



**Artigo**

**SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE E GRAVIDEZ: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**ANTIPOSPHOLIPID SYNDROME AND PREGNANCY: AN INTEGRATIVE REVIEW**

Dígina Sarah da Silva Carvalho Pires de Sá<sup>1</sup>  
Ocilma Barros de Quental<sup>2</sup>  
Macerlane de Lira Silva<sup>3</sup>  
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa<sup>4</sup>  
Marcos Alexandre Casimiro de Oliveira<sup>5</sup>

**RESUMO** - A Síndrome Antifosfolípide (SAF) é uma condição autoimune que se manifesta com morbidade gestacional e trombozes. A doença tromboembólica venosa e

<sup>1</sup> Graduanda em Medicina pela Faculdade Santa Maria – FSM, Cajazeiras – PB;

<sup>2</sup> Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria - FSM, Especialista em Programa de Saúde da Família - FIP, Especialista em Preceptoría no SUS - Hospital Sírio Libanês, Especialista em Processos Educacionais na Saúde - Hospital Sírio Libanês, Especialista em Docência do Ensino Superior - FSM, Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC, Docente da Faculdade Santa Maria – FSM;

<sup>3</sup> Docente-Faculdade Santa Maria. Enfermeiro-Faculdade Santa Maria. Especialista em Gestão do cuidado com ênfase no apoio matricial-Universidade Federal da Paraíba. Especialista em preceptoría no SUS - Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sírio Libanês. Mestre em Saúde Coletiva-Universidade Católica de Santos;

<sup>4</sup> Graduada em Enfermagem - FAZER, Licenciada em Enfermagem - UFPB, Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde - FACISA, Mestre em enfermagem - UFPB, Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC - FMABC, Docente da Faculdade Santa Maria;

<sup>5</sup> Graduado em Odontologia - UFPB, Especialista em Ortodontia – Centro Odontológico de Estudos e Pesquisa- COESP, Especialista em Docência do Ensino Superior – Faculdade Santa Maria - FSM, Especialista em Periodontia - Centro Odontológico de Estudos e Pesquisa- COESP, Mestre em Ciências Odontológicas – UFPB, Docente do curso de Odontologia e Medicina da Faculdade Santa Maria - FSM.





**Artigo**

as complicações obstétricas resultantes do tromboembolismo placentário são as principais causas de morbimortalidade materna. O trabalho objetiva compreender a SAF durante o período gestacional, descrever a sua fisiopatologia na gestação, relacioná-la à ocorrência de complicações e definir o manejo clínico adequado. Trata-se de uma revisão integrativa com a questão norteadora: Como se relacionam a SAF e a gestação? Realizou-se a pesquisa no período de agosto de 2018 a maio de 2020. O corpus foi baseado em consultas a bases de dados on-line. A amostra de sete artigos foi selecionada a partir dos critérios de inclusão: artigos com o assunto principal, disponíveis e completos nos idiomas português e inglês, e publicados entre 2010 e 2019. A associação entre a SAF e desfechos gestacionais adversos é bem estabelecida na literatura e resulta em alterações como: restrição do crescimento fetal intrauterino e oligohidrânio. A SAF está associada a maiores riscos para hipertensão gestacional, abortamento e parto pré-termo. Preconiza-se o tratamento da gestante, de forma geral, com aspirina em doses baixas e heparina de baixo peso molecular visando a melhorar o resultado gestacional, apesar de que, evidentemente, nem todas as morbidades decorrentes da síndrome podem ser efetivamente reduzidas. A gestação relacionada à SAF deve incluir acompanhamento pré-natal adequado e tratamento multidisciplinar em serviço especializado. O manejo adequado deve contemplar rigoroso controle clínico e laboratorial além de monitoramento ecográfico fetal.

**Palavras-Chave:** Gestação; Síndrome Antifosfolípide; Trombofilia.

**ABSTRACT** - The Antiphospholipid Syndrome (APS) is an autoimmune condition that manifests with gestational morbidity and thrombosis. The venous thromboembolic disease and the obstetric complications resulting from placental thromboembolism are the main causes of maternal morbidity. This study aims to understand the APS during the gestational period, describe its physiopathology in pregnancy, then relate it to the occurrence of complications, and define the appropriate clinical management. This is an integrative review with the guiding question: how does Antiphospholipid Syndrome relate to Pregnancy? The study was carried out in the period between August 2018 and May 2020. The corpus was based on searches on online databases. The sample of seven articles was selected from the inclusion criteria: articles with the main subject, available





**Artigo**

and complete in Portuguese and English; and published between 2010 and 2019. The association between APS and adverse pregnancy outcomes is well established in the literature and results in changes such as: restricted intrauterine fetal growth and oligohydramnios. The APS is associated with a greater risk for gestational hypertension, abortion and preterm delivery. The recommended treatment of pregnant women, in a general way, is aspirin in low doses and low molecular weight heparin, aiming to improve the outcome of pregnancy, however, not all syndrome-related morbidities can be effectively reduced. Pregnancy associated with APS should include adequate prenatal and multidisciplinary treatment in specialized service. The appropriate management should include rigorous clinical and laboratorial control in addition to the fetal ultrasound monitoring.

**Keywords:** Antiphospholipid Syndrome; Pregnancy; Thrombophilia.

## INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico e peculiar na vida da mulher, cuja evolução, de forma geral, transcorre sem complicações. Todavia, anualmente, constata-se centenas de milhares de mortes decorrentes de intercorrências durante o ciclo gravídico-puerperal. Condições socioeconômicas desfavoráveis, gravidez durante a adolescência ou após os 35 anos e a presença de doenças de base preexistentes são fatores que contribuem com maior probabilidade de agravos, intercorrências graves e desfechos desfavoráveis, corroborando a prevalência de morbimortalidade materna e fetal (VARELA, 2017).

A doença tromboembólica venosa e as complicações obstétricas resultantes do tromboembolismo placentário constituem as principais causas de mortalidade e morbidade materna. O estado gravídico é, por si só, um fator de risco independente para o desenvolvimento de tromboembolismos, que chega a ser de 5 a 6 vezes maior que em mulheres não grávidas (0,6 a 1,3 episódios por 1000 partos), sendo a trombose venosa profunda a afecção trombótica mais frequente durante a gestação, correspondendo a 75% dos casos. Existem outros fatores que agem sinergicamente e elevam a probabilidade de trombose no ciclo gravídico-puerperal: idade materna, obesidade, multiparidade, parto por cesariana, imobilização prolongada, antecedentes de trombose venosa e a existência de





**Artigo**

trombofilia, sendo que, em até 50% das gestantes com complicações por trombooses, é identificada uma trombofilia (FONSECA, 2012).

As trombofilias representam um grupo heterogêneo de patologias com relevante importância clínica. Trombofilias afetam aproximadamente 15% da população caucasiana e são desordens hemostáticas que definem estados de hipercoagulabilidade, com tendência à elevação de processos tromboembólicos arteriais ou venosos. Podem ser classificadas em hereditárias (deficiência de proteína C, S e antitrombina; mutação do fator V de Leiden – FVL; e mutação do gene da protrombina) ou adquiridas, cuja principal representante é a síndrome antifosfolípide (FIGUEIRÓ FILHO et al., 2012).

Dentre as trombofilias adquiridas, destaca-se a Síndrome Antifosfolípide (SAF), uma condição sistêmica autoimune que se manifesta com morbidade gestacional, trombooses venosas e arteriais recorrentes e trombocitopenia, associada laboratorialmente à elevação dos níveis plasmáticos de anticorpos antifosfolípidos (PINHEIRO et al., 2019).

De etiologia pouco esclarecida, a SAF ocorre estatisticamente em 1 a 5% na população geral saudável e aumenta progressivamente sua incidência de acordo com a idade e a presença de comorbidades, como, por exemplo, o Lúpus Eritematoso Sistêmico, cuja prevalência concomitante chega a 30% dos casos. Embora não tenha predominância por raças, acomete mais o sexo feminino, nas suas formas primária ou secundária. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos e laboratoriais. O tratamento é individualizado, principalmente em se tratando de gestantes, cujas repercussões clínicas são, de maneira geral, graves (PINHEIRO et al., 2019).

O presente artigo faz-se pertinente no que concerne à importância de se conhecer de forma mais profunda a SAF, excepcionalmente durante o período gestacional, tendo em vista sua prevalência e alta morbimortalidade materna e fetal decorrente de complicações clínicas.

De tal modo, importante considerar que as perdas maternas e fetais não devem ser encaradas com naturalidade. A essência da obstetrícia é promover um processo gestacional saudável, minimizando-se os riscos inerentes à gestação quando possível. Evidentemente, um diagnóstico precoce para se instituir um tratamento adequado é determinante para o sucesso de uma gestação com tal morbidade.

Promover discussão e pesquisa acerca de uma patologia tão importante e prevalente durante o ciclo gravídico-puerperal, e ainda frequentemente subdiagnosticada, é um compromisso com saúde da gestante em vários âmbitos, especialmente na prevenção





**Artigo**

de agravos, firmado através de um olhar humanizado e com adequado embasamento teórico.

O objetivo do presente artigo envolve a compreensão da SAF durante o período gestacional, além de descrever a sua fisiopatologia durante a gestação, relacionar a sua ocorrência com possíveis complicações e definir o manejo clínico adequado.

**METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa, que é uma parte vital do processo de investigação científica, sendo uma análise bibliográfica pormenorizada. Aquela que envolve localizar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação prévia relacionada com a sua área de estudo tendo como referência os trabalhos já publicados sobre o tema (BENTO, 2012). Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Esta revisão integrativa teve como questão norteadora: como se relacionam a SAF e a gestação? Realizou-se a pesquisa no período de agosto de 2018 a maio de 2020. O corpus da pesquisa foi baseado em consultas a bases de dados on-line, sendo utilizados estudos indexados nas bases de dados online: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), BVS (Biblioteca Nacional em Saúde), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*).

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Síndrome Antifosfolípide – Gestação – Trombofilias; fazendo associações entre os termos: Síndrome Antifosfolípide e Gestação. A amostra foi selecionada a partir dos seguintes critérios de inclusão: artigos com assunto principal: SAF e gestação, artigos disponíveis e completos nos idiomas português e inglês, e publicados no período de 2010 a 2019. Os critérios de exclusão: artigos que não contemplem a temática após a leitura dos seus respectivos resumos; artigos cuja publicação anteceda o ano de 2010; teses e monografias; publicações que se repitam nas bases de dados e artigos que não se apliquem à área de



# Temas em Saúde

Edição especial



ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2020

## Artigo

estudo proposta. Após a seleção, sete artigos foram selecionados para compor o corpus da pesquisa.



SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE E GRAVIDEZ: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: [10.29327/216797.1.1-15](https://doi.org/10.29327/216797.1.1-15)

Páginas 289 a 306

**Artigo**

**RESULTADOS**

**Quadro 1:** estudos selecionados para o corpus da pesquisa.

<b>AUTOR / ANO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>BASE DE DADOS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>RESULTADOS</b>
LIU; SUN, 2019.	<i>Pregnancy outcomes in patients with primary antiphospholipid syndrome: a systematic review and meta-analysis</i>	MEDLINE.	Comparar sistematicamente os resultados maternos e fetais da gravidez em pacientes com SAF.	A SAF está relacionada a inúmeras morbidades materno-fetais: hipertensão gestacional, abortamento, perda fetal, parto prematuro, restrição do crescimento intrauterino e prematuridade. As taxas de complicações graves são altas bem como a mortalidade materno-fetal em gestantes com SAF.
FUNKE <i>et al.</i> , 2017.	A importância de reconhecer a síndrome antifosfolípide na medicina vascular.	SCIELO.	Discutir a importância da SAF na medicina vascular, bem como o tratamento de acordo com a presença e o tipo de manifestações clínicas, o uso de anticoagulantes orais diretos e o manejo perioperatório de	O tratamento da SAF obstétrica é multidisciplinar, incluindo o tratamento anticoagulante com heparina e medidas de apoio por equipe multidisciplinar, bem como um rigoroso controle clínico e laboratorial.





**Artigo**

			pacientes com a síndrome.	
SANTOS; JESÚS; JESÚS, 2015.	Acompanha- mento da síndrome antifosfolípide (SAF) obstétrica.	MEDLINE	Discutir acerca do acompanhamento da síndrome antifosfolípide obstétrica, complicações gestacionais, bem como revisar como os medicamentos interferem no mecanismo patogênico da síndrome e discutir o impacto do tratamento atual recomendado na morbidade gestacional.	Os anticorpos antifosfolípides são capazes de promover alterações que influenciam diretamente o processo de placentação. A gravidez na paciente com SAF é considerada de alto risco, devendo ser instituído tratamento adequado. Preconiza-se o uso de aspirina em baixas doses associadas à heparina de baixo peso molecular. Pacientes com afecções clínicas graves devem ser desencorajadas a engravidar. O acompanhamento da gestante com SAF deve incluir ultrassonografia e Doppler da artéria umbilical.
SILVA; RIBEIRO, 2015.	Lúpus eritematoso sistêmico e gravidez: uma revisão de literatura.	LILACS	Revisar as evidências disponíveis na literatura acerca das situações clínicas e complicações que	Existe uma relação do Lúpus Eritematoso Sistêmico e a SAF, sendo que quase metade dos pacientes com Lúpus apresentam





**Artigo**

			podem ocorrer durante o período gestacional de pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico, como a SAF, a Nefrite Lúpica e o Lúpus Neonatal, a correlação do Lúpus eritematoso e a gravidez, além do uso de medicações no período da gestação.	positividade para os anticorpos antifosfolípides. Os anticorpos anticoagulante lúpico e anticardiolipina quando presentes concomitantemente, são especialmente um fator de mal prognóstico. O tratamento da SAF obstétrica pode ser complementado com o uso de vitamina D profilática e o uso de antagonistas da vitamina K pode ser retomado após o parto.
BARROS <i>et al.</i> 2014.	Resultados gestacionais e trombofilias em mulheres com história de óbito fetal de repetição.	SCIELO	Descrever desfechos obstétricos e frequência de trombofilias em gestantes com óbito fetal de repetição após a 20ª semana de gravidez.	Os anticorpos antifosfolípides são capazes de causar alterações diretas sobre as células trofoblásticas e promover trombozes no leito placentário. Essas alterações levam a repercussões graves para o feto que podem ser constatadas através de exames como a dopplervelocimetria fetal.





**Artigo**

DANOWS KI <i>et al.</i> , 2013.	Diretrizes para o tratamento da síndrome do anticorpo antifosfolípideo.	SCIELO.	<p>Criar uma diretriz que inclua as questões mais relevantes e controversas no tratamento da síndrome antifosfolípide, com base na melhor evidência científica disponível.</p>	<p>A SAF é uma patologia autoimune relacionada a ocorrência de trombozes arteriais e venosas e morbidade gestacional, associadas à presença no plasma dos anticorpos antifosfolípidos. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos e laboratoriais. O tratamento é realizado com aspirina em baixas doses e heparina. Em gestantes sem a presença dos anticorpos, não é recomendado o tratamento. Devem receber tratamento pacientes com a presença dos anticorpos que tenham trombozes prévias ou morbidades gestacionais. Não há estudos consistentes sobre o uso de anticoagulação oral nesse grupo, por isso não são recomendados.</p>
SANCHE S <i>et al.</i> , 2010	Abordagem laboratorial das síndromes	LILACS.	Discutir acerca da síndrome do aborto recorrente	A SAF foi descrita originalmente em pacientes com Lúpus





**Artigo**

	antifosfolípide e do aborto recorrente.		relacionada a SAF e sua abordagem laboratorial.	Eritematoso Sistêmico (LES) e pode ser classificada em primária ou secundária. Os anticorpos antifosfolípidos são responsáveis pela falha na implantação trofoblástica e podem estar associados a diversos aspectos de morbidades gestacionais. Os títulos do anticorpo anticardiolipina IgG parecem ter valor prognóstico. A perda fetal é associada a presença desses anticorpos por inibirem a secreção da gonadotrofina coriônica.
--	---	--	---	--

Fonte: elaborado pelos autores a partir de dados da pesquisa, 2020.

**DISCUSSÃO**

O estudo realizado por Danowski et al. (2013) descreve a SAF como uma patologia de caráter autoimune com repercussões sistêmicas cujas principais características clínicas são: a ocorrência de trombozes arteriais e venosas e morbidade gestacional, associadas à presença no plasma dos denominados anticorpos antifosfolípidos de forma elevada e persistente. Uma metanálise realizada por Liu; Sun





**Artigo**

(2019), considera a hipertensão gestacional, abortamento, perda fetal e parto pré-termo como as principais morbidades gestacionais verificadas.

O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos e laboratoriais (Quadro 2), sendo necessário pelo menos um critério clínico e um laboratorial para fechar o diagnóstico.

**Quadro 2:** critérios diagnósticos da síndrome antifosfolípide.

<b>CRITÉRIOS CLÍNICOS</b>	<b>CRITÉRIOS LABORATORIAIS</b>
TROMBOSE VASCULAR - No mínimo 1 episódio de trombose arterial ou venosa, independente do calibre dos vasos ou sítio confirmados por Doppler ou histopatológico, desde que exclua vasculite.	ANTICOAGULANTE LÚPICO (LA) - Presente no plasma em duas ou mais ocasiões com intervalo mínimo de 12 semanas, detectado de acordo com as recomendações da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia (ISTH).
MORBIDADE GESTACIONAL: - Uma ou mais mortes de feto morfológicamente normal com mais de 10 semanas de idade gestacional, confirmado por ultrassonografia ou exame do feto. - Um ou mais nascimentos prematuros de feto morfológicamente normal com 34 semanas ou menos em virtude de eclampsia ou causas de insuficiência placentária. - Três ou mais abortamentos espontâneos antes de 10 semanas de idade gestacional, sem anormalidades hormonais ou anatômicas maternas, e causas cromossômicas paternas ou maternas excluídas.	ANTICARDIOLIPINAS (ACL) - IgG ou IgM EM títulos moderados (>40) a altos (>80), em duas ou mais ocasiões com intervalo de no mínimo, 12 semanas por teste ELISA padronizado. ANTI-BETA2GPI -IgG ou IgM presente no plasma em duas ou mais ocasiões com intervalo mínimo de 12 semanas por teste ELISA padronizado.

Fonte: Danowski et al., 2013.

Segundo Sanches et al. (2010), a SAF foi descrita originalmente em pacientes com LES e pode ser classificada em primária ou secundária, de acordo com a sua associação a doenças específicas. É denominada secundária quando ocorre concomitantemente a doenças do colágeno com LES, esclerose sistêmica, artrite reumatoide, entre outras, ou a





## Artigo

infecções (Sífilis, HIV), doenças linfo proliferativas etc., e primária quando não há associação a essas doenças.

Nessa perspectiva, o estudo de Silva; Ribeiro (2015) revela que aproximadamente 30 a 40% das mulheres com LES apresentam positividade para os APL: anticoagulante lúpico (LAC), anticorpos anticardiolipina (ALC) e anticorpos anti-beta2-glicoproteína 1 (anti-b2GPI). A presença desses anticorpos é reconhecida com um fator de risco independente para trombofilia e é uma das principais causas de perda adquirida da gravidez. A positividade combinada para ACL e LAC apresenta-se como um fator de mal prognóstico, aumentando o risco de complicações. Inclusive, Santos; Jesús; Jesús (2015) demonstram que a detecção do anticoagulante lúpico tem sido fortemente associada com perdas fetais recorrentes antes das 24 semanas de gestação. Entretanto, segundo Sanches et al. (2010), os títulos do anticorpo anticardiolipina IgG parecem ter valor prognóstico e existem dúvidas quanto a sua relevância quando detectado em baixos títulos.

Relaciona-se a perda fetal como uma importante manifestação clínica associada à presença desses anticorpos por inibirem a secreção da gonadotrofina coriônica, indispensável ao desenvolvimento embrionário. O estudo de Sanches et al. (2010) revela que os APL são considerados fatores etiológicos responsáveis pela falha na implantação trofoblástica e perda gestacional precoce. Corroborando essa ideia, o estudo de Santos; Jesús; Jesús (2015) demonstra que, em casos com perda embrionária e abortos de primeiro trimestre, a avaliação histopatológica verificou alterações na placentação como resultado de invasão trofoblástica insatisfatória, bem como limitação no processo de transformação das artérias espiraladas, o que sugere que os APL influenciam diretamente a invasão trofoblástica e, conseqüentemente, a função placentária.

De maneira geral, os APL podem estar associados a diversos aspectos de morbidades gestacionais. Liu; Sun (2019) demonstraram que a SAF está comprovadamente associada a risco significativamente maior para morbidades gestacionais e neonatais. O estudo de Sanches et al. (2010) relaciona a presença desses anticorpos ao aumento na incidência de complicações obstétricas e pós-natais como: Pré-eclâmpsia, sofrimento fetal, retardo do crescimento intrauterino, prematuridade e eventos trombóticos maternos no ciclo gravídico-puerperal. Santos; Jesús; Jesús (2015) relatam que essas complicações ocorrem com mais frequência em pacientes com SAF do que na população em geral e podem ocorrer em pacientes já com o diagnóstico firmado de SAF, como primeira ou única manifestação da síndrome.





### Artigo

A associação entre a SAF e desfechos gestacionais adversos repetidos é bem estabelecida na literatura. Segundo Barros et al. (2014), a base etiológica desses desfechos seria a lesão direta das células trofoblásticas e trombose intraplacentárias, o que resultaria em morbidades fetais. O estudo de Liu; Sun (2019) relata a ocorrência de restrição de crescimento intrauterino, prematuridade e maiores taxas de admissão em Unidade de Terapia Intensiva neonatal devido a complicações graves.

Santos; Jesús; Jesús (2015) consideram a gravidez na paciente com SAF como de alto risco e o acompanhamento Pré-natal objetiva eliminar ou minimizar os fatores de risco concomitantes para trombose. A instituição do tratamento adequado eleva para 75 a 80% a probabilidade de gerar um concepto vivo em comparação quando o tratamento não é realizado, cujo percentual é de apenas 15%.

Para Funke et al. (2017), o tratamento da SAF obstétrica é considerado multidisciplinar, incluindo medidas não farmacológicas, com o acompanhamento por equipe multiprofissional em serviço especializado em alto risco, e rigoroso controle clínico e laboratorial, além de monitoramento ecográfico de crescimento fetal e da circulação uteroplacentária. Os autores são convergentes quanto ao tratamento farmacológico, que é realizado de forma geral com aspirina em doses baixas e heparina de baixo peso molecular (HBPM).

Porém, Santos; Jesús; Jesús (2015) afirmam que, apesar da instituição do tratamento correto, evidentemente, nem todas as morbidades decorrentes da síndrome podem ser efetivamente reduzidas. É importante destacar que as gestantes com SAF apresentam risco elevado de complicações obstétricas graves como hipertensão, pré-eclâmpsia, prematuridade ou trombose, que podem ocorrer durante a gestação ou puerpério mesmo em vigência de tratamento correto. O estudo de Liu; Sun (2019) demonstrou que há uma alta taxa de mortalidade materno-fetal nas gestantes com SAF.

As Diretrizes para o tratamento da síndrome do anticorpo antifosfolípide (DANOWSKI et al. 2013) foram elaboradas após a definição de estudos potenciais para o sustento das recomendações. Tais estudos foram selecionados pela força da evidência e pelo grau de recomendação segundo a classificação de Oxford (Quadro 3).





**Artigo**

**Quadro 3:** grau de recomendação e força de evidência:

A	Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
B	Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
C	Relatos de casos (estudos não controlados).
D	Opinião desprovida de avaliação crítica, com base em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

**Fonte:** Danowski *et al.* 2013.

Para Danowski et al. (2013), em gestantes com abortamentos de repetição, porém sem a presença dos APL, o uso de aspirina ou enoxaparina não reduz o risco de novos eventos (A). O estudo de Funke et al. (2017) revela que a tromboprofilaxia primária de longo prazo em pacientes com a presença de APL e sem trombose prévia é um tema controverso. Ambos os estudos convergem que não há recomendação para tromboprofilaxia nessas pacientes, exceto quando submetidas a situações com elevado risco para trombose.

O estudo de Danowski et al. (2013) demonstra que pacientes cujo diagnóstico de SAF deu-se por positividade dos APL e a presença exclusiva de eventos obstétricos, a profilaxia primária de longo prazo pode ser eficaz na redução de eventos trombóticos, principalmente arteriais. Verificou-se, também, que o tratamento com aspirina (ácido acetilsalicílico - AAS) em baixas doses reduz o risco de ocorrência de eventos trombóticos em cerca de 49% ao longo de um período de oito anos de seguimento (B), embora seu uso esteja associado ao aumento do risco de embolia pulmonar, trombose venosa profunda e acidente vascular encefálico quando comparado a pacientes sem a presença dos APL num seguimento de nove anos (B), sendo a presença de dois ou mais anticorpos fator determinante dos eventos tromboembólicos em longo prazo (C).

Os autores são convergentes quanto ao tratamento da SAF obstétrica. O estudo de Funke et al. (2017) recomenda o tratamento com AAS em baixas doses e HNF ou HBPM. Pacientes sem histórico de trombozes receberiam a dose profilática e as com trombose prévia receberiam a dose terapêutica. De forma análoga, o estudo de Danowski et al. (2013) detalha que, em gestantes que tiveram antecedente de eventos trombóticos, verificou-se que o uso de daltaparina (5.000 UI/dia subcutânea uma vez ao dia e aumentando para duas vezes ao dia entre a 16ª e a 20ª semanas gestacionais) pode reduzir em até 100% a ocorrência de eventos trombóticos em 35 semanas de seguimento.





### Artigo

Verificou-se ainda que há associação de heparina não fracionada e aspirina ao aumento de 29% na sobrevida do recém-nascido cujas mães apresentem positividade para os APL e antecedentes de abortamentos (A).

Paralelamente, Danowski et al. (2013) afirmam que o uso de heparina de baixo peso molecular em dose plena associada à aspirina durante a gestação e puerpério também pode reduzir eventos trombóticos em até 100% (B). Porém, no puerpério, Funke *iet al.* (2017) e Silva; Ribeiro (2015) concordam com a substituição da heparina por um antagonista da vitamina K. Entretanto, Danowski et al. (2013) recomendam que gestantes não devem ser tratadas com anticoagulação oral, pois ainda não há estudos consistentes sobre a segurança do uso durante a gestação.

Embora, quando em vigência de tratamento adequado exista um aumento dos desfechos gestacionais favoráveis, o estudo de Santos; Jesús; Jesús (2015) reforça que a gravidez deve ser desencorajada em pacientes que tenham histórico de trombozes recentes (nos últimos seis meses), hipertensão pulmonar ou hipertensão arterial não controlada.

Silva; Ribeiro (2015) relatam que alguns autores recomendam que seja realizada suplementação com vitamina D de forma profilática à perda de massa óssea que possa ocorrer devido ao uso de heparina. Santos; Jesús; Jesús (2015) recomendam que haja um cauteloso acompanhamento pré-natal para a avaliação do crescimento fetal, volume de líquido amniótico e bem-estar fetal, de modo que a ultrassonografia e o doppler da artéria umbilical devem ser solicitados a cada três ou quatro semanas a partir de 18-20 semanas de gestação.

## CONCLUSÃO

Entre as principais causas de morbimortalidade materna, destacam-se a doença tromboembólica venosa e as complicações resultantes do tromboembolismo placentário. A SAF é uma importante patologia autoimune que se caracteriza pela ocorrência de trombozes venosas e arteriais e morbidade gestacional. A associação entre a SAF e desfechos gestacionais adversos repetidos é bem estabelecida na literatura. São comuns morbidades gestacionais como: restrição do crescimento fetal intrauterino, oligohidrânio, insuficiência placentária e hipóxia fetal, hipertensão gestacional, abortamento, perda fetal e parto pré-termo.



# Temas em Saúde

Edição especial



ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2020

## Artigo

A gestação relacionada à SAF é considerada de alto risco e, portanto, deve incluir acompanhamento Pré-natal adequado e tratamento multidisciplinar em serviço especializado que, quando realizado de forma adequada, é capaz de elevar para até 80% a probabilidade de gerar um conceito vivo. Preconiza-se o tratamento da gestante, de forma geral, com aspirina em doses baixas e HBPM. O manejo adequado deve contemplar rigoroso controle clínico e laboratorial além de monitoramento ecográfico fetal.

É importante ressaltar que nem todas as morbidades decorrentes da síndrome podem ser efetivamente reduzidas e as com SAF apresentam risco elevado de complicações obstétricas graves mesmo em vigência de tratamento correto. A gravidez deve ser desencorajada em pacientes que tenham histórico de tromboembolismos recentes (nos últimos seis meses), hipertensão pulmonar ou hipertensão arterial não controlada.

## REFERÊNCIAS

BARROS, V. I. P. V. L. et al. Resultados gestacionais e trombofilias em mulheres com história de óbito fetal de repetição. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Vol.36. N.2. Feb 2014.

BENTO, A. V. Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. **Revista JA** (Associação Académica da Universidade da Madeira), n. 65, ano VII, 2012, pp. 42-44.

DANOWSKI, A. et al. Diretrizes para o tratamento da síndrome do anticorpo antifosfolípido. **Revista Brasileira de Reumatologia**, vol.53 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2013.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Marcadores séricos de trombofilias hereditárias e anticorpos antifosfolípidos em gestantes com antecedentes de pré-eclâmpsia grave. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol. 34, n.1, 2012.

FONSECA, A. G. As trombofilias hereditárias na grávida: do risco trombótico ao sucesso da gravidez. **Acta Med. Port.** v.25, n.6, 2012, p. 433-441.



SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE E GRAVIDEZ: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.29327/216797.1.1-15

Páginas 289 a 306

# Temas em Saúde

Edição especial



ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2020

## Artigo

FUNKE, A. et al., A importância de reconhecer a síndrome antifosfolípide na medicina vascular. **J. Vasc. Bras.** v.16, n.2, p.140-149, 2017.

LIU, L.; SUN, D. Pregnancy outcomes in patients with primary antiphospholipid syndrome: a systematic review and meta-analysis. **Medicine** (Baltimore), v.98, n.20, 2019.

PINHEIRO, A. O. et al. Síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF): relato de caso. V Seminário Científico do UNIFACIG, **IV Jornada de Iniciação Científica do UNIFACIG**, 2019.

SANCHES, J. C. T. et al. Abordagem laboratorial das síndromes antifosfolípide e do aborto recorrente. **Arq. bras. ciênc. Saúde**, v.35, n.2, maio-ago. 2010.

SANTOS, F. C.; JESÚS, N. R.; JESÚS, G. R. R. Acompanhamento da síndrome antifosfolípide (SAF) obstétrica. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, n. 2, 2015.

SILVA, L. V.; RIBEIRO, L. H. Lúpus eritematoso sistêmico e gravidez: uma revisão de literatura. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.** V.13, n4, 2015, p:289-95.

SOUZA, M. T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa**: o que é e como fazer Integrative review: what is it? How to do it? Einstein. 2010.

VARELA, P. L. R. et al. Intercorrências na gravidez em puérperas brasileiras atendidas nos sistemas público e privado de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, 2017.



SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE E GRAVIDEZ: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.29327/216797.1.1-15

Páginas 289 a 306