

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE UBERLÂNDIA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

ANA PAULA BORGES PERES DUARTE

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL: MANEJO DA SÍNDROME DO ANTICORPO  
ANTIFOSFOLÍPIDE NA GESTAÇÃO**

UBERLÂNDIA

2026

ANA PAULA BORGES PERES DUARTE

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL: MANEJO DA SÍNDROME DO ANTICORPO  
ANTIFOSFOLÍPIDE NA GESTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de  
Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de  
Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Marcia Aires Rodrigues de Freitas

UBERLÂNDIA

2026

## RESUMO

A Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide é uma condição autoimune associada a elevada morbidade materna e fetal, representando importante causa de perdas gestacionais recorrentes, pré-eclâmpsia grave e insuficiência placentária. Este trabalho teve como objetivo desenvolver um protocolo assistencial institucional para o manejo da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide na gestação, baseado em evidências científicas e adaptado à prática obstétrica. Trata-se de um estudo de desenvolvimento técnico, fundamentado em revisão narrativa estruturada de diretrizes nacionais e internacionais, cuja qualidade metodológica foi avaliada por meio do instrumento AGREE II. O protocolo contempla critérios de inclusão e exclusão, avaliação clínica e diagnóstica, estratificação de risco, tratamento, monitoramento, critérios de mudança terapêutica, alta ou transferência e fluxos assistenciais. A elaboração deste protocolo visa padronizar condutas, apoiar a tomada de decisão clínica e contribuir para a melhoria dos desfechos maternos e perinatais no contexto da atenção obstétrica especializada.

**Palavras-chave:** síndrome do anticorpo antifosfolípide; gestação; protocolo assistencial; anticoagulação; gestação de alto risco.

## ABSTRACT

Antiphospholipid Syndrome is an autoimmune condition associated with high maternal and fetal morbidity, representing an important cause of recurrent pregnancy loss, severe preeclampsia, and placental insufficiency. This study aimed to develop an institutional care protocol for the management of Antiphospholipid Syndrome during pregnancy, based on scientific evidence and adapted to obstetric practice. This is a technical development study grounded in a structured narrative review of national and international guidelines, whose methodological quality was assessed using the AGREE II instrument. The protocol includes inclusion and exclusion criteria, clinical and diagnostic assessment, risk stratification, treatment, monitoring, criteria for therapeutic adjustment, hospital discharge or referral, and care pathways. The development of this protocol aims to standardize clinical management, support clinical decision-making, and contribute to the improvement of maternal and perinatal outcomes within the context of specialized obstetric care.

**Keywords:** antiphospholipid syndrome; pregnancy; clinical protocol; anticoagulation; high-risk pregnancy.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS – Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide

SAAF – Síndrome Antifosfolípide (termo equivalente a APS, amplamente utilizado na literatura brasileira)

OAPS – Síndrome Antifosfolípide Obstétrica

aPL – Anticorpos antifosfolípidos

LAC – Anticoagulante lúpico

ACA – Anticorpos anticardiolipina

Anti- $\beta$ 2GPI – Anticorpos anti- $\beta$ 2-glicoproteína I

HBPM – Heparina de baixo peso molecular

HNF – Heparina não fracionada

AAS – Ácido acetilsalicílico em baixa dose

TEV – Tromboembolismo venoso

TVP – Trombose venosa profunda

AVC – Acidente vascular cerebral

PIG – Pequeno para a idade gestacional

RCIU/FGR – Restrição de crescimento intrauterino/Fetal growth restriction

PEG – Pré-eclâmpsia grave

IG – Idade gestacional

INR – Razão normalizada internacional

HCQ – Hidroxicloroquina

IVIG – Imunoglobulina intravenosa

TNF- $\alpha$  – Fator de necrose tumoral alfa



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	<b>4</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>6</b>
2.1 Objetivo Geral:	6
2.2 Objetivos Específicos:	7
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>7</b>
3.1 Tipo de estudo:	7
3.2 Critérios de inclusão e exclusão de diretrizes:	8
3.3 Instrumento de avaliação (AGREE II):	8
3.4 Procedimentos para análise dos dados:	8
3.5 Diagnóstico situacional prévio:	9
3.6 Construção e validação do protocolo:	10
<b>4 RESULTADO</b>	<b>11</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b>	<b>12</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b>	<b>15</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>16</b>
<b>ANEXO A - PROTOCOLO ASSISTENCIAL: MANEJO DA SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE NA GESTAÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>ANEXO B - QUESTIONÁRIO APLICADO A EQUIPE ASSISTENCIAL</b>	<b>18</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAAF) é uma doença autoimune sistêmica caracterizada pela presença persistente de anticorpos antifosfolípides associados a eventos trombóticos arteriais e/ou venosos e a morbidade obstétrica significativa (MIYAKIS et al., 2006; TEKTONIDOU et al., 2019). No contexto da gestação, a SAF representa importante causa de perdas gestacionais recorrentes, óbito fetal, parto prematuro relacionado à insuficiência placentária, pré-eclâmpsia grave de início precoce e restrição de crescimento fetal, configurando condição de alto risco materno-fetal (RCOG, 2015; FEBRASGO, 2021).

Os anticorpos antifosfolípides clinicamente relevantes incluem o anticoagulante lúpico, os anticorpos anticardiolipina e os anticorpos anti- $\beta$ 2-glicoproteína I, cuja positividade persistente é fundamental para o diagnóstico da síndrome (MIYAKIS et al., 2006). A fisiopatologia da SAF obstétrica envolve mecanismos trombóticos e inflamatórios que comprometem a função placentária, resultando em falhas de implantação, insuficiência placentária progressiva e eventos obstétricos adversos (LOCKSHIN et al., 2012; REAGAN et al., 2023).

Apesar da existência de diretrizes nacionais e internacionais para o manejo da SAF na gestação, observa-se variabilidade na prática clínica quanto aos critérios diagnósticos, à estratificação de risco e às indicações terapêuticas, especialmente no que se refere ao uso de ácido acetilsalicílico e heparina de baixo peso molecular (EULAR, 2019; ACR, 2020). Essa heterogeneidade pode comprometer a padronização da assistência e impactar negativamente os desfechos maternos e perinatais, sobretudo em serviços de referência em gestação de alto risco.

Nesse contexto, a elaboração de protocolos assistenciais institucionais baseados em evidências científicas torna-se estratégia essencial para a uniformização das condutas, apoio à tomada de decisão clínica e promoção da segurança assistencial. A adaptação das recomendações internacionais à realidade local permite maior aplicabilidade prática, considerando os recursos disponíveis e a organização dos fluxos assistenciais (FEBRASGO, 2021).

Assim, este Trabalho de Conclusão de Residência propõe o desenvolvimento de um protocolo assistencial institucional para o manejo da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide na gestação, fundamentado em diretrizes nacionais e internacionais de reconhecida qualidade metodológica, com o objetivo de contribuir para a melhoria da assistência obstétrica e dos desfechos maternos e perinatais no âmbito da atenção especializada.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

Estabelecer um protocolo assistencial baseado em evidências para o manejo da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide na gestação, visando à padronização da abordagem diagnóstica, estratificação de risco, tratamento e acompanhamento clínico, com o intuito de reduzir desfechos maternos e fetais adversos associados à doença no contexto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

Revisar criticamente a literatura científica nacional e internacional sobre a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAAF) na gestação, com foco nos aspectos diagnósticos, terapêuticos, acompanhamento e seguimento antes, durante e pós gestação.

Avaliar a qualidade metodológica de diretrizes, consensos e revisões clínicas sobre SAAF gestacional, utilizando o instrumento validado AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation).

Classificar os documentos selecionados quanto à sua recomendação para uso clínico (com ou sem modificações), com base na pontuação geral obtida e na aplicabilidade ao contexto obstétrico institucional.

Sintetizar as melhores práticas clínicas baseadas em evidência científica de alta qualidade, a partir dos documentos recomendados, consolidando os principais critérios diagnósticos, estratégias de estratificação de risco e condutas terapêuticas na SAF obstétrica.

Desenvolver um protocolo assistencial normatizado para o manejo da SAF na gestação no Hospital de Clínicas da UFU, incorporando os achados da literatura avaliada e adaptando-os às realidades e fluxos do serviço.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo:**

Para a construção desse protocolo foi realizada uma revisão da literatura, dando preferência a diretrizes clínicas, consensos e recomendações de alcance nacional e internacional, reconhecidas pela sua qualidade metodológica e relevância direta para a prática obstétrica.

Para identificar as diretrizes mais adequadas, a pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados eletrônicas e em sites institucionais de sociedades científicas e órgãos de referência. Foram consultadas bases como PubMed, Cochrane Library e sites institucionais de sociedades científicas, incluindo American College of Rheumatology, European Alliance of Associations for Rheumatology, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e Sociedade Brasileira de Reumatologia.

#### **3.2 Critérios de inclusão e exclusão de diretrizes:**

Foram incluídos documentos que abordassem especialmente a SAAF e a SAAF obstétrica, contemplando critérios diagnósticos, estratificação de risco, manejo terapêutico e acompanhamento durante a gestação e o puerpério, preferencialmente publicados nos últimos dez anos. Foram excluídos documentos duplicados, publicações que não tinham a SAAF como tema principal, estudos focados exclusivamente em populações não obstétricas ou em contextos assistenciais não aplicáveis à prática obstétrica institucional.

#### **3.3 Instrumento de avaliação (AGREE II):**

A análise das diretrizes e artigos foram por meio do instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation), permitindo a análise sistematizada dos domínios de escopo, participação das partes interessadas, rigor metodológico, clareza das recomendações, aplicabilidade e independência editorial.

Os resultados dessa avaliação subsidiaram a hierarquização das fontes utilizadas como base normativa central do protocolo, bem como a incorporação de documentos de suporte para aprofundamento de tópicos específicos.

### **3.4 Procedimentos para análise dos dados:**

Foram analisados seis domínios que são divididos no total de 23 itens. Cada um deles é pontuado de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Ao final é calculado um índice de qualidade para cada um dos seis domínios do AGREE II, (Consórcio Agree, 2009) variando de 0 a 100% de acordo com a relação entre a pontuação obtida e a pontuação máxima que pode ser alcançada

Após a avaliação das diretrizes, as recomendações consideradas de maior qualidade metodológica e relevância clínica foram sintetizadas e adaptadas ao contexto assistencial institucional. Quanto à interpretação dos resultados, o AGREE II não define pontos de corte ou padrões absolutos de pontuação para caracterização da qualidade metodológica das diretrizes. Assim, a interpretação dos escores é realizada de forma contextualizada, com base no julgamento crítico do avaliador e na finalidade da aplicação do instrumento (Consórcio AGREE, 2009).

### **3.5 Diagnóstico situacional prévio:**

Antes do início da elaboração do protocolo assistencial, foi realizado um levantamento diagnóstico inicial por meio da aplicação de um questionário online desenvolvido na plataforma Google Forms, direcionado à comunidade médica e à equipe do setor de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). O formulário foi divulgado internamente e permaneceu disponível por cerca de 45 dias. A coleta teve caráter exploratório, sem identificação dos participantes. A estrutura do formulário eletrônico utilizado para o levantamento diagnóstico está ilustrada na Figura 1. O instrumento teve como objetivo identificar o nível de conhecimento prévio sobre a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF) na gestação, bem como mapear as principais dúvidas, dificuldades e lacunas percebidas na abordagem clínica da doença.

As informações obtidas a partir desse questionário foram utilizadas como ponto de partida para a estruturação do protocolo, permitindo que seu conteúdo fosse orientado não apenas pelas evidências científicas disponíveis, mas também

pelas necessidades práticas do serviço e pela realidade assistencial local. Dessa forma, os temas abordados no protocolo, assim como a organização dos fluxos assistenciais, foram alinhados às demandas identificadas entre os profissionais envolvidos no cuidado obstétrico. As perguntas aplicadas no levantamento situacional, assim como os gráficos de respostas, estão disponíveis no Anexo B.

Esse levantamento contribuiu para uma construção contextualizada e aplicável do protocolo, favorecendo sua aderência institucional e seu potencial impacto na padronização do manejo da SAF na gestação.

Perguntas Respostas 14 Configurações

## Protocolo clínico - SAF e Gestação

- Olá equipe de residência médica em GO da UFU. Sou **Ana Paula Duarte no momento cursando o 2º ano de residência** e estou desenvolvendo meu TCR que será um protocolo de SAF para o serviço sob orientação e supervisão da Dra Marcia Aires.

- Estamos utilizando a **metodologia AGREE II** para levantamento de dados para criação do protocolo. É importante fazermos um levantamento das perguntas a serem respondidas no protocolo. Abaixo criei algumas questões sobre SAF com o objetivo de fomentar a interação e estimular o aprendizado. A intenção é que essas questões sirvam como um ponto de partida para reflexões e discussões para criação de perguntas a serem respondidas no nosso protocolo de SAF e gestação, o qual contribuirá com as condutas no ambulatório e na enfermaria de Alto Risco.

Nome completo: \*

Texto de resposta curta

Qual é a complicação obstétrica mais comum associada à SAF? \*

☐ Pré-eclâmpsia grave e restrição de crescimento intrauterino.

☐ Má-formação congênita devido à presença de anticorpos.


☐ Parto prematuro por ruptura prematura de membranas.

**Figura 1 – Interface inicial do questionário aplicado à equipe de Ginecologia e Obstetrícia do HC-UFU para levantamento diagnóstico sobre a SAF na gestação**  
Fonte: Elaboração própria (2024).

### 3.6 Construção e validação do protocolo:

O presente protocolo foi estruturado com base no modelo institucional de protocolo assistencial adotado pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), conforme documento interno disponibilizado na intranet institucional (Anexo 1182 – Modelo de Protocolo Assistencial), cuja organização geral e componentes estruturais estão representados na Figura 2, de forma a contemplar critérios de inclusão e exclusão, avaliação clínica e diagnóstica, estratificação de risco, tratamento, monitoramento, critérios de mudança terapêutica, alta ou transferência e fluxos assistenciais.

Por se tratar de protocolo assistencial institucional fundamentado em literatura previamente publicada, sem coleta de dados primários envolvendo seres humanos, o estudo não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto nas normativas vigentes.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
Título do Documento		Página 1/2	
		Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

#### SUMÁRIO (obrigatório)

##### 1. SIGLAS E CONCEITOS (obrigatório)

Esclarecer o leitor sobre termos relacionados aos procedimentos descritos.

##### 2. OBJETIVO(S) (obrigatório)

Descrever o(s) objetivo(s) do protocolo.

##### 3. JUSTIFICATIVAS (obrigatório)

##### 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO (obrigatório)

##### 5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES (obrigatório)

##### 6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO (obrigatório)

##### 7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS (obrigatório)

##### 8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO (obrigatório)

##### 9. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA (obrigatório)

##### 10. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA (obrigatório)

##### 11. FLUXOS (obrigatório)

##### 12. MONITORAMENTO (obrigatório)

##### 13. REFERÊNCIAS (obrigatório)

Informar documentos que serviram de referência para a elaboração do procedimento.

**:-| EM ELABORAÇÃO |:-**

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.  
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uqual@hc-ufu@ebserh.gov.br  
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

**Figura 2 – Modelo institucional de estrutura de protocolo assistencial**

Fonte: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). Documento interno disponível na intranet institucional.

## **4 RESULTADO**

O principal produto deste Trabalho de Conclusão de Residência consiste no protocolo assistencial institucional para o manejo da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide na gestação, elaborado a partir da síntese crítica das diretrizes clínicas selecionadas e avaliadas. O protocolo, que contempla critérios diagnósticos, estratificação de risco, condutas terapêuticas, monitoramento e fluxos assistenciais, representa o resultado final deste estudo e encontra-se apresentado integralmente no Anexo A.

Para sua construção, foram selecionados e analisados 20 documentos científicos relevantes, entre diretrizes clínicas, consensos e revisões de alta qualidade, abrangendo aspectos diagnósticos, terapêuticos e prognósticos da SAF obstétrica. A avaliação metodológica rigorosa foi realizada por meio da aplicação do instrumento AGREE II, o que permitiu a classificação das diretrizes quanto à sua qualidade científica e aplicabilidade clínica, orientando a seleção das melhores práticas.

Foram consideradas como referências principais aquelas diretrizes que demonstraram maior qualidade metodológica e melhor definição das recomendações clínicas, destacando-se as publicações do RCOG, SOGC e ACOG. Além disso, documentos de consenso internacional e fluxos assistenciais de âmbito nacional, a exemplo dos materiais da FEBRASGO, foram incorporados como suporte complementar, visando à adequação das recomendações ao contexto institucional e à organização prática da assistência.

## **5 DISCUSSÃO**

A elaboração deste protocolo assistencial para o manejo da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF) na gestação baseou-se na análise crítica de diretrizes nacionais e internacionais de elevada qualidade metodológica, como as do American College of Rheumatology (Sammaritano et al., 2020), da European Alliance of Associations for Rheumatology (Tektonidou et al., 2019), da Federação



Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2021) e do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Regan et al., 2023). A estruturação do protocolo também foi orientada por uma leitura da realidade local e pelas dificuldades clínicas observadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), complementadas por um levantamento situacional aplicado à equipe assistencial.

O protocolo organiza o cuidado à gestante com SAF de forma sequencial, contemplando estratificação de risco, diagnóstico clínico e laboratorial, plano terapêutico conforme o perfil da paciente, monitoramento materno-fetal e critérios de mudança de conduta ou alta. Essa sistematização permite a atuação integrada e segura das equipes.

No período pré-concepcional, recomenda-se investigação detalhada do perfil sorológico e histórico clínico da paciente. Os exames laboratoriais confirmatórios (anticardiolipina, anti- $\beta$ 2GPI e anticoagulante lúpico) devem ser positivos em duas ocasiões com intervalo mínimo de 12 semanas para atender aos critérios de Sydney (Miyakis et al., 2006), conforme endossado pelas diretrizes internacionais (Tektonidou et al., 2019; Sammaritano et al., 2020).

Durante a gestação, a estratificação de risco é essencial para individualizar a conduta terapêutica conforme o histórico clínico (trombose, perdas gestacionais, pré-eclâmpsia) e o perfil laboratorial (número e tipo de anticorpos antifosfolípidos positivos). Diretrizes como as da FEBRASGO (2021) e da RCOG (Regan et al., 2023) destacam que pacientes com SAF e perfil de alto risco — como positividade tripla ou eventos obstétricos graves prévios — exigem condutas mais intensivas, incluindo o uso de HBPM em doses intermediárias ou plenas, além da adição de hidroxicloroquina ou imunomoduladores em casos refratários (Tektonidou et al., 2019).

Embora os testes laboratoriais para anticorpos antifosfolípidos possam ser realizados durante a gestação em casos de necessidade clínica, a diretriz da British Society for Haematology (2024) ressalta que, sempre que possível, a testagem deve ser realizada entre as gestações, uma vez que a gravidez pode interferir nos resultados, especialmente do anticoagulante lúpico. Na presença de eventos clínicos sugestivos de SAF durante a gestação, como perdas recorrentes ou trombose venosa profunda, a testagem durante a gravidez é justificada, mas a

confirmação diagnóstica deve ser feita com repetição dos exames após  $\geq 12$  semanas ou no puerpério.

Gestantes com SAAF obstétrica e sem trombose prévia devem receber ácido acetilsalicílico (75–100 mg/dia) associado à heparina de baixo peso molecular (HBPM) em dose profilática (Tektonidou et al., 2019). Já pacientes com histórico de trombose arterial ou venosa necessitam de anticoagulação plena com HBPM, associada ao AAS (Sammaritano et al., 2020). Nos casos refratários, recomenda-se o uso adjuvante de hidroxicloroquina (HCQ), corticoides em dose baixa ou imunoglobulina intravenosa, sobretudo em pacientes com falhas gestacionais anteriores sob uso convencional de AAS-HBPM (Regan et al., 2023).

O fluxograma de decisão clínica incorporado ao protocolo facilita a padronização do cuidado, desde a triagem inicial até a definição da conduta terapêutica. Ele também define em que situações a investigação de trombofilias hereditárias deve ser estendida, além de integrar critérios clínicos e laboratoriais à lógica de referência, internação e seguimento ambulatorial.

O plano de monitoramento materno-fetal inclui vigilância clínica de sinais de trombose e complicações obstétricas, além de exames laboratoriais periódicos (hemograma, coagulograma, enzimas hepáticas) e seguimento com ultrassonografia obstétrica e dopplerfluxometria das artérias uterinas e umbilicais, conforme sugerido nas recomendações da EULAR e da ACOG (Tektonidou et al., 2019; ACOG, 2012). A frequência do acompanhamento deve ser quinzenal ou semanal conforme a gravidade clínica ou achados alterados, e a interrupção gestacional está indicada entre 37 e 38 semanas na ausência de intercorrências, podendo ser antecipada em cenários de insuficiência placentária, restrição de crescimento fetal ou pré-eclâmpsia grave (Sammaritano et al., 2020).

No puerpério, o protocolo prevê a continuidade da anticoagulação por no mínimo seis semanas, respeitando o risco trombótico individual, com possível transição para anticoagulantes orais (Regan et al., 2023). Também são contempladas as orientações sobre contracepção e planejamento reprodutivo, de modo a evitar exposições futuras não planejadas.

Os critérios objetivos de alta, modificação da conduta ou transferência constam em tabela própria e são essenciais para evitar variações injustificadas na prática clínica. Essa padronização permite decisões baseadas em parâmetros técnicos e amplia a segurança assistencial.

Ao considerar os achados do levantamento situacional realizado com a equipe da Ginecologia e Obstetrícia do HC-UFU, observou-se uma expressiva heterogeneidade no conhecimento sobre a SAAF e condutas associadas, especialmente em relação à definição dos critérios diagnósticos e à interpretação do uso de HBPM em diferentes contextos. Essa observação reforça a relevância do protocolo não apenas como instrumento assistencial, mas também como ferramenta formativa e de atualização profissional. Resultados semelhantes foram descritos por Fernandes et al. (2020), que evidenciaram taxas de complicações obstétricas mesmo em gestantes sob uso correto de AAS-HBPM, indicando a necessidade de protocolos mais refinados e individualizados.

A padronização assistencial proposta neste protocolo é condizente com as diretrizes mais recentes (Tektonidou et al., 2019; Regan et al., 2023) e respeita as diretrizes institucionais do HC-UFU. Espera-se que sua implementação contribua para a redução de desfechos adversos e promova maior equidade e segurança no cuidado obstétrico em pacientes com SAF.

## **6 CONCLUSÃO**

O desenvolvimento deste protocolo assistencial institucional para o manejo da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF) na gestação permitiu a sistematização de condutas baseadas em evidências, alinhadas às principais diretrizes nacionais e internacionais e adaptadas à realidade assistencial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. O protocolo oferece uma abordagem estruturada para diagnóstico, estratificação de risco, tratamento, monitoramento e definição de fluxos assistenciais, contribuindo para a padronização do cuidado e para a segurança materno-fetal.

A construção do protocolo foi precedida por um diagnóstico situacional local, seguido da seleção e avaliação crítica de 20 publicações relevantes utilizando o instrumento AGREE II. Diretrizes de alta qualidade metodológica, como as da ACR/EULAR (2023), EULAR (2019), RCOG (2023), FEBRASGO (2021) e BSH (2024), foram utilizadas como base principal para embasar as recomendações, além de revisões sistemáticas e consensos técnicos que reforçaram as condutas propostas. O protocolo final foi estruturado com critérios clínicos e laboratoriais bem

definidos, fluxogramas de decisão, tabelas orientativas e recomendações terapêuticas adaptadas ao contexto da atenção obstétrica pública.

No contexto da literatura atual, a diretriz da British Society for Haematology (2024) corrobora que o manejo da SAF deve considerar a individualização de condutas, com base no risco obstétrico e trombótico, e reforça que a combinação de aspirina e heparina de baixo peso molecular continua sendo o padrão-ouro para gestantes com SAF obstétrica. Adicionalmente, terapias adjuvantes como hidroxiclороquina, corticosteroides e imunoglobulina intravenosa podem ser consideradas em casos refratários, sempre com monitoramento multidisciplinar rigoroso. A importância do rastreamento Doppler entre 20 e 24 semanas, o seguimento do crescimento fetal e a definição de conduta no puerpério também foram incorporadas ao protocolo, seguindo recomendações atualizadas.

Espera-se que a implementação deste protocolo favoreça a redução da variabilidade clínica, o aprimoramento da tomada de decisão e a melhoria dos desfechos obstétricos associados à SAF. Adicionalmente, o documento poderá servir como base para ações de educação permanente, avaliação de indicadores assistenciais e futuras atualizações conforme a evolução do conhecimento científico.

Por fim, com apresentação deste protocolo, espera-se que os próximos passos incluam sua submissão à Comissão de Pesquisa e ao Comitê Técnico-Científico da instituição para avaliação e validação formal. A partir dessa análise, a expectativa é a possibilidade de sua implementação piloto nos setores de atenção à gestação de alto risco do HC-UFU, com monitoramento dos impactos clínicos e operacionais. Além disso, considera-se a viabilidade de publicação do protocolo em meio institucional ou periódico científico especializado, contribuindo para a disseminação do conhecimento e para a qualificação da assistência obstétrica.

## REFERÊNCIAS

AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. **Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas: AGREE II**. Tradução para o português. Maio de 2009. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>

DANOWSKI, Adriana; REGO, Jozelia; KAKEHASI, Adriana M.; FUNKE, Andreas; CARVALHO, Jozelio Freire de; LIMA, Isabella V. S.; SOUZA, Alexandre Wagner

Silva de; LEVY, Roger A. Diretrizes para o tratamento da síndrome do anticorpo antifosfolípido. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 184–192, 2013. DOI: 10.1590/S0482-50042013000200005.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Síndrome antifosfolípide obstétrica. **FEBRASGO Position Statement**, n. 6, jun. 2021. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

FERNANDES, M. A.; GERARDI, M. C.; ANDREOLI, L.; TINCANI, A. Management of maternal antiphospholipid syndrome. **Clinical and Experimental Rheumatology**, Pisa, v. 38, p. 149–156, 2020.

HONG, Sir-Yeon; KIM, Seo-Yeon; KIM, Jin-Ha; HONG, Jee-Youn; SUNG, Ji-Hee; CHOI, Suk-Joo; OH, Soo-Young; ROH, Cheong-Rae. Predictive value of quad serum markers for adverse pregnancy outcome in antiphospholipid antibody syndrome. *Lupus*, London, v. 30, n. 6, p. 981–990, 2021. DOI: 10.1177/09612033211001126.

MURVAI, Viorela Romina; GALIȘ, Radu; PANAITESCU, Anca; RADU, Casandra Maria; GHITEA, Timea Claudia; TRIF, Paula; ONIȚA-AVRAM, Miruna; VESA, Alexandra Alina; HUNIADI, Anca. Antiphospholipid syndrome in pregnancy: a comprehensive literature review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Londres, v. 25, art. 337, 2025. DOI: 10.1186/s12884-025-07471-w.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Recurrent miscarriage: Green-top Guideline No. 17. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Londres, v. 130, n. 9, p. e39–e69, 2023. DOI: 10.1111/1471-0528.17515.

RUFFATTI, Amelia; HOXHA, Ariela; FAVARO, Maria; TONELLO, Marta; COLPO, Anna; CUCCHINI, Umberto; BANZATO, Alessandra; PENGIO, Vittorio. Additional treatments for high-risk obstetric antiphospholipid syndrome: a comprehensive review. **Clinical Reviews in Allergy & Immunology**, New York, v. 53, n. 1, p. 17–25, 2017. DOI: 10.1007/s12016-016-8571-6.

SAMMARITANO, Lisa R.; BERMAS, Bonnie L.; CHAKRAVARTY, Eliza E.; CHAMBERS, Christina; CLOWSE, Megan E. B.; LOCKSHIN, Michael D.; MARDER, Wyndy M.; GUYATT, Gordon; et al. 2020 American College of Rheumatology guideline for the management of reproductive health in rheumatic and musculoskeletal diseases. **Arthritis Care & Research**, Hoboken, v. 72, n. 4, p. 461–488, 2020. DOI: 10.1002/acr.24130.

TEKTONIDOU, Maria G. et al. EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 78, n. 10, p. 1296–1304, 2019. DOI: 10.1136/annrheumdis-2019-215213.

BRITISH SOCIETY FOR HAEMATOLOGY. *Guidelines on the investigation and management of antiphospholipid syndrome*. London: **British Society for Haematology**, 2024.

## ANEXO A - PROTOCOLO ASSISTENCIAL: MANEJO DA SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE NA GESTAÇÃO

 <b>HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU</b>			
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 1/23	
Título do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL: MANEJO DA SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE NA GESTAÇÃO	Emissão: Versão:	Próxima revisão:

### SUMÁRIO

<b>1 SIGLAS E CONCEITOS</b>	<b>15</b>
1.1 SIGLAS	15
1.2 CONCEITOS FUNDAMENTAIS	15
<b>2 OBJETIVOS (S)</b>	<b>17</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA</b>	<b>17</b>
<b>4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO</b>	<b>18</b>
4.1 INCLUSÃO	18
4.2 EXCLUSÃO	19
<b>5 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES</b>	<b>20</b>
<b>6 HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO</b>	<b>21</b>
<b>7 EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS</b>	<b>23</b>
<b>8 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO</b>	<b>24</b>
<b>9 CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA</b>	<b>25</b>
<b>10 CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA</b>	<b>27</b>
<b>11 FLUXOS</b>	<b>28</b>
<b>12 MONITORAMENTO</b>	<b>30</b>
<b>13 REFERÊNCIAS</b>	<b>31</b>
<b>14 DOCUMENTOS RELACIONADOS</b>	<b>33</b>
<b>15 HISTÓRICO DE REVISÃO</b>	<b>36</b>

## **1 SIGLAS E CONCEITOS**

### **1.1 SIGLAS**

APS – Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide

SAF – Síndrome Antifosfolípide (termo equivalente a APS, amplamente utilizado na literatura brasileira)

OAPS – Síndrome Antifosfolípide Obstétrica

aPL – Anticorpos antifosfolípidos

LAC – Anticoagulante lúpico

ACA – Anticorpos anticardiolipina

Anti- $\beta$ 2GPI – Anticorpos anti- $\beta$ 2-glicoproteína I

HBPM – Heparina de baixo peso molecular

HNF – Heparina não fracionada

AAS – Ácido acetilsalicílico em baixa dose

TEV – Tromboembolismo venoso

TVP – Trombose venosa profunda

AVC – Acidente vascular cerebral

PIG – Pequeno para a idade gestacional

RCIU/FGR – Restrição de crescimento intrauterino/Fetal growth restriction

PEG – Pré-eclâmpsia grave

IG – Idade gestacional

INR – Razão normalizada internacional

HCQ – Hidroxicloroquina

IVIG – Imunoglobulina intravenosa

TNF- $\alpha$  – Fator de necrose tumoral alfa

### **1.2 CONCEITOS FUNDAMENTAIS**

Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (APS/SAF): Doença autoimune sistêmica caracterizada pela ocorrência de eventos trombóticos arteriais, venosos ou microvasculares

e/ou morbidade obstétrica, associada à presença persistente de anticorpos antifosfolípidos detectados em pelo menos duas dosagens com intervalo mínimo de 12 semanas.

**Síndrome Antifosfolípide Obstétrica (OAPS):** Forma clínica da APS caracterizada predominantemente por complicações gestacionais, incluindo perdas gestacionais recorrentes, óbito fetal, parto prematuro relacionado à insuficiência placentária, pré-eclâmpsia grave e restrição de crescimento fetal, podendo ocorrer com ou sem eventos trombóticos prévios.

**Anticorpos antifosfolípidos (aPL):** Autoanticorpos dirigidos contra proteínas ligadas a fosfolípidos de membrana, principalmente o anticoagulante lúpico, os anticorpos anticardiolipina e os anticorpos anti- $\beta$ 2-glicoproteína I, considerados marcadores laboratoriais essenciais para o diagnóstico da APS.

**Perfil de alto risco de aPL:** Condição definida pela positividade persistente para anticoagulante lúpico, positividade dupla ou tripla para aPL, ou títulos elevados de anticorpos, associada a maior risco de eventos trombóticos e complicações obstétricas, influenciando diretamente a intensidade do tratamento anticoagulante durante a gestação.

**Morbidade obstétrica associada à APS:** Conjunto de desfechos adversos da gestação atribuídos à disfunção placentária mediada por aPL, incluindo abortamentos espontâneos recorrentes, óbito fetal após a décima semana, parto prematuro antes da 34ª semana por pré-eclâmpsia grave ou insuficiência placentária, e restrição de crescimento fetal.

**Modelo fisiopatológico do “duplo impacto” (two-hit model):** Modelo amplamente aceito que explica a fisiopatologia da APS, no qual a presença de aPL representa o primeiro fator de risco, enquanto eventos inflamatórios, hormonais ou hemodinâmicos da gestação atuam como segundo estímulo, culminando em trombose, inflamação placentária e falência placentária.

**Profilaxia primária na gestação:** Estratégia terapêutica destinada a prevenir eventos obstétricos adversos em gestantes com aPL positivo sem trombose prévia, geralmente baseada no uso de ácido acetilsalicílico em baixa dose, isoladamente ou em associação à heparina, conforme o perfil de risco.

**Profilaxia secundária ou anticoagulação terapêutica:** Uso de heparina em dose intermediária ou plena associado à aspirina em baixa dose em gestantes com APS e histórico de trombose ou complicações obstétricas graves, com o objetivo de reduzir o risco de recorrência de eventos trombóticos e obstétricos.



APS obstétrica refratária: Situação clínica em que a gestante apresenta recorrência de desfechos adversos apesar do uso adequado de aspirina em baixa dose e heparina, podendo requerer estratégias adicionais como hidroxicloroquina, ajuste da dose de heparina ou terapias imunomoduladoras em casos selecionados.

## 2 OBJETIVOS (S)

Estabelecer um protocolo assistencial baseado em evidências para o manejo da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide na gestação, visando à padronização da abordagem diagnóstica, estratificação de risco, tratamento e acompanhamento clínico, com o intuito de reduzir desfechos maternos e fetais adversos associados à doença.

## 3 JUSTIFICATIVA

A elaboração de um protocolo assistencial para o manejo da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide na gestação justifica-se pela elevada morbimortalidade materna e fetal associada a essa condição, que permanece como uma das principais causas evitáveis de perdas gestacionais recorrentes, pré-eclâmpsia grave, restrição de crescimento fetal e parto prematuro relacionado à insuficiência placentária. A APS obstétrica apresenta fisiopatologia complexa, envolvendo mecanismos trombóticos e inflamatórios mediados por anticorpos antifosfolípidos, o que exige uma abordagem clínica estruturada, precoce e baseada em evidências para a redução de desfechos adversos (Danowski et al., 2013; Murvai et al., 2025).

Apesar da existência de diretrizes internacionais consolidadas, observa-se heterogeneidade significativa na prática clínica, especialmente no que se refere à estratificação de risco, ao início e à intensidade da anticoagulação durante a gestação e ao manejo de casos refratários. Diretrizes como as recomendações do American College of Rheumatology e da European Alliance of Associations for Rheumatology destacam que a ausência de protocolos padronizados contribui para variações assistenciais e pode impactar negativamente os resultados materno-fetais, sobretudo em contextos de cuidado compartilhado entre reumatologia e obstetrícia (Sammaritano et al., 2020; Tektonidou et al., 2019).

No cenário obstétrico, a importância de protocolos específicos é reforçada pelas recomendações do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, que apontam a APS

como causa relevante de abortamento recorrente e enfatizam a necessidade de investigação sistemática e tratamento adequado com aspirina em baixa dose e heparina para melhora do prognóstico gestacional (Regan et al., 2023). No contexto brasileiro, o Position Statement da FEBRASGO resalta a necessidade de adaptação das diretrizes internacionais à realidade assistencial nacional, considerando disponibilidade de recursos, organização dos serviços e integração multiprofissional no cuidado à gestante de alto risco (FEBRASGO, 2021).

Adicionalmente, revisões recentes demonstram que, mesmo com o tratamento padrão, uma parcela das pacientes apresenta desfechos adversos persistentes, caracterizando a APS obstétrica de alto risco ou refratária, o que reforça a necessidade de protocolos que contemplem condutas diferenciadas e baseadas em evidências atualizadas (Ruffatti et al., 2017; Fernandes et al., 2020). Dessa forma, a construção de um protocolo assistencial sistematizado, fundamentado em diretrizes internacionais e nacionais de alta qualidade metodológica, contribui para a padronização do cuidado, para a tomada de decisão clínica segura e para a melhoria dos desfechos maternos e perinatais, justificando plenamente sua implementação no âmbito da atenção obstétrica especializada.

#### 4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão e exclusão apresentados a seguir têm como objetivo delimitar a população-alvo deste protocolo assistencial, garantindo sua aplicação a gestantes com indicação clínica e laboratorial compatível com a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide. A definição desses critérios baseia-se em diretrizes internacionais e nacionais, buscando assegurar a padronização das condutas, a segurança assistencial e a adequada estratificação de risco das pacientes, bem como evitar a aplicação indevida do protocolo em situações clínicas cuja etiologia ou manejo não estejam relacionados à APS. As tabelas a seguir descrevem, de maneira operacional, as condições para inclusão e exclusão das gestantes no protocolo, orientando a tomada de decisão clínica nos diferentes níveis de atenção obstétrica.

##### 4.1 INCLUSÃO

Tabela 1 - Inclusão

<b>Categoria</b>	<b>Critério de inclusão</b>	<b>Descrição operacional</b>
------------------	-----------------------------	------------------------------

Diagnóstico confirmado	Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (APS)	Gestantes com critérios clínicos e laboratoriais compatíveis com APS, incluindo trombose prévia e/ou morbidade obstétrica associada à positividade persistente de anticorpos antifosfolípides.
APS obstétrica	Síndrome Antifosfolípide Obstétrica (OAPS)	Gestantes com histórico de perdas gestacionais recorrentes, óbito fetal, parto prematuro por insuficiência placentária, pré-eclâmpsia grave ou restrição de crescimento fetal associadas a aPL positivos persistentes.
Perfil sorológico de alto risco	aPL de alto risco	Gestantes com anticoagulante lúpico positivo, positividade dupla ou tripla para aPL ou títulos elevados de anticorpos, mesmo na ausência de eventos trombóticos prévios.
Histórico trombótico	APS trombótica	Gestantes com antecedente de trombose arterial, venosa ou microvascular associada à presença de anticorpos antifosfolípides.
Investigação em curso	Suspeita clínica de APS	Gestantes com suspeita clínica de APS em investigação diagnóstica, quando a conduta profilática ou terapêutica for considerada clinicamente indicada durante a gestação.
Momento assistencial	Pré-concepção ou gestação	Mulheres em planejamento gestacional ou já gestantes, em qualquer idade gestacional, desde que enquadradas nos critérios acima.

Fonte: Elaborado com base nas recomendações do American College of Rheumatology para o manejo da saúde reprodutiva em doenças reumáticas, nas recomendações da European Alliance of Associations for Rheumatology para a síndrome do anticorpo antifosfolípide, no Green-top Guideline nº 17 do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists sobre perdas gestacionais recorrentes, no Position Statement da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia sobre síndrome antifosfolípide obstétrica, e nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da síndrome do anticorpo antifosfolípide (Danowski et al., 2013; Tektonidou et al., 2019; Sammaritano et al., 2020; FEBRASGO, 2021; Regan et al., 2023).

#### 4.2 EXCLUSÃO

Tabela 2 - Inclusão

<b>Categoria</b>	<b>Critério de exclusão</b>	<b>Descrição operacional</b>
Ausência de aPL	aPL negativos	Gestantes sem positividade para anticorpos antifosfolípides, cujas complicações obstétricas sejam atribuídas a outras etiologias bem definidas.
Outras etiologias	Causa obstétrica não relacionada à APS	Complicações explicadas por anomalias cromossômicas fetais, malformações uterinas, infecções maternas, insuficiência cervical isolada ou doenças hipertensivas sem associação à APS.
Trombofilia hereditária	Trombofilias genéticas isoladas	Gestantes com trombofilias hereditárias sem associação com anticorpos antifosfolípides, que devem seguir protocolos específicos.

Período assistencial	Puerpério isolado	Pacientes avaliadas exclusivamente no período pós-parto, sem gestação em curso, para as quais se aplicam protocolos próprios de anticoagulação no puerpério.
Contraindicação terapêutica	Contraindicação absoluta à anticoagulação ou AAS	Presença de sangramento ativo grave, trombocitopenia severa, hipersensibilidade documentada ou outras contraindicações formais ao uso de heparina ou ácido acetilsalicílico.
Limitação institucional	Impossibilidade de aplicação do protocolo	Situações em que o acompanhamento não ocorre no âmbito assistencial ao qual o protocolo se destina, inviabilizando a aplicação padronizada das condutas.

Fonte: Adaptado das recomendações do American College of Rheumatology para saúde reprodutiva em doenças reumáticas, das recomendações da European Alliance of Associations for Rheumatology para o manejo da síndrome do anticorpo antifosfolípide, do Green-top Guideline nº 17 do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists para perdas gestacionais recorrentes, e do Position Statement da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia sobre síndrome antifosfolípide obstétrica (Tektonidou et al., 2019; Sammaritano et al., 2020; Regan et al., 2023; FEBRASGO, 2021).

## 5 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

A aplicação do Protocolo Assistencial para o Manejo da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide na Gestação requer atuação integrada, multiprofissional e baseada em responsabilidades claramente definidas, de modo a garantir a segurança da gestante e do feto, a padronização das condutas e a continuidade do cuidado ao longo do pré-natal, parto e puerpério. As atribuições, competências e responsabilidades descritas a seguir orientam o desempenho dos profissionais envolvidos no cuidado, respeitando as especificidades de cada área de atuação.

Tabela 3 - Atribuições, competências e responsabilidades

Profissional / Setor	Atribuições	Competências	Responsabilidades
Coordenação do serviço / Gestão assistencial	Implementar e supervisionar o protocolo no serviço de saúde	Planejamento, organização da linha de cuidado e avaliação de indicadores assistenciais	Garantir atualização do protocolo, capacitação das equipes, disponibilidade de recursos e monitoramento dos desfechos maternos e fetais
Médica obstetra	Identificar gestantes elegíveis, conduzir o pré-natal e planejar parto e puerpério	Avaliação clínica obstétrica, estratificação de risco e tomada de decisão terapêutica	Prescrever e acompanhar o tratamento, solicitar exames, monitorar evolução materno-fetal e articular o cuidado multiprofissional

Médica reumatologista ou clínica responsável	Apoiar diagnóstico e manejo da APS	Interpretação de exames imunológicos e manejo de doenças autoimunes	Orientar a definição do regime terapêutico, especialmente em casos de alto risco ou refratários, e acompanhar longitudinalmente as pacientes
Enfermagem	Acolher e acompanhar a gestante durante o cuidado	Monitoramento clínico, educação em saúde e identificação de sinais de alerta	Orientar sobre adesão ao tratamento, reconhecer efeitos adversos e comunicar intercorrências à equipe médica
Farmácia clínica	Garantir o uso seguro dos medicamentos prescritos	Conhecimento farmacológico e farmacovigilância	Dispensar medicamentos, orientar quanto ao uso correto, identificar interações medicamentosas e apoiar a segurança terapêutica
Laboratório / apoio diagnóstico	Realizar exames necessários ao diagnóstico e seguimento	Controle de qualidade laboratorial e confiabilidade dos resultados	Assegurar a correta execução dos testes, rastreabilidade dos resultados e comunicação adequada à equipe assistencial
Gestante e familiares	Participar ativamente do cuidado	Compreensão das orientações clínicas e terapêuticas	Aderir ao tratamento, comparecer às consultas e exames e comunicar sinais de alerta ou intercorrências

Fonte: Elaboração própria, com base nas diretrizes ACR (2020) e FEBRASGO (2021).

## 6 HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A avaliação clínica inicial da gestante com suspeita ou diagnóstico de Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide deve ser sistematizada, abrangendo história clínica detalhada e exame físico direcionado, com o objetivo de identificar fatores de risco trombótico e obstétrico, reconhecer sinais de atividade da doença e subsidiar a estratificação de risco e a definição da conduta terapêutica. As tabelas a seguir descrevem os elementos essenciais a serem investigados durante a anamnese e o exame físico no contexto deste protocolo assistencial.

Tabela 4 - História clínica (anamnese dirigida)

Eixo de avaliação	Itens a investigar	Descrição operacional
Dados obstétricos atuais	Idade gestacional, número de fetos, intercorrências	Identificar IG, gestação única ou múltipla, sangramentos, hipertensão, alterações de

		crescimento fetal ou outras complicações em curso
Antecedentes obstétricos	Abortamentos, óbitos fetais, parto prematuro	Número e idade gestacional das perdas, histórico de pré-eclâmpsia grave, insuficiência placentária ou RCIU
Antecedentes trombóticos	Trombose arterial ou venosa prévia	História de TVP, TEP, AVC ou outros eventos trombóticos, idade ao evento e tratamento prévio
Histórico de APS	Diagnóstico prévio de APS ou OAPS	Data do diagnóstico, critérios clínicos e laboratoriais preenchidos, tratamentos anteriores
Perfil sorológico	Resultados prévios de aPL	Presença de anticoagulante lúpico, anticardiolipina e anti- $\beta$ 2GPI, títulos e persistência
Doenças autoimunes associadas	Lúpus eritematoso sistêmico ou outras	Diagnóstico prévio, atividade da doença e tratamentos em uso
Uso de medicações	Anticoagulantes e outros fármacos	Uso atual ou prévio de AAS, heparina, hidroxiclороquina ou outros imunomoduladores
História familiar	Trombose ou doenças autoimunes	Presença de trombose, APS ou LES em familiares de primeiro grau
Fatores de risco adicionais	Tabagismo, imobilização, obesidade	Identificar fatores que aumentem o risco trombótico durante a gestação

Fonte: Elaboração própria, com base nas recomendações do American College of Rheumatology para saúde reprodutiva em doenças reumáticas e no Position Statement da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia sobre síndrome antifosfolípide obstétrica (Sammaritano et al., 2020; FEBRASGO, 2021).

Tabela 5- Exame físico direcionado

Sistema avaliado	Elementos do exame	Objetivo clínico
Avaliação geral	Estado geral, sinais vitais	Identificar alterações hemodinâmicas, febre ou sinais de gravidade
Sistema cardiovascular	Pressão arterial, frequência cardíaca	Rastrear hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia ou instabilidade circulatória
Sistema respiratório	Dispneia, taquipneia, ausculta pulmonar	Identificar sinais sugestivos de tromboembolismo pulmonar
Sistema vascular periférico	Edema assimétrico, dor, hiperemia	Suspeitar de trombose venosa profunda
Pele e mucosas	Livedo reticular, úlceras, equimoses	Identificar manifestações cutâneas associadas à APS ou efeitos da anticoagulação
Sistema neurológico	Déficits focais, cefaleia intensa	Avaliar sinais neurológicos sugestivos de evento isquêmico
Avaliação obstétrica	Altura uterina, BCF, movimentos fetais	Monitorar crescimento fetal e bem-estar fetal

Sinais de sangramento	Petéquias, hematomas, sangramentos ativos	Avaliar segurança do uso de anticoagulantes
-----------------------	---	---

Fonte: Elaboração própria, com base nas recomendações do American College of Rheumatology para saúde reprodutiva em doenças reumáticas e no Position Statement da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia sobre síndrome antifosfolípide obstétrica (Sammaritano et al., 2020; FEBRASGO, 2021).

## 7 EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Tabela 6 – Exames diagnósticos indicados

Categoria	Exame	Indicação clínica	Finalidade / Observações operacionais
Diagnóstico da APS	Anticoagulante lúpico (LAC)	Suspeita ou confirmação de APS/OAPS	Diagnóstico e estratificação de risco; positividade persistente associa-se a maior risco trombótico e obstétrico
Diagnóstico da APS	Anticardiolipina (IgG e IgM)	Suspeita de APS	Considerar títulos médios a altos; repetir com intervalo mínimo de 12 semanas para confirmação
Diagnóstico da APS	Anti- $\beta$ 2-glicoproteína I (IgG e IgM)	Suspeita de APS	Define perfil sorológico simples, duplo ou triplo
Confirmação diagnóstica	Repetição de aPL	Confirmação de APS	Necessária para confirmar persistência dos anticorpos
Monitoramento materno	Hemograma completo	Basal e seguimento	Avaliar anemia, plaquetopenia e segurança da anticoagulação
Monitoramento materno	TP e TTPa	Basal ou conforme necessidade	Avaliação do coagulograma e interferências laboratoriais
Monitoramento materno	Função renal (ureia, creatinina)	Basal e seguimento	Monitorar função renal, especialmente em uso de heparina
Monitoramento materno	Função hepática (AST, ALT)	Basal	Avaliar segurança medicamentosa
Complicações obstétricas	Proteinúria (24h ou relação P/C)	Suspeita de pré-eclâmpsia	Identificar comprometimento renal associado
Suspeita trombótica	Dímero-D*	Situações selecionadas	Auxílio diagnóstico com interpretação cautelosa na gestação
Avaliação fetal	Ultrassonografia obstétrica	Rotina do pré-natal	Avaliar idade gestacional, vitalidade e crescimento fetal
Avaliação fetal	Doppler de artérias uterinas e fetais	APS/OAPS	Avaliar perfusão placentária e risco de insuficiência placentária
Suspeita de trombose	Doppler venoso de MMII	Suspeita de TVP	Confirmar ou excluir trombose venosa profunda

Suspeita de TEP	Angiotomografia pulmonar ou cintilografia V/Q	Suspeita clínica de TEP	Diagnóstico de tromboembolismo pulmonar
Vigilância fetal	Cardiotocografia	Gestação avançada	Avaliar bem-estar fetal
Situação específica	Complemento (C3, C4, anti-dsDNA)	APS associada ao LES	Avaliar atividade da doença autoimune associada
Planejamento gestacional	Perfil completo de aPL	Pré-concepção	Estratificação de risco antes da gestação

Fonte: Elaboração própria, com base nas diretrizes do American College of Rheumatology para saúde reprodutiva em doenças reumáticas, nas recomendações da European Alliance of Associations for Rheumatology para o manejo da síndrome do anticorpo antifosfolípide e no Position Statement da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia sobre síndrome antifosfolípide obstétrica (Tektonidou et al., 2019; Sammaritano et al., 2020; FEBRASGO, 2021).

## 8 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

O tratamento da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide na gestação deve ser individualizado conforme o perfil clínico e sorológico da gestante, histórico trombótico e obstétrico, bem como a presença de fatores de alto risco. O plano terapêutico tem como objetivos principais a prevenção de eventos trombóticos maternos, a redução de complicações obstétricas relacionadas à insuficiência placentária e a promoção de desfechos maternos e fetais favoráveis, devendo ser instituído precocemente e monitorado ao longo de toda a gestação e puerpério.

Tabela 7 – Tratamento indicado e plano terapêutico por cenário clínico

Cenário clínico	Tratamento indicado	Dose e esquema	Observações e condutas associadas
aPL positivo isolado, sem APS definida	Ácido acetilsalicílico (AAS)	75–100 mg/dia	Considerar profilaxia primária; iniciar preferencialmente no período pré-concepcional ou início da gestação
APS obstétrica sem trombose prévia	AAS + HBPM profilática	AAS 75–100 mg/dia + enoxaparina 40 mg/dia*	Iniciar precocemente; manter até o parto; avaliar suspensão do AAS próximo ao parto conforme risco hemorrágico
APS com trombose prévia	AAS + HBPM em dose terapêutica	AAS 75–100 mg/dia + enoxaparina 1 mg/kg 12/12h	Anticoagulação plena durante toda a gestação; warfarina é contraindicada na gestação



APS obstétrica de alto risco	AAS + HBPM (dose ajustada)	AAS + HBPM profilática ou intermediária	Considerar ajuste de dose conforme evolução clínica e Doppler fetal
APS obstétrica refratária	AAS + HBPM + HCQ	HCQ 200–400 mg/dia	Considerar em casos de falha terapêutica; avaliar equipe especializada
APS refratária selecionada	AAS + HBPM + terapias adjuvantes	IVIG ou corticosteroide em casos selecionados	Uso restrito a centros especializados; evidência limitada
Puerpério	Anticoagulação	HBPM por pelo menos 6 semanas	Avaliar risco trombótico; considerar transição para anticoagulante oral após o parto
Contraindicação ao tratamento padrão	Conduta individualizada	Avaliação especializada	Decisão caso a caso, considerando risco materno-fetal

Fonte: Elaboração própria, com base nas diretrizes do American College of Rheumatology para saúde reprodutiva em doenças reumáticas, nas recomendações da European Alliance of Associations for Rheumatology para o manejo da síndrome do anticorpo antifosfolípide, no Green-top Guideline nº 17 do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists e no Position Statement da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia sobre síndrome antifosfolípide obstétrica (Tektonidou et al., 2019; Sammaritano et al., 2020; Regan et al., 2023; FEBRASGO, 2021).

## 9 CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

A mudança do esquema terapêutico nas gestantes com Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide deve ser orientada por critérios clínicos, laboratoriais e obstétricos bem definidos, visando garantir a segurança materno-fetal e a eficácia do tratamento instituído. A avaliação contínua da resposta terapêutica é fundamental para a identificação precoce de falha do tratamento, progressão da doença, surgimento de eventos trombóticos ou hemorrágicos e desenvolvimento de complicações obstétricas relacionadas à insuficiência placentária. Dessa forma, os critérios apresentados a seguir orientam a tomada de decisão para ajuste, intensificação ou suspensão do tratamento, devendo essas decisões ser preferencialmente compartilhadas entre a equipe multiprofissional responsável pelo cuidado da gestante.

Tabela 6 – Critérios para reavaliação, modificação ou suspensão da conduta

Situação clínica ou obstétrica	Critério objetivo	Conduta recomendada
--------------------------------	-------------------	---------------------

Recorrência de perdas gestacionais	Novo abortamento, óbito fetal ou parto prematuro por insuficiência placentária apesar de tratamento padrão	Intensificar anticoagulação ou associar terapia adjuvante (ex.: hidroxicloroquina), conforme avaliação especializada
Progressão de insuficiência placentária	Piora do Doppler uterino/fetal ou surgimento de RCIU	Reavaliar dose de HBPM e intensificar monitoramento materno-fetal
Evento trombótico durante a gestação	Trombose arterial ou venosa confirmada	Escalonar para anticoagulação terapêutica plena e investigação de fatores associados
Falha terapêutica na APS obstétrica	Persistência de desfechos adversos com AAS + HBPM profilática	Considerar HBPM em dose intermediária ou terapêutica e terapias adjuvantes
Complicações hemorrágicas	Sangramento clinicamente significativo	Reduzir dose, suspender temporariamente anticoagulação ou reavaliar esquema terapêutico
Plaquetopenia significativa	Queda relevante de plaquetas associada ao uso de heparina	Suspender heparina e investigar trombocitopenia induzida por heparina
Efeitos adversos medicamentosos	Intolerância ou reação adversa grave	Substituir ou ajustar medicação conforme perfil clínico
Mudança no perfil de risco	Identificação de aPL de alto risco ou nova condição clínica	Reestratificar risco e ajustar tratamento
Proximidade do parto	Necessidade de planejamento periparto	Ajustar suspensão de AAS e HBPM conforme risco trombótico e hemorrágico

Fonte: laboração própria, com base nas diretrizes do American College of Rheumatology para saúde reprodutiva em doenças reumáticas, nas recomendações da European Alliance of Associations for Rheumatology para o manejo da síndrome do anticorpo antifosfolípide, no Green-top Guideline nº 17 do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists e no Position Statement da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia sobre síndrome antifosfolípide obstétrica (Sammaritano et al., 2020; Tektonidou et al., 2019; Regan et al., 2023; FEBRASGO, 2021).

A aplicação dos critérios de mudança terapêutica descritos neste protocolo visa assegurar uma abordagem dinâmica e individualizada do manejo da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide na gestação, permitindo a adequação do tratamento frente às variações do risco clínico e obstétrico ao longo da gestação. A decisão de modificação do esquema terapêutico deve sempre considerar a relação risco-benefício para a gestante e o feto, sendo recomendada a discussão em equipe multiprofissional, especialmente nos casos de alto risco ou refratários. O registro adequado das condutas adotadas e dos critérios que motivaram a

mudança terapêutica é fundamental para a continuidade do cuidado, a segurança assistencial e a avaliação dos desfechos maternos e perinatais.

## 10 CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

A definição de critérios para alta ou transferência da gestante com Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide é fundamental para garantir a continuidade segura do cuidado, a adequada utilização dos níveis de atenção à saúde e a prevenção de complicações materno-fetais. As decisões devem considerar a estabilidade clínica, o risco trombótico e obstétrico, a fase da gestação e a capacidade resolutiva do serviço assistencial, sendo sempre devidamente registradas em prontuário.

Tabela 7 – Critérios para reavaliação, modificação ou suspensão da conduta

Situação clínica	Critério objetivo	Conduta assistencial
Gestante clinicamente estável	Ausência de eventos trombóticos ou obstétricos ativos	Alta do atendimento especializado, com seguimento em pré-natal de alto risco e manutenção do plano terapêutico estabelecido
Diagnóstico de APS confirmado e tratamento instituído	Conduta definida e estável	Manutenção do acompanhamento ambulatorial, com orientações claras sobre adesão terapêutica e sinais de alerta
aPL positivo sem critérios para APS	Exclusão diagnóstica de SAF	Alta do protocolo específico de APS e seguimento conforme risco obstétrico habitual
Proximidade do parto	Necessidade de manejo periparto especializado	Transferência para serviço com suporte obstétrico e neonatal adequado
Complicações obstétricas graves	Pré-eclâmpsia grave, RCIU importante, insuficiência placentária	Transferência para unidade de referência em gestação de alto risco
Evento trombótico agudo	Trombose arterial ou venosa confirmada	Transferência imediata para unidade hospitalar com suporte clínico especializado
Complicações hemorrágicas	Sangramento clinicamente relevante	Avaliação hospitalar e possível transferência para serviço de maior complexidade
Necessidade de abordagem multiprofissional	Caso refratário ou de alto risco	Transferência ou encaminhamento para centro especializado

Fonte: Elaboração própria, com base nas diretrizes do American College of Rheumatology para saúde reprodutiva em doenças reumáticas e no Position Statement da Federação

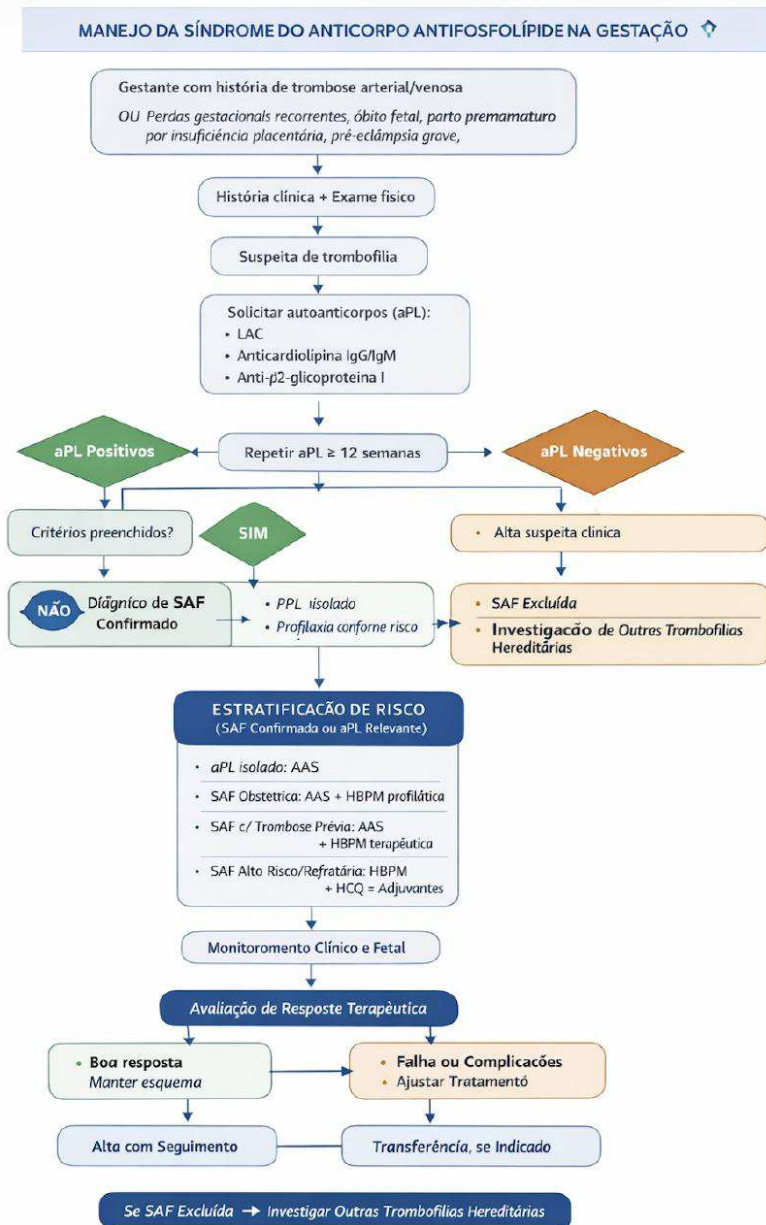
Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia sobre síndrome antifosfolípide obstétrica (Sammaritano et al., 2020; FEBRASGO, 2021).

A aplicação dos critérios de alta ou transferência descritos neste protocolo visa assegurar que as gestantes com Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide recebam cuidado adequado ao seu nível de risco clínico e obstétrico, evitando tanto a permanência desnecessária em serviços de alta complexidade quanto a exposição a riscos decorrentes de acompanhamento insuficiente. A decisão de alta ou transferência deve ser individualizada, baseada em avaliação clínica contínua e na capacidade assistencial do serviço, garantindo a segurança materna e fetal e a integralidade do cuidado.

## **11 FLUXOS**

O fluxograma a seguir apresenta de forma integrada e sequencial o manejo assistencial da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide na gestação, desde a identificação inicial da gestante com suspeita de trombofilia até a definição da conduta terapêutica, monitoramento, alta ou transferência. O fluxo foi elaborado com base em diretrizes nacionais e internacionais de alta qualidade metodológica, priorizando a SAF como trombofilia adquirida de investigação inicial obrigatória na gestação. Destaca-se, de forma explícita, o ponto decisório em que a investigação de outras trombofilias deve ser considerada, restrita às situações em que o diagnóstico de SAF tenha sido adequadamente excluído, garantindo racionalidade diagnóstica, segurança assistencial e padronização das condutas clínicas.

Figura 1 – Fluxo assistencial para avaliação e manejo



Fonte: Elaboração própria com base nas diretrizes ACR (2020); EULAR (2019); RCOG (2023); FEBRASGO (2021).

A utilização do fluxograma mestre neste protocolo visa padronizar a tomada de decisão clínica, reduzir variações assistenciais e apoiar a atuação multiprofissional no cuidado à gestante com suspeita ou diagnóstico de Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide. O fluxo deve ser aplicado de maneira dinâmica, respeitando as particularidades clínicas de cada paciente e as condições estruturais do serviço de saúde, sem substituir o julgamento clínico individual. A adequada documentação das decisões ao longo do percurso assistencial é fundamental para a continuidade do cuidado, a avaliação dos desfechos maternos e perinatais e a atualização periódica do protocolo.

## 12 MONITORAMENTO

O monitoramento da gestante com Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide deve ser contínuo e sistemático, com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança do tratamento instituído, identificar precocemente complicações maternas e fetais e subsidiar ajustes terapêuticos oportunos. O acompanhamento deve considerar o perfil de risco clínico e sorológico da paciente, o estágio da gestação e as condutas em uso, sendo realizado de forma integrada pela equipe multiprofissional.

Tabela 8 – Parâmetros de monitoramento

Dimensão do monitoramento	Parâmetro avaliado	Periodicidade	Objetivo assistencial
Monitoramento clínico materno	Sinais e sintomas trombóticos ou hemorrágicos	Em todas as consultas	Identificar precocemente eventos trombóticos ou complicações hemorrágicas
Monitoramento clínico materno	Pressão arterial e ganho ponderal	Rotina do pré-natal	Rastrear pré-eclâmpsia e outras complicações hipertensivas
Monitoramento laboratorial	Hemograma completo	Basal e periódico	Avaliar anemia, plaquetopenia e segurança da anticoagulação
Monitoramento laboratorial	Função renal e hepática	Basal e conforme risco	Monitorar segurança medicamentosa
Monitoramento laboratorial	Coagulograma (TP/TTPa)*	Conforme indicação clínica	Avaliar alterações associadas à anticoagulação
Monitoramento terapêutico	Adesão ao uso de AAS e HBPM	Contínuo	Garantir eficácia do tratamento
Monitoramento fetal	Ultrassonografia obstétrica	Conforme idade gestacional	Avaliar crescimento fetal e vitalidade
Monitoramento fetal	Doppler de artérias uterinas e fetais	APS/OAPS	Identificar sinais de insuficiência placentária

Monitoramento fetal	Cardiotocografia	Gestação avançada	Avaliar bem-estar fetal
Monitoramento de complicações	Avaliação de sangramentos	Contínuo	Prevenir eventos adversos relacionados à anticoagulação
Monitoramento no puerpério	Avaliação trombótica	Até 6 semanas pós-parto	Reduzir risco trombótico puerperal

Fonte: Elaboração própria com base nas diretrizes clínicas ACR (2020); EULAR (2019); FEBRASGO (2021).

O monitoramento descrito neste protocolo deve ser adaptado ao risco individual da gestante e às condições assistenciais do serviço de saúde, mantendo-se a vigilância clínica e fetal ao longo de toda a gestação e no período puerperal. A identificação precoce de alterações clínicas ou laboratoriais permite a adoção de medidas oportunas, reduzindo a ocorrência de desfechos adversos maternos e perinatais. Todas as avaliações e decisões devem ser devidamente registradas em prontuário, garantindo a continuidade e a segurança do cuidado.

### 13 REFERÊNCIAS

AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. **Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas: AGREE II**. Tradução para o português. Maio de 2009. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>

DANOWSKI, Adriana; REGO, Jozelia; KAKEHASI, Adriana M.; FUNKE, Andreas; CARVALHO, Jozelio Freire de; LIMA, Isabella V. S.; SOUZA, Alexandre Wagner Silva de; LEVY, Roger A. Diretrizes para o tratamento da síndrome do anticorpo antifosfolípideo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 184–192, 2013. DOI: 10.1590/S0482-50042013000200005.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Síndrome antifosfolípide obstétrica. **FEBRASGO Position Statement**, n. 6, jun. 2021. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

FERNANDES, M. A.; GERARDI, M. C.; ANDREOLI, L.; TINCANI, A. Management of maternal antiphospholipid syndrome. **Clinical and Experimental Rheumatology**, Pisa, v. 38, p. 149–156, 2020.

HONG, Sir-Yeon; KIM, Seo-Yeon; KIM, Jin-Ha; HONG, Jee-Youn; SUNG, Ji-Hee; CHOI, Suk-Joo; OH, Soo-Young; ROH, Cheong-Rae. Predictive value of quad serum markers for adverse pregnancy outcome in antiphospholipid antibody syndrome. **Lupus**, London, v. 30, n. 6, p. 981–990, 2021. DOI: 10.1177/09612033211001126.

MURVAI, Viorela Romina; GALIȘ, Radu; PANAITESCU, Anca; RADU, Casandra Maria; GHITEA, Timea Claudia; TRIF, Paula; ONIȚA-AVRAM, Miruna; VESA, Alexandra Alina; HUNIADI, Anca.

Antiphospholipid syndrome in pregnancy: a comprehensive literature review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Londres, v. 25, art. 337, 2025. DOI: 10.1186/s12884-025-07471-w.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Recurrent miscarriage: Green-top Guideline No. 17. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Londres, v. 130, n. 9, p. e39–e69, 2023. DOI: 10.1111/1471-0528.17515.

RUFFATTI, Amelia; HOXHA, Ariela; FAVARO, Maria; TONELLO, Marta; COLPO, Anna; CUCCHINI, Umberto; BANZATO, Alessandra; PENGIO, Vittorio. Additional treatments for high-risk obstetric antiphospholipid syndrome: a comprehensive review. **Clinical Reviews in Allergy & Immunology**, New York, v. 53, n. 1, p. 17–25, 2017. DOI: 10.1007/s12016-016-8571-6.

SAMMARITANO, Lisa R.; BERMAS, Bonnie L.; CHAKRAVARTY, Eliza E.; CHAMBERS, Christina; CLOWSE, Megan E. B.; LOCKSHIN, Michael D.; MARDER, Wyndy M.; GUYATT, Gordon; et al. 2020 American College of Rheumatology guideline for the management of reproductive health in rheumatic and musculoskeletal diseases. **Arthritis Care & Research**, Hoboken, v. 72, n. 4, p. 461–488, 2020. DOI: 10.1002/acr.24130.

TEKTONIDOU, Maria G. et al. EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 78, n. 10, p. 1296–1304, 2019. DOI: 10.1136/annrheumdis-2019-215213.

BRITISH SOCIETY FOR HAEMATOLOGY. *Guidelines on the investigation and management of antiphospholipid syndrome*. London: **British Society for Haematology**, 2024.



## 14 DOCUMENTOS RELACIONADOS

## PONTUAÇÃO POR DOMÍNIO (AGREE II) – % (0–100)

Documento	Tipo	Dom.1 Escopo	Dom.2 Partes interessadas	Dom.3 Rigor	Dom.4 Clareza	Dom.5 Aplicabilidade	Dom.6 Independência	Qualidade global	Recomendação p/ protocolo	Justificativa
ACR 2020 – Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases (Sammaritano et al.)	Guideline	7	6	7	7	6	6	7	Recomenda (base central)	Guideline estruturada, com método explícito, recomendações claras e aplicáveis à prática reumato/obstétrica, incluindo aPL/APS.
EULAR 2019 – APS in adults (Tektonidou et al.)	Guideline	6	5	6	7	5	6	6	Recomenda (base central com recorte obstétrico)	Excelente como guideline de APS, com recomendações úteis para gestação, mas não é guideline exclusivamente obstétrica.
RCOG 2023 – Recurrent Miscarriage Green-top 17 (Regan et al.)	Guideline	6	6	6	7	6	6	6	Recomenda (base central para perdas recorrentes + APS)	Muito forte para o eixo “abortamento de repetição/APS”, com recomendações diretas (testagem e manejo). Escopo não cobre todo APS obstétrico (ex.: pré-eclâmpsia/FGR em profundidade).
FEBRASGO 2021 – Position Statement: Síndrome antifosfolípide obstétrica	Position statement	6	4	4	6	5	4	5	Recomenda com ressalvas (base nacional)	Excelente alinhamento ao contexto brasileiro e linguagem prática, mas usualmente com <b>menor detalhamento metodológico</b> (busca/seleção/força da evidência).

SBR 2013 – Diretrizes para tratamento da SAF (Danowski et al.)	Diretriz	6	4	4	6	4	4	5	Recomenda com ressalvas (apoio histórico/consistência)	Útil como diretriz nacional e para coerência conceitual, mas <b>antiga</b> e com aplicabilidade/atualização inferiores às de 2019–2023.
Fernandes et al. 2020 – Management of maternal APS	Revisão narrativa	5	3	3	5	3	4	4	Suporte (não usar como base normativa)	Ótima revisão prática para discussão e racional clínico, mas não substitui guideline (método e gradação limitados).
Ruffatti et al. 2017 – Additional treatments for high-risk OAPS	Revisão (alto risco)	5	3	3	5	3	4	4	Suporte (alto risco/refratária)	Boa para “condutas adicionais” (refratárias/alto risco), mas não é diretriz nem protocolo formal.
Murvai et al. 2025 – APS in pregnancy: comprehensive literature review (BMC)	Revisão abrangente	6	3	4	6	3	4	5	Suporte (atualização e lacunas)	Muito útil para atualização 2025 e síntese, porém não é guideline; aplicabilidade operacional é menor.
Hong et al. 2021 – Quad serum markers in APS (Lupus)	Estudo observacional	3	2	2	4	2	4	3	Não recomenda como base de protocolo	Serve como evidência pontual (predição/estratificação), mas não é documento normativo para conduta assistencial.

O protocolo assistencial para o manejo da síndrome do anticorpo antifosfolípide na gestação pode ser estruturado a partir de uma hierarquia clara de documentos, tendo como base normativa central as diretrizes do American College of Rheumatology de 2020, as recomendações da European Alliance of Associations for Rheumatology de 2019 e o guideline do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists de 2023, especialmente no que se refere às perdas gestacionais recorrentes associadas à síndrome, complementadas pelo Position Statement da FEBRASGO de 2021, que permite a adaptação das recomendações ao contexto assistencial brasileiro e à prática clínica

nacional. Como suporte teórico e clínico para aprofundamento de tópicos específicos e manejo de situações particulares, o protocolo pode incorporar revisões narrativas e abrangentes, como o trabalho de Fernandes et al. (2020), que contribui para a compreensão do manejo materno da síndrome, o estudo de Ruffatti et al. (2017), voltado aos casos obstétricos de alto risco e às terapias adicionais em situações refratárias, e a revisão recente de Murvai et al. (2025), que oferece uma síntese atualizada da literatura e identifica lacunas relevantes para a prática clínica.

## 15 HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº versão	Data	Descrição das alterações
00	00/00/0000	Publicação Inicial

APROVAÇÕES	Nome	Cargo	Assinatura	Data
Elaboração	Ana Paula	Residente		
Análise				
Validação		Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade		
Aprovação		Chefe de Unidade/Setor		
Aprovação		Chefe de Divisão/Setor		
Aprovação		Gerência imediata		
Homologação		Analista da Unidade de Gestão da Qualidade		

## ANEXO B - QUESTIONÁRIO APLICADO A EQUIPE ASSISTENCIAL

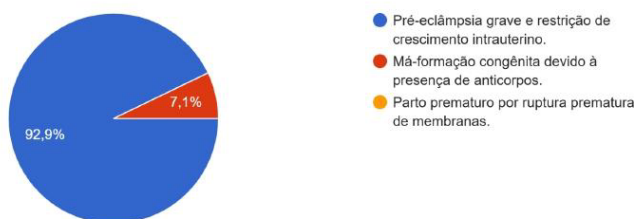
### Resultados do questionário sobre SAF na gestação

O questionário foi aplicado online, por meio da plataforma Google Forms, à equipe médica da Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). Teve como objetivo identificar percepções clínicas, dúvidas frequentes e práticas relacionadas à Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF) na gestação, de forma a subsidiar a estruturação do protocolo assistencial institucional. A seguir, são apresentados os gráficos correspondentes às perguntas respondidas por 14 profissionais da equipe.

#### Figura 1 – Complicação obstétrica mais comum associada à SAF

Qual é a complicação obstétrica mais comum associada à SAF?

14 respostas

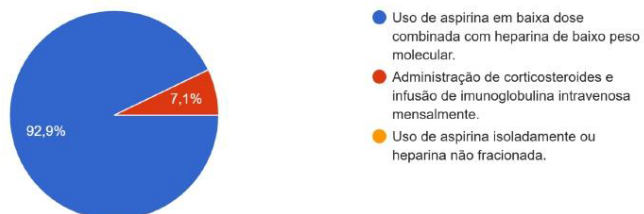


Fonte: Elaboração própria (2024).

#### Figura 2 – Tratamento mais utilizado para prevenir complicações da SAF na gestação

Qual é o tratamento mais utilizado para prevenir complicações da SAF na gestação?

14 respostas



Fonte: Elaboração própria (2024).

### Figura 3 – Exame essencial para monitorar a saúde fetal em gestantes com SAF

Qual exame é essencial para monitorar a saúde do feto em gestantes com SAF?

14 respostas

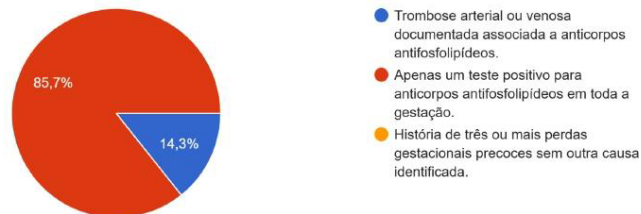


Fonte: Elaboração própria (2024).

### Figura 4 – Condição que exclui o diagnóstico de SAF

Qual das seguintes condições exclui o diagnóstico de SAF?

14 respostas

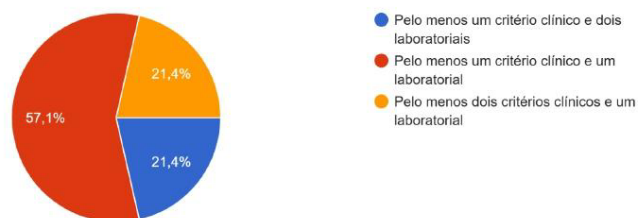


Fonte: Elaboração própria (2024).

**Figura 5 – Critérios de Sapporo ou Sydney para diagnóstico da SAF**

Como funciona os critérios de Sapporo ou Sydney para diagnóstico da SAF:

14 respostas

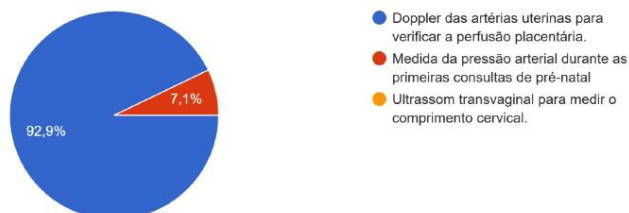


Fonte: Elaboração própria (2024).

**Figura 6 – Exame indicado para avaliar sinais de insuficiência placentária na gestação com SAF**

Qual exame é indicado para avaliar precocemente sinais de insuficiência placentária em gestantes com SAF?

14 respostas

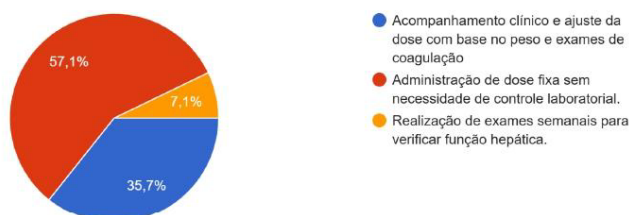


Fonte: Elaboração própria (2024).

#### Figura 7 – Monitoramento do uso de heparina em gestantes com SAF

Como deve ser feito o monitoramento do uso de heparina em gestantes com SAF?

14 respostas

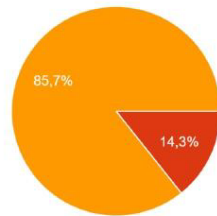


Fonte: Elaboração própria (2024).

#### Figura 8 – Frequência recomendada da dopplerfluxometria na gestação com SAF

Em qual dos casos abaixo será recomendado utilizar HBPM em dose plena:

14 respostas



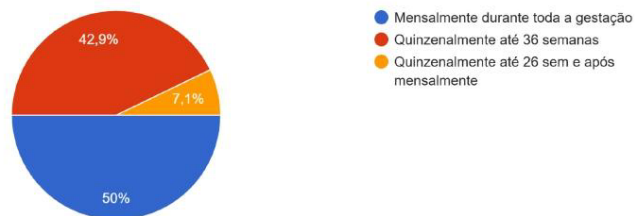
- Após 3 ou mais abortamentos inexplicados antes de 10 semanas
- Se o anticorpo anticardiolipina estiver fortemente positivo
- Trombose venosa ou arterial em qualquer tecido confirmada por exame de imagem

**Fonte:** Elaboração própria (2024).



Avaliação da dopplerfluxometria do pré natal em casos de SAF devem ocorrer com que frequência:

14 respostas

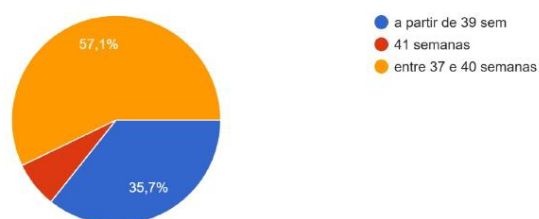


Fonte: Elaboração própria (2024).

### Figura 9 – Idade gestacional ideal para interrupção da gestação em pacientes com SAF

A interrupção da gestação no caso de SAF é recomendada com que idade gestacional:

14 respostas

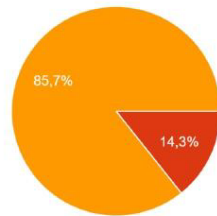


Fonte: Elaboração própria (2024).

### Figura 10 – Indicação de HBPM em dose plena na gestação com SAF

Em qual dos casos abaixo será recomendado utilizar HBPM em dose plena:

14 respostas



- Após 3 ou mais abortamentos inexplicados antes de 10 semanas
- Se o anticorpo anticardiolipina estiver fortemente positivo
- Trombose venosa ou arterial em qualquer tecido confirmada por exame de imagem

**Fonte:** Elaboração própria (2024).