



Outcomes de Gravidez em Doenças Reumáticas Inflamatórias: Casuística do Serviço de Reumatologia

Tatiana Proença de Ascensão

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Mestrado Integrado)

Orientadora: Dra. Joana Fonseca Ferreira

janeiro de 2025

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Tatiana Proença de Ascensão, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 43140 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 23 /01 /2025

Tatiana Ascensão

Folha em branco

Agradecimentos

Em primeiro lugar, um agradecimento especial aos meus pais, por terem sempre acreditado em mim e por me ensinarem a importância da resiliência e a coragem de seguir os meus sonhos. Este percurso só foi possível graças ao vosso apoio incondicional e à certeza que me transmitiram de que seria capaz de alcançar tudo a que me propusesse. Obrigada por serem o meu alicerce e exemplo de vida.

Ao meu irmão, que sempre brincou com o facto de terminar os estudos antes de mim, mas que sempre me apoiou. Obrigada. Estou quase a apanhar-te!

À minha avó Nem-Nem, como carinhosamente a chamo desde que me lembro, que quando soube que tinha entrado em medicina me disse “já não te devo ver formada”: avó, está quase! Obrigada por tudo o que sempre fizeste e continuas a fazer por mim. És uma inspiração na minha vida.

À minha tia Ana, cuja paciência, dedicação e amor pelo saber despertaram em mim uma curiosidade inesgotável e que, com horas infinitas de estudo ao meu lado, desempenhou um papel fundamental no meu percurso académico, deixo o meu profundo agradecimento e reconhecimento.

Ao Eduardo, meu companheiro incansável, que esteve ao meu lado em cada etapa deste caminho, que foi casa e colo, força e tranquilidade. Que me motivou e nunca me deixou cair. O meu porto seguro. Contigo, tudo é mais fácil. Muito obrigada, meu amor.

Aos meus amigos e à minha família, por todo o amor, apoio e paciência, estou imensamente grata. Cada palavra de incentivo e cada gesto de carinho tornaram este caminho mais leve, feliz e especial.

À Dra. Joana, que me marcou pelo seu profissionalismo e humanidade com que trata cada utente. Por todo o apoio, paciência e ensinamentos, muito obrigada.

Concluir este curso representa a concretização de um sonho e o culminar de um percurso marcado por esforço, resiliência e dedicação. Depois de já ter concluído outro curso, foram seis anos de novos desafios, aprendizagens e crescimento pessoal, que só foram possíveis pelo apoio incondicional das pessoas que mais amo e que sempre acreditaram em mim, mesmo quando eu própria duvidava. A todos, o meu sincero obrigado.

Folha em branco

Resumo

Introdução: A gravidez em mulheres com doenças reumáticas está associada a um risco acrescido de resultados adversos maternos e fetais. No entanto, evidências atuais indicam que, com um planeamento adequado, é possível alcançar gravidezes bem-sucedidas.

Objetivos: Avaliar o impacto das doenças reumáticas inflamatórias nas gravidezes das utentes acompanhadas pelo serviço de reumatologia da ULS da Guarda nos últimos 15 anos.

Materiais e Métodos: Estudo transversal, observacional e descritivo, baseado na recolha de dados clínicos do sistema SClinico de utentes seguidas pelo serviço de reumatologia da ULS da Guarda, que engravidaram após diagnóstico de doença reumática inflamatória.

Crítérios de inclusão: Mulheres em idade fértil com diagnóstico de doença reumática inflamatória (artrite reumatóide, espondiloartrite, artrite psoriática, lúpus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, síndrome de Sjögren, doença mista do tecido conjuntivo ou doença indiferenciada do tecido conjuntivo) e história de gravidez.

Crítérios de exclusão: Mulheres com outras condições reumáticas não listadas, gravidezes anteriores ao diagnóstico ou ausência de consentimento informado.

Os registos clínicos foram analisados após o cruzamento de dados entre as consultas ou internamentos dos serviços de reumatologia e obstetrícia.

Resultados: Vinte e quatro mulheres preencheram os critérios de inclusão, totalizando 31 gravidezes. A média de idade atual foi de $39,3 \pm 3,5$ anos; a média de idade ao diagnóstico foi de $29,4 \pm 6,2$ anos e ao parto, de $34,3 \pm 4,2$ anos. Entre estas mulheres, 41,7% tinham artrite reumatóide, 16,7% espondiloartrite axial, 12,5% espondiloartrite com doença inflamatória intestinal ou síndrome de Sjögren e 4,2% tinham artrite psoriática, lúpus eritematoso sistémico ou outras doenças do tecido conjuntivo.

Durante a gravidez, 71% das utentes não apresentaram comorbilidades. A doença encontrava-se ativa (utilizando as pontuações de atividade específicas para cada doença) em 16,1% das mulheres no momento da conceção; 9,7% registaram atividade durante a gravidez, enquanto as restantes se mantiveram estáveis ou melhoraram. A exacerbação pós-parto foi observada em 25,8%.

A gravidez foi planeada em 87,1% dos casos, sendo que 35,5% receberam aconselhamento pré-concepcional; e 3,2% das gravidezes ocorreram através de tratamento de fertilidade.

Registaram-se quatro abortos espontâneos e 28 nados-vivos, incluindo uma gravidez gemelar. Os métodos de parto incluíram 55,6% cesarianas, 37% partos vaginais e 7,4% partos assistidos. Nascimentos prematuros ocorreram em 3,2% dos casos, tal como casos de sofrimento fetal. Os resultados fetais saudáveis representaram 87,1%, com 9,7% de baixo peso à nascença e nenhum caso de lúpus neonatal, apesar de 16,1% das mães serem positivas para o anticorpo anti-SSA.

Quanto à utilização de medicamentos modificadores de doença reumática (DMARDs), 25,8% das utentes não estavam medicadas com DMARDs no período pré-gestacional. Entre as que estavam medicadas, identificámos 22,6% sob hidroxicloroquina e 19,5% sob prednisolona. Com a mesma frequência, encontrámos sulfassalazina e metotrexato, sendo outros medicamentos utilizados em percentagens mais baixas. Durante a gravidez, 54,8% interromperam o uso de DMARDs e 45,2% continuaram o tratamento.

Conclusões: Apesar dos desafios colocados pelas doenças reumáticas, o acompanhamento em reumatologia permitiu que a maioria das mulheres tivesse uma gravidez bem-sucedida, o que resultou no nascimento de 28 crianças sob os cuidados do serviço de reumatologia da ULS da Guarda nos últimos 15 anos.

Palavras-chave

Doenças reumáticas inflamatórias; Gravidez; Resultados maternos; Resultados fetais; DMARDs

Folha em branco

Abstract

Introduction: Pregnancy in women with rheumatic diseases carries an increased risk of adverse maternal and fetal outcomes. However, real-world data indicate that, with proper planning, successful pregnancies are achievable.

Objectives: To evaluate the impact of inflammatory rheumatic diseases on the pregnancies of patients followed by the Rheumatology Department of ULSG over the past 15 years.

Materials and Methods: A cross-sectional, observational, descriptive study collected clinical data from the SClínico system for patients in the Rheumatology Department of ULSG who became pregnant post-diagnosis.

Inclusion criteria: Women of childbearing age with a diagnosis of inflammatory rheumatic disease (rheumatoid arthritis, spondyloarthritis, psoriatic arthritis, systemic lupus erythematosus, antiphospholipid syndrome, Sjögren's syndrome, mixed connective tissue disease, or undifferentiated connective tissue disease) and a history of pregnancy.

Exclusion criteria: Women with other rheumatic conditions not listed, pregnancies before diagnosis, or lack of consent.

Clinical records were reviewed, cross-referencing rheumatology and obstetric appointments or admissions.

Results: Twenty-four women met inclusion criteria, encompassing 31 pregnancies. The mean current age was 39.3 ± 3.5 years; age at diagnosis was 29.4 ± 6.2 years, and at delivery, 34.3 ± 4.2 years. Among these women, 41,7% had rheumatoid arthritis, 16,7% axial spondyloarthritis, 12,5% spondyloarthritis with inflammatory bowel disease or Sjögren's syndrome, and 4,2% had psoriatic arthritis, lupus, or other connective tissue diseases.

During pregnancy, 71% had no comorbidities. The disease was active (using activity scores for each disease) in 16.1% at conception; 9.7% experienced activity during pregnancy, while the rest were stable or improved. Postpartum exacerbation occurred in 25.8%.

Pregnancy was planned in 87.1% of cases, with 35.5% receiving pre-pregnancy counseling; and 3.2% conceived via fertility treatment. There were four miscarriages and 28 live births, including twins. Delivery methods included 55,6% cesarean, 37% vaginal, and 7,4% assisted. Preterm births occurred in 3,2%, and 3,2% showed fetal distress. Healthy outcomes

accounted for 87.1%, with 9.7% low birth weight, and no neonatal lupus cases, despite 16.1% anti-SSA antibody positivity.

Regarding the use of disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs), 25.8% did not use DMARDs pre-pregnancy. Of those who did, 22.6% used hydroxychloroquine and 19.5% prednisolone. Sulfasalazine and methotrexate were used with the same frequency, while other medications were used in lower percentages. During pregnancy, 54.8% discontinued the use of DMARDs, and 45.2% continued them.

Conclusions: Despite the challenges posed by rheumatic diseases, follow-up care in rheumatology enabled most women to have successful pregnancies, with 28 children born under our care in the past 15 years.

Keywords

Inflammatory rheumatic diseases;Pregnancy;Maternal outcomes;Fetal outcomes;DMARDs

Folha em branco

Índice

1. Introdução.....	1
2. Materiais e Métodos	6
2.1. Tipo de estudo	6
2.2. Amostra	6
2.2.1. Critérios de inclusão.....	6
2.2.2. Critérios de exclusão.....	6
2.3. Variáveis em estudo	6
2.4. Procedimento.....	7
2.5. Análise estatística	8
2. Resultados	9
2.1. Caracterização da amostra	9
2.2. Caracterização demográfica, clínica e diagnóstica das utentes	10
2.3. Caracterização da gravidez.....	11
2.4. Caracterização dos resultados obstétricos e neonatais	12
2.5. Caracterização da terapêutica usada antes e durante a gravidez	14
2.6. Caracterização do pós-parto e amamentação	15
2.7. Caracterização dos hábitos tabágicos e alcoólicos	15
3. Discussão	16
3.1. Características da amostra	16
3.2. Doenças reumáticas inflamatórias.....	16
3.3. Atividade da doença durante a gravidez	16
3.4. Planeamento da gravidez e aconselhamento pré-concepcional	16
3.5. Resultados obstétricos	17
3.6. Resultados neonatais	17
3.7. Uso de DMARD.....	18

3.8. Pós-parto e amamentação.....	18
3.9. Hábitos tabágicos e alcoólicos	19
3.10. Limitações do estudo	19
4. Perspetivas futuras e conclusão.....	20
5. Referências bibliográficas.....	21
6. Anexos	24
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da ULS da Guarda.....	24
Anexo 2 – Consentimento Informado	25
Anexo 3 – Certificado de Participação e Apresentação do Trabalho nas XXXII Jornadas Internacionais do Instituto Português de Reumatologia.....	30
Anexo 4 – Certificado de Aceitação do Trabalho no “ <i>13th International Conference on Reproduction, Pregnancy and Rheumatic diseases</i> ”	31

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1 – Caracterização da amostra.

Folha em branco

Lista de Figuras

Gráfico 1 – Diagnósticos das utentes incluídas no estudo.

Gráfico 2 – Terapêutica usada antes e durante a gravidez.

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Visão geral do uso de medicação antirreumática no período pré-concepcional, durante a gravidez e durante a amamentação. Inclui as categorias de segurança dos fármacos segundo a Food and Drug Administration (FDA).

Tabela 2 – Caracterização das gestações com doença ativa no momento da concepção.

Tabela 3 – Caracterização das 4 gestações que resultaram em aborto.

Tabela 4 – Caracterização das utentes que estavam sob metotrexato antes da gravidez.

Folha em branco

Lista de Acrónimos

ACR	<i>American College of Rheumatology</i>
AINE	Anti-Inflamatório Não Esteróide
Anti-SSA	<i>Anti-Sjögren's Syndrome-Related Antigen A</i>
AP	Artrite Psoriática
AR	Artrite Reumatóide
DII	Doença Inflamatória Intestinal
DITC	Doença Indiferenciada do Tecido Conjuntivo
DMARD	<i>Disease-Modifying Antirheumatic Drug</i>
DMTC	Doença Mista do Tecido Conjuntivo
EULAR	<i>European League Against Rheumatism</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
LES	Lúpus Eritematoso Sistémico
SAF	Síndrome Antifosfolipídica
SpA	Espondiloartrite
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SS	Síndrome de Sjögren
Th	<i>T helper</i>
UBI	Universidade da Beira Interior
ULS	Unidade Local de Saúde

Folha em branco

1. Introdução

As doenças reumáticas inflamatórias são condições crônicas que afetam uma parte significativa da população mundial, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes e tendo implicações importantes na gestão da sua saúde.

Estas patologias afetam frequentemente mulheres em idade fértil (1), muitas das quais desejam engravidar após o diagnóstico. Este desejo deve ser respeitado e a gravidez orientada de forma a obter o melhor resultado possível.

Durante a gravidez, o corpo materno passa por alterações hormonais, metabólicas e imunológicas, que incluem o aumento do volume plasmático, do débito cardíaco e dos fatores de coagulação, bem como alterações na tensão arterial e na resposta imunológica, que passa de um perfil predominantemente Th1 para Th2, favorecendo, assim, um ambiente anti-inflamatório. (2) Estas mudanças, embora fisiológicas, podem mimetizar a atividade das doenças reumáticas.

A artrite reumatóide (AR), uma doença autoimune caracterizada por inflamação crônica das articulações, tende a melhorar espontaneamente durante a gravidez (3) devido à modulação imunológica. (4) Contudo, há um risco aumentado de exacerbação no período do pós-parto. (3) A AR está associada a uma maior predisposição para pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, aborto espontâneo, fetos pequenos para a idade gestacional, parto prematuro e baixo peso ao nascer, especialmente em casos de alta atividade da doença. (5)

A espondiloartrite (SpA) inclui um espectro de doenças caracterizadas por inflamação das articulações sacroilíacas, coluna vertebral e/ou articulações periféricas, podendo associar-se a características não articulares, como a psoríase e a doença inflamatória intestinal (DII). (6) A artrite psoriática (AP) é outra doença inflamatória crônica associada à psoríase, que pode afetar tanto a pele quanto as articulações. (7) Durante a gravidez, a atividade da doença em ambas as condições tende a permanecer relativamente estável (8,9), permitindo, geralmente, resultados gestacionais favoráveis. (10) Em contrapartida, a DII, que inclui a doença de Crohn e a colite ulcerosa, pode manter-se ativa durante a gravidez e apresenta um risco considerável de exacerbação, especialmente se a doença estava ativa no momento da concepção. (11) O controlo rigoroso da DII é essencial para minimizar complicações, como a restrição do crescimento intrauterino, a morte fetal e o parto prematuro. (12)

O lúpus eritematoso sistémico (LES) e as doenças do tecido conjuntivo, como a síndrome antifosfolipídica (SAF), a síndrome de Sjögren (SS), a doença mista do tecido conjuntivo (DMTC) e a doença indiferenciada do tecido conjuntivo (DITC) também podem ter um impacto significativo na gravidez.

Relativamente ao LES, uma doença autoimune caracterizada pela produção de autoanticorpos e pelo envolvimento de múltiplos órgãos (13), a atividade da doença frequentemente piora durante a gravidez, havendo um maior risco de exacerbações, especialmente em mulheres com doença ativa nos 6 meses anteriores à concepção. (14) As principais complicações gestacionais incluem pré-eclâmpsia, aborto espontâneo, restrição do crescimento intrauterino e parto prematuro. (15) A SAF, uma doença autoimune definida como trombose (venosa, arterial ou microvascular) ou morbidade gestacional (16), é frequentemente associada ao LES e aumenta ainda mais o risco de perda fetal, trombose e insuficiência placentária. (17)

A SS é uma doença autoimune que afeta as glândulas exócrinas e pode associar-se a complicações fetais graves, como o lúpus neonatal, devido à presença dos anticorpos anti-SSA e anti-SSB, que podem atravessar a placenta e impactar o desenvolvimento fetal. (18)

A gravidez em mulheres com doenças reumáticas está, assim, associada a um risco aumentado de resultados maternos e fetais adversos (5,10,11,15,17–19), exigindo um planeamento cuidadoso. Este planeamento permite não só avaliar se a gravidez pode representar um risco inaceitavelmente elevado para a mãe ou para o feto, como também minimizar fatores que possam impactar negativamente os resultados da gravidez. (20)

O principal desafio consiste em ajustar o tratamento necessário para controlar a doença sem colocar o feto em risco. Idealmente, a doença deve estar em remissão e a medicação deve ser ajustada de acordo com o conhecimento atual sobre os riscos dos medicamentos utilizados, antes da concepção e durante toda a gravidez. (21)

Recomenda-se a suspensão dos medicamentos contraindicados na gravidez, cujos efeitos não foram adequadamente estudados, antes da concepção planeada. (22) Uma visão geral sobre o uso da medicação antirreumática no período pré-concepcional, durante a gravidez e a amamentação encontra-se apresentada na Tabela 1.

A presente dissertação tem como objetivo avaliar o impacto das doenças reumáticas inflamatórias nas gravidezes das utentes acompanhadas no serviço de reumatologia da ULS da Guarda.

Tabela 1 - Visão geral do uso de medicação antirreumática no período pré-concepcional, durante a gravidez e durante amamentação. Inclui as categorias de segurança dos fármacos segundo a Food and Drug Administration (FDA). (21–23)

Medicação	Pré-Concepção	Gravidez	Amamentação
Hidroxicloroquina	++	++ Categoria FDA: C.	++
Sulfassalazina	++	++ Categoria FDA: B.	++
Colchicina	++	++ Categoria FDA: C.	++
Azatioprina, 6-mercaptopurina	++	++ Categoria FDA: D.	+ Baixa transferência.
Prednisona	+ Reduzir para < 20 mg/dia, adicionando imunossupressores compatíveis com a gravidez.	+ Usar a menor dose efetiva.	+ Após uma dose > 20 mg, adiar a amamentação durante 4 horas.
Ciclosporina, Tacrolimo	+ Monitorizar a pressão arterial.	+ Categoria FDA: C. Monitorizar a pressão arterial.	+ Baixa transferência.
AINEs	+	+ Categoria FDA: B (1º e 2º trimestre) e D (3º trimestre). Descontinuar no 3º trimestre.	+
Certolizumab	++	++ Categoria FDA: B.	++
Infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab	+	+ Categoria FDA: B.	++

		Descontinuar no 3º trimestre.	
Rituximab	+ Interromper na concepção.	+ Categoria FDA: C. Só deve ser considerado em mulheres com doença com risco de vida/órgãos.	++
Anakinra, belimumab, abatacept, tocilizumab, secukinumab, ustekinumab	+ Interromper na concepção.	X Categoria FDA: B/C. Descontinuar porque não existem dados suficientes para concluir a sua segurança.	+ Transferência mínima devido ao grande tamanho molecular, mas não existem dados disponíveis.
Não compatíveis com a gravidez			
Metotrexato	XX Interromper 1-3 meses antes da concepção.	XX Categoria FDA: X. Parar e dar ácido fólico.	X Dados limitados sugerem baixa transferência, mas é contraindicado.
Leflunomida	XX Mulheres com níveis séricos detetáveis do metabolito: eliminar o fármaco usando colestiramina.	XX Categoria FDA: X. Parar e administrar colestiramina para eliminar o medicamento e os metabolitos.	XX Contraindicado.
Micofenolato Mofetil e Ácido Micofenólico	XX Parar 6 semanas antes da concepção para avaliar estabilidade da doença.	XX Categoria FDA: D. Contraindicado.	XX Não há dados sobre a transmissão para o leite materno, portanto deve ser evitado.
Ciclofosfamida	XX Parar 3 meses antes da concepção.	+ Categoria FDA: D. Usar em caso de doença com risco de	XX Contraindicado.

		vida/órgãos no 2º e 3º trimestres.	
Talidomida	XX Parar 1-3 meses antes.	XX Categoria FDA: X.	XX
Tofacitinib, apremilast, baricitinib	Categoria FDA: C. Não é possível determinar a segurança do fármaco devido à falta de dados; o tamanho molecular pequeno sugere transferência através da placenta para o leite materno.		
<p>Categorias FDA (24):</p> <p>A – Estudos não mostram risco para o feto.</p> <p>B – Não há evidência de risco.</p> <p>C – O risco não pode ser descartado.</p> <p>D – Evidência de risco.</p> <p>X – Contraindicado na gravidez.</p> <p><i>Tabela adaptada de Schwartz MA, Merrill JT. Rheumatoid arthritis and pregnancy (25).</i></p>			

2. Materiais e Métodos

O presente estudo foi realizado com a cooperação do Hospital Sousa Martins. O protocolo de investigação foi elaborado em setembro de 2024 e submetido à apreciação do Conselho de Administração e Comissão de Ética da ULS da Guarda – Anexo 1.

2.1. Tipo de estudo

Foi realizado um estudo transversal, observacional e descritivo, através da recolha de dados clínicos do SClínico® das utentes acompanhadas no serviço de Reumatologia da ULS da Guarda, que estiveram grávidas após o diagnóstico de doença reumática.

2.2. Amostra

2.2.1. Critérios de inclusão

- I. Mulheres em idade fértil;
- II. Diagnóstico de doença reumática inflamatória;
- III. História de gravidez.

2.2.2. Critérios de exclusão

- I. Sexo masculino;
- II. Mulheres com outras doenças reumáticas não inflamatórias;
- III. Gravidez antes do diagnóstico da doença reumática;
- IV. Utentes que não aceitaram participar ou que não assinaram o consentimento informado.

2.3. Variáveis em estudo

A partir dos registos clínicos, foram colhidas as seguintes variáveis:

- I. Idade atual;
- II. Idade ao diagnóstico da doença reumática;
- III. Idade ao parto;
- IV. Idade da menarca;
- V. Idade da menopausa;
- VI. Número de gravidezes;
- VII. Número de partos;

- VIII. Número de abortos;
- IX. Histórico de comorbilidade da utente;
- X. Tipo de doença reumática;
- XI. Atividade da doença no início da gravidez;
- XII. Exacerbação da doença durante a gravidez;
- XIII. Exacerbação da doença no pós-parto;
- XIV. Aconselhamento pré-concepcional;
- XV. Planeamento de gravidez;
- XVI. Tipo de conceção;
- XVII. Resultado da gravidez;
- XVIII. Comorbilidades durante a gravidez;
- XIX. Idade gestacional do parto;
- XX. Tipo de parto;
- XXI. Comorbilidades do parto;
- XXII. Amamentação;
- XXIII. Tipo de terapêutica usada antes da gravidez;
- XXIV. Tipo de terapêutica usada durante a gravidez;
- XXV. Alteração da medicação durante a gravidez;
- XXVI. Sexo do recém-nascido;
- XXVII. Peso do recém-nascido;
- XXVIII. APGAR do recém-nascido;
- XXIX. Comorbilidades do recém-nascido à data do parto;
- XXX. Hábitos tabágicos durante a gravidez;
- XXXI. Hábitos alcoólicos durante a gravidez.

2.4. Procedimento

Para este estudo, procedeu-se a um cruzamento de dados entre as consultas de reumatologia e as consultas ou internamentos de obstetrícia da ULS da Guarda. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram consultados os processos clínicos eletrónicos das utentes no SClínico® para a recolha das variáveis definidas.

As utentes foram contactadas para obter o consentimento informado, que foi enviado para assinatura por correio ou entregue durante a consulta de reumatologia.

2.5. Análise estatística

O tratamento dos dados recolhidos foi realizado com recurso ao programa Microsoft Office Excel® e ao programa estatístico IBM SPSS®. Para a análise descritiva das variáveis qualitativas foi feita a determinação da frequência absoluta e relativa, enquanto, para as variáveis quantitativas, foi determinada a média e o desvio padrão.

2. Resultados

2.1. Caracterização da amostra

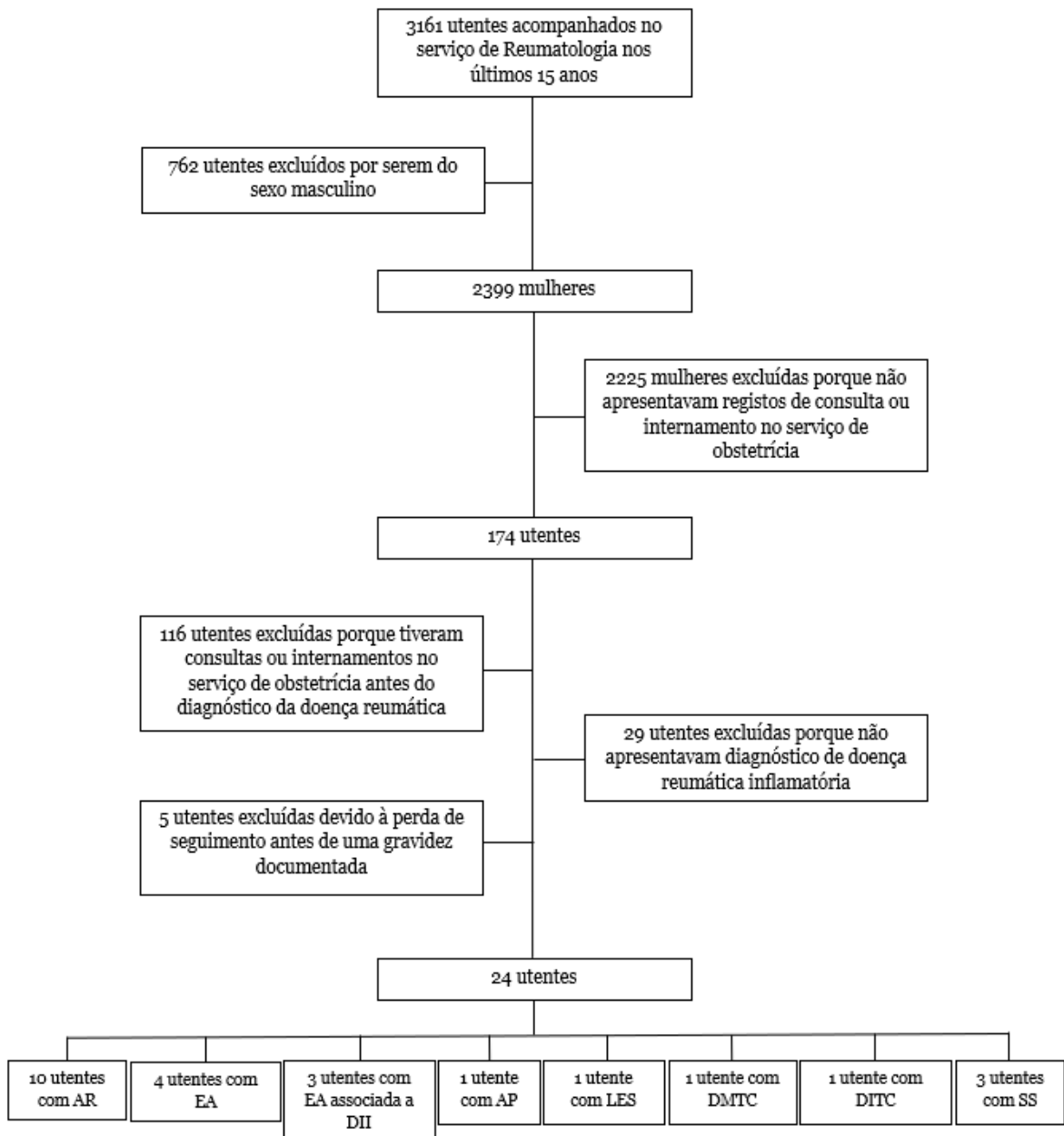


Figura 1 – Caracterização da amostra.

Foram identificados 3161 utentes acompanhados no serviço de reumatologia da ULS da Guarda ao longo dos últimos 15 anos.

Primeiramente, foram excluídos 762 utentes por serem do sexo masculino, restringindo a amostra a 2399 mulheres. A partir deste grupo, foram excluídas também as mulheres que não apresentavam registos de consulta ou internamento no serviço de obstetrícia, resultando numa amostra de 174 utentes.

Destas 174 utentes, foram excluídas todas aquelas que tiveram consultas ou internamentos no serviço de obstetrícia antes do diagnóstico da doença reumática, limitando a amostra a 58 mulheres. Posteriormente, foram eliminadas 29 utentes que não apresentavam diagnóstico de doença reumática inflamatória e 5 utentes devido à perda de seguimento antes de uma gravidez documentada.

Assim, obteve-se uma amostra final de 24 utentes.

2.2. Caracterização demográfica, clínica e diagnóstica das utentes

Vinte e quatro mulheres preencheram os critérios de inclusão, totalizando 31 gravidezes. A idade média atual foi de $39,3 \pm 3,5$ anos; a idade média ao diagnóstico foi de $29,4 \pm 6,2$ anos e a idade média ao parto foi de $34,3 \pm 4,2$ anos. A idade média da menarca foi de $11,8 \pm 1,8$ anos e nenhuma utente se encontrava na menopausa.

Entre as utentes incluídas no estudo, verificou-se que o número médio de gravidezes foi de $2,0 \pm 1,1$, o número médio de partos foi de $1,7 \pm 1,0$ e o número médio de abortos foi de $0,3 \pm 0,6$.

87,1% das utentes não apresentavam comorbilidades conhecidas. As comorbilidades identificadas nas restantes utentes foram patologia da tiróide, fibromialgia, obesidade e depressão.

Em relação aos diagnósticos, 41,7% utentes apresentavam AR, 16,7% SpA, 12,5% SpA com DII, 12,5% SS, 4,2% AP, 4,2% LES, 4,2% DMTC, e 4,2% DMTC. Estes dados encontram-se representados no Gráfico 1.

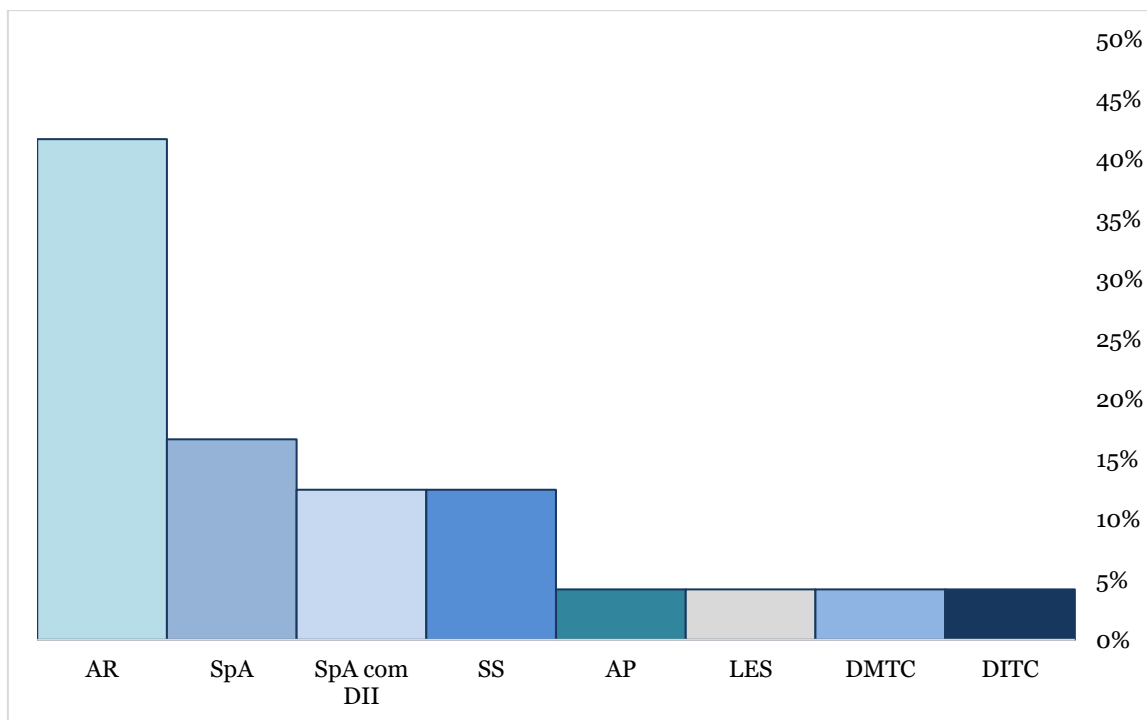


Gráfico 1 - Diagnósticos das utentes incluídas no estudo.

2.3. Caracterização da gravidez

A gravidez foi planeada em 87,1% dos casos, sendo que 35,5% receberam aconselhamento pré-concepcional; 3,2% das gravidezes ocorreram através de tratamentos de fertilidade.

Durante a gravidez, 71% das utentes não apresentaram comorbilidades. Entre as condições identificadas nas restantes, destacaram-se diabetes gestacional, ameaça de aborto e aborto espontâneo no 1º trimestre.

Em relação à atividade da doença, no momento da concepção, 16,1% das utentes apresentavam a doença ativa (com base nas pontuações de atividade específicas para cada doença); 9,7% experimentaram um aumento da atividade durante a gravidez, enquanto as restantes se mantiveram estáveis ou registaram melhorias.

A Tabela 2 apresenta os dados das gestações das utentes que apresentavam doença ativa no momento da concepção, incluindo informações sobre a idade, diagnóstico, exacerbações durante a gravidez e pós-parto, terapêutica utilizada, comorbilidades e o resultado da gravidez.

Tabela 2 – Caracterização das gestações com doença ativa no momento da concepção.

	1	2	3	4	5
Idade	37	37	27	31	40
Doença reumática	AR	DITC	SpA	SpA com DII	AP
Exacerbação gravidez	Sim	Sim	Não	Sim	-
Exacerbação pós-parto	Sim	Não	Sim	Não	-
Terapêutica	Nenhuma	Iniciou hidroxicloroquina na gravidez	Nenhuma	Inicialmente abandonou; após crises retomou pentasa e prednisolona	Metotrexato
Comorbilidades	Não	Não	Não	Não	-
Resultado gravidez	Nado-vivo	Nado-vivo	Nado-vivo	Nado-vivo	Aborto

2.4. Caracterização dos resultados obstétricos e neonatais

Registaram-se 4 abortos espontâneos e 28 nados vivos, incluindo uma gravidez gemelar. A Tabela 3 apresenta os dados referentes às 4 gestações que resultaram em aborto, incluindo informações sobre a idade, doença reumática associada, planejamento da gravidez, atividade da doença no momento da concepção, fármacos utilizados, comorbilidades identificadas e a causa do aborto.

Tabela 3 – Caracterização das 4 gestações que resultaram em aborto.

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	
Idade	37	40	34	40	
Doença reumática	SpA	AR	SpA com DII	AP	
Planeamento	Não planeada	Planeada	Planeada	Não planeada	
Atividade da doença na concepção	Estável	Estável	Estável	Ativa	
Fármacos	Sulfassalazina e prednisolona	Hidroxicloroquina	Azatioprina	Metotrexato	
Comorbilidades	Sem comorbilidades	Aborto prévio	Sem comorbilidades	Sem comorbilidades	
Causa do aborto	Desconhecida	Desconhecida	Desconhecida	Gravidez anembrionada	

Quanto ao tipo de parto, foram registados 55,6% cesarianas, 37% partos vaginais e 7,4% partos assistidos. A idade gestacional média dos partos foi de $39,0 \pm 1,1$ semanas e o peso médio à nascença foi de $3102,7 \pm 309,0$ kg.

Em relação às comorbilidades associadas ao parto, observaram-se 7,4% casos de rutura prematura das membranas, 3,7% partos pré-termo e 3,7% dos fetos apresentaram sinais de sofrimento fetal.

A taxa de recém-nascidos saudáveis foi de 87,1%; enquanto 9,7% apresentaram baixo peso à nascença e 3,2% necessitaram de fototerapia.

Não houve nenhum caso de lúpus neonatal, apesar de 16,1% das utentes apresentarem positividade para o anticorpo anti-SSA.

2.5. Caracterização da terapêutica usada antes e durante a gravidez

25,8% das utentes não utilizaram DMARD no período pré-gestacional. Entre as que o fizeram, 22,6% utilizaram hidroxicloroquina, 19,4% prednisolona, sulfassalazina e metotrexato, e 9,7% azatioprina, enquanto outros medicamentos foram utilizados em percentagens menores.

A Tabela 4 apresenta os dados das gestações das utentes que estavam sob tratamento com metotrexato antes da gravidez.

Tabela 4 – Caracterização das utentes que estavam sob metotrexato antes da gravidez.

	1	2	3	4	5	6
Idade	37	30	34	36	40	32
Doença reumática	AR	AR	AR	LES	AP	AR
Suspensão metotrexato	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Toma de ácido fólico	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Comorbilidades	Doença ativa durante a gravidez	Não	Não	Diabetes gestacional	Não	Não
Resultado da gravidez	Nado-vivo	Nado-vivo	Nado-vivo	Nado-vivo	Aborto	Nado-vivo

Durante a gravidez, 54,8% interromperam os DMARD e 45,2% continuaram o tratamento. Nas gravidezes planeadas, os medicamentos utilizados incluíram hidroxicloroquina, prednisolona, azatioprina, sulfassalazina, pentasa e certolizumab. Numa das gravidezes não planeadas, foi utilizado metotrexato.

O Gráfico 2 ilustra a terapêutica utilizada antes e durante a gravidez, destacando os diferentes fármacos utilizados em cada período

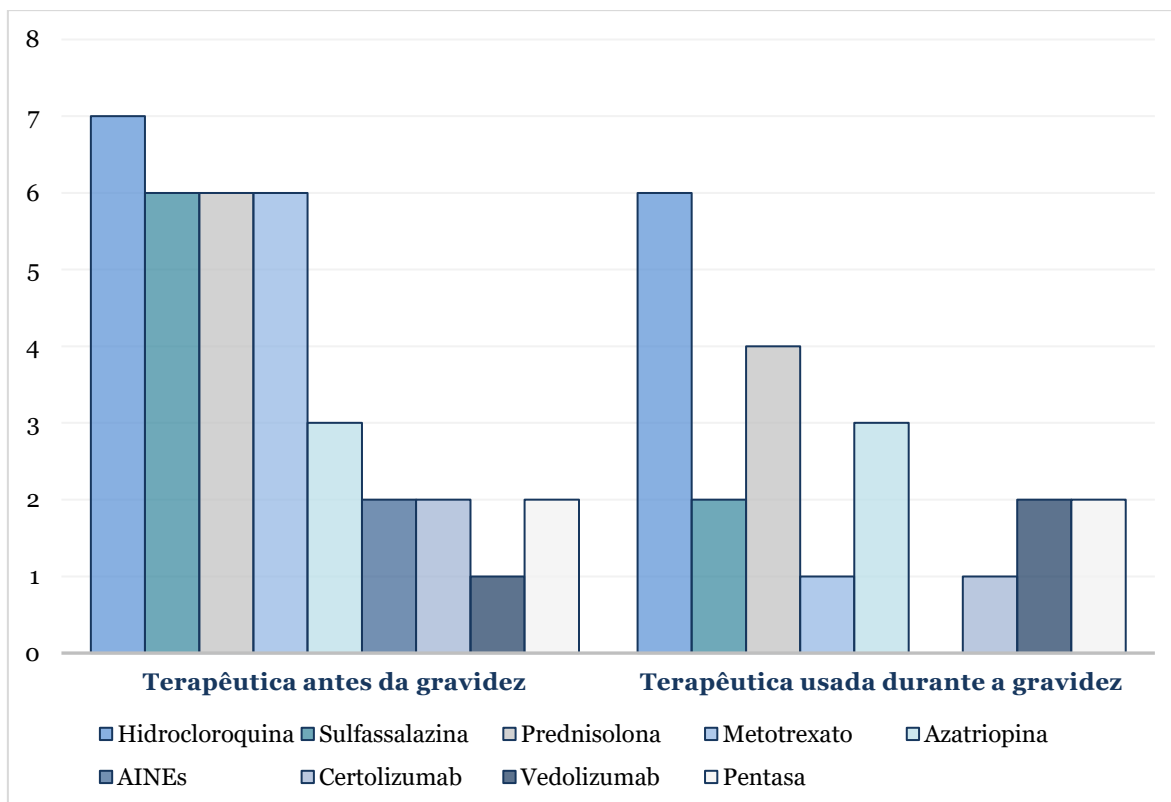


Gráfico 2 – Terapêutica usada antes e durante a gravidez.

2.6. Caracterização do pós-parto e amamentação

No período do pós-parto, verificou-se exacerbação da doença em 25,8% dos casos.

Relativamente à amamentação, uma utente optou por não amamentar para retomar imediatamente a medicação, enquanto todas as outras decidiram amamentar.

2.7. Caracterização dos hábitos tabágicos e alcoólicos

Nenhuma das utentes apresentou hábitos tabágicos ou alcoólicos durante a gravidez.

3. Discussão

Os resultados deste estudo oferecem uma visão abrangente sobre os resultados de gravidez em mulheres com doenças reumáticas inflamatórias, refletindo a realidade clínica das utentes acompanhadas no serviço de reumatologia da ULS da Guarda ao longo dos últimos 15 anos.

3.1. Características da amostra

Foi analisada uma amostra de 24 mulheres com doenças reumáticas inflamatórias que totalizaram 31 gravidezes. A idade média ao diagnóstico foi de $29,4 \pm 6,2$ anos; o que está em conformidade com a literatura (1), que indica que muitas mulheres com doenças reumáticas inflamatórias são frequentemente diagnosticadas em idade fértil.

3.2. Doenças reumáticas inflamatórias

A artrite reumatóide foi a doença mais prevalente, afetando 41,7% das utentes, seguida pela espondiloartrite axial (16,7%) e outras doenças reumáticas em percentagens menores. A AR é uma das doenças mais comuns em mulheres em idade fértil (1), e a sua prevalência neste estudo reflete a sua prevalência na população geral.

3.3. Atividade da doença durante a gravidez

A reduzida percentagem de doença ativa no momento da conceção (16,1%) e a estabilidade clínica em grande parte das gestações, com apenas 9,7% das utentes a registar exacerbação durante a gravidez, destacam a importância de alcançar um controlo adequado da doença antes da gravidez. Este dado é importante uma vez que a atividade da doença pode ser um fator de risco para complicações obstétricas, como parto prematuro e baixo peso ao nascer. (10,11,26,27).

3.4. Planeamento da gravidez e aconselhamento pré-concepcional

A grande maioria das gravidezes foi planeada (87,1%), tendo 35,5% das mulheres recebido aconselhamento pré-concepcional. Esta prática é fundamental para otimizar os resultados gestacionais, reduzir o risco de complicações e assegurar uma gestão adequada das terapêuticas utilizadas antes e durante a gravidez.

No entanto, registou-se uma gravidez não planeada durante o uso de metotrexato, apesar da doente ter sido informada sobre o efeito teratogénico do medicamento e a necessidade do uso de métodos contraceptivos. Esta situação resultou num aborto, reforçando a importância de intensificar o planeamento e o acompanhamento pré-concepcional em mulheres em idade fértil sob medicação potencialmente prejudicial à gravidez.

3.5. Resultados obstétricos

Das 31 gravidezes observadas, 27 resultaram em 28 nados vivos (incluindo uma gravidez gemelar) e 4 resultaram em aborto espontâneo no primeiro trimestre.

No que diz respeito aos resultados obstétricos, a elevada taxa de cesarianas (55,6%) pode refletir uma abordagem mais cautelosa face a estas gestações de maior risco, embora a taxa de complicações obstétricas, como rutura prematura das membranas (7,4%) e parto pré-termo (3,7%), tenha sido relativamente baixa.

No entanto, é importante referir que, em Portugal, a taxa de cesarianas é geralmente elevada. Dados recentes indicam que 38% dos partos foram realizados por cesariana. (28)

Contrariamente ao que é relatado por alguns estudos prévios (10,15,17,19), não foram registados casos de pré-eclâmpsia, eclâmpsia, perdas fetais tardias ou restrição de crescimento intrauterino, o que reflete o impacto positivo do acompanhamento cauteloso que foi realizado, com estratégias terapêuticas individualizadas e uma abordagem multidisciplinar.

3.6. Resultados neonatais

Os resultados neonatais foram amplamente positivos, com 87,1% de recém-nascidos saudáveis e uma idade gestacional média de $39,0 \pm 1,1$ semanas, o que sugere que uma gestão cuidadosa da gravidez pode minimizar a taxa de complicações obstétricas.

A média do peso neonatal foi de $3102,7 \pm 309,0$ g; no entanto, 9,7% dos recém-nascidos apresentaram baixo peso ao nascer. Não foram avaliadas correlações entre o baixo peso ao nascer e outros fatores. Contudo, estudos prévios sugerem que este pode estar associado à atividade da doença materna, à medicação utilizada durante a gravidez ou a complicações associadas. (20,27)

Importa ainda salientar a ausência de casos de lúpus neonatal, apesar de 16,1% das mães serem positivas para o anticorpo anti-SSA, o que pode ser atribuído ao controlo da doença e à monitorização cuidadosa da gravidez e do feto.

Uma possível explicação para a menor prevalência de resultados adversos neste estudo pode ser o facto da maioria das gravidezes terem sido planeadas e ter ocorrido um maior controlo da doença antes e durante grande parte das gravidezes.

3.7. Uso de DMARD

Quanto ao uso de DMARD, 25,8% das mulheres não utilizaram DMARD no período pré-gestacional. Entre as que o fizeram (74,2%), os medicamentos mais comuns foram hidroxiquina, prednisolona, sulfassalazina e metotrexato.

A interrupção de DMARD em 54,8% das gravidezes reflete preocupações relacionadas com a segurança destes medicamentos durante a gestação. Ainda assim, 45,2% das utentes continuaram a medicação, sugerindo que o uso contínuo de fármacos como hidroxiquina, prednisolona, azatioprina e sulfassalazina é compatível com resultados favoráveis, o que sublinha a importância de personalizar o tratamento para equilibrar o controlo da doença com a segurança fetal.

Todas as mulheres que utilizavam metotrexato antes da gravidez e que planearam a gestação suspenderam o uso do fármaco. Apenas uma utente continuou a tomar metotrexato durante a gravidez, uma vez que esta não foi planeada e a gestação foi descoberta apenas após o aborto espontâneo. Embora esta observação não estabeleça causalidade, aponta para uma possível associação que justifica a descontinuação do metotrexato antes da concepção, dado o seu potencial teratogénico e os efeitos adversos descritos na gravidez. (22)

Adicionalmente, é importante referir que nenhum outro fármaco classificado como X pela FDA, como talidomida, leflunomida, micofenolato mofetil ou ácido micofenólico, foi utilizado antes ou durante as gestações analisadas.

3.8. Pós-parto e amamentação

A ocorrência de exacerbação da doença em 25,8% dos casos no período pós-parto reforça a importância de um acompanhamento clínico rigoroso neste período vulnerável para mulheres com doenças reumáticas inflamatórias.

A amamentação foi praticamente universal (96,8%), com apenas uma mulher a optar por não amamentar devido à necessidade de retomar a medicação, demonstrando que o controlo terapêutico e a promoção do aleitamento são conciliáveis em grande parte dos casos.

3.9. Hábitos tabágicos e alcoólicos

Não foram registados hábitos tabágicos nem alcoólicos durante a gravidez em nenhuma das utentes, o que pode ter contribuído positivamente para os bons resultados neonatais.

3.10. Limitações do estudo

As limitações do presente estudo incluem diversos fatores que podem ter influenciado os resultados.

Em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra, com apenas 24 mulheres incluídas, limita a generalização dos resultados para populações maiores ou diferentes. Muitas utentes seguidas no serviço de reumatologia não foram incluídas no estudo por terem feito o seguimento obstétrico em instituições privadas, enquanto outras estiveram ausentes do acompanhamento durante períodos prolongados, regressando apenas após terem tido filhos, o que impossibilitou a observação direta das respetivas gravidezes

Além disso, a natureza retrospectiva do estudo, baseada na análise de registos clínicos, pode ter introduzido viés na recolha de informações, bem como dados incompletos ou imprecisos. A ausência de um grupo de controlo também dificultou a avaliação do impacto exclusivo das doenças reumáticas inflamatórias nos resultados gestacionais.

Outro ponto importante é a heterogeneidade de doenças reumáticas e a variabilidade de tratamentos utilizados antes e durante a gravidez, o que pode ter influenciado os resultados e dificultado a identificação de padrões ou de efeitos específicos de determinados tratamentos. Adicionalmente, pode ter ocorrido subnotificação de comorbilidades ou complicações durante a gravidez ou o período pós-parto, uma vez que estas nem sempre são totalmente documentadas nos registos clínicos.

Por fim, não foram avaliadas possíveis correlações devido ao reduzido número de casos, que poderiam levar a associações espúrias, além de não ser o principal objetivo do trabalho. O foco foi avaliar a eficácia do acompanhamento realizado pela equipa de reumatologia da ULS da Guarda, reforçando, uma vez mais, a importância de discutir o planeamento familiar com mulheres em idade fértil, especialmente quando são prescritos fármacos teratogénicos, como o metotrexato.

4. Perspetivas futuras e conclusão

Este estudo evidencia que, apesar dos desafios impostos pelas doenças reumáticas inflamatórias, é possível alcançar resultados de gravidez positivos com um acompanhamento clínico especializado e um planeamento cuidadoso. Quando a gravidez é planeada num período de remissão estável, com cuidados apropriados, a maioria das mulheres pode alcançar gravidezes bem-sucedidas, como demonstram os 28 nascimentos registados no serviço de reumatologia da ULSG nos últimos 15 anos.

Existem, igualmente, aspetos que podem ser melhorados, nomeadamente o aumento da taxa de aconselhamento pré-concepcional e a otimização do uso de DMARD durante a gravidez. Adicionalmente, este estudo sublinha a necessidade de esforços contínuos na sensibilização e educação das utentes sobre o impacto da terapêutica e da sua adesão ao acompanhamento médico. Estas estratégias são fundamentais para a contínua melhoria dos resultados maternos e neonatais.

Apesar das suas contribuições, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados, como o tamanho reduzido da amostra, a natureza retrospectiva do estudo e a ausência de um grupo de controlo.

5. Referências bibliográficas

1. Crowson CS, Matteson EL, Myasoedova E, Michet CJ, Ernste FC, Warrington KJ, et al. The Lifetime Risk of Adult-Onset Rheumatoid Arthritis and Other Inflammatory Autoimmune Rheumatic Diseases. *Arthritis Rheum.* março de 2011;63(3):633–9.
2. Abu-Raya B, Michalski C, Sadarangani M, Lavoie PM. Maternal Immunological Adaptation During Normal Pregnancy. *Front Immunol.* 7 de outubro de 2020;11:575197.
3. Jethwa H, Lam S, Smith C, Giles I. Does Rheumatoid Arthritis Really Improve During Pregnancy? A Systematic Review and Metaanalysis. *J Rheumatol.* 1 de março de 2019;46(3):245–50.
4. Barbhaiya M, Bermas BL. Evaluation and management of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis during pregnancy. *Clin Immunol Orlando Fla.* novembro de 2013;149(2):225–35.
5. Huang W, Wu T, Jin T, Zhang Y, Wang J, Qi J, et al. Maternal and fetal outcomes in pregnant women with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rheumatol.* 1 de março de 2023;42(3):855–70.
6. Liew JW, Gensler LS. Axial Spondyloarthritis & Arthritis Associated with Inflammatory Bowel Disease. Em: Stone JH, editor. *Current Diagnosis & Treatment: Rheumatology* [Internet]. 4.^a ed. New York, NY: McGraw Hill; 2021 [citado 5 de janeiro de 2025]. Disponível em: accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1180196165
7. Husni ME. Psoriatic Arthritis. Em: Stone JH, editor. *Current Diagnosis & Treatment: Rheumatology* [Internet]. 4.^a ed. New York, NY: McGraw Hill; 2021 [citado 5 de janeiro de 2025]. Disponível em: accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1180196287
8. Ursin K, Lydersen S, Skomsvoll JF, Wallenius M. Disease activity during and after pregnancy in women with axial spondyloarthritis: a prospective multicentre study. *Rheumatology.* 1 de junho de 2018;57(6):1064–71.
9. Polachek A, Li S, Polachek IS, Chandran V, Gladman D. Psoriatic arthritis disease activity during pregnancy and the first-year postpartum. *Semin Arthritis Rheum.* 1 de junho de 2017;46(6):740–5.
10. Smith CJF, Bandoli G, Kavanaugh A, Chambers CD. Birth Outcomes and Disease Activity During Pregnancy in a Prospective Cohort of Women With Psoriatic Arthritis and Ankylosing Spondylitis. *Arthritis Care Res.* julho de 2020;72(7):1029–37.
11. Kammerlander H, Nielsen J, Kjeldsen J, Knudsen T, Friedman S, Nørgård B. The Effect of Disease Activity on Birth Outcomes in a Nationwide Cohort of Women with Moderate to Severe Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 1 de junho de 2017;23(6):1011–8.
12. O’Toole A, Nwanne O, Tomlinson T. Inflammatory Bowel Disease Increases Risk of Adverse Pregnancy Outcomes: A Meta-Analysis. *Dig Dis Sci.* 1 de setembro de 2015;60(9):2750–61.
13. Dall’Era M. Systemic Lupus Erythematosus. Em: Stone JH, editor. *Current Diagnosis & Treatment: Rheumatology* [Internet]. 4.^a ed. New York, NY: McGraw Hill; 2021 [citado


- 24 de janeiro de 2025]. Disponível em: accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1180196547
14. Zhang S, Han X, Liu W, Wen Q, Wang J. Pregnancy in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet*. 1 de julho de 2023;308(1):63–71.
 15. He WR, Wei H. Maternal and fetal complications associated with systemic lupus erythematosus: An updated meta-analysis of the most recent studies (2017–2019). *Medicine (Baltimore)*. abril de 2020;99(16):e19797.
 16. Gkrouzman E, Erkan D. Antiphospholipid Syndrome. Em: Stone JH, editor. *Current Diagnosis & Treatment: Rheumatology* [Internet]. 4.^a ed. New York, NY: McGraw Hill; 2021 [citado 5 de janeiro de 2025]. Disponível em: accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1180196688
 17. Alijotas-Reig J, Esteve-Valverde E, Ferrer-Oliveras R, Sáez-Comet L, Lefkou E, Mekinian A, et al. The European Registry on Obstetric Antiphospholipid Syndrome (EUROAPS): A survey of 1000 consecutive cases. *Autoimmun Rev*. 1 de abril de 2019;18(4):406–14.
 18. Tan Z, Shao M, Zhou Y, Wang L, Ma Y, Xiang N, et al. Increased risk of adverse gestational outcomes in pregnant women with primary Sjögren's syndrome. *RMD Open*. maio de 2024;10(2):e003616.
 19. Keeling SO, Bowker SL, Savu A, Kaul P. A Population-level Analysis of the Differing Effects of Rheumatoid Arthritis and Spondyloarthritis on Peripartum Outcomes. *J Rheumatol*. 1 de fevereiro de 2020;47(2):197–203.
 20. Østensen M. Preconception Counseling. *Rheum Dis Clin N Am*. maio de 2017;43(2):189–99.
 21. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, Chambers C, Clowse MEB, Lockshin MD, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Arthritis Rheumatol*. 2020;72(4):529–56.
 22. Skorpen CG, Hoeltzenbein M, Tincani A, Fischer-Betz R, Elefant E, Chambers C, et al. The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis*. 1 de maio de 2016;75(5):795–810.
 23. Peterson EA, Lynton J, Bernard A, Santillan MK, Bettendorf B. Rheumatologic Medication Use During Pregnancy: A Review. *Obstet Gynecol*. maio de 2020;135(5):1161–76.
 24. Law R, Bozzo P, Koren G, Einarson A. FDA pregnancy risk categories and the CPS. *Can Fam Physician*. março de 2010;56(3):239–41.
 25. Schwartz MA, Merrill JT. Rheumatoid arthritis and pregnancy. In: Post TW, editor. *UpToDate* [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc.; 2023 [citado em 2025-01-23]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/rheumatoid-arthritis-and-pregnancy>.
 26. Bharti B, Lee SJ, Lindsay SP, Wingard DL, Jones KL, Lemus H, et al. Disease Severity and Pregnancy Outcomes in Women with Rheumatoid Arthritis: Results from the

Organization of Teratology Information Specialists Autoimmune Diseases in Pregnancy Project. *J Rheumatol.* 1 de agosto de 2015;42(8):1376–82.

27. de Man YA, Hazes JMW, van der Heide H, Willemsen SP, de Groot CJM, Steegers EAP, et al. Association of higher rheumatoid arthritis disease activity during pregnancy with lower birth weight: Results of a national prospective study. *Arthritis Rheum.* 2009;60(11):3196–206.
28. Saúde ER de. ERS - Informação de Monitorização sobre Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetrícia – partos [Internet]. [citado 23 de janeiro de 2025]. Disponível em: <https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisao/selecionar/informacao-de-monitorizacao/informacoes/informacao-de-monitorizacao-sobre-acesso-e-atividade-dos-prestadores-de-cuidados-de-saude-de-obstetricia-partos/>

6. Anexos


Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da ULS da Guarda

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE GUARDA
--	--	--

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Exmo. Senhor
Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Hospitalares
Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Data 13/12/2024

<p>Enf. Júlio Manuel Salvador Almeida Presidente; Enfermeiro Gestor</p> <p>Dr.ª Luciana de Fátima Amâncio Frade Santos Vice-Presidente; Assistente Hospitalar</p> <p>Enf.ª Cristina Nair Ribeiro Patrão Vogal; Enfermeira Especialista</p> <p>Prof.ª Ernestina Maria Veríssimo Batoça Silva Vogal; Enfermeira Especialista; Prof.ª Coord. Aposentada</p> <p>Dr.ª Joana Isabel Faustino Santos Vogal; Farmacêutica</p> <p>Dr. Luís Paulo Cunha Trindade e Silva Vogal; Assistente Hospitalar Graduado</p> <p>Dr. Manuel Cipriano Nabais Vogal; Juiz Conselheiro Jubilado</p>	<p>ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: "Outcomes de Gravidez em Doenças Reumáticas Inflamatórias: Casuística do Serviço de Reumatologia", cujo o investigador principal é Tatiana Proença de Ascensão.</p> <p>A Comissão de Ética para a Saúde (CES) Unidade Local de Saúde da Guarda E.P.E., reunida a 13 de dezembro de 2024, apreciou cuidadosamente o projecto de investigação supracitado. O Parecer da CES apenas se reporta aos dados recolhidos após a data de emissão do mesmo.</p> <p>A CES eticamente nada tem opor, pelo que emite <i>Parecer Favorável</i> à realização do estudo.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p>  O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde
---	--

ULSG.CES.Imp.001.02 Página 1 de 1

Anexo 2 – Consentimento Informado



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO

Consentimento Informado - Estudos de Investigação

Tatiana Prouença de Ascensão, estudante de medicina da Universidade da Beira Interior, sob orientação da Dra. Joana Ferreira, Médica Reumatologista e Investigadora da Unidade Local de Saúde da Guarda, está a realizar um trabalho de investigação que se destina ao projeto de dissertação do mestrado Integrado em medicina, subordinado ao tema "Resultados de Gravidez em Doenças Reumáticas Inflamatórias: Casuística do Serviço de Reumatologia", vem solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informo que a sua participação é voluntária e que os dados não serão transmitidos a terceiros. Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pela ULSG. Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Este trabalho de investigação tem como objetivo a avaliação dos impactos das doenças reumáticas na gravidez, para que futuramente seja possível melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos às grávidas com estas condições, através do desenvolvimento de estratégias que possam reduzir riscos e promover melhores resultados clínicos.

Critérios de inclusão:

- Sexo feminino;
- Idade entre 20-60 anos;
- Diagnóstico de doença reumática inflamatória (Artrite Reumatoide, Espondiloartrite, Artrite Psoriática, Lúpus Eritematoso Sistémico, Síndrome Antifosfolípídico e Síndrome de Sjögren);
- Histórico de gravidez;
- Acompanhamento pelos serviços de Reumatologia da ULSG

Critérios de exclusão:

- Sexo masculino;
- Mulheres com outras condições reumáticas ou inflamatórias não listadas;
- Gravidez antes do diagnóstico da doença reumática;
- Utentes que não aceitam participar ou que não assinam consentimento informado.

Metodologia: Estudo transversal observacional descritivo realizado através da recolha de dados clínicos do registo clínico.

Serão cumpridas todas as normas éticas aceites internacionalmente.

Dados que serão colhidos:

- Dados sociodemográficos (idade atual, idade aquando o diagnóstico da doença, idade aquando o parto);
- Dados de saúde (histórico de comorbilidades)
- Dados de saúde relativos à doença reumática (tipo de doença reumática, atividade da doença no início da gravidez, nº de exacerbações durante a gravidez, exacerbação no pós-parto);
- Dados de saúde relativos à história ginecológica/ obstétrica (idade menarca, idade menopausa, nº gravidezes, nº partos, nº de abortos, aconselhamento pré-concepcional, planeamento da gravidez, tipo de concepção, resultado da gravidez, comorbilidades durante a gravidez, idade gestacional ao parto, tipo de parto, comorbilidades do parto, amamentação);
- Dados de saúde relativos à terapêutica (tipo de terapêutica usada antes e durante a gravidez, alterações na medicação durante a gestação, adesão, efeitos colaterais relacionados com a medicação);
- Dados do recém-nascido (sexo, peso, altura, percentil, APGAR, comorbilidades à data do parto);
- Dados comportamentais (hábitos tabágicos e alcoólicos durante a gravidez).

Risco / Benefício da sua participação: O risco é inexistente, uma vez que esta recolha é realizada através da consulta do processo clínico. Esta é uma doação altruísta, não havendo por isso qualquer compensação para o dador. Para mais, não se garante que este estudo envolva quaisquer benefícios diretos para o participante. Contudo, a sua participação proporcionará a aquisição de conhecimentos que poderão vir a beneficiá-lo a si ou a terceiros no futuro.

Previsão da duração da participação no estudo: prevemos que a recolha e análise de dados demorem cerca de 3 meses.



Os dados recolhidos serão mantidos tanto tempo quanto o que a lei determine, independentemente do suporte.

Contacto para esclarecimento de dúvidas:

- Tatiana Ascensão: a43140@fcsaude.ubi.pt (e-mail).
- Dra. Joana Ferreira: joana.ferreira@ulsguarda.min-saude.pt (email) e 271200401 (telefone).

Consentimento Informado -Investigador

Ao assinar esta página, o investigador, está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

(Investigador Principal)

Assinatura

Data ____ / ____ / ____

Consentimento Informado - Participante

Ao assinar esta página, o participante, está a confirmar o seguinte:

- Leu e compreendeu todas as informações, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- Recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

(Participante)

(Representante Legal)

(se aplicável)

Assinatura do Participante

Assinatura do Representante Legal

(se aplicável)

Data ____ / ____ / ____

Data ____ / ____ / ____

Anexo 3 – Certificado de Participação e Apresentação do Trabalho nas XXXII Jornadas Internacionais do Instituto Português de Reumatologia



Anexo 4 – Certificado de Aceitação do Trabalho no “*13th International Conference on Reproduction, Pregnancy and Rheumatic diseases*”

13th International Conference
on Reproduction, Pregnancy
and Rheumatic diseases

Vienna, Austria ■ 8-10 May 2025

Vienna, 17th January 2025

Dear Dr. ASCENSÃO,

With reference to the **13th International Conference on Reproduction, Pregnancy and Rheumatic diseases** that will be held in Vienna on 8-10 May 2025, we are pleased to inform you that your abstract, entitled “***PREGNANCY OUTCOMES IN WOMEN WITH INFLAMMATORY RHEUMATIC DISEASES: A CROSS-SECTIONAL STUDY***”, has been accepted as a **Poster**.