Flowcharts febrasgo

Gestação de Alto Risco

Comissão Nacional Especializada em
Gestação de Alto Risco da Federação Brasileira
das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Flowcharts febrasgo

Gestação de Alto Risco

Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco da
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

São Paulo
2026

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Gestação de alto risco / Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). – São Paulo, 2026. 119 p.

1. Gestação de alto risco 2. Complicações na gravidez. I. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

ISBN 978-85-94091-32-1 NLM – WQ 240

Como citar

Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. 119 p. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

Diretoria da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Gestão 2024-2027):

Presidente
Maria Celeste Osório Wender

Diretora Administrativa
Roseli Mieko Yamamoto Nomura

Diretor Científico
Agnaldo Lopes da Silva Filho

Diretor Financeiro
Marcelo Luís Steiner

Diretora de Defesa e Valorização Profissional
Lia Cruz Vaz da Costa Damásio

Vice-Presidente Região Centro-Oeste
Maria Auxiliadora Budib

Vice-Presidente da Região Nordeste
Olimpio Barbosa de Moraes Filho

Vice-Presidente da Região Norte
Hilka Flavia Barra do Espirito Santo Alves Pereira

Vice-Presidente da Região Sudeste
Sergio Podgaec

Vice-Presidente da Região Sul
Alberto Trapani Júnior

Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Gestão 2024-2027):

Presidente
Rosiane Mattar

Vice-presidente
Inessa Beraldo De Andrade Bonomi

Secretária
Mylene Martins Lavado

Membros
Carlos Alberto Maganha
Carolina Carvalho Mocarzel
Elton Carlos Ferreira
Janete Vettorazzi
Maria Rita De Figueiredo Lemos
Renato Teixeira Souza
Rone Peterson Cerqueira Oliveira
Sara Toassa Gomes Solha
Vera Therezinha Medeiros Borges
William Schneider Da Cruz Krettli

Coordenação editorial:
Bruno Henrique Sena Ferreira

Normatização/ Normalização:
Bruno Henrique Sena Ferreira
Edna Terezinha Rother

Projeto gráfico e diagramação:
Adriano Aguina

Contato:

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
Av. Brigadeiro Luís Antônio, 3.421, sala 903, Jardim Paulista, São Paulo-SP, CEP: 01401-001
Tels.: (11) 5573-4919 | (11) 3050-0400
Homepage: https://www.febrasgo.org.br/pt/
E-mail: editorial.office@febrasgo.org.br

Apresentação

Existem alguns momentos em nossa prática obstétrica em que nos encontramos diante de pacientes com doenças ou condições clínicas que tornam a gestação de alto risco, por representarem maior possibilidade de complicações para a mãe e/ou para o concepto, seja durante a gravidez, no parto ou no período puerperal.

Algumas dessas morbidades são bastante conhecidas; outras são muito raras. E, muitas vezes, surgem dúvidas sobre quais sinais clínicos devem ser pesquisados, quais exames devem ser solicitados, como se estabelece o diagnóstico, quais são os diagnósticos diferenciais importantes, como tratar e qual conduta obstétrica deve ser adotada.

Ao mesmo tempo, a Obstetrícia é uma especialidade que exige rapidez na assistência, para que se possa reduzir o risco para o binômio materno-fetal. Por isso, é fundamental que o raciocínio clínico seja claro, objetivo e capaz de orientar a tomada de decisão no momento oportuno.

Foi pensando nisso que a Comissão Nacional Especializada (CNE) em Gestação de Alto Risco da Febrasgo trabalhou na elaboração de fluxogramas de diversas patologias em interação com o ciclo gravídico-puerperal. O fluxograma tem justamente esse objetivo: permitir uma compreensão rápida e geral da doença e, a partir dela, favorecer uma conduta também mais rápida e adequada.

A construção desse material foi fruto de um trabalho contínuo, realizado ao longo de toda a nossa gestão, em inúmeras reuniões quinzenais, sempre às terças-feiras à noite. Em cada uma delas, um membro da Comissão levantava a literatura, apurava as evidências científicas, elaborava o fluxograma e o apresentava ao restante da Comissão, para discussão, ajustes e consolidação antes de sua disponibilização pela Febrasgo. Muitos desses fluxogramas também contaram com a colaboração de colegas de outras CNEs e de outras especialidades, com o objetivo de que clínicos e obstetras pudessem ter um mesmo modo de agir frente às gestações de alto risco. É essa história de construção coletiva, amadurecida em muitos encontros, revisões e contribuições, que agora se transforma neste livro de fluxogramas da Gestação de Alto Risco da Febrasgo.

Esperamos que ele auxilie o aluno, o residente, o médico e o professor em todos os momentos em que prestam assistência, seja no pré-natal, na enfermaria, no centro obstétrico, no pós-parto ou no intervalo interpartal.

A arte da Obstetrícia é estar ao lado da paciente e de sua família, prestando assistência adequada, eficiente, carinhosa e rápida. O objetivo deste livro é auxiliar nosso associado a exercê-la.

Rosiane Mattar

Sumário

ABORTAMENTO DE REPETIÇÃO - PARTE 1 1
ABORTAMENTO DE REPETIÇÃO - PARTE 2 2
ANEMIA FALCIFORME - PARTE 1 3
ANEMIA FALCIFORME - PARTE 2 4
ANEMIA FERROPRIVA - DIAGNÓSTICO 5
ANEMIA FERROPRIVA - TRATAMENTO 6
APENDICITE NA GESTAÇÃO - QUANDO SUSPEITAR 7
APENDICITE NA GESTAÇÃO - COMO DIAGNOSTICAR 8
APENDICITE NA GESTAÇÃO - COMO TRATAR 9
ARBOVIROSES 10
ARTRITE REUMATÓIDE 11
ASMA 12
ASMA - TRATAMENTO 13
AVC NA GRAVIDEZ 14
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO - RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO 15
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO - TRATAMENTO 16
CÂNCER DE MAMA - RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO 17
CÂNCER DE MAMA - TRATAMENTO 18
CÂNCER NA GESTAÇÃO - ASPECTOS GERAIS 19
CARDIOPATIAS 20
CIRROSE HEPÁTICA / HIPERTENSÃO PORTAL - AVALIAÇÃO E MANEJO 21
COLELITÍASE E COLECISTITE 22
COLESTASE OBSTÉTRICA 23
CUIDADOS PALIATIVOS NA GRAVIDEZ - PARTE 1 24
CUIDADOS PALIATIVOS NA GRAVIDEZ - PARTE 2 25
DEPRESSÃO 26
DEPRESSÃO - GESTANTE 27
DEPRESSÃO - PUÉRPERA 28
DESNUTRIÇÃO NA GRAVIDEZ 29
DIABETES INSÍPIDO NA GESTAÇÃO - DIAGNÓSTICO - PARTE 1 30
DIABETES INSÍPIDO NA GESTAÇÃO - DIAGNÓSTICO - PARTE 2 31
DIABETES INSÍPIDO NA GESTAÇÃO - TRATAMENTO 32
DISLIPIDEMIA NA GESTAÇÃO - DIAGNÓSTICO 33
DISLIPIDEMIA NA GESTAÇÃO - TRATAMENTO 34

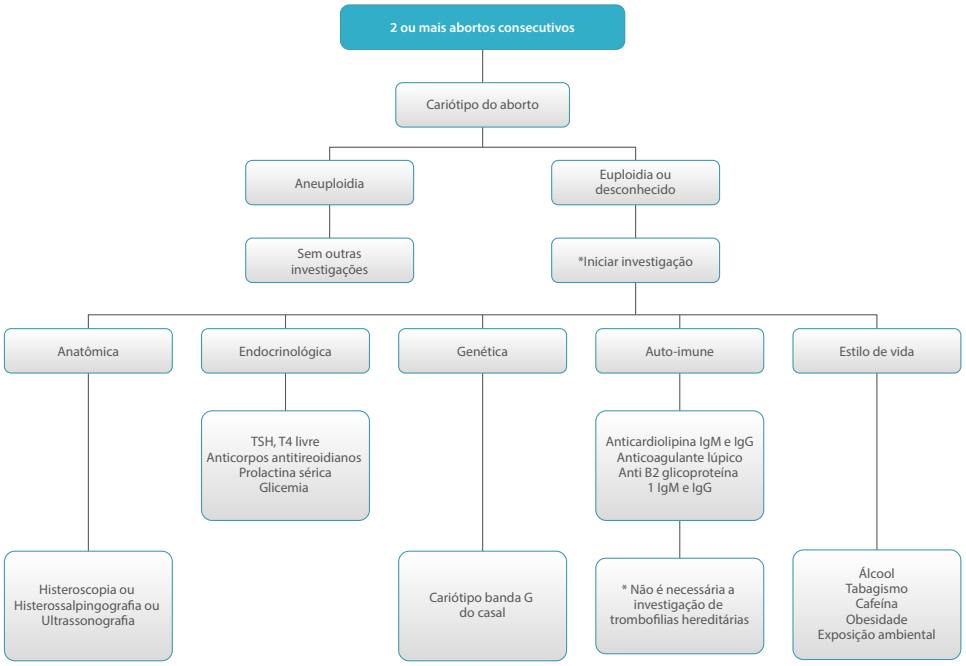
DOENÇAS DA ADRENAL – DIAGNÓSTICO 35
DOENÇAS DA ADRENAL – TRATAMENTO 36
DOENÇA DE BEHÇET - DIAGNÓSTICO 37
DOENÇA DE BEHÇET E GESTAÇÃO - TRATAMENTO 38
DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DOENÇA DE CROHN E COLITE ULCERATIVA) 39
DOENÇA RENAL CRÔNICA 40
EPILEPSIA 41
ESCLEROSE MÚLTIPLA 42
ESPECTRO DO ACRETISMO PLACENTÁRIO (EPA) - RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO 43
ESPONDILITE ANQUILOSANTE - DIAGNÓSTICO 44
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA GESTAÇÃO 45
FIBROSE CÍSTICA E GRAVIDEZ - CHECK LIST 46
FIBROSE CÍSTICA E GRAVIDEZ - CUIDADOS PRÉ-GESTACIONAIS 47
FIBROSE CÍSTICA E GRAVIDEZ - CUIDADOS PRÉ-NATAIS 48
FIBROSE CÍSTICA E GRAVIDEZ - CUIDADOS NO PARTO E PÓS-PARTO 49
FÍGADO GORDUROSO 50
GEMELARIDADE DICORIÔNICA - MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS E PARTO 51
GEMELARIDADE DICORIÔNICA - SEGUIMENTO 52
GESTAÇÃO APÓS TRANSPLANTES 53
GESTAÇÃO MÚLTIPLA MONOCORIÔNICA - PARTE 1 54
GESTAÇÃO MÚLTIPLA MONOCORIÔNICA - PARTE 2 55
GESTAÇÃO MÚLTIPLA MONOCORIÔNICA - PARTE 3 56
GESTACÃO NA ADOLESCÊNCIA 57
GESTACÃO PÓS FIV 58
GESTAÇÃO PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA - CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL 59
GESTAÇÃO PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA - PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL 60
GESTANTE USUÁRIA DE DROGAS 61
HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSITICA NOTURNA (HPN) & GESTAÇÃO 62
HIPERÊMESE GRAVÍDICA 63
HIPERPROLACTINEMIA - PRÉ-CONCEPÇÃO 64
HIPERPROLACTINEMIA NA GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO 65
HIPERTIREOIDISMO - DIAGNÓSTICO 66
HIPERTIREOIDISMO - TRATAMENTO GESTAÇÃO 67
HIPERTIREOIDISMO - TRATAMENTO PUERPÉRIO 68
HIPOTIREOIDISMO - AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO TIREOIDIANA 69
HIPOTIREOIDISMO - AJUSTE DE DOSE E META TERAPÊUTICA 70

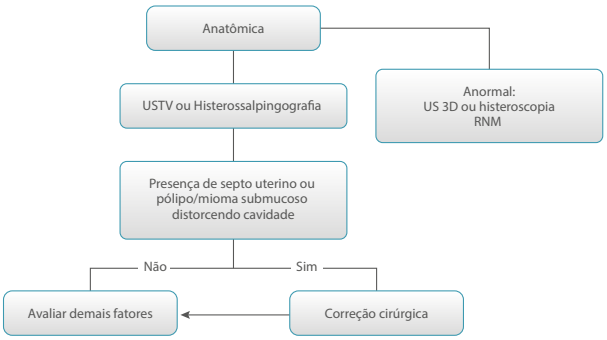
HIPOTIREOIDISMO - CONDUTA CONFORME LABORATÓRIO 71
IDADE MATERNA AVANÇADA 72
INFECÇÃO URINÁRIA 73
INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL (IIC) - AVALIAÇÃO INTERGESTACIONAL 74
INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL (IIC) - CONDUTA NA GESTAÇÃO 75
ISOIMUNIZAÇÃO - PARTE 1 76
ISOIMUNIZAÇÃO - PARTE 2 77
LEISHMANIOSE E GRAVIDEZ 78
LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO 79
MALÁRIA - DIAGNÓSTICO E CUIDADOS PREVENTIVOS 80
MALÁRIA - TRATAMENTO E MANEJO NA GESTAÇÃO 81
NEFROLITÍASE 82
OBESIDADE - CONSULTAS PRÉ-CONCEPCIONAL E PRÉ-NATAIS SUBSEQUENTES 83
OBESIDADE - ATENÇÃO NO PERIPARTO 84
ÓBITO FETAL PRÉVIO 85
ÓBITO FETAL 86
PANCREATITE 87
PNEUMONIAS - DIAGNÓSTICO 88
PNEUMONIAS - TRATAMENTO 89
PORFIRIAS NA GESTAÇÃO 90
PSICOSE GESTACIONAL 91
PSICOSE PÓS-PARTO 92
PSORÍASE E GRAVIDEZ - PARTE 1 93
PSORÍASE E GRAVIDEZ - PARTE 2 94
PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA 95
RASTREIO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HEPATITE B NA GRAVIDEZ 96
RASTREIO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HEPATITE C NA GRAVIDEZ 97
RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL - DIAGNÓSTICO E ESTÁGIOS 98
RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL - CONDUTA 99
RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL - CONDUTA PIG 100
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES PRÉ TERMO - DIAGNÓSTICO 101
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES PRÉ TERMO - CONDUTA 102
SAF – SÍNDROME DE ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE - DIAGNÓSTICO 103
SAF – SÍNDROME DE ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE - TRATAMENTO 104
TALASSEMIAS - AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL 105
TALASSEMIAS NA GRAVIDEZ - PARTE 1 106

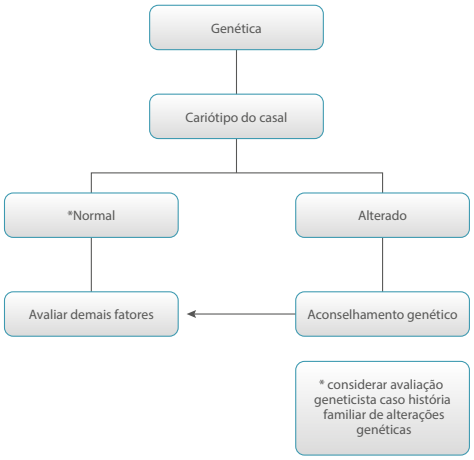
TALASSEMIAS NA GRAVIDEZ - PARTE 2 107
TRABALHO DE PARTO PREMATURO 108
TRANSTORNOS ALIMENTARES - ANOREXIA, BULEMIA, COMPULSÃO 109
TRAUMA NA GESTAÇÃO - ABORDAGEM DO OBSTETRA 110
TRAUMA NA GESTAÇÃO - REFERENCIAMENTO 111
TRAUMA RAQUIMEDULAR (TRM) AGUDO NA GESTAÇÃO 112
TRAUMA RAQUIMEDULAR PRÉVIO 113
TROMBOCITEMIA ESSENCIAL NA GESTAÇÃO 114
TUBERCULOSE - DIAGNÓSTICO 115
TUBERCULOSE - TRATAMENTO 116
TUMORES CEREBRAIS E GRAVIDEZ - PARTE 1 117
TUMORES CEREBRAIS E GRAVIDEZ - PARTE 2 118

ABORTAMENTO DE REPETIÇÃO - PARTE 1

ELTON CARLOS FERREIRA







Referências bibliográficas

Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). J Thromb Haemost. 2006;4(2):295-306.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril. 2013;99(1):63.

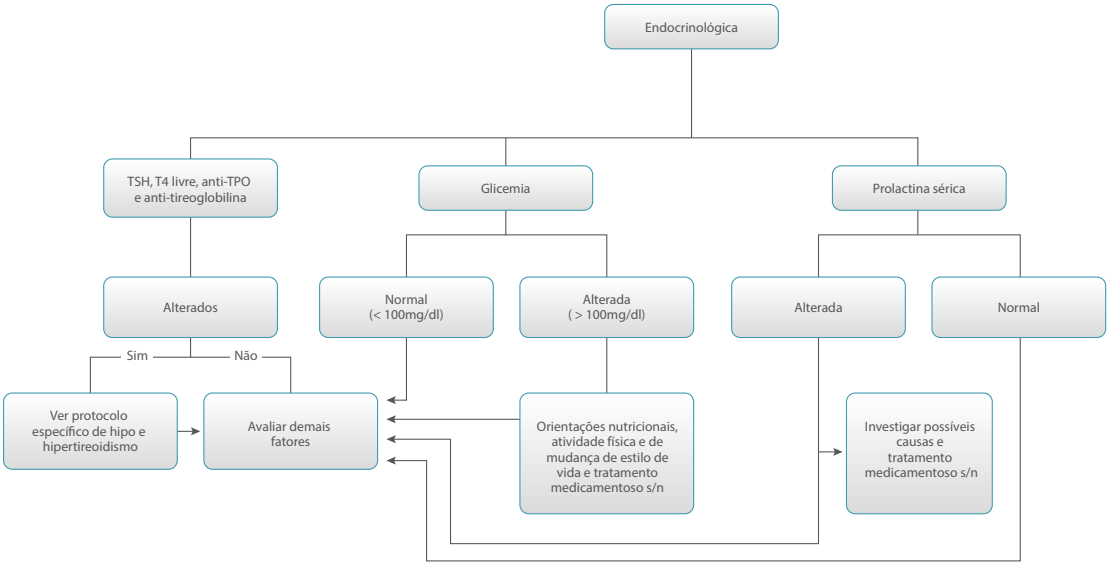
ESHRE Guideline Group on RPL; Bender Atik R, Christiansen OB, Elson J, Kolte AM, Lewis S, Middeldorp S, et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. Hum Reprod Open. 2018;2018(2):hoy004.

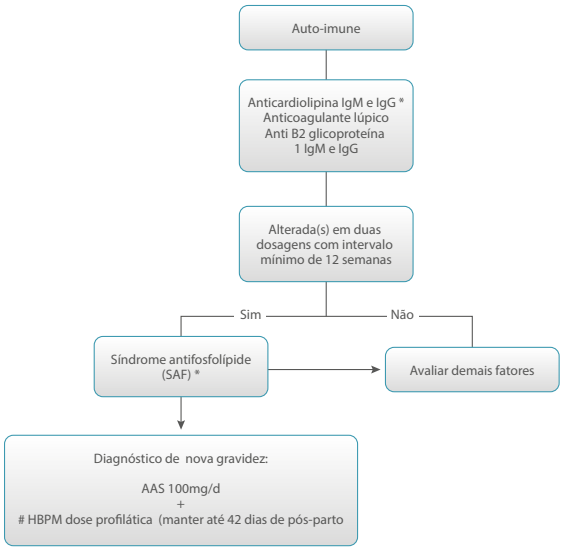
Regan I, Bakkos MM, Rai R, on behalf Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The investigation and treatment of couples with recurrent firsttrimester and second-trimester miscarriage. Green-top Guideline No. 17. 3rd ed. London: RCOG; 2011.

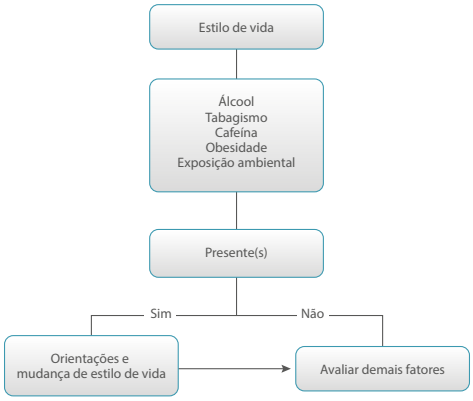
American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin. Management of recurrent pregnancy loss. Number 24, February 2001. (Replaces Technical Bulletin Number 212, September 1995). American College of Obstetricians and Gynecologists. Int J Gynaecol Obstet. 2002;78(2):179-90.

Como citar

Ferreira EC. Abortamento de repetição - parte 1 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 1. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

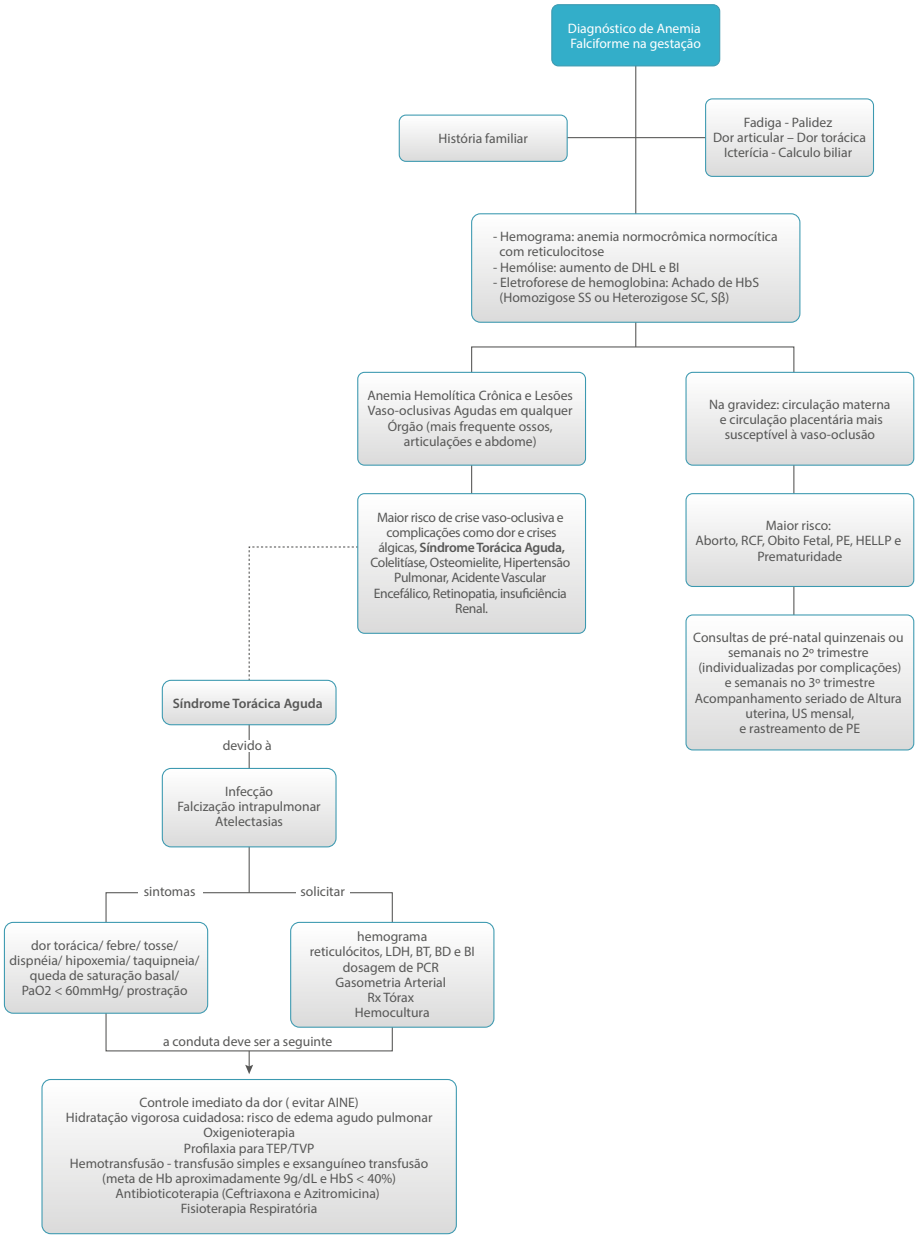






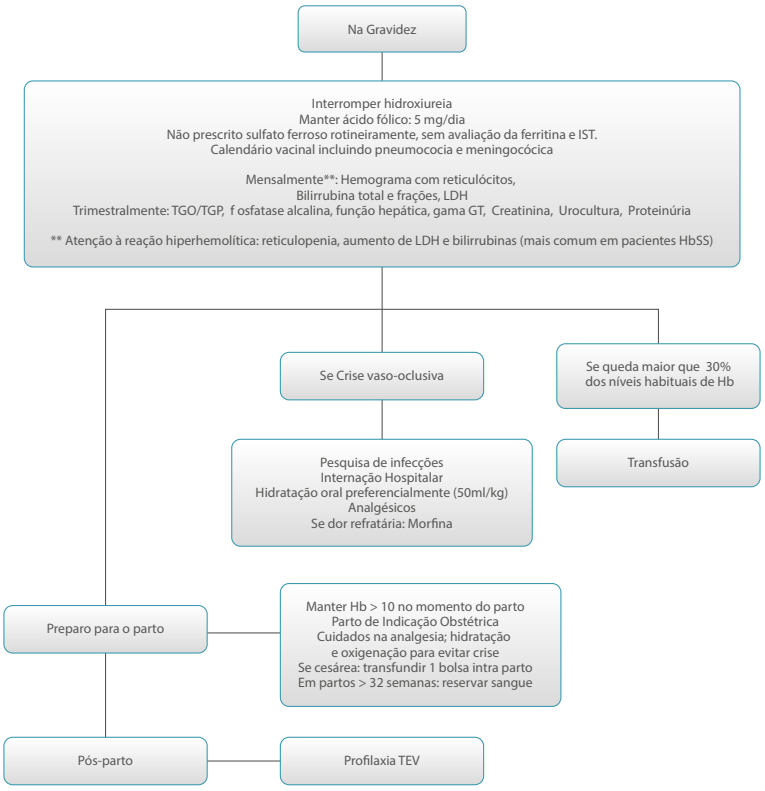
Como citar

Ferreira EC. Abortamento de repetição - parte 2 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 2. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Como citar

Mattar R. Anemia falciforme - parte 1 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 3. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Chou ST, Alsawas M, Fasano RM, Field JJ, Hendrickson JE, Howard J, et al. American Society of Hematology 2020 guidelines for sickle cell disease: transfusion support. Blood Adv. 2020;4(2):327-55.

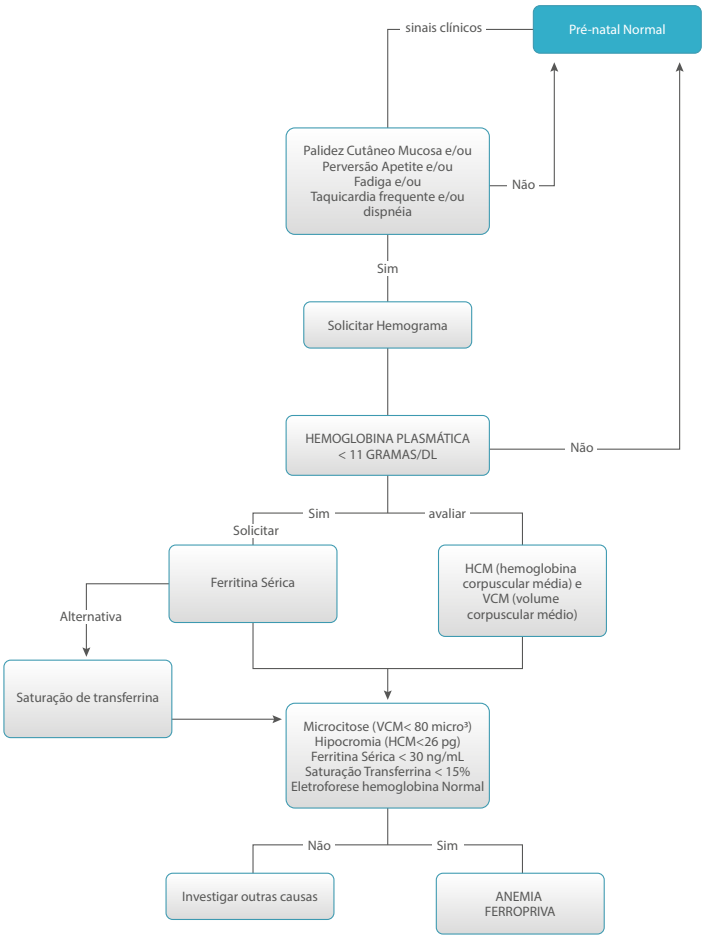
Figueira CO, Surita FG, Fertrin K, Nobrega GM, Costa ML. Main complications during pregnancy and recommendations for adequate antenatal care in sickle cell disease: a literature review. Rev Bras Ginecol Obstet. 2022;44(6):593-601.

Jain D, Atmapoojya P, Colah R, Lodha P. Sickle cell disease and pregnancy. Mediterr J Hematol Infect Dis. 2019;11(1):e2019040.

Oteng-Ntim E, Meeks D, Seed PT, Webster L, Howard J, Doyle P, et al. Desfechos maternos e perinatais adversos em mulheres grávidas com doença falciforme: revisão sistemática e metanálise. Sangue. 2015;125(21):3316-25.

Como citar

Mattar R. Anemia falciforme - parte 2 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 4. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Anemia in pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 233. Obstet Gynecol. 2021;138(2):e55-e64.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Anemias. Manual de gestação de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. 419p.

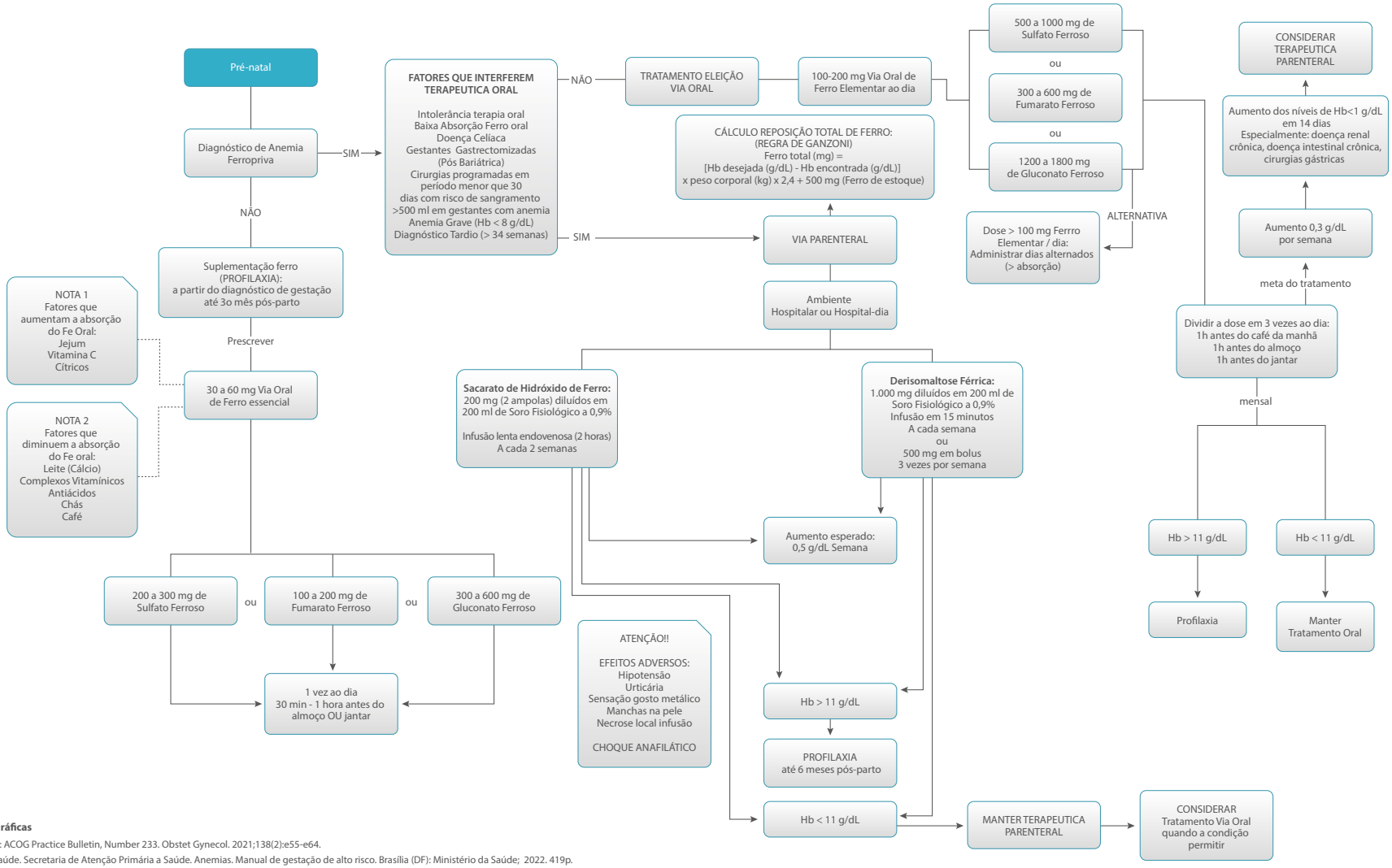
Cançado RD, Lobo C, Friederich LD. Tratamento da anemia ferropriva com ferro por via parenteral. Rev Bras Hematol Hemoter. 2010. 32(Supl 2):121-8.

Como citar

Maganha CA. Anemia ferropriva – diagnóstico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 5. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

ANEMIA FERROPRIVA - TRATAMENTO

CARLOS ALBERTO MAGANHA



Referências bibliográficas

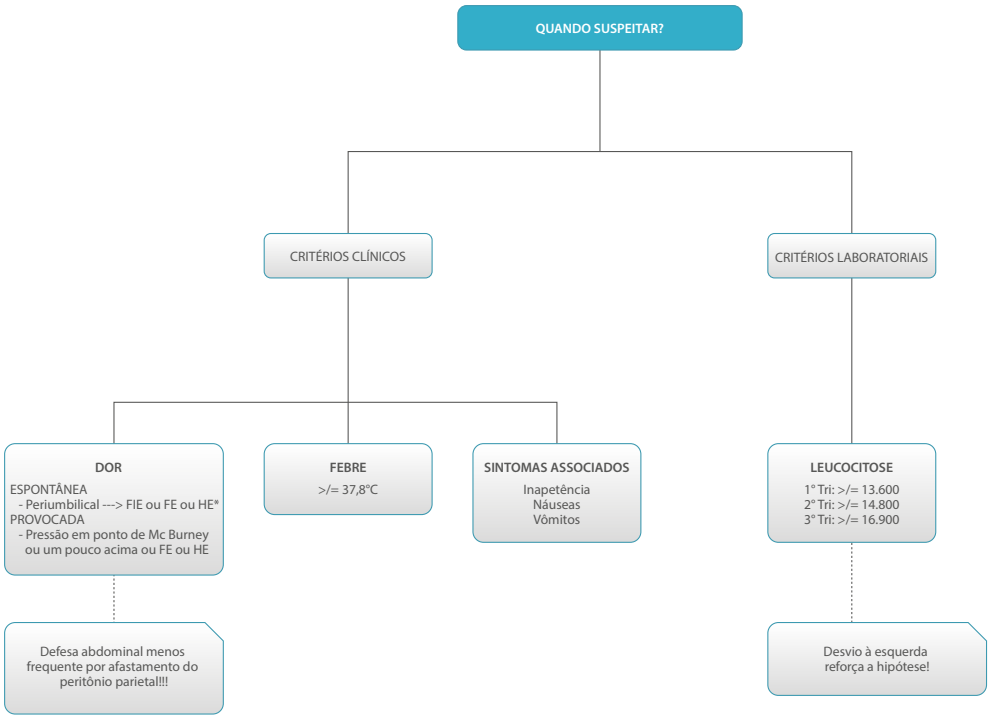
Anemia in pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 233. Obstet Gynecol. 2021;138(2):e55-e64.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Anemias. Manual de gestação de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. 419p.

Cançado RD, Lobo C, Friederich LD. Tratamento da anemia ferropriva com ferro por via parenteral. Rev Bras Hematol Hemoter. 2010. 32(Supl 2):121-8.

Como citar

Maganha CA. Anemia ferropriva – tratamento [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 6. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

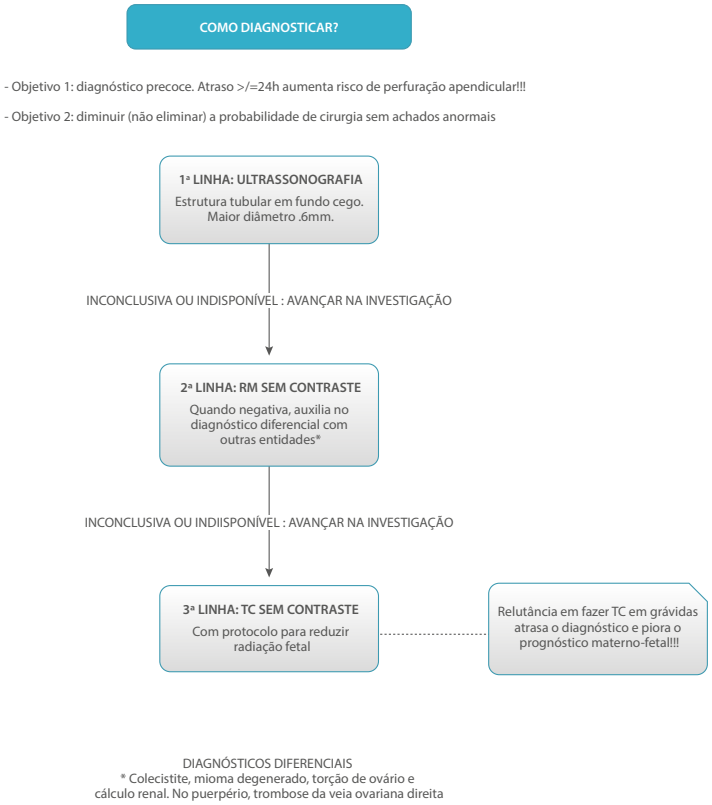


* FIE: Fossa ilíaca esquerda
FE: Flanco esquerdo
HE: Hipocôndrio esquerdo

Como citar

Zaconeta AC. Apendicite na gestação - quando suspeitar [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 7. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

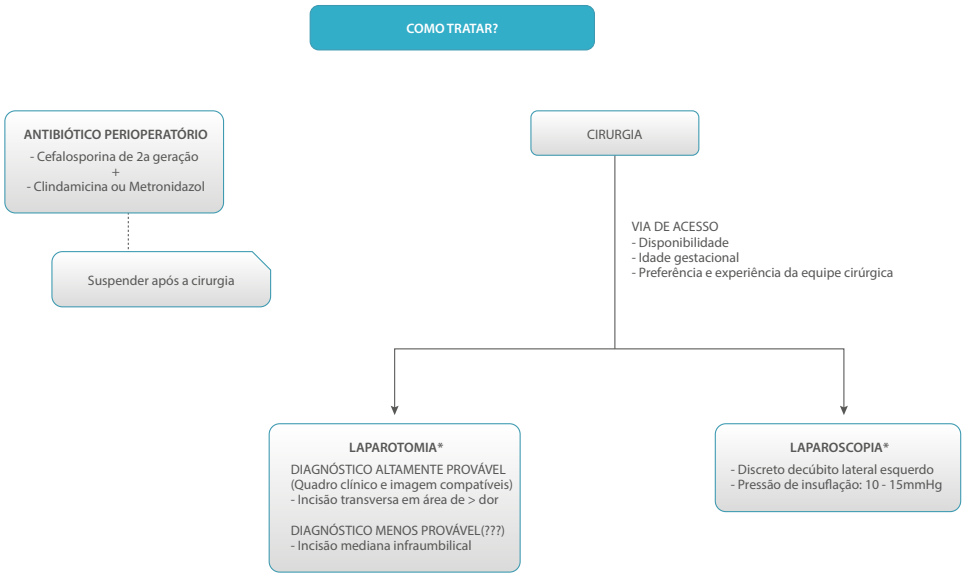
ALBERTO CARLOS MORENO ZACONETA



Como citar

Zaconeta AC. Apendicite na gestação – como diagnosticar [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 8. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

ALERTA: Relutância em operar gestantes aumenta risco de RUPTURA APENDICULAR ---> 20% de óbito fetal!!!



* Achado intraoperatório de gangrena, perfuração flegmão ou peritonite generalizada: ESTENDER TEMPO DE ANTIBIÓTICO

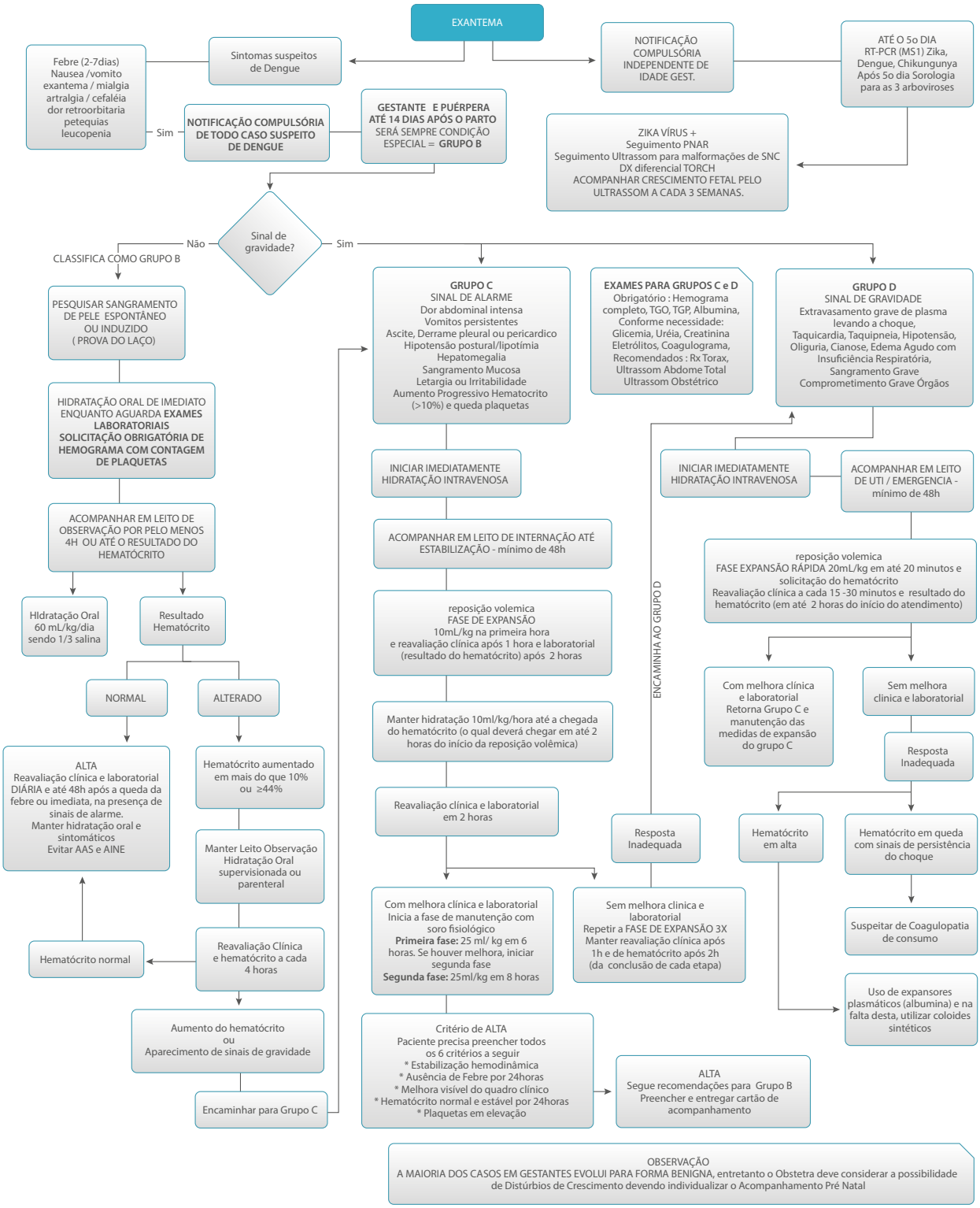
Referências bibliográficas

Cunningham F, LevenoKJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Williams Obstetrics. 26a ed. McGraw Hill LLC; 2022. p.1023.

Rebarber A, Jacob BP. Acute appendicitis in pregnancy. In: Lockwood CJ, Levine D, Weiser M, editors. UpToDate. Waltham, MA; Walter Kluver; 2023.

Como citar

Zaconeta AC. Apendicite na gestação – como tratar [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 9. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referência bibliográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias das Arboviroses. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.

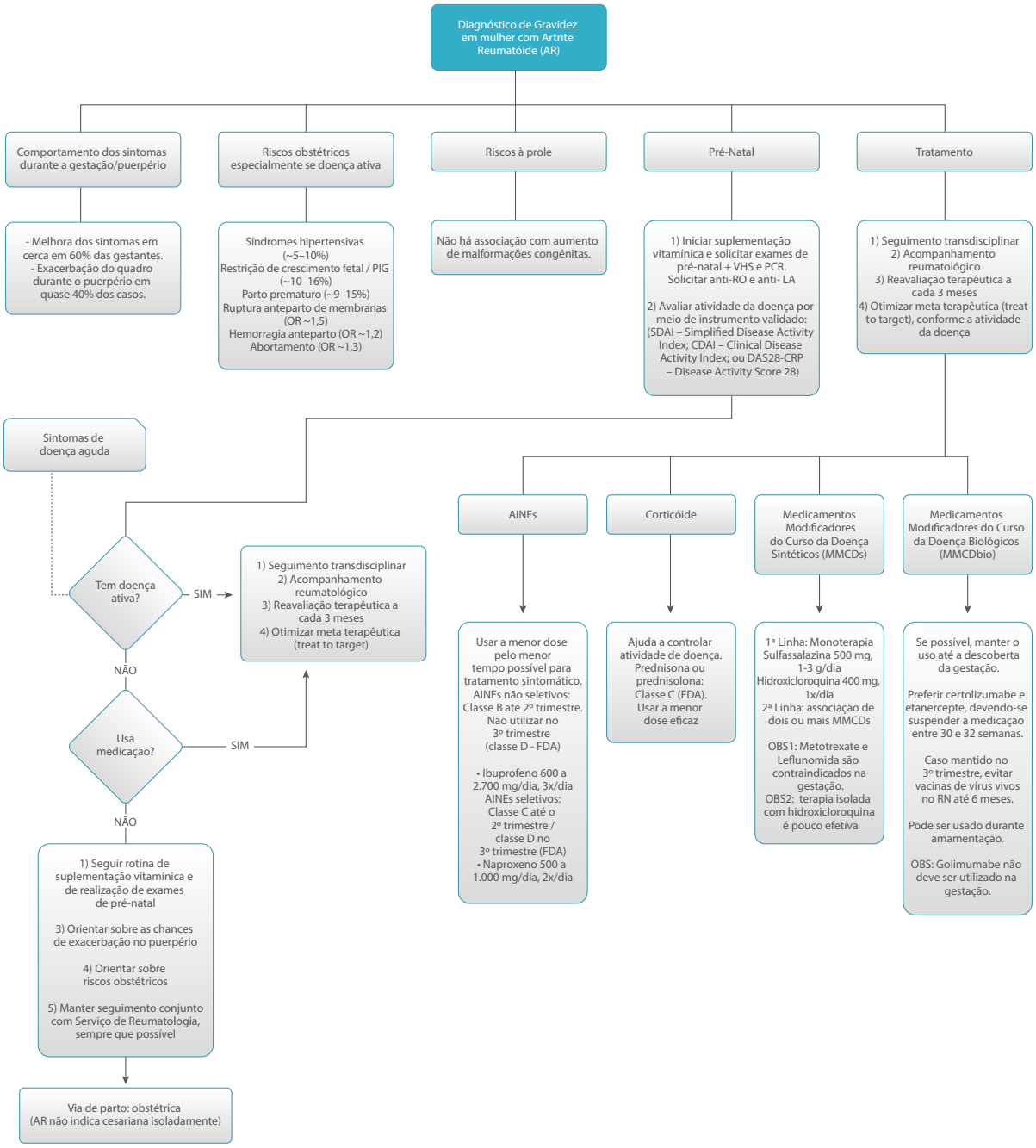
Brasil. Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 6a ed. Brasília(DF):Ministério da Saúde; 2024.

Como citar

Lavado MM. Arboviroses [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 10. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

ARTRITE REUMATÓIDE

EMILCY REBOUÇAS GONÇALVES, INESSA BERALDO DE ANDRADE BONOMI



Referências bibliográficas

Littlejohn EA. Pregnancy and rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020;64:52–8.

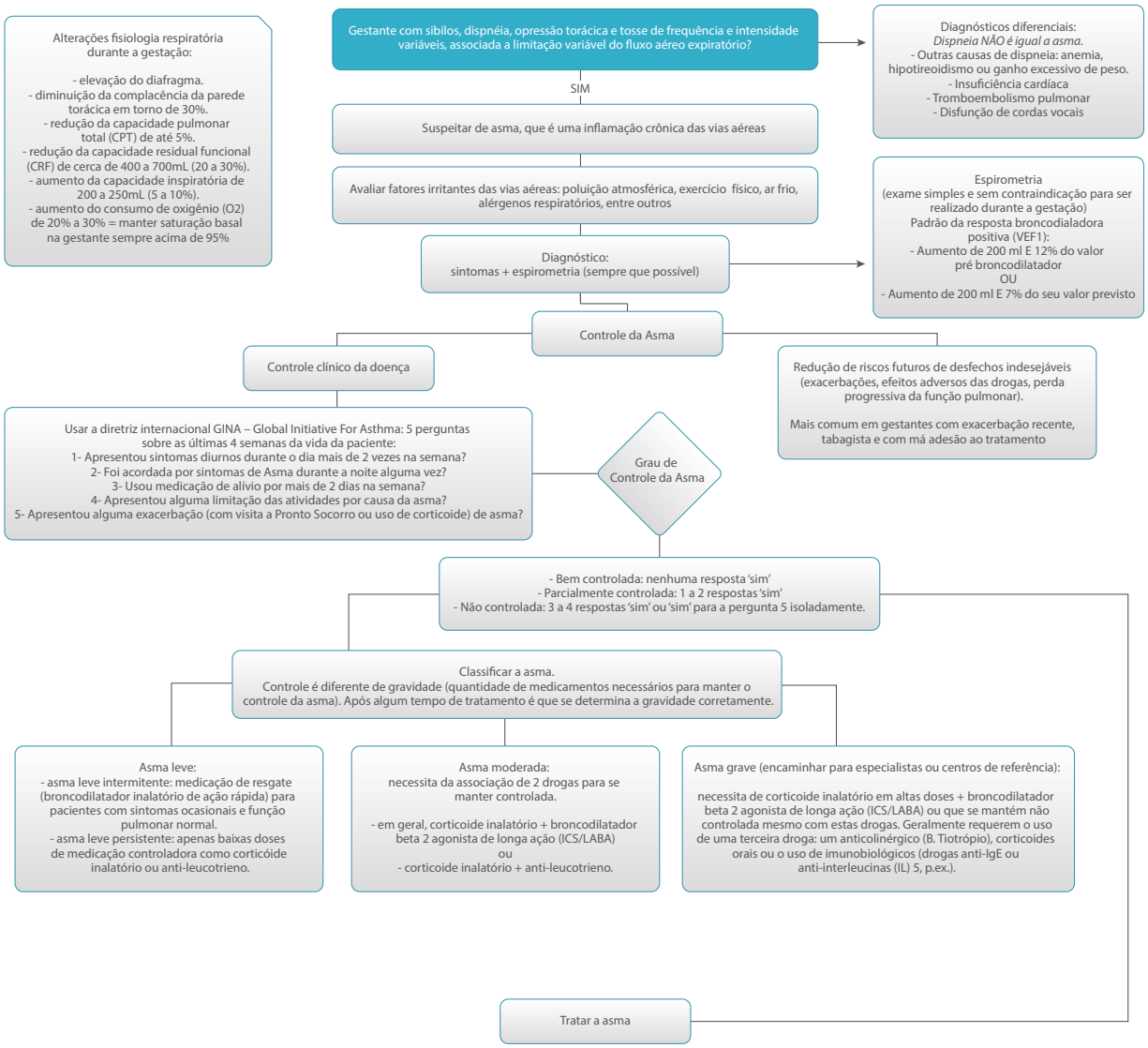
Jethwa H, Lam S, Smith C, Giles I. Does rheumatoid arthritis really improve during pregnancy? A systematic review and meta-analysis. J Rheumatol. 2019;46(3):245–50.

Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, Chambers C, Clowse ME, Lockshin MD, et al. 2020 American College of Rheumatology guideline for the management of reproductive health in rheumatic and musculoskeletal diseases. Arthritis Rheumatol. 2020;72(4):529–56.

Zhang Y, Li Y, Ding J, Zhang Y. Pregnancy outcomes in women with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Clin Rheumatol. 2022;41:1559–70.

Como citar

Gonçalves ER, Bonomi IB. Artrite reumatóide [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 11. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Asma e gravidez. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO- Obstetrícia, n. 42/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

Global Initiative for Asthma. GINA Committee. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2022 Update. 2022. p. 225. [cited 2023 Sep 15]. Available from: http://www.ginasthma.org

Bonomi IB, Cordeiro-Junior G, Rioga GM, Cruz GM. Afecções respiratórias: asma, rinite alérgica e tuberculose. In: Silva CH, Osanan GC, Bonomi IB, editores. Manual SOGIMIG de gravidez e puerpério de alto risco. Edição padrão. Belo Horizonte: SOGIMIG; 2021.

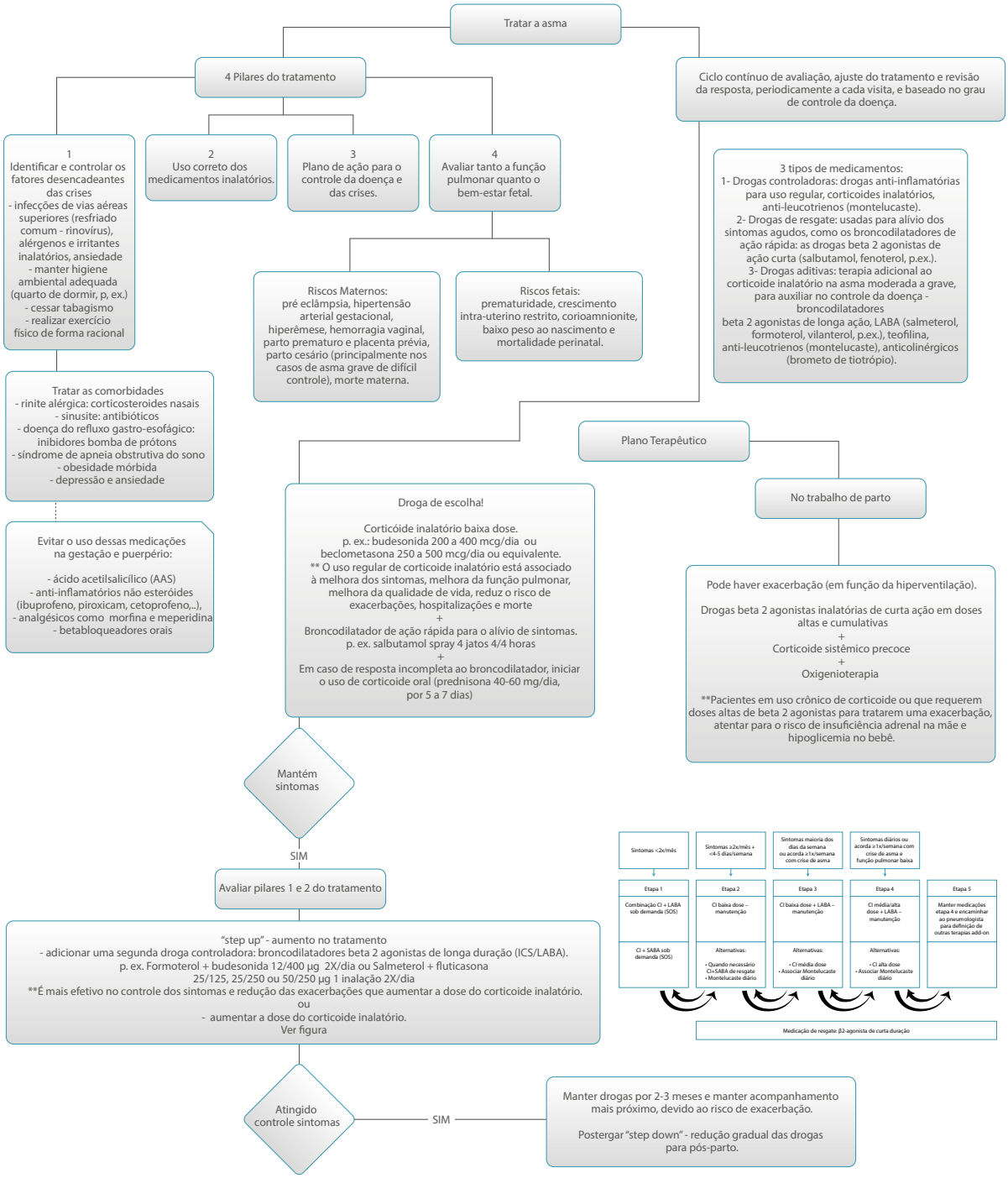
Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 713: Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. Obstet Gynecol. 2017 ;130(2):e102-e109.

Como citar

Bonomi IB. Asma [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 12. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

ASMA - TRATAMENTO

INESSA BERALDO DE ANDRADE BONOMI



Referências bibliográficas

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Asma e gravidez. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO- Obstetrícia, n. 42/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2025 Update. 2025. p. 225. [cited 2026 Feb 8]. Available from: http://www.ginasthma.org

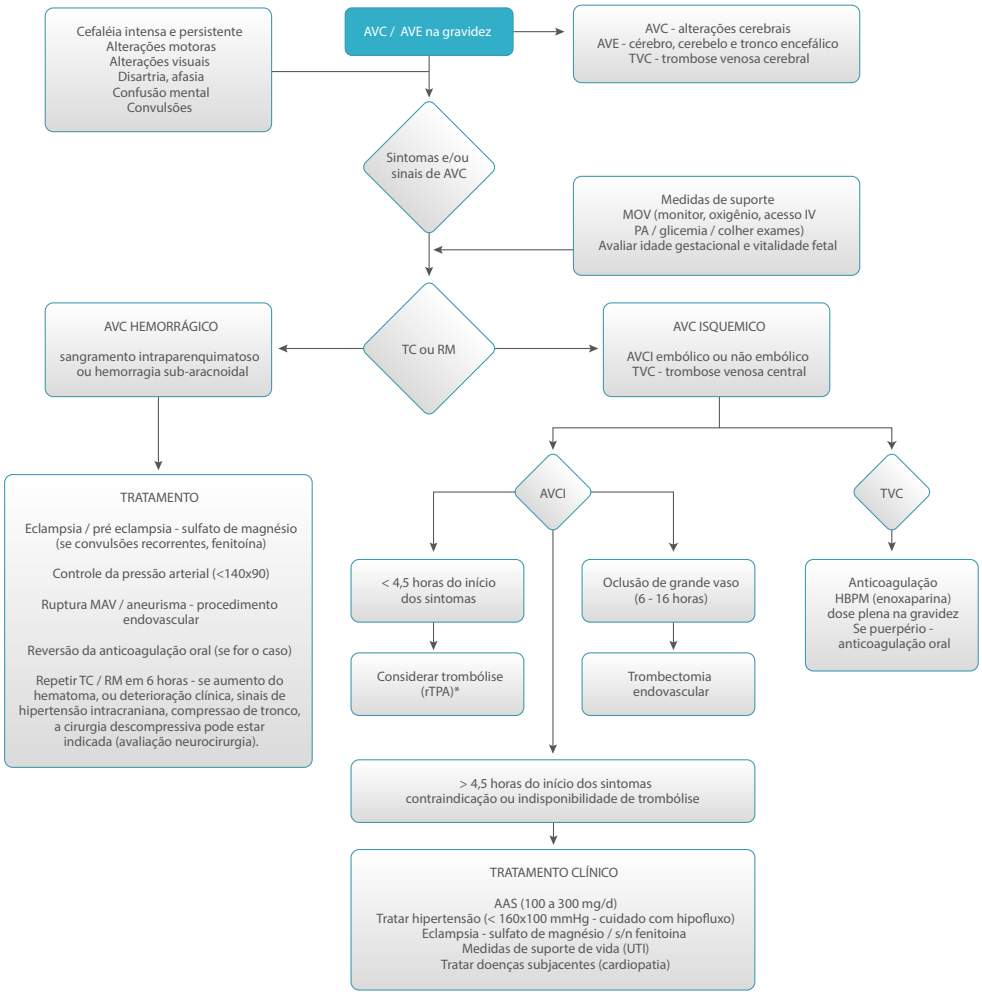
Bonomi IB, Cordeiro-Junior G, Rioga GM, Cruz GM. Afecções respiratórias: asma, rinite alérgica e tuberculose. In: Silva CH, Osanan GC, Bonomi IB, editores. Manual SOGIMIG de gravidez e puerpério de alto risco. Edição padrão. Belo Horizonte: SOGIMIG; 2021.

Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 713: Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. Obstet Gynecol. 2017 ;130(2):e102-e109.

Souza RT, Bonomi IBA, Maganha CA, Ferreira EC, Solha STG, Vetorazzi J, et al. Asma e gestação. Femina. 2025;53(6):800-12.

Como citar

Bonomi IB. Asma - tratamento [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 13. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



FATORES DE RISCO

Hipertensão na gravidez
Diabetes / dislipidemia
Cardiopatia (fibrilaçao atrial, forame oval pérvio)
Endocardite infecciosa
Trombofilia
Anemia falciforme
Obesidade / sedentarismo
Tabagismo, cocaína
Medicamentos (alcalóides do ergot, anticoagulantes)

* CONTRA INDICAÇÕES DE TROMBÓLISE

a) Uso de anticoagulantes orais com tempo de pró-trombina (TP) >15 segundos (RNI>1,7);
b) Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPa elevado;
c) AVC isquêmico ou traumatismo crânio-encefálico grave nos últimos 3 meses;
d) História pregressa de alguma forma de hemorragia intracraniana ou de malformação vascular cerebral;
e) TC de crânio com hipodensidade precoce igual ou maior do que um terço do território da artéria cerebral média;
f) PA sistólica >=185 mmHg ou PA diastólica >=110 mmHg (em 3 ocasiões, com 10 minutos de intervalo) refratária ao tratamento antihipertensivo;
g) Melhora rápida e completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise;
h) Déficits neurológicos leves (sem repercussão funcional significativa);
i) Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo dentro das últimas 2 semanas;
j) Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal (nas últimas 3 semanas), ou história de varizes esofagianas;
k) Punção arterial em local não compressível na última semana;
l) Coagulopatia com TP prolongado (RNI>1,7), TTPa elevado, ou plaquetas <100000/mm3 ;
m) Glicemia < 50 mg/dl com reversão dos sintomas após a correção;
n) Evidência de endocardite ou êmbolo séptico;
o) Infarto do miocárdio recente (3 meses).
p) Suspeita clínica de hemorragia subaracnóide ou dissecção aguda de aorta.

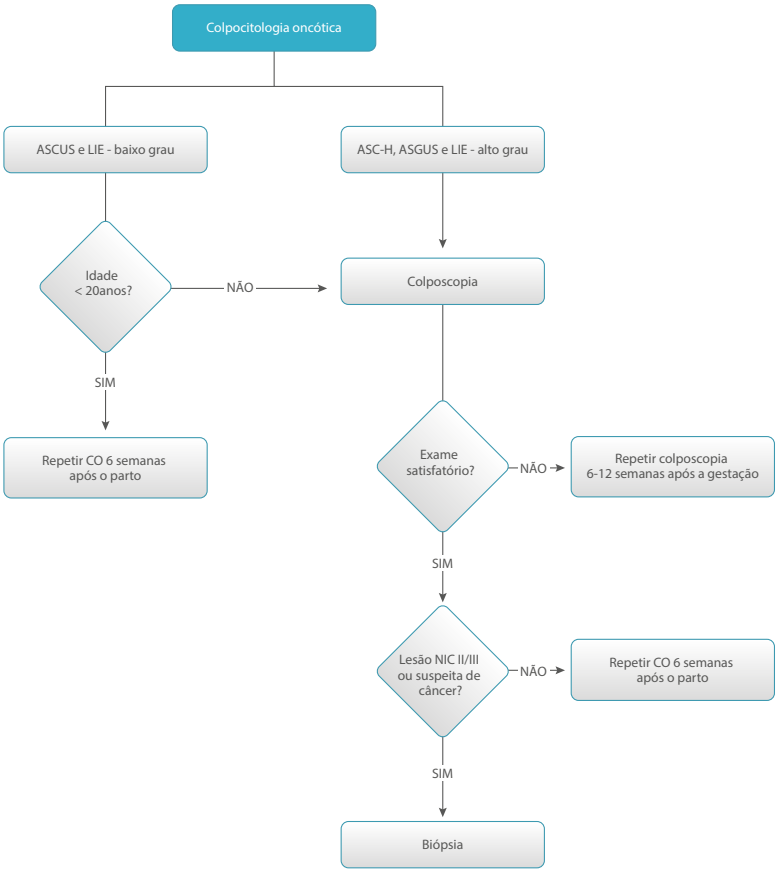
rTPA: Ativador do plasminogênio tecidual recombinante

Referências bibliográficas

Elgendy IY, Bukhari S, Barakat AF, Pepine CJ, Lindley KJ, Miller EC; American College of Cardiology Cardiovascular Disease in Women Committee. Maternal stroke: A call for action. Circulation. 2021;143(7):727–38.
Kremer C, Gdovinova Z, Bejot Y, Heldner MR, Zuurbier S, Walter S, et al. European Stroke Organisation guidelines on stroke in women: management of menopause, pregnancy and postpartum. Eur Stroke J. 2022;7(2):I–XIX.
Pacheco LD, Hankins GD, Saad AF, Saade GR. Acute Management of Ischemic Stroke During Pregnancy. Obstet Gynecol. 2019;133(5):933–9.
Zambrano MD, Miller EC. Maternal stroke: an update. Curr Atheroscler Rep. 2019;21(9):33.

Como citar

Bortolotto MR. AVC na gravidez [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 14. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

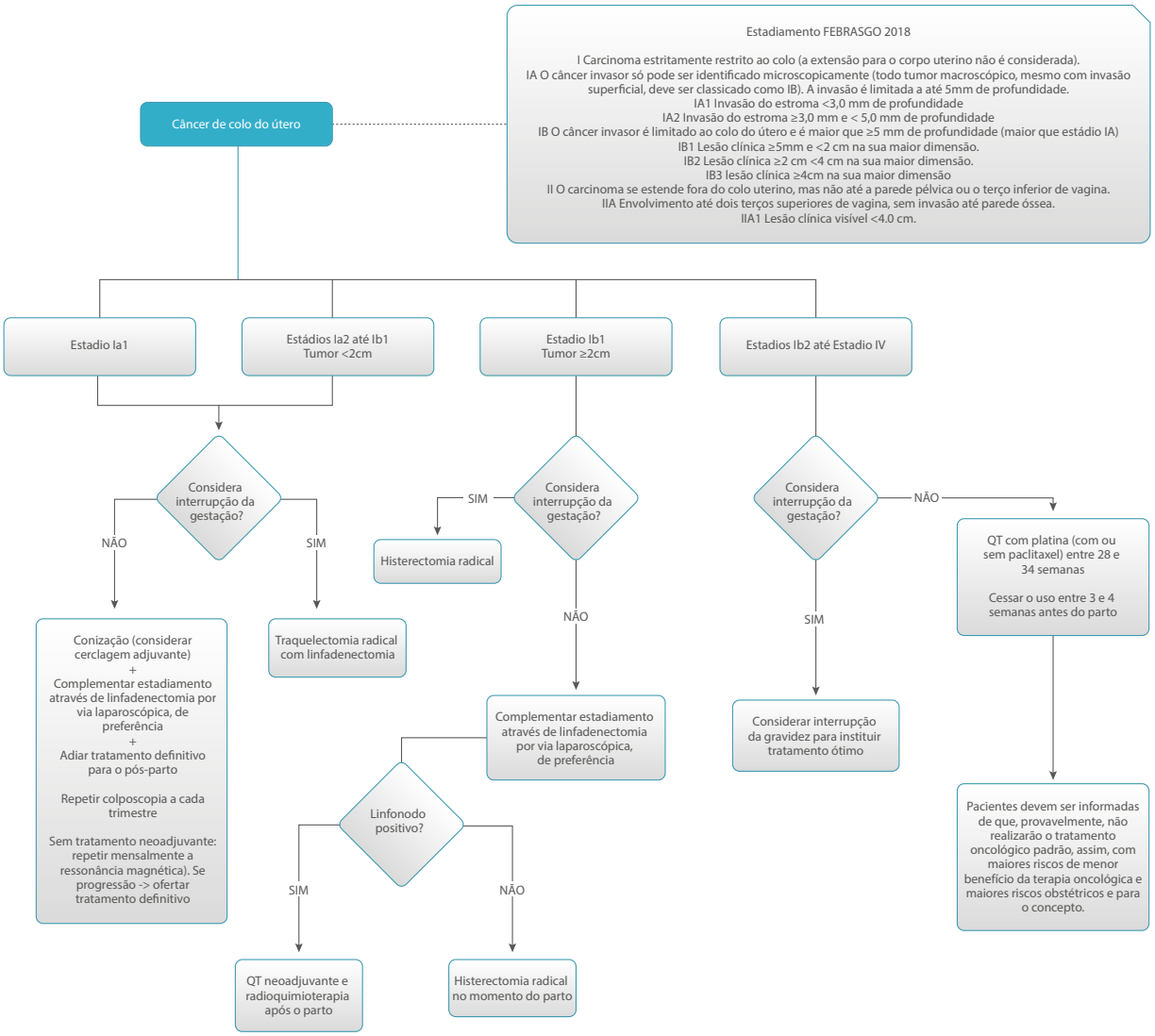


Como citar

Souza RT. Câncer de colo de útero – rastreamento e diagnóstico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 15. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO - TRATAMENTO

RENATO TEIXEIRA SOUZA



Referências bibliográficas

Derchain SF, Costa LB, Jales RM, Resende LS. Câncer do colo do útero. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no.114/ Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica).

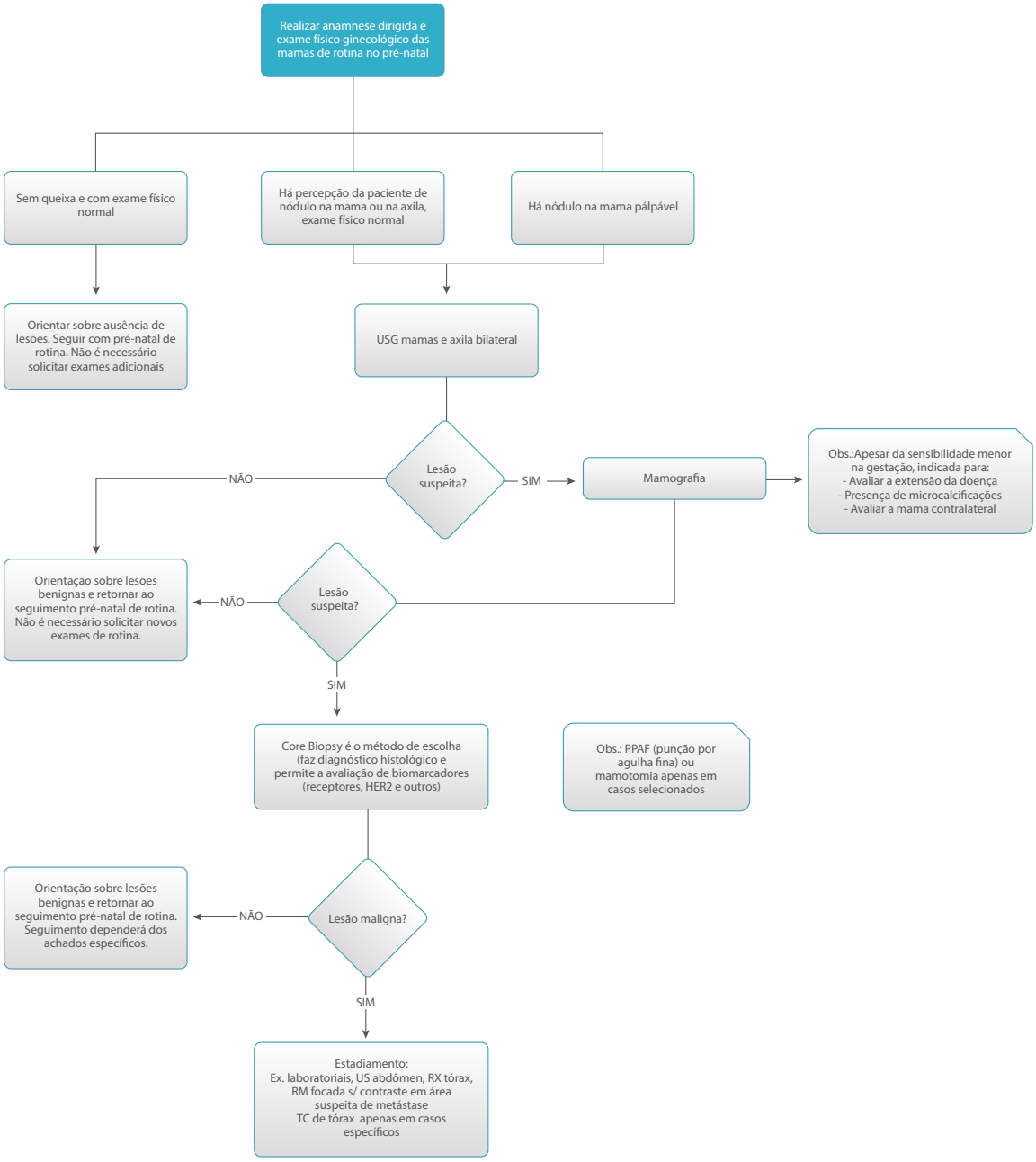
Silva AS, Jesus CR, Lima JT, Moraes Filho OB. Câncer de mama e de colo de útero durante a gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 51/ Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica).

Como citar

Souza RT. Câncer de colo de útero – tratamento [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 16. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

CÂNCER DE MAMA - RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

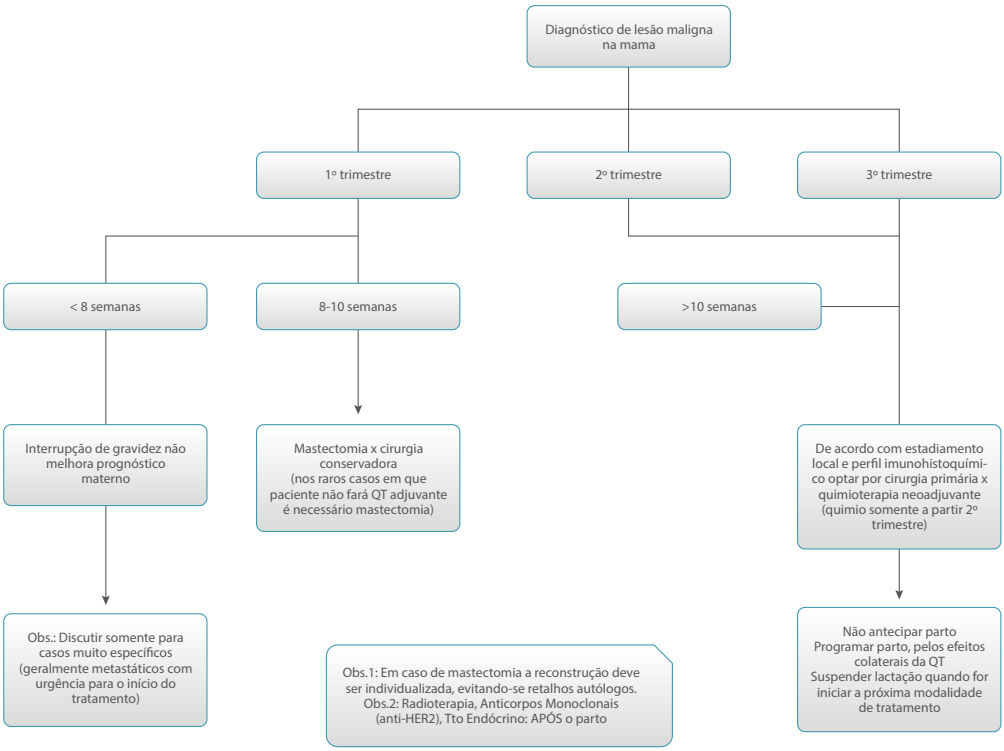
ROSIANE MATTAR



Como citar

Mattar R. Câncer de mama - rastreamento e diagnóstico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 17. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

ROSIANE MATTAR



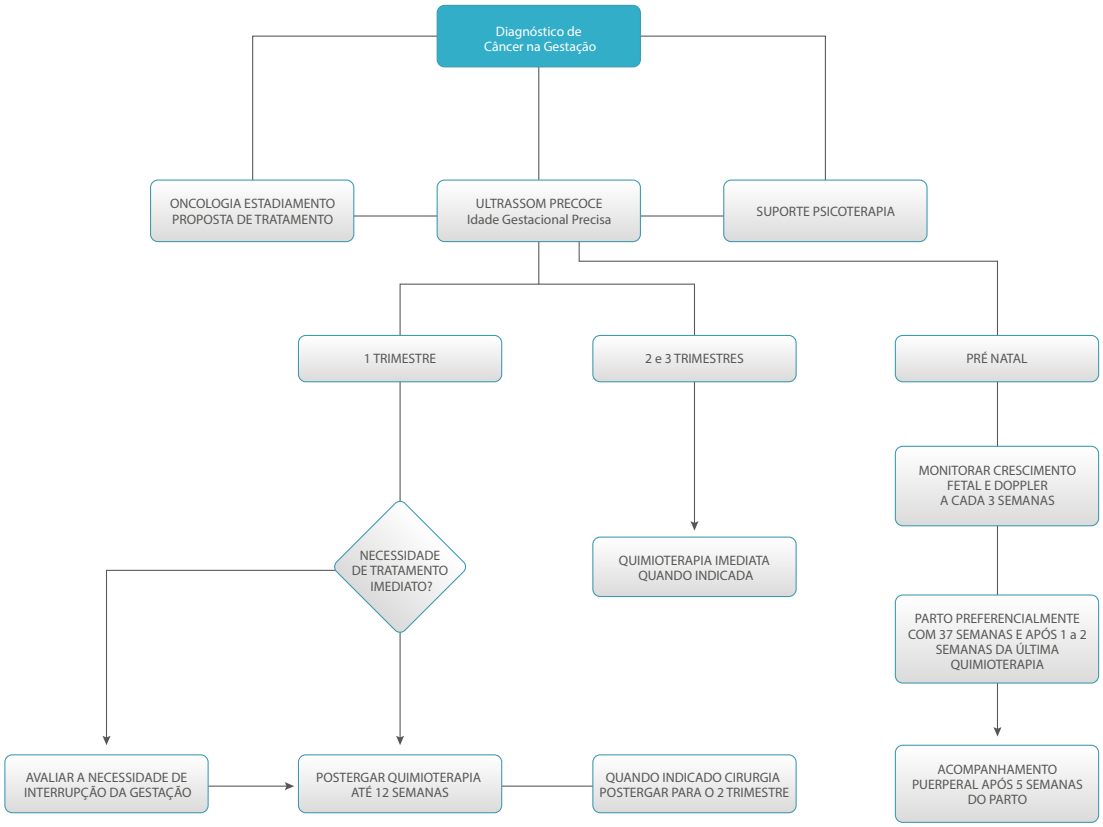
Referências bibliográficas

Boere I, Lok C, Poortmans P, Koppert L, Painter R, Vd Heuvel-Eibrink MM, et al. Breast cancer during pregnancy: epidemiology, phenotypes, presentation during pregnancy and therapeutic modalities. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2022;82:46-59.

Rojas KE, Bilbro N, Manasseh DM, Borgen PI. A review of pregnancy-associated breast cancer: diagnosis, local and systemic treatment, and prognosis. J Womens Health (Larchmt). 2019;28(6):778-784

Como citar

Souza RT. Câncer de colo de útero – tratamento [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 18. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de gestação de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.

Carvalho CM, Candido EB, Furtado RS, Almeida JV, Silva Filho AL. Aspectos clínicos do câncer durante o período gestacional. Desafios diagnósticos e terapêutico. Femina. 2022;50(10):582-8.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Gestação de alto risco: manual de orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2019.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de pré-natal de alto risco. São Paulo: FEBRASGO; 2015;

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2021.

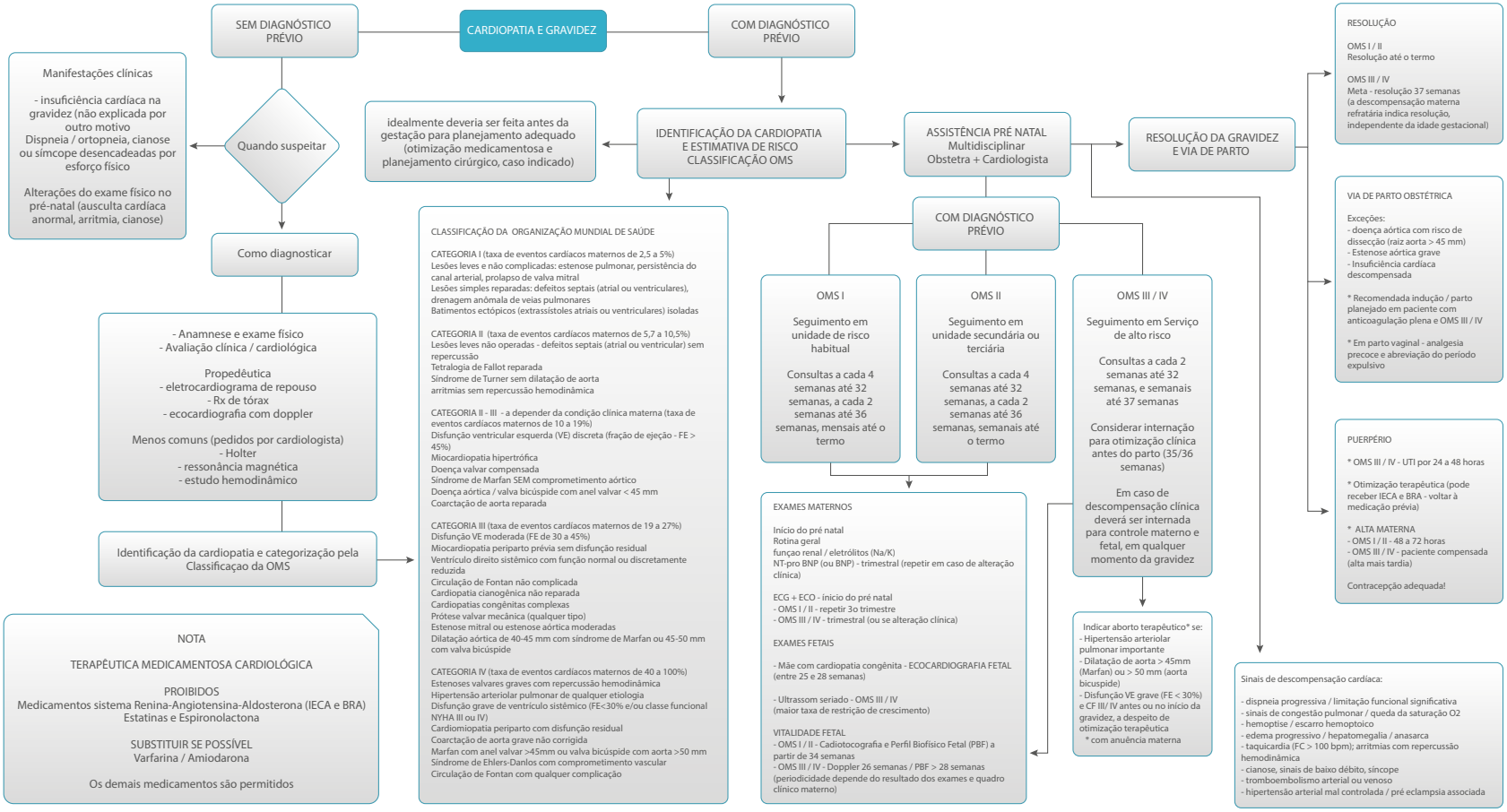
Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). Diretrizes para tratamento sistêmico de neoplasias na gravidez. São Paulo: SBOC; 2023.

Cancer in pregnancy: management overview. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2024.

Como citar

Lavado MM. Câncer na gestação – aspectos gerais [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 19. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

MARIA RITA DE FIGUEIREDO LEMOS BORTOLOTTO



Referências bibliográficas

Avila WS, Alexandre ER, Castro ML, Lucena AJ, Marques-Santo C, Freire CM, et. al. Posicionamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia para gravidez e planejamento familiar na mulher portadora de cardiopatia – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020; 114(5):849-942.

Bortolotto M, Testa C. Intercorrências clinico-cirúrgicas - doenças cardiovasculares. In: Zugaib M, Francisco R, editores. Zugaib Obstetricia. 4th ed. Barueri [SP]: Manole; 2020. p. 884–908.

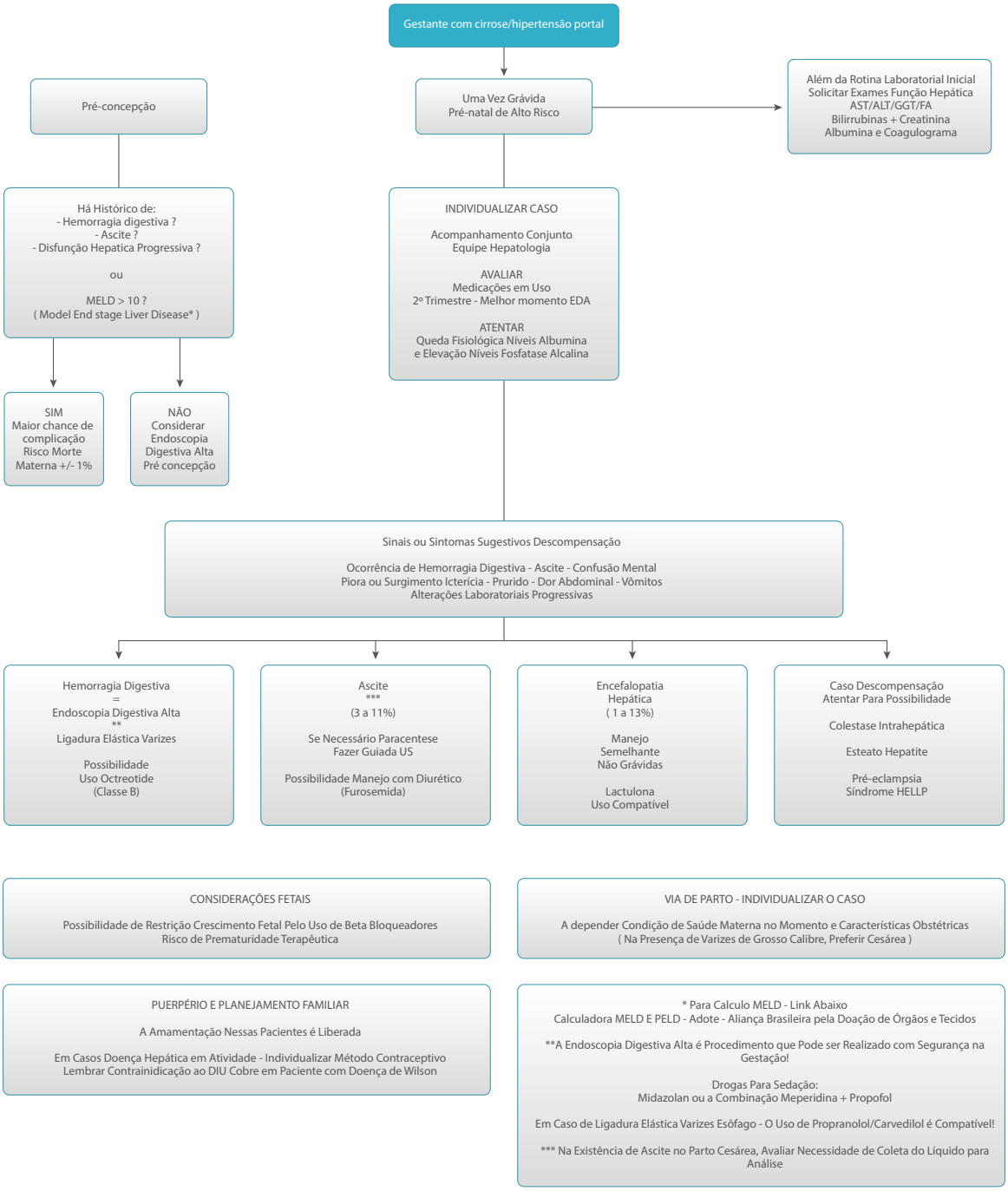
Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, Blomstrom-Lundqvist C, Cifkova R, De Bonis M, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. Kardiol Pol. 2019;77(3):245-326.

Como citar

Bortolotto MR. Cardiopatias [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 20. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

CIRROSE HEPÁTICA / HIPERTENSÃO PORTAL - AVALIAÇÃO E MANEJO

FELIPE FAVORETTE CAMPANHARO, ANA CRISTINA PEREZ ZAMARIAN



Referências bibliográficas

Rahim MN, Pirani T, Williamson C, Heneghan MA. Management of pregnancy in women with cirrhosis. United European Gastroenterol J. 2021;9(1):110-9.

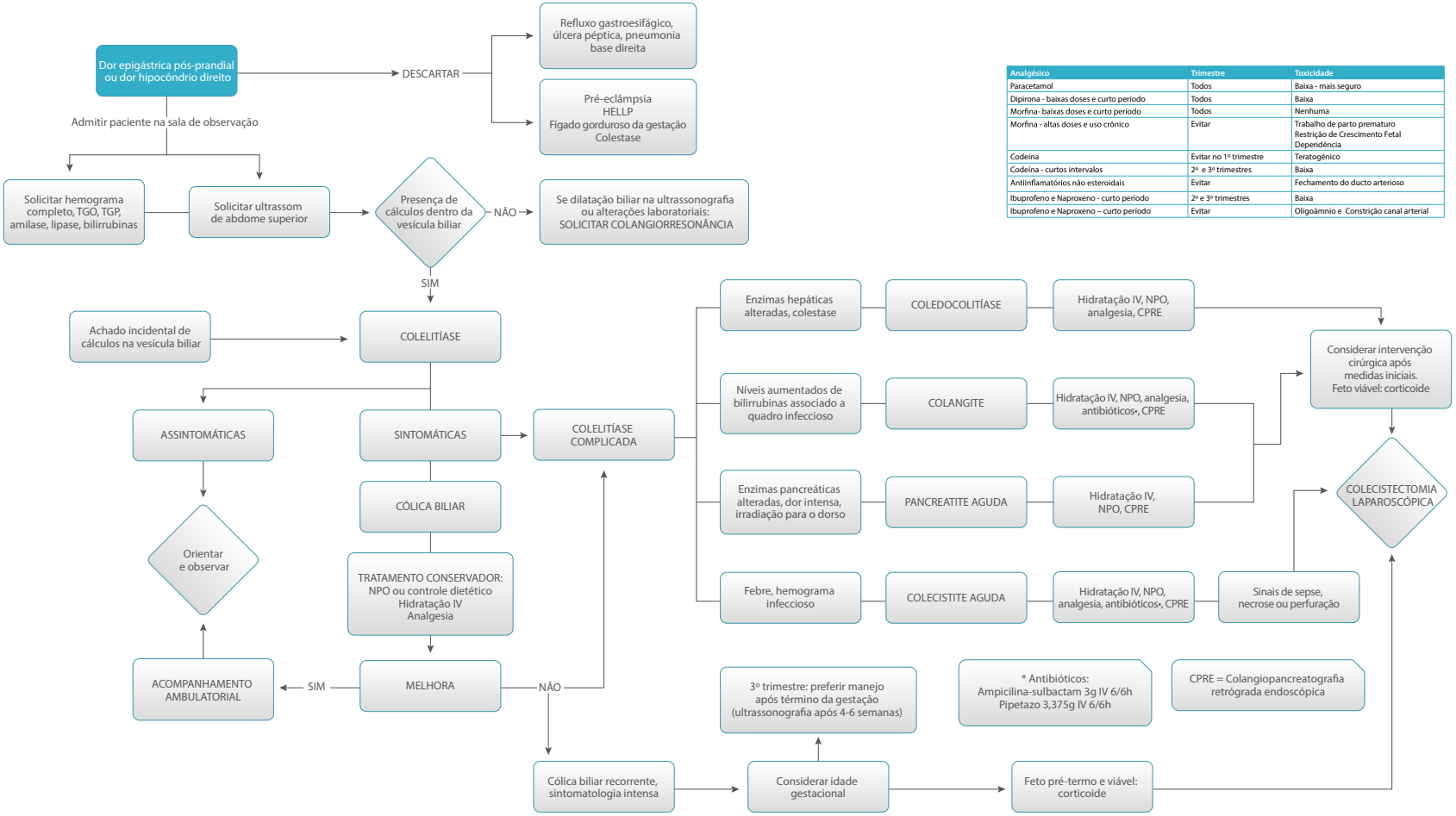
van der Slink LL, Scholten I, van Etten-Jamaludin FS, Takkenberg RB, Painter RC. Pregnancy in women with liver cirrhosis is associated with increased risk for complications: A systematic review and meta-analysis of the literature. BJOG. 2022;129(10):1644-52.

Como citar

Campanharo FF, Zamarian AC. Cirrose hepática / Hipertensão portal - avaliação e manejo [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 21. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

COLELITÍASE E COLECISTITE

FERNANDA SANTOS GROSSI



Analgésico	Trimestre	Toxicidade
Paracetamol	Todos	Baixa - mais seguro
Dipirona - baixas doses e curto período	Todos	Baixa
Morfina- baixas doses e curto período	Todos	Nenhuma
Morfina - altas doses e uso crônico	Evitar	Trabalho de parto prematuro Restrição de Crescimento Fetal Dependência
Codeína	Evitar no 1º trimestre	Teratogênico
Codeína - curtos intervalos	2º e 3º trimestres	Baixa
Antiinflamatórios não esteroidais	Evitar	Fechamento do ducto arterioso
Ibuprofeno e Naproxeno - curto período	2º e 3º trimestres	Baixa
Ibuprofeno e Naproxeno – curto período	Evitar	Oligoâmnio e Constrição canal arterial

Referências bibliográficas

Schwulst SJ, Son M. Management of gallstone disease during pregnancy. JAMA Surg. 2020 ;155(12):1162–3.

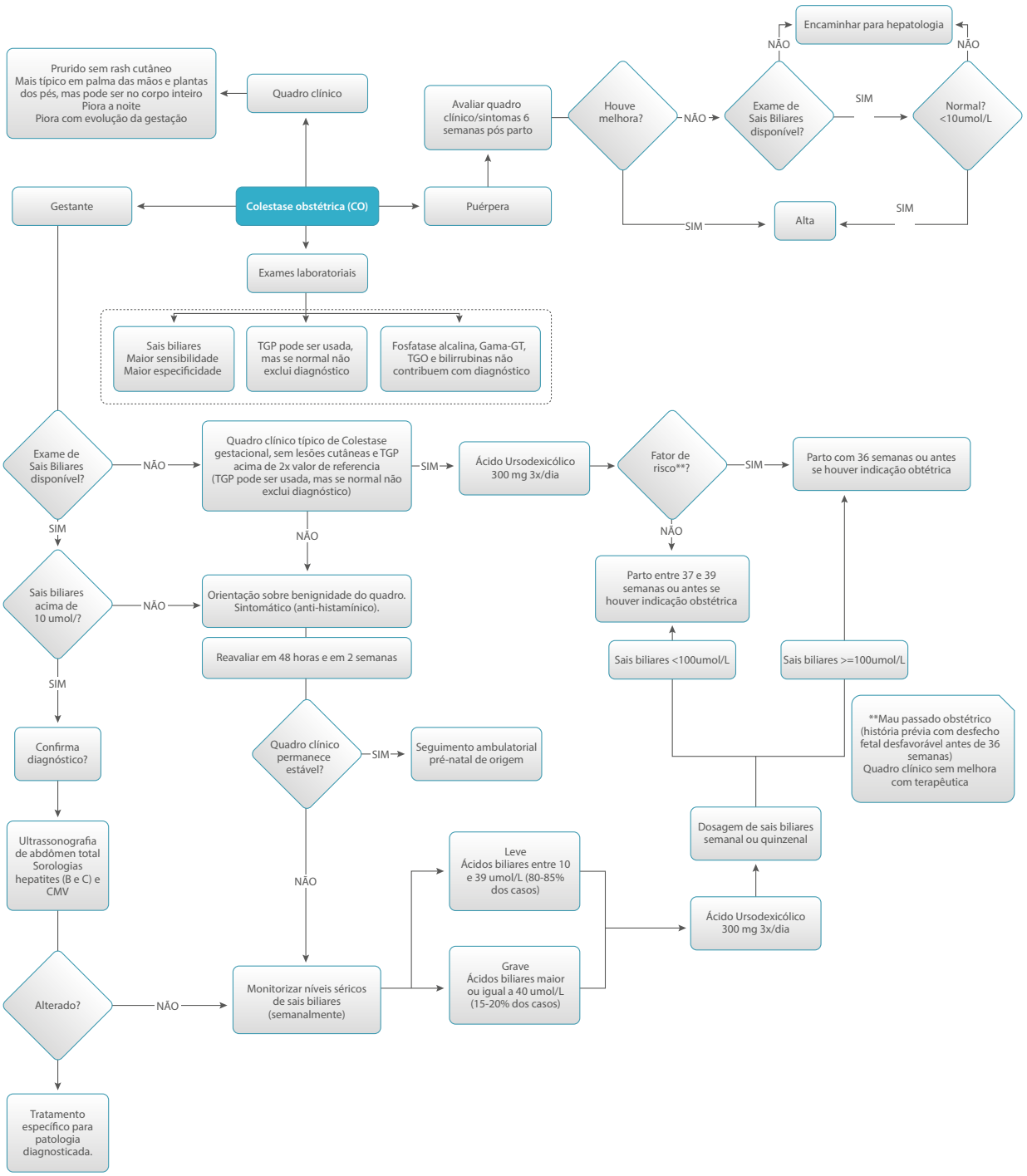
Hess E, Thumbadoo RP, Thorne E, McNamee K. Gallstones in pregnancy. Br J Hosp Med (Lond). 2021;82(2):1–8.

Rios-Diaz AJ, Oliver EA, Bevilacqua LA, Metcalfe D, Yeo CJ, Berghella V, et al. Is it safe to manage acute cholecystitis nonoperatively during pregnancy?: A nationwide analysis of morbidity according to management strategy. Ann Surg. 2020 ;272(3):449–56. Erratum in: Ann Surg. 2021;273] [5] :e184-e187.

Como citar

Grossi FS. Colelitíase e Colecistite [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 22. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

ARLLEY CLEVERSON BELO DA SILVA; SARA TOASSA GOMES SOLHA



Referências bibliográficas

Geenes V, Chappell LC, Seed PT, Steer PJ, Knight M, Williamson C. Association of severe intrahepatic cholestasis of pregnancy with adverse pregnancy outcomes: a prospective population-based case-control study. Hepatology. 2014;59(4):1482–91.

Bacq Y, Sentilhes L, Reyes HB, Glantz A, Kondrackiene J, Binder T, et al. Efficacy of ursodeoxycholic acid in treating intrahepatic cholestasis of pregnancy: a meta-analysis. Gastroenterology. 2012;143(6):1492–501.

Cui D, Zhong Y, Zhang L, Du H. Bile acid levels and risk of adverse perinatal outcomes in intrahepatic cholestasis of pregnancy: A meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res. 2017;43(9):1411–20.

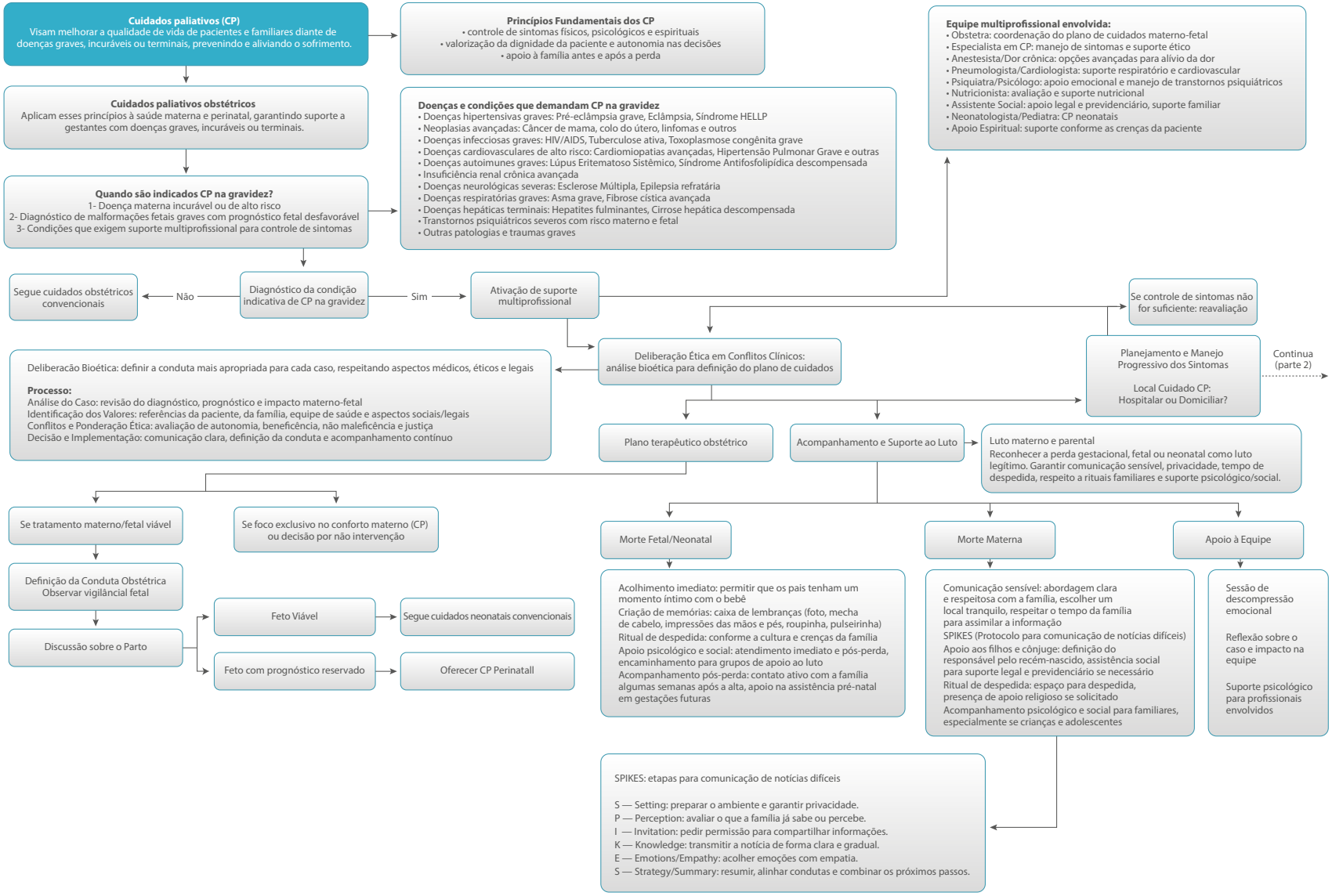
Wikström Shemer E, Marschall HU, Ludvigsson JF, Stephansson O. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and associated adverse pregnancy and fetal outcomes: a 12-year population-based cohort study. BJOG. 2013;120(6):717–23.

Como citar

da Silva AC, Solha ST. Colestase obstétrica [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 23. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

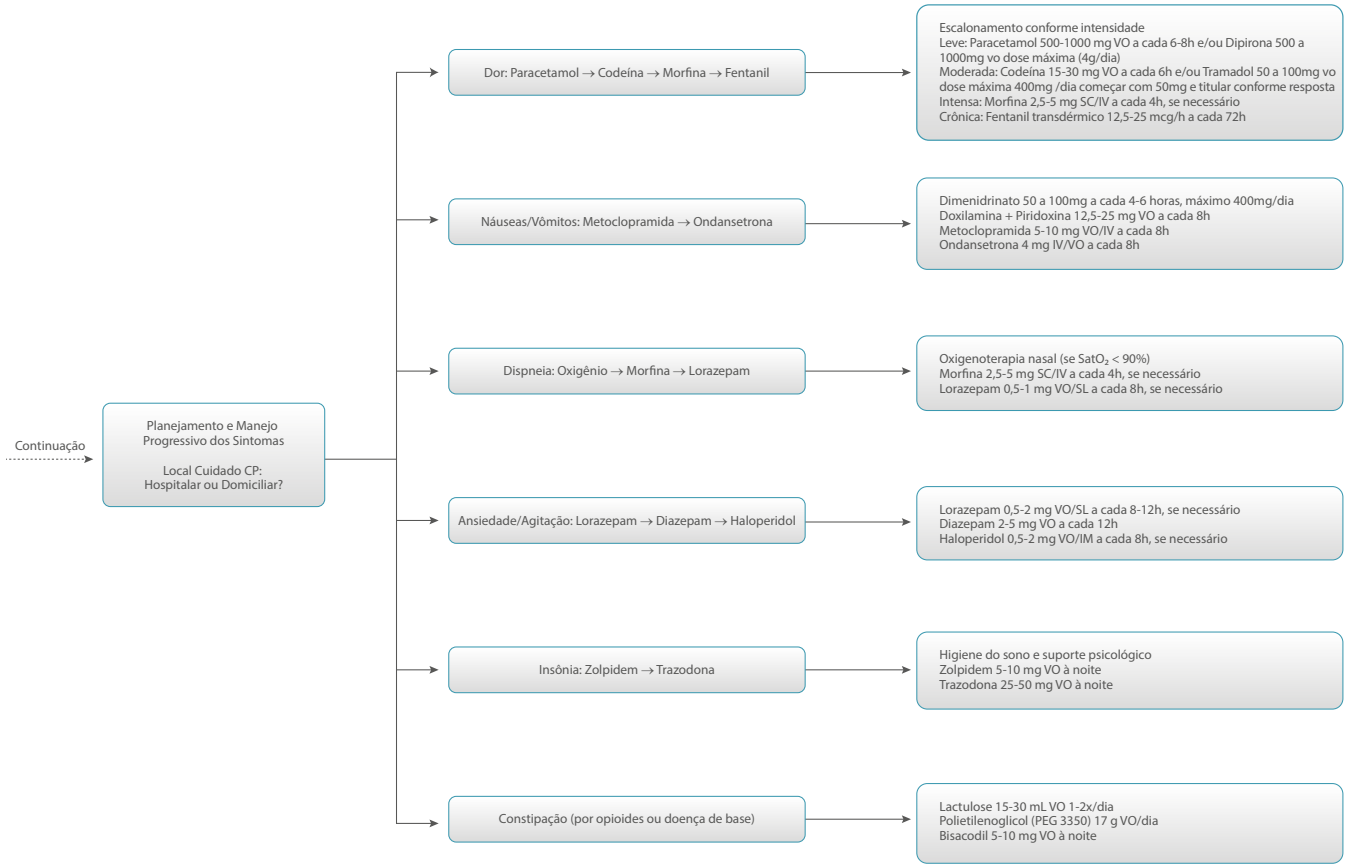
CUIDADOS PALIATIVOS NA GRAVIDEZ - PARTE 1

INESSA BERALDO DE ANDRADE BONOMI



Como citar

Bonomi IB. Cuidados paliativos na gravidez - parte 1 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 24. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Castilho RK, Da Silva VC, Pinto CS, editores. Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 3a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021.

Brasil. Lei nº 15.139, de 23 de maio de 2025. Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 maio 2025.

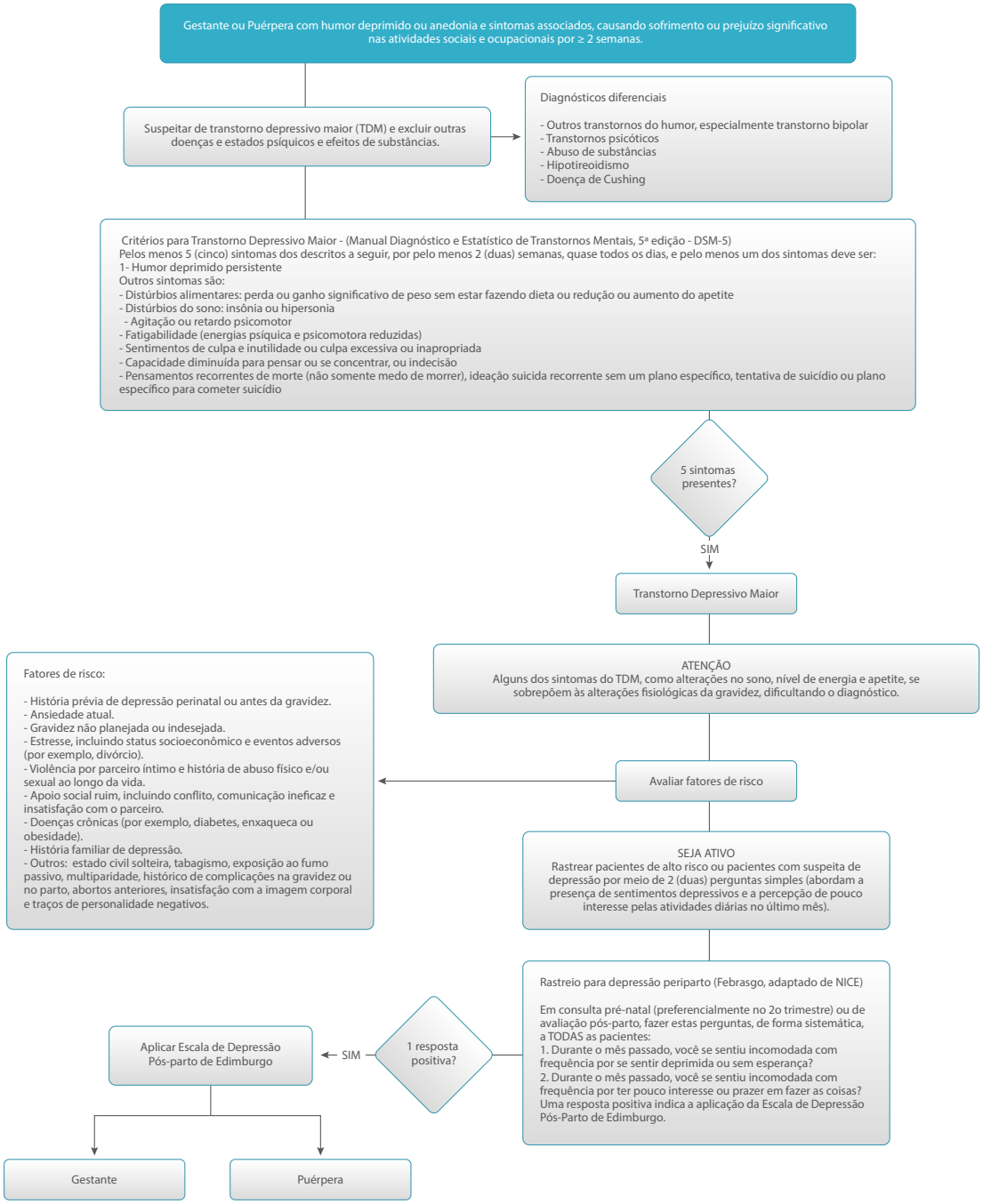
Brasil. Ministério da Saúde. Manual de cuidados paliativos. 2ª ed rev ampl. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023. [citado 2026 Jan 8]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view

Dalla Nora CR, Zoboli EL, Vieira MM. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bioét. 2015; 23 (1):114-23

Como citar

Bonomi IB. Cuidados paliativos na gravidez - parte 2 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 25. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

INESSA BERALDO DE ANDRADE BONOMI



Referências bibliográficas

Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Psychol Med. 1996;26(1):135-41.

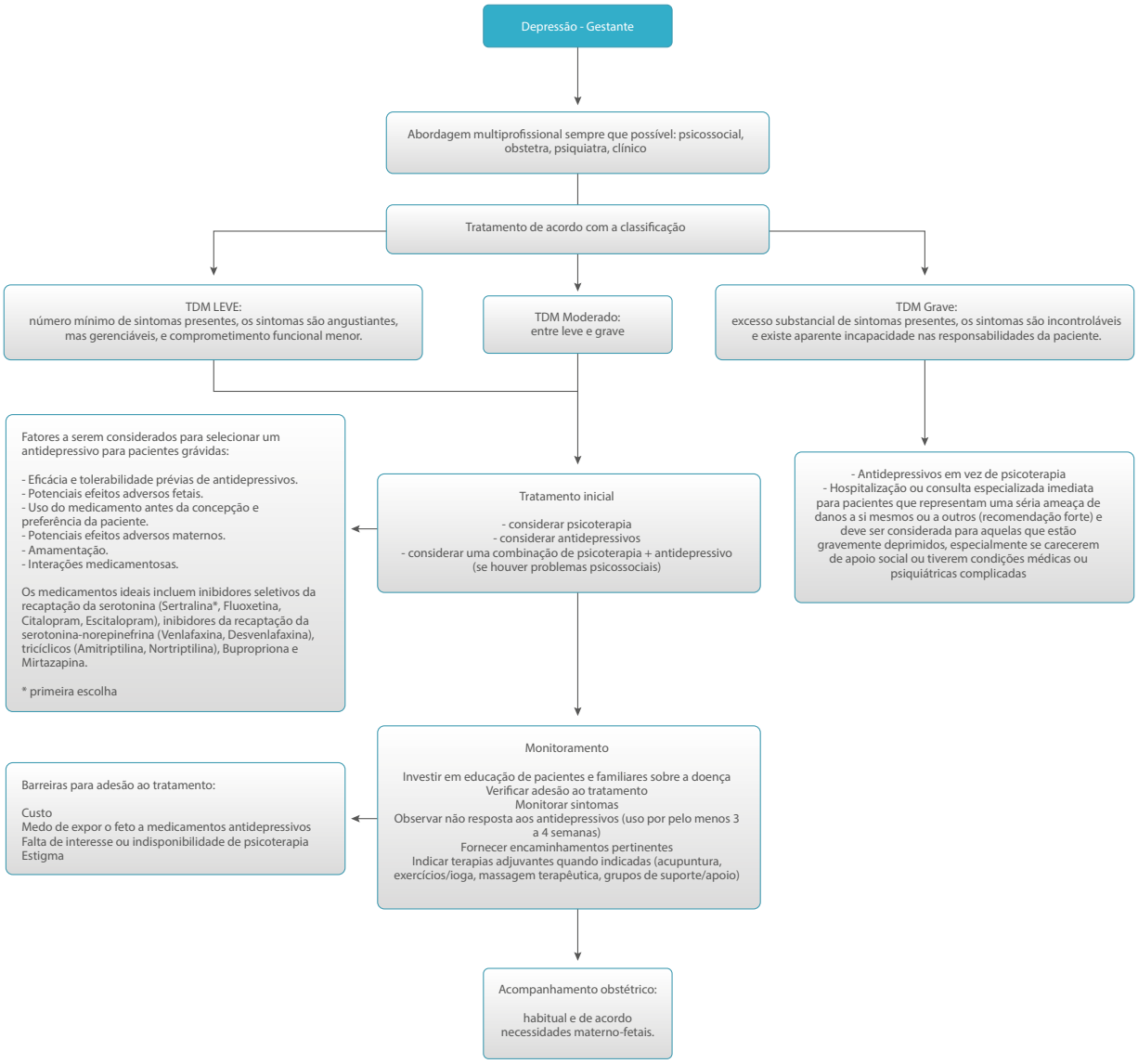
Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Gravidez e depressão. 3a ed. São Paulo: FEBRASGO; 2025. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia; n. 10/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

Grigoriades S. Unipolar major depression during pregnancy: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis [last updated: Nov 24, 2025]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2025.

Como citar

Bonomi IB. Depressão [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 26. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Psychol Med. 1996;26(1):135-41.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.

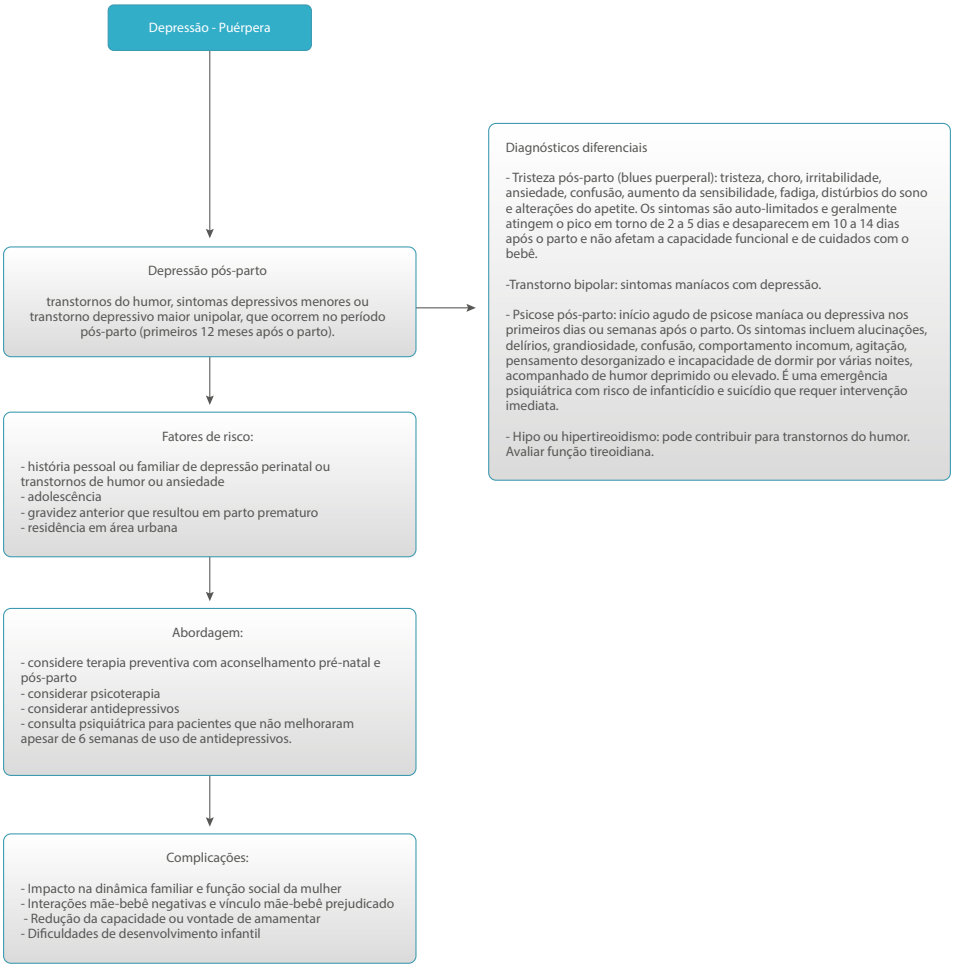
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Gravidez e depressão. 3a ed. São Paulo: FEBRASGO; 2025. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia; n. 10/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

Grigoriades S. Unipolar major depression during pregnancy: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis [last updated: Nov 24, 2025]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2025.

Como citar

Bonomi IB. Depressão - Gestante [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 27. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

INESSA BERALDO DE ANDRADE BONOMI



Referências bibliográficas

Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Psychol Med. 1996;26(1):135-41.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Gravidez e depressão. 3a ed. São Paulo: FEBRASGO; 2025. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia; n. 10/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

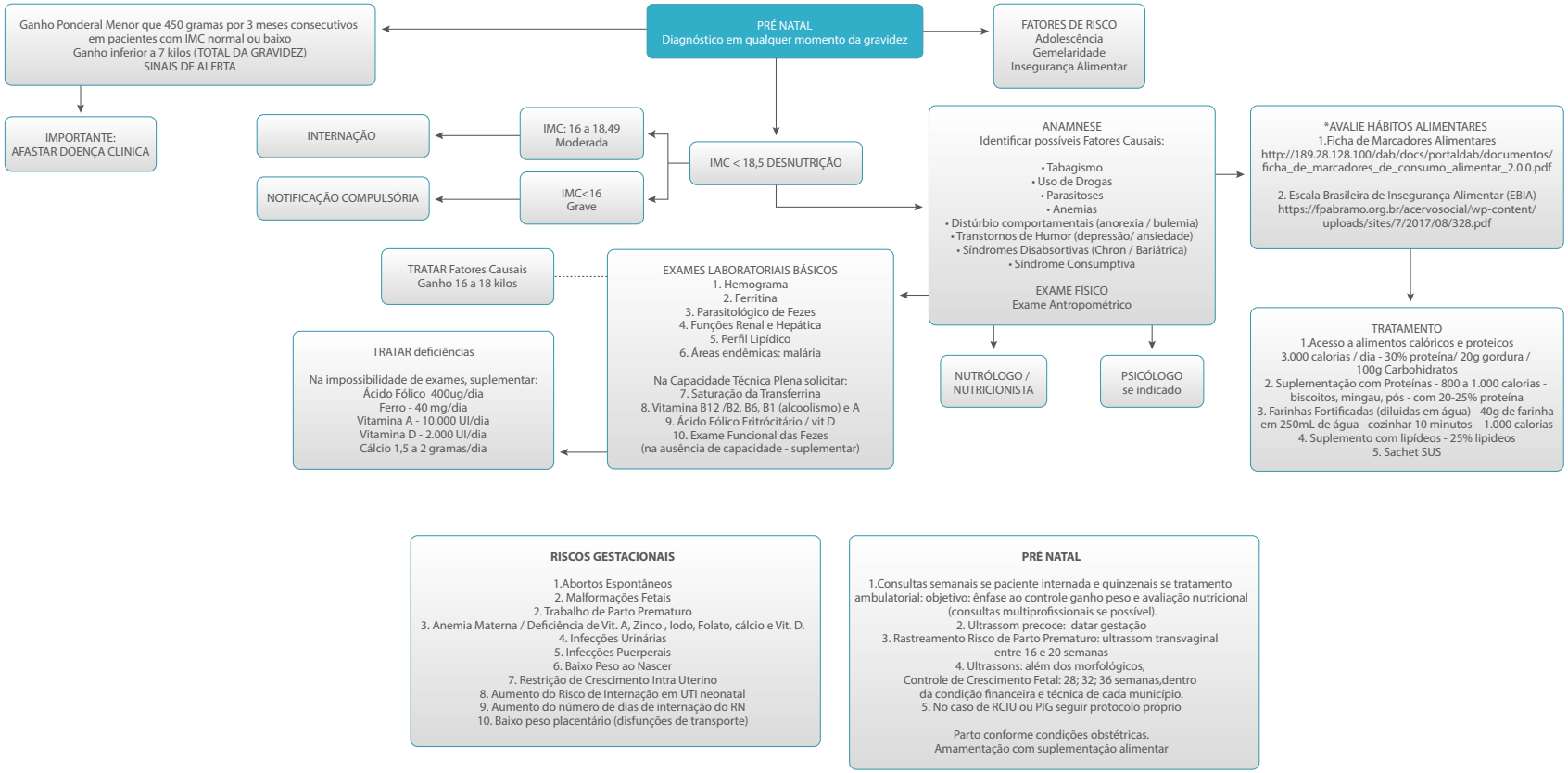
Grigoriades S. Unipolar major depression during pregnancy: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis [last updated: Nov 24, 2025]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2025.

Como citar

Bonomi IB. Depressão – Puérpera [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 28. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

DESNUTRIÇÃO NA GRAVIDEZ

MYLENE MARTINS LAVADO



Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia Rápido para o Acompanhamento de Gestantes e Crianças com Desnutrição na Atenção Primária à Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2021

El Beitune P, Jiménez MF, Salcedo MM, Ayub AC, Cavalli RC, Duarte G. Nutrição durante a gravidez. São Paulo:Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 14/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

Triunfo S, Lanzone A. Impact of maternal under nutrition on obstetric outcomes. J Endocrinol Invest. 2015;38(1):31-8.

Hunter PJ, Muthiani Y, Näsänen-Gilmore PK, Koivu AM, Pörtfors P, Bastola K, et al. A modular systematic review of antenatal interventions to address undernutrition during pregnancy in the prevention of low birth weight. Am J Clin Nutr. 2023;117 Suppl 2:S134-S147.

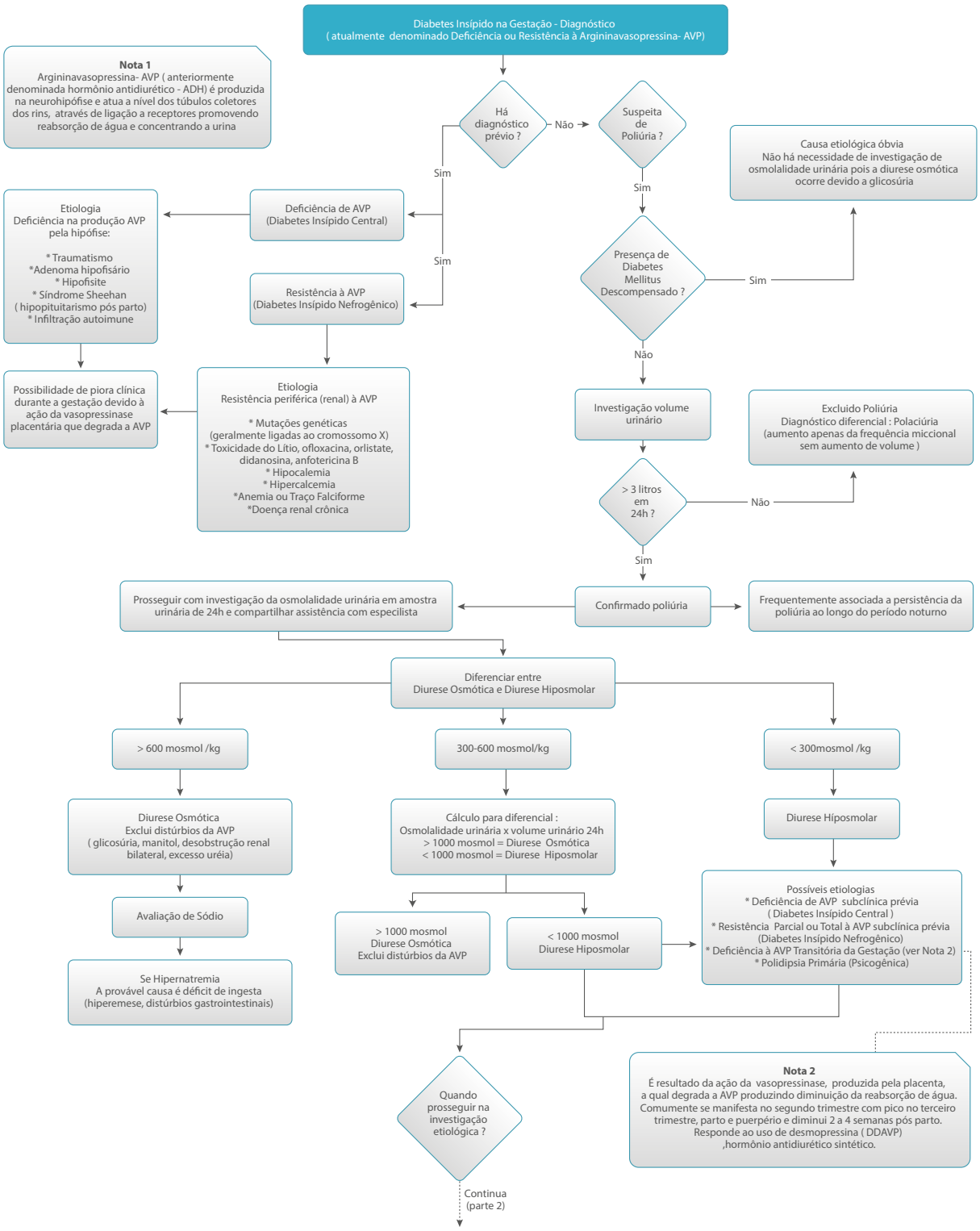
Hendrixson DT, Manary MJ, Trehan I, Wall LL. Undernutrition in pregnancy: Evaluation, management, and outcome in resource-limited areas [last updated: Mar 04, 2025]. UpTodate; c2025.

Como citar

Lavado MM. Desnutrição na gravidez [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 29. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

DIABETES INSÍPIDO NA GESTAÇÃO - DIAGNÓSTICO - PARTE 1

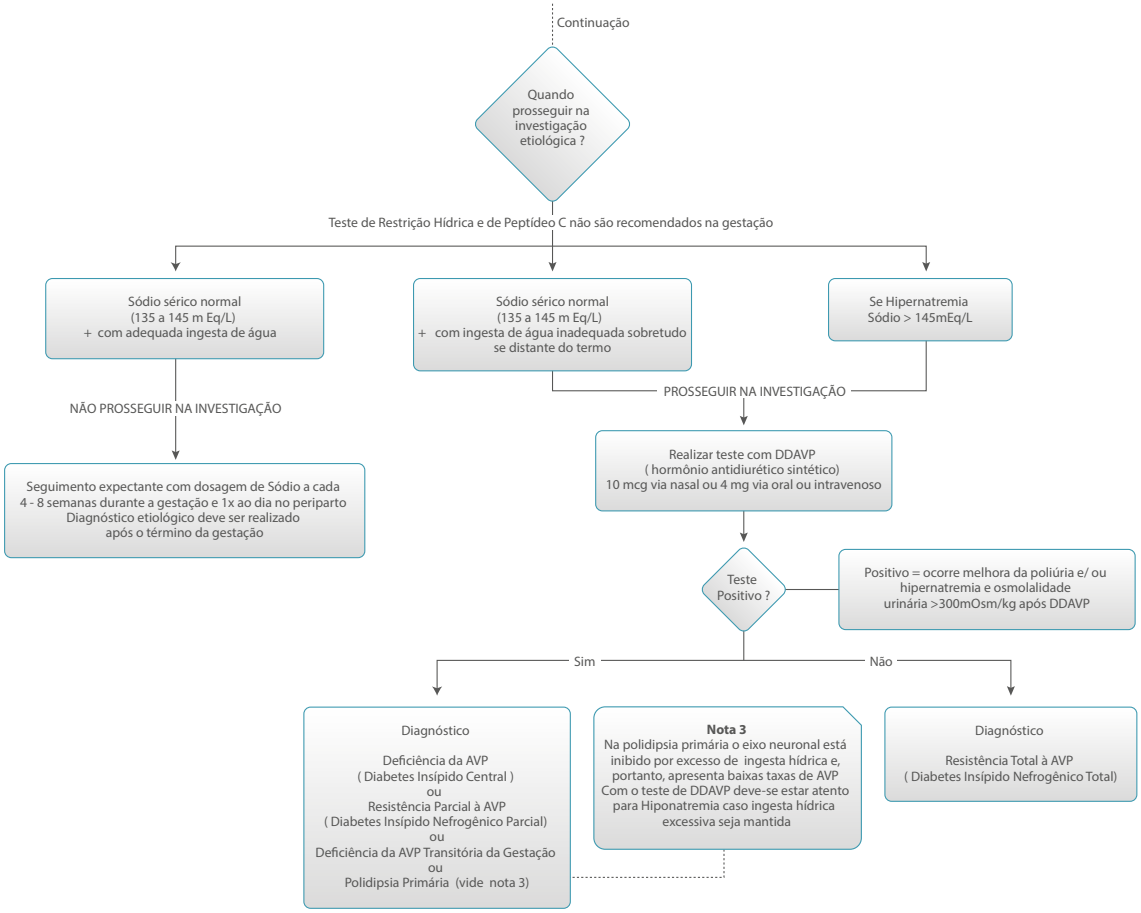
SARA TOASSA GOMES SOLHA; LENITA ZAJDENVERG



Como citar

Solha ST, Zajdenverg L. Diabetes insipidus na gestação – diagnóstico - parte 1 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 30. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

SARA TOASSA GOMES SOLHA; LENITA ZAJDENVERG



Legenda
AVP : argininavasopressina
DDAVP: desmopressina

Referências bibliográficas

Arima H, Cheetham T, Christ-Crain M, Cooper D, Drummond J, Gurnell M, Levy M, McCormack A, Newell-Price J, Verbalis JG, Wass J; Working Group for Renaming Diabetes Insipidus. Changing the name of diabetes insipidus: A Position Statement of the Working Group for Renaming Diabetes Insipidus. J Clin Endocrinol Metab. 2022;108(1):1-3.

Ananthakrishnan S. Diabetes insipidus during pregnancy. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2016;30(2):305-15.

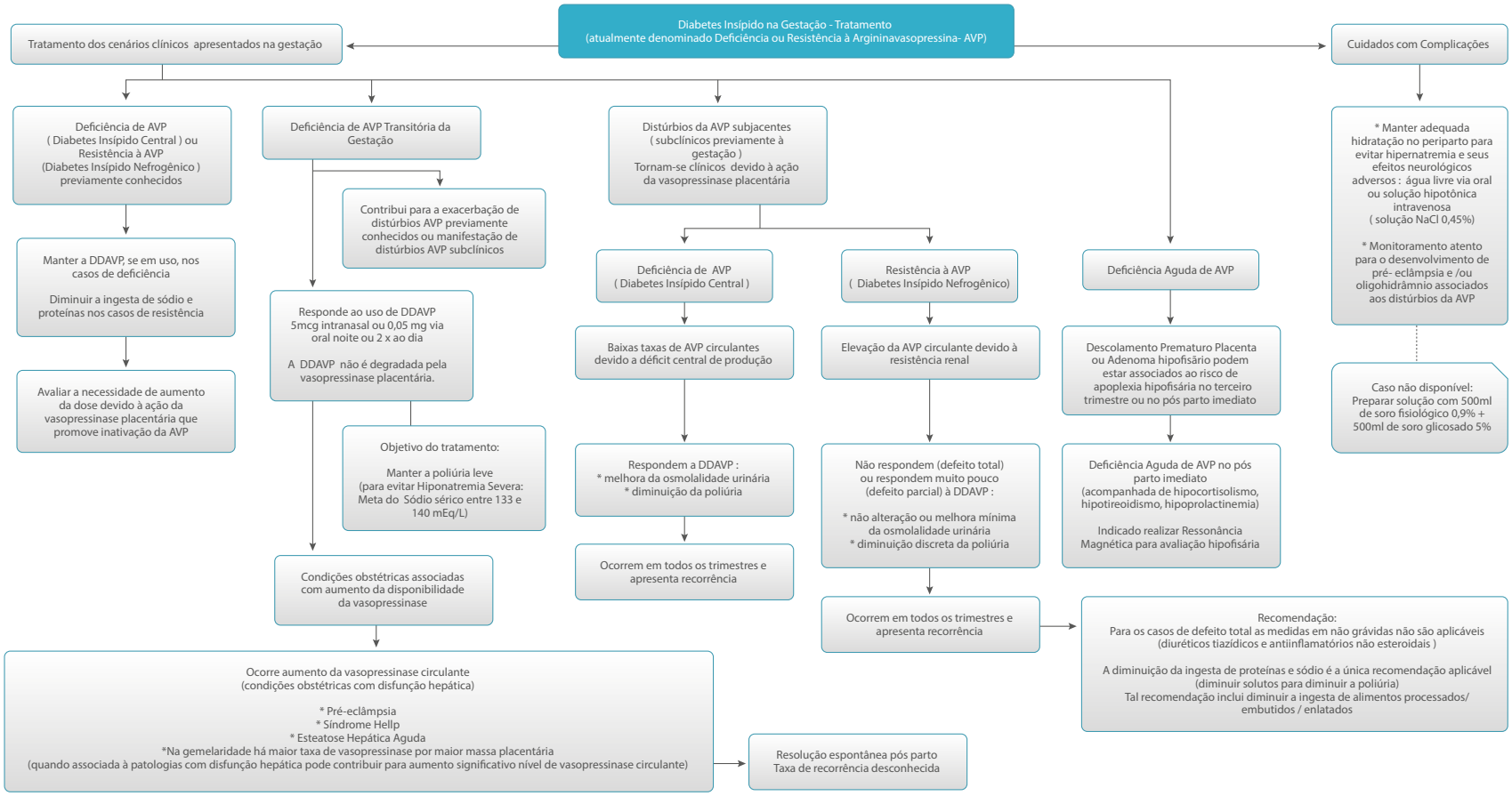
Thadhani RI, Maynard SE. Polyuria in pregnancy. [last updated Oct 17, 2024]. UpToDate; c2025 .

Como citar

Solha ST, Zajdenverg L. Diabetes insipidus na gestação – diagnóstico - parte 2 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 31. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

DIABETES INSÍPIDO NA GESTAÇÃO - TRATAMENTO

SARA TOASSA GOMES SOLHA; LENITA ZAJDENVERG



Referências bibliográficas

Arima H, Cheetham T, Christ-Crain M, Cooper D, Drummond J, Gurnell M, Levy M, McCormack A, Newell-Price J, Verbalis JG, Wass J; Working Group for Renaming Diabetes Insipidus. Changing the name of diabetes insipidus: A Position Statement of the Working Group for Renaming Diabetes Insipidus. J Clin Endocrinol Metab. 2022;108(1):1-3.

Ananthakrishnan S. Diabetes insipidus during pregnancy. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2016;30(2):305-15.

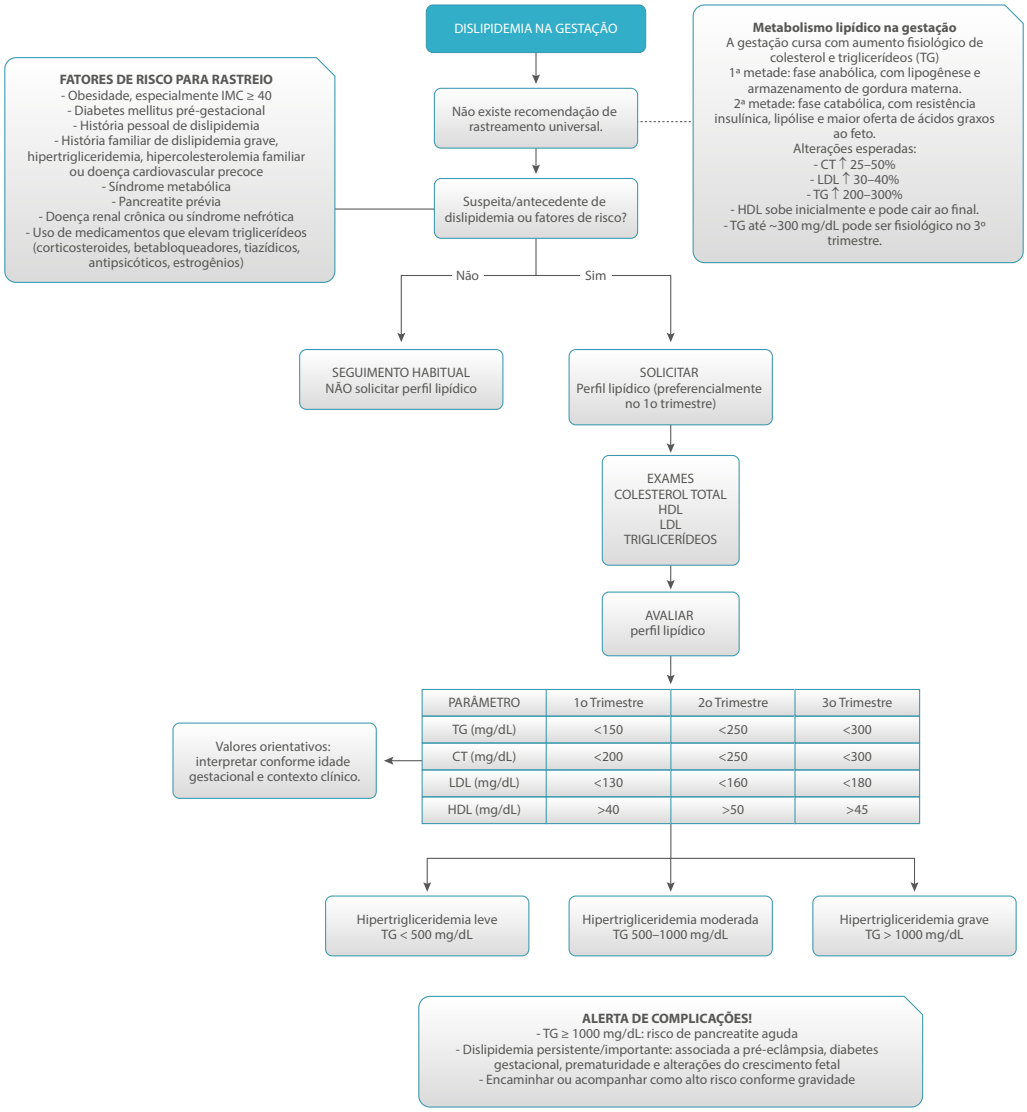
Thadhani RI, Maynard SE. Polyuria in pregnancy. [last updated Oct 17, 2024]. UpToDate; c2025 .

Como citar

Solha ST, Zajdenverg L. Diabetes insipidus na gestação – tratamento [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 32. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

DISLIPIDEMIA NA GESTAÇÃO - DIAGNÓSTICO

CARLOS ALBERTO MAGANHA; INESSA BERALDO DE ANDRADE BONOMI



Referências bibliográficas

Tavella NF, Cabrera C, Mirzaliev D, Viswanathan R, Parkas N, Johanek C, et al. Associations between gestational dyslipidemia and adverse pregnancy outcomes. Am J Obstet Gynecol MFM. 2026;8(2):101879.

Kosmas CE, Rallidis LS, Hoursalas I, Zoumi EA, Kostara CE. Lipid profile and management of dyslipidemias in pregnancy. J Cardiovasc Dev Dis. 2025;12(11):445.

Wild R, Weedin EA, Wilson D. Dyslipidemia in pregnancy. Cardiol Clin. 2015;33(2):209–15.

Jia HY, He PY, Zhang J, Zhou MJ, Xu XM. Association between triglyceride-to-HDL-cholesterol ratio and risk of gestational diabetes mellitus in the first trimester: a retrospective cohort study. Gynecol Endocrinol. 2025;41(1):2528817.

Agarwala A, Dixon DL, Gianos E, Kirkpatrick CF, Michos ED, et al. Dyslipidemia management in women of reproductive potential: An Expert Clinical Consensus from the National Lipid Association. J Clin Lipidol. 2024;18(5):e664-e684.

Adank MC, Benschop L, et al. Maternal lipid pro le and pregnancy complications. Am J Obstet Gynecol. 2019.

Kaur G, Gulati M. Considerations for treatment of lipid disorders during pregnancy and breastfeeding. Prog Cardiovasc Dis. 2022;75:33-9.

Mou AD, Ali N. Prevalence and factors associated with dyslipidemia during pregnancy. Sci Rep. 2025.

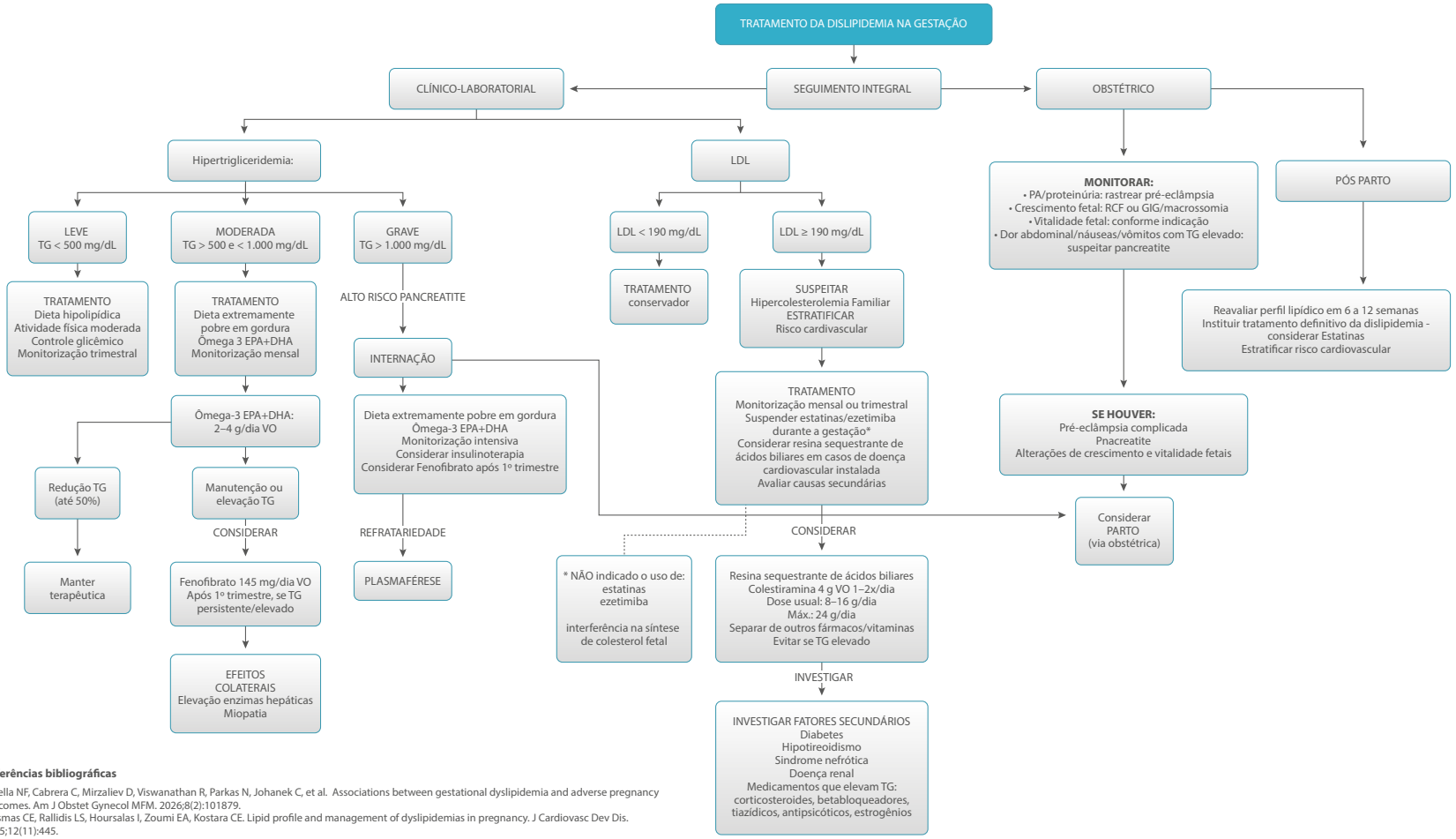
Nascimento IB, Dienstmann G, Souza ML, Silva TR, Fleig R, Silva JC. Dyslipidemia and maternal obesity: Prematurity and neonatal prognosis. Rev Assoc Med Bras (1992). 2018;64(3):264-71.

Como citar

Maganha CA, Bonomi IB. Displidemia na gestação - diagnóstico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 33. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

DISLIPIDEMIA NA GESTAÇÃO - TRATAMENTO

CARLOS ALBERTO MAGANHA; INESSA BERALDO DE ANDRADE BONOMI



Referências bibliográficas

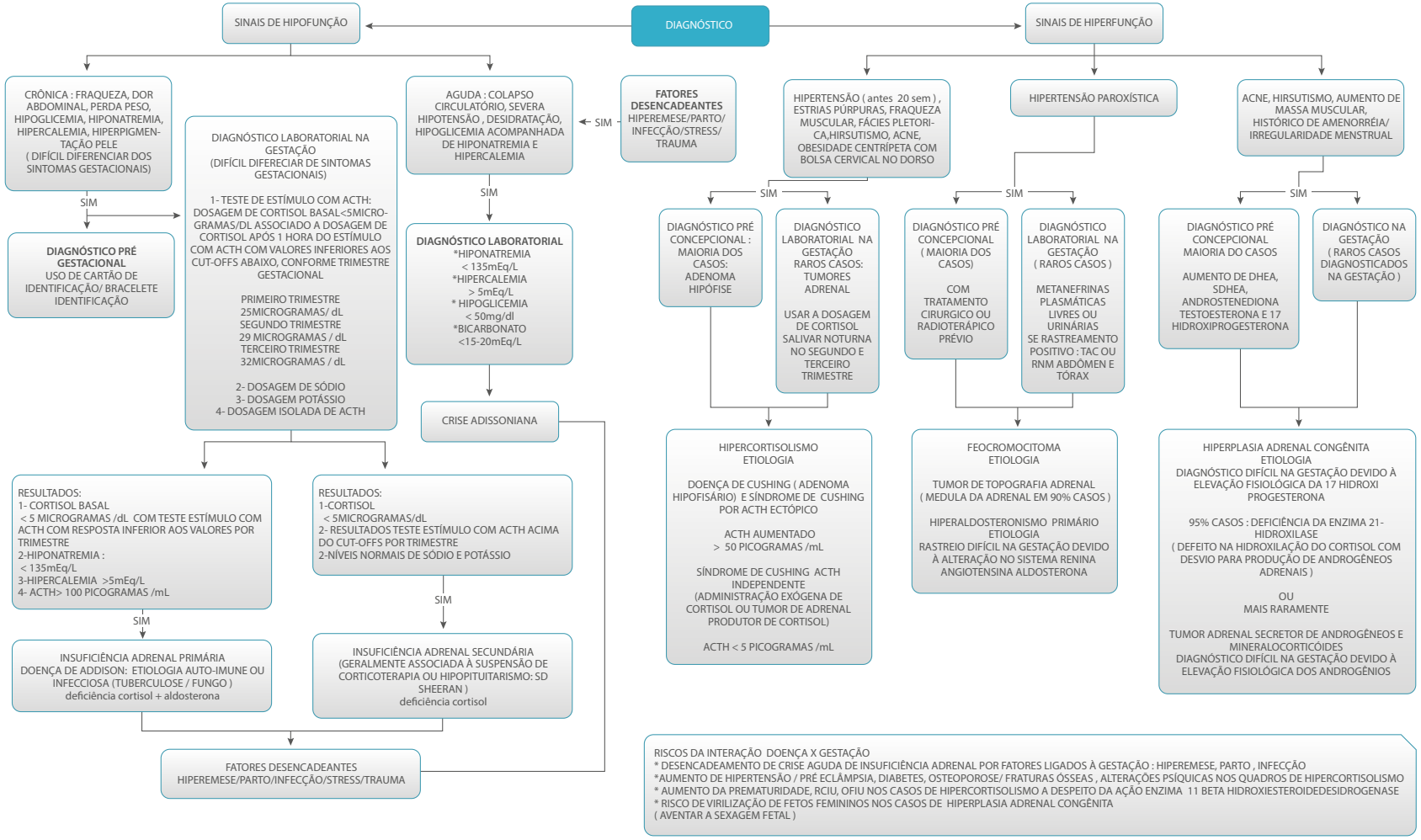
Tavella NF, Cabrera C, Mirzaliev D, Viswanathan R, Parkas N, Johanek C, et al. Associations between gestational dyslipidemia and adverse pregnancy outcomes. Am J Obstet Gynecol MFM. 2026;8(2):101879.
Kosmas CE, Rallidis LS, Hoursalas I, Zoumi EA, Kostara CE. Lipid profile and management of dyslipidemias in pregnancy. J Cardiovasc Dev Dis. 2025;12(11):445.
Wild R, Weedin EA, Wilson D. Dyslipidemia in pregnancy. Cardiol Clin. 2015;33(2):209–15.
Jia HY, He PY, Zhang J, Zhou MJ, Xu XM. Association between triglyceride-to-HDL-cholesterol ratio and risk of gestational diabetes mellitus in the first trimester: a retrospective cohort study. Gynecol Endocrinol. 2025;41(1):2528817.
Agarwala A, Dixon DL, Gianos E, Kirkpatrick CF, Michos ED, et al. Dyslipidemia management in women of reproductive potential: An Expert Clinical Consensus from the National Lipid Association. J Clin Lipidol. 2024;18(5):e664-e684.
Adank MC, Benschop L, et al. Maternal lipid pro le and pregnancy complications. Am J Obstet Gynecol. 2019.
Kaur G, Gulati M. Considerations for treatment of lipid disorders during pregnancy and breastfeeding. Prog Cardiovasc Dis. 2022;75:33-9.
Mou AD, Ali N. Prevalence and factors associated with dyslipidemia during pregnancy. Sci Rep. 2025.
Nascimento IB, Dienstmann G, Souza ML, Silva TR, Fleig R, Silva JC. Dyslipidemia and maternal obesity: Prematurity and neonatal prognosis. Rev Assoc Med Bras (1992). 2018;64(3):264-71.

Como citar

Maganha CA, Bonomi IB. Displidemia na gestação - tratamento [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 34. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

DOENÇAS DA ADRENAL – DIAGNÓSTICO

SARA TOASSA GOMES SOLHA

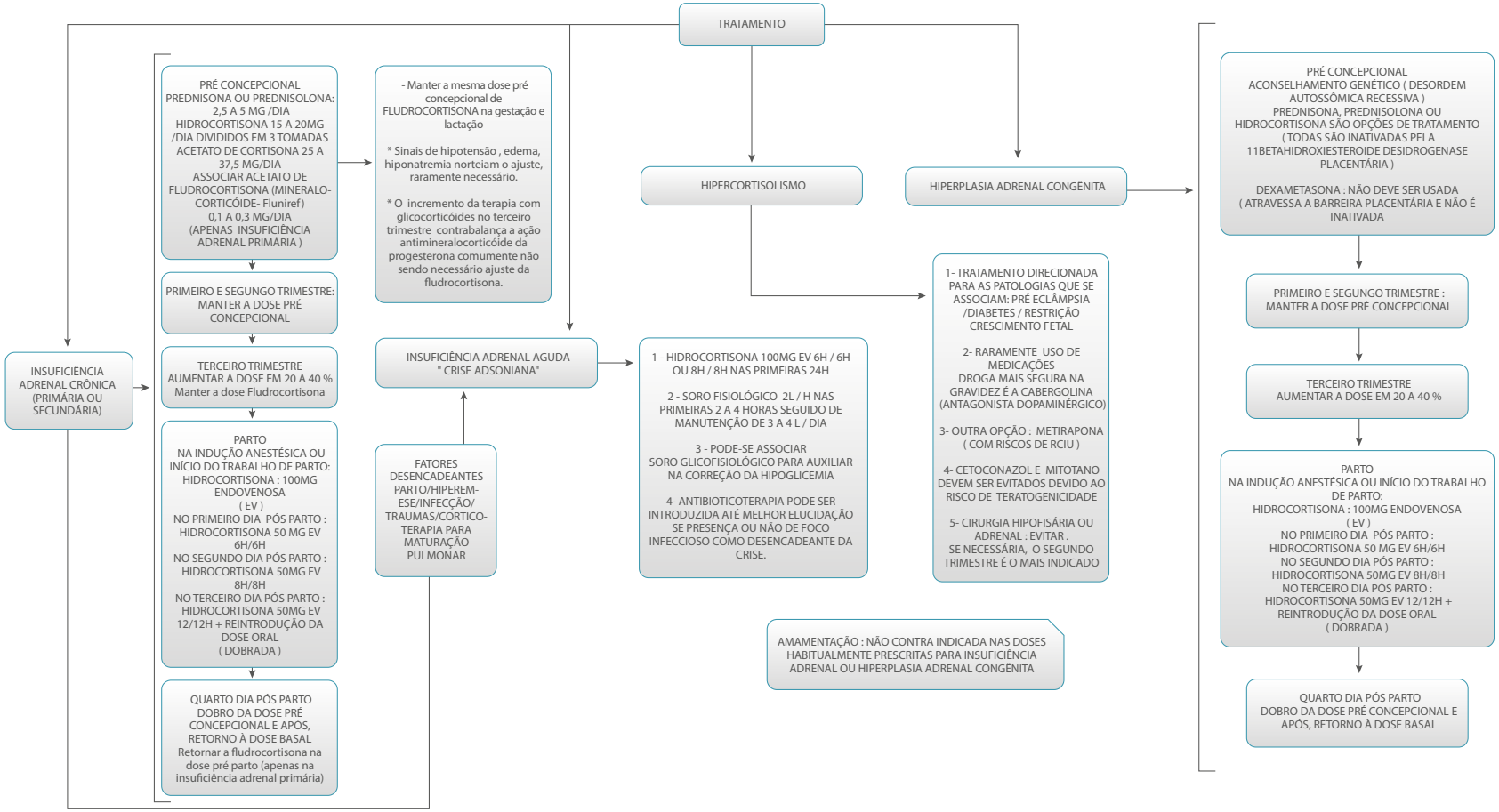


Como citar

Solha ST. Doenças da adrenal – diagnóstico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 35. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

DOENÇAS DA ADRENAL – TRATAMENTO

SARA TOASSA GOMES SOLHA



Referências bibliográficas

Pofi R, Tomlinson JW. Glicocorticóides na gravidez. Obstet Med. 2020 junho;13(2):62- Pofi R, Tomlinson JW. Glucocorticoids in pregnancy. Obstet Med. 2020;13(2):62-69.

Reisch N. Pregnancy in Congenital adrenal hyperplasia. Endocrinol Metab Clin North Am. 2019;48(3):619-6

Bornstein SR, Allolio B, Arlt W, Barthel A, Don-Wauchope A, Hammer GD, et al. Diagnosis and treatment of primary adrenal insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101(2):364-89.

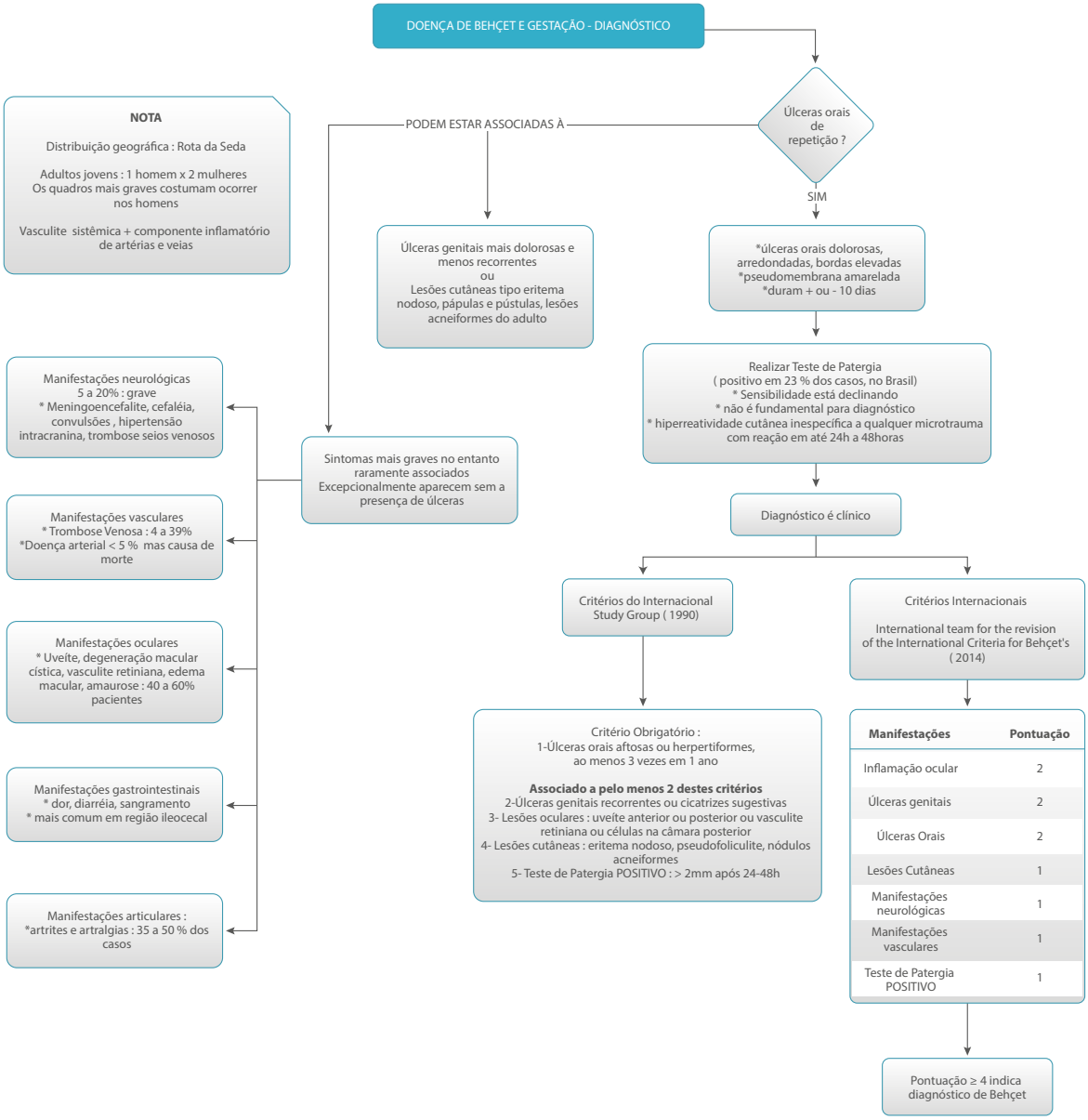
Caimari F, Valassi E, Garbayo P, Steffensen C, Santos A, Corcoy R, et al. Cushing's syndrome and pregnancy outcomes: a systematic review of published cases. Endocrine. 2017;55(2):555-63.

Como citar

Solha ST. Doenças da adrenal – tratamento [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 36. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

DOENÇA DE BEHÇET - DIAGNÓSTICO

ROSIANE MATTAR



Referências bibliográficas

Barros T, Braga A, Marinho A, Braga J. Behçet's Disease and Pregnancy: A Retrospective Case-control Study. Yale J Biol Med. 2021;94(4):585-92.

Merlino L, Del Prete F, Lobozzo B, Priori R, Piccioni MG. Behcet's disease and pregnancy: a systematic review. Minerva Ginecol. 2020 ;72(5):332-8.

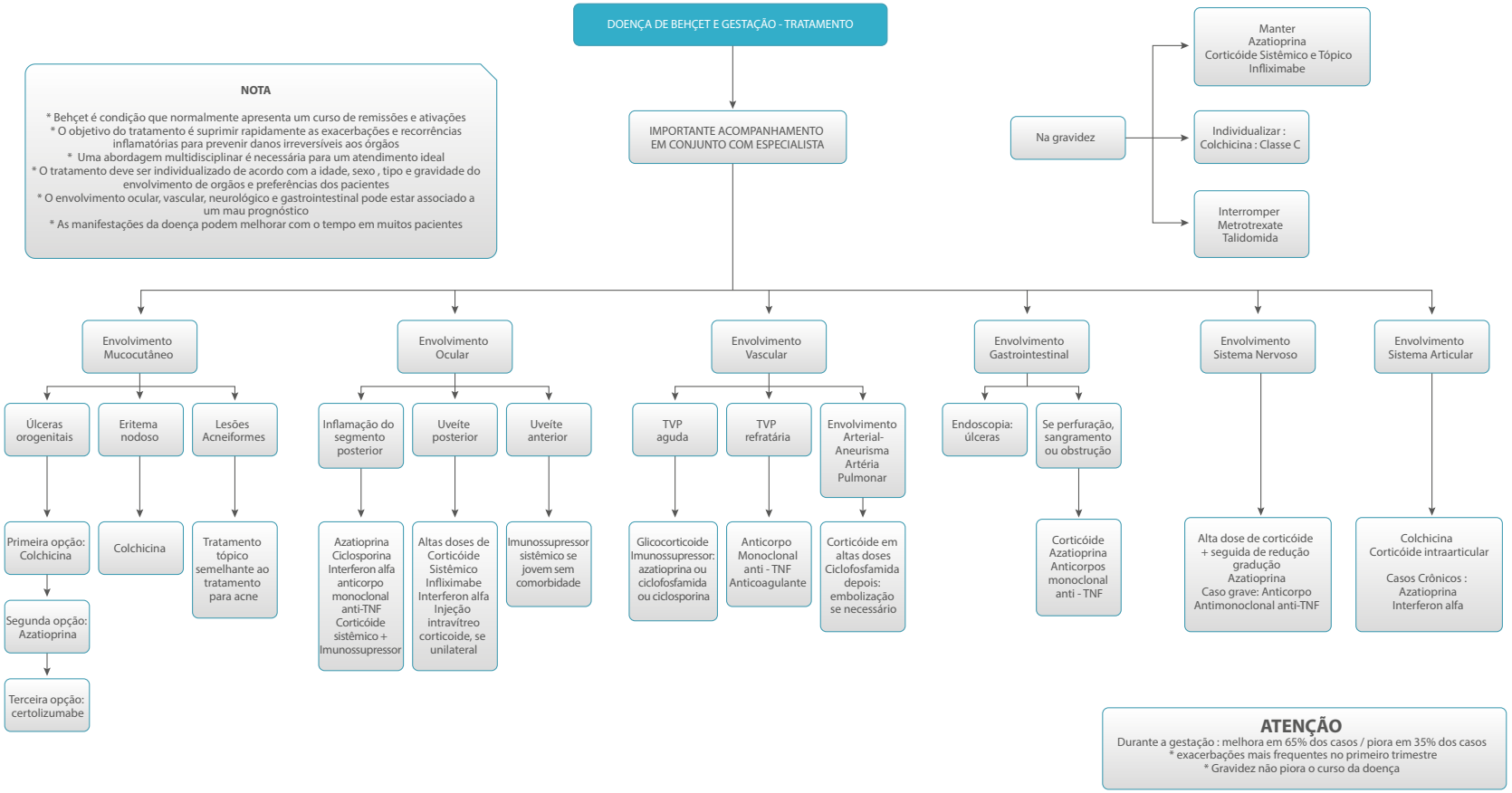
Hatemi G, Christensen R, Bang D, Bodaghi B, Celik AF, Fortune F, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. Ann Rheum Dis. 2018;77(6):808-18.

Como citar

Mattar R. Doença de Behçet – diagnóstico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 37. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

DOENÇA DE BEHÇET E GESTAÇÃO - TRATAMENTO

ROSIANE MATTAR

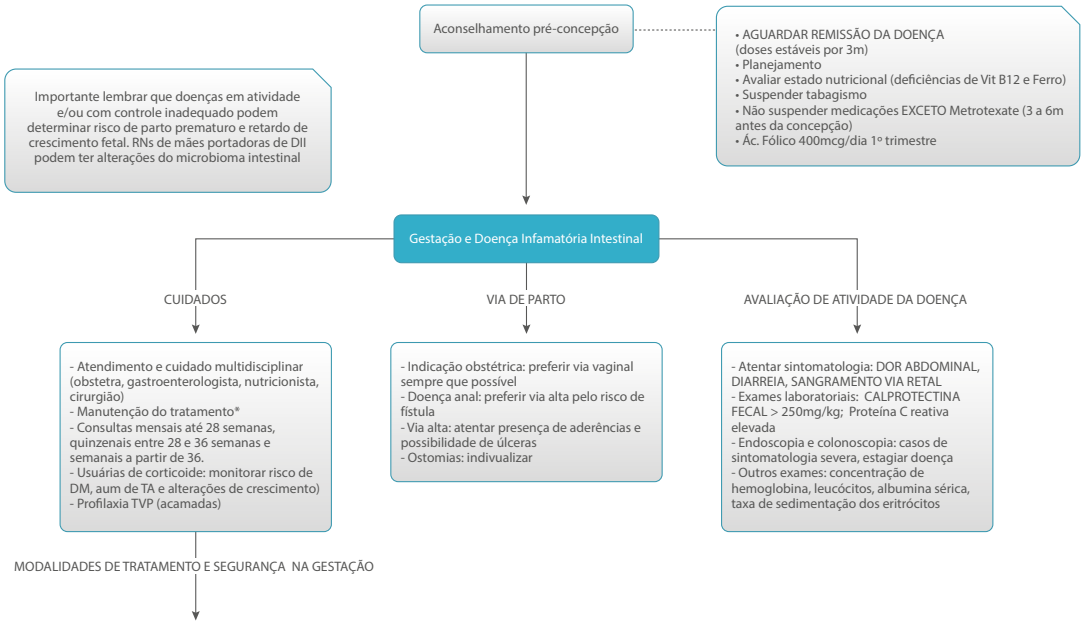


Referências bibliográficas

Barros T, Braga A, Marinho A, Braga J. Behçet's Disease and Pregnancy: A Retrospective Case-control Study. Yale J Biol Med. 2021;94(4):585-92.
Merlino L, Del Prete F, Lobozzo B, Priori R, Piccioni MG. Behcet's disease and pregnancy: a systematic review. Minerva Ginecol. 2020;72(5):332-8.
Hatemi G, Christensen R, Bang D, Bodaghi B, Celik AF, Fortune F, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. Ann Rheum Dis. 2018;77(6):808-18.

Como citar

Mattar R. Doença de Behçet e Gestação – tratamento [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 38. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



DROGA	SEGURANÇA NA GESTAÇÃO	COMENTÁRIO
ANTIBIÓTICOS: Amoxacilina/Clavulanato, Metronidazol	Seguros	Seguros
CORTICOIDES: Budesonida e Predinisona	Budesonida: seguro Prednisona: risco moderado	Usar por curtos períodos e menor dose possível; atenção aos riscos de DMG, aum TA, ruptura prematura de membranas, e complicações fetais, fenda palatina. Gestantes em uso podem necessitar de dose adicional durante o TP e parto
AMINOSSALICILATOS: Sulfasalazina, Mesalasina (5-ASA)	Seguro Seguros na lactação	Manter doses pré-gestacionais Acrescentar Ác. Fólico 2mg/dia
IMUNOMODULADORES: Ciclosporina, Azatioprina 6-Mercaptopurina, Metotrexato	Ciclosporina: risco de baixo peso Metrotexate: contra-indicado na gestação e lactação Tiopurinas: baixo risco se monoterapia Seguros na lactação	Manter doses pré-gestacionais. Se paciente em tratamento combinado, preferir suspender e manter monoterapia c/ biológicos Ciclosporina nos casos de retocolite refratária ao corticoide
ANTIDIARREICOS: Difenoxilato/atropina, loperamida Kaopectate, psyllium	Segurança duvidosa	Preferir Kaopectate e Psyllium
BIOLÓGICOS: ANTI-TNF: Inflixumabe, Adalizumabe, Golimumabe, Certolizumabe ANTI-INTEGRINA: Vedolizumabe ANTI-INTERLEUCINA: Ustequinumabe	Seguros em monoterapia Certolizumabe não atravessa a barreira placentária Vedolizumabe e Ustequinomabe: poucos estudos, provavelmente seguros. Seguros na lactação	Manter doses pré-gestacionais até 8-10 semanas antes do parto. Pacientes em remissão, considerar suspender a medicação entre 20 e 22 semanas. Permanecem no RN até 9 meses após o nascimento - contraindicado vacinas com vírus vivos

Referências bibliográficas

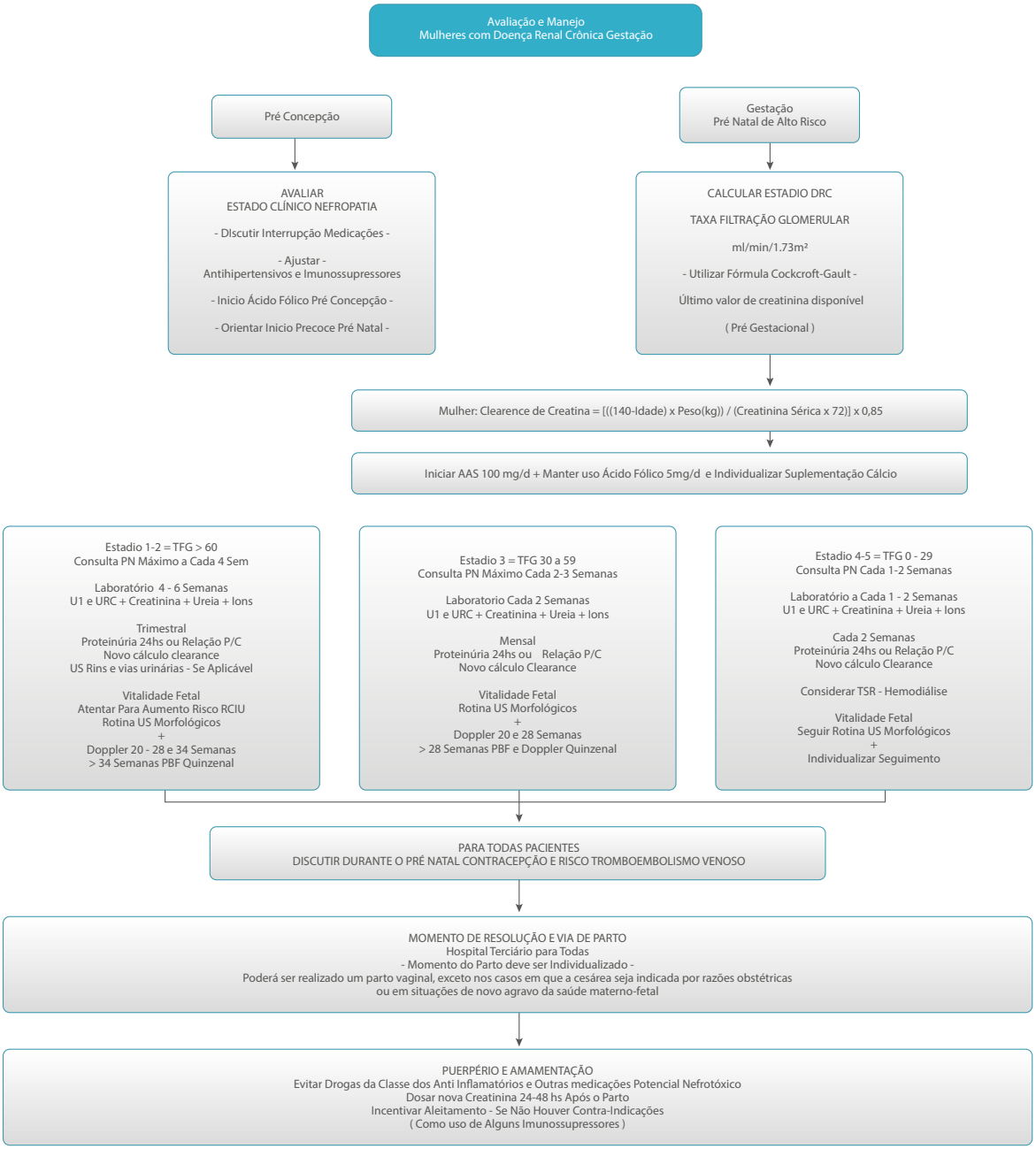
Ronchetti C, Cirillo F, Di Segni N, Cristodoro M, Busnelli A, Levi-Setti PE. Inflammatory Bowel Disease and Reproductive Health: From Fertility to Pregnancy-A Narrative Review. Nutrients. 2022 ;14(8):1591

Ferguson CB, Mahsud-Dornan S, Patterson RN. Inflammatory bowel disease in pregnancy. BMJ. 2008;337(7662):a427.

Restellini S, Biedermann L, Hruz P, Mottet C, Moens A, Ferrante M, Schoepfer AM; on behalf of Swiss IBDnet, an official working group of the Swiss Society of Gastroenterology. Update on the Management of Inflammatory Bowel Disease during Pregnancy and Breastfeeding. Digestion. 2020;101 Suppl 1:27-42.

Como citar

Grossi FS. Doença inflamatória intestinal (doença de Crohn e colite ulcerativa) [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 39. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



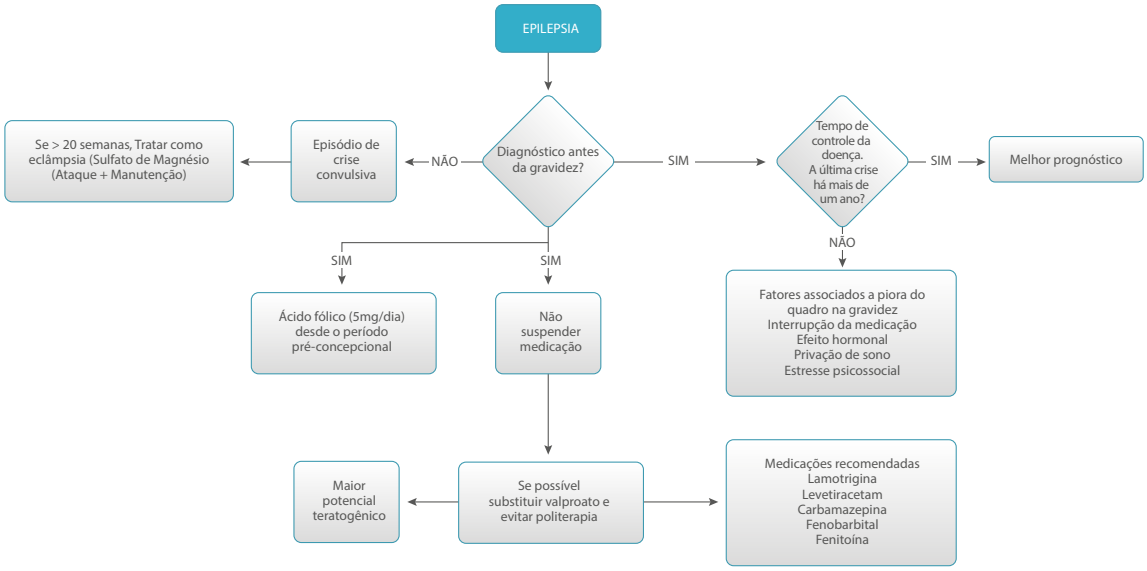
Referências bibliográficas

Luders C. Reproductive rights for women with chronic kidney disease. Unfortunately, we are still in our infancy [editorial]. Braz J Nephrol. 2023;45(2): 140-1.

Sass N, editor. Hipertensão arterial e nefropatias na gestação - diretrizes e rotinas assistenciais. 3a ed. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2020.

Como citar

Campanharo FF. Doença renal crônica [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 40. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Pennel PB, McElrath T. Management of epilepsy during preconception, pregnancy, and the postpartum period. In: Schachter SC, Lockwood CJ, editors. UpToDate. Wolters Kluwer; 2022 [cited 2023 Sep 16]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-of-epilepsy-during-preconception-pregnancy-and-the-postpartum-period

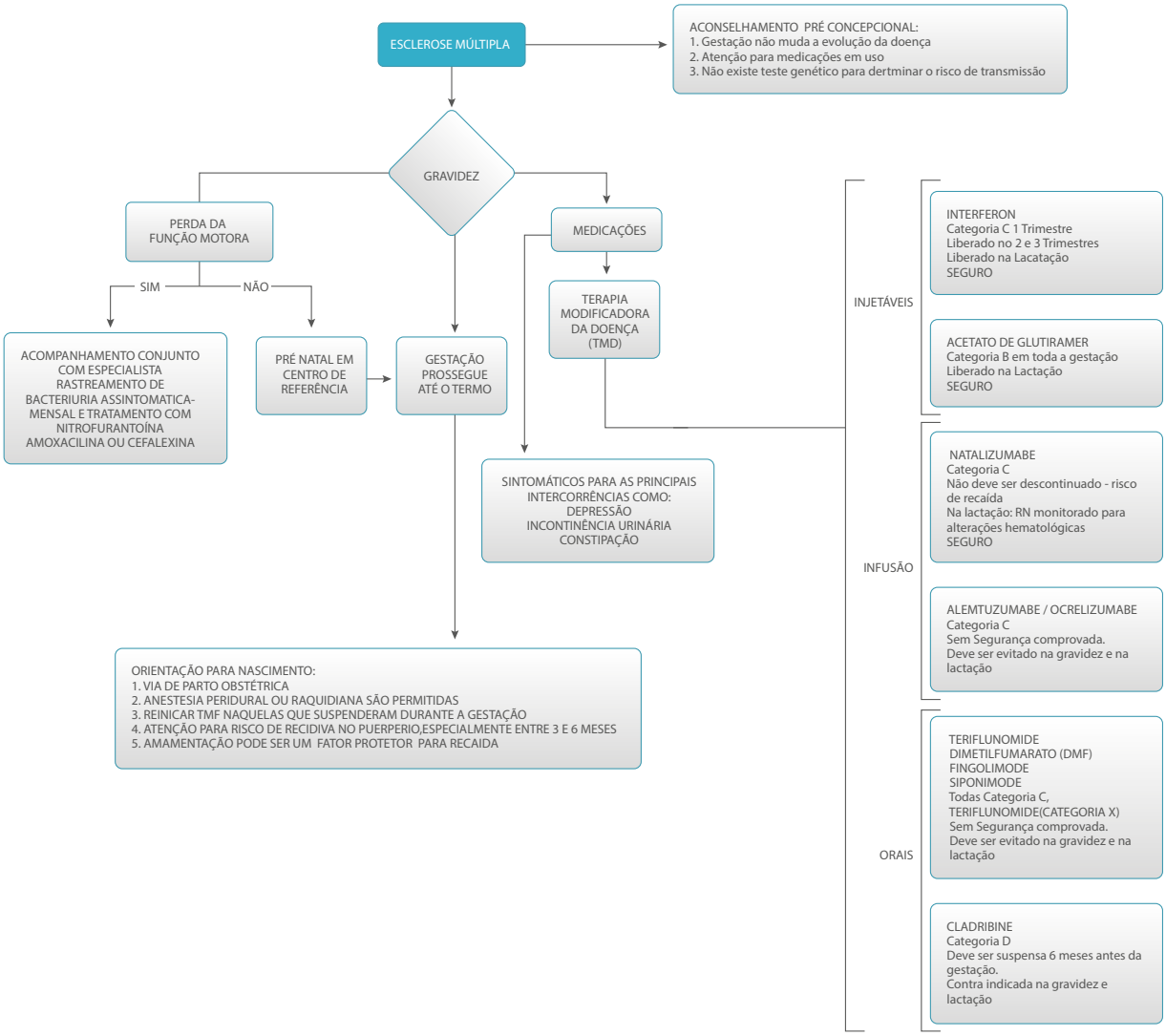
McElrath TF, Druzin M, Van Marter LJ, May RC, Brown C, Stek A, Grobman W, Dolan M, Chang P, Flood-Schaffer K, Parker L, Meador KJ, Pennell PB; MONEAD Investigator Group. The Obstetrical Care and Delivery Experience of Women with Epilepsy in the MONEAD Study. Am J Perinatol. 2022 Dec 31.

Tomson T, Battino D, Bonizzoni E, Craig J, Lindhout D, Perucca E, et al.; EURAP Study Group. Comparative risk of major congenital malformations with eight different antiepileptic drugs: a prospective cohort study of the EURAP registry. Lancet Neurol. 2018;17(6):530–8.

Tomson T, Battino D, Bromley R, Kochen S, Meador K, Pennell P, et al. Management of epilepsy in pregnancy: a report from the International League Against Epilepsy Task Force on Women and Pregnancy. Epileptic Disord. 2019;21(6):497-517.

Como citar

da Silva AC. Epilepsia [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 41. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Doenças neurológicas na gestação. São Paulo: FEBRASGO, 2018. [Protocolo FEBRASGO de Obstetrícia, nº 88].

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Esclerose múltipla. Brasília (DF): Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, 2021.

Lavado MM. Esclerose múltipla [fuxograma]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023.

Olek MJ, Narayan RN, Frohman EM, Frohman TC. Manifestations and symptom management of multiple sclerosis during pregnancy [last update Apr 07, 2026]. Waltham, MA: Wolters Kluver; 2026.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Gestação de alto risco: manual de orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2019.

Nomura ML, Pereira BG. Síndromes neurológicas durante a gestação. Femina. 2015;43(3):120-6.

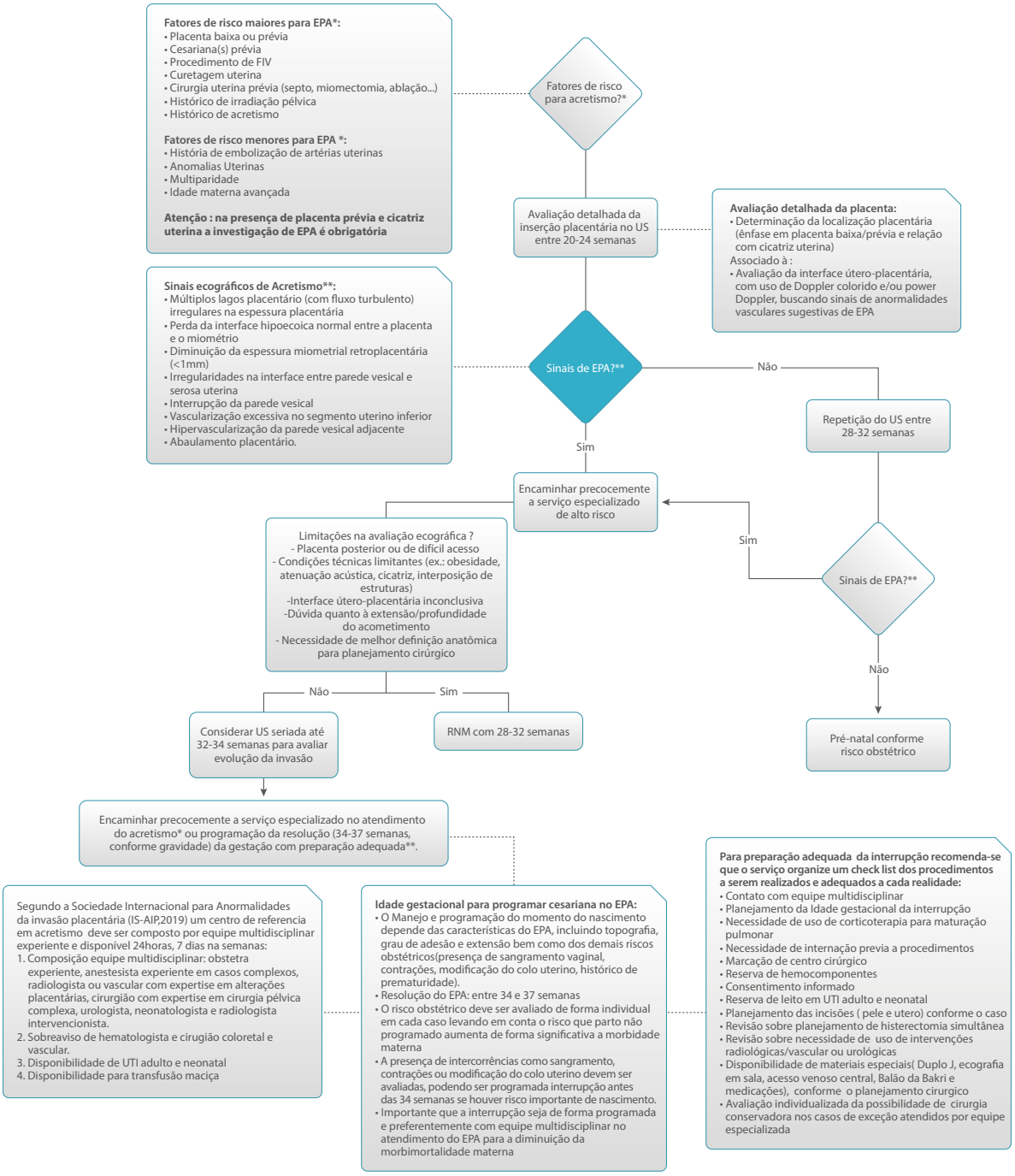
Batista S, Silva AM, Sá MJ, Sousa L, De Sá J, Pedrosa R,et al. Recomendações sobre a abordagem da esclerose múltipla na gravidez, parto e pós-parto: Posição de Consenso do Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla e da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. Acta Med Port. 2018;31(12):785-95.

Como citar

Lavado MM. Esclerose múltipla [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 42. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

ESPECTRO DO ACRETISMO PLACENTÁRIO (EPA) - RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

JANETE VETTORAZZI



Referências bibliográficas

Jauniaux E, Aplin JD, Fox KA, Afshar Y, Hussein AM, Jones CJP, et al. Placenta accreta spectrum. Nature Reviews Disease Primers. 2025;11:40.

Jauniaux E, Ayres-de-Campos D; FIGO placenta accreta diagnosis and management expert consensus panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Introduction. Int J Gynaecol Obstet. 2018;140(3):261-264.

Collins SL, Alemdar B, van Beekhuizen HJ, Bertholdt C, Braun T, Calda P, Delorme P, Duvekot JJ, Gronbeck L, Kayem G, Langhoff-Roos J, Marcellin L, Martinelli P, Morel O, Mhallem M, Morlando M, Noergaard LN, Nonnenmacher A, Pateisky P, Petit P, Rijken MJ, Ropacka-Lesiak M, Schlembach D, Sentilhes L, Stefanovic V, Strindfors G, Tutschek B, Vangen S, Weichert A, Weizsäcker K, Chantraine F; International Society for Abnormally Invasive Placenta (IS-AIP). Evidence-based guidelines for the management of abnormally invasive placenta: recommendations from the International Society for Abnormally Invasive Placenta. Am J Obstet Gynecol. 2019;220(6):511-26.

Bonanni G, Lopez-Giron MC, Allen L, et al. Guidelines on Placenta Accreta Spectrum Disorders. JAMA Network Open. 2025;8(7):e2521909. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.21909.

Gilner JB, Deshmukh U. Evidence-Based Perioperative Management of Placenta Accreta Spectrum Disorder. Obstetrics and Gynecology. 2025;145(6):595-610. doi:10.1097/AOG.0000000000005920.

Como citar

Vettorazzi J. Espectro do acretismo placentário (EPA) - rastreamento e diagnóstico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 43. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

ESPONDILITE ANQUILOSANTE - DIAGNÓSTICO

ROSIANE MATTAR

ESPONDILITE ANQUILOSANTE

SINTOMAS

Dor lombar inflamatória:
Dor que começa de forma insidiosa
Piora em repouso e melhoria com a atividade física.
Predominantemente noturno, Rigidez matinal > 30 min.
Dor nas nádegas, que pode alternar de lado.
Duração dos sintomas por mais de 3 meses.

Outras manifestações:
Dor em outras articulações (quadril, joelhos, ombros).
Entesites / Dactilite ("dedo em salsicha")
Uveíte /Histórico de Doença Inflamatória Intestinal ou psoríase
Fadiga, perda de apetite e peso.

Exame Físico
Mobilidade da coluna- teste de Schober
Expansão torácica
Sensibilidade e dor coluna e articulações

Exames
Imagem: RX e RM coluna sacro-ilíaca
Lab: PCR e Ag HLA-B27 presente em 87%

Teste de Schober
Avalia a mobilidade da coluna. Realizado com paciente descalço, de pé, com os pés afastados 30 cm. Marca-se um ponto 5cm abaixo do processo espinhoso S2 e um outro ponto 10cm acima do mesmo. A distância entre os dois pontos será de 15cm. Em seguida, o paciente flete o mais possível, mantendo as pernas totalmente esticadas. Então, a distância é novamente medida. A diferença entre as duas medidas indica o grau de flexão.

Espondilite Anquilosante
Manejo

Planejamento da gravidez
Remissão ou com atividade mínima
Revisão da medicação:
Acompanhamento multidisciplinar

Tratamento

Medidas Não Farmacológicas
Exercícios físicos de baixo impacto:
natação, alongamento, Pilates e hidroginástica
Correção postural
Calor e frio: compressas quentes e frias
Descanso adequado: Equilibrar atividade e repouso é crucial

Medidas Farmacológicas
AINE: Ibuprofeno , Naproxeno
Uso limitado a poucos dias e apenas no 1º e 2º trim

Analgésicos: Paracetamol, Dipirona, Tramadol

Sulfassalazina: Segura, usada para controle da doença.
Suplementar ácido fólico

Corticosteroides: Prednisona (30-40mg /dia) VO por curto prazo e monitorar com redução em uma semana.
Uso para inflamação grave e surtos agudos da doença.
Injeções intra-articulares de corticóides (como a metilprednisolona) também pode ser uma opção localizada.

Biológicos: O certolizumabe pegol tem transferência mínima placentária, e é a opção mais segura para manter a terapia na gravidez em casos selecionados.
Alguns anti-TNF (como infliximabe , etanercepte e adalimumabe) são categoria C do FDA e devem ser descontinuados na gravidez.

Metotrexato e Leflunomida: Contra-indicação absoluta. Devem ser suspensos meses antes da gestação (no mínimo, 3 meses)

Gravidez →
Espondilite Anquilosante

A atividade da doença piora em 30 a 50% no 2º e 3º trimestres e até 6 meses após o parto em 20 a 30 %

Espondilite Anquilosante →
Gravidez

Achados conflitantes
>risco de Prematuridade e PIG ?

Espondilite Anquilosante
Parto e Puerpério

Parto
Indicação obstétrica
Maior incidência de cesárea por rigidez coluna e no quadril
Necessária consultas pré-anestésica, principalmente na rigidez e deformidade de coluna

Amamentação
Deve ser estimulada

Referências bibliográficas

Meissner Y, Strangfeld A, Molto A, Forger F, Wallenius M, Costedoat-Chalumeau N, Bjørngaard H, Couderc M, Flipo RM, Guettrot-Imbert G, Haase I, Jakobsen B, Koksvik HSS, Richez C, Sellam J, Weiß A, Zbinden A, Fischer-Betz R; EuNeP collaborator group. Pregnancy and neonatal outcomes in women with axial spondyloarthritis: pooled data analysis from the European Network of Pregnancy Registries in Rheumatology (EuNeP). Ann Rheum Dis. 2022;81(11):1524-33.

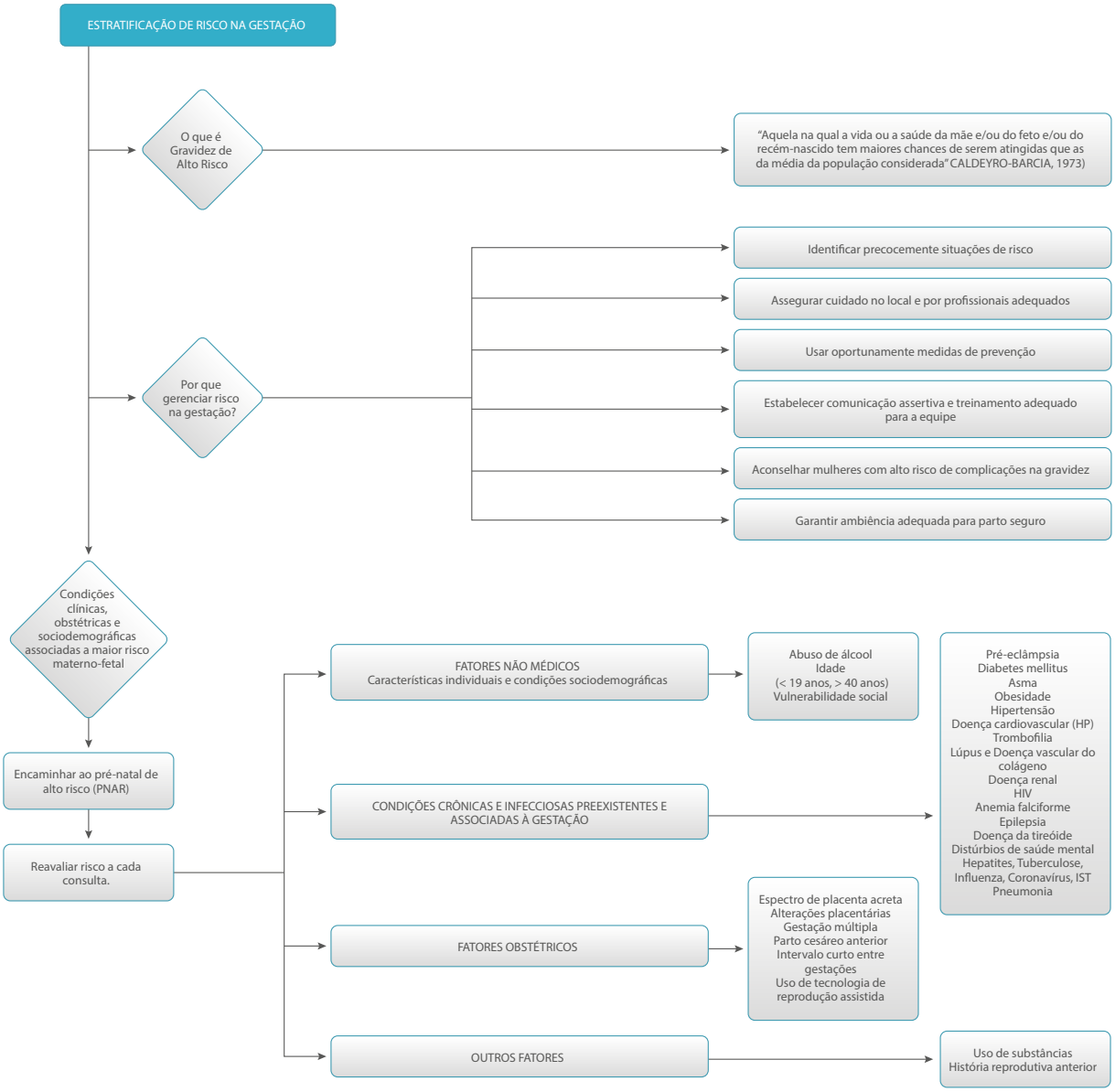
Mokbel A, Lawson DO, Farrokhyar F. Pregnancy outcomes in women with ankylosing spondylitis: a scoping literature and methodological review. Clin Rheumatol. 2021;40(9):3465-80.

Van Tubergen A. Sieper J, Seop . Clinical manifestations of axial spondyloarthritis (ankylosing spondylitis and nonradiographic axial spondyloarthritis) in adults. [last updated: Jun 24 2025]. UpToDate; c2026.

Pinheiro MM, Oliveira TL. Desfechos materno-fetais em pacientes com espondiloartrites. In: Mattar R, Souza E, Sun SY. Gestação de alto risco. Ed Manole; 2024. Cap. 25. p.242-54.

Como citar

Mattar R. Espondilite anquilosante – diagnóstico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 44. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde da gestante: critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2024.

Leonard SA, Kennedy CJ, Carmichael SL, Lyell DJ, Main EK. An expanded obstetric comorbidity scoring system for predicting severe maternal morbidity. Obstet Gynecol. 2020;136(3):440–9.

Aoyama K, D'Souza R, Pinto R, Ray JG, Hill A, Scales DC, et al. Risk prediction models for maternal mortality: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018;13(12):e0208563.

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Lappen JR, Pettker CM, Louis JM. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #54: assessing the risk of maternal morbidity and mortality. Am J Obstet Gynecol. 2021;224(4):B2–B15.

Bateman BT, Mhyre JM, Hernandez-Diaz S, Huybrechts KF, Fischer MA, Creanga AA, et al. Development of a comorbidity index for use in obstetric patients. Obstet Gynecol. 2013;122(5):957–65.

Como citar

Bonomi IB. Estratificação de risco na gestação [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 45. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

Este check-list reúne cuidados recomendados para mulheres com fibrose cística antes da gravidez, durante a gestação e no pós-parto. Deve ser utilizado como apoio ao acompanhamento multiprofissional, com atenção à função pulmonar, estado nutricional, diabetes relacionado à fibrose cística, uso de medicamentos, saúde mental e cuidados com o bebê quando houver exposição a moduladores de CFTR.

Check-list assistencial para gestantes e mulheres com fibrose cística que consideram engravidar

Cuidados antes da gravidez

__Otimizar a função pulmonar (idealmente FEV1 > 60%)
__Otimizar o IMC (idealmente ≥ 22,0 kg/m2)
__Se o estado diabético for desconhecido, avaliar com um teste oral de tolerância à glicose de 2h (diabetes relacionada à FC- CFRD)
__Para aqueles com diabetes, otimizar o controle da glicose (idealmente Hb A1C < 6,5%); considere um dispositivo de monitoramento contínuo de glicose se ainda não estiver em uso
__Recomende aconselhamento genético com testes de sequenciamento de última geração para o parceiro
__Inicie vitaminas pré-natais (400 ug de ácido fólico)
__Verifique os níveis de ferro, vitamina A e outras vitaminas lipossolúveis e suplemente conforme necessário
__Discuta o impacto dos medicamentos com atenção específica aos moduladores da proteína CFTR, azitromicina e tobramicina inalada
__Encaminhe a mulher para um obstetra e, idealmente, especialistas em medicina materno-fetal
__Triagem para ansiedade e depressão

Cuidados durante a gravidez

(equipes multiprofissional: FC, Obstetrícia/Medicina Materno-Fetal e Endocrinologia)

__Mantenha pelo menos visitas trimestrais com a equipe de FC – monitore a função pulmonar e o IMC
__Aconselhe e controle a dispneia
__Incentive exercícios e atividades
__Controle a náusea – incentive a hidratação, considere antieméticos
__Controle o refluxo – ofereça estratégias de dieta e medicação adequadas
__Minimize a constipação – incentive a hidratação, considere polietilenoglicol 3350
__Monitore o peso – meta ganho de peso durante a gravidez com base no IMC pré-gestacional
    __IMC < 18,5 kg/m2: ganho de peso de 12,5 – 18 kg
    __IMC de 18,5 – 24,9 kg/m2: ganho de peso de 11,5 – 16,0 kg
    __IMC de 25,0 – 29,9 kg/m2: ganho de peso de 7,0 – 11,5 kg
__Teste oral de tolerância à glicose (entre 12–16 semanas e 24–28 semanas)
__Monitorar o crescimento e bem-estar fetal
__Monitorar a saúde mental/emocional

Cuidados no pós-parto

__Recomendar acompanhamento de 1 mês com a equipe de FC e pelo menos visitas trimestrais depois disso (potencialmente mais frequentes se estiver amamentando)
__Acompanhar e gerenciar PFTs e IMC
__Acompanhamento obstétrico em 3 – 6 semanas com início da contracepção
__Rastrear depressão pós-parto
__Considerar avaliação da função hepática do lactente e rastreamento de catarata infantil quando houver exposição a moduladores de CFTR durante a gestação ou amamentação

Fonte: Adaptado de Jain et al., 2022.

Referências bibliográficas

Castro MC, Firmida MC. Gestação na paciente com fibrose cística. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto UERJ. 2011;10(4):140–8.

Gur M, Pollak M, Bar-Yoseph R, Bentur L. Pregnancy in cystic fibrosis-past, present, and future. J Clin Med. 2023;12(4):1468.

Jain R, Kazmerski TM, Zuckerwise LC, West NE, Montemayor K, Aitken ML, et al. Pregnancy in cystic fibrosis: review of the literature and expert recommendations. J Cyst Fibros. 2022;21(3):387–95.

Khare S, Desimone M, Kasim N, Chan CL. Cystic fibrosis-related diabetes: Prevalence, screening, and diagnosis. J Clin Transl Endocrinol. 2021;27:100290.

Middleton PG. Pregnancy in women with cystic fibrosis in the 21st century. J Cyst Fibros. 2021;20(3):375–6.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação. Portaria Conjunta SAES/SECTICS Nº 5, de 30 de abril de 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Fibrose Cística. Diário Oficial da União; 2024.

Montemayor K, Tullis E, Jain R, Taylor-Cousar JL. Management of pregnancy in cystic fibrosis. Breathe (Sheff). 2022;18(2):220005.

Shteinberg M, Taylor-Cousar JL, Durieu I, Cohen-Cymberknoh M. Fertility and pregnancy in cystic fibrosis. Chest. 2021;160(6):2051–60.

Como citar

Bonomi IB. Fibrose cística e gravidez - *checklist* [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 46. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

INESSA BERALDO DE ANDRADE BONOMI

Conceito e manifestações
A fibrose cística (FC) é uma doença hereditária autossômica recessiva.
Mutações genéticas no cromossomo 7, no gene regulador da condutância transmembrana da fibrose cística (CFTR), levam ao transporte transepitelial de cloreto prejudicado e secreções espessadas nos tratos respiratório e digestivo.
Pacientes com FC podem apresentar infecções respiratórias recorrentes, bronquiectasia, deterioração progressiva da função pulmonar, insuficiência pancreática exócrina e diabetes relacionada à FC.

Diagnóstico
1- Triagem neonatal: teste do pezinho, que mede os níveis de tripsinogênio imunorreativo (TIR). Dois resultados elevados de TIR indicam suspeita de FC, e a criança deve ser encaminhada para confirmação diagnóstica por meio do teste do suor.
2- Teste do suor: é o padrão-ouro para confirmar o diagnóstico. Ele mede a quantidade de cloro no suor, que é tipicamente elevada em pacientes com FC devido a defeitos no gene CFTR
3- Manifestações clínicas: Sintomas respiratórios persistentes (tosse crônica e pneumonias frequentes), infecções respiratórias crônicas por microrganismos como Pseudomonas aeruginosa e Staphylococcus aureus, manifestações gastrointestinais (íleo meconial ao nascimento, insuficiência pancreática, esteatorreia e déficit de crescimento), manifestações geniturinárias (azoospermia).
4- Testes genéticos: ajuda a identificar variantes patogênicas no gene CFTR

Cuidados Pré-gestacionais na FC

Planejamento Reprodutivo
- aconselhamento sobre a possibilidade de gestações não planejadas
- oferta de contraceptivas se a gravidez não for desejada

Aconselhamento genético
- Análise de genótipo para mulheres com FC que desejam engravidar (se anteriormente desconhecido).
- Oferta de triagem de portadores para parceiros. Se o parceiro reprodutivo for identificado como portador de FC, é recomendado aconselhamento genético adicional para discussão de opções reprodutivas, incluindo doação de esperma ou óvulo, testes genéticos pré-implantação e testes de diagnóstico pré-natal

Avaliação pré-gestacional multiorgânica
O estado de saúde no momento da concepção pode servir como um importante indicador prognóstico de resultados obstétricos e neonatais

- Peso pré-concepcional
- Função pulmonar
- Função cardíaca
- Insuficiência pancreática
- Controle do diabetes relacionado à FC (CFRD)
- Carga bacteriana

Peso pré-concepcional

IMC de pelo menos 22 kg/m2 é recomendado antes da gravidez

Um melhor IMC pré-gestacional se correlaciona com melhores resultados.

Intervenções nutricionais mais agressivas, como suplementação calórica oral, suporte nutricional enteral ou parenteral, devem ser consideradas na ausência de ganho de peso adequado.

Função pulmonar (Espirometria)

FEV1 baixo (≤ 60%) risco maior de resultados adversos maternos e neonatais (desestabilização da saúde da mãe, parto prematuro, cesárea e baixo peso ao nascer).

Função cardíaca (Ecocardiograma)

Vários estudos sugerem que cor pulmonale e hipertensão pulmonar são contraindicações absolutas para gravidez em mulheres com FC. O aumento da pressão ventricular direita pode causar disfunção ventricular direita, regurgitação tricúspide e, em casos graves, morte. A mortalidade em parturientes com hipertensão pulmonar é relatada em cerca de 30%.

Insuficiência pancreática

Avaliar necessidade de reposição de proteína, gordura e sódio, devido à má absorção por insuficiência pancreática, infecção e inflamação.

A suplementação vitamínica é frequentemente necessária e deve ser ajustada com base nos níveis de micronutrientes séricos e plasmáticos com o objetivo de manter os níveis na faixa normal:
- suplementação de ferro e folato é semelhante à de mulheres sem FC
- vitamina A até10.000 UI/dia

Controle do diabetes relacionado à FC

Rastrear com TOTG 2h
Controlar a glicemia
Meta da HbA1c < 6,5% no momento da concepção e < 6,0% durante a gravidez

Carga Bacteriana

bactérias como Burkholderia cepacia (rápida deterioração da função pulmonar), associadas à declínio na saúde durante a gravidez

Referências bibliográficas

Castro MC, Firmida MC. Gestação na paciente com fibrose cística. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto UERJ. 2011;10(4):140–8.

Gur M, Pollak M, Bar-Yoseph R, Bentur L. Pregnancy in cystic fibrosis-past, present, and future. J Clin Med. 2023;12(4):1468.

Jain R, Kazmerski TM, Zuckerwise LC, West NE, Montemayor K, Aitken ML, et al. Pregnancy in cystic fibrosis: review of the literature and expert recommendations. J Cyst Fibros. 2022;21(3):387–95.

Khare S, Desimone M, Kasim N, Chan CL. Cystic fibrosis-related diabetes: Prevalence, screening, and diagnosis. J Clin Transl Endocrinol. 2021;27:100290.

Middleton PG. Pregnancy in women with cystic fibrosis in the 21st century. J Cyst Fibros. 2021;20(3):375–6.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação. Portaria Conjunta SAES/SECTICS Nº 5, de 30 de abril de 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Fibrose Cística. Diário Oficial da União; 2024.

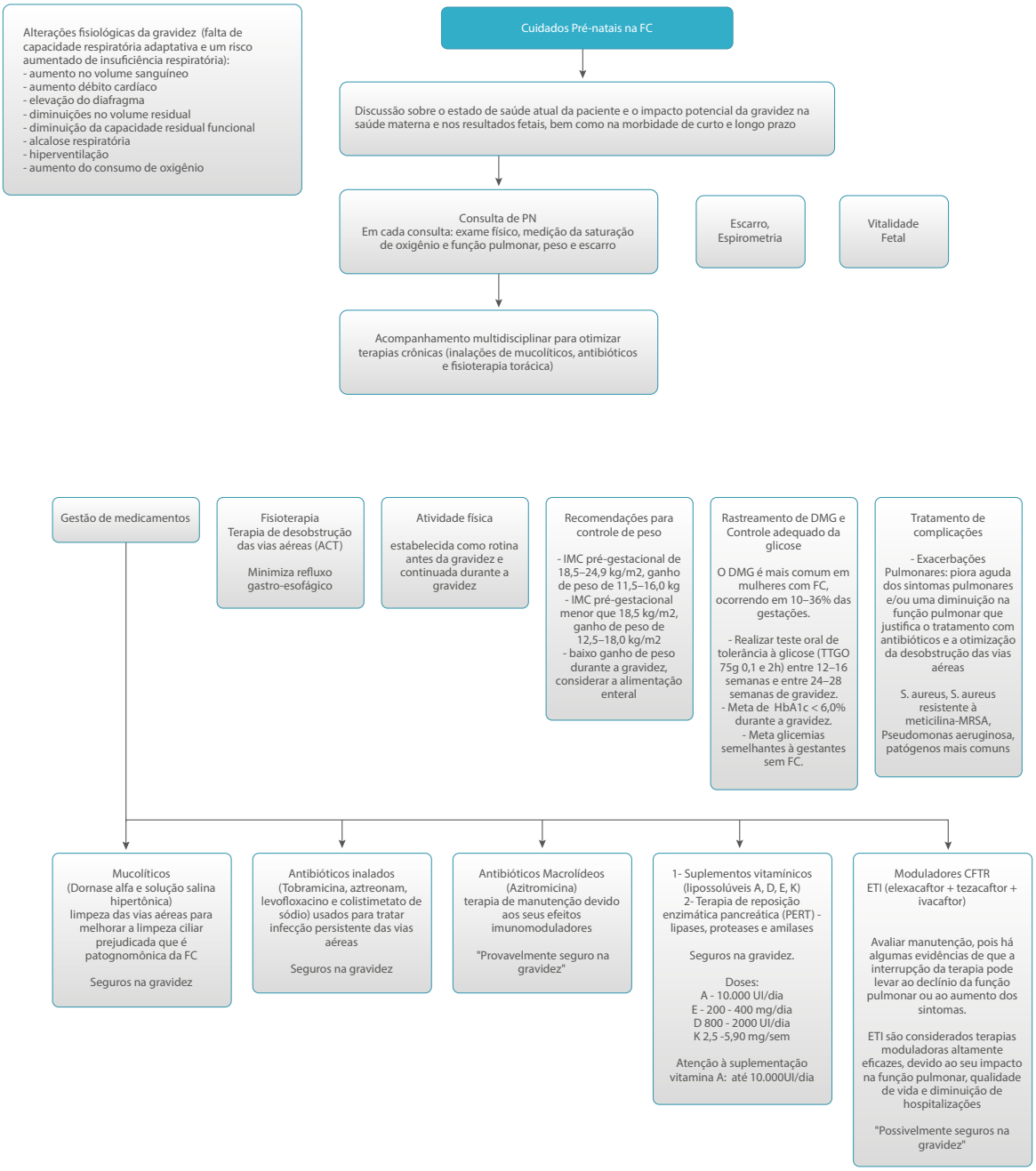
Montemayor K, Tullis E, Jain R, Taylor-Cousar JL. Management of pregnancy in cystic fibrosis. Breathe (Sheff). 2022;18(2):220005.

Shteinberg M, Taylor-Cousar JL, Durieu I, Cohen-Cymberknoh M. Fertility and pregnancy in cystic fibrosis. Chest. 2021;160(6):2051–60.

Como citar

Bonomi IB. Fibrose cística e gravidez – cuidados pré-gestacionais [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 47. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

INESSA BERALDO DE ANDRADE BONOMI



Referências bibliográficas

Castro MC, Firmida MC. Gestação na paciente com fibrose cística. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto UERJ. 2011;10(4):140–8.

Gur M, Pollak M, Bar-Yoseph R, Bentur L. Pregnancy in cystic fibrosis-past, present, and future. J Clin Med. 2023;12(4):1468.

Jain R, Kazmerski TM, Zuckerwise LC, West NE, Montemayor K, Aitken ML, et al. Pregnancy in cystic fibrosis: review of the literature and expert recommendations. J Cyst Fibros. 2022;21(3):387–95.

Khare S, Desimone M, Kasim N, Chan CL. Cystic fibrosis-related diabetes: Prevalence, screening, and diagnosis. J Clin Transl Endocrinol. 2021;27:100290.

Middleton PG. Pregnancy in women with cystic fibrosis in the 21st century. J Cyst Fibros. 2021;20(3):375–6.

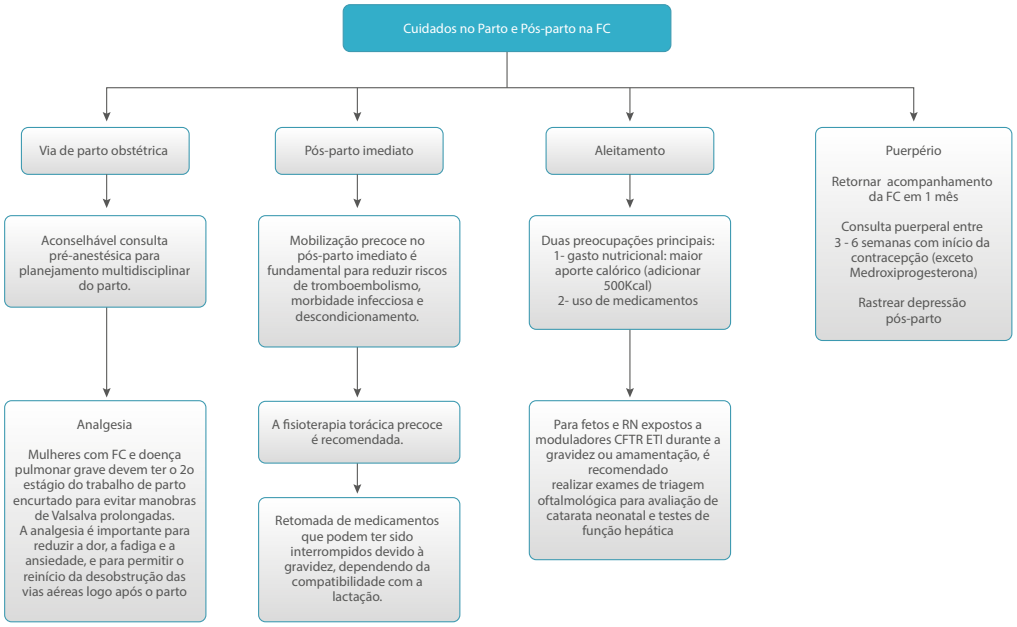
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação. Portaria Conjunta SAES/SECTICS Nº 5, de 30 de abril de 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Fibrose Cística. Diário Oficial da União; 2024.

Montemayor K, Tullis E, Jain R, Taylor-Cousar JL. Management of pregnancy in cystic fibrosis. Breathe (Sheff). 2022;18(2):220005.

Shteinberg M, Taylor-Cousar JL, Durieu I, Cohen-Cymberknoh M. Fertility and pregnancy in cystic fibrosis. Chest. 2021;160(6):2051–60.

Como citar

Bonomi IB. Fibrose cística e gravidez – cuidados pré-natais [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 48. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Castro MC, Firmida MC. Gestação na paciente com fibrose cística. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto UERJ. 2011;10(4):140–8.

Gur M, Pollak M, Bar-Yoseph R, Bentur L. Pregnancy in cystic fibrosis-past, present, and future. J Clin Med. 2023;12(4):1468.

Jain R, Kazmerski TM, Zuckerwise LC, West NE, Montemayor K, Aitken ML, et al. Pregnancy in cystic fibrosis: review of the literature and expert recommendations. J Cyst Fibros. 2022;21(3):387–95.

Khare S, Desimone M, Kasim N, Chan CL. Cystic fibrosis-related diabetes: Prevalence, screening, and diagnosis. J Clin Transl Endocrinol. 2021;27:100290.

Middleton PG. Pregnancy in women with cystic fibrosis in the 21st century. J Cyst Fibros. 2021;20(3):375–6.

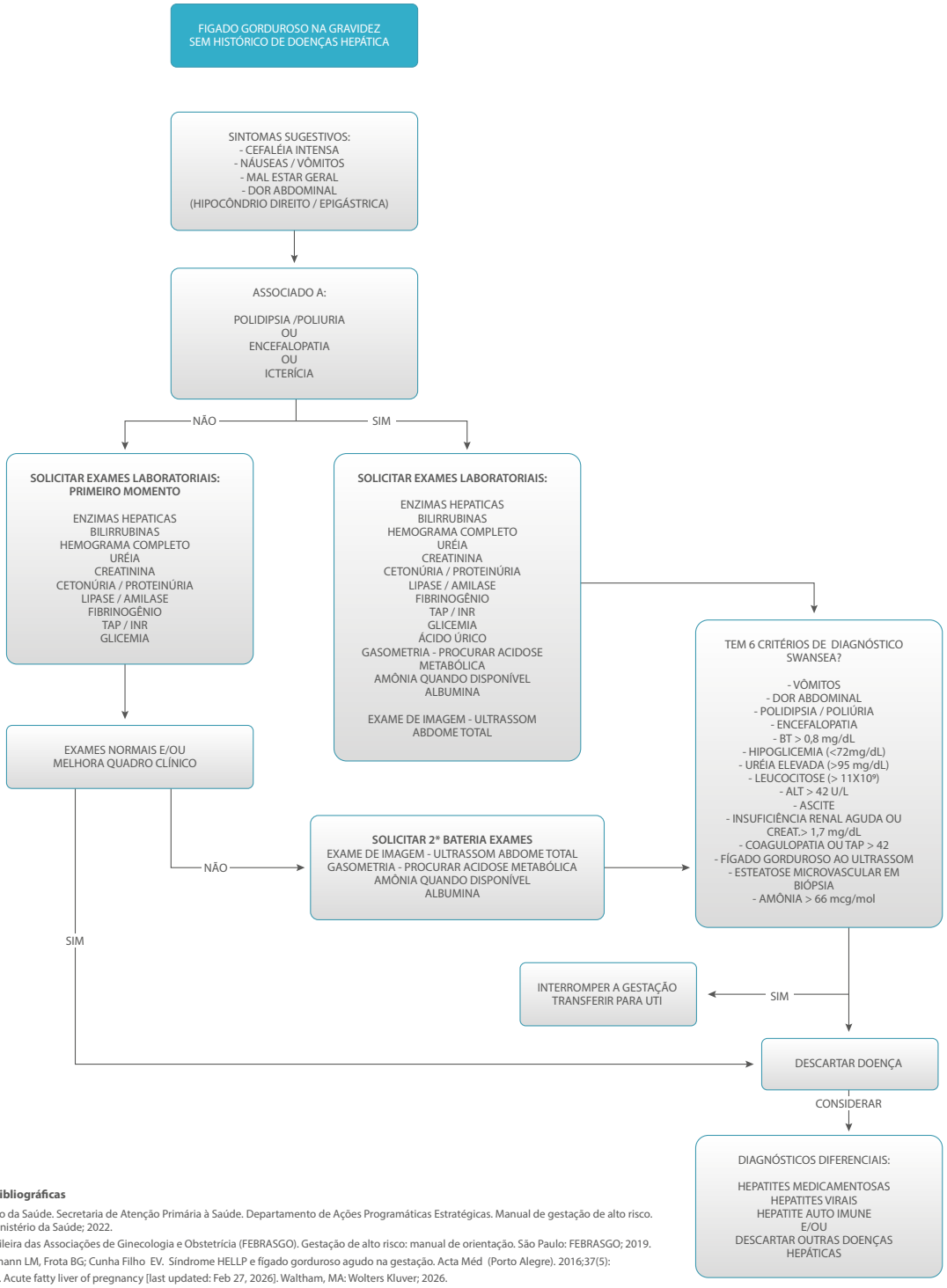
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação. Portaria Conjunta SAES/SECTICS Nº 5, de 30 de abril de 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Fibrose Cística. Diário Oficial da União; 2024.

Montemayor K, Tullis E, Jain R, Taylor-Cousar JL. Management of pregnancy in cystic fibrosis. Breathe (Sheff). 2022;18(2):220005.

Shteinberg M, Taylor-Cousar JL, Durieu I, Cohen-Cymberknoh M. Fertility and pregnancy in cystic fibrosis. Chest. 2021;160(6):2051–60.

Como citar

Bonomi IB. Fibrose cística e gravidez – cuidados no parto e pós-parto [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 49. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de gestação de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Gestação de alto risco: manual de orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2019.

Kobe LM, Burrmann LM, Frota BG; Cunha Filho EV. Síndrome HELLP e fígado gorduroso agudo na gestação. Acta Méd (Porto Alegre). 2016;37(5):

Lee RH, Reau N. Acute fatty liver of pregnancy [last updated: Feb 27, 2026]. Waltham, MA: Wolters Kluver; 2026.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de pré-natal de alto risco. São Paulo: FEBRASGO; 2015.

Ferreira Alves BC, Brisighelli Neto A. Esteatose hepática aguda da gestação: relato de caso. J Med Res Rev. 2023;2(1):1-8.

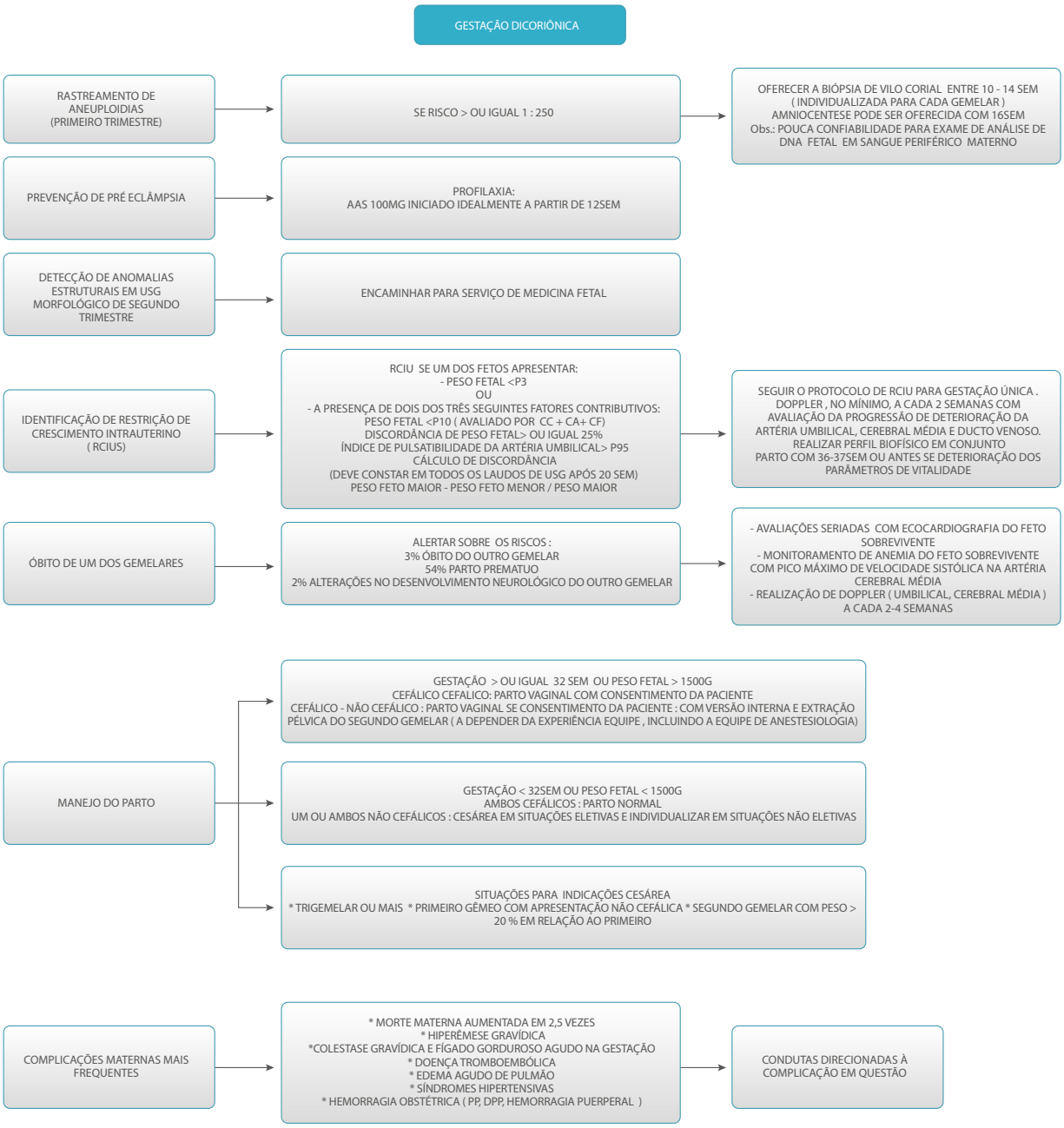
Pinheiro RP, Brasil IR, Bruno SK, Esmeraldo TM, Castelo Branco MM, Walraven RB. Esteatose hepática aguda da gravidez: relato de caso e revisão de literatura. Medicina (Ribeirão Preto).2015;48(3):315-20.

Como citar

Lavado MM. Fígado gorduroso [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 50. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

GEMELARIDADE DICORIÔNICA - MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS E PARTO

SARA TOASSA GOMES SOLHA



Referências bibliográficas

Khalil A, Rodgers M, Baschat A, Bhide A, Gratacos E, Hecher K. et al. SUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016 Feb;47(2):247-63. Erratum in: Ultrasound Obstet Gynecol. 2018 Jul;52(1):140.

Carvalho FH, Vela HW, Morais AL, Feitosa FE. Manejo de gravidez múltipla. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 37/Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal).

D'Alton M, Breslin N. Management of multiple gestations. Int J Gynaecol Obstet. 2020;150(1):3-9.

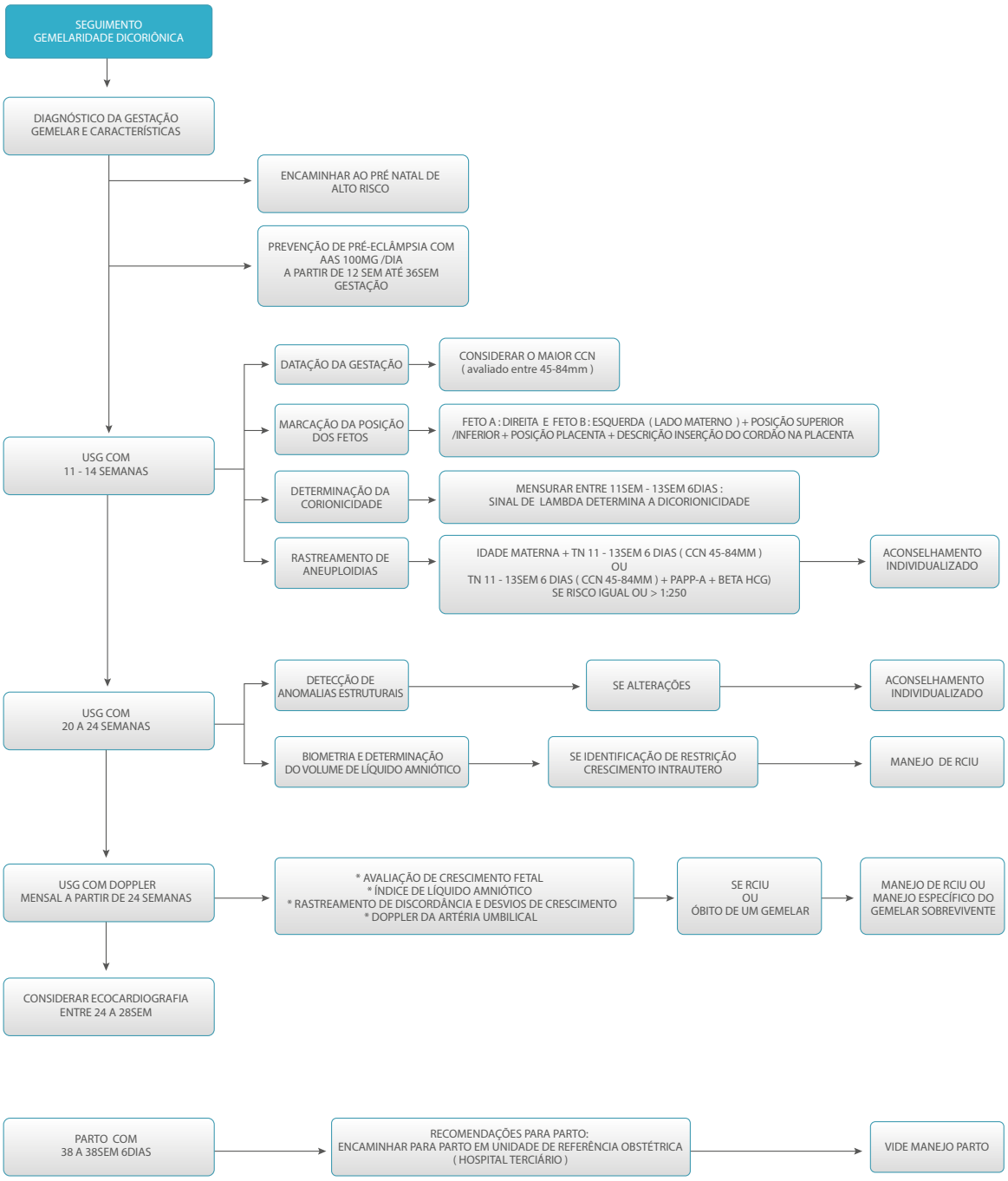
Multifetal gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 231. Obstet Gynecol. 2021;137(6):1140-3.

Como citar

Solha ST. Gemelaridade dicoriônica – manejo de intercorrências e parto [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 51. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

GEMELARIDADE DICORIÔNICA - SEGUIMENTO

SARA TOASSA GOMES SOLHA



Como citar

Solha ST. Gemelaridade dicoriônica – seguimento [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 52. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

GESTAÇÃO PÓS TRANSPLANTE

Aconselhamento geral em gestações planejadas (melhor cenário):

- aguardar pelo menos um ano após o transplante para engravidar, e dois anos nas pacientes com transplante de pulmão (com estabilização da imunossupressão)
- atualização de vacinas (as que forem indicadas e permitidas) antes da gravidez (transplantadas não devem receber vacinas com vírus vivo)
- ausência de infecções que possam afetar o feto (CMV) - rastrear e tratar antes da gestação (engravidar após pelo menos 6 meses)
- avaliar a condição do enxerto (órgão transplantado) e teratogenicidade da medicação em uso (especialmente imunossupressores) - alterar medicação antes de iniciar tentativas de gravidez
- revisão de comorbidades que possam aumentar o risco da gestação (hipertensão arterial, antecedente de pré-eclampsia, diabetes mellitus, disfunção renal (incluindo proteinúria), disfunção hepática, malignidade)
- aconselhamento genético nos casos em que a doença que levou ao transplante tenha etiologia congênita / herança genética
- considerar testar o HLA paterno antes da gestação (se for o mesmo do doador, existe aumento do risco de rejeição)
- considerar expectativa de vida materna após transplante (coração 12 anos, pulmão 9 anos, fígado 18 anos)

Contraindicações à gestação

Gestação contraindicada em disfunção persistente do enxerto, rejeição e disfunção coroanariana.

Gestação contraindicada em quadro de rejeição no último ano e disfunção do órgão transplantado (no caso do rim creat > 1,5 mg/dL), infecção por CMV

Assistencia multidisciplinar no pré natal e parto, em centros de referência (terciários ou quaternários)

Gestação contraindicada em disfunção persistente do enxerto, rejeição e disfunção coroanariana.

Gestação após transplantes de órgãos sólidos (rins, fígado e pâncreas)

ASPECTOS CLÍNICOS DOS TRANSPLANTES CARDÍACO E PULMONAR

Transplante cardíaco
Exames específicos:
- ECG mensal, ECO trimestral (ou mais frequente no 3o trimestre)
Se suspeita de doença coronariana com isquemia, considerar cineangiocoronariografia e avaliação função ventricular

Se suspeita de rejeição - insuf cardíaca, arritmias, isquemia e vasculopatia coronariana acelerada: biópsia endomiocárdica

Transplante de pulmão
Exames específicos:
- monitorar Sat O2 a cada consulta
- Teste de função pulmonar
- Radiografia de tórax
- Gasometria arterial
- TC de tórax

Se suspeita de rejeição (sintomas de infecção respiratória, infiltrados ao Rx, prova de função com alterações obstrutivas) - biópsia por broncoscopia

Fazer avaliação pré-anestésica para planejamento de analgesia e anestesia (levando em consideração peculiaridades do coração denervado, dependente de pré-carga e risco de isquemias).

ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

Alteração da medicação - suspender micofenolato mofetil (MMF- teratogênico) e transicionar para outro imunossupressor.
- suspender estatinas e drogas do sistema RAA

Hiperêmese pode prejudicar a absorção e níveis séricos adequados dos imunossupressores (monitorar e mudar via de administração, se necessário)

Principais riscos (em todos os tipos de transplantes): hipertensão arterial, pré eclampsia, diabetes gestacional, rejeição aguda do enxerto, taxas maiores de cesarianas, prematuridade, recém-nascidos de baixo peso e defeitos fetais (teratogênese, principalmente relacionada às medicações em gestações não planejadas)

Prevenção de pré eclampsia (AAS 100 mg) e calcio

Rever vacinas - além da DTPa e influenza e VSR, vacinar contra meningococo, pneumococo, hepatites A e B

Rastrear CMV / PCR (mensal ou trimestral - se positivo, tratar)

Controle dos níveis séricos dos imunossupresssores ao longo da gestação (a cada 4 semanas até 32a semana, a cada 2 semanas até 36 semanas e semanal até termo e até 6 meses após o parto)

Avaliação do crescimento fetal - US seriada a partir da 20a semana (a cada 4 ou 6 semanas)

Atenção ao diagnóstioco de hipertensão arterial e diabetes, e controle rigoroso se presentes.

Avaliação da vitalidade fetal a partir da 24a semana (doppler) e PBF a partir da 34a semana (ou antes, se doppler alterado)

Planejamento de parto:
- preferência - via de parto por indicação obstétrica, a termo (a menos que exista situação materna ou fetal que indique antecipação do parto)
- Cuidado com o enxerto (rim) pélvico nos casos de transplante renal, com risco de lesão cirúrgica - fazer método de imagem para localização

Puerpério
Otimização da medicação imunossupressora
Considerar risco / benefício da manutenção ou suspensão da lactação (permitida com os mesmos imunossupressores usados na gestação)

ASPECTOS CLÍNICOS DOS TRANSPLANTES RENAL, HEPÁTICO E PÂNCREAS

Exames renais - creatinina sérica, avaliação de proteinúria (RPC ou 24 horas) mensais
Metas: creat < 1,5 mg/dL e prot < 500 mg / 24hs

Exames hepáticos:
AST, ALT, GGT
PT/INR, TTPA e bilirrubinas
Metas - resultados < 1,5 vezes o limite superior do normal

Transplante hepático: risco aumentado de colestase intrahepática da gravidez (7%)

Quando houver suspeita de disfunção do enxerto, verificar imunossupressão e eventualmente considerar biópsia.

Imunossupressores seguros na gravidez de transplantadas: - tacrolimus, ciclosporina, prednisona, azatioprina

- evitar mTor (sirolimus e everolimus) e belatacept
- micofenolato proscrito

Referências bibliográficas

De Backer J, Haugaa KH, Hasselberg NE, de Hosson M, Brida M, Castelletti S, Cauldwell M, Cerbai E, Crotti L, de Groot NMS, Estensen ME, Goossens ES, Haring B, Kurpas D, McEniery CM, Peters SAE, Rakisheva A, Sambola A, Schlager O, Schoenhoff FS, Simoncini T, Steinbach F, Sudano I, Swan L, Valente AM; ESC Scientific Document Group. 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. Eur Heart J. 2025;46(43):4462-8.

Katz-Greenberg G, Afshar Y, Bonn J, Casale J, Constantinescu S, DeFilippis EM, George RP, Iltis A, Jesudason S, Kittleson M, Levine DJ, Moritz MJ, Sarkar M, Shah S, Uccellini K, Coscia LA, Rossi AP; American Society of Transplantation Women's Health Community of Practice Reproductive Health, Contraception and Pregnancy after Transplantation and Living Donation Controversies Conference Participants. Pregnancy after solid organ transplantation: review of the evidence and recommendations. Transplantation. 2025;109(9):1483-94.

Kittleson MM, DeFilippis EM, Bhagra CJ, Casale JP, Cauldwell M, Coscia LA, D'Souza R, Gaffney N, Gerovasili V, Ging P, Horsley K, Macera F, Mastrobattista JM, Paraskeva MA, Punnoose LR, Rasmusson KD, Reynaud Q, Ross HJ, Thakrar MV, Walsh MN. Reproductive health after thoracic transplantation: An ISHLT expert consensus statement. J Heart Lung Transplant. 2023;42(3):e1-e42.

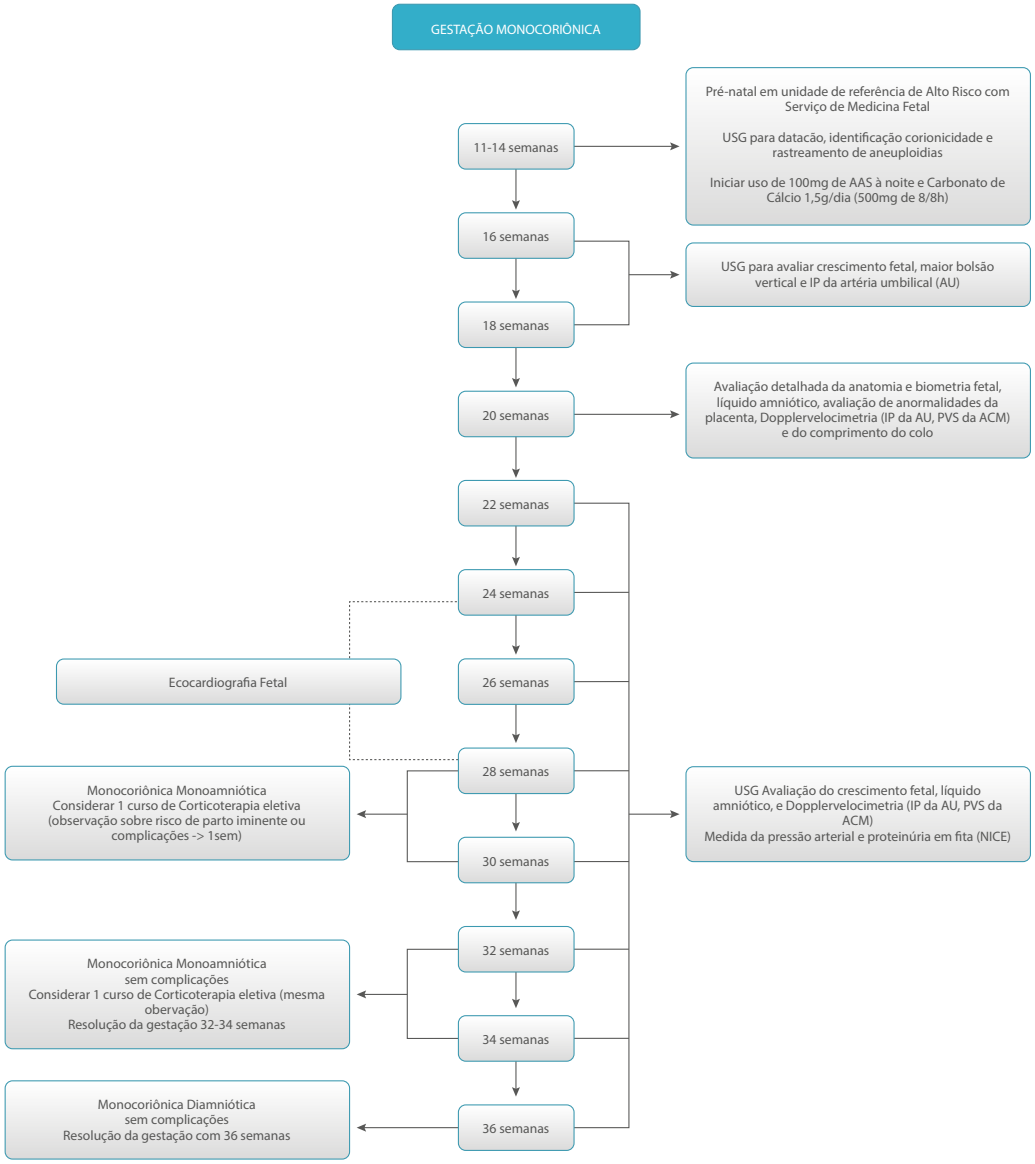
Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Irani RA, Coscia LA, Chang E, Lappen JR; SMFM Publications Committee. Electronic address: pubs@smfm.org. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #66: Prepregnancy evaluation and pregnancy management of patients with solid organ transplants. Am J Obstet Gynecol. 2023;229(2):B10-B32.

Como citar

Bortolotto MR. Gestação após transplantes [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 53. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

GESTAÇÃO MÚLTIPLA MONOCORIÔNICA - PARTE 1

RENATO TEIXEIRA SOUZA



#Gestação ≥ 32 semanas ou peso fetal >1500 g:
- Apresentação cefálica-cefálica: parto vaginal na ausência de indicações obstétricas para parto cesárea (grau de recomendação 2B)
- Apresentação cefálica-não cefálica: parto vaginal com versão interna e extração pélvica do segundo gêmeo, a depender da experiência da equipe assistencial e se o paciente fornecer o consentimento informado (grau de recomendação 2C).

#Gestação <32 semanas ou peso fetal estimado <1500g:
- Ambos em cefálica: intenção de parto vaginal.
- Um ou ambos não cefálica: cesárea eletiva (exceto em fetos não viáveis). Em situações não eletivas, pode-se individualizar segundo o critério do obstetra.

#Indicações de cesárea:
- Primeiro gêmeo em apresentação não cefálica (grau de recomendação 2C).
- Gêmeos MC/MA.
- Gestações múltiplas ≥ 3 fetos.
- Patologia materna, fetal ou placentária.
- Segundo gemelar com peso > 20% em relação ao primeiro gêmeo, especialmente, em apresentação não cefálica.
- Suspeita de alteração da vitalidade fetal, impossibilidade de uma correta monitorização de um ou de ambos os fetos durante o parto

Referências bibliográficas

Carvalho FH, Vela HW, Morais AL, Feitosa FE. Manejo de gravidez múltipla. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 37/ Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal).

Committee on Practice Bulletins—Obstetrics; Society for Maternal–Fetal Medicine. Practice Bulletin No. 169: Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies. Obstet Gynecol. 2016;128(4):e131-46.

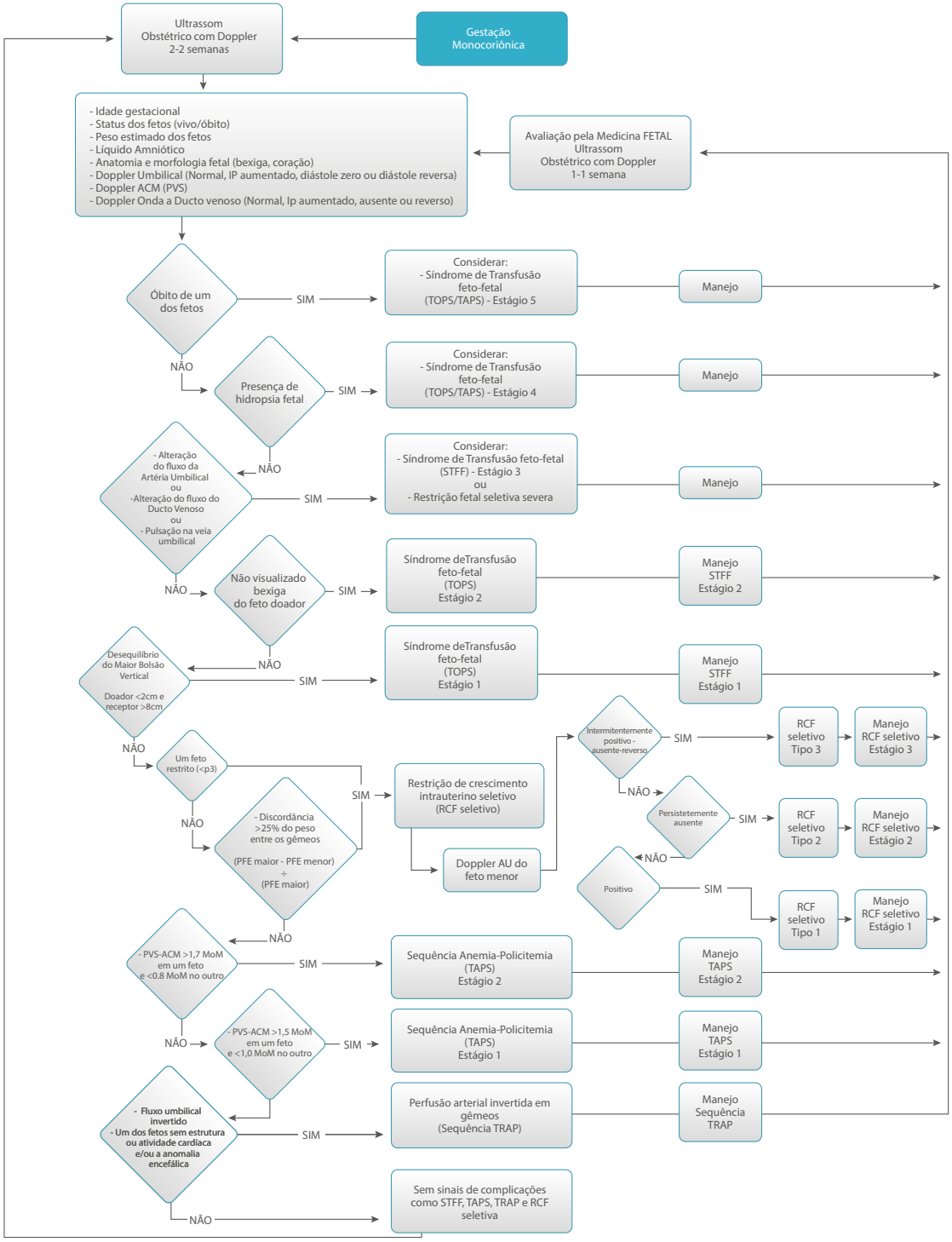
Management of Monochorionic Twin Pregnancy: Green-top Guideline No. 51. BJOG. 2017 Jan;124(1):e1-e45.

Como citar

Souza RT. Gestação múltipla monocoriônica – parte 1 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 54. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

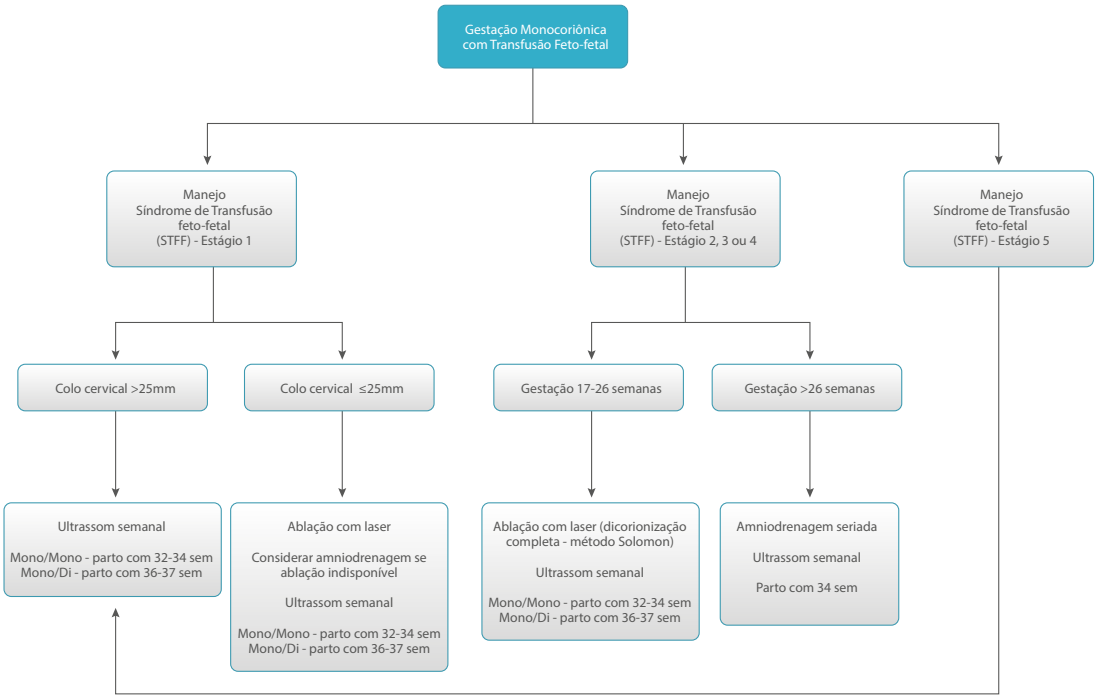
GESTAÇÃO MÚLTIPLA MONOCORIÔNICA - PARTE 2

RENATO TEIXEIRA SOUZA



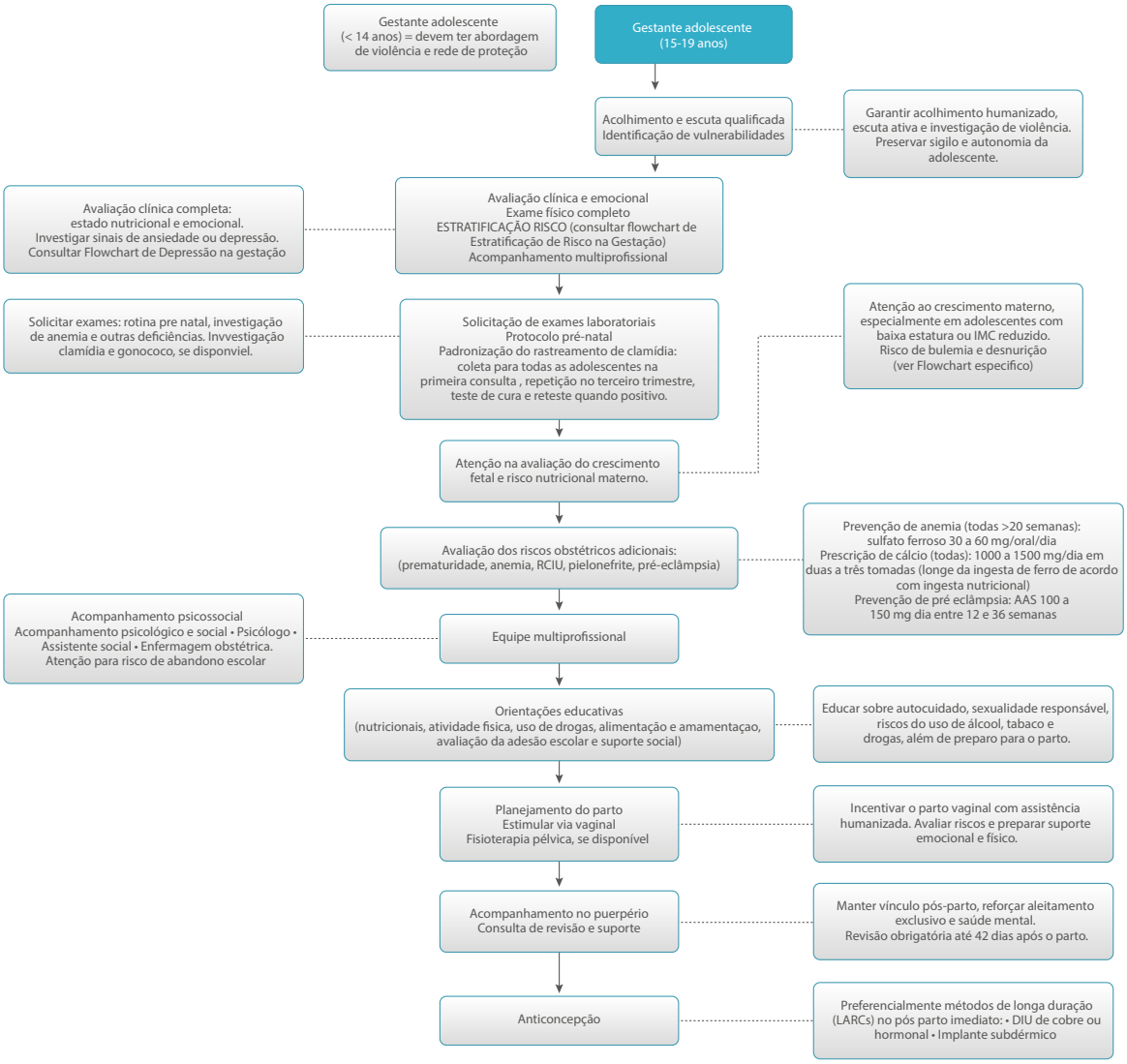
Como citar

Souza RT. Gestação múltipla monocoriônica – parte 2 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 55. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Como citar

Souza RT. Gestação múltipla monocoriônica – parte 3 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 56. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde de adolescentes gestantes: linha de cuidado. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2017.

Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2022.

World Health Organization (WHO). Adolescent pregnancy guidelines. Genéva: WHO; 2018.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 731: Group Prenatal Care. Obstet Gynecol. 2018;131(3):e104-e108.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Manual de atenção à saúde de adolescentes na atenção primária. São Paulo: SBP; 2021.

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Engaging adolescents and young adults about family planning and contraception – a toolkit. FIGO; 2019.

ACOG Committee Opinion No. 735: Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Obstet Gynecol. 2018;131(5):e130-e139.

Como citar

Vettorazzi J. Gestação na adolescência [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 57. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

Técnica de Reprodução Assistida (TRA)
Intervenções que incluem o manejo in vitro de oócitos, espermatozóides ou embriões para fins de reprodução

Fertilização in vitro (FIV), transferência de embriões (TE), injeção intracitoplasmática de espermatozóides (ICSI), biópsia de embriões, testes genéticos pré-implantacionais (TGPI), criopreservação de gametas e embriões, doação de espermatozóides, oócitos e embriões, doação temporária do útero

Risco aumentado de:
- Gestação múltipla
- Gestação ectópica
- Gestação heterotópica
- Parto prematuro espontâneo
- Descolamento prematuro da placenta
- Vasa prévia
- Placenta prévia
- Diabetes gestacional
- Pré-eclâmpsia
- Distúrbios de crescimento fetal
- Parto cesárea

Pontos relevantes da primeira consulta de pré-natal
- Causa da infertilidade
- Idades materna e paterna
- Doação de óvulo, sêmen ou embrião? Idade da doadora do óvulo é importante para cálculo risco 1º trimestre. Tipo sanguíneo da doadora/doador.
- Transferência a fresco vs embrião congelado: ciclos de congelamento há redução do risco de síndrome de hiperestimulação ovariana e aumento do risco de distúrbios hipertensivos maternos e macrossomia fetal.
- Transferência de embrião em D3 ou D5 (blastocisto): para cálculo da idade gestacional &
- Realizada análise genética (biópsia do embrião pré-implantação)
- Gestação única ou múltipla
- Atentar para gravidez heterotópica : mais comum em gestações por TRA do que em concepções espontâneas (1 em 100 versus 1 em 30.000). O aumento do risco é proporcional ao número de embriões transferidos.
- Listar comorbidades e medicamentos em uso em função do tratamento e ajustar retirada/manutenção

& Cálculo da Idade Gestacional
DUM = Data da transferência - 14 - 5

Rotina do primeiro trimestre segue padrões das gestações espontâneas (única ou múltipla) com atenção à:
- Ovodoação: Cálculo de risco de aneuploidias baseado na idade da doadora
- Doação de óvulo e/ou sêmen - checar tipagem sanguínea
- Prescrição de ácido fólico (caso não esteja fazendo uso)
- Atenção à glicemia de jejum: maior risco de diabetes
- Ultrassom precoce para avaliar se gestação tópica, se gestação única ou múltipla (corionicidade/amniocidade) e atentar para um maior risco de heterotópica
- Ultrassom morfológico de 1º trimestre
- Esquema vacinal conforme rotina da gestante
- Ajuste de medicações em uso
- Não há mudanças nas orientações sobre atividade física

Na ausência de uma indicação formal de uso, caso a paciente esteja fazendo uso de enoxaparina, esta poderá ser suspensa

Apesar de não ser considerado TRA, a indução da ovulação na SOP aumenta o risco de gestação gemelar

Rotina do segundo trimestre segue padrões das gestações espontâneas (única ou múltipla) com atenção à:
- Prevenção de pré-eclâmpsia com AAS 100mg/dia
- Rastreio diabetes gestacional com TOTG 75g entre 24-28 semanas
- Ultrassom morfológico com complementação transvaginal para avaliação de colo uterino
- Estudo cuidadoso da placenta: risco aumentado de vasa prévia, placenta prévia e espectro do acretismo placentário
- Ecocardiografia fetal para pacientes com aumento de risco de malformação cardíaca fetal #

Indicações de ecocardiograma fetal:
Gestação gemelar monocoriônica
Outras alterações morfológicas em ultrassons de 1º ou 2º trimestre
Anti-Ro/anti-La positivo
Antecedente de cardiopatia congênita em parente de 1º grau do feto
DM-1 ou DM-2
Rubéola no primeiro trimestre
Cariótipo fetal anormal
Ritmo cardíaco fetal irregular
Ingestão materna de ácido retinóico
Hidropsia fetal

Rotina do terceiro trimestre segue padrões das gestações espontâneas (única ou múltipla) com atenção à:
- Ultrassom obstétrico com 28 semanas para avaliação do crescimento fetal e estudo cuidadoso da placenta (risco aumentado de vasa prévia, placenta prévia e espectro do acretismo placentário)
- Mobilograma diário (iniciando com 28 semanas)*
- Repetir ultrassom obstétrico com doppler fetal mensalmente e conforme a curva de crescimento fetal
- Via de parto obstétrica

*Mobilograma

1x/dia
marcar quantidade de movimentos fetais em 1 hora preferecialmente em decubito lateral e após refeição
Orientar gestante para procurar imediatamente atendimento se diminuição movimentos fetais (menos de 7 movimentos/hora)

Referências bibliográficas

Rahav-Koren R, Shalev-Ram H, Haikin-Herzberger E, Levi M, Wiser A, Miller N. Obstetric and maternal outcomes of IVF and oocyte donation pregnancies among women ages 40-45-a large cohort study. J Assist Reprod Genet. 2024;41(6):1569–75.

Chih HJ, Elias FT, Gaudet L, Velez MP. Assisted reproductive technology and hypertensive disorders of pregnancy: systematic review and meta-analyses. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):449.

Mol BW, Jacobsson B, Grobman WA, Moley K; FIGO Working Group for Preterm Birth. FIGO good practice recommendations on reduction of preterm birth in pregnancies conceived by assisted reproductive technologies. Int J Gynaecol Obstet. 2021;155(1):13–5.

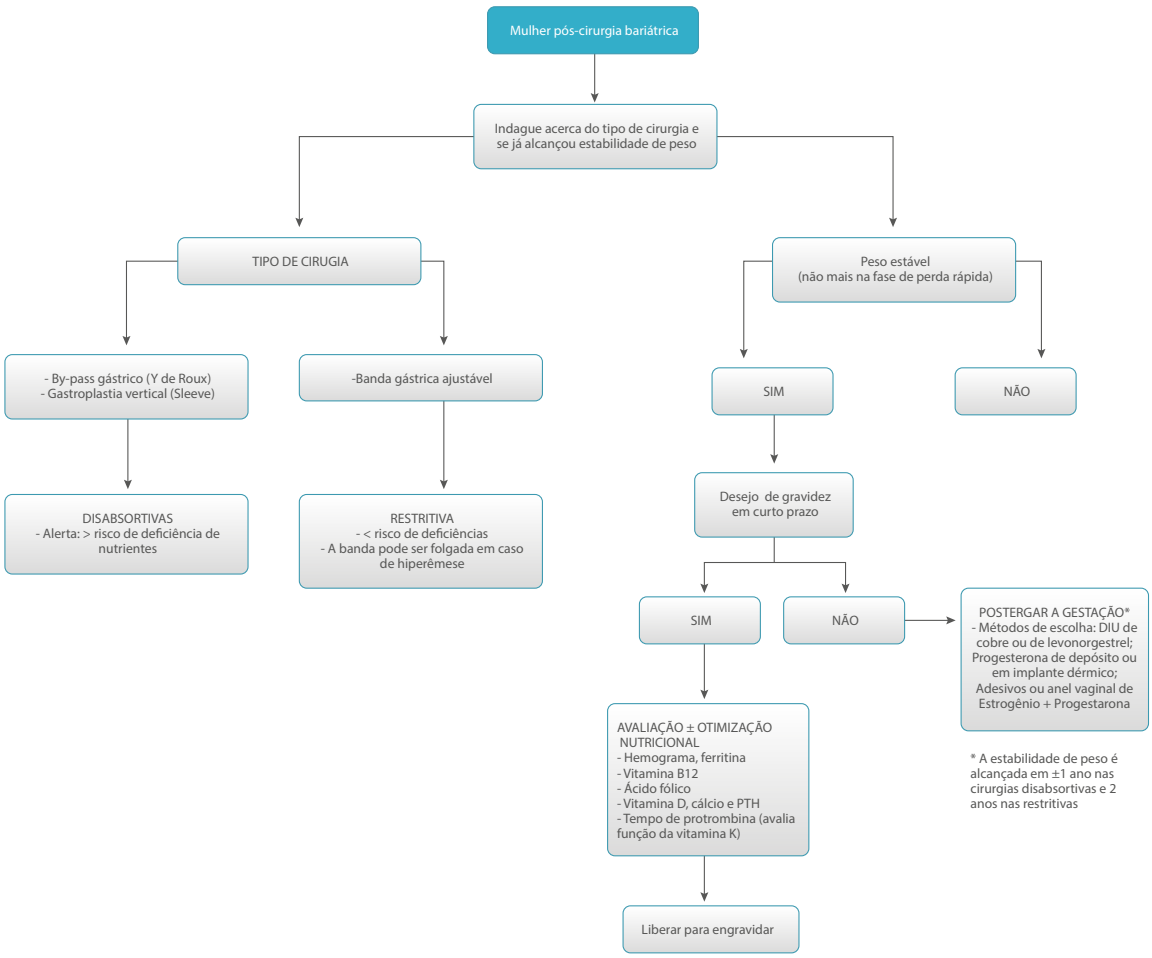
American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice; Committee on Genetics; U.S. Food and Drug Administration. Committee Opinion No 671: Perinatal risks associated with assisted reproductive technology. Obstet Gynecol. 2016;128(3):e61-8.

Como citar

Ferreira EC, Mocarzel CC. Gestação pós FIV [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 58. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

GESTAÇÃO PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA - CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL

ALBERTO CARLOS MORENO ZACONETA



Referências bibliográficas

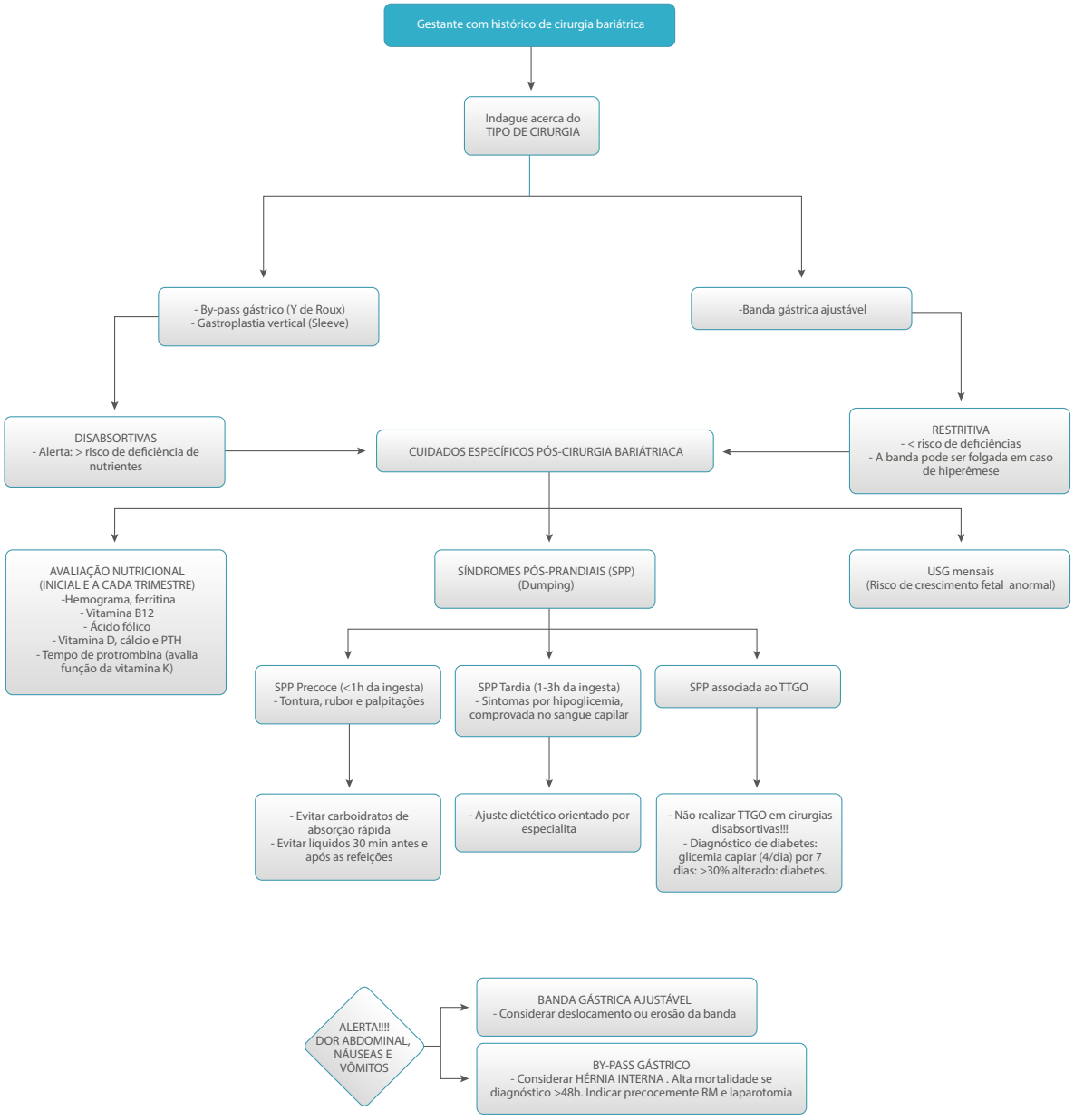
Shawe J, Ceulemans D, Akhter Z, Neff K, Hart K, Heslehurst N, et al. Pregnancy after bariatric surgery: Consensus recommendations for periconception, antenatal and postnatal care. Obes Rev. 2019;20(11):1507-22.

Como citar

Zaconeta AC. Gestação pós cirurgia bariátrica - consulta de pré-concepcional [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 59. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

GESTAÇÃO PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA - PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

ALBERTO CARLOS MORENO ZACONETA

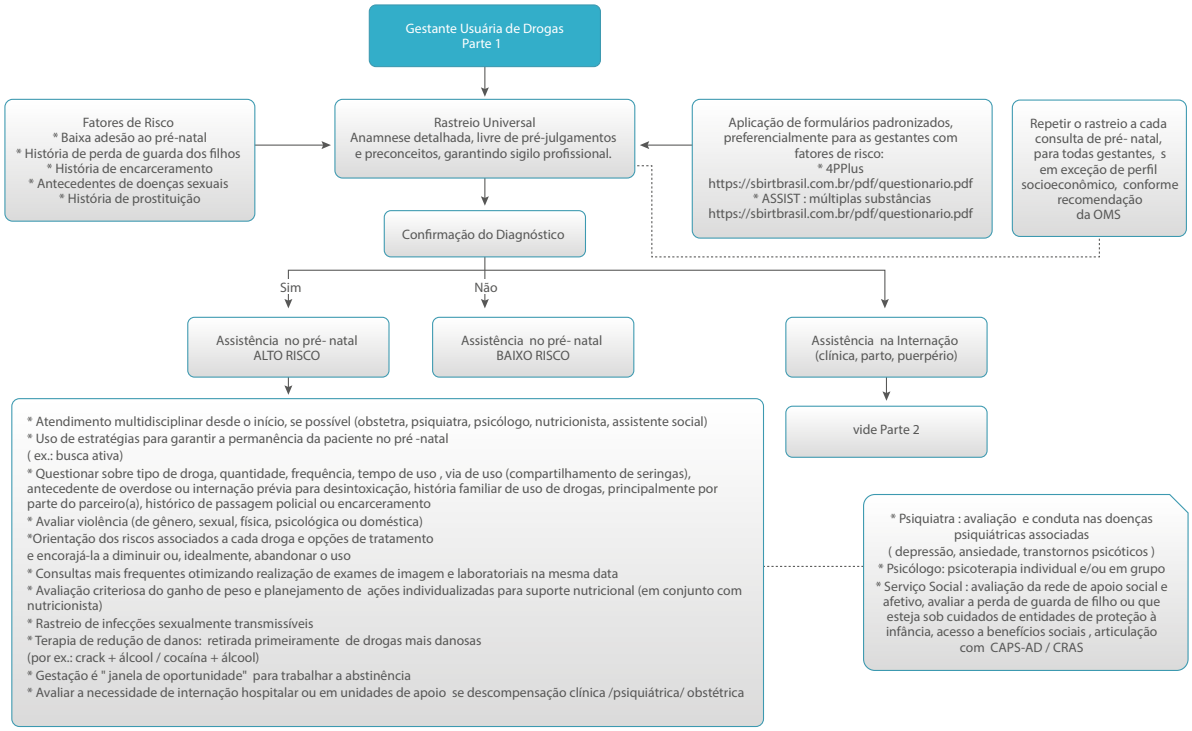


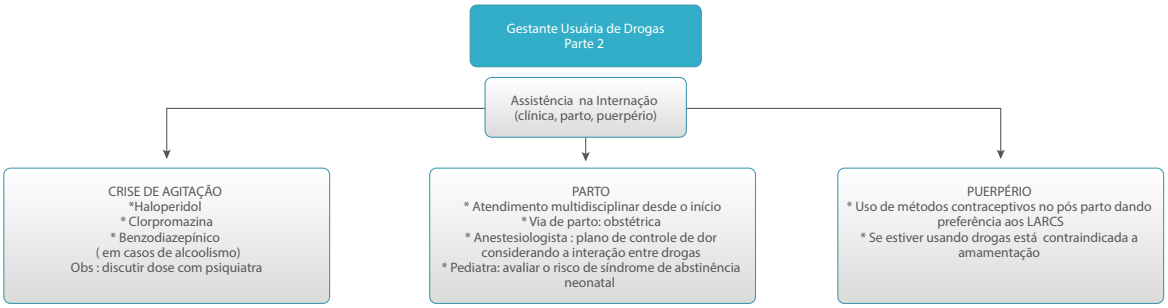
Referências bibliográficas

Shawe J, Ceulemans D, Akhter Z, Neff K, Hart K, Heslehurst N, et al. Pregnancy after bariatric surgery: Consensus recommendations for periconception, antenatal and postnatal care. Obes Rev. 2019;20(11):1507-22.

Como citar

Zaconeta AC. Gestação pós cirurgia bariátrica - primeira consulta de pré-natal [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 60. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].





Droga	Efeito na gestação	Tratamento
Álcool	Risco de Síndrome Alcoólica Fetal Restrição de crescimento intrauterino Alterações neurocomportamentais do concepto	Não existe nível seguro Realizar abordagem não punitiva e intervenção precoce
Cocaína/ Crack	Descolamento prematuro de placenta Prematuridade AVC materno Hipertensão	Sem tratamento farmacológico específico
Maconha	Baixo peso ao nascer Possível impacto no neurodesenvolvimento	Suspensão e abordagem comportamental
Opióides	Sindrome da abstinência neonatal	Evitar suspensão abrupta da metadona ou buprenorfina
Vape	Maior risco de Restrição de Crescimento Fetal Descolamento Prematuro de Placenta Prematuridade Alterações Neurocomportamentais futuras	Suspensão e abordagem comportamental

Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de gestação de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.
Committee opinion no. 633: Alcohol abuse and other substance use disorders: ethical issues in obstetric and gynecologic practice. Obstet Gynecol. 2015;125(6):1529-37.
National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cocaine (update July 2018). Bethesda, NIDA; 2018 [cited 2020 Set 11]. Available from: https://www.drugabuse.gov/sites/default/ les/drugfacts-cocaine.pdf
World Health Organization (WHO). Guidelines for the identi cation and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: WHO; 2014.
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Protocolo de Assistência Pré-natal. São Paulo: FEBRASGO; 2023.
Chasnoff IJ, McGourty RF, Bailey GW, Hutchins E, Lightfoot SO, Pawson LL, et al. The 4P's Plus screen for substance use in pregnancy: clinical application and outcomes. J Perinatol. 2005;25(6):368-74.
World Health Organization (WHO). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): guidelines for use in primary care. Geneve: WHO; 2010.

Como citar

Borges VT. Gestante usuária de drogas [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 61. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

BRENA CARVALHO PINTO DE MELO

HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSITICA NOTURNA (HPN) & GESTAÇÃO

DEFINIÇÃO
Doença rara, adquirida, de células-tronco hematopoéticas, caracterizada por hemólise crônica, falência medular e tromboembolismo venoso.

EPIDEMIOLOGIA
Doença rara, com 1,3 caso novo/ano por milhão de habitante;
Diagnóstico mais comum entre 3ª e 5ª década de vida;
Tempo médio para diagnóstico 5 anos (a raridade dificulta o diagnóstico).

FISIOPATOLOGIA
As manifestações da doença são causadas por defeito genético adquirido e estão relacionadas principalmente à hemólise mediada pelo sistema complemento levando à hemólise intravascular crônica, com episódios de exarcebações, causando a anemia hemolítica e favorecendo episódios de trombose.

PARTICULARIDADES:
Até recentemente, a gestação em pacientes com HPN era desaconselhada por alto risco de complicações (com taxas de mortalidade materna de até 20%). Atualmente, o acesso e uso do Eculizumabe* mudou a história natural da doença, com redução significativa das complicações e melhora da qualidade de vida. Entretanto, a gestação em pacientes com HPN continua de alto risco. Potenciais complicações na gestação: pré-eclâmpsia, anemia hemolítica, tromboses, necessidade de transfusões, infecções maternas, abortamentos, prematuridade, crescimento intrauterino restrito, mortalidade materna.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO
Sintomas inespecíficos porém frequentes: cefaleia, mal estar, astenia, falta de ar, dor abdominal

Sinais e sintomas de maior suspeição: anemia hemolítica de causa indefinida, tromboses em locais típicos (exemplo: membros inferiores) com rastreio inicial de trombofilias negativas, tromboses recorrentes ou em locais incomuns (como Budd-Chiari e/ou veias supra-hepáticas), trombose do seio cavernoso intracraniano, entre outras Anemia hemolítica com teste de Coombs negativo (teste direto de antiglobulina);

Marcadores laboratoriais de hemólise, como desidrogenase lática (DHL) elevada, reticulocitose e haptoglobina diminuída;

Anemia aplástica, síndrome mielodisplásica, sobretudo o subtipo hipocelular

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL
Imunofenotipagem para HPN por citometria de fluxo em sangue periférico
Coombs indireto negativo
Avaliar presença de anemia aplásica (associação frequente)
Hemograma, reticulócitos, DHL, bilirrubinas, haptoglobina, eletroforese de hemoglobina, dosagem de G6PD e teste de Coombs direto ou teste direto de antiglobulina.

MANEJO OBSTÉTRICO
- Condução do caso com equipe interprofissional e multidisciplinar: obstetra, hematologista, anestesista e intensivista; Vincular a centro de referência de HPN; Manter rotina de pré-natal com suplementação de ferro e ácido fólico; Manter anticoagulação - particularizar esquema profilático e/ou terapêutico com heparina de baixo peso molecular (HBPM) - considerar histórico/ risco de trombose;

Assegurar acesso a anticorpo monoclonal (Eculizumabe) via equipe de hematologia; Em uso de eculizumabe, sugerido o uso de antibioticoterapia

profilático com Penicilina V Oral ou Amoxacilina (Infecções podem desencadear crises de hemólise); Particularizar corticoterapia para maturação

pulmonar fetal (em casos de interrupção pré-termo)

Assegurar vacinação contra Neisseria, Pneumococo, Haemofilus tipo b, Meningo B

MANEJO NO PARTO
- Via de parto obstétrica ; Avaliar suspensão da HBPM de acordo com a dose profilática (12h) ou terapêutica (24h) ; Avaliar presença de anemia e/ou plaquetopenia e necessidade de hemoterapia em acordo com equipe de anestesia e hematologia

MANEJO NO PUERPÉRIO
- Manter anticoagulação por seis semanas pós-parto ; Eculizumabe pode ser mantido durante a amamentação; Assegurar oferta e acesso à contracepção dando preferência aos contraceptivos reversíveis de longa duração/long acting reversible contraceptives (LARCs)

***Esquema posológico Eculizumabe:**

Pacientes gestantes: o esquema consiste numa fase inicial de indução por quatro semanas consecutivas, seguida por uma fase de manutenção. Após a diluição com solução fisiológica ou glicosada, a concentração final da solução para infusão é de 5 mg/mL e a infusão deve ocorrer em 25 a 45 minutos para cada frasco. (diluir cada frasco para 30ml)

Fase de indução: 600 mg de Eculizumabe, administrados por infusão intravenosa durante 45 minutos, uma vez por semana, nas primeiras quatro semanas.

Fase de manutenção: 1200 mg de Eculizumabe administrado por infusão intravenosa em 45 minutos na quinta semana, a partir de então quinzenalmente, por até três meses após o parto, se iniciado apenas pela gestação. Se já fazia uso anteriormente, retornar para a dose de 900mg.

* A inclusão dos anticorpos monoclonais (ECULIZUMABE e RAVULIZUMABE) - que inibem o sistema complemento - na terapêutica da HPN mudou a história natural da doença. Há maior evidência de segurança para uso na gestação, puerpério e amamentação com o uso do Eculizumabe, de uso crônico em manutenção, injetável, a cada duas semanas apesar da comodidade posológica do ravulizumabe (a cada oito semanas), com evidências de segurança ainda em construção, por isso a preferência para o uso do Eculizumabe em pessoas gestantes e puérperas com HPN.

Referências bibliográficas

Kelly RJ, Höchsmann B, Szer J, Kulasekararaj A, de Guibert S, Röth A, et al. Eculizumab in pregnant patients with paroxysmal nocturnal hemoglobinuria. N Engl J Med. 2015;373(11):1032–9.

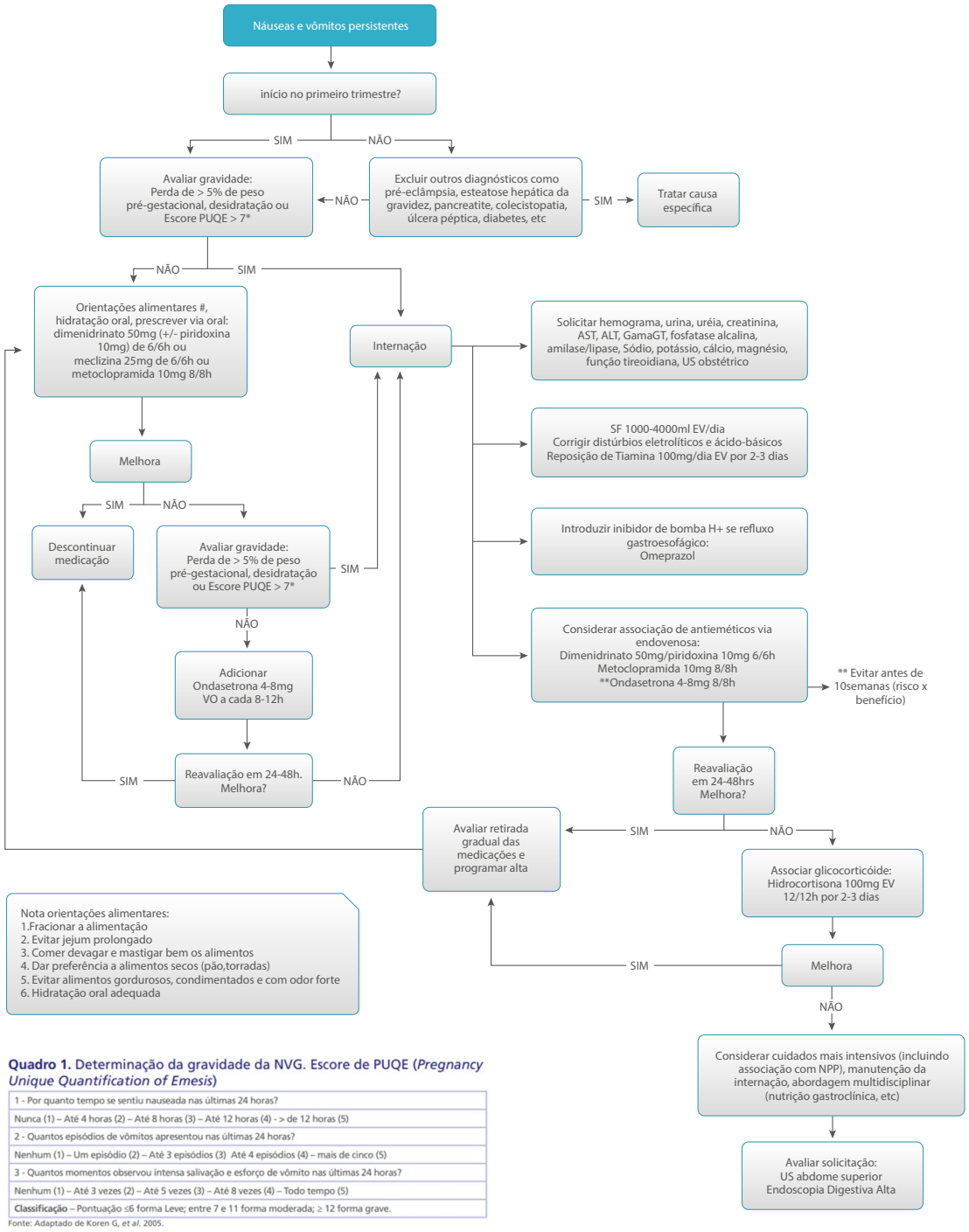
Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Hemoglobinúria Paroxística Noturna. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024.

Zhang B, Chu R, Huang C, Song X, Wang J, Li L, et al. Progress in the management of pregnancy with paroxysmal nocturnal hemoglobinuria: a review. J Womens Health (Larchmt). 2024 ;33(1):98–104.

Hoechsmann B, Leopold W, Schneider A, Koerper S, Kalhammer U, Schrezenmeier H. Ravulizumab in pregnant women with paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (PNH) – favourable experience from a retrospective case series [Abstract 101]. Blood. 2024;144 Suppl 1:5251–2.

Como citar

Melo BC. Hemoglobinúria paroxística noturna (HPN) & gestação [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 62. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Quadro 1. Determinação da gravidade da NVG. Escore de PUQE (*Pregnancy Unique Quantification of Emesis*)

1 - Por quanto tempo se sentiu nauseada nas últimas 24 horas?
Nunca (1) – Até 4 horas (2) – Até 8 horas (3) – Até 12 horas (4) - > de 12 horas (5)
2 - Quantos episódios de vômitos apresentou nas últimas 24 horas?
Nenhum (1) – Um episódio (2) – Até 3 episódios (3) Até 4 episódios (4) – mais de cinco (5)
3 - Quantos momentos observou intensa salivação e esforço de vômito nas últimas 24 horas?
Nenhum (1) – Até 3 vezes (2) – Até 5 vezes (3) – Até 8 vezes (4) – Todo tempo (5)
Classificação – Pontuação ≤6 forma Leve; entre 7 e 11 forma moderada; ≥ 12 forma grave.

Fonte: Adaptado de Koren G, *et al.* 2005.

Referências bibliográficas

Goodwin TM. Hyperemesis gravidarum. Clin Obstet Gynecol. 1998;41(3):597-605.

Koren G, Boskovic R, Hard M, Maltepe C, Navioz Y, Einarson A. Motherisk-PUQE (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) scoring system for nausea and vomiting of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2002 May;186(5 Suppl Understanding):S228-31.

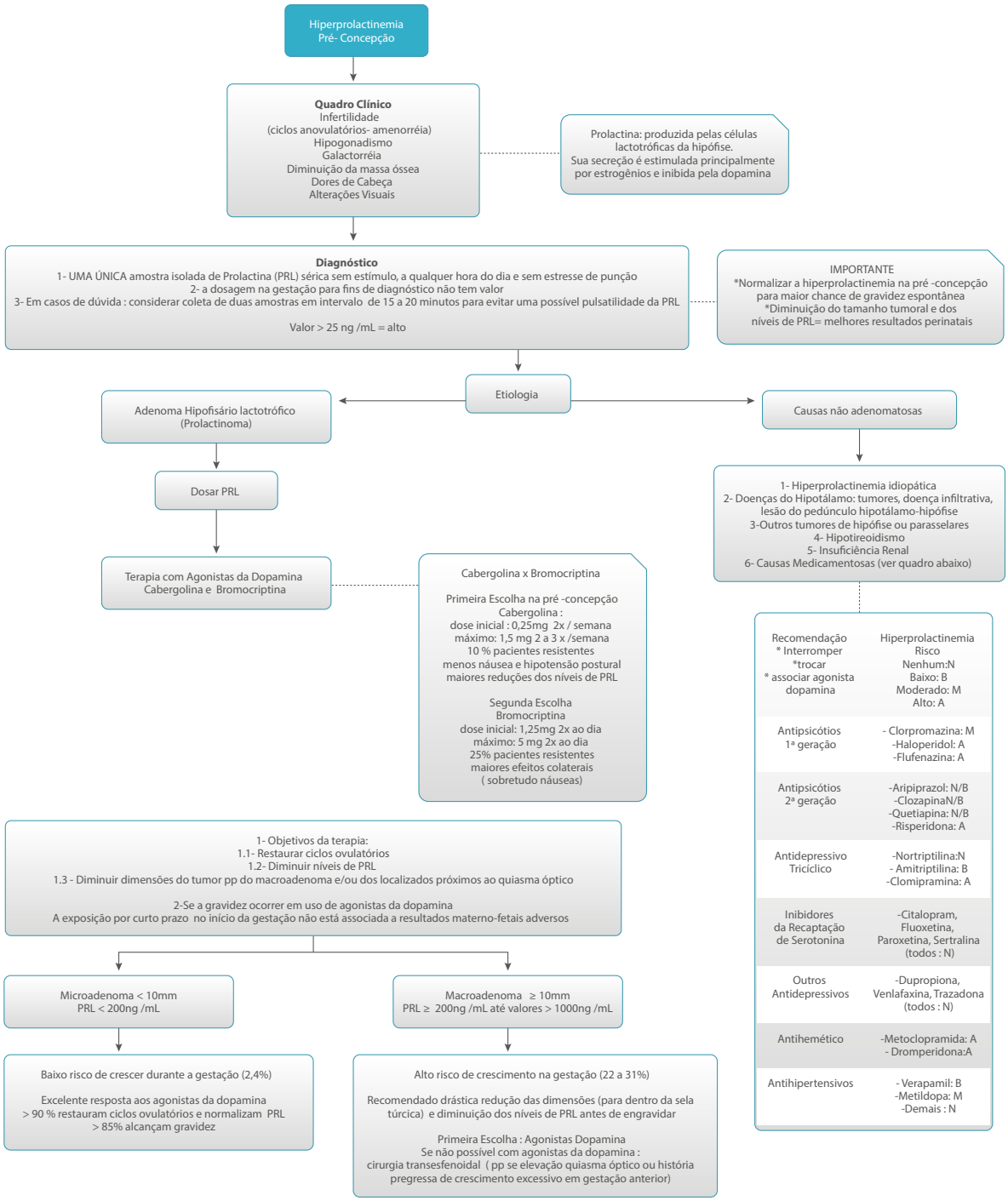
Boelig RC, Barton SJ, Saccone G, Kelly AJ, Edwards SJ, Berghella V. Interventions for treating hyperemesis gravidarum: a Cochrane systematic review and meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018;31(18):2492-505.

Como citar

Ferreira EC. Hiperêmese gravídica [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 63. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

HIPERPROLACTINEMIA - PRÉ-CONCEPÇÃO

SARA TOASSA GOMES SOLHA



Referências bibliográficas

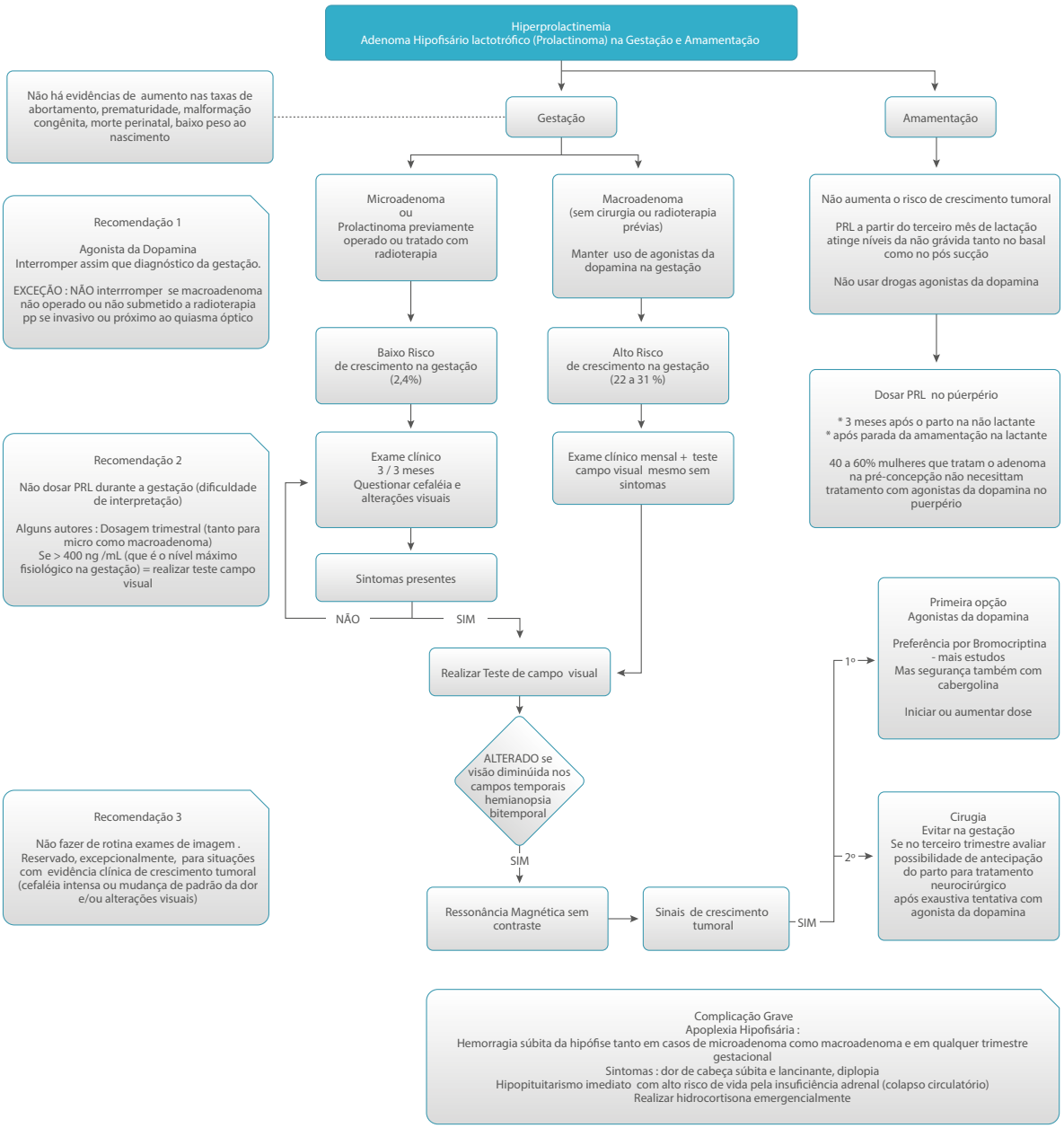
Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, Montori VM, Schlechte JA, Wass JA; Endocrine Society. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(2):273-88.

Como citar

Solha ST. Hiperprolactinemia - pré-concepção [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 64. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

HIPERPROLACTINEMIA NA GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO

SARA TOASSA GOMES SOLHA



Referências bibliográficas

Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, Montori VM, Schlechte JA, Wass JA; Endocrine Society. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(2):273-88.

Zhang CD, Ioachimescu AG. Prolactinomas: preconception and during pregnancy. Endocrinol Metab Clin North Am. 2024;53(3):409-19.

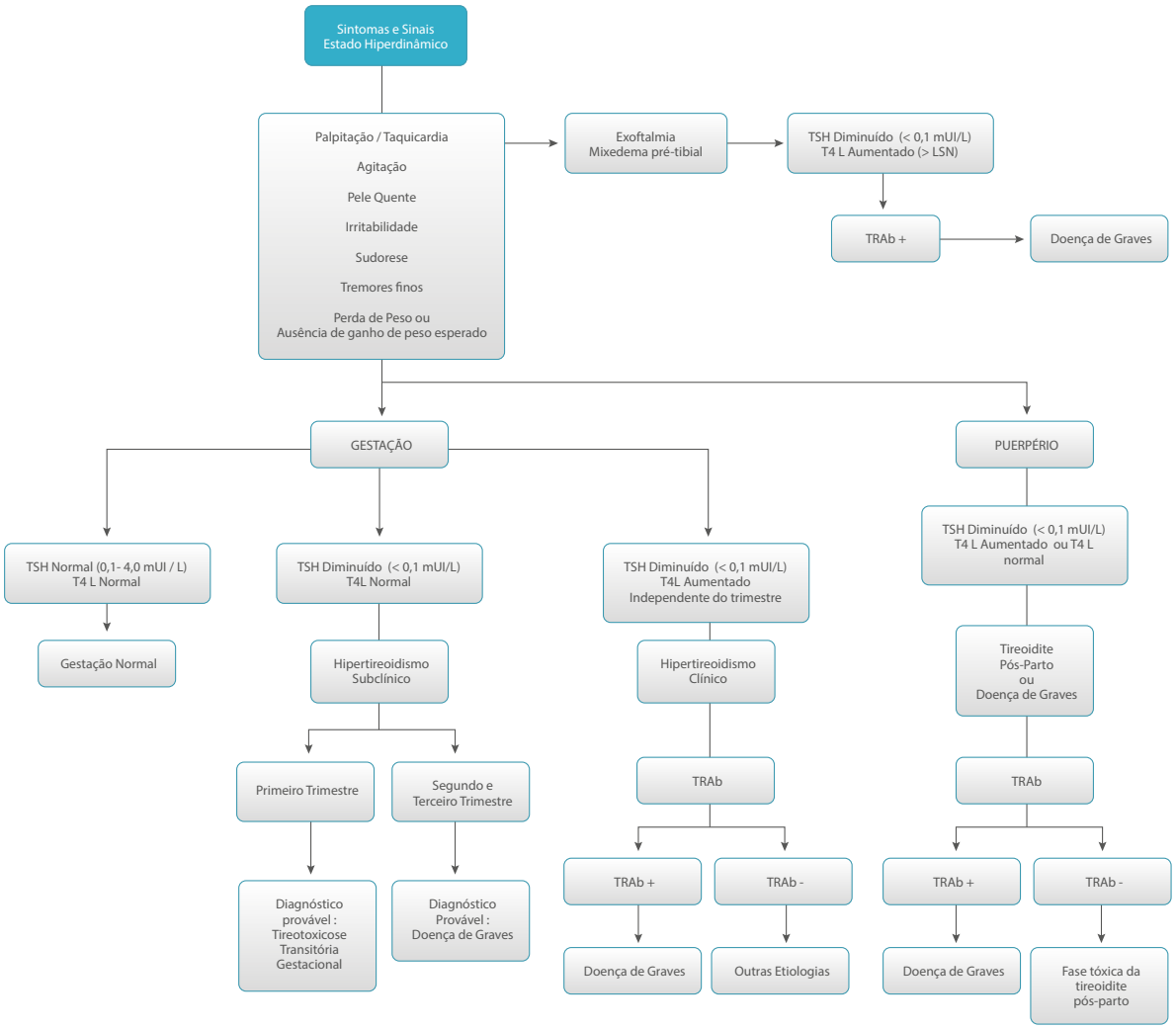
Bandeira DB, Alves LS, Glezer A, Boguszewski CL, Dos Santos Nunes-Nogueira V. Disease activity and maternal-fetal outcomes in pregnant women with prolactinoma: a systematic review and meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2025;110(4):e1241-e1251.

Como citar

Solha ST. Hiperprolactinemia na gestação e amamentação [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 65. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

HIPERTIREOIDISMO - DIAGNÓSTICO

CARLOS ALBERTO MAGANHA



LEGENDA
LSN: Limite Superior da Normalidade
T4L: Tiroxina Livre
TRAb : Anticorpo Antireceptor do TSH
TSH: Hormônio Tireoestimulante

Referências bibliográficas

Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid. 2017; 27(3):315-89.

Maganha CA. Hipertireoidismo - tratamento puerpério [flowchart]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

Thyroid Disease in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 223. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e261-e274.

Amino N, Arata N. Thyroid dysfunction following pregnancy and implications for breastfeeding. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2020;34(4):101438.

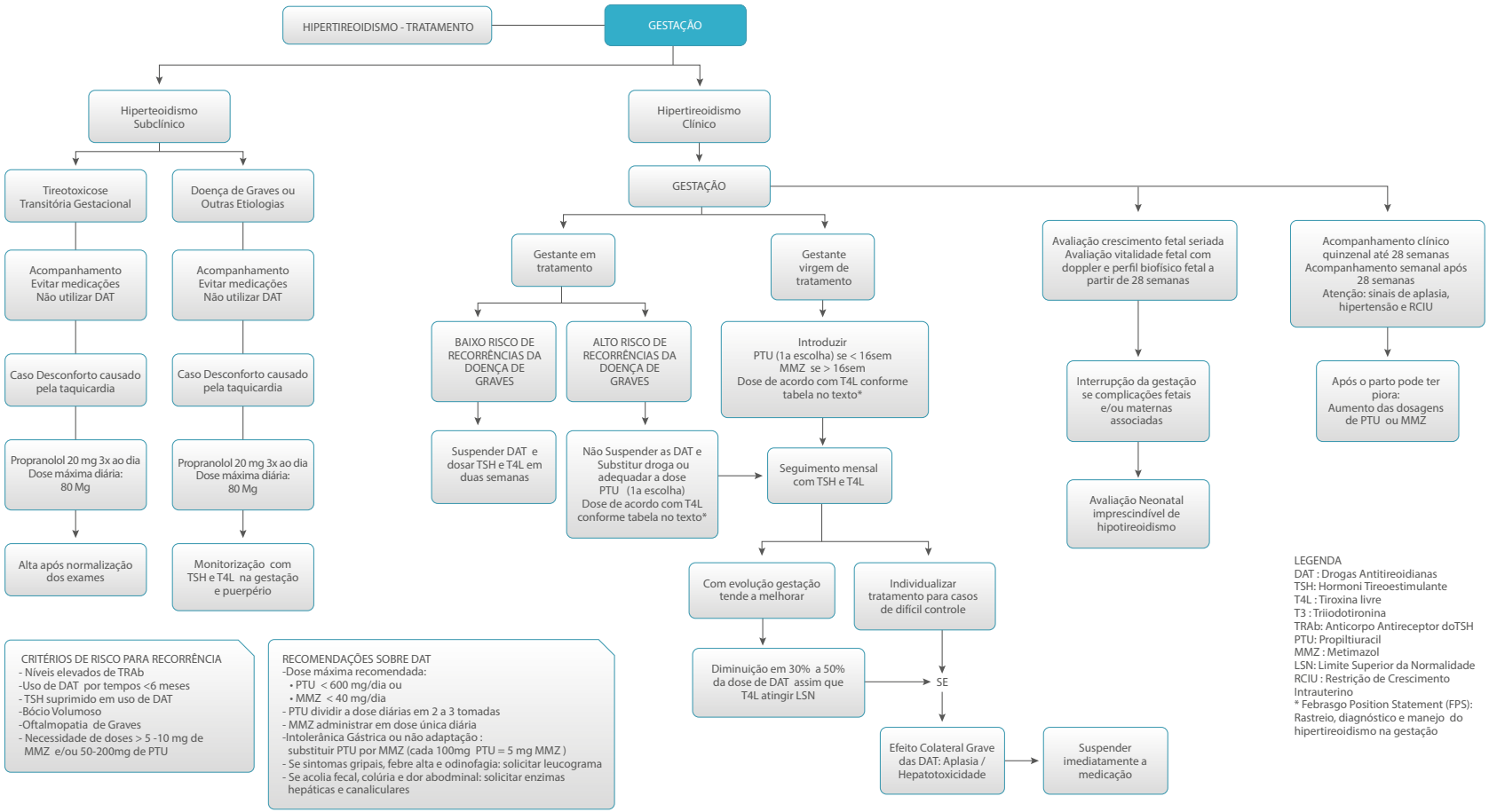
Maganha CA, Mattar R, Mesa Junior CO, Marui ST, Solha ST, Teixeira PF, et al. Screening, diagnosis and management of hyperthyroidism in pregnancy: Febrasgo Position Statement. 2022, Number 8. São Paulo: FEBRASGO; 2022.

Como citar

Maganha CA. Hipertireoidismo – diagnóstico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 66. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

HIPERTIREOIDISMO - TRATAMENTO GESTAÇÃO

CARLOS ALBERTO MAGANHA



Referências bibliográficas

Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid. 2017; 27(3):315-89.

Maganha CA. Hipertireoidismo - tratamento puerpério [flowchart]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

Thyroid Disease in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 223. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e261-e274.

Amino N, Arata N. Thyroid dysfunction following pregnancy and implications for breastfeeding. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2020;34(4):101438.

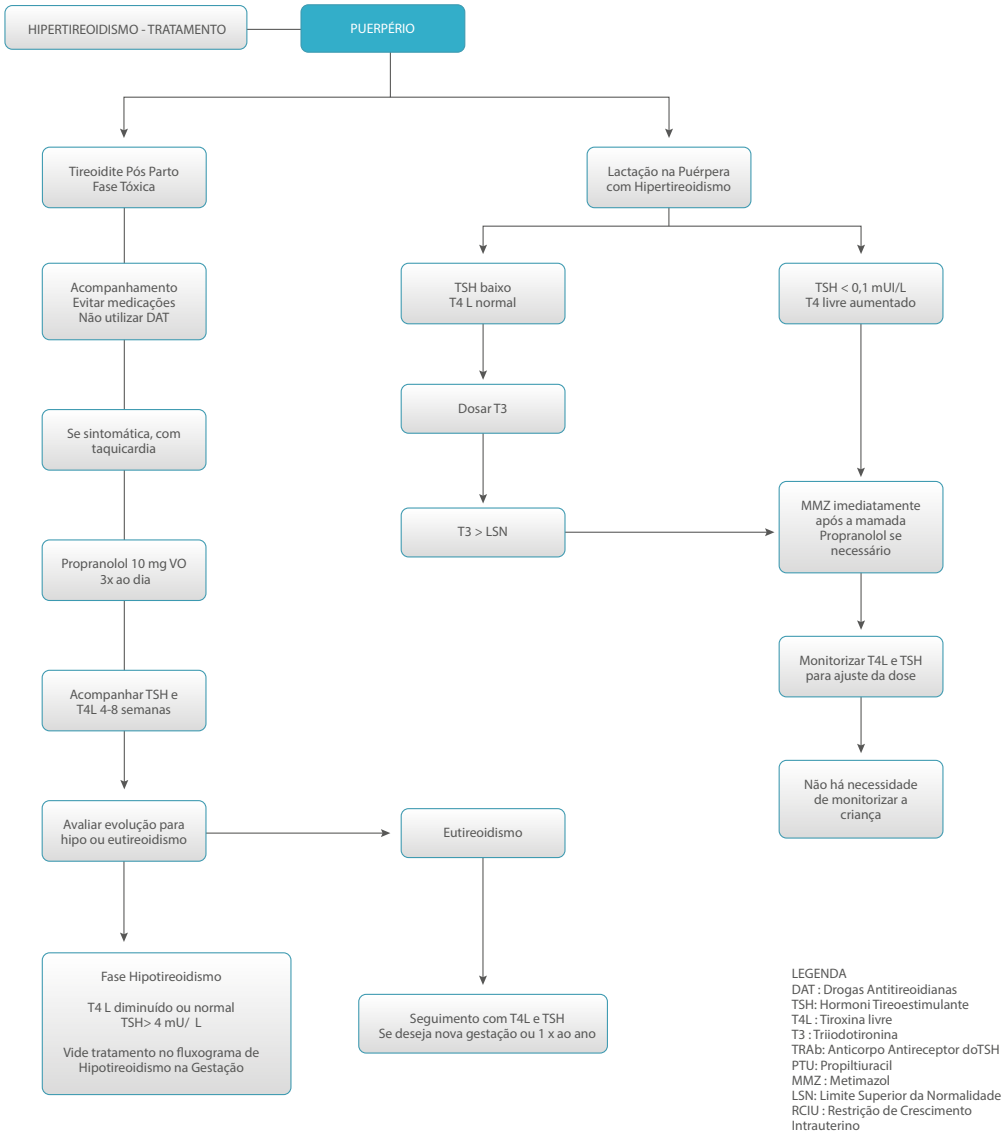
Maganha CA, Mattar R, Mesa Junior CO, Marui ST, Solha ST, Teixeira PF, et al. Screening, diagnosis and management of hyperthyroidism in pregnancy: Febrasgo Position Statement. 2022, Number 8.

Como citar

Maganha CA. Hipertireoidismo – tratamento gestação [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 67. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

HIPERTIREOIDISMO - TRATAMENTO PUERPÉRIO

CARLOS ALBERTO MAGANHA



Referências bibliográficas

Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid. 2017; 27(3):315-89.

Maganha CA. Hipertireoidismo - tratamento puerpério [flowchart]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

Thyroid Disease in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 223. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e261-e274.

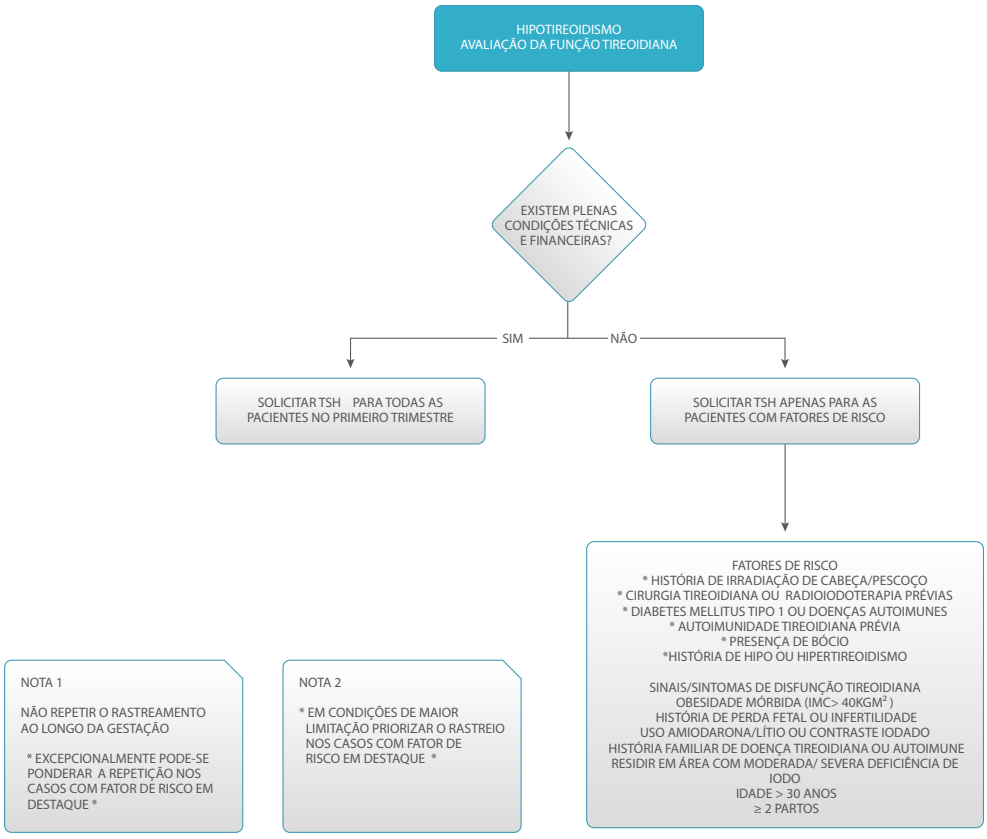
Amino N, Arata N. Thyroid dysfunction following pregnancy and implications for breastfeeding. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2020;34(4):101438.

Maganha CA, Mattar R, Mesa Junior CO, Marui ST, Solha ST, Teixeira PF, et al. Screening, diagnosis and management of hyperthyroidism in pregnancy: Febrasgo Position Statement. 2022, Number 8. São Paulo: FEBRASGO; 2022.

Como citar

Maganha CA. Hipertireoidismo – tratamento puerpério [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 68. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

SARA TOASSA GOMES SOLHA



Referências bibliográficas

Korevaar TIM, Medici M, Visser TJ, Peeters RP. Thyroid disease in pregnancy: new insights in diagnosis and clinical management. Nat Rev Endocrinol. 2017;13(10):610-22.

Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, et al. For The American Association Of Clinical Endocrinologists And American Thyroid Association Taskforce On Hypothyroidism In Adults KA. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Cinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Thyroid. 2012; 22(12):1200-35.

Pearce SH, Brabant G, Duntas LH, Monzani F, Peeters RP, Razvi S, Wemeau JL. 2013 ETA Guideline: management of subclinical hypothyroidism. Eur Thyroid J. 2013;2(4):215-28.

Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. (ETA). European Thyroid Association Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children. Eur Thyroid J. 2014;3(2):76–94.

Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid. 2017; 27(3):315-89.

Thyroid disease in pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 223. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e261-e274.

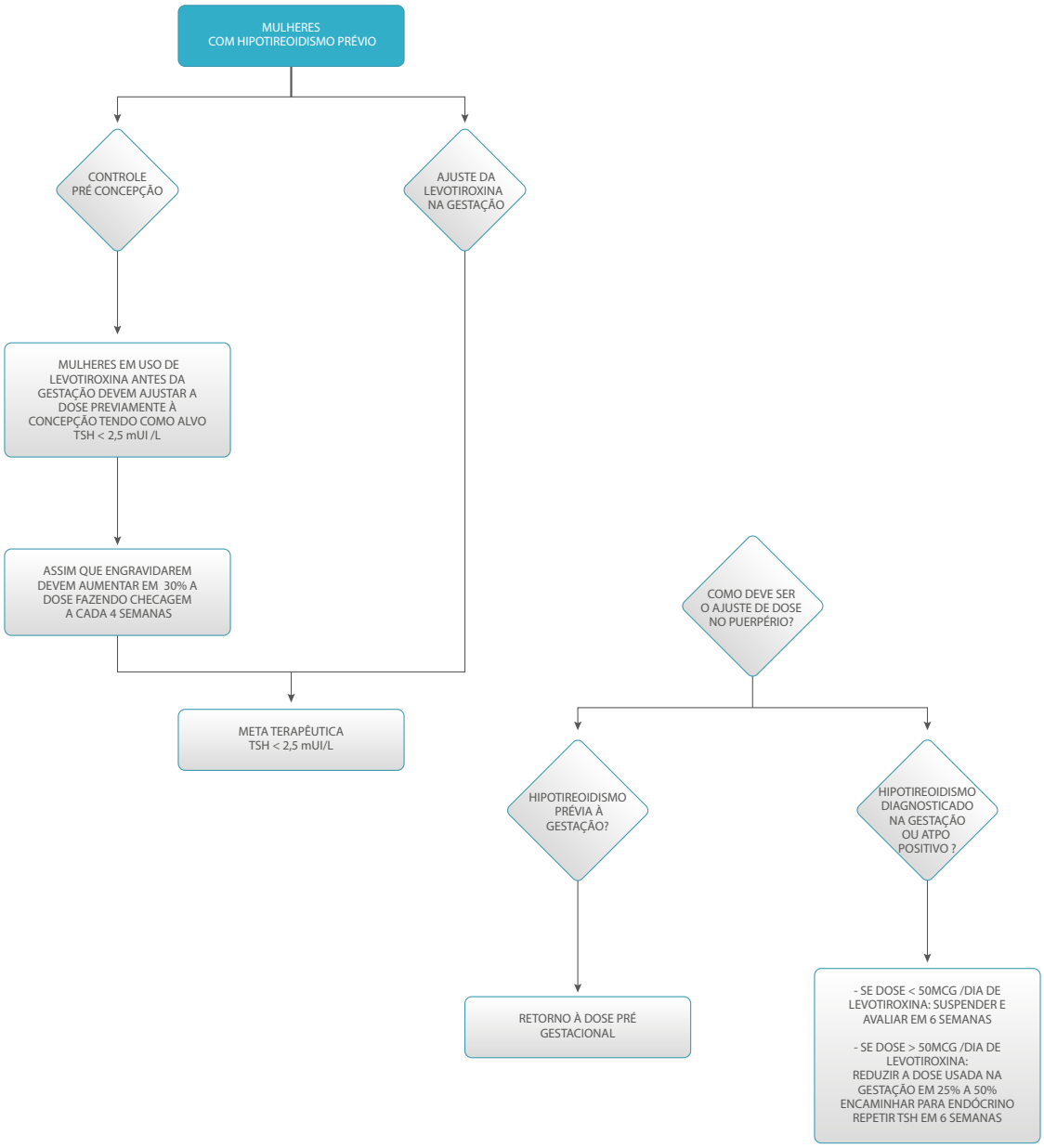
Ross DS. Hypothyroidism during pregnancy: clinical manifestations, diagnosis, and treatment. In: Cooper DS, Lockwood CJ, editors. UpToDate. Wolters Kluwer; 2022. [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/hyperthyroidism-during-pregnancy-clinical-manifestations-diagnosis-and-causes

Como citar

Solha ST. Hipotireoidismo – avaliação da função tireoidiana [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 69. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

HIPOTIREOIDISMO - AJUSTE DE DOSE E META TERAPÊUTICA

SARA TOASSA GOMES SOLHA



LEGENDA
ATPO: Antitireoperoxidase

Referências bibliográficas

Korevaar TIM, Medici M, Visser TJ, Peeters RP. Thyroid disease in pregnancy: new insights in diagnosis and clinical management. Nat Rev Endocrinol. 2017;13(10):610-22.

Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, et al. For The American Association Of Clinical Endocrinologists And American Thyroid Association Taskforce On Hypothyroidism In Adults KA. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Cinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Thyroid. 2012; 22(12):1200-35.

Pearce SH, Brabant G, Duntas LH, Monzani F, Peeters RP, Razvi S, Wemeau JL. 2013 ETA Guideline: management of subclinical hypothyroidism. Eur Thyroid J. 2013;2(4):215-28.

Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. (ETA). European Thyroid Association Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children. Eur Thyroid J. 2014;3(2):76–94.

Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid. 2017; 27(3):315-89.

Thyroid disease in pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 223. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e261-e274.

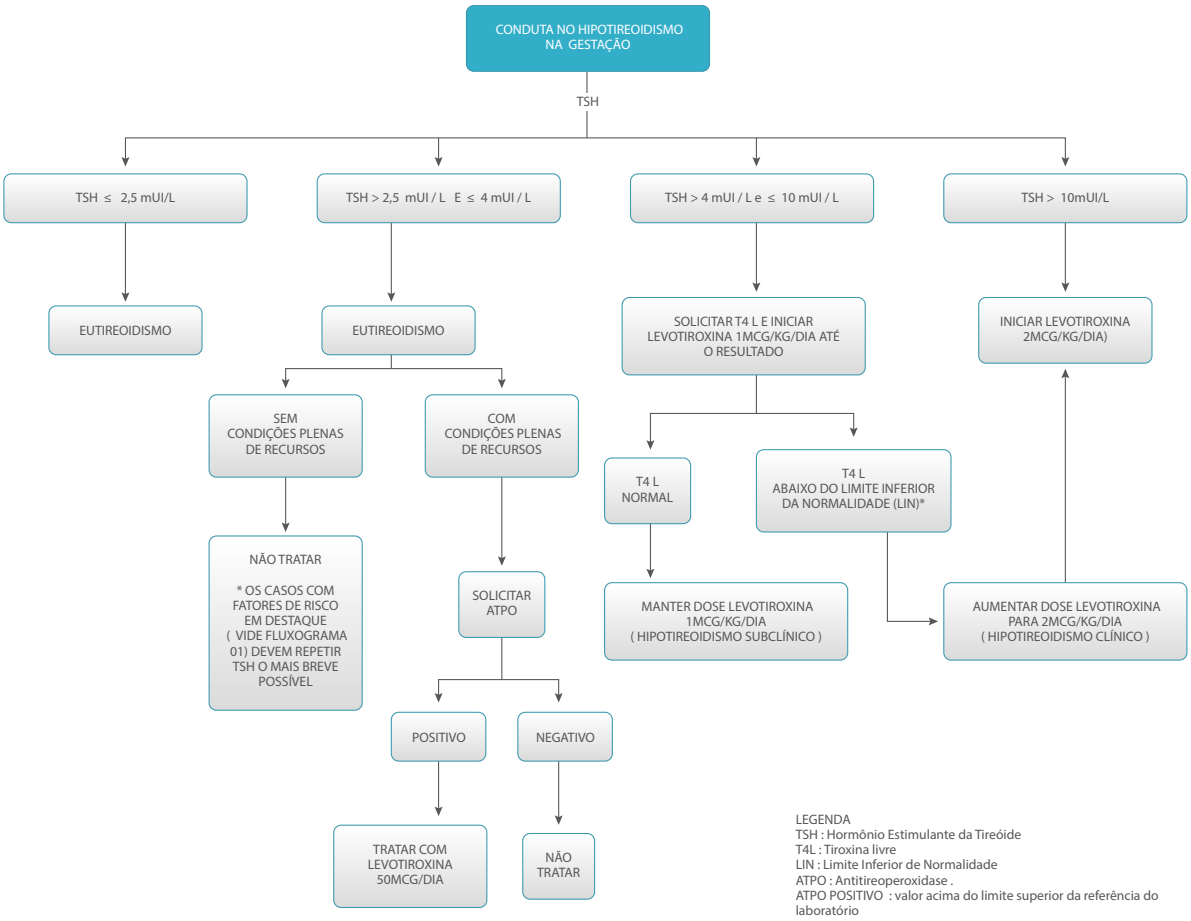
Ross DS. Hypothyroidism during pregnancy: clinical manifestations, diagnosis, and treatment. In: Cooper DS, Lockwood CJ, editors. UpToDate. Wolters Kluwer; 2022. [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/hyperthyroidism-during-pregnancy-clinical-manifestations-diagnosis-and-causes

Como citar

Solha ST. Hipotireoidismo - ajuste de dose e meta terapêutica [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 70. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

HIPOTIREOIDISMO - CONDUTA CONFORME LABORATÓRIO

SARA TOASSA GOMES SOLHA



Referências bibliográficas

Korevaar TIM, Medici M, Visser TJ, Peeters RP. Thyroid disease in pregnancy: new insights in diagnosis and clinical management. Nat Rev Endocrinol. 2017;13(10):610-22.

Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, et al. For The American Association Of Clinical Endocrinologists And American Thyroid Association Taskforce On Hypothyroidism In Adults KA. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Cinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Thyroid. 2012; 22(12):1200-35.

Pearce SH, Brabant G, Duntas LH, Monzani F, Peeters RP, Razvi S, Wemeau JL. 2013 ETA Guideline: management of subclinical hypothyroidism. Eur Thyroid J. 2013;2(4):215-28.

Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. (ETA). European Thyroid Association Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children. Eur Thyroid J. 2014;3(2):76–94.

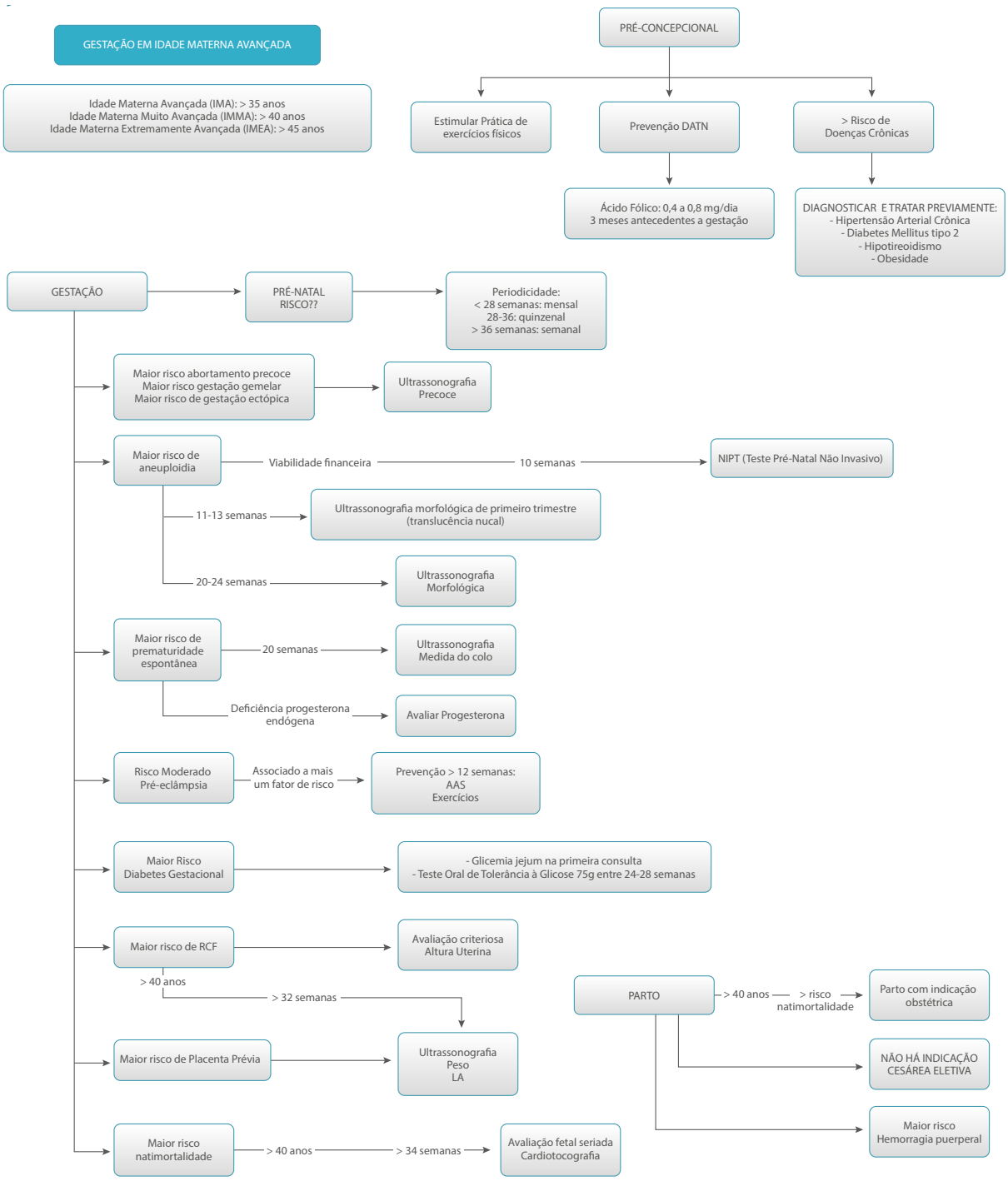
Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid. 2017; 27(3):315-89.

Thyroid disease in pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 223. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e261-e274.

Ross DS. Hypothyroidism during pregnancy: clinical manifestations, diagnosis, and treatment. In: Cooper DS, Lockwood CJ, editors. UpToDate. Wolters Kluwer; 2022. [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/hyperthyroidism-during-pregnancy-clinical-manifestations-diagnosis-and-causes

Como citar

Solha ST. Hipotireoidismo – conduta conforme laboratório [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 71. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

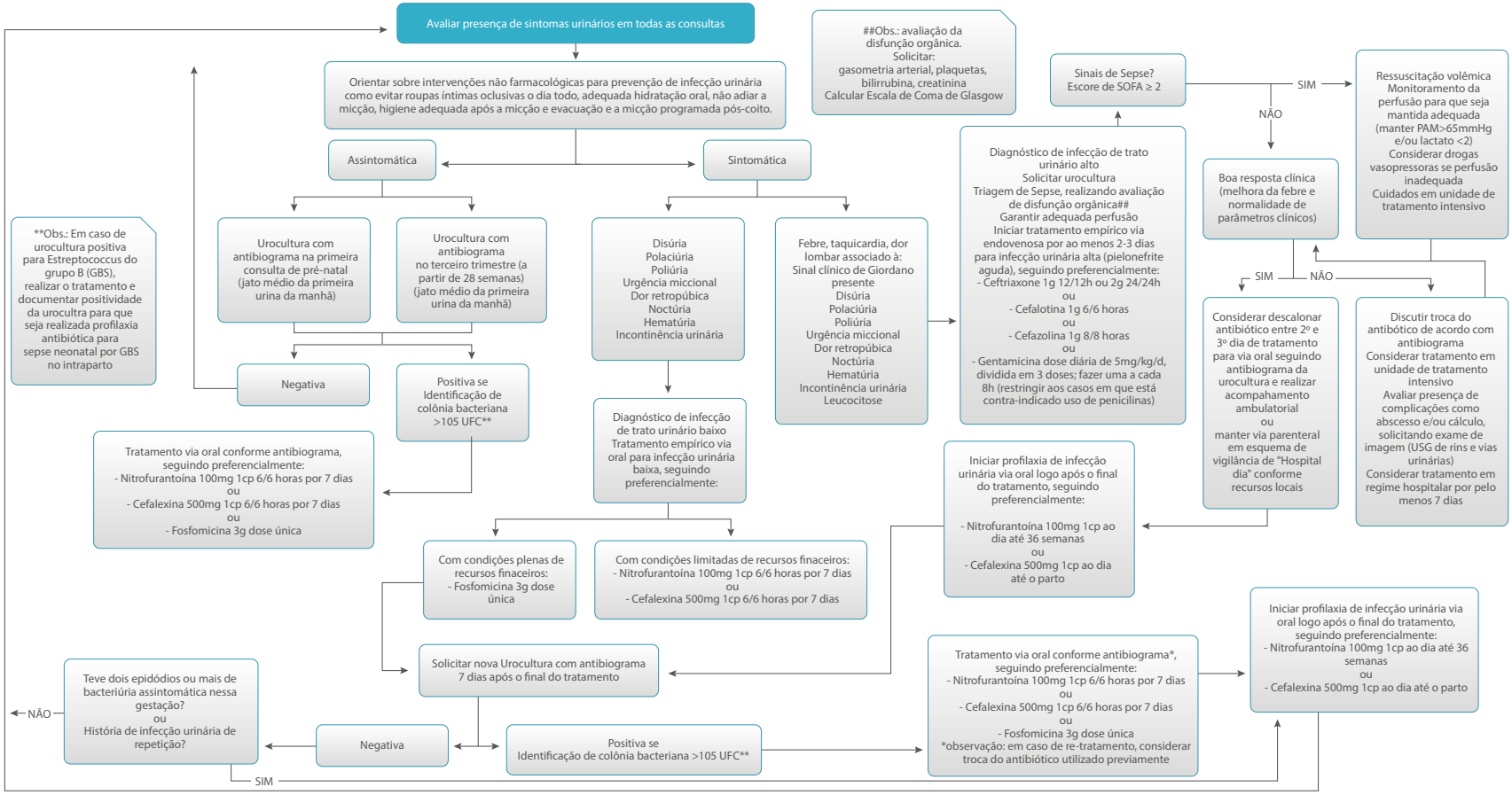
American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Clinical Consensus-Obstetrics; Gantt A; Society for Maternal-Fetal Medicine; Metz TD, Kuller JA, Louis JM; Society for Maternal-Fetal Medicine; Cahill AG, Turrentine MA; American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric Care Consensus #11, Pregnancy at age 35 years or older. Am J Obstet Gynecol. 2023;228(3):B25-B40.

Wu Y, Chen Y, Shen M, Guo Y, Wen SW, Lanes A, et al. Adverse maternal and neonatal outcomes among singleton pregnancies in women of very advanced maternal age: a retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):3.

Sugai S, Nishijima K, Haino K, Yoshihara K. Pregnancy outcomes at maternal age over 45 years: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol MFM. 2023;5(4):100885.

Como citar

Maganha CA. Idade materna avançada [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 72. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Alves AC, Machado MR, Souza RT. Infecção do trato urinário. In: Francisco RP, Mattar R, Quintana SM, editores. Manual de obstetrícia da SOGESP. São Paulo: Editora dos Editores; 2021. v. 2, p. 163-214.

de Rossi P, Cimerman S, Truzzi JC, Cunha CAD, Mattar R, Martino MDV, Hachul M, Andriolo A, Vasconcelos Neto JA, Pereira-Correia JA, Machado AMO, Gales AC. Joint report of SBI (Brazilian Society of Infectious Diseases), FEBRASGO (Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations), SBU (Brazilian Society of Urology) and SBPC/ML (Brazilian Society of Clinical Pathology/Laboratory Medicine): recommendations for the clinical management of lower urinary tract infections in pregnant and non-pregnant women. Braz J Infect Dis. 2020;24(2):110-119.

Sepse na Gestação. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] . Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. p. 380-7.

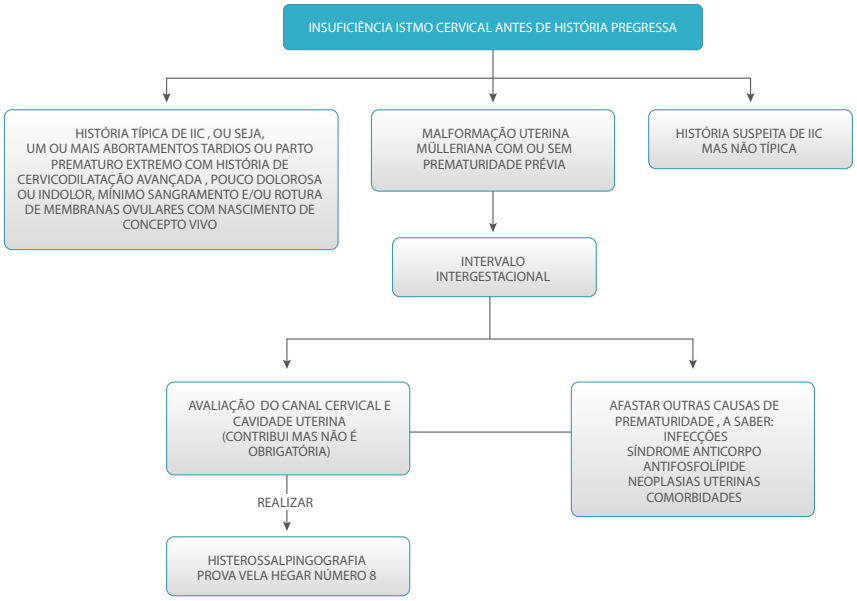
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Infecções do trato urinário durante a gravidez. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO Obstetrícia, n. 43/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

Como citar

Souza RT. Infecção urinária [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 73. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL (IIC) - AVALIAÇÃO INTERGESTACIONAL

ROSIANE MATTAR

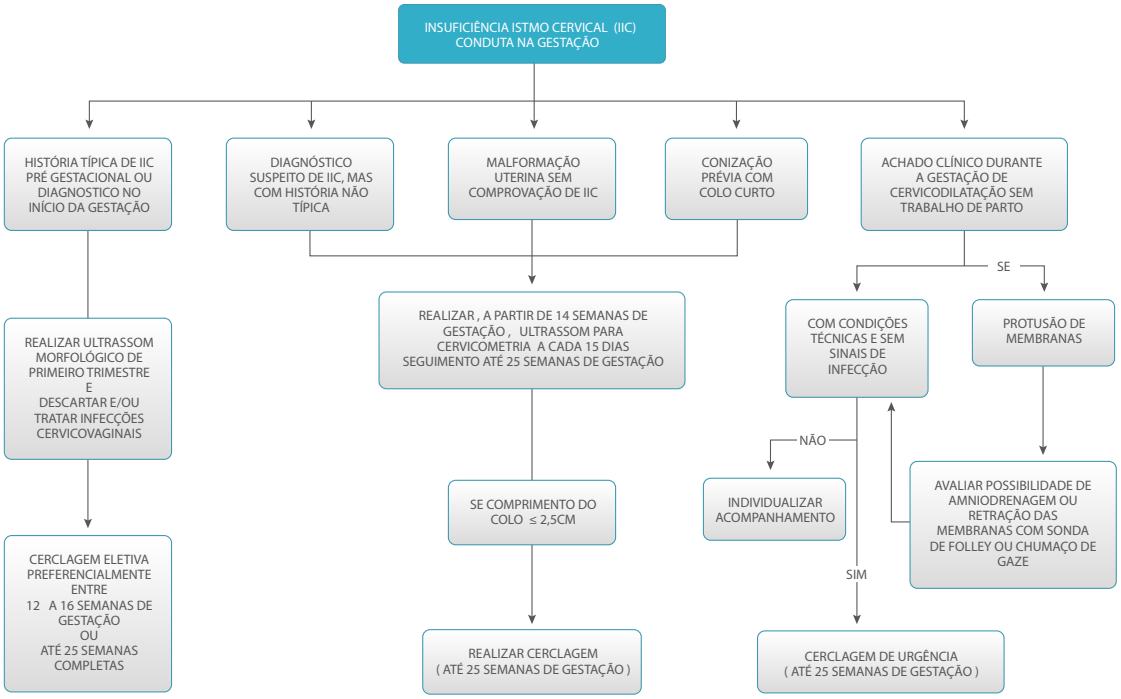


Como citar

Mattar R. Insuficiência istmo cervical (IIC) - avaliação intergestacional [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 74. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL (IIC) - CONDUTA NA GESTAÇÃO

ROSIANE MATTAR



NOTA
1-CONSIDERAR USO DE PROGESTERONA MICRONIZADA 200MG VIA VAGINAL / DIA PARA OS CASOS COM PREMATURIDADE PRÉVIA SEM HISTÓRIA TÍPICA DE IIC
2-A CERCLAGEM POR VIA VAGINAL PODE SER REALIZADA COM TÉCNICA DE MCDONALD OU SHIRODKA E SUAS VARIANTES
3-A CERCLAGEM LAPAROTÔMICA OU LAPAROSCÓPICA SÓ DEVE SER INDICADA NA IMPOSSIBILIDADE DA CERCLAGEM POR VIA VAGINAL

Referências bibliográficas

Berghella V, Saccone G. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Sep 25;9(9):CD007235.

Shennan A, Story L, Jacobsson B, Grobman WA; FIGO Working Group for Preterm Birth. FIGO good practice recommendations on cervical cerclage for prevention of preterm birth. Int J Gynaecol Obstet. 202;155(1):19-22.

ACOG Practice Bulletin No.142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. Obstet Gynecol. 2014;123(2 Pt 1):372-9.

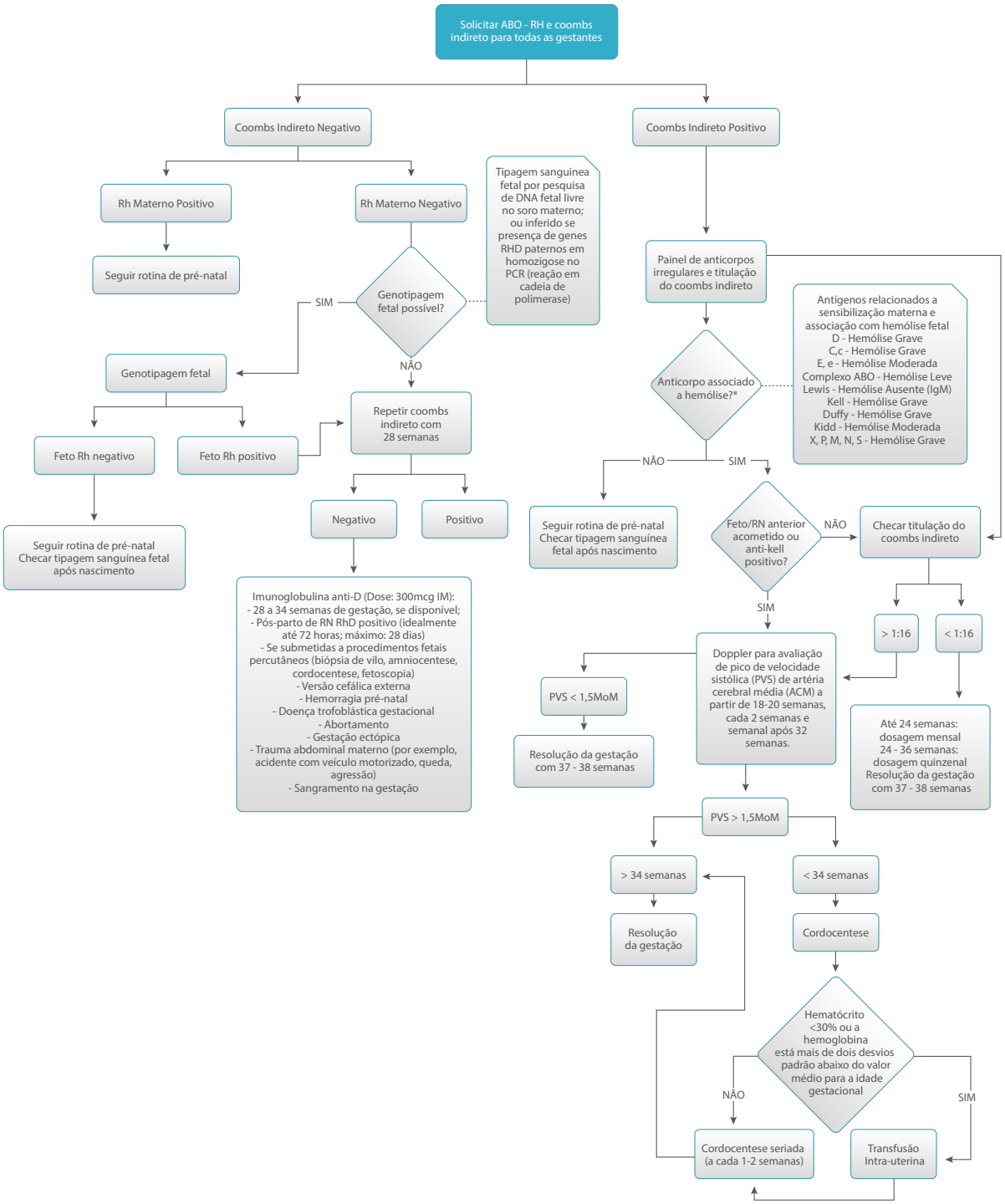
Eleje GU, Eke AC, Ikechebelu JI, Ezebialu IU, Okam PC, Ilika CP. Cervical stitch (cerclage) in combination with other treatments for preventing spontaneous preterm birth in singleton pregnancies. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Sep 24;9(9):CD012871.

Como citar

Mattar R. Insuficiência istmo cervical (IIC) – conduta na gestação [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 75. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

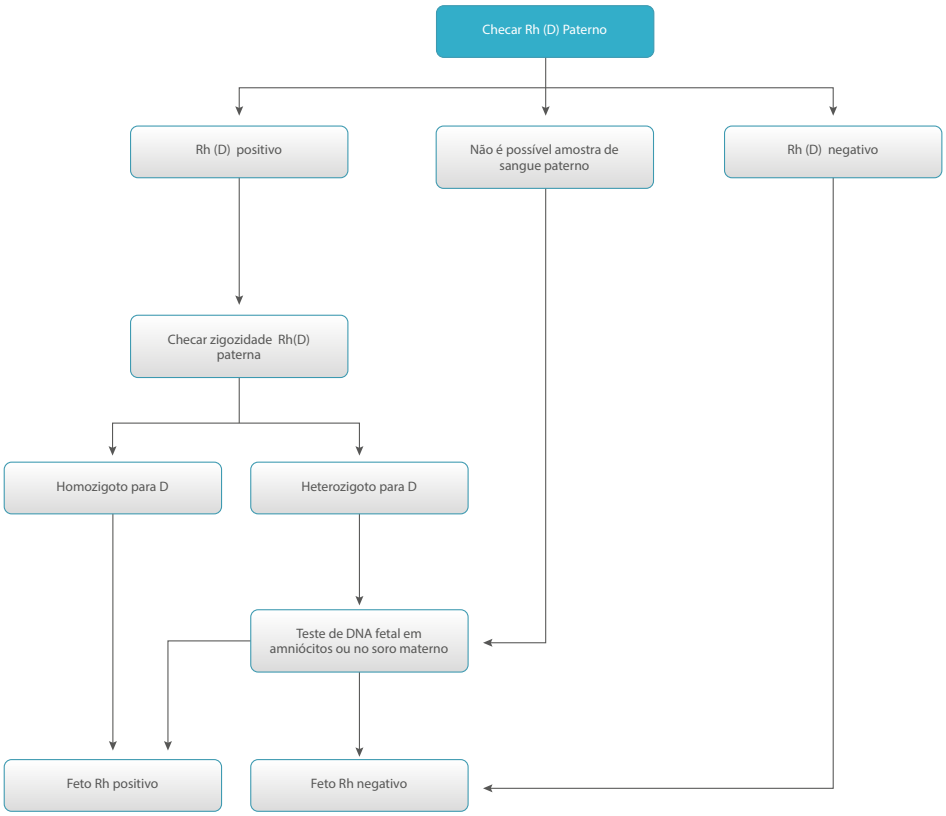
ISOIMUNIZAÇÃO - PARTE 1

EMILCY REBOUÇAS GONÇALVES; SARA TOASSA GOMES SOLHA



Como citar

Gonçalves ER. Isoimunização – parte 1 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 76. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

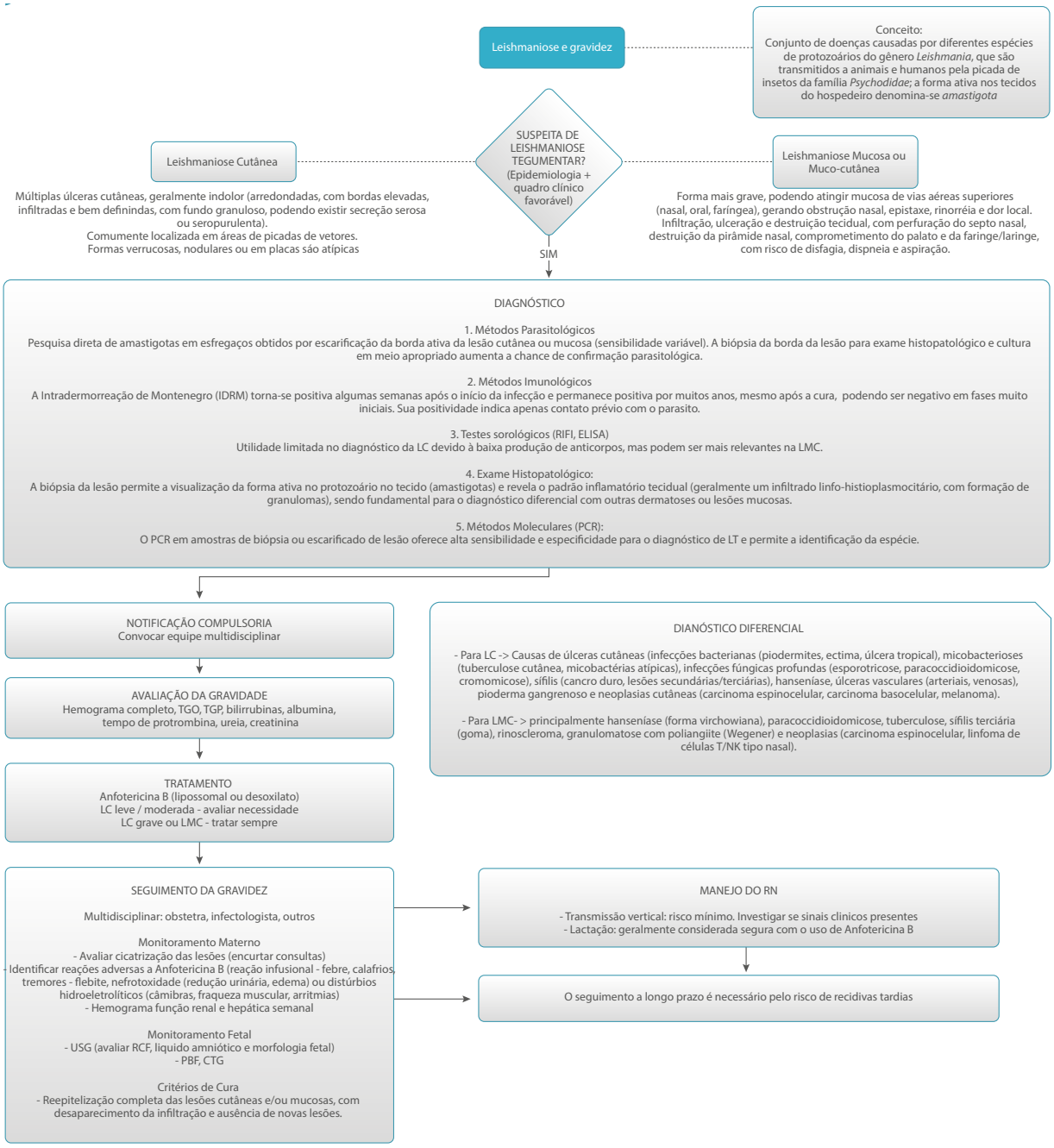
Practice Bulletin No. 181: Prevention of Rh D alloimmunization. Obstet Gynecol. 2017;130(2):e57-e70.

Fung KF, Eason E. No. 133-Prevention of Rh alloimmunization. J Obstet Gynaecol Can. 2018 Jan;40(1):e1-e10.

McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep 3;2015(9):CD000020.

Como citar

Gonçalves ER. Isoimunização – parte 2 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 77. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. 189 p. [citado 2025 Maio 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. 1a ed., 5a reimpr. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2014. 120 p. [citado 2025 Maio 4]. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral_1edicao.pdf

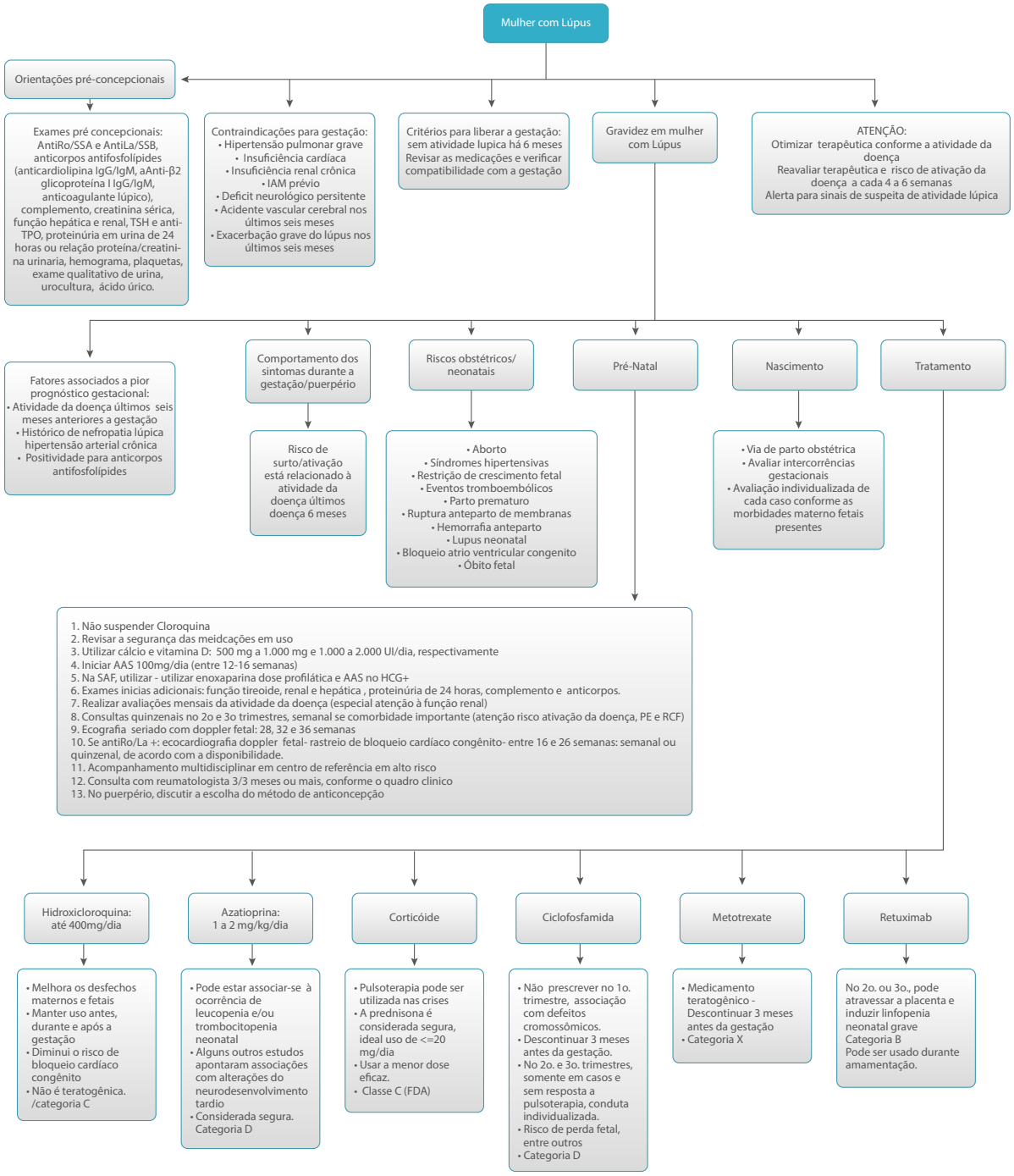
Pan American Health Organization / World Health Organization. Guideline for the treatment of leishmaniasis in the Americas. 2nd ed. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2022. [cited 2025 May 4]. Available from: https://www.paho.org/en/documents/guideline-treatment-leishmaniasis-americas-second-edition

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Leishmaniasis: Resources for Health Professionals. Clinical Care Leishmaniasis. [updated 2024, Mar 13]. [cited 2025 May 4]. Available from: https://www.cdc.gov/leishmaniasis/hcp/clinical-care/index.html

World Health Organization (WHO). Control of the leishmaniases: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniases, Geneva, 22–26 March 2010. Genéva: WHO; 2010. (WHO Technical Report Series; no. 949). [cited 2025 May 4]. Available from: https://iris.who.int/items/47b6dc9e-ee97-40d8-81f0-2fd388e16f5f

Como citar

Oliveira RP. Leishmaniose e gravidez [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 78. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Huybrechts KF, Bateman BT, Zhu Y, Straub L, Mogun H, Kim SC, Desai RJ, Hernandez-Diaz S. Hydroxychloroquine early in pregnancy and risk of birth defects. Am J Obstet Gynecol. 2021;224(3):290.e1-290.e22.

Buyon JP, Kim MY, Guerra MM, Laskin CA, Petri M, Lockshin MD, et al. Predictors of pregnancy outcomes in patients with lupus: a cohort study. Ann Intern Med. 2015;163(3):153-63.

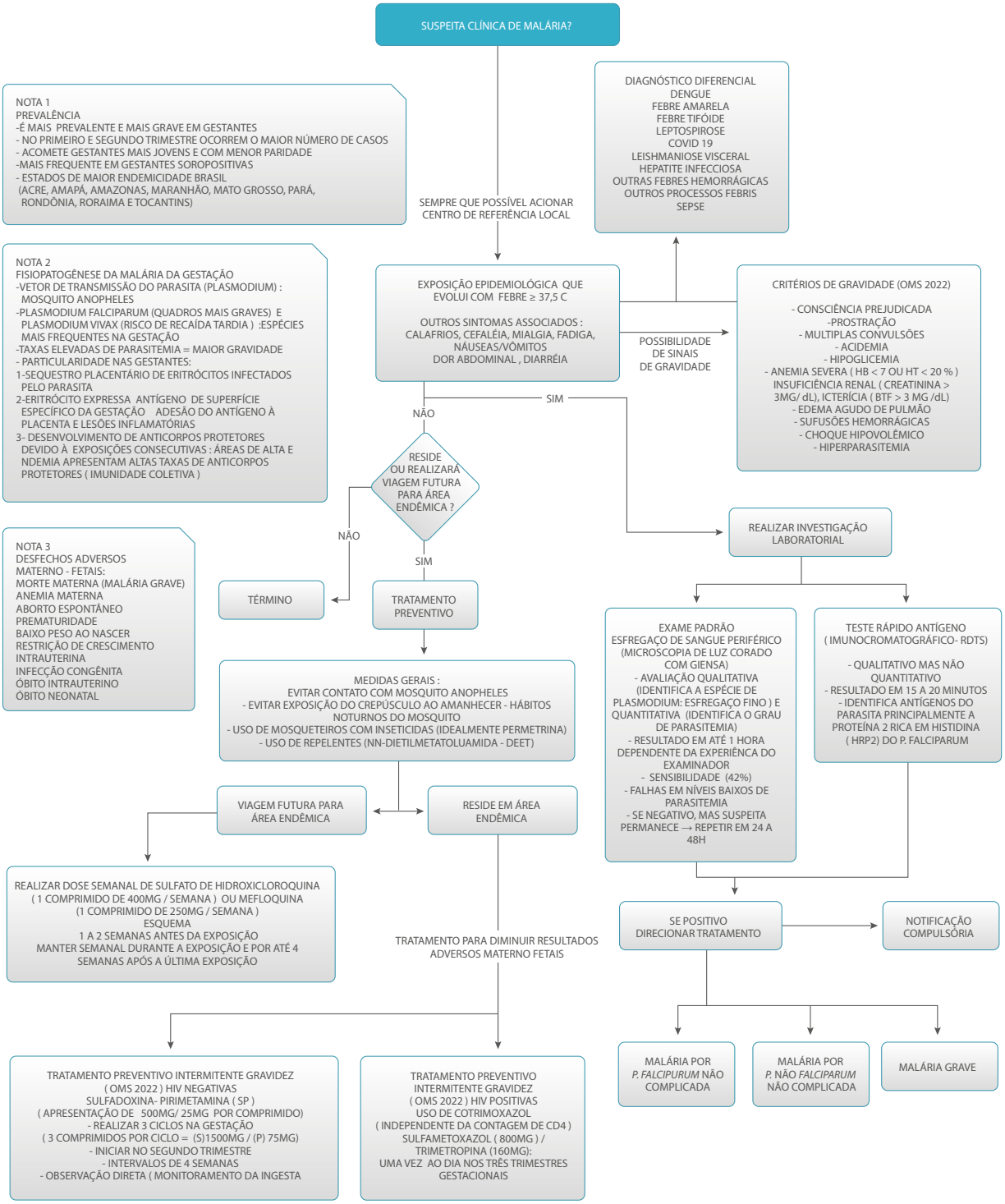
Zhang S, Han X, Liu W, Wen Q, Wang J. Pregnancy in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review. Arch Gynecol Obstet. 2023;308(1):63-71.

Como citar

Vettorazzi J. Lupus eritematoso sistêmico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 79. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

MALÁRIA - DIAGNÓSTICO E CUIDADOS PREVENTIVOS

SARA TOASSA GOMES SOLHA



Referências bibliográficas

World Health Organization (WHO). WHO guidelines for malaria. Geneva: WHO; 2022 [cited 2023 Aug 22]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-malaria

World Health Organization (WHO) World malaria report 2021 [cited 2023 Aug 22]. Available from https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2021

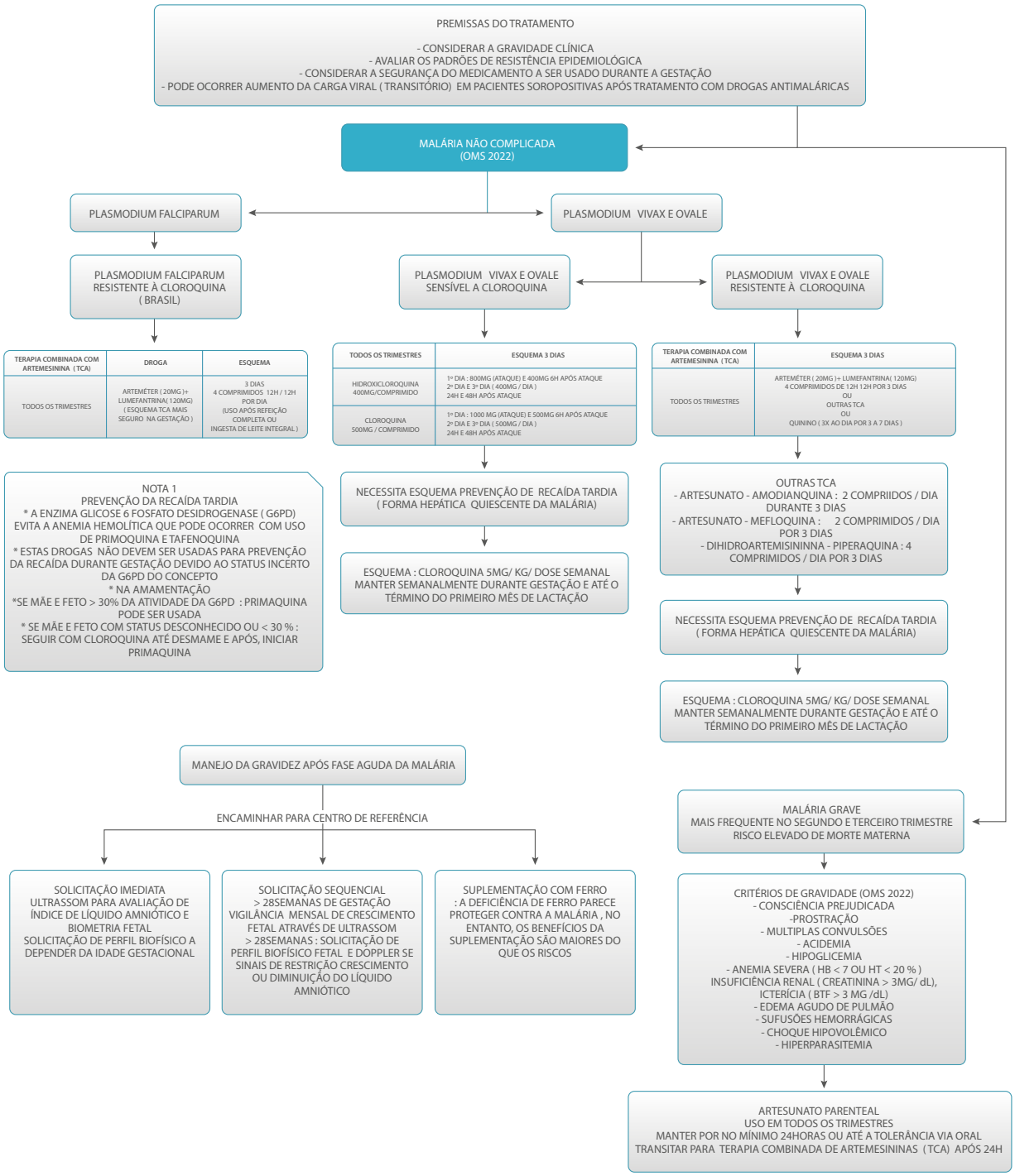
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Guia de tratamento da malária no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. 76 p.

Como citar

Solha ST. Malária - diagnóstico e cuidados preventivos [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 80. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

MALÁRIA - TRATAMENTO E MANEJO NA GESTAÇÃO

SARA TOASSA GOMES SOLHA



Referências bibliográficas

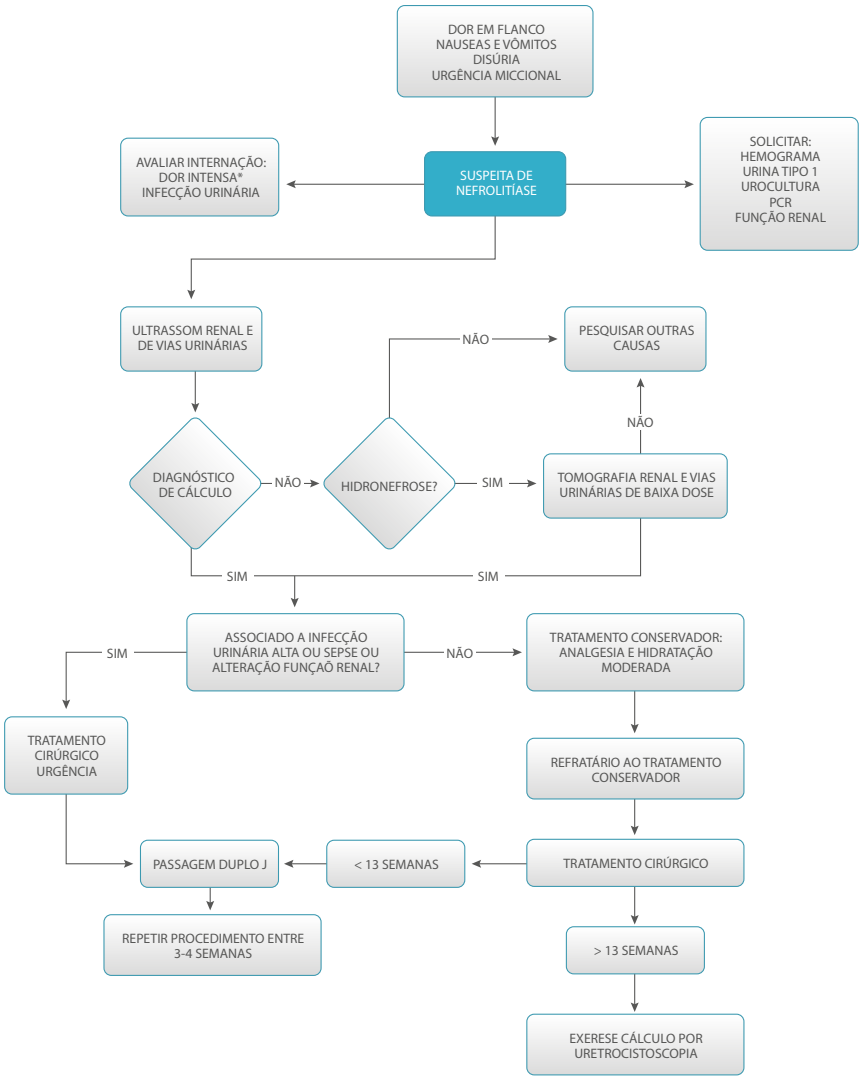
World Health Organization (WHO). WHO guidelines for malaria. Geneva: WHO; 2022 [cited 2023 Aug 22]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-malaria

World Health Organization (WHO) World malaria report 2021 [cited 2023 Aug 22]. Available from https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2021

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Guia de tratamento da malária no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. 76 p.

Como citar

Solha ST. Malária – tratamento e manejo na gestação [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 81. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



*Segurança dos analgésicos na gestação

Analgésico	Trimestre	Toxicidade
Paracetamol	Todos	Baixa - mais seguro
Dipirona - baixas doses e curto período	Todos	Baixa
Morfina- baixas doses e curto período	Todos	Nenhuma
Morfina - altas doses e uso crônico	Evitar	Trabalho de parto prematuro Restrição de Crescimento Fetal Dependência
Codeína	Evitar no 1º trimestre	Teratogênico
Codeína - curtos intervalos	2º e 3º trimestres	Baixa
Antiinflamatórios não esteroidais	Evitar	Fechamento do ducto arterioso
Ibuprofeno e Naproxeno - curto período	2º e 3º trimestres	Baixa
Ibuprofeno e Naproxeno – curto período	Evitar	Oligoâmnio e Constrição canal arterial

Referências bibliográficas

Somani BK, Dellis A, Liatsikos E, Skolarikos A. Review on diagnosis and management of urolithiasis in pregnancy: an ESUT practical guide for urologists. World J Urol. 2017;35(11):1637-49.

Valovska MI, Pais VM Jr. Contemporary best practice urolithiasis in pregnancy. Ther Adv Urol. 2018;10(4):127-38.

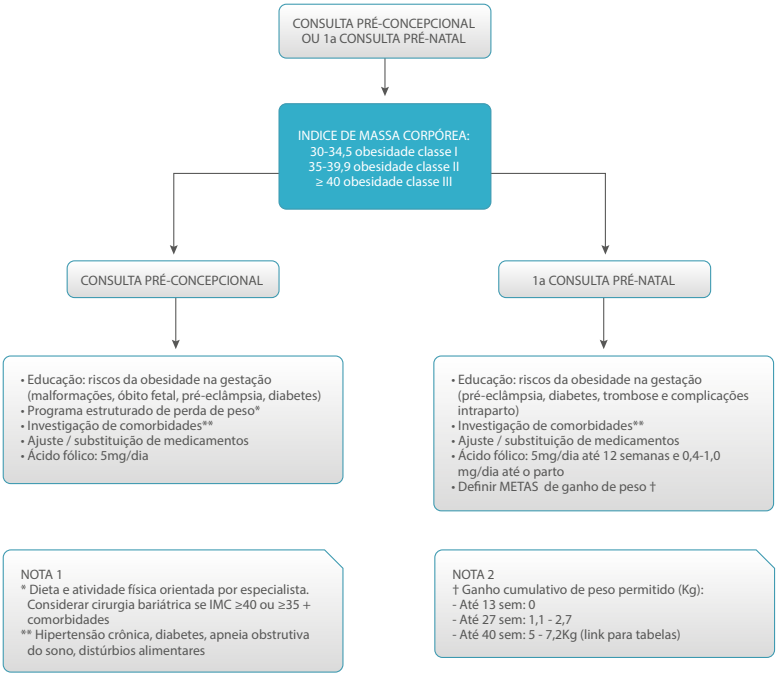
Morgan K, Rees CD, Shahait M, Craighead C, Connelly ZM, Ahmed ME, Khater N. Urolithiasis in pregnancy: Advances in imaging modalities and evaluation of current trends in endourological approaches. Actas Urol Esp (Engl Ed). 2022;46(5):259-267.

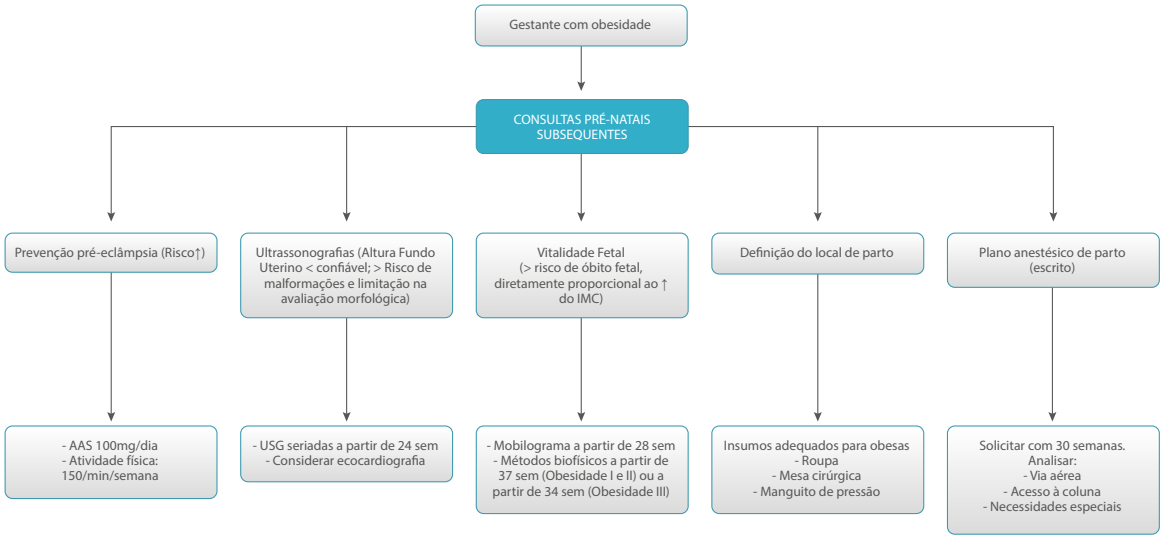
Como citar

Maganha CA. Nefrolitíase [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 82. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

OBESIDADE - CONSULTAS PRÉ-CONCEPCIONAL E PRÉ-NATAIS SUBSEQUENTES

ALBERTO CARLOS MORENO ZACONETA





Referências bibliográficas

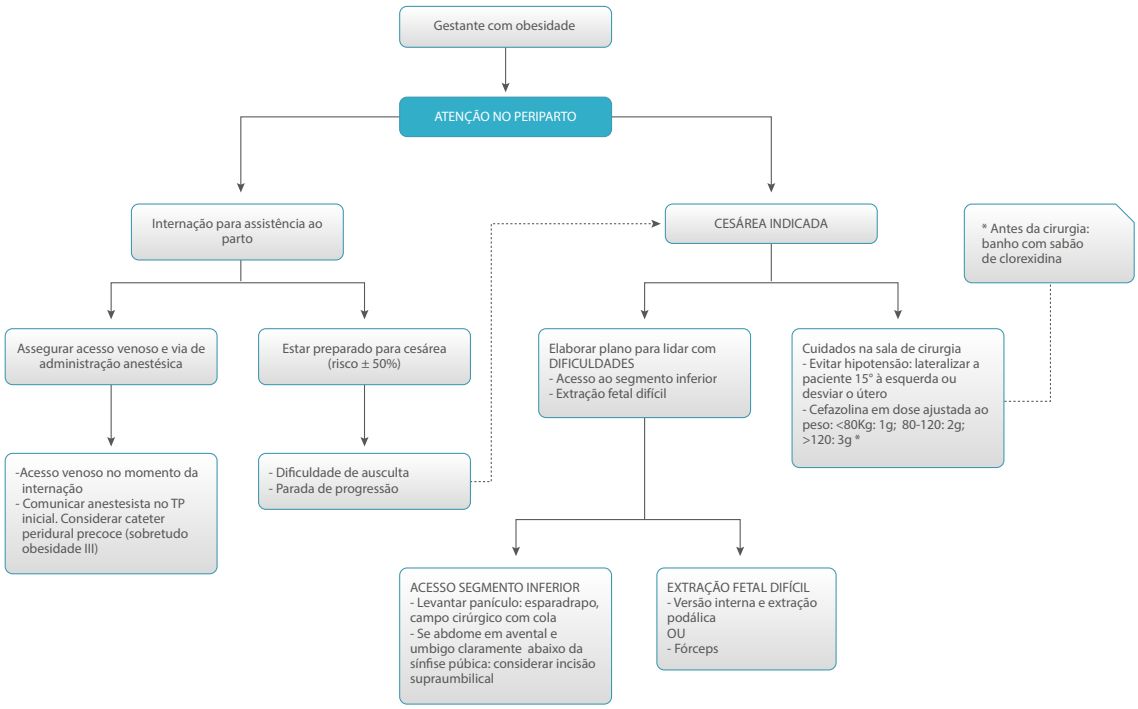
Obesity in pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 230. Obstet Gynecol. 2021;137(6):e128-e144.

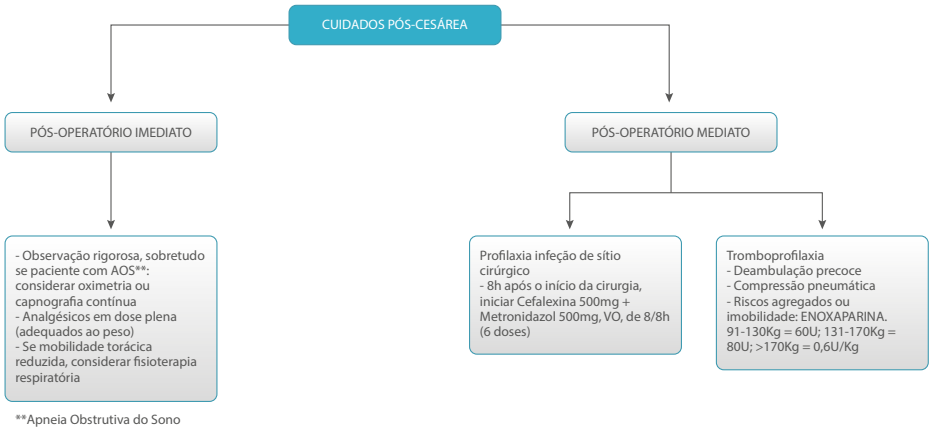
McAuliffe FM, Killeen SL, Jacob CM, Hanson MA, Hadar E, McIntyre HD, et al. Management of prepregnancy, pregnancy, and postpartum obesity from the FIGO Pregnancy and Non-Communicable Diseases Committee: A FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) guideline. Int J Gynaecol Obstet. 2020;151 Suppl 1(Suppl 1):16-36.

Valent AM, DeArmond C, Houston JM, Reddy S, Masters HR, Gold A, et al. Effect of post-cesarean delivery oral cephalexin and metronidazole on surgical site infection among obese women: a randomized clinical trial. JAMA. 2017;318(11):1026-34.

Como citar

Zaconeta AC. Obesidade - consultas pré-concepcional e pré-natais subsequentes [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 83. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].





**Apneia Obstrutiva do Sono

Referências bibliográficas

Obesity in pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 230. Obstet Gynecol. 2021;137(6):e128-e144.

McAuliffe FM, Killeen SL, Jacob CM, Hanson MA, Hadar E, McIntyre HD, et al. Management of prepregnancy, pregnancy, and postpartum obesity from the FIGO Pregnancy and Non-Communicable Diseases Committee: A FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) guideline. Int J Gynaecol Obstet. 2020;151 Suppl 1(Suppl 1):16-36.

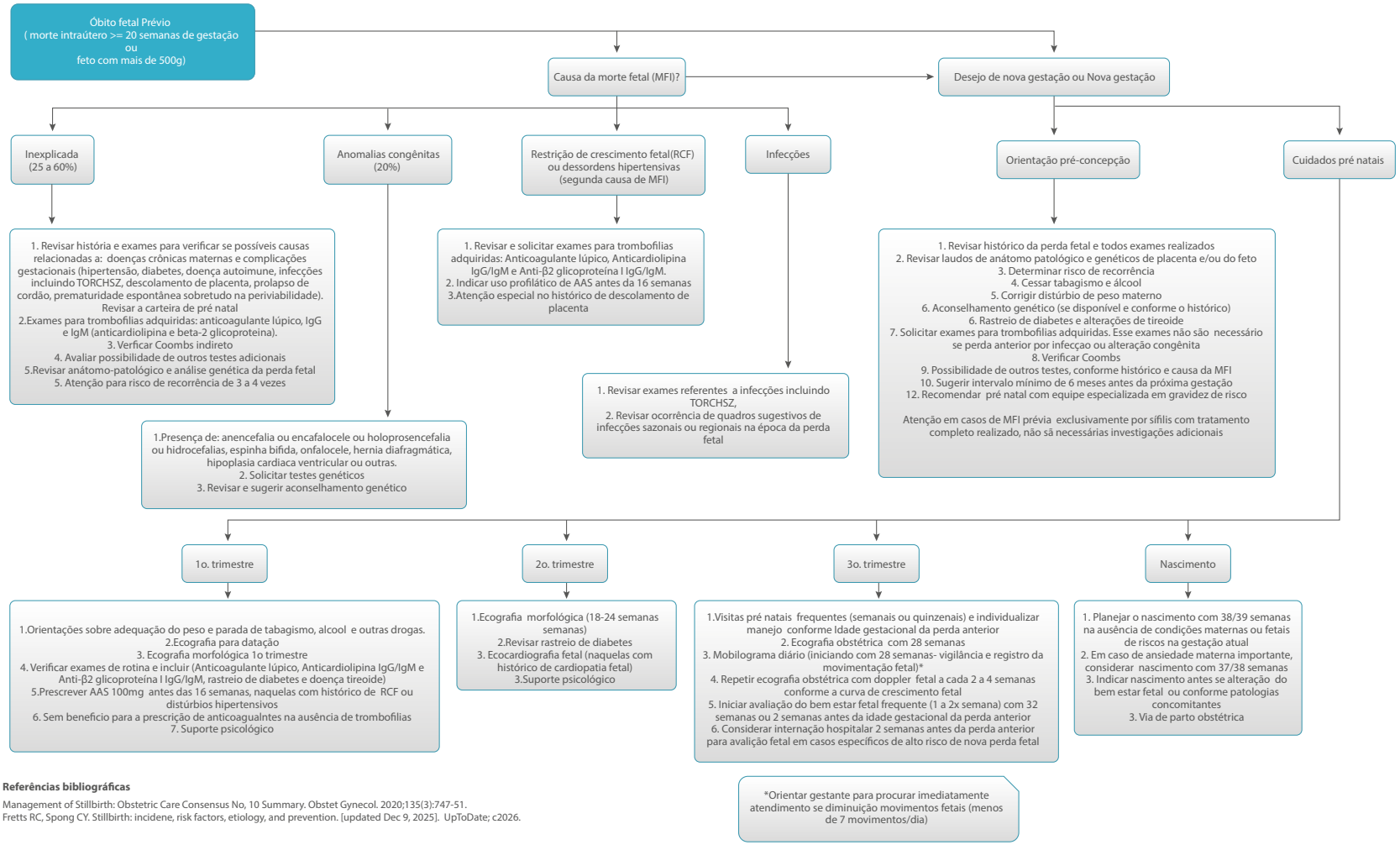
Valent AM, DeArmond C, Houston JM, Reddy S, Masters HR, Gold A, et al. Effect of post-cesarean delivery oral cephalexin and metronidazole on surgical site infection among obese women: a randomized clinical trial. JAMA. 2017;318(11):1026-34.

Como citar

Zaconeta AC. Obesidade - atenção no periparto [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 84. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

ÓBITO FETAL PRÉVIO

JANETE VETTORAZZI

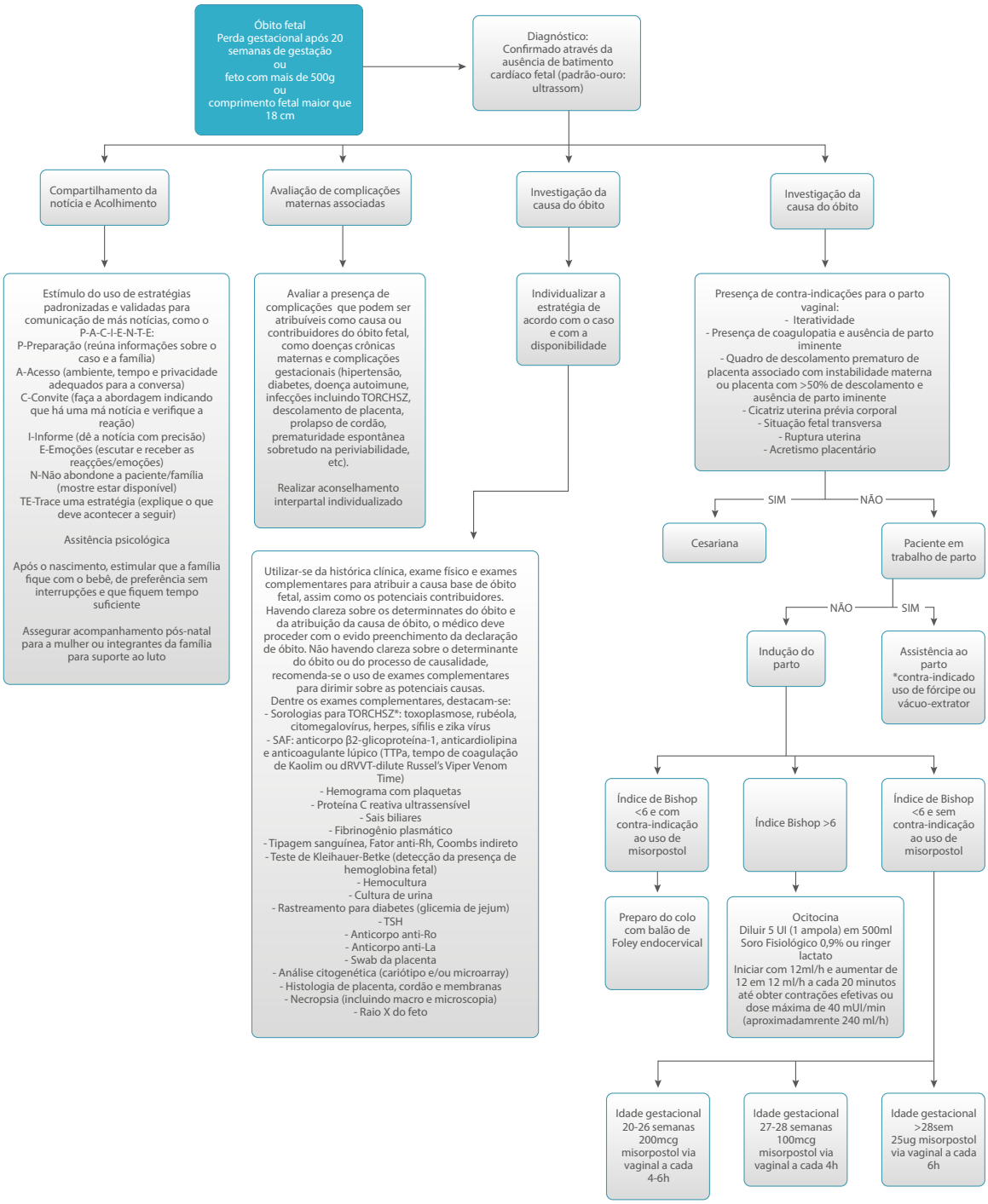


Referências bibliográficas

Management of Stillbirth: Obstetric Care Consensus No, 10 Summary. Obstet Gynecol. 2020;135(3):747-51.
Fretts RC, Spong CY. Stillbirth: incidene, risk factors, etiology, and prevention. [updated Dec 9, 2025]. UpToDate; c2026.

Como citar

Vettorazzi J. Óbito fetal prévio [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 85. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

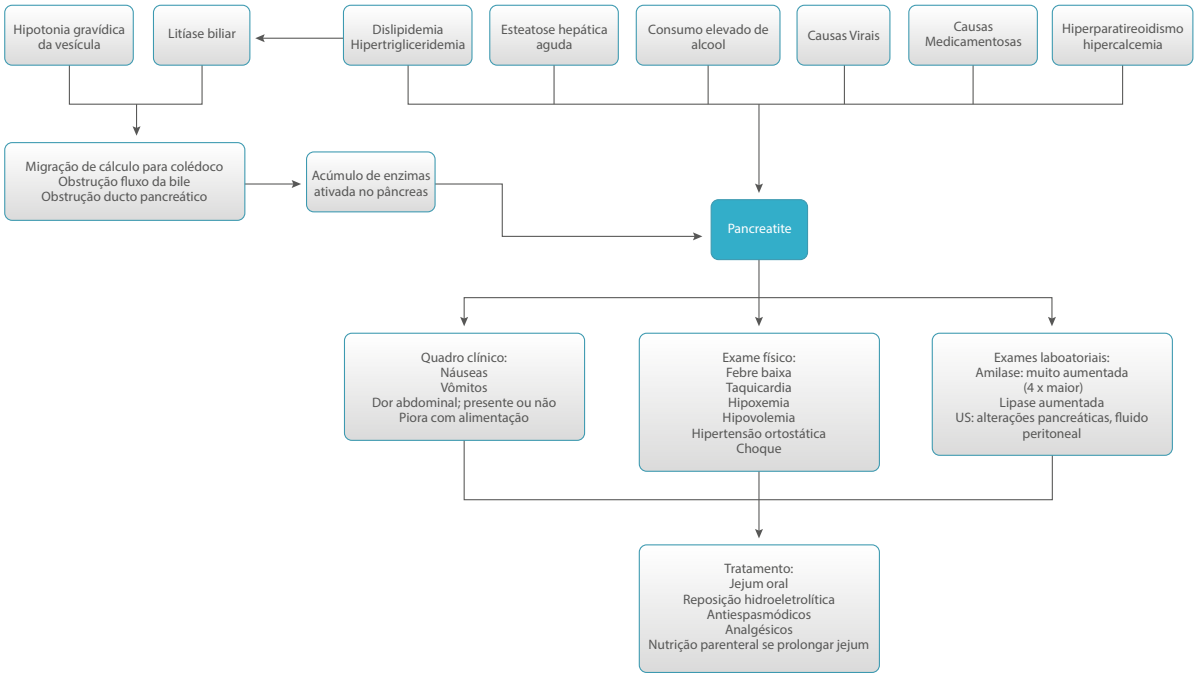
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Óbito fetal. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, no 4/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, Kapp N, Castleman L, Kim C, Ho PC, Visser GHA. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Int J Gynaecol Obstet. 2017;138(3):363-6.

Oyelese Y, Ananth C (2023). Acute placental abruption: Management and long-term prognosis. In: Lockwood CJ, Barss VA. UpToDate. Wolters Kluver; 2022. [cited 2023 Sep 17]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/acute-placental-abruption-management-and-long-term-prognosis?search=descolamento%20de%20placenta&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

Como citar

Souza RT. Óbito fetal [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 86. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Sartelli M, Coccolini F, Kluger Y, Agastra E, Abu-Zidan FM, Abbas AE, et al. WSES/GAIS/SIS-E/WSIS/AAST global clinical pathways for patients with intra-abdominal infections. World J Emerg Surg. 2021;16(1):49.

Maringhini A, Dardanoni G, Fantaci G, Patti R, Maringhini M. Acute pancreatitis during and after pregnancy: incidence, risk factors, and prognosis. Dig Dis Sci. 2021;66(9):3164-70.

Hughes DL, Hughes A, White PB, Silva MA. Acute pancreatitis in pregnancy: meta-analysis of maternal and fetal outcomes. Br J Surg. 2021;109(1):12-4.

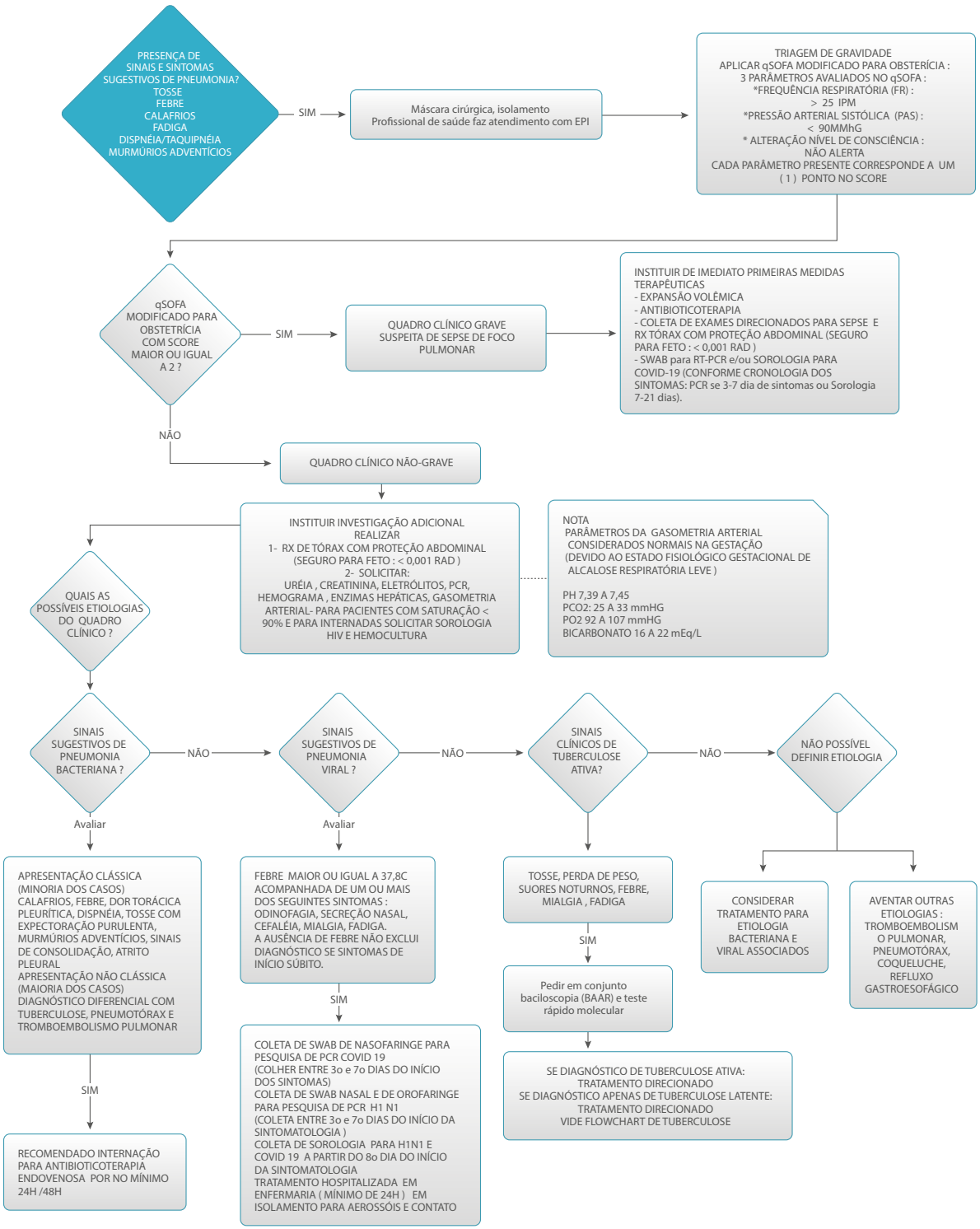
Kumar-M P, Singh AK, Samanta J, Birda CL, Kumar N, Dhar J, et al. Acute pancreatitis in pregnancy and its impact on the maternal and foetal outcomes: A systematic review. Pancreatology. 2022;22(2):210-8.

Como citar

Mattar R. Pancreatite [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 87. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

PNEUMONIAS - DIAGNÓSTICO

SARA TOASSA GOMES SOLHA



Referências bibliográficas

Harris AM, Hicks LA, Qaseem A; High Value Care Task Force of the American College of Physicians and for the Centers for Disease Control and Prevention. Appropriate antibiotic use for acute respiratory tract infection in adults: advice for high-value care from the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. Ann Intern Med. 2016;164(6):425-34.

World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2017. Geneva: WHO; 2017

World Health Organization (WHO). Treatment of tuberculosis: guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care(2017 update). Geneva: WHO; 2017.

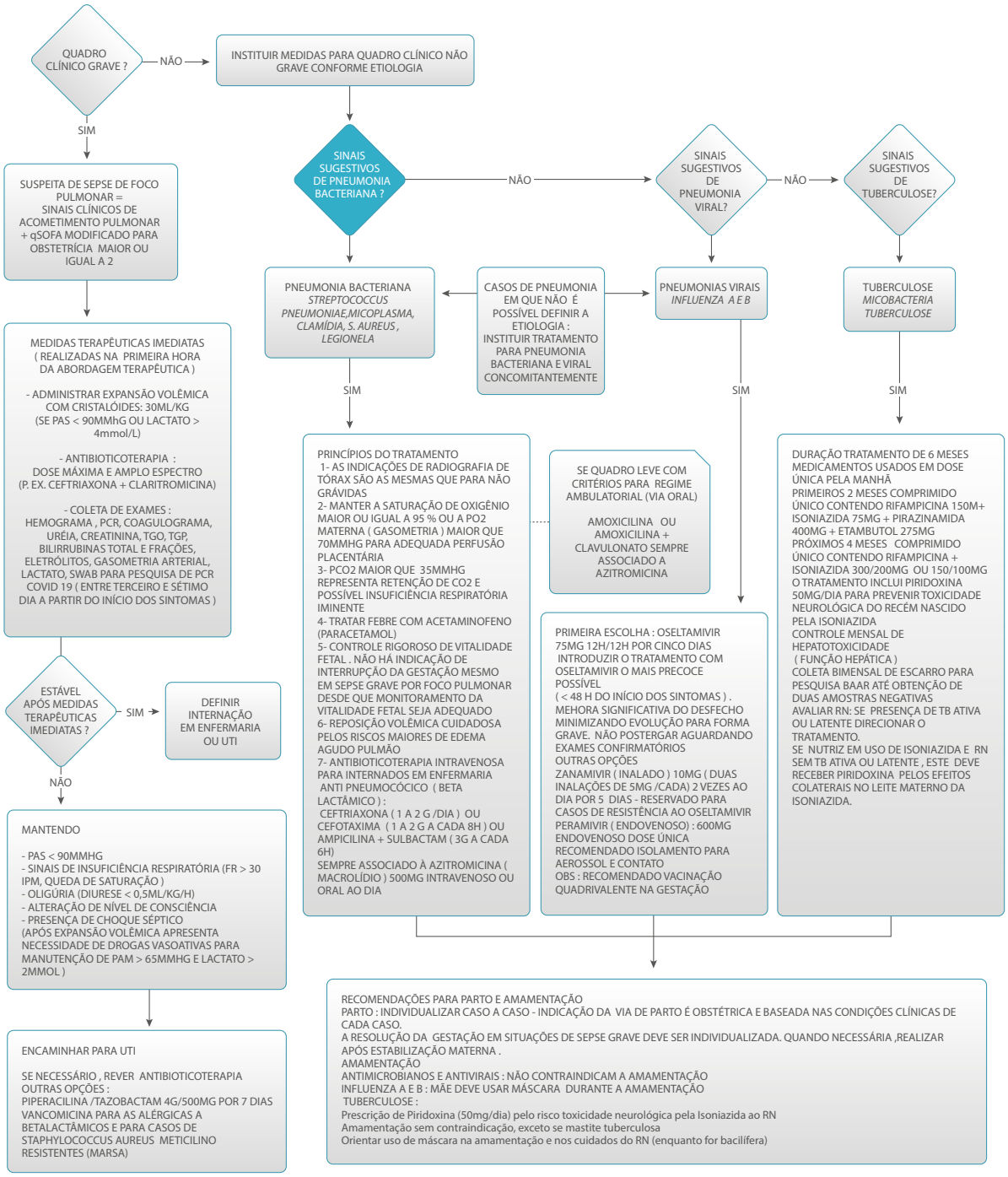
Larson LE, File TM. Approach to the pregnant patient with a respiratory infection. In: UpToDate. Wolters Kluwer; 2023 [cited 2023 Jun 21]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-pregnant-patient-with-a-respiratory-infection/contributors>.

Como citar

Solha ST. Pneumonias – diagnóstico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 88. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

PNEUMONIAS - TRATAMENTO

SARA TOASSA GOMES SOLHA



Referências bibliográficas

Harris AM, Hicks LA, Qaseem A; High Value Care Task Force of the American College of Physicians and for the Centers for Disease Control and Prevention. Appropriate antibiotic use for acute respiratory tract infection in adults: advice for high-value care from the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. Ann Intern Med. 2016;164(6):425-34.

World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2017. Geneva: WHO; 2017

World Health Organization (WHO). Treatment of tuberculosis: guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care(2017 update). Geneva: WHO; 2017.

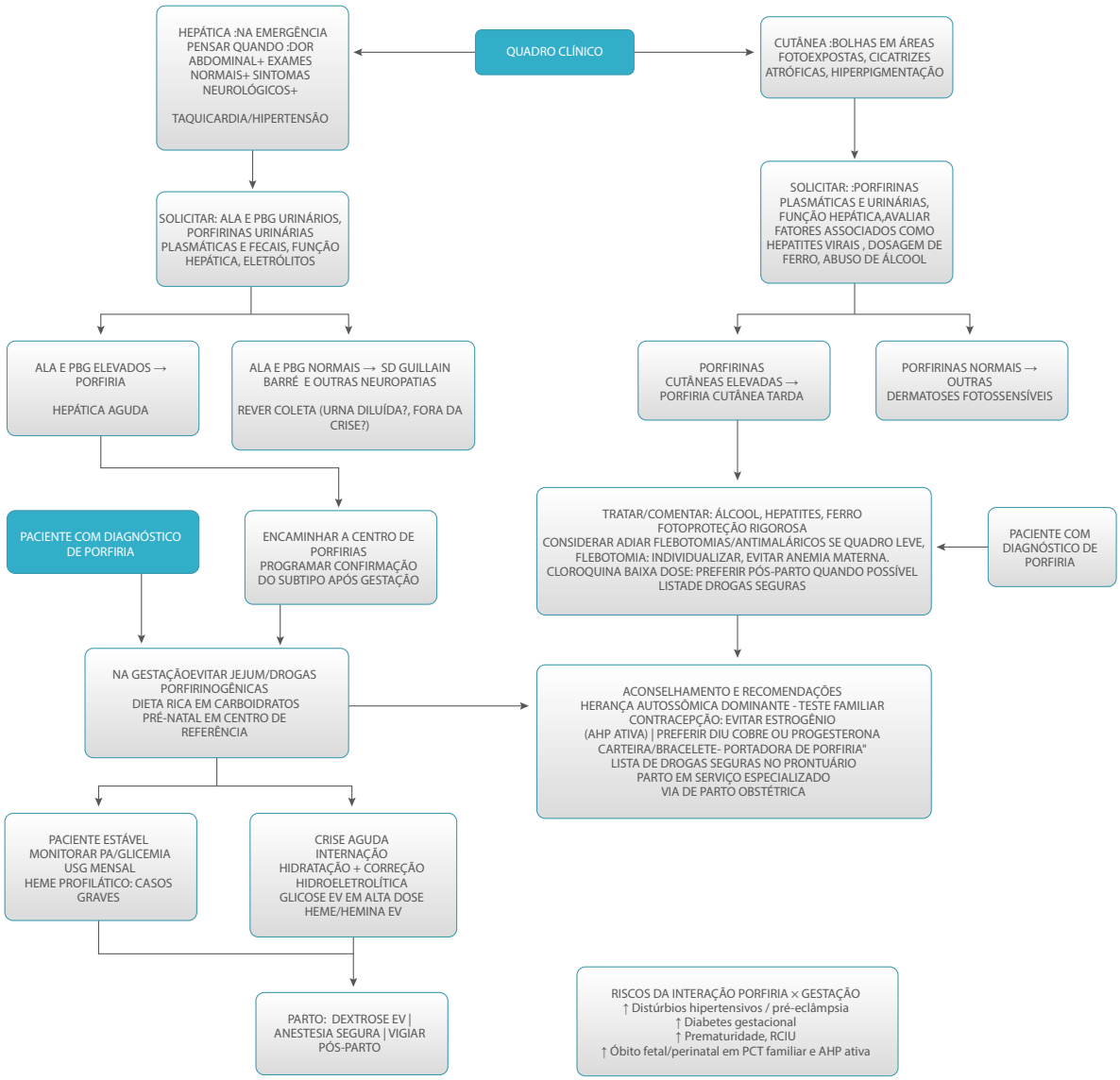
Larson LE, File TM. Approach to the pregnant patient with a respiratory infection. In: UpToDate. Wolters Kluwer; 2023 [cited 2023 Jun 21]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-pregnant-patient-with-a-respiratory-infection/contributors>.

Como citar

Solha ST. Pneumonias – tratamento [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 89. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

PORFIRIAS NA GESTAÇÃO

ANA CRISTINA PEREZ ZAMARIAN



LEGENDA :

ALA -ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO
AHP-PORFÍRIA HEPÁTICA AGUDA
PBG-PORFOBILINOGÊNICO
PCT- PROFÍRIA CUTÂNEA TARDA

CENTROS DE PORFIRIA

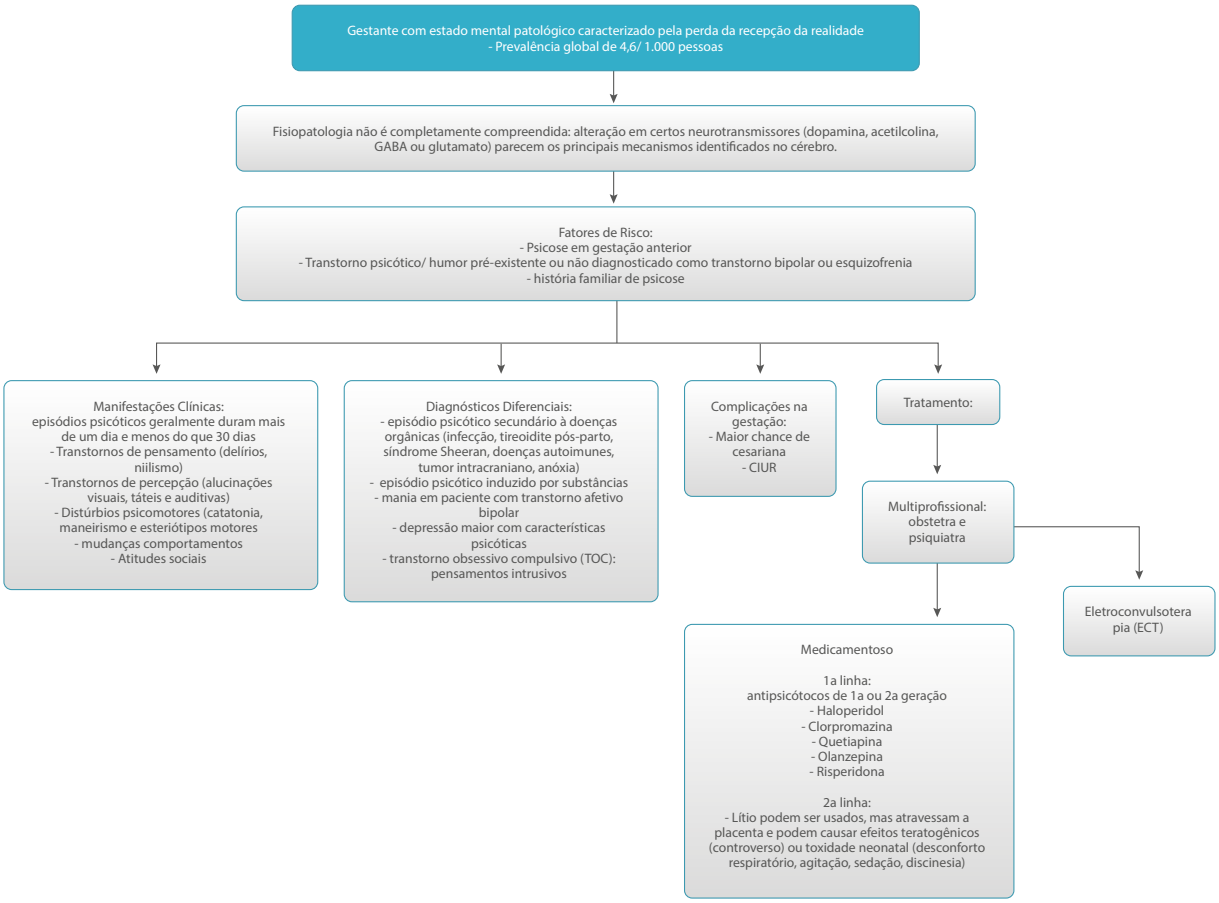
Ambulatório de Porfiria UNIFESP
Centro de Porfirias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP) localiza-se no Instituto Central Associação Brasileira de porfiria - https://www.porfiria.org.br/.

Referências bibliográficas

Mantel Ä, Vassiliou D, Lissing M, Stephansson O, Wahlin S, Sardh E. Maternal and fetal outcomes in acute hepatic porphyria: A Swedish National Cohort Study. J Inherit Metab Dis. 2023;46(4):675-6
Zübarioğlu T, Kıykım E, Aktuğlu-Zeybek Ç. An overview of acute hepatic porphyrias: clinical implications, diagnostic approaches, and management strategies. Turk Arch Pediatr. 2023;58(1):3-9.
Vassiliou D, Lempessi C, Harper P, Sardh E. Challenges in the management of acute intermittent porphyria with recurrent attacks during pregnancy: A case report. Clin Case Rep. 2020;8(12):2483-7.
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas das porfirias. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024.

Como citar

Zamarian AC. Porfirias na gestação [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 90. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

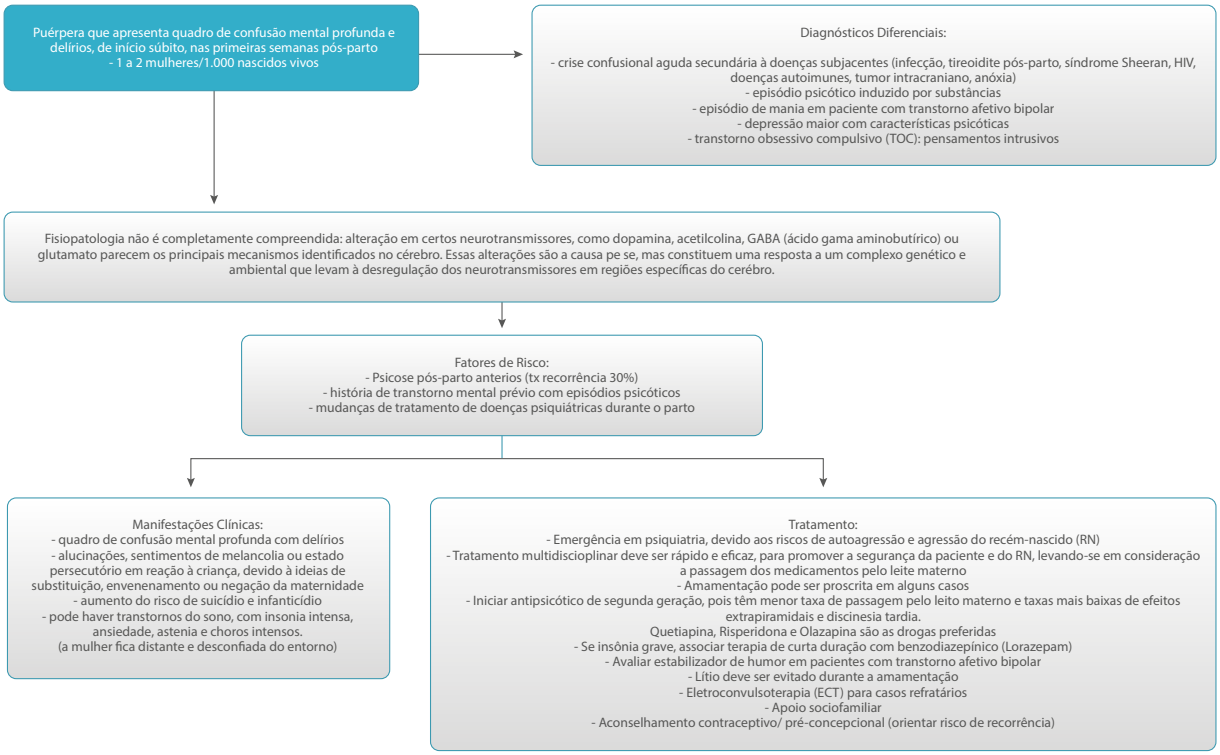
Ortega MA, Pekarek T, Fraile-Martinez O, García-Montero C, Pekarek L, Rodriguez-Martín S, et al. A review: integrative perspectives on the features and clinical management of psychotic episodes in pregnancy. J Clin Med. 2023;12(2):656.

Jairaj C, Seneviratne G, Bergink V, Sommer IE, Dazzan P. Postpartum psychosis: A proposed treatment algorithm. J Psychopharmacol. 2023;37(10):960–70.

Friedman SH, Reed E, Ross NE. Postpartum psychosis. Curr Psychiatry Rep. 2023;25(2):65–72.

Como citar

Krettli WS. Psicose gestacional [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 91. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Ortega MA, Pekarek T, Fraile-Martinez O, García-Montero C, Pekarek L, Rodriguez-Martín S, et al. A review: integrative perspectives on the features and clinical management of psychotic episodes in pregnancy. J Clin Med. 2023;12(2):656.

Jairaj C, Seneviratne G, Bergink V, Sommer IE, Dazzan P. Postpartum psychosis: A proposed treatment algorithm. J Psychopharmacol. 2023;37(10):960–70.

Friedman SH, Reed E, Ross NE. Postpartum psychosis. Curr Psychiatry Rep. 2023;25(2):65–72.

Como citar

Krettli WS. Psicose pós-parto [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 92. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

PSORÍASE E GRAVIDEZ - PARTE 1

WILLIAM SCHNEIDER DA CRUZ KRETTLI

Definição: doença crônica hiperproliferativa inflamatória da pele (placas eritemato-descamativas bem delimitadas, recobertas por escamas prateadas)

Diagnóstico: clínico (sinal de Auspitz = orvalho sanguíneo)
Na dúvida, confirmar com biópsia

Para sua expressão:
predisposição genética (herança multigênica) + fatores desencadeantes (estresse emocional, alguns medicamentos, infecções - Streptococcia por S. pyogenes, HIV, traumas cutâneos, outras dermatites)

Medicamentos:
Betabloqueadores, anti-maláricos, sais de lítio, indometacina, inibidores da ECA

Orientações pré-concepcionais:
- Suspender drogas teratogênicas (retinoides, metotrexato)
- Manter controle clínico da doença
- Planejar gestação em fase estável:
  - idealmente em remissão, sem medicação ou em dose mínima de drogas seguras
  - na psoríase moderada/grave (remissão completa improvável), escolher tratamentos com bom perfil de segurança
- Avaliar comorbidades: HAS, DM, obesidade, síndrome metabólica

Critérios para engravidar:
-Doença em estabilidade clínica
-Seguimento conjunto com Dermatologia e Obstetrícia
-Ajuste terapêutico

GESTANTE COM PSORÍASE

Avaliação conjunta com Dermatologia (especialmente moderada e grave)

Curso Clínico
1- Na gravidez
- melhora em 40-60%
- piora em 10-20%
- estável no restante
2- No puerpério: tendência à piora ou retorno da atividade

Avaliação Clínica

Avaliar gravidade:
-Leve: placas localizadas (< 5-10% da superfície corporal), sem impacto sistêmico
-Moderada / Grave: lesões extensas, artrite psoriásica, impacto na qualidade de vida

Pré-natal

- Seguimento pré-natal de acordo com a gravidade da psoríase.
- Se moderada ou grave em associação com a Dermatologia.
- Se artrite psoriásica - Reumatologia

Riscos Fetais

Transmissibilidade genética aumentada na prole
1 genitor 8%
2 genitores 40%

Parto

- Parto: indicação obstétrica
- Vaginal: evitar traumas locais
- No local da cesárea podem surgir lesões psoriásicas

Puerpério/lactação
maior risco de exacerbação

- NB-UVB (luz ultravioleta B de banda estreita)
- evitar PUVA (psoraleno + luz ultravioleta A), devido à excreção de psoraleno no leite materno
- certolizumabe compatível com amamentação
- ajustar calendários de vacinas se outros biológicos foram usados

Amamentação

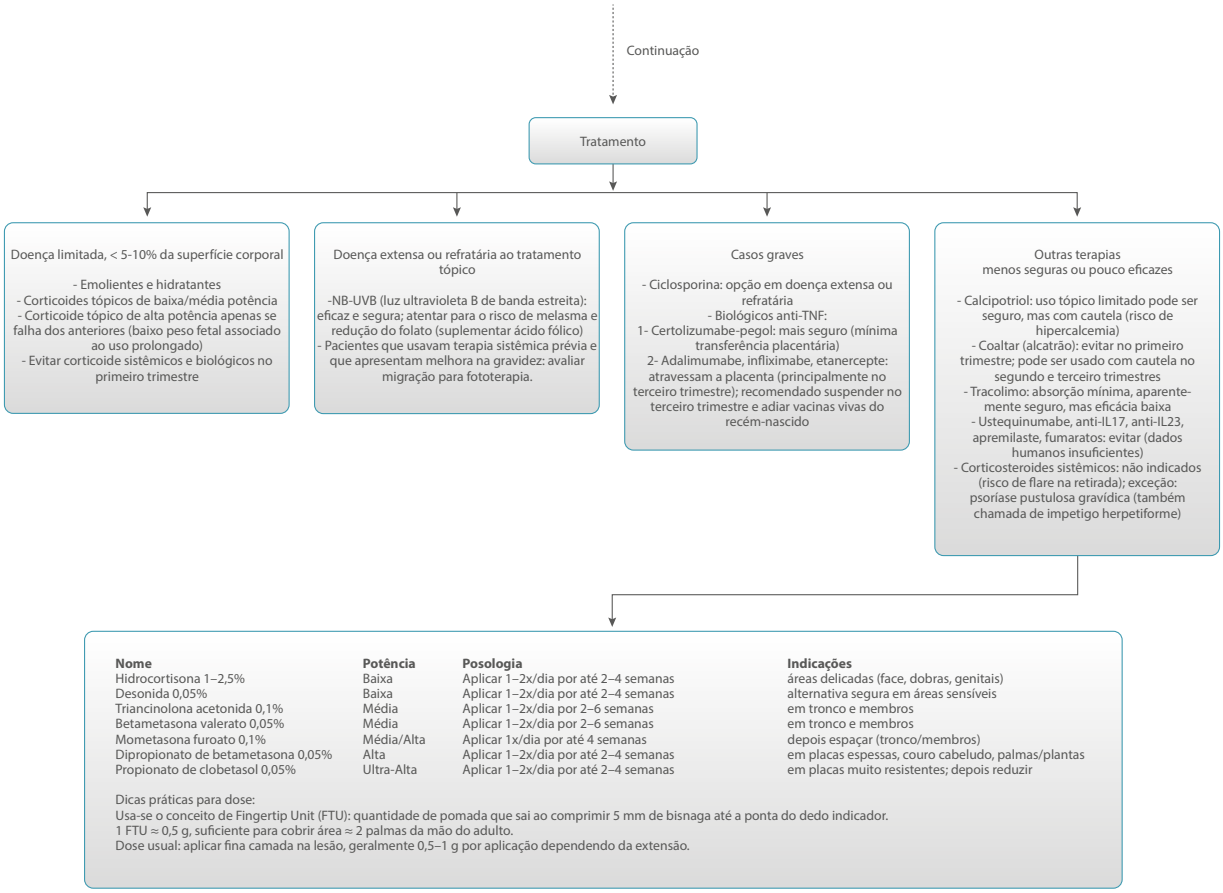
Não contra-indicada

Tratamento

Continua (parte 2)

Como citar

Krettli WS. Psoríase e gravidez - parte 1 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 93. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Nome	Potência	Posologia	Indicações
Hidrocortisona 1–2,5%	Baixa	Aplicar 1–2x/dia por até 2–4 semanas	áreas delicadas (face, dobras, genitais)
Desonida 0,05%	Baixa	Aplicar 1–2x/dia por até 2–4 semanas	alternativa segura em áreas sensíveis
Triancinolona acetonida 0,1%	Média	Aplicar 1–2x/dia por 2–6 semanas	em tronco e membros
Betametasona valerato 0,05%	Média	Aplicar 1–2x/dia por 2–6 semanas	em tronco e membros
Mometasona furoato 0,1%	Média/Alta	Aplicar 1x/dia por até 4 semanas	depois espaçar (tronco/membros)
Dipropionato de betametasona 0,05%	Alta	Aplicar 1–2x/dia por até 2–4 semanas	em placas espessas, couro cabeludo, palmas/plantas
Propionato de clobetasol 0,05%	Ultra-Alta	Aplicar 1–2x/dia por até 2–4 semanas	em placas muito resistentes; depois reduzir

Dicas práticas para dose:
Usa-se o conceito de Fingertip Unit (FTU): quantidade de pomada que sai ao comprimir 5 mm de bisnaga até a ponta do dedo indicador.
1 FTU ≈ 0,5 g, suficiente para cobrir área ≈ 2 palmas da mão do adulto.
Dose usual: aplicar fina camada na lesão, geralmente 0,5–1 g por aplicação dependendo da extensão.

Referências bibliográficas

Simionescu AA, Danciu BM, Stanescu AMA. State-of-the-Art review of pregnancy-related psoriasis. Medicina (Kaunas). 2021;57(8):804.

Ferreira C, Azevedo A, Nogueira M, Torres T. Management of psoriasis in pregnancy - a review of the evidence to date. Drugs Context. 2020;9:2019-11-6.

European Academy of Dermatology & Venereology (EADV). EADV Information Leaflet For Patients: Psoriasis in pregnancy and during breastfeeding. EADV; 2023. [cited 2026 Jan 8]. Available from: https://eadv.org/wp-content/uploads/2023/10/PREGNANCY-Psoriasis-in-pregnancy-and-during-breastfeeding.pdf

Pomeranz MK, Strober BE. Management psoriasis in pregnancy. [last updated Dec 22, 2025]. UpToDate; c2026.

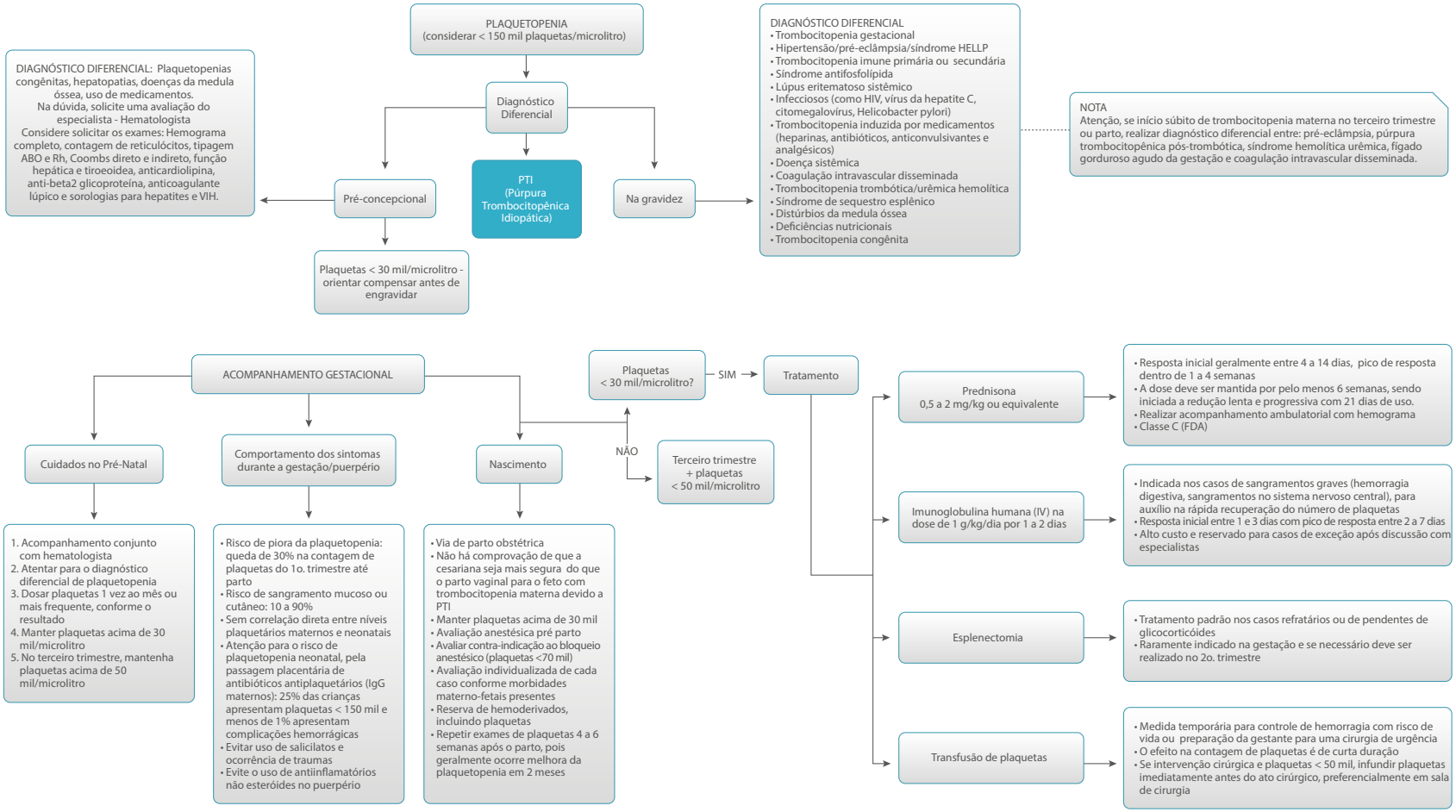
National Psoriasis Foundation (NPF). Pregnancy and psoriatic disease guide. USA: NPF; c1996-2026. [cited 2026 Jan 8]. Available from: https://www.psoriasis.org/pregnancy-psoriasis-psoriatic-arthritis/

Como citar

Krettli WS. Psoríase e gravidez - parte 2 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 94. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA

JANETE VETTORAZZI



Referências bibliográficas

ACOG Practice Bulletin No. 207: Thrombocytopenia in pregnancy. Obstet Gynecol. 2019;133(3):e181-e193.

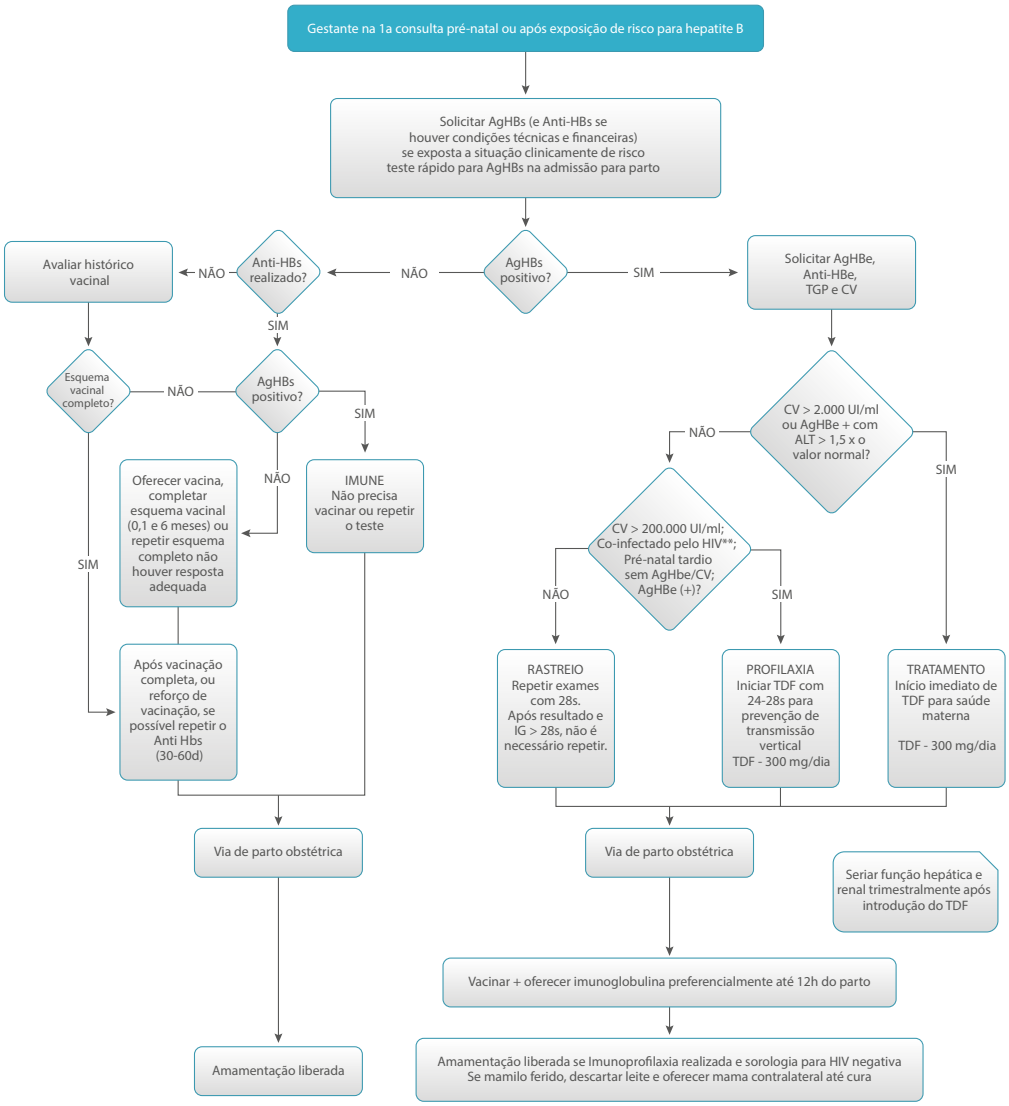
Subtil SF, Mendes JM, Areia AL, Moura JP. Update on thrombocytopenia in pregnancy. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(12):834-40.

Como citar

Vettorazzi J. Púrpura trombocitopênica idiopática [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 95. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

RASTREIO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HEPATITE B NA GRAVIDEZ

RONE PETERSON CERQUEIRA OLIVEIRA, REGIS KREITCHMANN , GERALDO DUARTE



TDF - tenofovir disoproxil fumarate / ALT - Alanina aminotransferase (TGP)

Referências bibliográficas

World Health Organization (WHO). Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: guidelines on antiviral prophylaxis in pregnancy. Genéva: WHO; 2020.

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org; Badell ML, Prabhu M, Dionne J, Tita ATN, Silverman NS; SMFM Publications Committee. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #69: Hepatitis B in pregnancy: updated guidelines. Am J Obstet Gynecol. 2024;230(4):B2-B11.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. Capítulo: Hepatites virais.

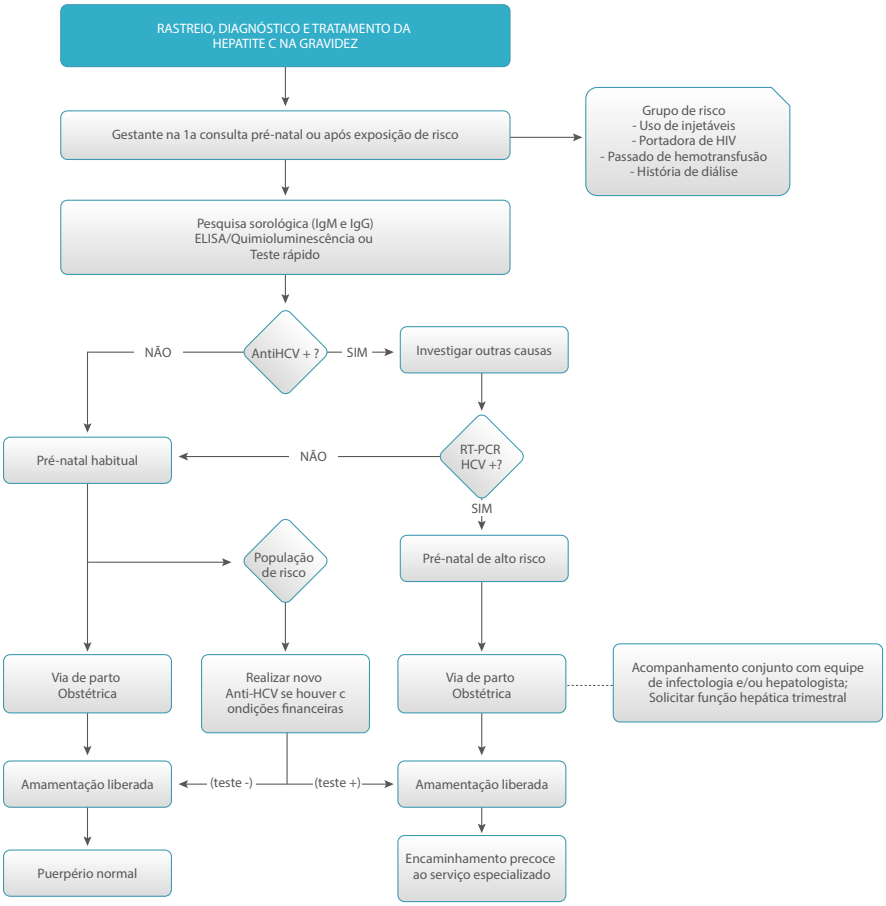
Matthews PC, Ocama P, Wang S, El-Sayed M, Turkova A, Ford D, et al. Enhancing interventions for prevention of mother-to-child- transmission of hepatitis B virus. JHEP Rep. 2023;5(8):100777.

Como citar

Oliveira RP, Kreitchmann R, Duarte G. Rastreio, diagnóstico e tratamento da Hepatite B na gravidez [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 96. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

RASTREIO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HEPATITE C NA GRAVIDEZ

RONE PETERSON CERQUEIRA OLIVEIRA, REGIS KREITCHMANN , GERALDO DUARTE



Referências bibliográficas

World Health Organization (WHO). Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: guidelines on antiviral prophylaxis in pregnancy. Genéva: WHO; 2020.

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org; Badell ML, Prabhu M, Dionne J, Tita ATN, Silverman NS; SMFM Publications Committee. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #69: Hepatitis B in pregnancy: updated guidelines. Am J Obstet Gynecol. 2024;230(4):B2-B11.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. Capítulo: Hepatites virais.

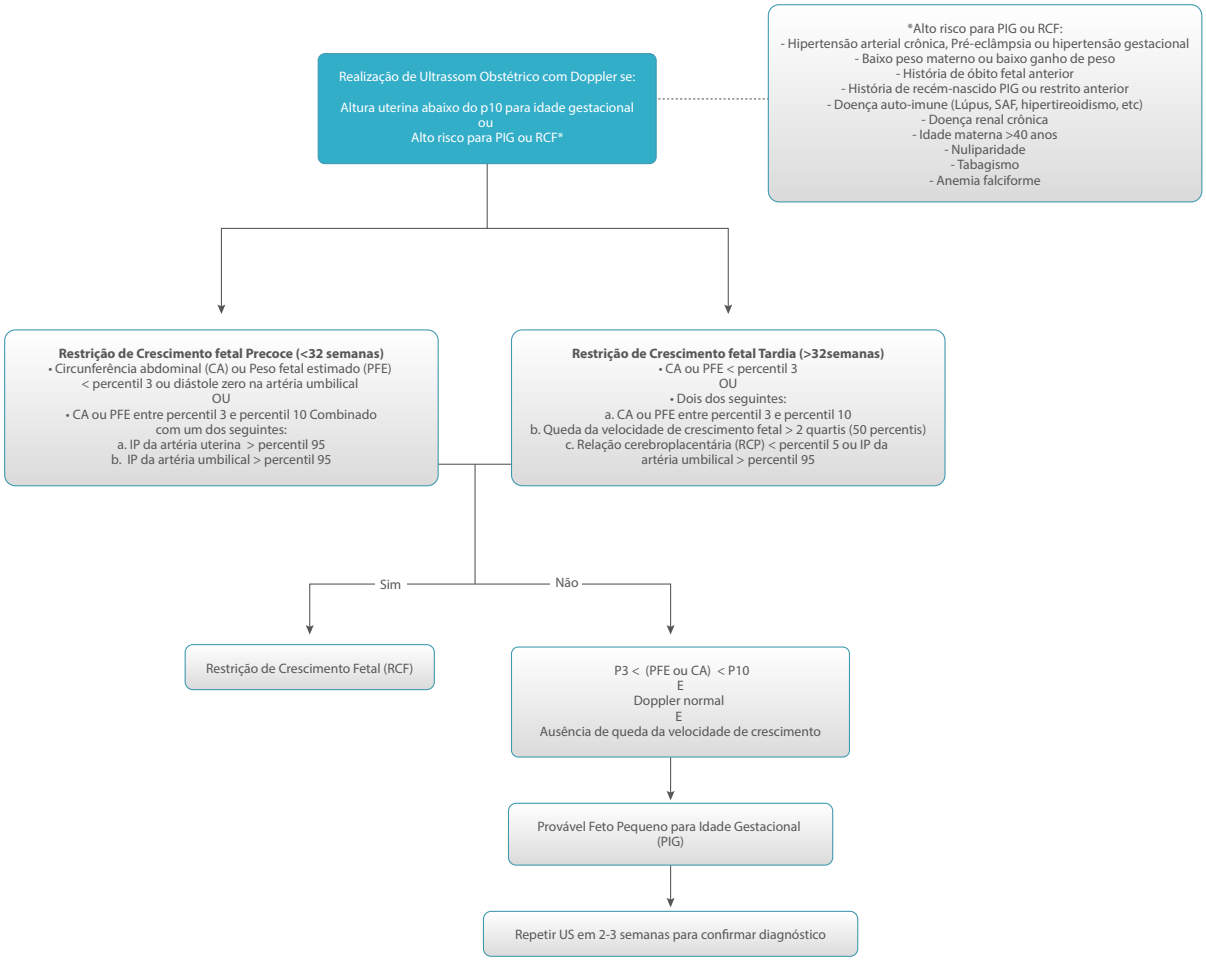
Matthews PC, Ocama P, Wang S, El-Sayed M, Turkova A, Ford D, et al. Enhancing interventions for prevention of mother-to-child- transmission of hepatitis B virus. JHEP Rep. 2023;5(8):100777.

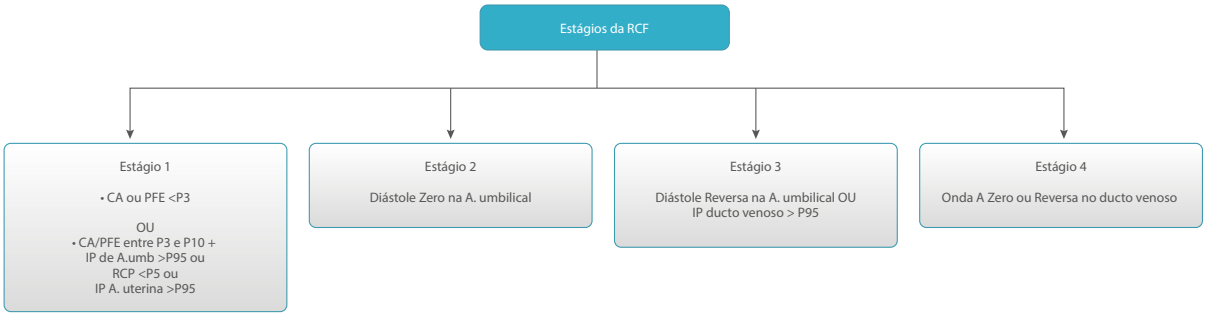
Como citar

Oliveira RP, Kreitchmann R, Duarte G. Rastreio, diagnóstico e tratamento da Hepatite C na gravidez [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 97. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL - DIAGNÓSTICO E ESTÁGIOS

RENATO TEIXEIRA SOUZA, ELTON CARLOS FERREIRA, VERA THEREZINHA MEDEIROS BORGES, ALESSANDRA CRISTINA MARCOLIN





Referências bibliográficas

Allotey J, Archer L, Coomar D, Snell KI, Smuk M, Oakey L, et al. Development and validation of prediction models for fetal growth restriction and birthweight: an individual participant data meta-analysis. Health Technol Assess. 2024;28(47):1–119.

Souza RT, Vieira MC, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Moreira ME, da Cunha Filho EV, et al. Risk stratification for small for gestational age for the Brazilian population: a secondary analysis of the Birth in Brazil study. Sci Rep. 2020;10(1):14725.

American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 6: Periviable birth. Obstet Gynecol. 2017;130(4):e187-e199.

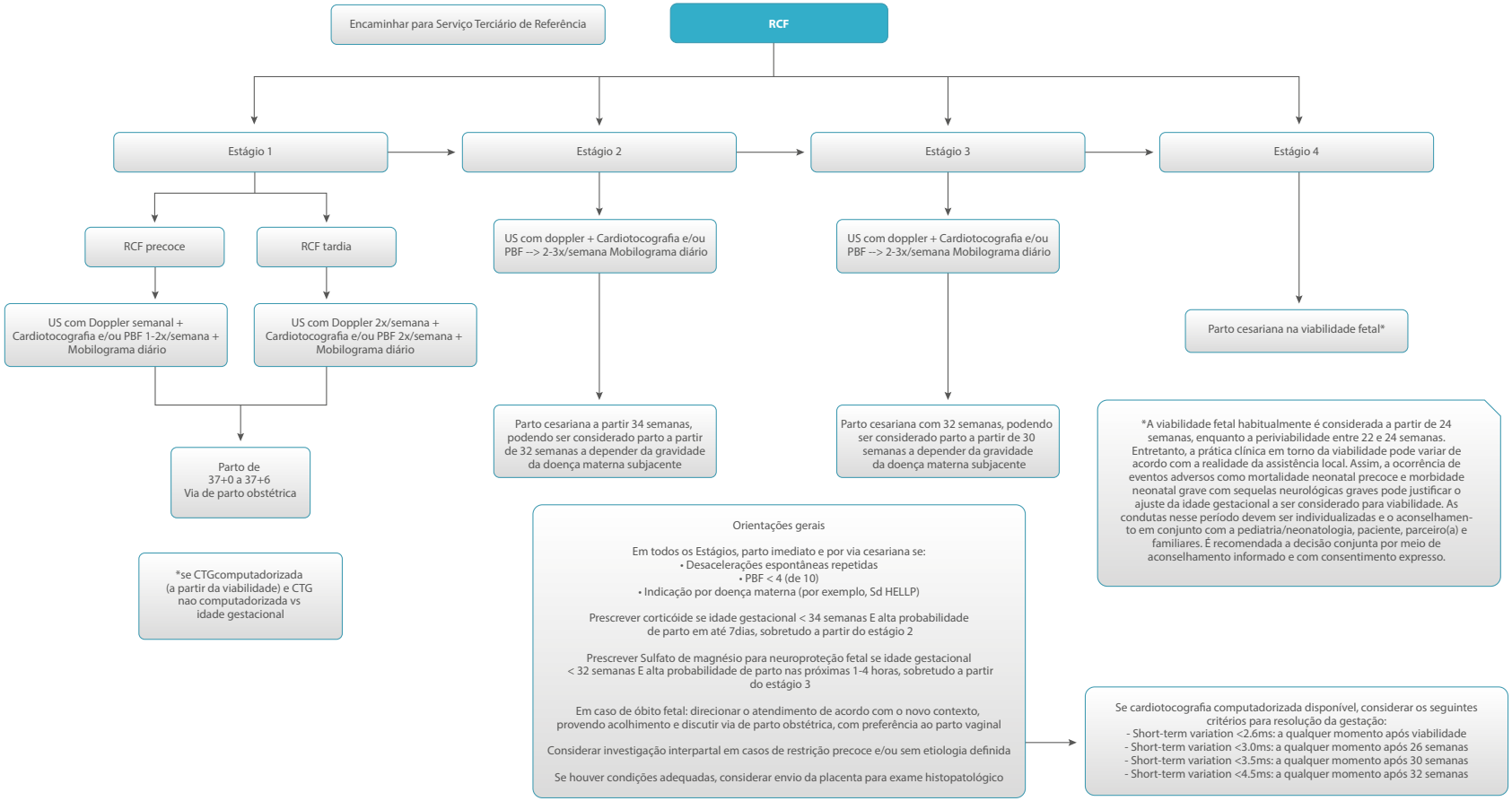
Koc E, Unal S. Viability of extremely premature neonates: clinical approaches and outcomes. J Perinat Med. 2024;53(6):706–15.

Como citar

Souza RT, Ferreira EC, Borges VT, Marcolin AC. Restrição de crescimento fetal - diagnóstico e estágios [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 98. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL - CONDUTA

RENATO TEIXEIRA SOUZA, ELTON CARLOS FERREIRA, VERA THEREZINHA MEDEIROS BORGES, ALESSANDRA CRISTINA MARCOLIN



Referências bibliográficas

Allotey J, Archer L, Coomar D, Snell KI, Smuk M, Oakey L, et al. Development and validation of prediction models for fetal growth restriction and birthweight: an individual participant data meta-analysis. Health Technol Assess. 2024;28(47):1–119.

Souza RT, Vieira MC, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Moreira ME, da Cunha Filho EV, et al. Risk stratification for small for gestational age for the Brazilian population: a secondary analysis of the Birth in Brazil study. Sci Rep. 2020;10(1):14725.

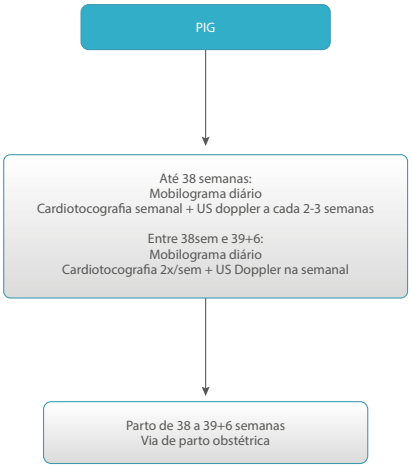
American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 6: Periviable birth. Obstet Gynecol. 2017;130(4):e187-e199.

Koc E, Unal S. Viability of extremely premature neonates: clinical approaches and outcomes. J Perinat Med. 2024;53(6):706–15.

Como citar

Souza RT, Ferreira EC, Borges VT, Marcolin AC. Restrição de crescimento fetal - conduta [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 99. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

RENATO TEIXEIRA SOUZA, ELTON CARLOS FERREIRA, VERA THEREZINHA MEDEIROS BORGES, ALESSANDRA CRISTINA MARCOLIN



Referências bibliográficas

Allotey J, Archer L, Coomar D, Snell KI, Smuk M, Oakey L, et al. Development and validation of prediction models for fetal growth restriction and birthweight: an individual participant data meta-analysis. Health Technol Assess. 2024;28(47):1–119.

Souza RT, Vieira MC, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Moreira ME, da Cunha Filho EV, et al. Risk stratification for small for gestational age for the Brazilian population: a secondary analysis of the Birth in Brazil study. Sci Rep. 2020;10(1):14725.

American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 6: Periviable birth. Obstet Gynecol. 2017;130(4):e187-e199.

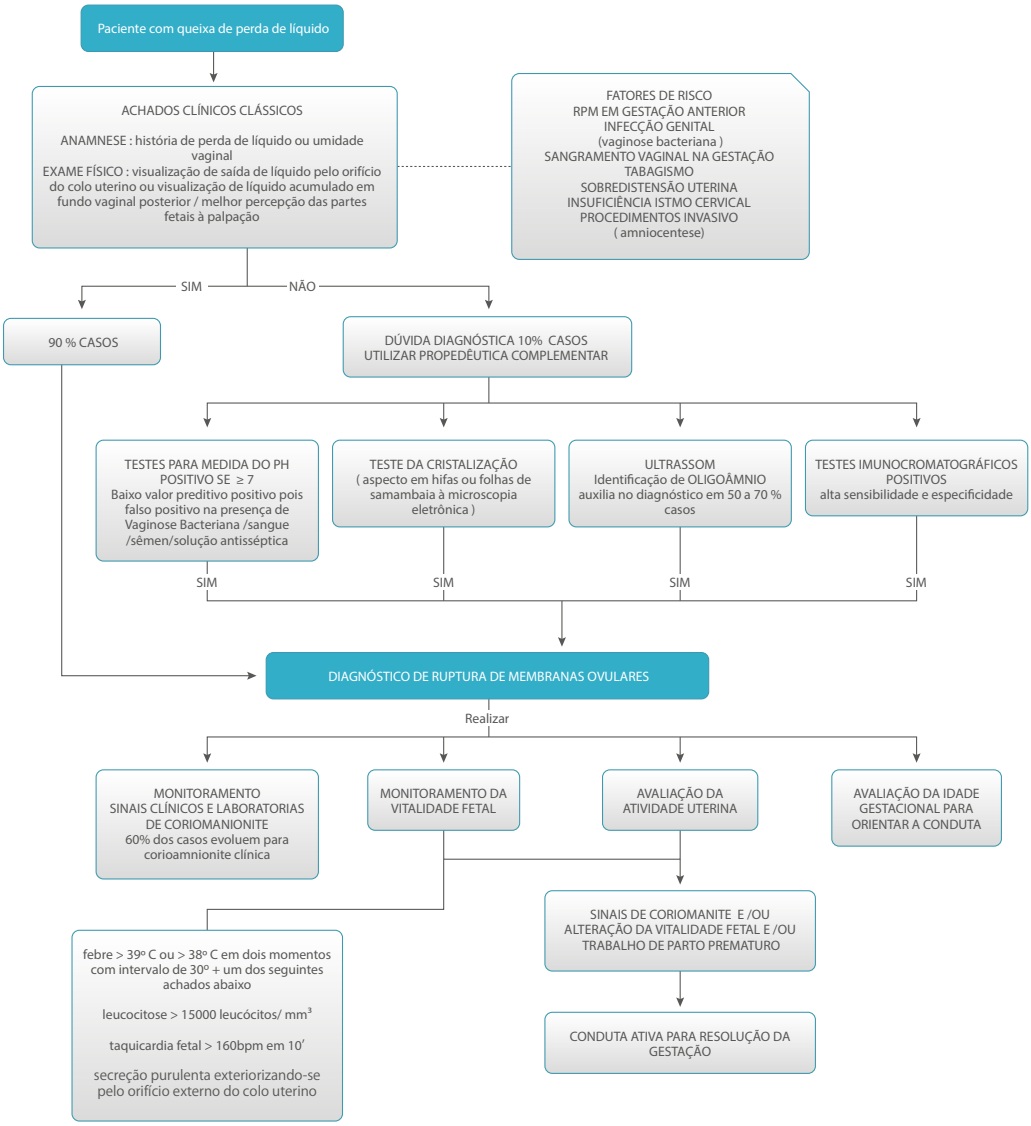
Koc E, Unal S. Viability of extremely premature neonates: clinical approaches and outcomes. J Perinat Med. 2024;53(6):706–15.

Como citar

Souza RT, Ferreira EC, Borges VT, Marcolin AC. Restrição de crescimento fetal - conduta PIG [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 100. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES PRÉ TERMO - DIAGNÓSTICO

VERA THEREZINHA MEDEIROS BORGES



Referências bibliográficas

Dotters-Katz S. Antibiotics for prophylaxis in the setting of preterm prelabor rupture of membranes. Obstet Gynecol Clin North Am. 2020;47(4):595–603.

Duff P. Preterm prelabor rupture of membranes: Clinical manifestations and diagnosis . Waltham, MA: UpToDate; 2026.

Duff P. Preterm prelabor rupture of membranes: Management and outcome. Waltham, MA: UpToDate, 2026.

Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 188: Prelabor rupture of membranes. Obstet Gynecol. 2018;131(1):e1-e14.

Bond DM, Middleton P, Levett KM, van der Ham DP, Crowther CA, Buchanan SL, et al. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 3;3(3):CD004735.

Sagraves SG, Toschlog EA, Rotondo MF. Damage control surgery--the intensivist's role. J Intensive Care Med. 2006;21(1):5-16.

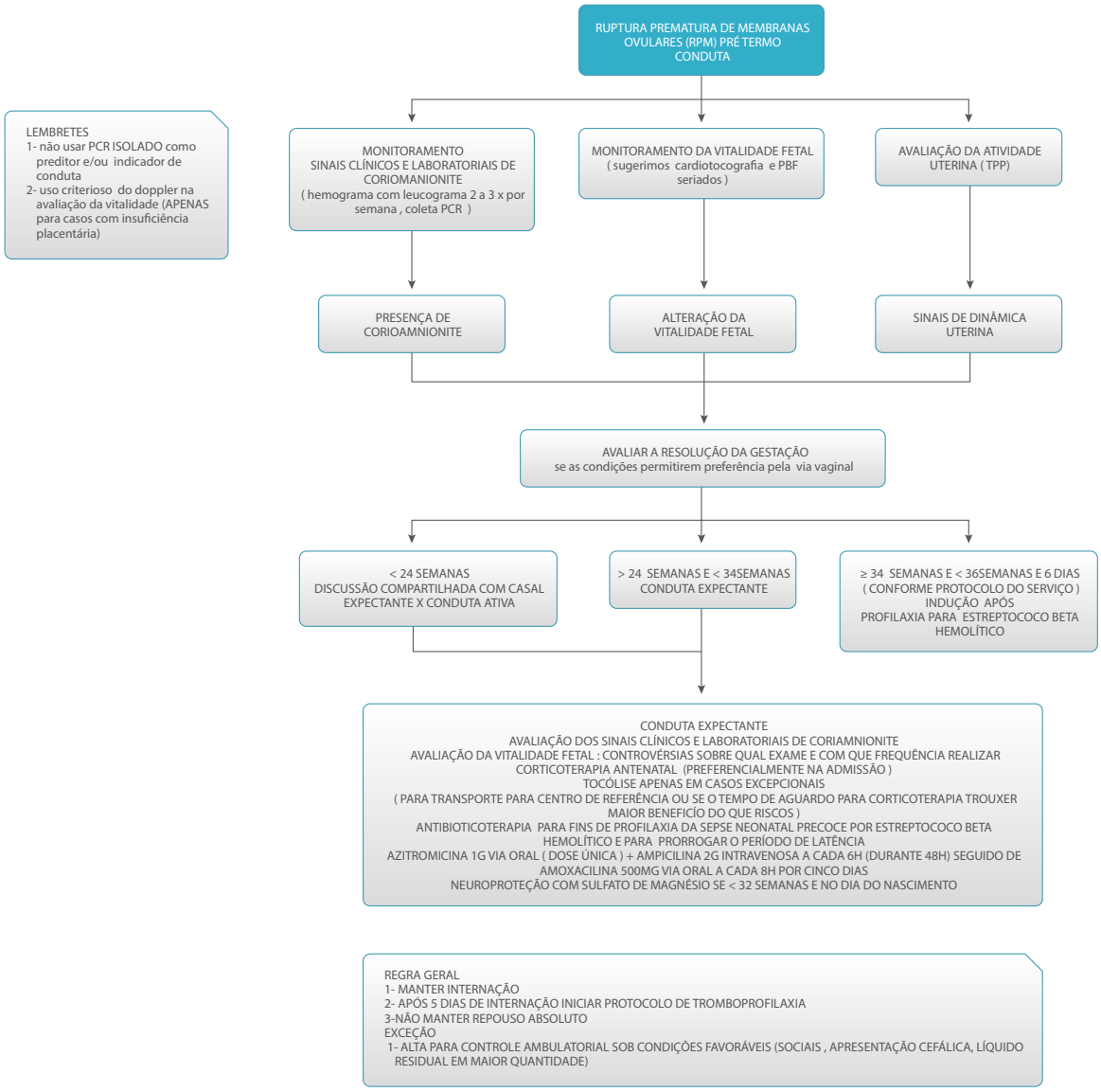
Tchirikov M, Schlabritz-Loutsevitch N, Maher J, Buchmann J, Naberezhnev Y, Winarno AS, et al. Mid-trimester preterm premature rupture of membranes (PPROM): etiology, diagnosis, classi cation, international recommendations of treatment options and outcome. J Perinat Med. 2018;46(5):465–88.

Como citar

Borges VT. Ruptura prematura de membranas ovulares pré-termo - diagnóstico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 101. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES PRÉ TERMO - CONDUTA

VERA THEREZINHA MEDEIROS BORGES



Referências bibliográficas

Dotters-Katz S. Antibiotics for prophylaxis in the setting of preterm prelabor rupture of membranes. Obstet Gynecol Clin North Am. 2020;47(4):595–603.

Duff P. Preterm prelabor rupture of membranes: Clinical manifestations and diagnosis . Waltham, MA: UpToDate; 2026.

Duff P. Preterm prelabor rupture of membranes: Management and outcome. Waltham, MA: UpToDate, 2026.

Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 188: Prelabor rupture of membranes. Obstet Gynecol. 2018;131(1):e1-e14.

Bond DM, Middleton P, Levett KM, van der Ham DP, Crowther CA, Buchanan SL, et al. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 3;3(3):CD004735.

Sagraves SG, Toschlog EA, Rotondo MF. Damage control surgery--the intensivist's role. J Intensive Care Med. 2006;21(1):5-16.

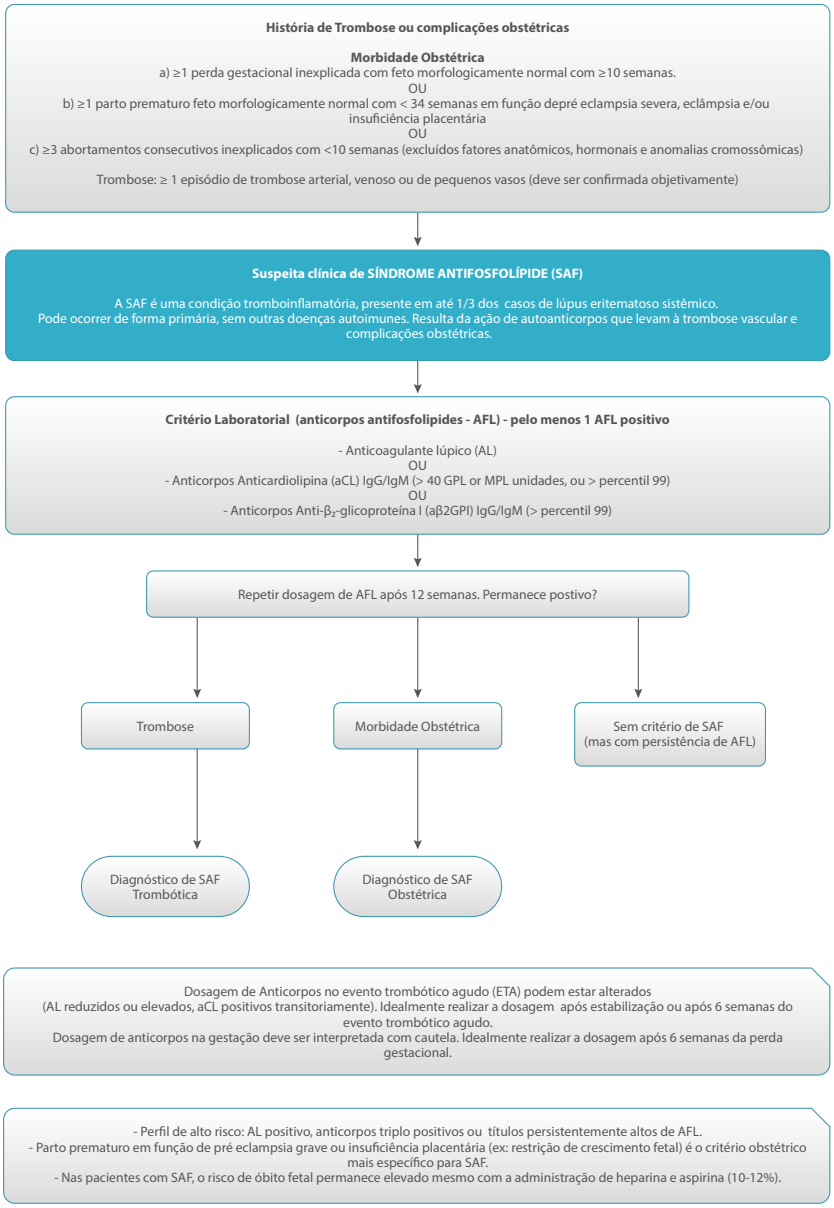
Tchirikov M, Schlabritz-Loutsevitch N, Maher J, Buchmann J, Naberezhnev Y, Winarno AS, et al. Mid-trimester preterm premature rupture of membranes (PPROM): etiology, diagnosis, classi cation, international recommendations of treatment options and outcome. J Perinat Med. 2018;46(5):465–88.

Como citar

Borges VT. Ruptura prematura de membranas ovulares pré-termo - conduta [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 102. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

SAF – SÍNDROME DE ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE - DIAGNÓSTICO

CAROLINA CARVALHO MOCARZEL; VENINA ISABEL POÇO VIANA LEME DE BARROS



Referências bibliográficas

Arslan E, Branch DW. Antiphospholipid syndrome: diagnosis and management in the obstetric patient. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020;64:31–40.

Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). J Thromb Haemost. 2006;4(2):295–306.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Trombofilias e gravidez. São Paulo: FEBRASGO; 2020. [Protocolo FEBRASGO de Obstetrícia, n. 67/Comissão Nacional Especializada em Tromboembolismo Venoso].

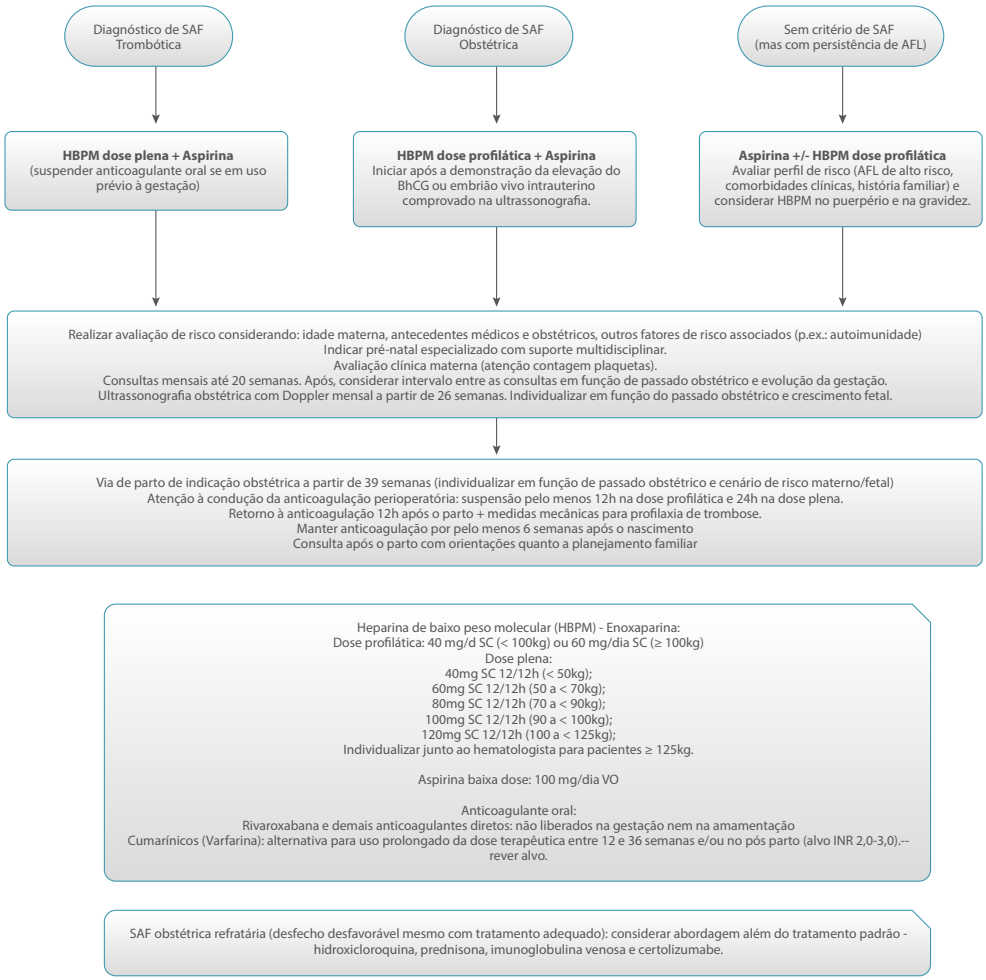
Royal College of Obstetricians & Gynecologists (RCOG). Thromboembolic disease in pregnancy and the puerperium: acute management. RCOG Green Top Guideline 37b. 3th ed. RBOG; 2015. 32p.

Como citar

Mocarzel CC, Barros VI. SAF – Síndrome de anticorpo antifosfolípide - diagnóstico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 103. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

SAF – SÍNDROME DE ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE - TRATAMENTO

CAROLINA CARVALHO MOCARZEL; VENINA ISABEL POÇO VIANA LEME DE BARROS



Referências bibliográficas

Arslan E, Branch DW. Antiphospholipid syndrome: diagnosis and management in the obstetric patient. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020;64:31–40.

Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). J Thromb Haemost. 2006;4(2):295–306.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Trombofilias e gravidez. São Paulo: FEBRASGO; 2020. [Protocolo FEBRASGO de Obstetrícia, n. 67/Comissão Nacional Especializada em Tromboembolismo Venoso].

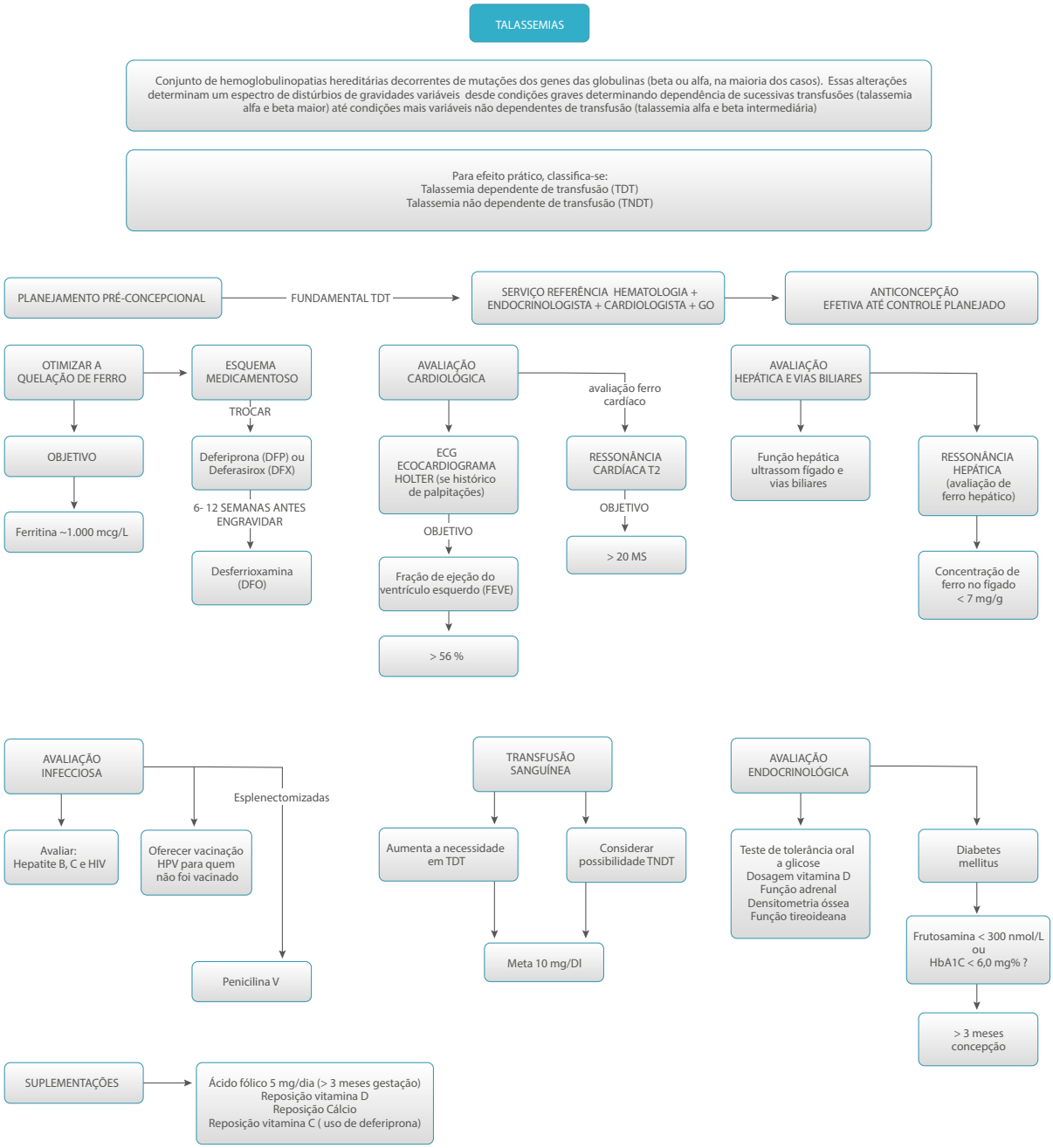
Royal College of Obstetricians & Gynecologists (RCOG). Thromboembolic disease in pregnancy and the puerperium: acute management. RCOG Green Top Guideline 37b. 3th ed. RBOG; 2015. 32p.

Como citar

Mocarzel CC, Barros VI. SAF – Síndrome de anticorpo antifosfolípide - tratamento [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 104. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

TALASSEMIAS - AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

CARLOS ALBERTO MAGANHA



Referências bibliográficas

Shah FT, Nicolle S, Garg M, Pancham S, Lieberman G, Anthony K, Mensah AK. Guideline for the management of conception and pregnancy in thalassaemia syndromes: A British Society for Haematology Guideline. Br J Haematol. 2024;204(6):2194-209.

Viprakasit V, Ekwattanakit S. Clinical classification, screening and diagnosis for thalassemia. Hematol Oncol Clin North Am. 2018;32(2):193–211.

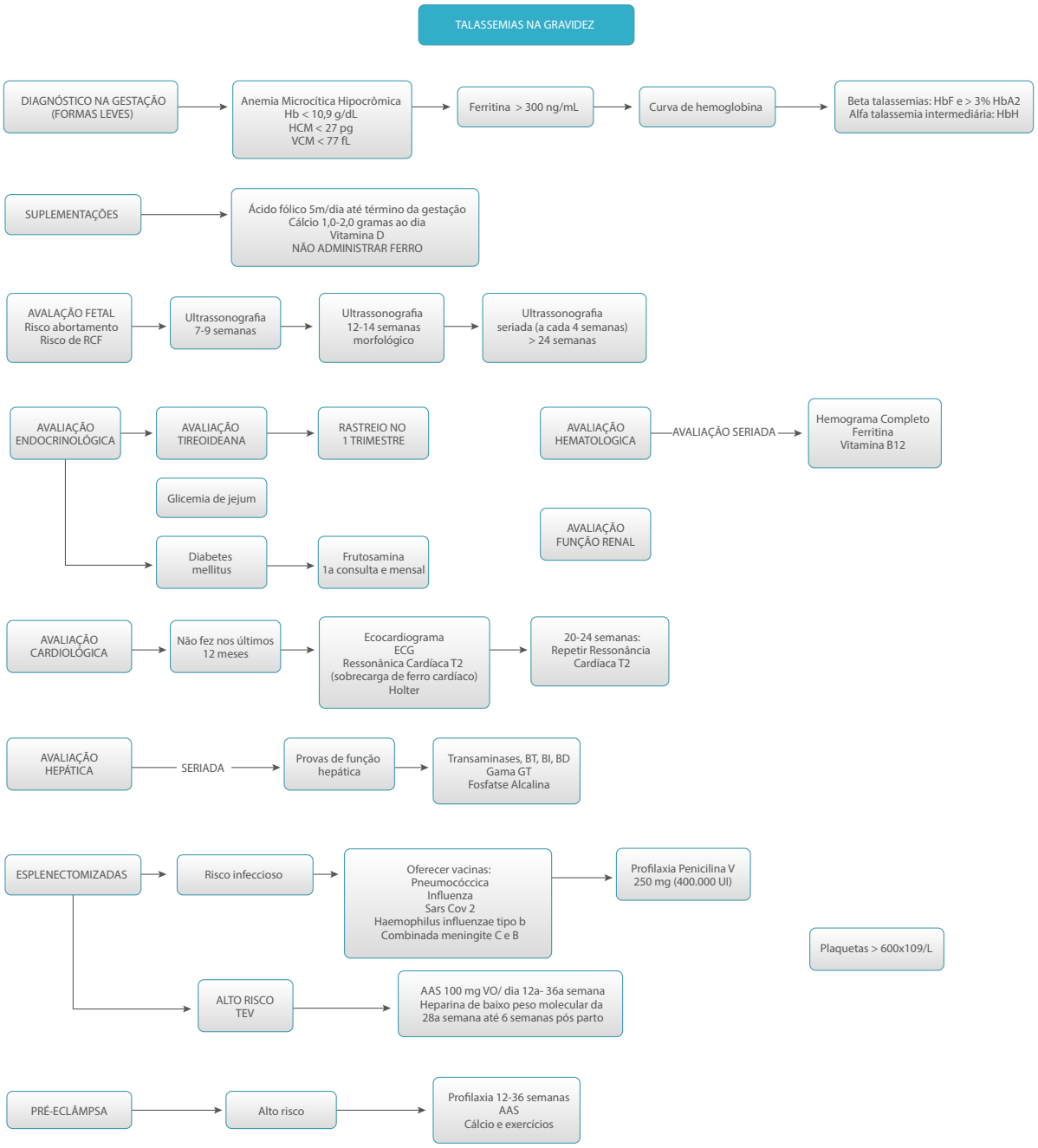
El-Beshlawy A, El-Ghamrawy M. Recent trends in treatment of thalassemia. Blood Cells Mol Dis. 2019;76:53–8.

Farmakis D, Porter J, Taher A, Domenica Cappellini M, Angastiniotis M, Eleftheriou A. 2021 Thalassaemia International Federation Guidelines for the Management of Transfusion-dependent Thalassemia. Hemasphere.2022;6(8):e732.

Como citar

Maganha CA. Talassemias – avaliação pré-concepcional [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 105. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

CARLOS ALBERTO MAGANHA



Referências bibliográficas

Shah FT, Nicolle S, Garg M, Pancham S, Lieberman G, Anthony K, Mensah AK. Guideline for the management of conception and pregnancy in thalassaemia syndromes: A British Society for Haematology Guideline. Br J Haematol. 2024;204(6):2194-209.

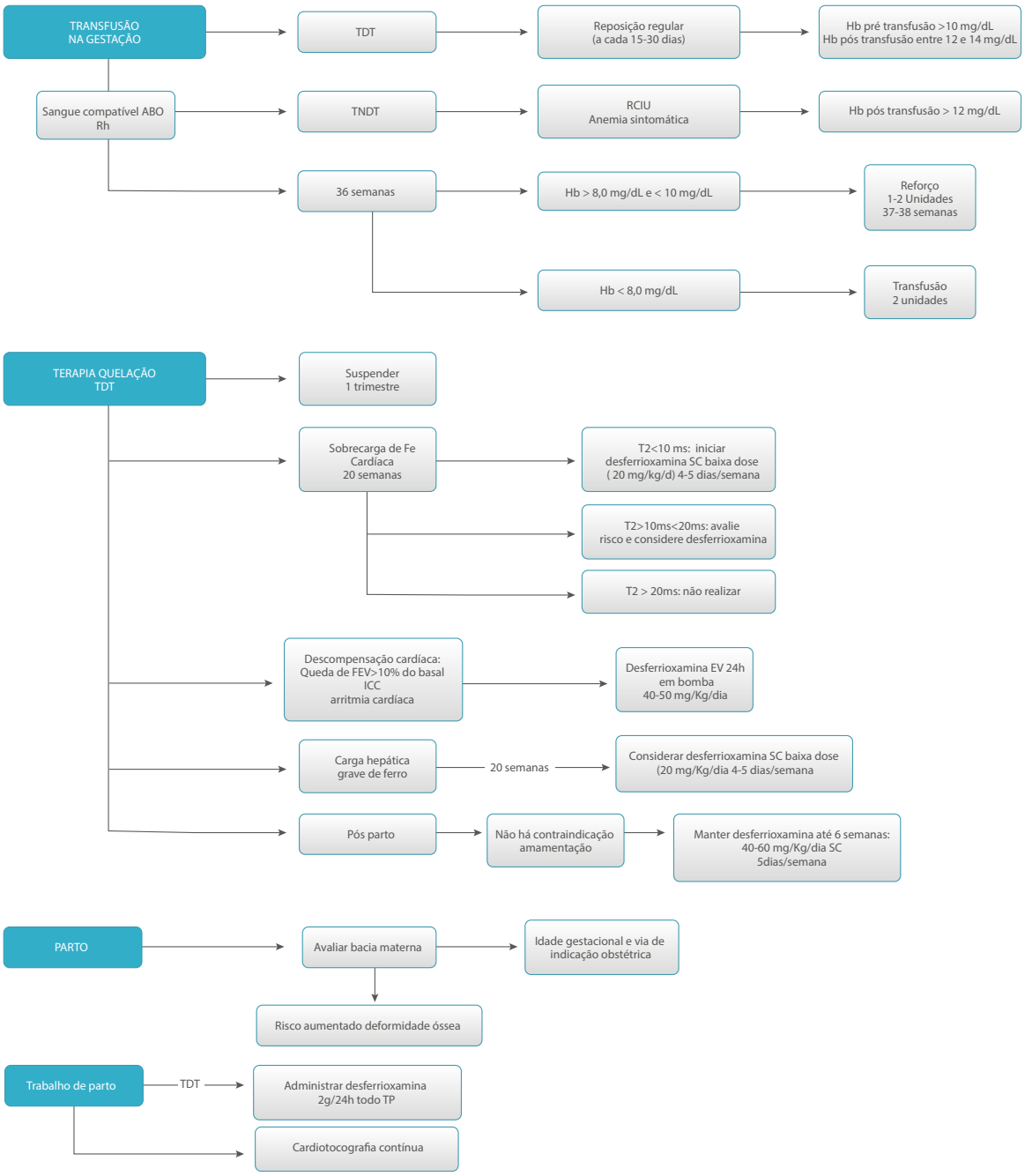
Viprakasit V, Ekwattanakit S. Clinical classification, screening and diagnosis for thalassemia. Hematol Oncol Clin North Am. 2018;32(2):193–211.

El-Beshlawy A, El-Ghamrawy M. Recent trends in treatment of thalassemia. Blood Cells Mol Dis. 2019;76:53–8.

Farmakis D, Porter J, Taher A, Domenica Cappellini M, Angastiniotis M, Eleftheriou A. 2021 Thalassaemia International Federation Guidelines for the Management of Transfusion-dependent Thalassemia. Hemasphere.2022;6(8):e732.

Como citar

Maganha CA. Talassemias na gravidez – parte 1 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 106. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Shah FT, Nicolle S, Garg M, Pancham S, Lieberman G, Anthony K, Mensah AK. Guideline for the management of conception and pregnancy in thalassaemia syndromes: A British Society for Haematology Guideline. Br J Haematol. 2024;204(6):2194-209.

Viprakasit V, Ekwattanakit S. Clinical classification, screening and diagnosis for thalassemia. Hematol Oncol Clin North Am. 2018;32(2):193–211.

El-Beshlawy A, El-Ghamrawy M. Recent trends in treatment of thalassemia. Blood Cells Mol Dis. 2019;76:53–8.

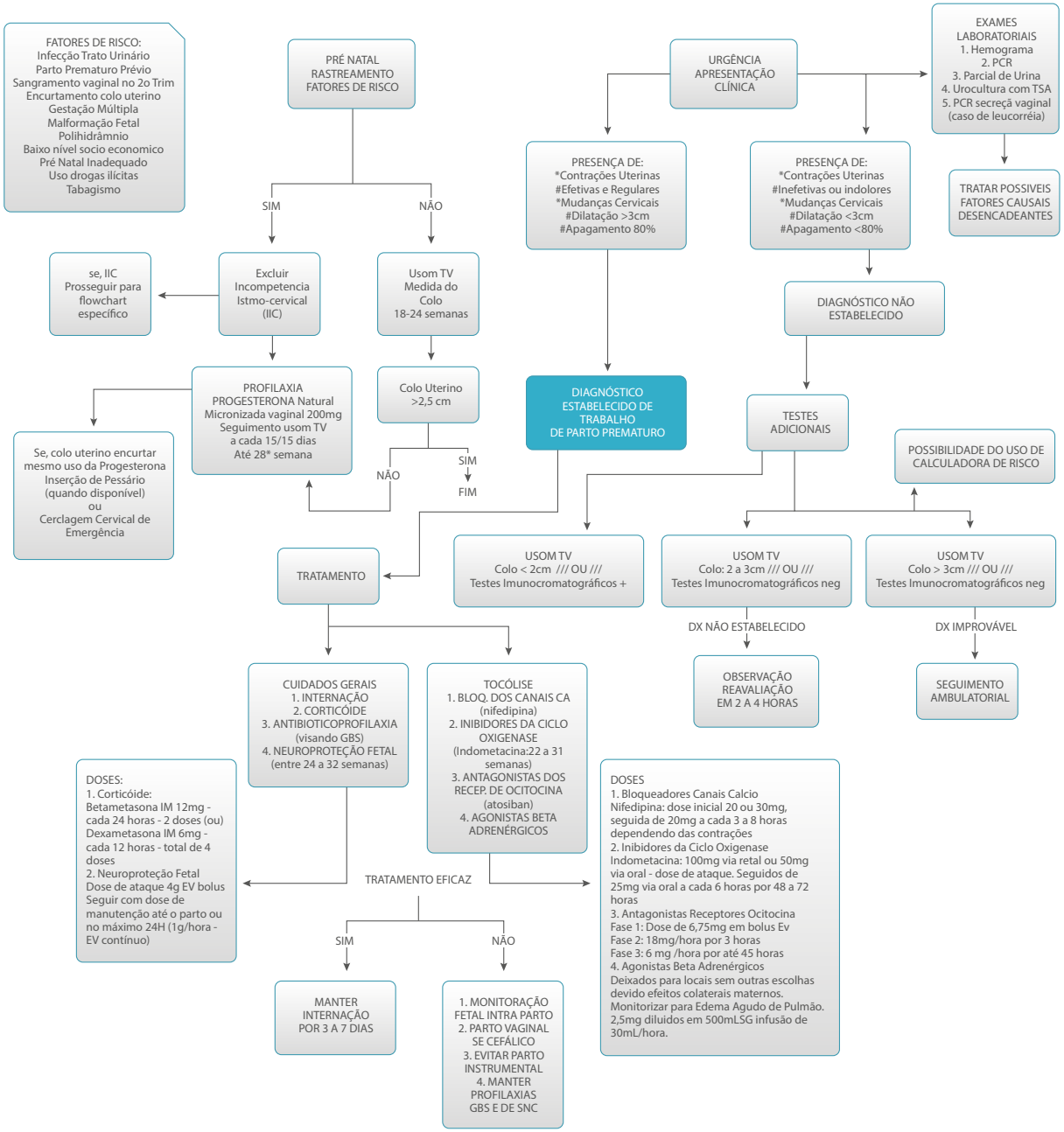
Farmakis D, Porter J, Taher A, Domenica Cappellini M, Angastiniotis M, Eleftheriou A. 2021 Thalassaemia International Federation Guidelines for the Management of Transfusion-dependent Thalassemia. Hemasphere.2022;6(8):e732.

Como citar

Maganha CA. Talassemias na gravidez – parte 2 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 107. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

TRABALHO DE PARTO PREMATURO

MYLENE MARTINS LAVADO



Referências bibliográficas

Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, Kinney M, Lawn J; Born Too Soon Preterm Birth Action Group. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. Reprod Health. 2013;10 Suppl 1(Suppl 1):S2.

Tedesco RP, Passini R Jr, Cecatti JG, Camargo RS, Pacagnella RC, Sousa MH. Estimation of preterm birth rate, associated factors and maternal morbidity from a demographic and health survey in Brazil. Matern Child Health J. 2013 ;17(9):1638-47.

Giles W, Bisits A. Preterm labour. The present and future of tocolysis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2007;21(5):857-68.

Elliott JP, Istwan NB, Rhea DJ, Desch CN, Stanziano GJ. The impact of acute tocolysis on neonatal outcome in women hospitalized with preterm labor at 32 to 34 weeks' gestation. Am J Perinatol. 2009;26(2):123-8.

Flenady V, Wojcieszek AM, Papatsonis DN, Stock OM, Murray L, Jardine LA, et al. Bloqueadores de canais de cálcio para inibir o trabalho de parto e nascimento prematuro. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun;(6):CD002255.

Flenady V, Reinebrant HE, Liley HG, Tambimuttu EG, Papatsonis DN. Antagonistas dos receptores de oxitocina para inibir o parto prematuro. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(6):CD004452.

Cabar FR, Bittar RE, Gomes CM, Zugaib M. [Atosiban as a tocolytic agent: a new proposal of a therapeutic approach]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(2):87-92. Portuguese.

Duvekot JJ, Franssen MT, Papatsonis DN, Kok JH, van der Post JA, Franx A, et al. Nifedipine versus atosiban for threatened preterm birth (APOSTEL III): a multicentre, randomised controlled trial. Lancet. 2016;387(10033):2117-24.

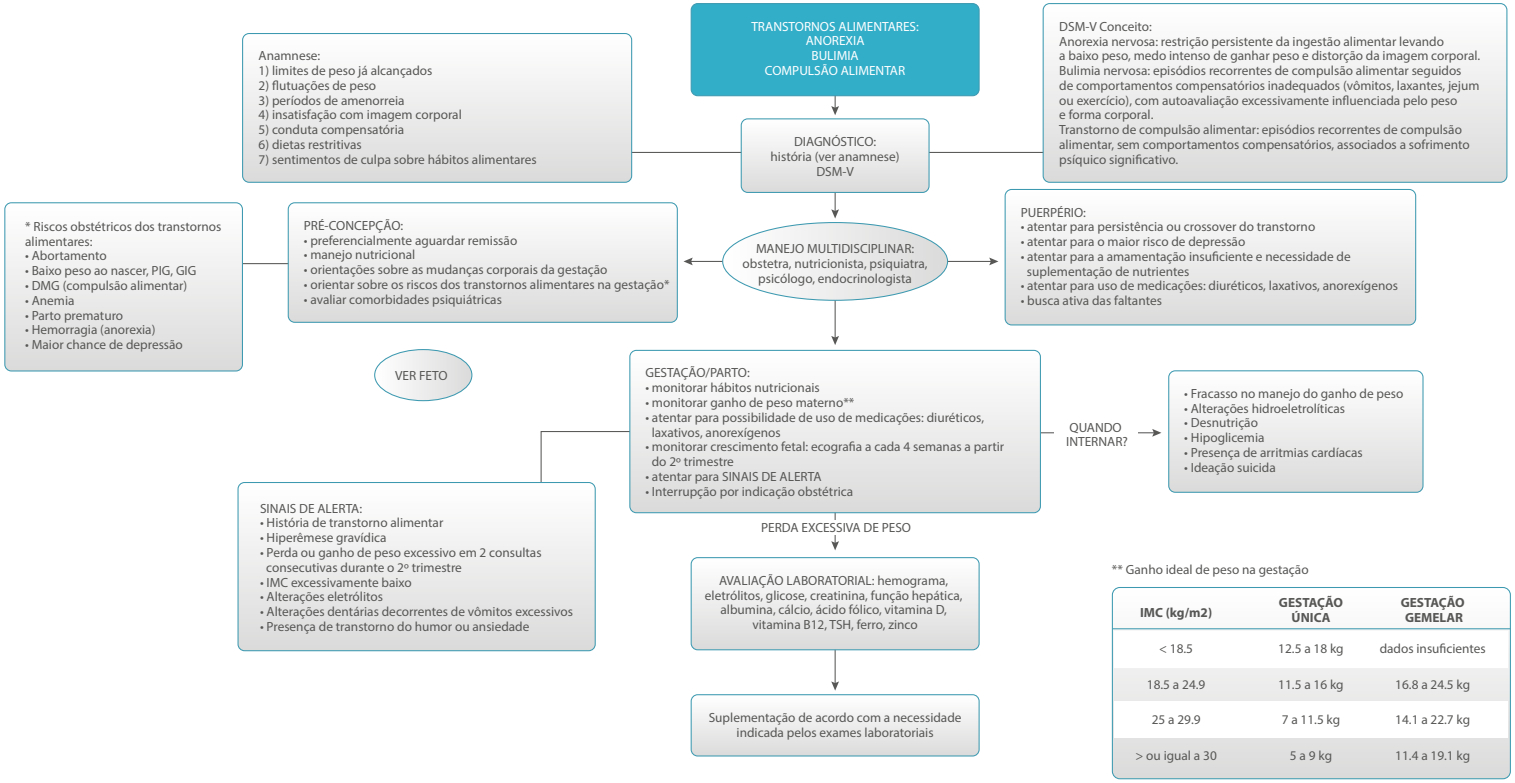
Borna S, Sahabi N. Progesterone for maintenance tocolytic therapy after threatened preterm labour: a randomised controlled trial. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2008;48(1):58-63.

Navathe R, Berghella V. Progesterone as a tocolytic agent for preterm labor: a systematic review. Curr Opin Obstet Gynecol. 2016;28(6):464-9.

Como citar

Lavado MM.. Trabalho de parto prematuro [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 108. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

FERNANDA SANTOS GROSSI



** Ganho ideal de peso na gestação

IMC (kg/m2)	GESTAÇÃO ÚNICA	GESTAÇÃO GEMELAR
< 18.5	12.5 a 18 kg	dados insuficientes
18.5 a 24.9	11.5 a 16 kg	16.8 a 24.5 kg
25 a 29.9	7 a 11.5 kg	14.1 a 22.7 kg
> ou igual a 30	5 a 9 kg	11.4 a 19.1 kg

Referências bibliográficas

Crow SJ, Yager J, Lockwood CJ, Solomon D. Eating disorders in pregnancy. [last updated Dec 1, 2025]. UpToDate; c2026.

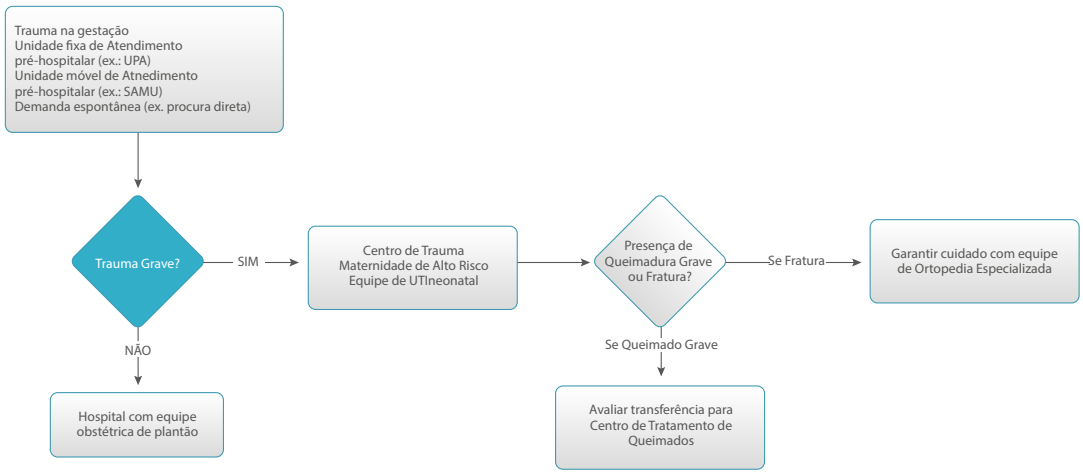
Campos Del Portillo R, Palma Milla S, Matía Martín P, Loria-Kohen V, Martínez Olmos MÁ, Mories Álvarez MT, et al. [Aconsensus report by the Working Group on Eating Disorders of Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (GTTCA-SENPE). Evaluation, medical and nutritional management of anorexia nervosa. Update 2023]. Nutr Hosp. 2024;41(Spec No1):1-60. Spanish.

Milembamane M, Moussa NM, Twynstra J, Seabrook JA. Maternal eating disorders and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis. Can J Diet Pract Res. 2024;85(1):45-53.

Baer RJ, Bandoli G, Jelliffe-Pawlowski LL, Rhee KE, Chambers CD. Adverse live-born pregnancy outcomes among pregnant people with anorexia nervosa. Am J Obstet Gynecol. 2024;231(2):248.e1-248.e14.

Como citar

Grossi FS. Transtornos alimentares - anorexia, bulemia, compulsão [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 109. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

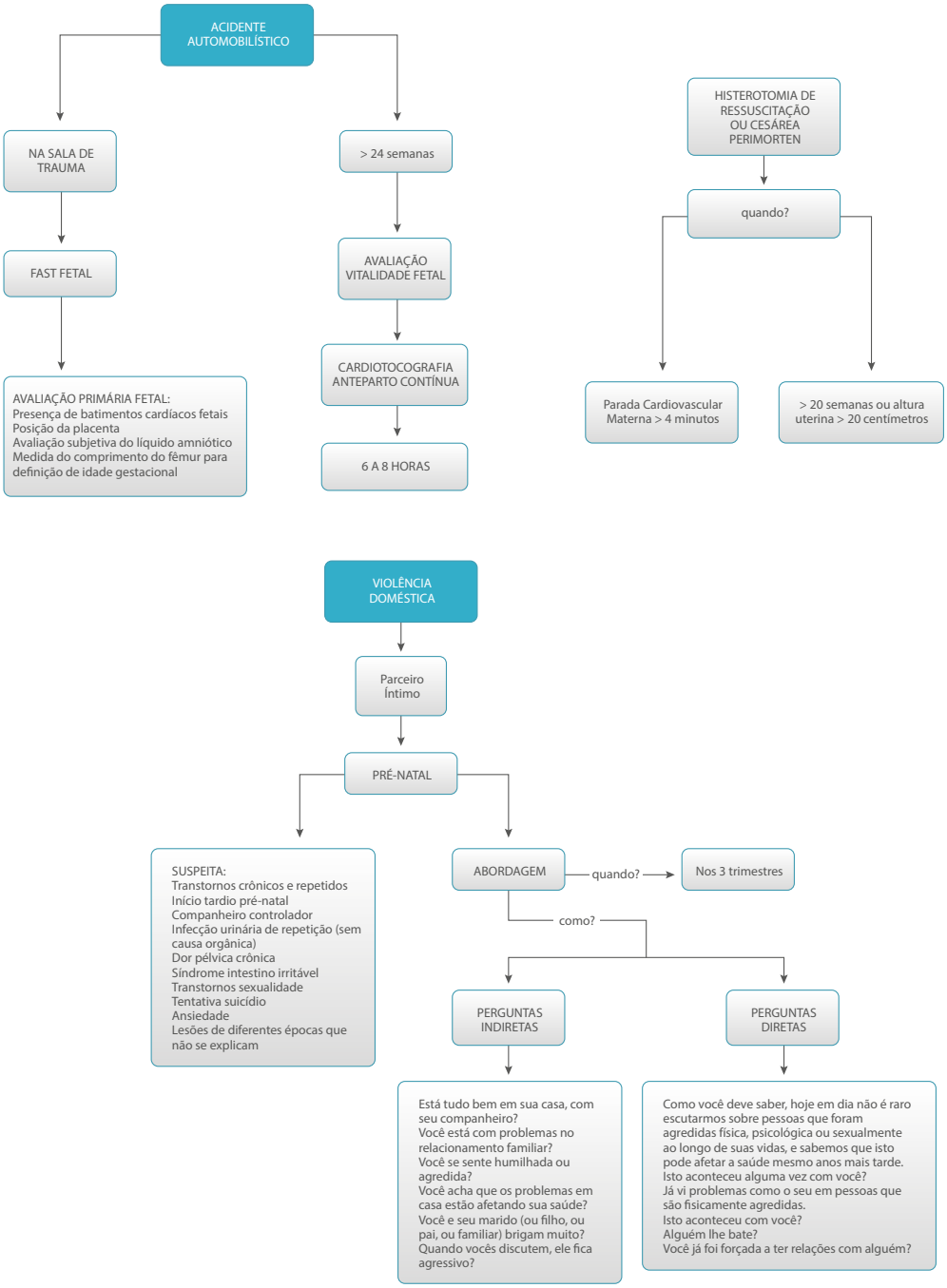
Battaloglu E, Porter K. Management of pregnancy and obstetric complications in prehospi-tal trauma care: faculty of prehospital care consensus guidelines. Emerg Med J. 2017;34(5):318-25.

Hill CC, Pickinpaugh J. Trauma and surgical emergencies in the obstetric patient. Surg Clin North Am. 2008;88(2):421-40, viii.

Tibbott J, Di Carlofelice M, Menon R, Ciantar E.Trauma and pregnancy. Obstet Gynaecol. 2021; 23(4):258-64.

Como citar

Maganha CA. Trauma na gestação - abordagem do obstetra [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 110. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].



Referências bibliográficas

Battaloglu E, Porter K. Management of pregnancy and obstetric complications in prehospital trauma care: faculty of prehospital care consensus guidelines. Emerg Med J. 2017;34(5):318-25.

São Paulo. Secretaria da Saúde. Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais. São Paulo: Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde (CODEPPS); 2007.

Hill CC, Pickinpaugh J. Trauma and surgical emergencies in the obstetric patient. Surg Clin North Am. 2008;88(2):421-40, viii.

Tibbott J, Di Carlofelice M, Menon R, Ciantar E.Trauma and pregnancy. Obstet Gynaecol. 2021; 23(4):258-64.

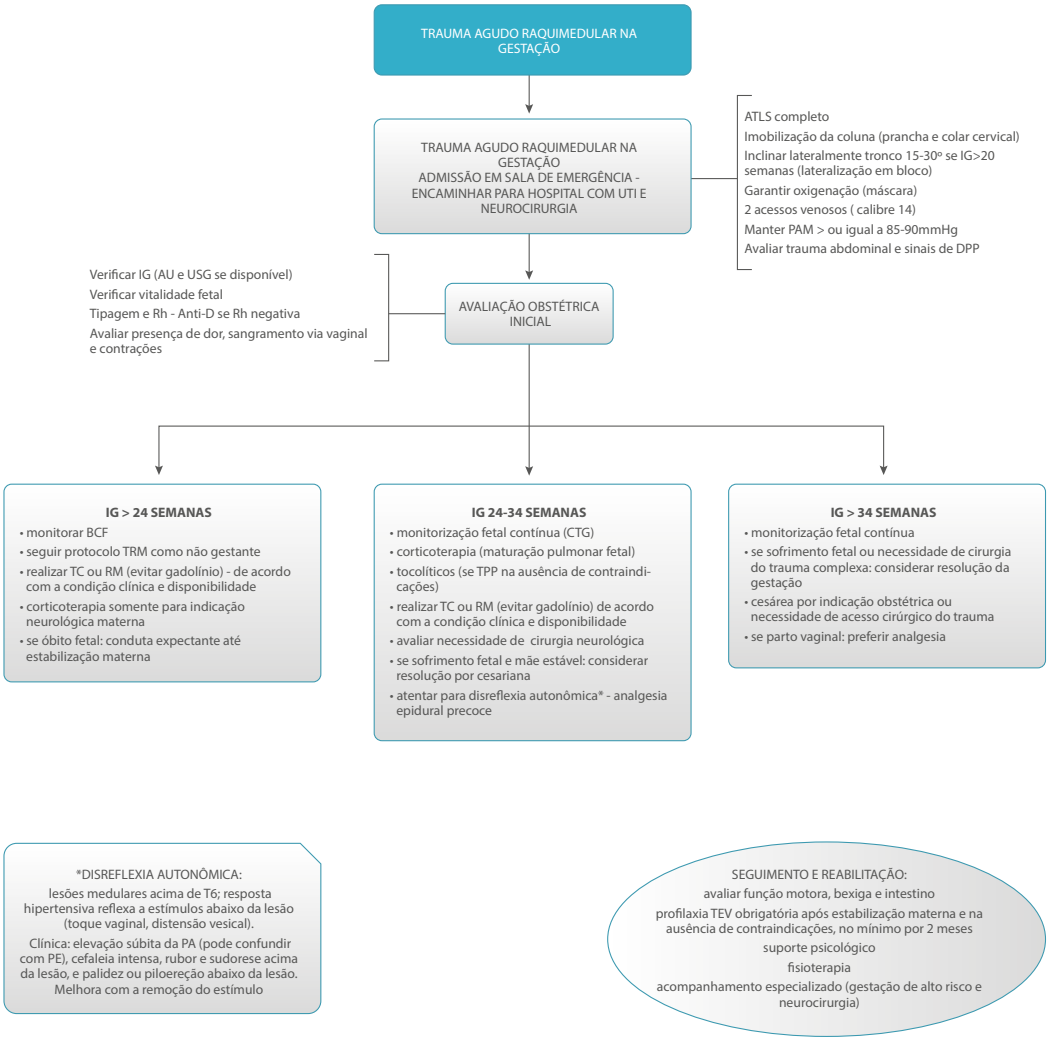
Jain V, Chari R, Maslovitz S, Farine D; Maternal Fetal Medicine Committee; Bujold E, Gagnon R, Basso M, Bos H, Brown R, Cooper S, Gouin K, McLeod NL, Menticoglou S, Mundle W, Pylypjuk C, Roggensack A, Sanderson F. Guidelines for the Management of a Pregnant Trauma Patient. J Obstet Gynaecol Can. 2015 ;37(6):553-74.

Como citar

Maganha CA. Trauma na gestação - referenciamento [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 111. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

TRAUMA RAQUIMEDULAR (TRM) AGUDO NA GESTAÇÃO

FERNANDA SANTOS GROSSI



Referências bibliográficas

Robertson K, Ashworth F. Spinal cord injury and pregnancy. Obstet Med. 2022;15(2):99-103.

Obstetric Management of Patients with Spinal Cord Injuries: ACOG Committee Opinion Summary, Number 808. Obstet Gynecol. 2020;135(5):1247-9.

Appelbaum RD, Yorkgitis B, Rosen J, Butts CA, To J, Knight AW, et al. Trauma in pregnancy: A systematic review, meta-analysis, and practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. J Trauma Acute Care Surg. 2025;99(2):298-309.

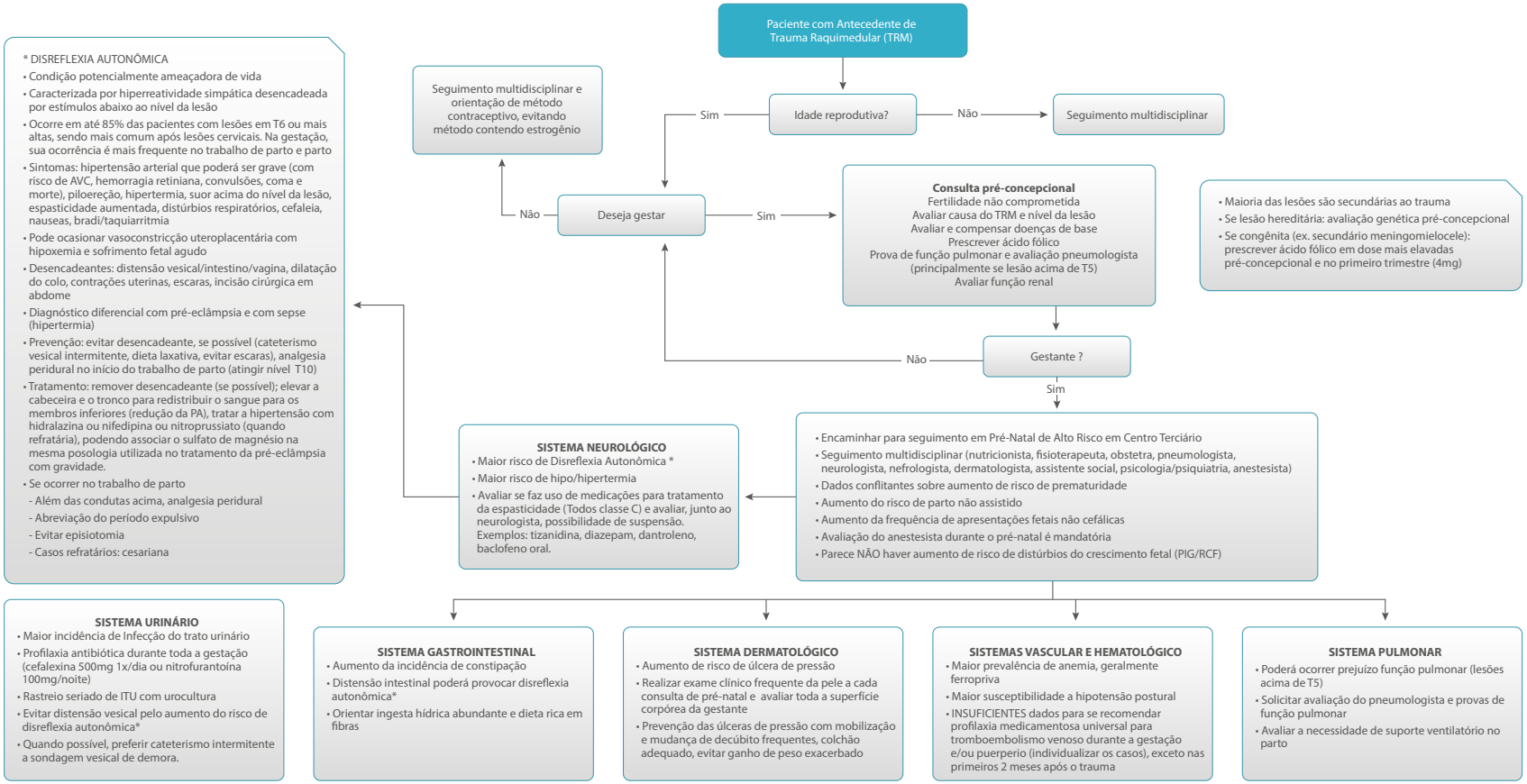
MacDermott R, Berger FH, Phillips A, Robins JA, O'Keeffe ME, Mughli RA, et al. Initial imaging of pregnant patients in the trauma bay-discussion and review of presentations at a Level-1 Trauma Centre. Diagnostics (Basel). 2024;14(3):276.

Como citar

Grossi FS. Trauma raquimedular (TRM) agudo na gestação [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 112. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

TRAUMA RAQUIMEDULAR PRÉVIO

ELTON CARLOS FERREIRA



Referências bibliográficas

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion: Number 275, September 2002. Obstetric management of patients with spinal cord injuries. Obstet Gynecol. 2002;100(3):625-7.

Wendel MP, Whittington JR, Pagan ME, Whitcombe DD, Pates JA, McCarthy RE, et al. Preconception, antepartum, and peripartum care for the woman with a spinal cord injury: a review of the literature. Obstet Gynecol Surv. 2021;76(3):159–65.

Robertson K, Ashworth F. Spinal cord injury and pregnancy. Obstet Med. 2022;15(2):99–103.

McLain AB, Zhang L, Troncale J, Chen YY, Kalpakjan C. Pregnancy, labor, and delivery outcomes of women with and without spinal cord injury. J Spinal Cord Med. 2023;46(3):405–13.

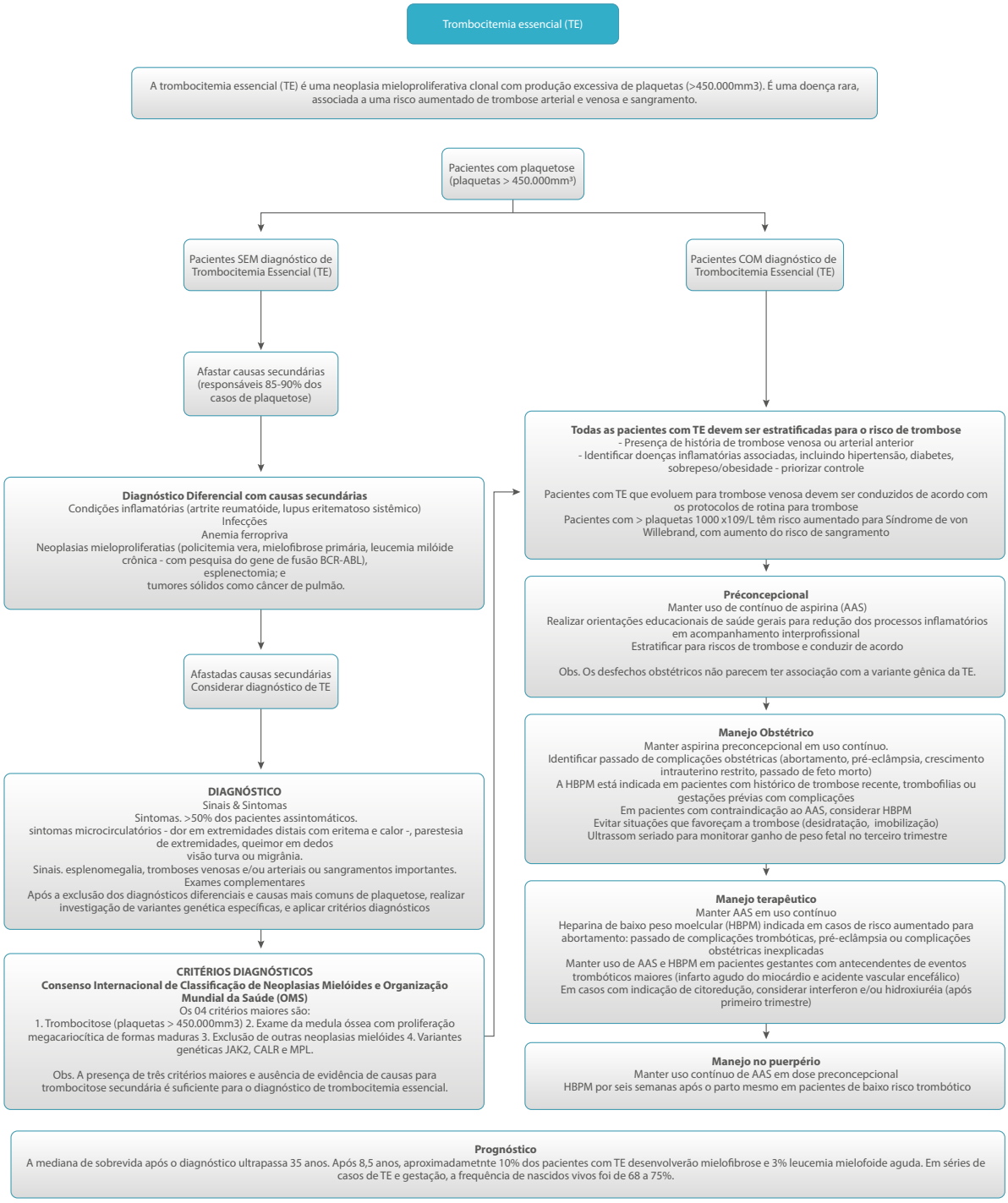
Pereira L. Obstetric management of the patient with spinal cord injury. Obstet Gynecol Surv. 2003;58(10):678–87.

Robertson K, Dawood R, Ashworth F. Vaginal delivery is safely achieved in pregnancies complicated by spinal cord injury: a retrospective 25-year observational study of pregnancy outcomes in a national spinal injuries centre. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):56.

Como citar

Ferreira EC. Trauma raquimedular prévio [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 113. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

BRENA CARVALHO PINTO DE MELO



Abreviações: JAK2 – Janus kinase 2 gene; CALR – calreticulin gene; MPL – myeloproliferative leukemia virus gene; BCR-ABL - breakpoint cluster region Abelson Tyrosine kinase fusion gene

Referências bibliográficas

Burbury K, Panigrahi A. Esssential thrombocythaemia and pregnancy-A need for prospective study and a consensus on its management. Leuk Res. 202;102:106500.

Kwiatkowski J, Kuliszkiewicz-Janus M, Potoczek S, Jaźwiec B, Wróbel T, Małecki R. What factors determine the pregnancy outcome in patients with essential thrombocythemia? J Matern Fetal Neonatal Med. 2022;35(24):4734–8.

Nascimento AC, Santos FP, Clementino NC, Nonino A, Mello MC, Fogliatto LM, et al. Trombocitemia essencial: terapêutica. São Paulo: Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular –ABHH; 2018.

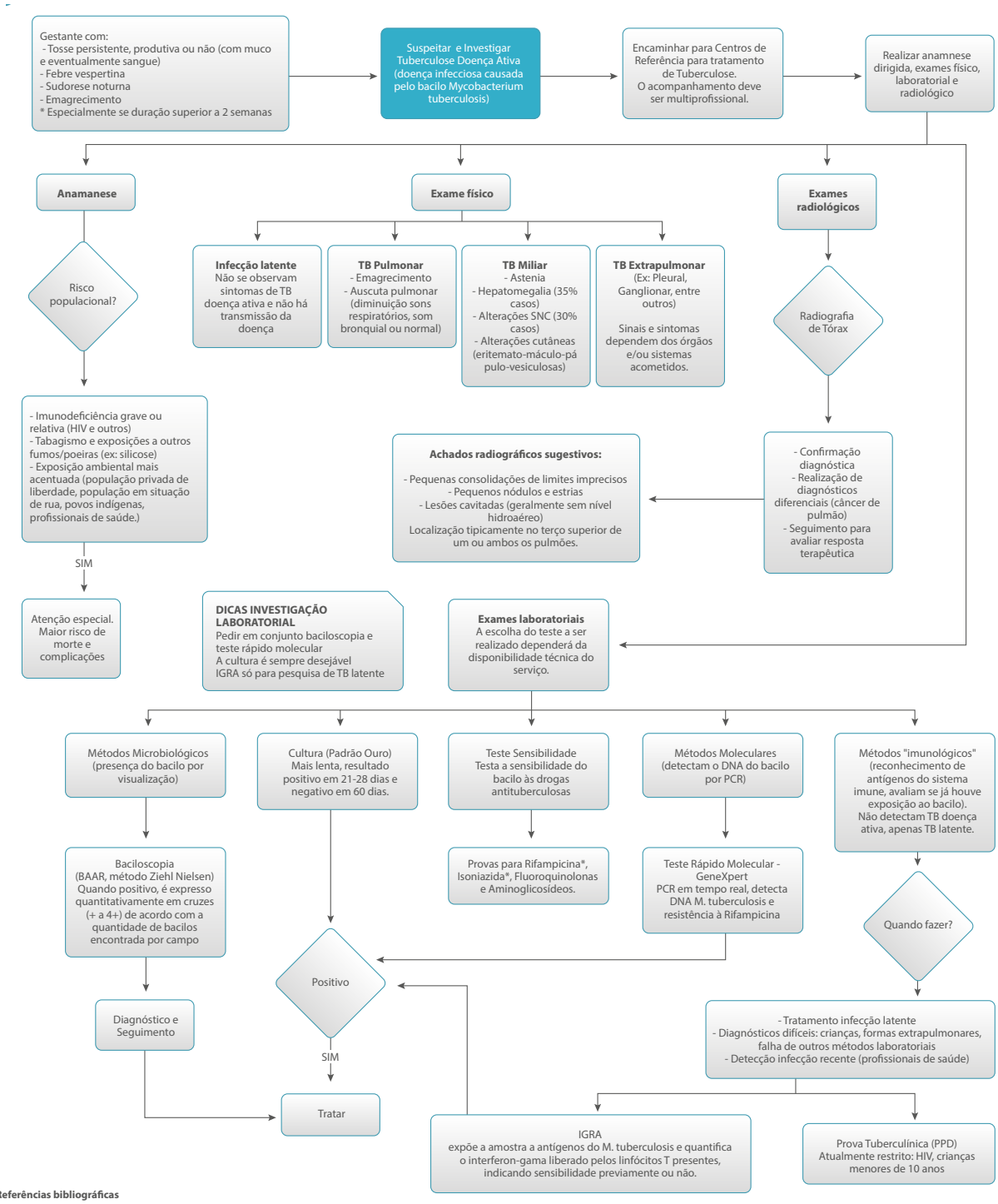
Robinson S, Ragheb M, Harrison C. How I treat myeloproliferative neoplasms in pregnancy. Blood. 2024;143(9):777–85.

Tefferi A, Gangat N, Loscocco GG, Guglielmelli P, Szuber N, Pardanani A, et al. Essential thrombocythemia: a review. JAMA. 2025;333(8):701–14.

Como citar

Melo BC. Trombocitemia essencial na gestação [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 114. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

INESSA BERALDO DE ANDRADE BONOMI



Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019. 364 p.

Management of drug-resistant tuberculosis in pregnant and peripartum people: a field guide. Boston (USA): The Sentinel Project for Pediatric Drug-Resistant Tuberculosis; 2022.

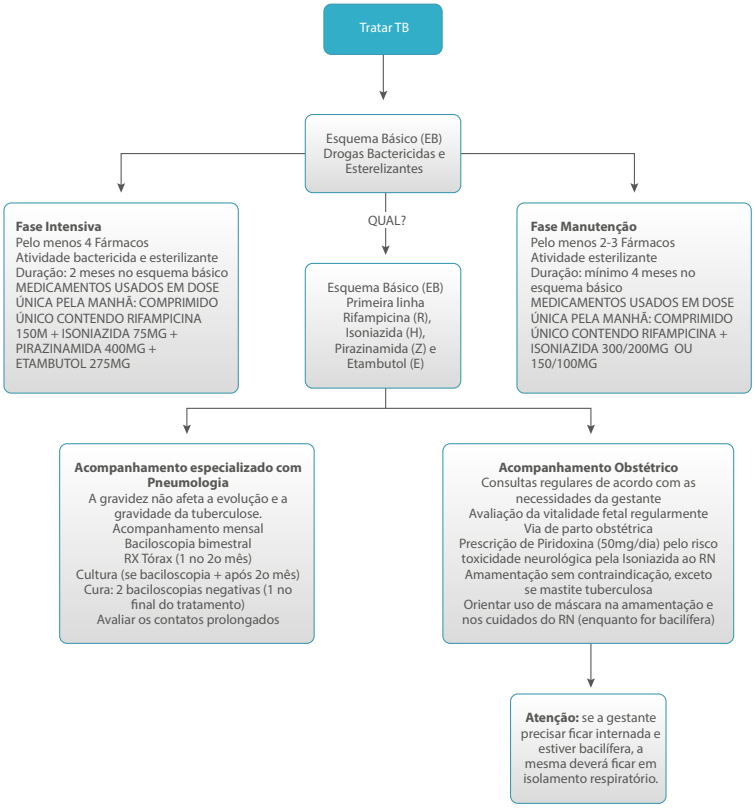
World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2022. Geneva: WHO; 2022.

Bonomi IB, Cordeiro-Junior G, Rioga GM, Cruz GM. Afecções respiratórias: asma, rinite alérgica e tuberculose. In: Silva CH, Osanan GC, Bonomi IB, editores. Manual SOGIMIG de gravidez e puerpério de alto risco. Edição padrão. Belo Horizonte: SOGIMIG; 2021.

Como citar

Bonomi IB. Tuberculose – diagnóstico [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 115. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

INESSA BERALDO DE ANDRADE BONOMI



Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019. 364 p.

Management of drug-resistant tuberculosis in pregnant and peripartum people: a field guide. Boston (USA): The Sentinel Project for Pediatric Drug-Resistant Tuberculosis; 2022.

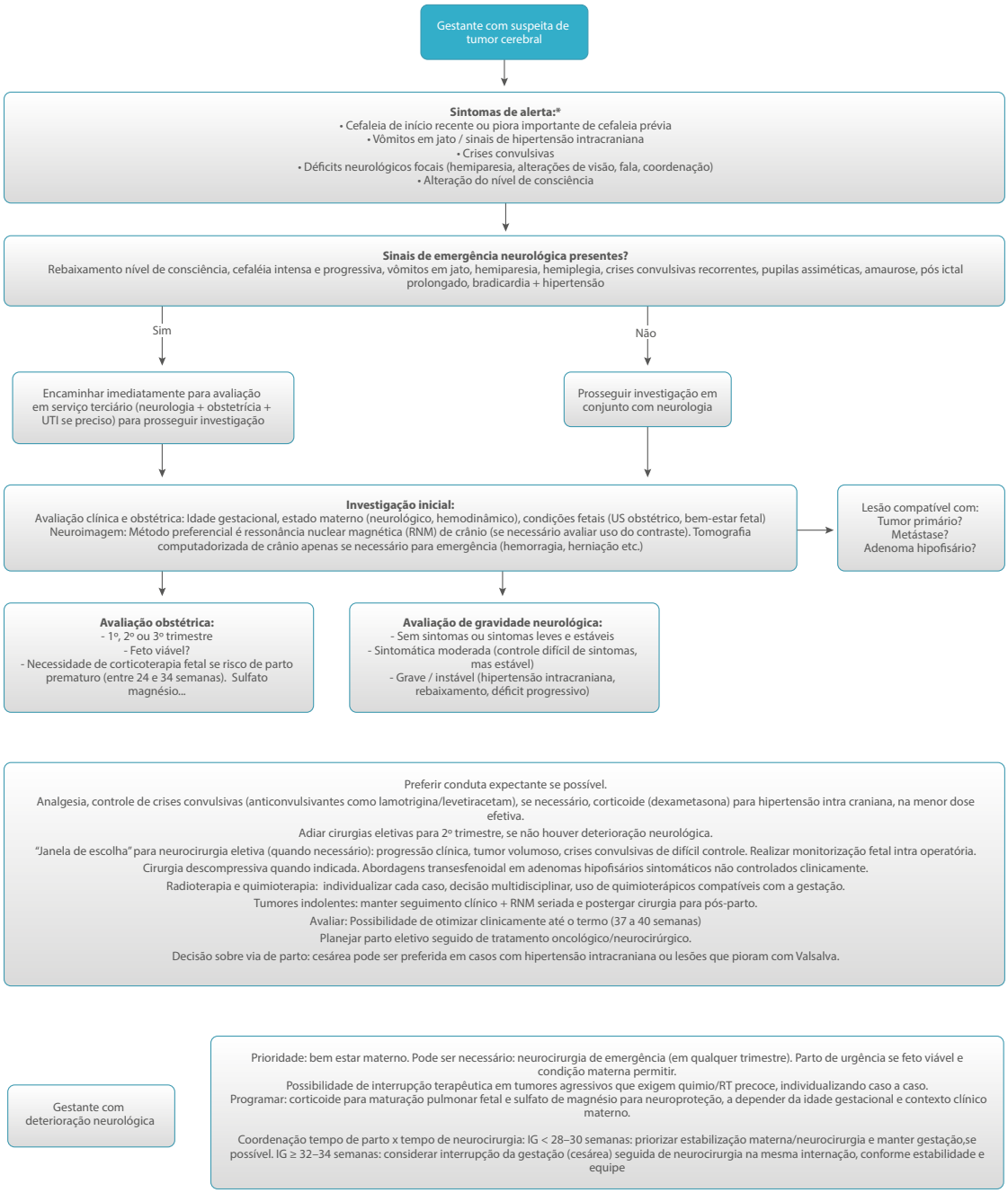
World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2022. Geneva: WHO; 2022.

Bonomi IB, Cordeiro-Junior G, Rioga GM, Cruz GM. Afecções respiratórias: asma, rinite alérgica e tuberculose. In: Silva CH, Osanan GC, Bonomi IB, editores. Manual SOGIMIG de gravidez e puerpério de alto risco. Edição padrão. Belo Horizonte: SOGIMIG; 2021.

Como citar

Bonomi IB. Tuberculose – tratamento [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 116. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

CAROLINA CARVALHO MOCARZEL



Referências bibliográficas

Molina-Botello D, Rodríguez-Sanchez JR, Cuevas-García J, Cárdenas-Almaraz BV, Morales-Acevedo A, Mejía-Pérez SI, et al. Pregnancy and brain tumors; a systematic review of the literature. J Clin Neurosci. 2021;86:211–6.

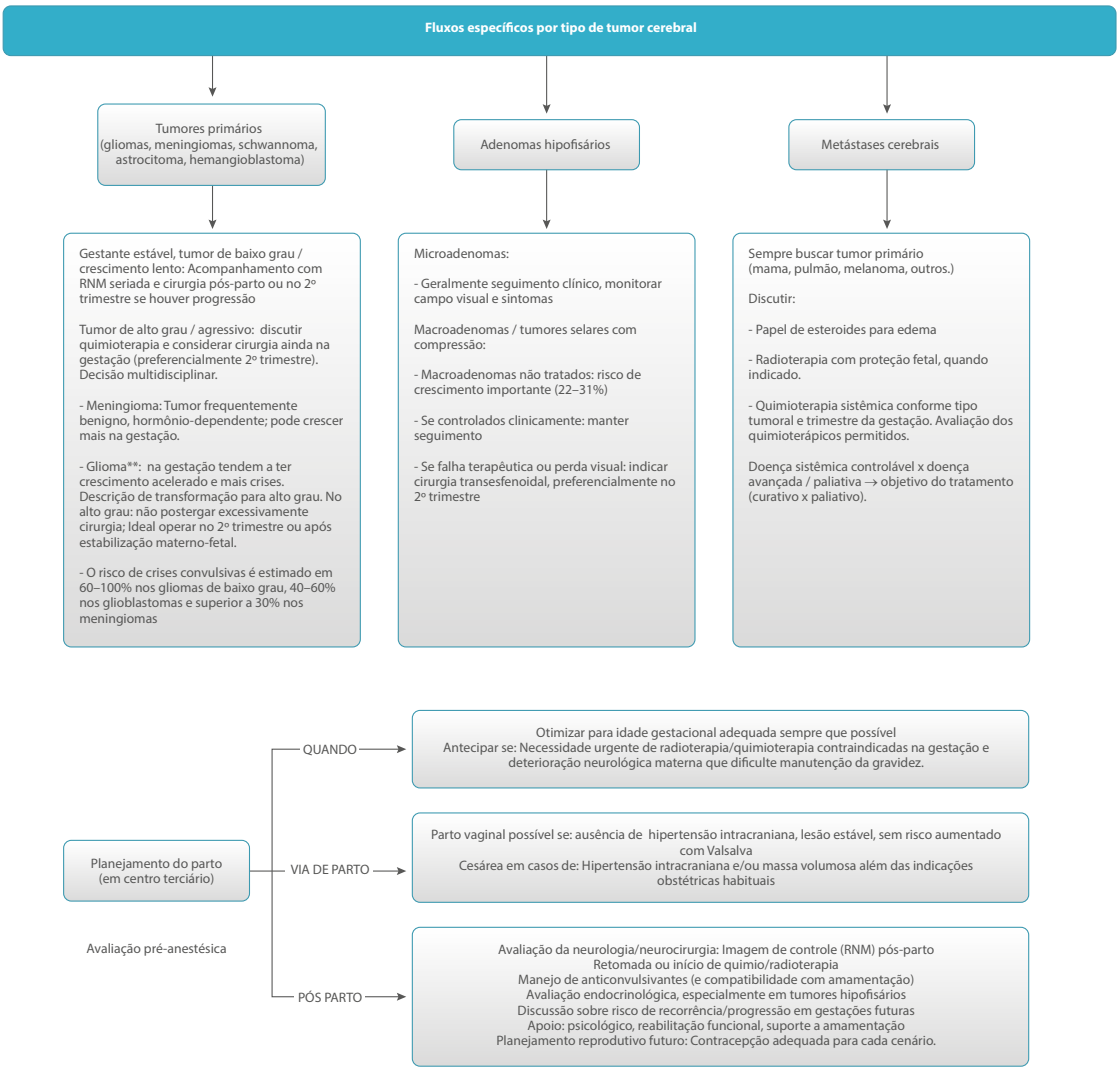
Somma T, Bove I, Vitulli F, Cappabianca P, Pessina F, Alviggi C, et al.; Neuro-Oncology committee of the SINch (Società Italiana di Neurochirurgia). Management and treatment of brain tumors during pregnancy: an Italian survey. J Neurooncol. 2023;161(1):13–22.

Karbhari N, Thomas AA. Clinical management of brain tumors in pregnancy. Curr Opin Oncol. 2022;34(6):691–7.

Como citar

Mocarzel CC. Tumores cerebrais e gravidez – parte 1 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 117. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

CAROLINA CARVALHO MOCARZEL



* A apresentação clínica dos tumores cerebrais durante a gestação é semelhante à observada na população geral. Os sintomas decorrem principalmente de aumento da pressão intracraniana e efeito de massa, ou de invasão direta ou compressão de estruturas cerebrais adjacentes.

** Glioma é um termo amplo que engloba vários tumores gliais, com graus de agressividade que vão do indolente ao altamente maligno. Já o glioblastoma é um tipo específico de glioma — o astrocitoma grau IV — e representa a forma mais agressiva, de crescimento rápido e pior prognóstico.

Referências bibliográficas

Molina-Botello D, Rodríguez-Sanchez JR, Cuevas-García J, Cárdenas-Almaraz BV, Morales-Acevedo A, Mejía-Pérez SI, et al. Pregnancy and brain tumors; a systematic review of the literature. J Clin Neurosci. 2021;86:211–6.

Somma T, Bove I, Vitulli F, Cappabianca P, Pessina F, Alviggi C, et al.; Neuro-Oncology committee of the SINch (Società Italiana di Neurochirurgia). Management and treatment of brain tumors during pregnancy: an Italian survey. J Neurooncol. 2023;161(1):13–22.

Karbhari N, Thomas AA. Clinical management of brain tumors in pregnancy. Curr Opin Oncol. 2022;34(6):691–7.

Como citar

Mocarzel CC. Tumores cerebrais e gravidez – parte 2 [flowchart]. In: Gestação de alto risco. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2026. p. 118. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

Índice remissivo

ALBERTO CARLOS MORENO ZACONETA 7, 8, 9, 59, 60, 83, 84
ALESSANDRA CRISTINA MARCOLIN 98, 99, 100
ANA CRISTINA PEREZ ZAMARIAN 21, 90
ARLLEY CLEVERSON BELO DA SILVA 23, 41
BRENA CARVALHO PINTO DE MELO 62, 114
CARLOS ALBERTO MAGANHA 5, 6, 33, 34, 66, 67, 68, 72, 82, 105, 106, 107, 110, 111
CAROLINA CARVALHO MOCARZEL 58, 103, 104, 117, 118
ELTON CARLOS FERREIRA 1, 2, 58, 63, 98, 99, 100, 113
EMILCY REBOUÇAS GONÇALVES 11, 76, 77
FELIPE FAVORETTE CAMPANHARO 21, 40
FERNANDA SANTOS GROSSI 22, 39, 109, 112
GERALDO DUARTE 96, 97
INESSA BERALDO DE ANDRADE BONOMI 11, 12, 13, 24, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 45, 46, 47, 48, 49, 115, 116
JANETE VETTORAZZI 43, 57, 79, 85, 95
LENITA ZAJDENVERG 30, 31, 32
MARIA RITA DE FIGUEIREDO LEMOS BORTOLOTTO 14, 20, 53
MYLENE MARTINS LAVADO 10, 19, 29, 42, 50, 108
REGIS KREITCHMANN 96, 97
RENATO TEIXEIRA SOUZA 15, 16, 54, 55, 56, 73, 86, 98, 99, 100
RONE PETERSON CERQUEIRA OLIVEIRA 78, 96, 97
ROSIANE MATTAR 3, 4, 17, 18, 37, 38, 44, 74, 75, 87
SARA TOASSA GOMES SOLHA 23, 30, 31, 32, 35, 36, 51, 52, 64, 65, 69, 70, 71, 76, 77, 80, 81, 88, 89
VENINA ISABEL POÇO VIANA LEME DE BARROS 103, 104
VERA THEREZINHA MEDEIROS BORGES 61, 98, 99, 100, 101, 102
WILLIAM SCHNEIDER DA CRUZ KRETTLI 91, 92, 93, 94

www.febrasgo.org.br