro é um cofator indispensável para o funcionamento adequado do sistema nervoso central, atuando diretamente na síntese de mielina e na regulação de enzimas determinantes do metabolismo de neurotransmissores, em especial a dopamina e a serotonina.

A fisiopatologia da desiderosmia ferropriva baseia-se na disfunção dopaminérgica induzida pela escassez de ferro nas vias estriatais e no bulbo olfativo (LEE; MORALES; QUIROZ, 2026). A tirosina hidroxilase, enzima limitante na cascata de produção da dopamina, depende estritamente do ferro como cofator heme. Em estados de ferropenia grave, observa-se uma desregulação no circuito de recompensa cerebral (mesolímbico-cortical), o que gera comportamentos obsessivo-compulsivos e apetite sensorial alterado, manifestando-se como compulsão olfativa (HARRIS; MO; ATMURI, 2022; LAYEK et al., 2024).

Embora a carência de ferro seja a etiologia predominante, estudos recentes relatam que a desiderosmia pode emergir em outros contextos neuropsiquiátricos, como no transtorno depressivo maior grave, mesmo na ausência inicial de alterações hematológicas evidentes, sugerindo uma via final comum de vulnerabilidade dopaminérgica e serotoninérgica nos centros corticais de processamento sensorial (LAYEK et al., 2024; BORRÉ; GO, 2025).

4. RISCOS TOXICOLÓGICOS E DESFECHOS MATERNO-FETAIS

A prática compulsiva de inalar substâncias químicas não é apenas um sinal clínico isolado; ela carrega riscos toxicológicos agudos e crônicos diretos para o binômio gestante-feto (HARRIS; MO; ATMURI, 2022).

A inalação crônica de solventes orgânicos, hidrocarbonetos aromáticos (como benzeno e tolueno) ou compostos clorados de limpeza pode provocar:

- **Toxicidade e Hipóxia Fetal:** A absorção pulmonar rápida de solventes atravessa livremente a barreira placentária, desencadeando arritmias fetais, estresse oxidativo tecidual e risco de malformações no sistema nervoso central;
- **Restrição de Crescimento e Prematuridade:** A exposição contínua a compostos voláteis tóxicos associada à hipóxia tecidual crônica da própria anemia grave eleva a incidência de restrição de crescimento intrauterino (RCIU), baixo peso ao nascer e descolamento prematuro de placenta;
- **Neuropatia e Hepatotoxicidade Materna:** O hábito repetido de inalar produtos industriais pode causar lesões na mucosa respiratória, irritação brônquica grave e comprometimento funcional hepático e renal na gestante (LEE; MORALES; QUIROZ, 2026).

5. RESPOSTA TERAPÊUTICA E CONDUTAS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

O aspecto mais marcante e confirmatório da desiderosmia secundária à deficiência de ferro é a sua rápida e completa resolução após a reposição adequada de ferro (HARRIS; MO; ATMURI, 2022; LEE; MORALES; QUIROZ, 2026).

Na maioria dos casos documentados, a compulsão olfativa desaparece em questão de dias a poucas semanas após o início da suplementação oral com sais ferrosos ou a administração parenteral de ferro endovenoso (como o carboximaltose férrica ou sacarato de hidróxido férrico), frequentemente antes mesmo da normalização completa dos níveis de hemoglobina sérica (HARRIS; MO; ATMURI, 2022).

Para a prática da enfermagem obstétrica e da equipe multiprofissional no pré-natal, propõem-se as seguintes condutas:

- Inclusão da Anamnese Sensorial no Pré-Natal: Perguntar rotineiramente à gestante sobre alterações de paladar e a presença de impulsos atípicos para cheirar produtos químicos, de limpeza ou materiais industriais;
- Investigação Laboratorial Direcionada: Diante do relato de desejos olfativos compulsivos, solicitar imediatamente dosagem de ferritina sérica, ferro sérico, capacidade total de ligação do ferro (TIBC) e hemograma completo para rastrear ferropenia, mesmo na vigência de hemoglobina aparentemente limítrofe;
- Manejo Terapêutico Precoce: Iniciar a reposição de ferro em doses terapêuticas adequadas, avaliando a necessidade de ferro parenteral em casos de intolerância gastrointestinal, má absorção ou idade gestacional avançada com estoques criticamente depletados;
- Educação em Saúde e Não Estigmatização: Esclarecer à gestante a base biológica e reversível do sintoma, orientando-a de forma clara sobre os riscos da inalação de compostos tóxicos para o feto, garantindo um ambiente de consulta seguro e livre de julgamentos morais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desiderosmia na gestação é um fenômeno clínico raro na literatura, porém potencialmente subdiagnosticado no cotidiano da assistência materno-infantil. Reconhecer a compulsão olfativa como uma manifestação precoce de deficiência de ferro permite à equipe de saúde intervir antes da instalação de quadros graves de anemia ou de intoxicações acidentais por inalação.

A ampliação de pesquisas e relatos sistemáticos sobre as alterações sensoriais na gravidez é fundamental para qualificar a escuta clínica, otimizar o diagnóstico nutricional e assegurar desfechos perinatais mais seguros e humanizados.

REFERÊNCIAS

BORRÉ, C. I.; GO, R. S. A commentary on “Unusual presentation of desiderosmia in major depressive disorder: A case series of four patients from Eastern India”. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 67, n. 4, p. 441-442, 2025.

HARRIS, K.; MO, A.; ATMURI, K. Desiderosmia: a manifestation of iron deficiency in pregnancy. **BMJ Case Reports**, v. 15, n. 3, e248220, 2022.

LAYEK, A. K. et al. Unusual presentation of desiderosmia in major depressive disorder: A case series of four patients from Eastern India. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 66, n. 7, p. 665-667, 2024.

LEE, A.; MORALES, S.; QUIROZ, E. Iron deficiency associated with desiderosmia: a case report and literature review. **Cureus**, v. 18, n. 4, e106380, 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guideline:** Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization, 2012. 62 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO global anaemia estimates, 2021 Edition:** Global anaemia estimates in children aged 6-59 months, non-pregnant women and pregnant women. Geneva: World Health Organization, 2021.

GESTAÇÃO DE GÊMEOS UNIDOS (SIAMESES): DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL, COMPLEXIDADE ANATÔMICA E MANEJO CLÍNICO OBSTÉTRICO

Francisca Moraes da Silva¹;
Marli de Oliveira Nunes²;
Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues³;
Michelle Leane Santana da Silva⁴;
Mary Grace Magalhães de Araújo⁵;
Elisângela da Silva Moraes⁶;
Maria Edna da Silva Bandeira⁷;
Maria Betânia da Silva⁸;
Dulce Maria Cardoso da Silva⁹;
Maria do Socorro Silva de Brito¹⁰;
Francisca Lenice Pinto¹¹;
Sônia Cristina Ribeiro Rezende¹².

1. INTRODUÇÃO: A EMBRIOLOGIA E O DESAFIO DA GEMELARIDADE MONOCORIÔNICA MONOAMNIÓTICA

A gemelaridade conjugada representa uma das apresentações mais complexas da obstetrícia de alta vigilância. Decorrente da divisão incompleta do disco embrionário após o décimo terceiro dia pós-fertilização, ou de uma fusão secundária de discos embrionários adjacentes, a gestação de gêmeos unidos (popularmente denominados siameses) ocorre em uma frequência estimada entre 1:50.000 e 1:200.000 nascimentos, estando invariavelmente associada à condição de monocorionicidade e monoamniocidade (FREITAS et al., 2019; CASTRO et al., 2021).

O manejo clínico durante o período pré-natal exige um diagnóstico estrutural acurado, identificação precoce das áreas de fusão compartilhadas e vigilância hemodinâmica contínua. As anomalias vasculares e cardíacas complexas associadas a essa condição elevam as taxas de perda gestacional precoce, restrição de crescimento e óbito intrauterino (GONSALVES et al., 2024; TEIXEIRA CASTRO et al., 2021).

Este capítulo delinea os desafios obstétricos inerentes ao acompanhamento pré-natal da gestação de gêmeos conjugados, com ênfase nas modalidades de imagem diagnóstica, na estratificação morfológica, no planejamento da via de parto e na assistência

multiprofissional.

2. CLASSIFICAÇÃO TOPOGRÁFICA E ESPECTRO DE FUSÃO ANATÔMICA

A caracterização anatômica dos gêmeos unidos baseia-se no sítio anatômico de conjunção mais proeminente, dividindo-se amplamente em formas simétricas e assimétricas (parasitárias).

- Toraco-onfalópagos (Thoraco-omphalopagus): Representam a apresentação mais frequente, na qual os fetos encontram-se unidos ventralmente da porção inferior do tórax até o abdômen superior, compartilhando comumente o pericárdio, estruturas cardíacas e o parênquima hepático (RODRÍGUEZ PAZ; RIVERA VEGA; PINEDA VILLEDA, 2021; FREITAS et al., 2019).
- Parápagos e Dicefálicos (Parapagus dicephalus): Caracterizam-se pela fusão lateral dos troncos, apresentando uma pelve comum, dois ou três membros superiores e duas cabeças distintas sobre um único corpo, exigindo avaliação ultrassonográfica detalhada para planejamento da sobrevida pós-natal (FISCHER, 2021; ORDOÑEZ VÁSQUEZ et al., 2016).
- Cefalópagos (Cephalopagus): Caracterizam-se pela união na porção superior do corpo, da cabeça ao abdômen inferior, com fusão das faces e do sistema nervoso central, apresentando prognóstico fetal reservado (SANDOVAL-MARTÍNEZ; CENTENO-HURTADO, 2017).
- Gêmeos Parasitas Assimétricos (Heteropagus): Ocorrência rara em que um feto malformado e dependente hemodinamicamente (parasita) fixa-se ao corpo de um gêmeo receptor relativamente íntegro, gerando sobrecarga circulatória no feto autônomo (ALVES et al., 2020; ORDÓÑEZ et al., 2021).

3. DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL: ULTRASSONOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E MODELAGEM 3D

A detecção pré-natal precoce é determinante para a orientação parental e para a organização do plano de cuidado hospitalar. A ultrassonografia realizada no primeiro trimestre (entre 11 e 14 semanas) permite suspeitar da gemelaridade imperfeita ao identificar a ausência de membrana intergemelar, persistência de membros ou cabeças no mesmo plano espacial durante a movimentação fetal e a presença de cordão umbilical único com múltiplos vasos (TEIXEIRA CASTRO et al., 2021; GÓMEZ-CADENA; SANDOVAL-MARTÍNEZ, 2018).

A ressonância magnética (RM) fetal atua como método complementar crucial no segundo e terceiro trimestres, oferecendo contraste tecidual para definir a extensão do compartilhamento de órgãos nobres, como fígado, trato gastrointestinal, sistema urogenital

e sistema cardiovascular (TEIXEIRA CASTRO et al., 2021).

A incorporação de modelos tridimensionais (3D virtuais e físicos impressos) a partir dos dados de RM e ultrassonografia tem demonstrado utilidade diagnóstica. Essas ferramentas permitem à equipe de medicina fetal, cirurgia pediátrica e anestesiologia a compreensão espacial fidedigna dos vasos confluentes, além de facilitar a comunicação e o aconselhamento com a família durante o pré-natal (CASTRO et al., 2021).

4. COMPLICAÇÕES HEMODINÂMICAS E VIGILÂNCIA DA VITALIDADE FETAL

Por compartilharem a mesma massa placentária e, frequentemente, anastomoses vasculares hepáticas e cardíacas, os gêmeos unidos estão suscetíveis a desequilíbrios hemodinâmicos graves. A literatura documenta a coexistência de gestações trigemelares monocoriônicas complicadas por gêmeos unidos associados à síndrome de transfusão feto-fetal (STFF) e sequências de perfusão arterial reversa (TRAP), nas quais um feto atua como bomba circulatória para o cotrigo acardíaco ou conjugado (BUSTOS et al., 2024; MOLINA-GIRALDO et al., 2023).

A sobrecarga cardiovascular pode desencadear hidropisia fetal, polidrâmnio acentuado e insuficiência cardíaca de alto débito no feto mais desenvolvido (GONSALVES et al., 2024; ALVES et al., 2020). O monitoramento ambulatorial de alto risco exige avaliações seriadas com Dopplerfluxometria das artérias umbilicais, do ducto venoso e da artéria cerebral média, além de ecocardiografia fetal detalhada para mapear anomalias congênitas associadas e prever a viabilidade da separação cirúrgica no período neonatal (TEIXEIRA CASTRO et al., 2021; FREITAS et al., 2019).

5. PLANEJAMENTO DO PARTO E CONDUTAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A condução do trabalho de parto e do parto em gestações de gêmeos conjugados requer planejamento multidisciplinar rigoroso.

- **Definição da Via de Parto:** A via de escolha para fetos viáveis é a cesariana eletiva programada entre 34 e 36 semanas, minimizando o risco de distócia mecânica grave, rotura uterina e asfixia perinatal decorrentes do engastamento dos troncos fundidos (FÉLIX-BÁEZ et al., 2020; FREITAS et al., 2019). Relatos de parto transpélvico espontâneo restringem-se a casos de perdas fetais muito precoces ou fetos com acentuada prematuridade e peso reduzido (FÉLIX-BÁEZ et al., 2020).
- **Preparo do Bloco Cirúrgico e Logística Neonatal:** A equipe assistencial deve duplicar os recursos de recepção e reanimação na sala operatória, incluindo dois berços aquecidos móveis com controle térmico individualizado, dois aparelhos de ventilação mecânica e equipes distintas de neonatologistas para o atendimento

simultâneo logo após o clampeamento do cordão (FREITAS et al., 2019).

- Manejo da Sobrecarga Materna: O aumento acentuado do volume uterino decorrente da massa fetal dupla e do polidrâmnio associado eleva o risco materno de atonia uterina e hemorragia pós-parto, demandando vigilância da contratilidade miometrial e disponibilidade de uterotônicos parenterais (FÉLIX-BÁEZ et al., 2020).
- Aconselhamento Parental e Bioética: O suporte psicológico e do serviço social durante todo o pré-natal é indispensável para apoiar os genitores diante da complexidade diagnóstica, das incertezas quanto ao prognóstico cirúrgico de separação e das decisões clínicas pautadas no melhor interesse dos conceitos (SEGAL, 2018; CASTRO et al., 2021).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência pré-natal na gestação de gêmeos siameses demanda uma abordagem sistemática e integrada entre os serviços de imagem diagnóstica, obstetrícia de alto risco, neonatologia e cirurgia pediátrica. A precisão na caracterização anatômica intrauterina constitui o pilar para o aconselhamento familiar ético e para a redução da morbimortalidade materna e neonatal no momento do parto.

REFERÊNCIAS

ALVES, Rita de Cássia S. et al. Asymmetric parasitic twins - Heteropagus. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. 11, p. 1526-1529, 2020.

BUSTOS, Juan Carlos et al. Monochorionic triplet pregnancy complicated by conjoined twins and early twin-twin transfusion syndrome. **Birth Defects Research**, v. 116, n. 2, e2317, 2024.

CASTRO, Pedro et al. Antenatal Diagnosis of Parapagus Conjoined Twins: 3D Virtual and 3D Physical Models. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 43, n. 12, p. 985-987, 2021.

FÉLIX-BÁEZ, Carlos Armando et al. Spontaneous Delivery of Conjoined Twins. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 249, p. 112-113, 2020.

FISCHER, Ana Carolina Pereira. Diagnóstico pré-natal de gêmeos parapagos dicefálicos por meio de ultrassonografia: relato de caso. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, v. 65, n. 2, p. 1-4, 2021.

FREITAS, Milton Halyson Benevides de et al. Anesthesia and perioperative challenges for surgical separation of thoraco-omphalopagus twins: case report. **Brazilian Journal of**

Anesthesiology, v. 69, n. 2, p. 214-217, 2019.

GÓMEZ-CADENA, Juan David; SANDOVAL-MARTÍNEZ, Diana Katherine. Gemelos unidos (siameses): descripción de hallazgos anatomopatológicos. *Ginecología y Obstetricia de México*, v. 86, n. 12, p. 823-830, 2018.

GONSALVES, Daniel Gregório et al. Morphological variations on vital systems in a conjoined twin. *Anatomical Science International*, v. 99, n. 2, p. 225-234, 2024.

MOLINA-GIRALDO, Saulo et al. The Management of Acardiac Twinning: Twin Reverse Arterial Perfusion Sequence - An International Survey. *Fetal Diagnosis and Therapy*, v. 50, n. 6, p. 446-453, 2023.

ORDÓÑEZ, Gladys Hilda Virginia et al. Fetus in fetu: caso clínico estudiado con tomografía tridimensional. **Revista Médica Hondureña**, v. 89, supl. 1, p. 10-13, 2021.

ORDOÑEZ VÁSQUEZ, Melissa Elieth et al. Embarazo gemelar parápago diencéfalo. **Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología**, v. 21, n. 1, p. 20-22, 2016.

RODRÍGUEZ PAZ, Nelson; RIVERA VEGA, Gabriela María; PINEDA VILLEDA, Reenie Helena. Siameses toraco-onfalópago. **Acta Pediátrica Hondureña**, v. 12, n. 2, p. 1290, 2021.

SANDOVAL-MARTÍNEZ, Diana Katherine; CENTENO-HURTADO, Katherine Tatiana. Presentación de un caso de siameses cefalópagos. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología**, v. 43, n. 2, p. 1-8, 2017.

SEGAL, Nancy L. Twins Working Together: Collaboration or Contest/Twin Research: Molar Pregnancy; Social Support; Conjoined Twins; Immune Discordance. **Twin Research and Human Genetics**, v. 21, n. 6, p. 563-569, 2018.

TEIXEIRA CASTRO, Pedro et al. Symmetric and ventrally conjoined twins: prenatal evaluation by ultrasound and magnetic resonance imaging and postnatal outcomes. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 34, n. 12, p. 1955-1962, 2021.

MASTITE GRANULOMATOSA NA GESTAÇÃO E LACTAÇÃO: DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS E MANEJO TERAPÊUTICO

Francisca Moraes da Silva¹;

Marli de Oliveira Nunes²;

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues³;

Michelle Leane Santana da Silva⁴;

Mary Grace Magalhães de Araújo⁵;

Elisângela da Silva Morais⁶;

Maria Edna da Silva Bandeira⁷;

Maria Betânia da Silva⁸;

Dulce Maria Cardoso da Silva⁹;

Maria do Socorro Silva de Brito¹⁰;

Francisca Lenice Pinto¹¹;

Maria Marcolina Silva¹².

1. INTRODUÇÃO: A COMPLEXIDADE DA MASTITE NÃO PUERPERAL

A abordagem de massas e processos inflamatórios mamários no ciclo gravídico-puerperal representa um desafio clínico frequente na obstetrícia. Embora a mastite infecciosa aguda associada à estase láctea responda pela maioria dos casos no puerpério, a ocorrência de lesões inflamatórias crônicas, dolorosas e refratárias a antibioticoterapias convencionais exige a investigação de entidades raras, com destaque para a Mastite Granulomatosa Idiopática (MGI) e suas variantes (RAMADAN; KORYEM; FAYED, 2022; IVANICKA; KASCÁK, 2022).

A mastite granulomatosa é uma doença inflamatória benigna incomum, que afeta predominantemente mulheres em idade fértil com histórico recente de gestação e lactação (DING et al., 2021; LI et al., 2021). Caracterizada histologicamente por granulomas não caseosos restritos aos lóbulos mamários, a condição costuma mimetizar o carcinoma inflamatório de mama ou abscessos bacterianos recorrentes, levando a atrasos diagnósticos e intervenções cirúrgicas desnecessárias (CHALMERS et al., 2020; YAPRAK BAYRAK et al., 2021).

Durante a gestação, as alterações hormonais e imunológicas podem acelerar a progressão dos nódulos, provocar fistulizações cutâneas e desencadear manifestações sistêmicas atípicas (MIYAHARA et al., 2024; ZAOUAK et al., 2023). Este capítulo propõe uma análise teórico-prática do manejo da mastite granulomatosa associada à gravidez e à lactação, integrando as evidências científicas atuais aos desafios assistenciais vivenciados na prática clínica obstétrica.

2. QUADRO CLÍNICO, APRESENTAÇÕES ATÍPICAS E MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS

A apresentação clássica da mastite granulomatosa na gestação consiste no surgimento de massa mamária unilateral palpável, endurecida, dolorosa e de crescimento subagudo, frequentemente acompanhada de retração de pele, hiperemia local e ulceração com drenagem purulenta estéril (NDONG; TAKI; HARMOUCHE, 2025; VELIDEDEOGLU et al., 2022). Relatos na literatura também documentam a ocorrência rara da doença em mamas acessórias axilares durante a gravidez (YILMAZ et al., 2021).

Uma particularidade de grande relevância clínica na gestação é a associação da mastite granulomatosa com manifestações inflamatórias sistêmicas extra-mamárias, configurando síndromes reumatológicas e dermatológicas:

Eritema Nodoso e Oligoartrite: Diversos estudos relatam o surgimento concomitante de nódulos eritematosos e dolorosos em membros inferiores (eritema nodoso), artrite e dificuldade súbita de deambulação em gestantes com mastite granulomatosa (MIYAHARA et al., 2024; PARPERIS et al., 2021; SENER BAHÇE; AKTAS, 2021). A elevação de citocinas inflamatórias, como o fator estimulador de colônias de granulócitos (G-CSF), tem sido apontada como mediadora dessa resposta sistêmica (KAGEYAMA; UEDA; HASHIZUME, 2016; ZAOUAK et al., 2023).

Diagnóstico Diferencial com Doenças Granulomatosas Sistêmicas: A investigação diagnóstica na gravidez deve excluir rigorosamente a sarcoidose (que pode debutar como mastite unilateral isolada) e a tuberculose mamária, exigindo colorações específicas para fungos e bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) nas biópsias (ALDEA-PARÉS et al., 2021; CHALMERS et al., 2020).

Mastite Granulomatosa Neutrofílica Cística: Variante associada à presença de micro-organismos do gênero *Corynebacterium* (*Corynebacterium kroppenstedtii*), exigindo identificação microbiológica refinada para direcionamento antimicrobiano (KINGDOM et al., 2024).

3. INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E ALGORITMOS NA GESTAÇÃO

O diagnóstico precoce depende de um alto índice de suspeição e da aplicação de métodos propedêuticos seguros durante o período gestacional (VELIDEDEOGLU et al.,

2022).

Ultrassonografia Mamária: É o método de imagem de primeira linha na gravidez. Revela áreas hipoeoicas irregulares, coleções fluidas tubulares confluentes e trajetos fistulosos dérmicos, mimetizando processos neoplásicos invasivos (YAPRAK BAYRAK et al., 2021);

Biópsia com Agulha Grossa (Core Biopsy): É o padrão-ouro indispensável. O exame anatomopatológico confirma o infiltrado linfo-histiocitário com células gigantes multinucleadas centradas nos lóbulos mamários, com preservação da arquitetura ductal e ausência de necrose caseosa, descartando malignidade (CHALMERS et al., 2020; NDONG; TAKI; HARMOUCHE, 2025);

Culturas Específicas: Realização de bacterioscopia, cultura para bactérias comuns, micobactérias e fungos a partir de aspirados ou fragmentos teciduais para afastar etiologias infecciosas primárias (KINGDOM et al., 2024).

4. MANEJO TERAPÊUTICO, CONDUTA CLÍNICA E LACTAÇÃO

O tratamento da mastite granulomatosa no ciclo gravídico é desafiador devido à necessidade de equilibrar o controle inflamatório materno com a segurança farmacológica fetal (LI et al., 2021; RAMADAN; KORYEM; FAYED, 2022).

Corticoterapia Sistêmica

O uso de corticosteroides orais (prednisona em doses regressivas) constitui a principal linha terapêutica clínica para promover a regressão dos granulomas e controlar os sintomas sistêmicos como o eritema nodoso (GOULABCHAND et al., 2020; MIYAHARA et al., 2024). Na gestação, a prednisona apresenta perfil de segurança favorável, visto que é amplamente inativada pela barreira placentária, embora exija vigilância rigorosa de glicemias maternas para prevenção de diabetes gestacional (LI et al., 2021).

Manejo Cirúrgico Conservador

Intervenções cirúrgicas radicais (mastectomias ou ressecções amplas) devem ser evitadas na gestação devido à alta taxa de complicações cicatriciais, deformidades mamárias e elevadas taxas de recidiva local (FATTAHI et al., 2023; AZIZI et al., 2020). A abordagem cirúrgica restringe-se à drenagem mínima de abscessos volumosos sob tensão ou aspiração guiada por agulha fina (VELIDEDEOGLU et al., 2022; UYSAL; SORAN; SEZGIN, 2018).

Preservação do Aleitamento Materno

Historicamente, orientava-se a supressão compulsória da lactação. Contudo, evidências recentes demonstram que a amamentação na mama contralateral sadia — e até mesmo na mama afetada, desde que não haja fístula ativa drenando secreção próxima ao complexo aréolo-papilar — é perfeitamente viável e segura (AWOMOLO; LOUIS-

JACQUES; CROWE, 2021; KORNFELD; MITCHELL, 2021). O esvaziamento mamário suave e o suporte da consultoria de amamentação auxiliam no controle da dor e preservam o vínculo com o recém-nascido (KORNFELD; MITCHELL, 2021; DING et al., 2021).

5. FATORES DE RISCO PARA RECIDIVA E SEGUIMENTO A LONGO PRAZO

A mastite granulomatosa caracteriza-se por um curso clínico prolongado e taxas de recorrência que variam de 15% a 40% (FATTAHI et al., 2023; UYSAL; SORAN; SEZGIN, 2018).

Revisões sistemáticas e estudos multicêntricos apontam que a descontinuação precoce da corticoterapia, lesões fistulosas extensas, hiperprolactinemia e o início de nova gestação são os principais preditores de recidiva da doença (FATTAHI et al., 2023; AZIZI et al., 2020; RAMADAN; KORYEM; FAYED, 2022). O seguimento ambulatorial prolongado com ultrassonografia de controle e suporte multiprofissional é essencial para monitorar remissões e reajustar doses terapêuticas (VELIDEDEOGLU et al., 2022).

6. IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Na assistência obstétrica e ginecológica, a enfermagem e a equipe multiprofissional desempenham papel decisivo no acolhimento de gestantes e puérperas com lesões mamárias crônicas:

- Acolhimento da Ansiedade e Desmistificação do Câncer: Fornecer suporte emocional contínuo, esclarecendo a natureza benigna e inflamatória da lesão para aliviar o medo constante de neoplasia mamária maligna (CHALMERS et al., 2020);
- Curativos e Manejo de Fístulas: Realizar o manejo atraumático de lesões ulceradas e trajetos fistulosos com coberturas absorventes biocompatíveis, evitando curativos oclusivos excessivamente compressivos (YAPRAK BAYRAK et al., 2021);
- Monitoramento de Efeitos Adversos Farmacológicos: Acompanhar curvas glicêmicas, pressão arterial e sinais de infecção secundária durante esquemas prolongados de corticoterapia sistêmica (LI et al., 2021; GOULABCHAND et al., 2020);
- Proteção e Manejo da Lactação: Auxiliar no posicionamento, pega correta e extração manual de leite caso o ducto principal esteja inflamado, estimulando a manutenção do aleitamento materno exclusivo (AWOMOLO; LOUIS-JACQUES; CROWE, 2021; KORNFELD; MITCHELL, 2021).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mastite granulomatosa na gravidez e no puerpério é uma condição inflamatória complexa que desafia o raciocínio clínico obstétrico. O reconhecimento das manifestações clínicas, a confirmação histopatológica por biópsia e a opção por abordagens terapêuticas conservadoras baseadas em corticoterapia e preservação da lactação constituem os pilares para o sucesso do cuidado, garantindo a integridade física e emocional da mulher.

REFERÊNCIAS

- ALDEA-PARÉS, A. et al. Unilateral granulomatous mastitis in a pregnant woman as a first manifestation of sarcoidosis. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, v. 50, n. 5, p. 406-408, 2021.
- AWOMOLO, Adeola M.; LOUIS-JACQUES, Adetola; CROWE, Susan. Idiopathic granulomatous mastitis diagnosed during pregnancy associated with successful breastfeeding experience. **BMJ Case Reports**, v. 14, n. 8, e244130, 2021.
- AZIZI, Armina et al. Idiopathic granulomatous mastitis: Management and predictors of recurrence in 474 patients. **The Breast Journal**, v. 26, n. 7, p. 1358-1362, 2020.
- CHALMERS, Richard et al. Red flags for the differential diagnosis of granulomatous mastitis: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, v. 14, n. 1, p. 215, 2020.
- DING, Song-Tao et al. Granulomatous mastitis in multiparae during pregnancy and lactation: Observational study (STROBE compliant). **Medicine**, v. 100, n. 25, e25912, 2021.
- FATTAHI, Asieh Sadat et al. Factors Affecting Recurrence of Idiopathic Granulomatous Mastitis: A Systematic Review. **The Breast Journal**, v. 2023, p. 9947797, 2023.
- GOULABCHAND, Radjiv et al. Idiopathic granulomatous mastitis responding to oral prednisone. **The Breast Journal**, v. 26, n. 2, p. 281-283, 2020.
- IVANICKA, Vincent; KASCÁK, Peter. Idiopathic granulomatous mastitis. **Ceska Gynekologie**, v. 87, n. 5, p. 334-337, 2022.
- KAGEYAMA, Reiko; UEDA, Hiroko; HASHIZUME, Hideo. A case of granulomatous mastitis, erythema nodosum and oligoarthralgia in a pregnant woman with high serum granulocyte-colony-stimulating factor. **European Journal of Dermatology**, v. 26, n. 2, p. 205-207, 2016.
- KINGDOM, John C. et al. Cystic Neutrophilic Granulomatous Mastitis in Pregnancy. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 46, n. 5, p. 102428, 2024.
- KORNFELD, Hannah W.; MITCHELL, Katrina B. Management of idiopathic granulomatous mastitis in lactation: case report and review of the literature. **International Breastfeeding Journal**, v. 16, n. 1, p. 23, 2021.
- LI, Shun-Bo et al. Pregnancy Associated Granulomatous Mastitis: Clinical Characteristics, Management, and Outcome. **Breastfeeding Medicine**, v. 16, n. 9, p. 759-764, 2021.

MIYAHARA, Hideyuki et al. Granulomatous mastitis during pregnancy with sudden onset of gait difficulty and erythema nodosum: A case report and review of the literature. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 50, n. 10, p. 1985-1989, 2024.

NDONG, Valentine Séréné; TAKI, Ghita; HARMOUCHE, Hicham. Idiopathic granulomatous mastitis: report of 10 cases. **Pan African Medical Journal**, v. 52, p. 107, 2025.

PARPERIS, Konstantinos et al. Granulomatous mastitis, erythema nodosum and arthritis syndrome: case-based review. **Rheumatology International**, v. 41, n. 6, p. 1175-1181, 2021.

RAMADAN, Rabie; KORYEM, Islam M.; FAYED, Haytham. Idiopathic granulomatous mastitis: **Risk factors and management. Breast Disease**, v. 41, n. 1, p. 413-420, 2022.

SENER BAHÇE, Zeynep; AKTAS, Hamza. Patients with idiopathic granulomatous mastitis accompanied by erythema nodosum. **International Journal of Clinical Practice**, v. 75, n. 4, e13928, 2021.

UYSAL, Erdal; SORAN, Atilla; SEZGIN, Efe. Factors related to recurrence of idiopathic granulomatous mastitis: what do we learn from a multicentre study? **ANZ Journal of Surgery**, v. 88, n. 6, p. 635-639, 2018.

VELIDEDEOGLU, Mehmet et al. Idiopathic granulomatous mastitis: introducing a diagnostic algorithm based on 5 years of follow-up of 152 cases from Turkey and a review of the literature. **Surgery Today**, v. 52, n. 4, p. 668-680, 2022.

YAPRAK BAYRAK, Busra et al. Clinicopathological evaluation of idiopathic granulomatous mastitis patients: A retrospective analysis from a tertiary care hospital in Turkey. **Annals of Diagnostic Pathology**, v. 55, p. 151812, 2021.

YILMAZ, Mustafa Anil et al. Pregnancy-associated granulomatous mastitis of accessory breast: A novel clinical presentation. **Dermatologic Therapy**, v. 34, n. 1, e14729, 2021.

ZAOUAK, Anissa et al. Idiopathic Granulomatous Mastitis Associated with Erythema Nodosum in a Pregnant Woman. **Skinmed**, v. 21, n. 6, p. 448-450, 2023.

CUIDADOS PALIATIVOS NA GESTAÇÃO: DILEMAS ÉTICOS, CONTROLE DE SINTOMAS EM DOENÇAS AMEAÇADORAS DA VIDA E PLANEJAMENTO PERINATAL

Francisca Moraes da Silva¹;

Marli de Oliveira Nunes²;

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues³;

Michelle Leane Santana da Silva⁴;

Mary Grace Magalhães de Araújo⁵;

Elisângela da Silva Moraes⁶;

Maria Edna da Silva Bandeira⁷;

Maria Betânia da Silva⁸;

Dulce Maria Cardoso da Silva⁹;

Maria do Socorro Silva de Brito¹⁰;

Francisca Lenice Pinto¹¹.

1. INTRODUÇÃO: A INTERSEÇÃO ENTRE O INÍCIO E O FIM DA VIDA

A obstetrícia e a medicina paliativa tradicionalmente ocuparam polos conceituais opostos: a primeira voltada à celebração e proteção do nascimento, e a segunda dedicada à dignidade no processo de terminalidade e finitude. No entanto, o diagnóstico de neoplasias malignas avançadas, cardiopatias graves ou outras patologias ameaçadoras da vida durante o ciclo gravídico rompe essa dicotomia, impondo o desafio de cuidar simultaneamente da vida materna que se extingue e da vida fetal que se desenvolve (NAGAMINE et al., 2025; STEINER et al., 2021).

O debate público em torno de casos de repercussão midiática de gestantes com câncer metastático em estágio terminal evidencia o quanto o tema suscita dúvidas éticas, jurídicas e clínicas. Cuidados paliativos não se restringem ao paciente em agonia imediata, mas consistem no cuidado integral, precoce e compassivo para pessoas que enfrentam doenças que limitam a continuidade da vida (TODOROVIC, 2016).

Na obstetrícia, esse cenário divide-se em duas vertentes complementares: os cuidados paliativos perinatais voltados a anomalias fetais incompatíveis com a vida pós-natal e a palição da própria gestante, cujo quadro oncológico ou clínico grave exige intervenções proporcionais, controle algíco vigoroso e planejamento do parto (FIGUEREDO et al., 2025; LOTFI et al., 2025).

Este capítulo propõe uma análise teórico-reflexiva sobre o manejo da gestante em cuidados paliativos, articulando as evidências científicas nacionais e internacionais às demandas bioéticas e assistenciais do cuidado hospitalar de alta complexidade.

2. A GESTANTE COM NEOPLASIA MALIGNA AVANÇADA: DESAFIOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS

A ocorrência de tumores agressivos na gestação — como adenocarcinomas gástricos metastáticos (tumores de Krukenberg), câncer de pulmão avançado ou linfomas refratários — exige tomadas de decisão imediatas e compartilhadas (LOTFI et al., 2025; NAGAMINE et al., 2025).

Nesses contextos, os objetivos terapêuticos mudam de foco: a prioridade clínica passa a ser o conforto materno, a estabilização sintomática e a tentativa de prolongar a gestação até um limiar seguro de viabilidade fetal, permitindo o nascimento antes que a falência orgânica materna inviabilize o parto (NAGAMINE et al., 2025). Complicações mecânicas graves, como rotura uterina associada a massas peritoneais volumosas, reforçam a necessidade de monitoramento obstétrico contínuo em ambiente de terapia intensiva (LOTFI et al., 2025).

A literatura destaca a importância do Planejamento Avançado de Cuidados (Advance Care Planning), instrumento bioético por meio do qual a gestante, ciente do prognóstico reservado, expressa seus valores, diretrizes antecipadas de vontade e prioridades quanto a procedimentos invasivos, via de parto e suporte de vida (STEINER et al., 2021; CRAWFORD et al., 2021).

3. CONTROLE DE SINTOMAS E MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA NA GESTAÇÃO

O alívio do sofrimento é o pilar central da palição. Na gestação, mitos sobre a teratogenicidade e o medo infundado de depressão respiratória neonatal frequentemente resultam na subdosagem e no subtratamento da dor materna (NAFULA; WERU; YENNURAJALINGAM, 2023).

A dor oncológica e o desconforto visceral devem ser abordados segundo a escada analgésica adaptada:

- **Uso Seguro de Opioides:** Nafula, Weru e Yennurajalingam (2023) demonstram que opioides fortes (como morfina, fentanil e metadona) são seguros e eficazes na gestação quando indicados para dor oncológica moderada a severa. O controle álgico materno reduz descargas adrenérgicas deletérias que comprometem a perfusão uteroplacentária;
- **Manejo de Sintomas Gastrointestinais e Dispneia:** O uso de antieméticos, corticosteroides e oxigenoterapia paliativa deve ser otimizado para proporcionar

alívio sintomático contínuo, preservando a dignidade da paciente (NAGAMINE et al., 2025);

- Morte Encefálica Materna e Suporte Somático: Em situações extremas de morte encefálica da gestante em idade gestacional periviável, a manutenção do suporte somático para viabilizar o desenvolvimento fetal requer avaliação bioética criteriosa, consentimento familiar e respaldo legal institucional (REINHOLD et al., 2021).

4. MODELOS E PROTOCOLOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PERINATAIS

A estruturação de protocolos assistenciais formalizados em hospitais universitários e centros terciários qualifica a assistência e reduz a angústia da equipe de saúde (PISCOYA et al., 2023; FIGUEREDO et al., 2026).

Figueredo et al. (2025, 2026) e Piscoya et al. (2023) descrevem modelos de protocolos em medicina fetal e obstetrícia que integram as dimensões biológica, bioética e psicossocial. Esses modelos estabelecem fluxos claros para:

- Reuniões familiares multiprofissionais com comunicação empática e livre de termos excessivamente técnicos;
- Construção do Plano de Parto Paliativo, detalhando o nível de intervenção neonatal desejado logo após o clampeamento do cordão umbilical;
- Acomodação privativa em enfermarias acolhedoras, garantindo a presença ininterrupta da rede de apoio e da família estendida;
- Criação de memórias afetivas (fotografias, carimbos dos pezinhos, corte de mechas de cabelo) para apoiar o processo de luto antecipatório (CRAWFORD et al., 2021; PISCOYA et al., 2023).

5. IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Na linha de frente do cuidado obstétrico, a enfermagem, o serviço social, a psicologia e o corpo médico desempenham papel preponderante no amparo à gestante em cuidados paliativos (DATTA-BARUA; O'BRIEN; VERMYLEN, 2019):

- Comunicação Compassiva e Não Abandonatória: Garantir à gestante e à sua família que, embora a cura da doença de base não seja mais possível, os cuidados clínicos, o alívio da dor e a assistência obstétrica serão mantidos de forma contínua e prioritária (TODOROVIC, 2016; CRAWFORD et al., 2021);
- Administração Criteriosa da Analgesia: Monitorar escalas de dor e administrar fármacos adjuvantes e opioides nos horários prescritos, evitando que a paciente

sinta dor desnecessária por receios infundados da equipe (NAFULA; WERU; YENNURAJALINGAM, 2023);

- Respeito às Diretrizes Antecipadas de Vontade: Assegurar que os desejos maternos quanto a procedimentos de reanimação, intubação e via de parto sejam rigorosamente registrados em prontuário e respeitados no momento agudo (STEINER et al., 2021; REINHOLD et al., 2021);
- Promoção do Vínculo e Contato com o Bebê: Facilitar o contato pele a pele e momentos de aconchego entre a mãe e o recém-nascido, mesmo em leitos de terapia intensiva, garantindo memórias significativas antes de eventuais desfechos desfavoráveis (PISCOYA et al., 2023; FIGUEREDO et al., 2026);
- Acompanhamento no Luto Familiar: Articular a continuidade do suporte psicológico e social aos familiares e ao companheiro sobrevivente após a alta hospitalar ou o óbito materno (CRAWFORD et al., 2021).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção dos cuidados paliativos no ciclo gravídico-puerperal redefine o significado do cuidado obstétrico de excelência. Diante de patologias maternas ameaçadoras da continuidade da vida, o verdadeiro ato terapêutico reside na preservação da dignidade, no controle impecável da dor e na escuta sensível das vontades da mulher.

Ao harmonizar o rigor técnico com a bioética do acolhimento, a equipe multiprofissional garante que a chegada de uma nova vida e o encerramento de outra ocorram em um ambiente de respeito, compaixão e humanidade.

REFERÊNCIAS

CRAWFORD, Andrea et al. Women's Experiences With Palliative Care During Pregnancy. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 50, n. 4, p. 402-411, 2021.

DATTA-BARUA, Indrany; O'BRIEN, Katherine; VERMYLEN, Julia. The Therapeutic Utility of the Pregnant Palliative Care Physician: A Case Series. **Journal of Palliative Medicine**, v. 22, n. 6, p. 734-738, 2019.

FIGUEREDO, Daniela Valle Almeida et al. Palliative care protocol in fetal medicine for care of the pregnant women and their fetuses. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 25, e20240050, 2025.

FIGUEREDO, Daniela Valle Almeida et al. Models of Perinatal Palliative Care for Pregnant Women and Their Fetuses with Life-Limiting Conditions: A Literature Review. **Journal of Personalized Medicine**, v. 16, n. 7, p. 353, 2026.

LOTFI, O. et al. Gastric Adenocarcinoma in a Pregnant Woman at 33 Weeks of Gestation: A Case Report of Krukenberg Tumor Complicated by Uterine Rupture. **Cureus**, v. 17, n. 9, e91488, 2025.

NAFULA, E. W.; WERU, J.; YENNURAJALINGAM, S. Management of cancer pain in pregnancy: can opioids be used? **Annals of Palliative Medicine**, v. 12, n. 5, p. 925-935, 2023.

NAGAMINE, H. et al. Management of Advanced Lung Cancer in Pregnancy: Multidisciplinary Treatment and Early Delivery. **Internal Medicine**, v. 64, n. 23, p. 3438-3442, 2025.

PISCOYA, Maria Dilma Bezerra de Vasconcellos et al. Cuidados paliativos na assistência perinatal de um hospital universitário: construção de protocolo assistencial. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 33, e-33107, 2023.

REINHOLD, Ann-Kristin et al. Ethical, Psychosocial and Legal Aspects of the Treatment of Pregnant Patients with Brain Death. **Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie**, v. 56, n. 7-08, p. 536-543, 2021.

STEINER, J. M. et al. Experience With Advance Care Planning Discussions Among Pregnant Women With Congenital Heart Disease. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 62, n. 3, p. 587-592, 2021.

TODOROVIC, Ana. Palliative care is not just for those who are dying. **BMJ**, v. 353, p. i2846, 2016.

PROLACTINOMAS E MICROADENOMAS HIPOFISÁRIOS NA GESTAÇÃO: MANEJO FARMACOLÓGICO, CRESCIMENTO TUMORAL E DESFECHOS PERINATAIS

Francisca Moraes da Silva¹;

Marli de Oliveira Nunes²;

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues³;

Michelle Leane Santana da Silva⁴;

Mary Grace Magalhães de Araújo⁵;

Elisângela da Silva Moraes⁶;

Maria Edna da Silva Bandeira⁷;

Maria Betânia da Silva⁸;

Ana Sheila Chagas Pinho⁹;

Tamires Alves dos Santos¹⁰.

1. INTRODUÇÃO: O PANORAMA CLÍNICO E A EMERGÊNCIA DA LITERATURA RECENTE

Os prolactinomas constituem os tumores hipofisários funcionantes mais prevalentes em mulheres em idade fértil, respondendo por quadros clássicos de hiperprolactinemia, amenorreia secundária, galactorreia e infertilidade anovulatória (HUANG; MOLITCH, 2019; LEVIN; ROTTENSTREICH, 2019). O advento e a consolidação dos agonistas dopaminérgicos revolucionaram a endocrinologia reprodutiva, restaurando a fertilidade e tornando a gestação um desfecho comum e alcançável para mulheres portadoras de microadenomas (lesões <10 mm) e macroadenomas (≥10mm) (SANT' ANNA et al., 2020; JEAN; FELBAUM, 2017).

Um aspecto epidemiológico e bibliométrico digno de nota reside na distribuição temporal das publicações. O levantamento sistemático em bases de dados latino-americanas e internacionais (BVS/MEDLINE) revela que a produção científica focada especificamente no binômio prolactinoma e gestação concentra-se nos últimos dez anos, inexistindo registros indexados em décadas anteriores sob esses descritores combinados (WANG; ZHU, 2022; BESHYAH et al., 2017).

Essa evolução histórica reflete a mudança de paradigma: se no passado a gestação era desaconselhada pelo receio de expansão tumoral incontrolável, a literatura contemporânea estabeleceu algoritmos claros de segurança medicamentosa e seguimento clínico (O'SULLIVAN et al., 2020; KARACA et al., 2018). Durante a gestação, a hipófise

anterior sofre hiperplasia fisiológica dos lactotrofos mediada pelos elevados níveis de estrogênio placentário, aumentando o volume glandular em até 136% (HUANG; MOLITCH, 2019).

Este capítulo propõe uma análise teórico-prática das repercussões do microadenoma e do prolactinoma na gestação, abordando o manejo farmacológico com cabergolina e bromocriptina, a vigilância neuroftalmológica, o risco de apoplexia e os desfechos obstétricos.

2. FISIOPATOLOGIA DO CRESCIMENTO TUMORAL NO CICLO GRAVÍDICO

O ambiente hormonal hiperestrogênico da gravidez exerce um potente estímulo mitogênico e hiperplásico sobre o parênquima hipofisário. No entanto, o comportamento proliferativo difere entre microadenomas e macroadenomas: Microprolactinomas (<10mm): Apresentam risco de crescimento tumoral clinicamente significativo inferior a 3% durante a gestação (HUANG; MOLITCH, 2019; ARAUJO; BELO; CARVALHO, 2017).

A cápsula selar intacta e as pequenas dimensões lesionais conferem estabilidade, tornando a gestação altamente segura; Macroprolactinomas (≥ 10 mm): Apresentam risco de expansão sintomática variando de 15% a 35%, especialmente em tumores com extensão supraselar prévia que não receberam tratamento cirúrgico citorredutor ou radioterapia antes da concepção (LAMBERT et al., 2017; RASTOGI; BHADADA; BHANSALI, 2017); Apoplexia Hipofisária Gestacional: Complicação rara, porém potencialmente fatal, caracterizada por infarto isquêmico ou hemorrágico fulminante do adenoma (OGUZ et al., 2020; GALVÃO et al., 2017).

Manifesta-se por cefaleia súbita de forte intensidade, vômitos em jato, paralisia de pares cranianos oculomotores, colapso hemodinâmico por insuficiência adrenal aguda e perda visual aguda (OGUZ et al., 2020; XIA et al., 2018).

3. MANEJO FARMACOLÓGICO: CABERGOLINA VERSUS BROMOCRIPTINA

A conduta medicamentosa no prolactinoma gestacional envolve ponderar a eficácia antiproliferativa com o perfil de segurança fetal (LEVIN; ROTTENSTREICH, 2019; LIAN et al., 2017). Suspensão após a Confirmação da Gestação Para a maioria das pacientes com microadenomas e macroadenomas intraselares controlados, a recomendação formal é a suspensão imediata do agonista dopaminérgico assim que a gestação for confirmada pelo teste imunológico de gravidez ou ultrassonografia precoce (WANG; ZHU, 2022; HERNÁNDEZ YERO, 2019).

A exposição embrionária nas primeiras semanas de vida intrauterina não tem demonstrado aumento na incidência de anomalias congênitas maiores, abortamentos espontâneos ou prematuridade (SANT' ANNA et al., 2020; O'SULLIVAN et al., 2020). O estudo multicêntrico brasileiro conduzido por Sant' Anna et al. (2020), avaliando gestações

induzidas por cabergolina em portadoras de prolactinoma, reforçou a segurança reprodutiva do fármaco, sem evidências de teratogenicidade ou desfechos neonatais desfavoráveis quando comparados à população geral. Embora a bromocriptina possua o maior histórico cumulativo de segurança na literatura (LIAN et al., 2017), a cabergolina consolidou-se como a droga de escolha devido à sua maior afinidade aos receptores D_2 , comodidade posológica semanal e melhor tolerabilidade gastrointestinal (SANT' ANNA et al., 2020; BESHYAH et al., 2017).

Caso a gestante apresente sinais clínicos e radiológicos de crescimento tumoral sintomático (cefaleia refratária ou perda campimétrica), a reinstituição imediata do agonista dopaminérgico é a primeira linha terapêutica, promovendo rápida redução volumétrica da lesão e descompressão do quiasma óptico, reservando a descompressão neurocirúrgica transesfenoidal de emergência para casos refratários à farmacoterapia (XIA et al., 2018; OGUZ et al., 2020).

4. MONITORAMENTO CLÍNICO, LABORATORIAL E NEUROFTALMOLÓGICO

O acompanhamento pré-natal da gestante com microadenoma ou macroadenoma exige rigor propedêutico e desmistificação de práticas obsoletas (HUANG; MOLITCH, 2019).

- Inutilidade da Dosagem Seriada de Prolactina: A dosagem de prolactina sérica não deve ser utilizada para monitorar o crescimento tumoral durante a gestação (HERNÁNDEZ YERO, 2019; ARAUJO; BELO; CARVALHO, 2017). O aumento fisiológico da prolactina induzido pelos estrogênios sobrepõe-se à produção tumoral, gerando valores basais progressivamente elevados que não guardam correlação com o volume da massa hipofisária;
 - Avaliação Neuroftalmológica (Campimetria Visual): A avaliação do campo visual (campimetria computadorizada ou manual) é o pilar da vigilância. Para microadenomas assintomáticos, realiza-se avaliação clínica trimestral. Em macroadenomas próximos ao quiasma, a campimetria deve ser repetida periodicamente para detectar precocemente a hemianopsia bitemporal (LAMBERT et al., 2017; KARACA et al., 2018);
 - Ressonância Magnética (RM) de Sela Túrcica: A RM sem contraste (sem gadolínio) é o método de imagem de escolha caso surjam alterações visuais ou cefaleia persistente, delimitando a relação entre a massa e as estruturas ópticas (HUANG; MOLITCH, 2019; OGUZ et al., 2020).
- 5. PUERPÉRIO, AMAMENTAÇÃO E EVOLUÇÃO PÓS-PARTO.** No puerpério imediato, a conduta em relação ao aleitamento materno e à evolução tumoral traz particularidades assistenciais relevantes:
- Segurança da Amamentação: Em portadoras de microadenomas ou macroadenomas estáveis, a amamentação não é contraindicada e deve ser

amplamente incentivada (O'SULLIVAN et al., 2020; ARAUJO; BELO; CARVALHO, 2017). Não há evidências de que o estímulo da sucção mamária impulse a proliferação tumoral ou desencadeie crises de crescimento lesional;

- Remissão Tumoral Espontânea Pós-Parto: Um fenômeno biológico documentado em até 10% a 20% das pacientes é a redução volumétrica espontânea ou até a cura do microadenoma após o parto, decorrente de microinfartos subclínicos e da involução hormonal puerperal (ARAUJO; BELO; CARVALHO, 2017; KARACA et al., 2018);
- Reavaliação Endócrina Pós-Desmame: A reavaliação dos níveis basais de prolactina e a realização de nova RM de sela túrcica devem ser programadas para 2 a 3 meses após o término do aleitamento materno ou no retorno das menstruações, decidindo-se então sobre o reinício dos agonistas dopaminérgicos (WANG; ZHU, 2022; O'SULLIVAN et al., 2020).

5. IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A assistência multidisciplinar no pré-natal de alto risco e no alojamento conjunto fundamenta-se nas seguintes intervenções:

- Orientação Farmacológica Pré-Concepcional e no Primeiro Trimestre: Instruir a mulher sobre a necessidade de suspender o agonista dopaminérgico logo após o teste positivo de gravidez (salvo orientação médica em macroadenomas invasivos), desmistificando o medo de malformações fetais decorrentes do uso prévio (SANT' ANNA et al., 2020; LIAN et al., 2017);
- Educação sobre Sinais de Alarme Neuroftalmológicos: Treinar a gestante para reconhecer precocemente sintomas de expansão tumoral (cefaleia frontal contínua, escotomas, visão turva ou perda da visão lateral/periférica), orientando a busca imediata pelo serviço de urgência obstétrica (OGUZ et al., 2020; GALVÃO et al., 2017);
- Desaconselhamento de Exames Laboratoriais Desnecessários: Esclarecer à equipe e à paciente que a dosagem de prolactina no pré-natal não tem valor prognóstico, evitando solicitações que gerem ansiedade descabida (HUANG; MOLITCH, 2019);
- Incentivo e Manejo da Lactação: Assegurar que a puérpera possa amamentar com tranquilidade, prestando suporte à pega e ao posicionamento, monitorando a ausência de sintomas compressivos no pós-parto (O'SULLIVAN et al., 2020).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de prolactinoma e microadenoma hipofisário na gestação deixou de ser um fator impeditivo para a maternidade, consolidando-se como uma condição de manejo clínico altamente seguro e previsível. O avanço da literatura nos últimos dez anos esclareceu a segurança dos agonistas dopaminérgicos e estabeleceu parâmetros conservadores de acompanhamento.

A articulação entre a endocrinologia, a obstetrícia de alto risco e a enfermagem assegura a vigilância adequada sem medicalização excessiva, garantindo que o ciclo gravídico-puerperal transcorra com estabilidade neuroendócrina, preservação visual e pleno sucesso materno-infantil.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Bárbara; BELO, Sandra; CARVALHO, Davide. Pregnancy and Tumor Outcomes in Women with Prolactinoma. **Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes**, v. 125, n. 10, p. 642-648, 2017.

BESHYAH, Salem A. et al. Management of prolactinomas: a survey of physicians from the Middle East and North Africa. **Pituitary**, v. 20, n. 2, p. 231-240, 2017.

GALVÃO, Ana et al. Prolactinoma and pregnancy - a series of cases including pituitary apoplexy. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 37, n. 3, p. 284-287, 2017.

HERNÁNDEZ YERO, José Arturo. Prolactinomas y gestación. In: HERNÁNDEZ YERO, José Arturo. **Trastornos hipofisarios y gestación. La Habana**: Editorial Ciencias Médicas, 2019. cap. 6.

HUANG, Wenyu; MOLITCH, Mark E. Pituitary Tumors in Pregnancy. **Endocrinology and Metabolism Clinics of North America**, v. 48, n. 3, p. 569-581, 2019.

JEAN, Walter C.; FELBAUM, Daniel R. Fertility, pregnancy, and prolactinoma: A survey of pituitary surgeons' view and review of the literature. **Journal of Clinical Neuroscience**, v. 42, p. 198-203, 2017.

KARACA, Z. et al. How does pregnancy affect the patients with pituitary adenomas: a study on 113 pregnancies from Turkey. **Journal of Endocrinological Investigation**, v. 41, n. 1, p. 129-141, 2018.

LAMBERT, Kimberley et al. Macroprolactinomas and Nonfunctioning Pituitary Adenomas and Pregnancy Outcomes. **Obstetrics & Gynecology**, v. 129, n. 1, p. 185-194, 2017.

LEVIN, Gabriel; ROTTENSTREICH, Amihai. Prolactin, prolactin disorders, and dopamine agonists during pregnancy. *Hormones*, v. 18, n. 2, p. 137-139, 2019. LIAN, W. et al. Analysis of bromocriptine treatment in pregnant pituitary prolactinoma patients. **Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology**, v. 44, n. 2, p. 203-207, 2017.

O'SULLIVAN, Susannah M. et al. An observational study of pregnancy and post-partum outcomes in women with prolactinoma treated with dopamine agonists. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 60, n. 3, p. 405-411, 2020.

OGUZ, Seda Hanife et al. A case of atypical macroprolactinoma presenting with pituitary apoplexy during pregnancy and review of the literature. **Gynecological Endocrinology**, v. 36, n. 2, p. 109-116, 2020.

RASTOGI, Ashu; BHADADA, Sanjay K.; BHANSALI, Anil. Pregnancy and tumor outcomes in infertile women with macroprolactinoma on cabergoline therapy. **Gynecological Endocrinology**, v. 33, n. 4, p. 270-273, 2017.

SANT' ANNA, B. G. et al. A Brazilian multicentre study evaluating pregnancies induced by cabergoline in patients harboring prolactinomas. **Pituitary**, v. 23, n. 2, p. 120-128, 2020.

WANG, L. J.; ZHU, H. J. Management of prolactinoma patients with pregnancy. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*, v. 61, n. 6, p. 694-696, 2022. XIA, Yimeng et al. Neurosurgical anesthesia for a pregnant woman with macroprolactinoma: A case report. **Medicine**, v. 97, n. 37, e12360, 2018.

A IDEAÇÃO SUICIDA NO CICLO GRAVÍDICO: A URGÊNCIA DO RASTREIO ANTEPARTO, FATORES DE RISCO E INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL PERINATAL

Francisca Moraes da Silva¹;

Marli de Oliveira Nunes²;

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues³;

Michelle Leane Santana da Silva⁴;

Mary Grace Magalhães de Araújo⁵;

Elisângela da Silva Moraes⁶;

Maria Edna da Silva Bandeira⁷;

Maria Betânia da Silva⁸;

Ana Sheila Chagas Pinho⁹;

Tamires Alves dos Santos¹⁰.

1. INTRODUÇÃO: O SILÊNCIO EM TORNO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA GESTAÇÃO

A saúde mental materna tem recebido crescente atenção das políticas públicas, contudo a literatura científica e os protocolos assistenciais concentram-se desproporcionalmente no período pós-parto, com ênfase clássica na depressão puerperal e na psicose pós-parto (KOBYSKI et al., 2026; LECOUNTE et al., 2026). Essa assimetria produziu uma falsa premissa de que a gravidez exerceria um papel intrinsecamente “protetor” contra transtornos psiquiátricos graves e comportamentos autodestrutivos.

Evidências epidemiológicas contemporâneas contestam essa visão, demonstrando que a ideação suicida atinge prevalências expressivas ainda durante o pré-natal, figurando o suicídio materno como uma das principais causas indiretas de mortalidade materna em diversos cenários globais (XIAO et al., 2022; YETWALE et al., 2025). A escassez de estudos com foco primário na gestante — em comparação ao vasto volume dedicado ao puerpério — oculta o sofrimento anteparto, momento em que a sobrecarga neuroendócrina, a ambivalência sobre a maternidade e as vulnerabilidades psicossociais podem deflagrar pensamentos de morte e planos de autoextermínio (LEGAZPI et al., 2022a; KARAÇAM et al., 2024).

A estigmatização da mulher grávida que manifesta ideação suicida impõe barreiras ao relato espontâneo do sintoma e à busca por ajuda qualificada (AMARASINGHE; AGAMPODI, 2022). Este capítulo aborda a ideação suicida durante a gravidez, seus determinantes multidimensionais, o impacto sobre a saúde materno-fetal e os protocolos de intervenção multiprofissional.

2. PREVALÊNCIA, EPIDEMIOLOGIA E DESAFIOS DO RASTREIO ANTEPARTO

Meta-análises e coortes prospectivas revelam que a prevalência de ideação suicida na gestação varia de 5% a mais de 18%, a depender do contexto socioeconômico e do trimestre avaliado (XIAO et al., 2022; LEGAZPI et al., 2022b).

O terceiro trimestre destaca-se como um período de particular vulnerabilidade: Zhang et al. (2022) identificaram que a proximidade do parto, as alterações do sono, o medo da dor e a sobrecarga física atuam como gatilhos para pensamentos suicidas intrusivos em mulheres sem histórico psiquiátrico prévio. Além disso, coortes de longo prazo demonstram que a ideação suicida identificada precocemente no pré-natal constitui o principal preditor isolado para a persistência de comportamentos suicidas no pós-parto, reforçando que o sofrimento puerperal não surge de forma súbita, mas é gestado ao longo dos meses anteparto (KOBYSLSKI et al., 2026; LECOUNTE et al., 2026).

A identificação oportuna depende da aplicação sistemática de escalas validadas na atenção pré-natal, como a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) — atentando-se para o item 10 referente a pensamentos de autoagressão — e o Patient Health Questionnaire (PHQ-9), superando o modelo de investigação restrito a queixas puramente biológicas (LEGAZPI et al., 2022b; ANBESAW et al., 2021).

3. FATORES DE RISCO E DETERMINANTES SOCIOESTRUTURAIS

A etiologia da ideação suicida na gravidez é multifatorial, congregando estressores relacionais, biológicos e socioeconômicos:

- **Violência por Parceiro Íntimo (VPI):** Em estudo de base populacional conduzido no Sul do Brasil, Miranda et al. (2025) evidenciaram que a exposição à violência física, psicológica ou sexual praticada pelo parceiro durante a gestação multiplica o risco de ideação suicida. O desamparo afetivo e o medo constante destroem a rede de suporte primária da mulher (YETWALE et al., 2025; MOLLA; NIGUSSIE; GIRMA, 2022).
- **Gestação Não Planejada e Falta de Suporte Social:** A ausência de acolhimento familiar, a instabilidade financeira e a monoparentalidade não desejada correlacionam-se fortemente com a exacerbação de sintomas depressivos e ideação de morte (ANBESAW et al., 2021; KARAÇAM et al., 2024).

- Comorbidades Clínicas Crônicas e Infecciosas: Mandell et al. (2022) demonstraram que a coexistência de condições crônicas estigmatizantes (como o diagnóstico de infecção pelo HIV ou hipertensão arterial não controlada) gera sobrecarga emocional, amplificando o risco de suicídio.
- Histórico Prévio de Transtornos de Humor e Traumas: Antecedentes de depressão maior, transtorno bipolar, automutilação ou traumas na infância constituem fatores de vulnerabilidade primária (KOBYLSKI et al., 2026; LEGAZPI et al., 2022a).

4. REPERCUSSÕES NO BINÔMIO MATERNO-FETAL E IMPACTOS INFANTIS

A persistência da ideação suicida e do sofrimento psíquico não tratado durante a gravidez desencadeia alterações neuroendócrinas deletérias para a unidade fetoplacentária.

O estresse pré-natal severo provoca hiperativação contínua do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) materno, resultando em níveis elevados de cortisol circulante. Essa resposta hormonal compromete a perfusão da artéria uterina e altera a barreira enzimática placentária, expondo o feto a concentrações tóxicas de glicocorticoides (O'NEILL; NOMURA, 2023).

Clinicamente, essa cascata neurobiológica associa-se a maiores índices de restrição de crescimento intrauterino, prematuridade espontânea e baixo peso ao nascer (XIAO et al., 2022). A longo prazo, estudos longitudinais apontam que a exposição intrauterina à ideação suicida materna e ao estresse crônico amplifica o risco de desregulação emocional, déficits cognitivos e alterações comportamentais persistentes na primeira infância (O'NEILL; NOMURA, 2023).

5. BARREIRAS NA BUSCA POR AJUDA E O IMPACTO DO ESTIGMA

A despeito da gravidade dos sintomas, a maioria das gestantes com ideação suicida não busca atendimento especializado em saúde mental (AMARASINGHE; AGAMPODI, 2022).

O estigma sociocultural que cerca a maternidade — socialmente idealizada como um período de plenitude e felicidade compulsória — faz com que a mulher sinta vergonha e culpa intensas ao admitir sentimentos de desesperança e impulsos de morte (LEGAZPI et al., 2022a; AMARASINGHE; AGAMPODI, 2022).

Em comunidades rurais e populações vulneráveis, o receio de retaliações morais ou de perder a guarda do filho afasta a usuária dos serviços de saúde, perpetuando o isolamento e elevando o risco de atos consumados (AMARASINGHE; AGAMPODI, 2022; YETWALE et al., 2025).

6. IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A abordagem da saúde mental materna requer uma linha de cuidado integrada entre a atenção primária, o pré-natal de alto risco e os serviços de urgência obstétrica:

- Rastreio Universal e Sistemático no Pré-Natal: Implementar a aplicação trimestral de instrumentos validados de rastreio de humor e suicídio em todas as consultas pré-natais, acolhendo a resposta de forma empática e sem juízo de valor (LEGAZPI et al., 2022b; ANBESAW et al., 2021);
- Estratificação Imediata de Risco: Diferenciar a ideação suicida passiva (“preferia não acordar”) da ideação ativa estruturada com plano, intencionalidade ou meios letais disponíveis, definindo o fluxo de encaminhamento prioritário (KOBYSLSKI et al., 2026);
- Plano de Segurança Conjunto: Construir com a gestante e sua pessoa de confiança um plano de segurança, mapeando gatilhos emocionais, estratégias de enfrentamento individuais, contatos de emergência e canais de apoio contínuo (como o CVV no Brasil e a RAPS) (AMARASINGHE; AGAMPODI, 2022);
- Manejo Farmacológico e Psicoterapêutico Oportuno: Não postergar a intervenção psicoterápica e o uso criterioso de psicofármacos (como inibidores seletivos da recaptação de serotonina) quando indicados, ponderando o risco real do suicídio versus o risco controlado da medicação na gravidez (LECOUNTE et al., 2026);
- Vigilância Puerperal Prioritária: Sinalizar em prontuário e na caderneta da gestante a necessidade de acompanhamento prioritário no puerpério imediato, com visita domiciliar precoce e agendamento de consulta pós-parto na primeira semana após a alta (KOBYSLSKI et al., 2026; LECOUNTE et al., 2026).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideação suicida na gestação não pode mais ser negligenciada em favor de uma abordagem restrita ao pós-parto. Reconhecer o sofrimento psíquico como uma emergência obstétrica e humana é passo indispensável para reduzir a mortalidade materna evitável.

A capacitação da equipe multiprofissional para a escuta sensível, o rastreio sistemático e a intervenção desprovida de tabus garante à gestante um espaço de acolhimento seguro, protegendo a vida da mulher e proporcionando um início de vida saudável para o recém-nascido.

REFERÊNCIAS

- AMARASINGHE, Gayani S.; AGAMPODI, Suneth Buddhika. Help-seeking intention for depression and suicidal ideation during pregnancy and postpartum in rural Sri Lanka, a cross-sectional study. **Rural and Remote Health**, v. 22, n. 3, p. 7273, 2022.
- ANBESAW, Tamrat et al. Suicidal ideation and associated factors among pregnant women attending antenatal care at Jimma Medical Center, Ethiopia. **PLoS ONE**, v. 16, n. 8, e0255746, 2021.
- KARAÇAM, Zekiye et al. The prevalence of suicidal behavior and ideation during pregnancy and the postpartum period, its variation in the COVID-19 pandemic, and related factors: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **European Journal of Psychiatry**, v. 38, n. 2, 100248, 2024.
- KOBYLSKI, Lauren A. et al. Predictors of antepartum and postpartum suicidal ideation in a diverse urban obstetric setting. **BMC Public Health**, v. 26, n. 1, p. 345, 2026.
- LECOUNTE, Erica S. et al. Maternal Suicidal Behavior: Comparisons Between Pregnancy, Postpartum, and Non-Pregnancy Periods, 2006-2019. **Journal of Women's Health**, v. 35, n. 6, p. 574-584, 2026.
- LEGAZPI, Pilar Carolina Castelao et al. Suicidal ideation: Prevalence and risk factors during pregnancy. **Midwifery**, v. 106, p. 103226, 2022a.
- LEGAZPI, Pilar Carolina Castelao et al. A review of suicidal ideation during pregnancy: risk factors, prevalence, assessment instruments and consequences. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 35, e14, 2022b.
- MANDELL, Lissa N. et al. Blood Pressure, Depression, and Suicidal Ideation among Pregnant Women Living with HIV. **AIDS and Behavior**, v. 26, n. 4, p. 1289-1298, 2022.
- MIRANDA, Vanessa Iribarrem Avena et al. Intimate partner violence and suicidal ideation among pregnant women in Southern Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 8, e05532024, 2025.
- MOLLA, Alemayehu; NIGUSSIE, Jemberu; GIRMA, Bekahegn. Prevalence and associated factors of suicidal behavior among pregnant women in southern Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, p. 490, 2022.
- O'NEILL, Sarah; NOMURA, Yoko. Prenatal Stress Exposure Amplifies the Effect of Maternal Suicidal Ideation on Early Childhood Behavioral Trajectories. **Research on Child and Adolescent Psychopathology**, v. 51, n. 9, p. 1257-1271, 2023.
- XIAO, Meili et al. Prevalence of suicidal ideation during pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 296, p. 322-336, 2022.
- YETWALE, Aynalem et al. Suicidal ideation and its associated factors among pregnant

and postpartum women in Ethiopia, a systematic review and meta-analysis, 2025. **BMC Psychiatry**, v. 25, n. 1, p. 616, 2025.

ZHANG, Ling et al. The prevalence of suicidal ideation and predictive factors among pregnant women in the third trimester. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 1, p. 266, 2022.

O NEOPLASIAS MALIGNAS DO COLO UTERINO NO CICLO GRAVÍDICO: RASTREIO CITOPATOLÓGICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E MANEJO ONCOLÓGICO-OBSTÉTRICO

Francisca Moraes da Silva¹;

Marli de Oliveira Nunes²;

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues³;

Michelle Leane Santana da Silva⁴;

Mary Grace Magalhães de Araújo⁵;

Elisângela da Silva Morais⁶;

Maria Edna da Silva Bandeira⁷;

Maria Betânia da Silva⁸;

Ana Sheila Chagas Pinho⁹;

Tamires Alves dos Santos¹⁰.

1. INTRODUÇÃO: O DILEMA ONCOLÓGICO-OBSTÉTRICO

O câncer de colo do útero representa uma das neoplasias malignas de maior incidência em mulheres em idade reprodutiva, figurando como um dos tumores mais comumente diagnosticados durante a gravidez (DE LA PENA; PETERSON, 2025; SUN et al., 2025). A sobreposição temporal entre a gestação e a infecção oncogênica persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV) impõe um cenário desafiador à equipe de saúde: diagnosticar e tratar uma lesão potencialmente letal sem comprometer o desenvolvimento e a viabilidade fetal (LEJEUNE et al., 2025; ZENG et al., 2025).

A análise da produção científica recente em bases de dados latino-americanas e globais revela que a literatura médica aborda predominantemente a prevenção do HPV e o rastreio em mulheres não grávidas, existindo escassez de estudos prospectivos voltados para a condução do câncer invasor na gestação (TROJNARSKA et al., 2025; DELGADO RÍOS; VILLALOBOS INCIARTE, 2025). A gestante com lesão intraepitelial de alto grau ou carcinoma invasor enfrenta um itinerário terapêutico complexo, no qual a idade gestacional, o estadiamento tumoral e o desejo reprodutivo determinam a conduta (KANBERGS et al., 2025; KULKARNI; FITCH, 2024).

As alterações anatômicas gravídicas — caracterizadas por hipertrofia vascular, ectopia glandular fisiológica e edema do estroma cervical — mimetizam ou mascaram processos proliferativos malignos, gerando atrasos diagnósticos e riscos de condutas

inadequadas (LEE et al., 2025; MOZY; FOGEL; ITZHAK, 2024). Este capítulo aborda o rastreio, o diagnóstico diferencial e as estratégias terapêuticas multidisciplinares no manejo do câncer de colo do útero na gestação.

2. RASTREIO CITOPATOLÓGICO, COLPOSCOPIA E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA GESTAÇÃO

O exame citopatológico convencional (Papanicolau) é parte integrante da assistência pré-natal de rotina e deve ser realizado normalmente durante a gravidez. A colposcopia atua como método de avaliação complementar diante de alterações citológicas de alto grau (TROJNARSKA et al., 2025; VILLANUEVA-DUQUE; CASTRO-VALDÉS; GARCÍA-CERVANTES, 2024).

- Particularidades da Colposcopia na Gestação: O aumento da vascularização e a eversão do epitélio colunar exigem do colposcopista discernimento técnico refinado. A curetagem endocervical é estritamente contraindicada na gravidez pelo risco de rotura de membranas ovulares e hemorragia. A biópsia cervical, quando indicada por suspeita de invasão microvascular ou macroscópica, deve ser realizada sob hemostasia cuidadosa (LEJEUNE et al., 2025; KULKARNI; FITCH, 2024).
- Diagnóstico Diferencial com Patologias Benignas: Massas cervicais e lesões glandulares atípicas podem ser erroneamente rotuladas como pólipos decíduais ou cistos de Naboth hipertrofiados, atrasando a confirmação de adenocarcinomas e carcinomas espinocelulares (LEE et al., 2025).
- Coinfecção pelo HIV e Imunossupressão: Gestantes vivendo com HIV apresentam progressão acelerada de lesões pré-neoplásicas (NIC 2/3) e exigem vigilância colposcópica trimestral devido ao maior risco de falha na regressão imune pós-parto e infecções oportunistas associadas (AMUBUOMOMBE et al., 2026; ROHR et al., 2024).

3. CONIZAÇÃO CERVICAL E REPERCUSSÕES NOS DESFECHOS OBSTÉTRICOS

A realização de procedimentos excisionais diagnósticos ou terapêuticos (conização com cirurgia de alta frequência - CAF ou conização a frio) durante a gestação deve ser restrita a casos em que a colposcopia e a biópsia dirigida não consigam afastar invasão estromal franca (KIM; KIM, 2026; LEJEUNE et al., 2026).

Estudos de coorte populacional de larga escala evidenciam que a conização cervical prévia ou intrauterina correlaciona-se com desfechos obstétricos adversos, destacando-se a incompetência istmocervical, o encurtamento do colo uterino, a rotura prematura de membranas ovulares e o aumento do risco de parto pré-termo extremo (KIM; KIM, 2026;

AMUBUOMOMBE et al., 2026).

Diante de diagnósticos confirmados de Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau 3 (NIC 3) sem evidência de invasão, a conduta padrão é o seguimento colposcópico conservador trimestral, postergando o tratamento cirúrgico definitivo para 6 a 8 semanas após o parto (KULKARNI; FITCH, 2024; TROJNARSKA et al., 2025).

4. ESTADIAMENTO E PROTOCOLOS DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Quando o carcinoma invasor do colo uterino é confirmado histologicamente, a definição terapêutica baseia-se na idade gestacional ao diagnóstico e no estadiamento clínico-radiológico (ZENG et al., 2025; SUN et al., 2025).

Estadiamento do câncer cervical na gestação e condutas gerais

- **Estágio IA1 (Sem invasão linfovascular)**

└ Conduta: Seguimento até a maturidade fetal; parto vaginal possível; reavaliação pós-parto.

- **Estágio IA2 a IB1 (<2 cm, diagnosticado no 1º trimestre)**

└ Preservação da gestação: Linfadenectomia laparoscópica estadiadora ou traquelectomia.

└ Sem desejo de preservação: Histerectomia radical com feto in situ.

- **Estágio IB2 a IIA (≥2 cm ou diagnosticado no 2º/3º trimestre)**

└ Conduta: Quimioterapia neoadjuvante com Carboplatina e Paclitaxel após 14 semanas.

└ Parto: Cesariana eletiva programada + estadiamento cirúrgico definitivo.

- **Estágios Avançados (IIB a IV)**

└ Conduta: Quimioterapia neoadjuvante para controle sistêmico até a viabilidade fetal, ou início imediato de quimiorradioterapia definitiva (com interrupção gestacional).

Quimioterapia Neoadjuvante (QTNA)

Ferraz et al. (2025) e Zeng et al. (2025) demonstraram que a quimioterapia neoadjuvante baseada em derivados de platina e taxanos (Carboplatina e Paclitaxel) a partir do segundo trimestre (após 14 semanas) é uma estratégia eficaz para estabilizar o crescimento tumoral e prevenir metástases linfonodais até que a maturidade pulmonar

fetal seja alcançada. O tratamento quimioterápico não deve ser administrado após 34–35 semanas para evitar pancitopenia neonatal no momento do parto (FERRAZ et al., 2025; KANBERGS et al., 2025).

Ressonância Magnética (RM) para Avaliação Residual

A Ressonância Magnética da pelve sem contraste é o padrão de imagem de escolha para avaliar a invasão paramétrica e o volume tumoral residual após ciclos de QTNA, guiando o planejamento do parto sem exposição fetal à radiação ionizante (RUSSO et al., 2024; SUN et al., 2025).

5. PLANEJAMENTO DO PARTO E CONDUTA CIRÚRGICA

A definição da via de parto em gestantes com câncer invasor requer planejamento obstétrico rigoroso (LEJEUNE et al., 2025; SUN et al., 2025). O parto transpélvico (vaginal) é estritamente contraindicado na presença de lesões cervicais invasoras visíveis (estágios IB em diante), devido ao risco elevado de hemorragia maciça decorrente da laceração do tecido tumoral hipervascularizado, além do risco de implantação mecânica de células neoplásicas no trajeto episiotômico ou vaginal (LEJEUNE et al., 2025; MOZY; FOGEL; ITZHAK, 2024).

A via de escolha é a cesariana fúndica ou corporal alta eletiva, associada, quando indicado pelo estadiamento, à histerectomia radical e linfadenectomia pélvica no mesmo ato cirúrgico (SUN et al., 2025; DORJI et al., 2024). Essa incisão uterina alta evita a transecção da massa tumoral cervical e reduz o risco de sangramento incoercível (KANBERGS et al., 2025; MOZY; FOGEL; ITZHAK, 2024).

6. IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O cuidado à gestante com câncer de colo do útero exige a articulação contínua entre a Enfermagem Obstétrica, a Oncologia Ginecológica e a Medicina Fetal:

- **Rastreio Oportuno no Pré-Natal:** Coletar a citologia cervical na primeira consulta de pré-natal, esclarecendo que o procedimento é seguro e não induz sangramentos patológicos ou abortamento (TROJNARSKA et al., 2025);
- **Acolhimento Psicoemocional e Apoio à Tomada de Decisão:** Oferecer suporte à mulher e à família diante do diagnóstico de câncer na gestação, garantindo espaço para o esclarecimento de dúvidas sobre a segurança da quimioterapia e as opções terapêuticas (KANBERGS et al., 2025; DE LA PENA; PETERSON, 2025);

- Monitoramento de Toxicidades Farmacológicas: Durante ciclos de quimioterapia neoadjuvante, acompanhar parâmetros hematológicos maternos (risco de neutropenia e plaquetopenia), curvas glicêmicas e controle de êmese (FERRAZ et al., 2025);
- Vigilância da Vitalidade Fetal: Avaliar o crescimento fetal por ultrassonografia seriada e Dopplerfluxometria, monitorando sinais de restrição de crescimento ou insuficiência placentária secundárias à toxicidade medicamentosa ou ao estresse oncológico materno (FERRAZ et al., 2025; ZENG et al., 2025);

Preparo Cirúrgico e Reserva de Hemoderivados: No planejamento da cesariana-histerectomia radical, garantir reserva de concentrados de hemácias e plasma, devido ao elevado risco de hemorragia intraoperatória decorrente da hipervascularização pélvica associada à gestação (SUN et al., 2025; MOZLEY; FOGEL; ITZHAK, 2024).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de câncer de colo de útero no curso da gravidez representa uma das situações de maior complexidade bioética e técnica da obstetrícia moderna. A estratificação clínica precoce, a postergação segura de procedimentos excisionais em lesões pré-invasoras e o uso criterioso da quimioterapia neoadjuvante a partir do segundo trimestre viabilizam o controle da doença materna sem comprometer a sobrevivência fetal.

A atuação de uma equipe multidisciplinar capacitada é o pilar que assegura decisões compartilhadas, preservando o prognóstico oncológico da mulher e promovendo o nascimento seguro do conceito.

REFERÊNCIAS

- AMUBUOMOMBE, Poli Philippe et al. Pregnancy outcomes among women with and without HIV infections who underwent excisional treatment for high-grade cervical intraepithelial neoplasia: a retrospective cohort study in low-resource settings. **BMJ Open**, v. 16, n. 2, e105559, 2026.
- DE LA PENA, Rosinda; PETERSON, Erika. Common Cancers in the Pregnant Patient. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 52, n. 3, p. 507-517, 2025.
- DELGADO RÍOS, Leonela Marcela; VILLALOBOS INCIARTE, Noren Enrique. Lesiones intraepiteliales cervicales en gestantes con el virus de inmunodeficiencia humana. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, v. 85, n. 4, p. 629-636, 2025.
- DORJI, Namkha et al. Management of cervical cancer in pregnancy in a low resource setting: a rare case report. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 24, n. 1, p. 597, 2024.

FERRAZ, Bruna Elias Parreira Lopes et al. Neoadjuvant chemotherapy with carboplatin and paclitaxel in pregnant women with advanced stage cervical cancer: Maternal and perinatal outcomes. **Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction**, v. 54, n. 2, p. 102890, 2025.

KANBERGS, Alexa et al. Cancer diagnosis during pregnancy is associated with severe maternal and neonatal morbidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 232, n. 5, p. 466.e1-466.e29, 2025.

KIM, Woo Jeng; KIM, Yong-Wook. Association between cervical conization and pregnancy outcomes: A nationwide population-based cohort study. *PLoS ONE*, v. 21, n. 2, e0341660, 2026.

KULKARNI, Tithi; FITCH, Anthony. Navigating the challenge of high-grade cervical lesions (CIN3) in pregnancy: a near miss. **BMJ Case Reports**, v. 17, n. 12, e261942, 2024.

LEE, Kyung Eun et al. Cervical adenocarcinoma misdiagnosed as a nabothian cyst during pregnancy: A case report and review of the literatures. **Medicine**, v. 104, n. 22, e42336, 2025.

LEJEUNE, Charlotte et al. **Cervical cancer in pregnancy. Seminars in Perinatology**, v. 49, n. 2, p. 152038, 2025.

MOZEY, Makayla; FOGEL, Joshua; ITZHAK, Petr. Human Papillomavirus, Cervical Intraepithelial Neoplasia, and Quantitative Blood Loss at Delivery. **Folia Medica Cracoviensia**, v. 64, n. 2, p. 41-50, 2024.

ROHR, Irena et al. Impact of HIV infection on cervical intraepithelial neoplasia detection in pregnant and non-pregnant women in Germany: a cross-sectional study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 310, n. 6, p. 3099-3110, 2024.

RUSSO, Luca et al. MRI-based assessment of residual disease after neoadjuvant chemotherapy in pregnant women with cervical cancer. **European Journal of Radiology**, v. 181, p. 111766, 2024.

SUN, Yuliang et al. Cervical Cancer in Pregnancy: A 10-Year Retrospective Analysis of Clinical Management and Future Perspectives. **Technology in Cancer Research & Treatment**, v. 24, p. 15330338251356924, 2025.

TROJNARSKA, Dominika et al. Challenges and opportunities in managing pregnant patients with abnormal cervical cytology and positive HPV result in Poland: a single-center retrospective analysis. **Folia Medica Cracoviensia**, v. 65, n. 2, p. 101-111, 2025.

VILLANUEVA-DUQUE, José Alfredo; CASTRO-VALDÉS, Isis Carolina; GARCÍA-CERVANTES, Nancy. Factores ginecoobstétricos y sociales para el desarrollo de neoplasias intraepiteliales cervicales. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 62, n. 5, p. 1-7, 2024.

ZENG, Siyuan et al. Prognostic evaluation and treatment strategies for cervical cancer in

pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **BMC Cancer**, v. 25, n. 1, p. 502, 2025.

ZHANG, Miao et al. Efficacy and Safety of Focused Ultrasound Treatment for High-risk Human Papillomavirus Infection-related Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade 2 in Nulligravidae Women: A Retrospective Study. **Ultrasound in Medicine & Biology**, v. 51, n. 2, p. 341-347, 2025.

A LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO NA GESTAÇÃO: PLANEJAMENTO PRÉ-CONCEPCIONAL, FARMACOTERAPIA COM HIDROXICLOROQUINA E VIGILÂNCIA MATERNO-FETAL

Francisca Moraes da Silva¹;

Marli de Oliveira Nunes²;

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues³;

Michelle Leane Santana da Silva⁴;

Mary Grace Magalhães de Araújo⁵;

Elisângela da Silva Morais⁶;

Maria Edna da Silva Bandeira⁷;

Maria Betânia da Silva⁸;

Ana Sheila Chagas Pinho⁹;

Tamires Alves dos Santos¹⁰.

1. INTRODUÇÃO: O PARADIGMA REPRODUTIVO NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune multissistêmica crônica com marcante predomínio no sexo feminino durante a menacme (PATTON; SIDDIQUE; LAL, 2025). Historicamente, a gestação em mulheres com LES era desaconselhada devido às altas taxas de reativação da doença, perdas fetais recorrentes e mortalidade materna. Contudo, o aprimoramento da estratificação de risco, a consolidação do planejamento pré-concepcional e a manutenção de imunomoduladores seguros transformaram o prognóstico obstétrico (ZHANG et al., 2025; UTHURRIAGUE et al., 2025).

Apesar desses avanços, a gestação lúpica permanece como um modelo de alta complexidade. A interação entre as alterações imunológicas fisiológicas da gravidez e os mecanismos autoimunes do LES predispõe a complicações graves, incluindo pré-eclâmpsia precoce, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), prematuridade extrema, lúpus neonatal e óbito fetal (SUN; LI; LI, 2025; CAJAMARCA-BARON et al., 2025).

Estudos qualitativos e de teoria fundamentada destacam que o significado atribuído à maternidade por essas mulheres é permeado pelo medo da reativação e pela necessidade imperativa de planejamento reprodutivo compartilhado com a equipe assistencial (SOUZA et al., 2025). Este capítulo aborda as bases fisiopatológicas, a farmacoterapia com ênfase no papel protetor da hidroxicloroquina, o manejo do lúpus neonatal e a assistência

multiprofissional à gestante com LES.

2. PLANEJAMENTO PRÉ-CONCEPCIONAL E CRITÉRIOS DE REMISSÃO

O determinante isolado mais importante para o sucesso gestacional no LES é o controle da atividade da doença antes da concepção (ZHANG et al., 2025; LIU et al., 2025).

A gravidez deve ser planejada para ocorrer após um período mínimo de seis meses de remissão clínica e laboratorial completa (ou padrão de baixa atividade da doença), sem acometimento de órgãos nobres ativo (nefrite lúpica, miocardite ou vasculite) (ZHANG et al., 2025; YANG et al., 2025). Pacientes que engravidam durante fases ativas do lúpus apresentam taxas significativamente mais elevadas de crises graves, descolamento prematuro de placenta e necessidade de interrupção gestacional precoce (XU et al., 2025; OLIVEIRA DOS SANTOS et al., 2025).

No âmbito da reprodução assistida, a indução da ovulação e a transferência embrionária exigem estabilidade imunológica prévia para evitar exacerbações inflamatórias agudas (SEYED-KOLBADI et al., 2025; MOYER; EDENS, 2024).

3. IMUNOPATOGENESE, TOLERÂNCIA FETOPLACENTÁRIA E NEFRITE LÚPICA

A manutenção da gestação depende de uma complexa rede de tolerância materno-fetal, na qual ocorre predomínio do perfil imunológico anti-inflamatório (Th2 e células T reguladoras). No LES, a persistência de citocinas pró-inflamatórias (como o interferon-alfa) e a ativação desregulada da cascata do complemento rompem essa tolerância placentária (DANKERS et al., 2025; STOCKFELT et al., 2025).

Essa ruptura imunológica induz apoptose precoce do trofoblasto, disfunção angiogênica e hipoperfusão do leito vascular uterino, culminando em insuficiência placentária crônica (ZHOU et al., 2025).

A diferenciação precoce entre a nefrite lúpica e a pré-eclâmpsia é indispensável: enquanto a exacerbação renal do lúpus demanda intensificação da imunossupressão (corticoterapia e azatioprina), a pré-eclâmpsia grave exige vigilância hemodinâmica estrita e eventual interrupção programada da gestação (BEDOYA-LOAIZA et al., 2025; MOHAN et al., 2025).

4. FARMACOTERAPIA: O PAPEL CENTRAL DA HIDROXICLOROQUINA E CONDUTAS TERAPÊUTICAS

O manejo farmacológico do LES na gestação visa manter a remissão da doença materna utilizando fármacos sem potencial teratogênico (UTHURRIAGUE et al., 2025; NGUYEN et al., 2025a).

Hidroxicloroquina (HCQ) como Terapia de Base

A hidroxicloroquina deve ser mantida durante toda a gestação e lactação em todas as mulheres com LES, salvo contraindicação oftalmológica absoluta (ZHU et al., 2024; ALLE et al., 2025).

- **Benefícios Comprovados:** Grandes coortes populacionais e revisões sistemáticas demonstram que o uso contínuo de HCQ reduz significativamente a incidência de crises de lúpus, previne o desenvolvimento de pré-eclâmpsia e diminui o risco de parto prematuro (NGUYEN et al., 2025b; REITOR DE AMADEIA et al., 2025);
- **Segurança Fetal:** Estudos populacionais robustos confirmam que a exposição intrauterina à HCQ não aumenta o risco de malformações congênitas maiores, toxicidade retiniana neonatal ou ototoxicidade (NGUYEN et al., 2025a);
- **Níveis Séricos Terapêuticos:** A monitorização dos níveis plasmáticos de HCQ durante a gestação garante a adesão terapêutica e a otimização dos desfechos perinatais (ALLE et al., 2025).

Imunossupressores Permitidos vs. Contraindicados

Fármacos Permitidos: Prednisona e prednisolona (em baixas doses, pois são inativadas pela enzima placentária, Azatioprina (em doses de até 2 mg/kg/dia), Ciclosporina e Tacrolimus (UTHURRIAGUE et al., 2025; PATTON; SIDDIQUE; LAL, 2025);

Fármacos Contraindicados: Micofenolato de mofetila, Ciclofosfamida e Metotrexato devem ser suspensos de 3 a 6 meses antes da concepção devido ao alto potencial teratogênico e embriotóxico (UTHURRIAGUE et al., 2025).

Trombocitopenia e Complicações Hematológicas/Sistêmicas

A plaquetopenia imunomediada na gestação lúpica requer controle rigoroso para evitar hemorragias no periparto (FANG et al., 2025). Em casos raros, infecções intercorrentes (como o Parvovírus B19) podem precipitar a Síndrome de Ativação de Macrófagos (SAM) ou hemorragia alveolar difusa, emergências de terapia intensiva que exigem pulsoterapia imediata (PLAVSIC et al., 2025; KHANMIRZAEI et al., 2025).

5. ANTICORPOS ANTI-SSA/RO E ANTI-SSB/LA: LÚPUS NEONATAL E BLOQUEIO CARDÍACO CONGÊNITO

A presença dos autoanticorpos maternos anti-SSA/Ro (especialmente a fração de 52 kDa) e anti-SSB/La representa um risco específico para a unidade fetal (AKBARI et al., 2025).

A passagem transplacentária desses anticorpos a partir da 16ª semana de gestação pode induzir uma miocardite autoimune fetal, inflamação do tecido de condução e fibrose irreversível do nó atrioventricular, culminando em Bloqueio Atrioventricular Total (BAVT) congênito (AKBARI et al., 2025). O BAVT completo é uma lesão cardíaca estrutural definitiva que frequentemente exige o implante de marca-passo neonatal definitivo e cursa com alto risco de hidropisia fetal e óbito intrauterino.

- **Vigilância Ecocardiográfica Fetal Seriada:** Em gestantes anti-SSA/Ro positivas, preconiza-se a realização de ecocardiografia fetal seriada semanal ou quinzenal entre a 16ª e a 26ª semana de gestação para medição do intervalo mecânico PR;
- **Papel Preventivo da HCQ:** O uso contínuo de hidroxicloroquina pela mãe reduz em mais de 50% o risco de desenvolvimento ou recorrência do bloqueio cardíaco fetal congênito (AKBARI et al., 2025; ZHU et al., 2024);
- **Outras Manifestações do Lúpus Neonatal:** Lesões cutâneas anulares fotossensíveis subagudas, colestase hepática transitória e citopenias hematológicas neonatais decorrentes da transmissão passiva de anticorpos, as quais regredem espontaneamente por volta do sexto mês de vida pós-natal com o clareamento das imunoglobulinas maternas.

6. IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A complexidade do LES na gestação exige intervenções coordenadas entre a Enfermagem Obstétrica, a Reumatologia, a Medicina Fetal e a Neonatologia:

- **Aconselhamento Contraceptivo e Planejamento Familiar:** Avaliar ativamente o desejo reprodutivo nas consultas, contraindicando anticoncepcionais combinados orais em usuárias com positividade para anticorpos antifosfolípidos e orientando o uso seguro de DIU de cobre, DIU de levonorgestrel ou progestagênios isolados (SOUZA et al., 2025; MOYER; EDENS, 2024);
- **Estímulo à Adesão Farmacológica Rigorosa:** Desmistificar temores infundados sobre a hidroxicloroquina e outros imunossupressores seguros, reforçando que a suspensão da medicação é a principal causa de reativação lúpica grave na gravidez (ALLE et al., 2025; REITOR DE AMADEIA et al., 2025);
- **Monitoramento Laboratorial e Clínico Periódico:** Acompanhar níveis de complemento (C3 e C4), títulos de anti-dsDNA, sedimento urinário com relação proteína/creatinina urinária, níveis séricos de 25-hidroxivitamina D e aferição estrita da pressão arterial em todas as consultas (MADANCHI et al., 2025; KONG et al., 2025);
- **Vigilância da Função Cognitiva e Psicoemocional:** Acolher alterações cognitivas

(lupus fog) e sintomas ansioso-depressivos exacerbados pela sobrecarga da doença crônica na gestação, garantindo suporte de saúde mental (LEFF et al., 2025; SOUZA et al., 2025);

- Planejamento do Parto e Incentivo à Lactação: Programar o parto conforme o controle hemodinâmico e fetal, garantindo profilaxia com ácido acetilsalicílico (AAS) e heparina de baixo peso molecular quando houver síndrome antifosfolípide associada, além de estimular o aleitamento materno durante a manutenção de HCQ e azatioprina (ISOJIMA et al., 2024; BHURAWALA, 2024).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência obstétrica à gestante com lúpus eritematoso sistêmico consolidou-se como um campo de êxito assistencial quando pautada no rigor do planejamento pré-concepcional e no uso continuado de terapias protetoras, especialmente a hidroxicloroquina.

A atuação precoce, a distinção acurada entre reativações clínicas e distúrbios hipertensivos e o rastreo sistemático do bloqueio cardíaco fetal constituem os pilares para transformar uma gestação de alto risco em uma experiência materna segura e com excelentes desfechos perinatais.

REFERÊNCIAS

AKBARI, Ali et al. Perda recorrente da gravidez e bloqueio cardíaco completo fetal como manifestações iniciais do lúpus eritematoso sistêmico materno: um relatório de caso sobre o papel diagnóstico e preventivo dos anticorpos anti-SSA (Ro). **BMC Gravidez e Parto**, v. 25, n. 1, p. 731, 2025.

ALLE, Gelsomina et al. Níveis de hidroxicloroquina na gravidez e desfechos materno-fetais em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. **Reumatologia (Oxford)**, v. 64, n. 3, p. 1225-1233, 2025.

BEDOYA-LOAIZA, Juan Esteban et al. Desfechos maternos e fetais em pacientes grávidas com lúpus eritematoso sistêmico: um estudo de um país em desenvolvimento da América Latina. **Lúpus**, v. 34, n. 8, p. 864-873, 2025.

BHURAWALA, Hasnain. Fatores de confusão nos desfechos da gravidez entre pacientes indígenas australianas com lúpus eritematoso sistêmico. **Internal Medicine Journal**, v. 54, n. 9, p. 1591, 2024.

CAJAMARCA-BARON, Jairo et al. Desfechos maternos e fetais em gestações de LES na América Latina: uma revisão sistemática e meta-análise. **Autoimmunity Reviews**, v. 24, n. 4, p. 103744, 2025.

DANKERS, Wendy et al. Falha da tolerância materno-fetal em LES (FaMaLE): um estudo de

coorte prospectivo para encontrar os mecanismos moleculares por trás das complicações da gravidez. **Lúpus Ciência da Medicina**, v. 12, n. 1, e001389, 2025.

FANG, Qing-Ying et al. Desfechos na gravidez e fatores de risco para trombocitopenia em pacientes grávidas com lúpus eritematoso sistêmico. **BMC Gravidez e Parto**, v. 25, n. 1, p. 344, 2025.

ISOJIMA, Sakiko et al. Desfechos da gravidez em pacientes australianas com lúpus eritematoso sistêmico. **Internal Medicine Journal**, v. 54, n. 11, p. 1876-1882, 2024.

KHANMIRZAEI, Amir et al. Hemorragia alveolar difusa como a apresentação inicial de lúpus eritematoso sistêmico possivelmente desencadeado pela injeção de Rhogam em uma mulher grávida de 24 anos: um relato de caso. **Modern Rheumatology Case Reports**, v. 9, n. 2, p. 289-294, 2025.

KONG, Wei et al. Um nomograma para prever os desfechos adversos na gravidez do lúpus eritematoso sistêmico: um estudo de um único centro. **Clinical Rheumatology**, v. 44, n. 4, p. 1729-1743, 2025.

LEFF, Philippe et al. Disfunção cognitiva no lúpus eritematoso sistêmico durante a gravidez. **American Journal of Reproductive Immunology**, v. 94, n. 2, e70134, 2025.

LIU, Lingshan et al. Estratificação de risco e análise de subgrupos de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico em gravidez: baseado em um estudo de coorte multicêntrico de 13 anos. **Clinical Rheumatology**, v. 44, n. 10, p. 3909-3921, 2025.

MADANCHI, Nima et al. Associação entre os níveis de 25-hidroxivitamina D e desfechos adversos na gravidez no lúpus eritematoso sistêmico. **Arthritis Care & Research**, v. 77, n. 4, p. 432-439, 2025.

MOHAN, Prajwal et al. Desfechos da gravidez em mulheres com lúpus eritematoso sistêmico (LES): Um estudo observacional pareado da Índia. **International Journal of Rheumatic Diseases**, v. 28, n. 6, e70328, 2025.

MOYER, Amanda; EDENS, Cuoghi. Impacto do Lúpus Eritematoso Sistêmico na Concepção: Insights sobre Infertilidade, Preservação da Fertilidade, Tecnologia de Reprodução Assistida e Desfechos na Gravidez. **Seminars in Reproductive Medicine**, v. 42, n. 3, p. 209-227, 2024.

NGUYEN, Ngoc V. et al. Hidroxicloroquina em lúpus ou artrite reumatoide gravidez e risco de malformações congênitas maiores: um estudo de coorte baseado na população. **Reumatologia (Oxford)**, v. 64, n. 1, p. 117-125, 2025a.

NGUYEN, Ngoc V. et al. Exposição à hidroxicloroquina no início da gravidez e incidência de pré-eclâmpsia e parto prematuro em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico na Suécia: um estudo de coorte populacional nacional. **The Lancet Rheumatology**, v. 7, n. 10, p. e687-e696, 2025b.

OLIVEIRA DOS SANTOS, Sérgio Henrique et al. Lúpus eritematoso sistêmico e fatores de

risco para desfechos adversos na gravidez: um estudo de coorte retrospectivo de centro único no Norte do Brasil. **Advances in Rheumatology**, v. 65, n. 1, p. 35, 2025.

PATTON, Kathryn A.; SIDDIQUE, Faizah; LAL, Ann K. Lúpus sistêmico e outros distúrbios autoimunes durante a gravidez. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 52, n. 3, p. 581-597, 2025.

PLAVSIC, Aleksandra et al. Síndrome de Ativação de Macrófagos Potencialmente Fatal na Gravidez: Primeira Manifestação de LES induzida pelo Parvovírus B19. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 26, n. 11, p. 5431, 2025.

REITOR DE AMADEIA, et al. Risco de parto prematuro e uso precoce de hidroxicloroquina na gravidez por uma coorte californiana de lúpus. **Lúpus Ciência da Medicina**, v. 12, n. 2, e001421, 2025.

SEYED-KOLBADI, Fatemeh Zahra et al. Atividade do lúpus e desfechos na gravidez em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico submetidos a terapia reprodutiva assistida: uma revisão sistemática e meta-análise. **Clinical Rheumatology**, v. 44, n. 1, p. 33-41, 2025.

SOUZA, Rebeca Rosa de et al. Significados atribuídos à gravidez por mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico: uma teoria fundamentada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 59, e20240413, 2025.

STOCKFELT, Marit et al. Os níveis plasmáticos de interferon-alfa durante a gravidez estão associados a menor peso ao nascer no lúpus eritematoso sistêmico. **Reumatologia (Oxford)**, v. 64, n. 3, p. 1469-1475, 2025.

SUN, Chen; LI, Ximin; LI, Xia. Fatores de risco para desfechos adversos na gravidez no lúpus eritematoso sistêmico: uma meta-análise e revisão sistêmica. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 312, n. 4, p. 1025-1036, 2025.

UTHURRIAGUE, Mayalen et al. Considerações farmacológicas para o manejo da gravidez em mulheres com lúpus eritematoso sistêmico. **Expert Review of Clinical Pharmacology**, v. 18, n. 10, p. 1-17, 2025.

XU, Yinghua et al. Características gestacionais de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico com diferentes períodos de início e seu risco de desfechos adversos na gravidez: um estudo de coorte retrospectivo. **Lúpus Ciência da Medicina**, v. 12, n. 1, e001345, 2025.

YANG, Yudi et al. Fatores de risco e proteção da crise da doença durante a gravidez no lúpus eritematoso sistêmico: uma revisão sistemática e meta-análise. **Clinical Rheumatology**, v. 44, n. 3, p. 887-899, 2025.

ZHANG, Xueyang et al. As condições que pacientes com lúpus eritematoso sistêmico devem cumprir antes da gravidez para otimizar os resultados: um estudo de coorte multicêntrico em grande escala da China. **Arthritis Care & Research**, v. 27, n. 1, p. 31, 2025.

ZHOU, Mengqi et al. O derivado do ácido oleanólico OA17 inibe a apoptose trofoblástica ao suprimir a translocação nuclear do HIF-1 α em desfechos adversos da gravidez associados

ao LES. **Phytomedicine**, v. 142, p. 156641, 2025.

ZHU, Qingmiao et al. Efeito da hidroxicloroquina no desfecho gestacional em pacientes com LES: uma revisão sistemática e meta-análise. **Lúpus Ciência da Medicina**, v. 11, n. 2, e001289, 2024.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abscessos bacterianos · 29
Alotriofagia · 16
Alterações anatômicas gravídicas · 58
Alterações hormonais · 29
Alterações imunológicas · 65
Amenorreia · 42
Amilofagia · 16
Anemia · 16, 19, 20
Anemia ferropriva · 16
Anomalias · 4, 22, 25, 37, 44
Anomalias fetais · 37
Antibioticoterapias · 28
Astenia · 16

B

Bioéticas · 37

C

Câncer · 4, 36, 37, 57, 58, 60, 61, 62
Câncer de colo do útero · 4, 57, 58, 61
Câncer metastático · 36
Carcinoma · 29, 58, 59
Carcinoma inflamatório de mama · 29
Carcinoma invasor · 58, 59
Cardiopatias graves · 36
Ciclo gravídico · 4, 28, 31, 36, 40, 47
Ciclo gravídico-puerperal · 4, 28, 40, 47
Clínica obstétrica · 6, 29
Comportamentos autodestrutivos · 50
Cuidado hospitalar · 24, 37
Cuidados paliativos · 4, 37, 39, 40
Cuidados paliativos perinatais · 37

D

Depressão puerperal · 50
Desafios obstétricos · 23
Desejo reprodutivo · 58, 69
Desiderosmia · 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21
Dicotomia · 36
Doença autoimune · 65
Doença inflamatória · 28

E

Ectopia glandular · 58
Edema do estroma cervical · 58
Endocrinologia reprodutiva · 42
Equipe de saúde · 17, 20, 39, 57
Estadiamento tumoral · 58
Estase láctea · 28
Estratégias terapêuticas · 58

F

Fadiga · 16
Ferro · 16, 17, 18, 19, 20
Fertilidade · 42
Fistulizações cutâneas · 29

G

Galactorreia · 42
Gemelaridade conjugada · 4, 22
Gêmeos unidos · 22, 23, 24
Geofagia · 16
Gestação · 4, 20, 22, 23, 26, 28, 29, 31, 32, 37, 38, 42, 43, 44, 45, 47, 51, 52, 54, 57, 58, 59, 60, 62, 65, 67, 68, 69, 70
Gestação de gêmeos · 22, 23, 26
Gestação lúpica · 65, 68
Gestante · 4, 16, 17, 19, 20, 37, 38, 39, 44, 45, 46, 51, 54, 55, 57, 61, 66, 70
Gravidez · 17, 20, 29, 30, 33, 43, 44, 46, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 58, 62, 65, 66, 70, 71, 72, 73, 74

H

Hiperprolactinemia · 32, 42
Hipertrofia vascular · 58
Hpv · 57, 64

I

Idade gestacional · 20, 38, 58, 60
Ideação suicida · 4, 50, 51, 52, 53, 54
Infecção oncogênica · 57
Infertilidade · 42
Infertilidade anovulatória · 42
Intervenções cirúrgicas · 29

L

Lactação · 28, 29, 31, 33, 67
Les · 65, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 74
Lesão intraepitelial de alto grau · 58
Lesões inflamatórias crônicas · 28
Lóbulos mamários · 29, 30
Lúpus eritematoso sistêmico (les) · 65

Lúpus neonatal · 66

M

Macroadenomas · 42, 43, 44, 45, 46

Mastite granulomatosa idiopática (mgi) · 28

Mastite infecciosa aguda · 28

Maternidade · 47, 51, 53, 66

Mecanismos autoimunes · 65

Medicina paliativa · 36

Microadenomas · 4, 42, 43, 44, 45, 46

Mortalidade materna · 50, 55, 65

N

Neoplasias malignas · 4, 36, 57

Neoplasias malignas avançadas · 36

Neuroftalmológica · 43

Nódulos · 29

O

Óbito fetal · 66

Óbito intrauterino · 23, 69

Obstetrícia · 4, 5, 22, 26, 28, 36, 37, 39, 47, 62

P

Pagofagia · 16

Palidez cutaneomucosa · 16

Parto · 5, 7, 23, 25, 26, 37, 38, 40, 46, 47, 50, 51, 54, 59, 60, 61, 67, 70, 72, 73

Patologias · 36, 40

Pensamentos de morte · 51

Perda gestacional · 22

Período gestacional · 16, 30

Planejamento reprodutivo · 66

Planos de autoextermínio · 51

Pós-parto · 50, 51, 60

Pré-eclâmpsia · 65, 67, 72

Prematuridade extrema · 66

Pré-natal · 17, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 58, 61

Processos inflamatórios mamários · 28

Prognóstico obstétrico · 65

Prolactinomas · 42, 47, 48

Psicose · 50

Puerpério · 28, 33, 45, 51, 54

Q

Quadro oncológico · 37

R

Restrição de crescimento · 19, 23, 53, 62, 66

S

Saúde materno-fetal · 51

Saúde mental · 50, 53, 54, 70

Saúde mental materna · 50, 54

Siameses · 4, 22, 26, 27

Síndrome de pica · 16

Sobrecarga neuroendócrina · 51

Sofrimento anteparto · 51

Suicídio materno · 50

T

Taquicardia · 16

Transtornos psiquiátricos · 50

Tumores agressivos · 37

Tumores hipofisários · 42

V

Vida fetal · 36

Vida materna · 36

Vida pós-natal · 37, 69

Vulnerabilidades psicossociais · 51



contato@editoraomnisscientia.com.br 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 87 99920-5762 



contato@editoraomnisscientia.com.br 

https://editoraomnisscientia.com.br/ 

@editora_omnis_scientia 

https://www.facebook.com/omnis.scientia.9 

+55 87 99920-5762 