

COMUNICAÇÕES LIVRES

PARTO VAGINAL OU CESARIANA

CL (25768) - DESFECHOS PERIPARTO: A ALTURA MATERNA IMPORTA?

Telmo Chavinha Martins¹; Mariana Aleixo¹; Carolina Pavlú¹; Mónica Centeno^{1,2}

1 - Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução - ULS Santa Maria; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Clínica Universitária de Ginecologia/Obstetria

Resumo

Introdução: A altura materna tem sido proposta como um potencial preditor dos desfechos do trabalho de parto, particularmente devido à sua associação com as dimensões pélvicas e o risco de desproporção fetopélvica. No entanto, a evidência permanece inconsistente, destacando a necessidade de avaliação em contextos clínicos específicos.

Objectivos: Avaliar a associação entre a altura materna e a via de parto e desfechos neonatais precoces.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo incluindo 11581 gestações entre janeiro de 2020 e dezembro de 2025 no Hospital Santa Maria. Após aplicar os critérios de exclusão, foram analisadas 9594 gestações unifetais. A altura materna foi categorizada em cinco grupos (<150; 150–159; 160–169; 170–179; ≥180 cm). O desfecho primário foi a via de parto. Os desfechos secundários incluíram tipo de parto vaginal, falha de indução, urgência da cesariana, peso do recém-nascido e índice de Apgar ao 5º minuto. A análise incluiu testes do qui-quadrado, ANOVA e regressão logística.

Resultados: A taxa global de cesariana nesta amostra foi de 15,5% e associou-se significativamente à altura materna ($\chi^2=88,912$; $p<0,001$), com diminuição progressiva do risco com o aumento da estatura (29,6% vs 6,6% nos grupos extremos). A regressão confirmou a altura como preditor significativo (OR≈5,95; IC95%: 2,18–16,39; $p<0,001$) do risco de cesariana. Observou-se associação com o tipo de parto vaginal ($p<0,001$), com maior frequência de partos eutócicos nas mulheres mais altas. Não se constatou a associação da altura materna com a urgência da cesariana. A falha de indução não foi globalmente significativa ($p=0,133$). O peso do recém-nascido aumentou com a altura materna ($p<0,001$; $\eta^2\approx 0,019$). O Apgar aos 5 minutos não apresentou diferenças estatisticamente significativas ($\eta^2\approx 0,005$) entre grupos.

Conclusões: Neste estudo a altura materna mostrou-se diretamente proporcional ao peso do recém-nascido e inversamente proporcional à taxa de cesariana. A estatura materna não parece influenciar o índice de Apgar ao 5º minuto.

Palavras-chave: Altura materna

TRABALHO EM EQUIPA NO BLOCO DE PARTOS

CL (25826) - COMUNICAÇÃO NA SALA DE PARTOS EM CONTEXTO CRÍTICO

Maria Carolina Calheta¹; Laura Basílio¹; Raquel Santos Rosa¹; Patrícia Silva¹; Kathleen Brazão¹; Luís Miguel Farinha¹

1 - Hospital Dr. Nélio Mendonça

Resumo

Introdução: A comunicação eficaz é um pilar da segurança em obstetria, particularmente em situações de emergência, onde decisões rápidas e coordenação entre equipas são determinantes para os resultados maternos e neonatais.

Objectivos: Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação na sala de partos, com foco nas diferenças entre contextos de rotina e emergência e no seu impacto na segurança dos cuidados.

Metodologia: Estudo observacional, transversal, com aplicação de questionário estruturado a profissionais de saúde envolvidos em cuidados intraparto, incluindo médicos especialistas e internos de ginecologia e obstetria, anestesiológicos, neonatologistas e enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica. Foram avaliadas dimensões de comunicação em rotina, emergência, hierarquia e segurança, através de escala de Likert (1–5). Foram construídos scores compostos e realizada análise estatística descritiva e inferencial ($p < 0,05$).

Resultados: Foram incluídos 62 profissionais. Verificou-se uma redução significativa da percepção da qualidade da comunicação em contexto de emergência comparativamente à rotina ($3,42 \pm 0,81$ vs $3,65 \pm 0,73$; $p = 0,02$). Apesar de 61,3% dos participantes considerarem a comunicação clara em situações de rotina, **40,3% reportaram falhas na transmissão atempada de informação em cenários críticos.**

Profissionais com maior experiência apresentaram melhor percepção comunicacional ($p = 0,04$), enquanto diferenças entre grupos profissionais sugerem assimetrias na comunicação em equipa ($p = 0,03$). Embora a comunicação seja amplamente reconhecida como determinante para a segurança materno-fetal ($4,45 \pm 0,78$), foram identificadas lacunas relevantes na adoção de práticas estruturadas, nomeadamente *briefing* e *debriefing*, bem como necessidade de formação específica em comunicação em situações críticas.

Conclusões: Apesar de globalmente adequada, a comunicação na sala de partos apresenta fragilidades significativas em contextos de emergência, precisamente onde o seu impacto na segurança é mais crítico. Estes resultados reforçam a necessidade de implementação sistemática de estratégias estruturadas de comunicação e treino em equipa multidisciplinar, com potencial para melhoria dos resultados clínicos.

Palavras-chave: comunicação, emergência obstétrica, segurança do doente, equipa multidisciplinar, sala de partos

CL (25836) - IMPACTO DE UM CURSO DE EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS NO DESEMPENHO DA EQUIPA CLÍNICA: ESTUDO PRÉ-PÓS

Diana Catarina Silva Fernandes¹; Catarina Cunha¹; Mafalda Mota¹; Mariana Barbosa¹; Cecília Marques¹; Luísa Cardoso¹

1 - ULS Braga

Resumo

Introdução: As emergências obstétricas associam-se a elevada morbilidade e mortalidade materna e neonatal, exigindo resposta clínica rápida e coordenada. A variabilidade na prática e as falhas de comunicação permanecem fatores críticos na ocorrência de eventos adversos. A OMS e a ACOG recomendam formação estruturada como estratégia prioritária de segurança materno-fetal, com evidência de que programas baseados em simulação clínica melhoram competências técnicas e não técnicas.

Objectivos: Avaliar o impacto de um curso de emergências obstétricas nos conhecimentos teóricos dos profissionais de saúde, através da comparação dos resultados antes e após a intervenção formativa.

Metodologia: Estudo quase-experimental pré-teste/pós-teste com grupo único. Amostra de 86 profissionais — enfermeiros (n=59) e médicos (n=27) — do serviço de Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria/Neonatologia da ULS Braga, que realizaram o Curso de Emergências Obstétricas entre junho e novembro de 2025. O curso abordou seis tópicos: emergências hipertensivas, parto pélvico, hemorragia pós-parto, distócia de ombros, paragem cardiorrespiratória na grávida e gestão de recursos em crise. O instrumento consistiu num questionário de 21 questões de escolha múltipla aplicado antes e após a formação. A análise estatística incluiu o teste de Wilcoxon Signed-Rank, Mann-Whitney U e effect size (Cohen's d), com $\alpha=0,05$.

Resultados: Observou-se melhoria estatisticamente significativa nos conhecimentos teóricos ($p<0,001$), com o score médio a progredir de 14,71 para 19,06 (em 21 pontos), correspondendo a um ganho médio de 4,35 pontos e effect size de grande magnitude ($d=1,70$). Ambos os grupos beneficiaram significativamente, com os enfermeiros a registar ganho superior ($\Delta=+5,25$; $d=2,14$) comparativamente aos médicos ($\Delta=+2,37$; $d=1,67$), diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Conclusões: O curso demonstrou impacto expressivo e estatisticamente significativo nos conhecimentos teóricos, com efeito de grande magnitude em ambos os grupos. Estes resultados sustentam a implementação de programas estruturados de formação contínua em emergências obstétricas como estratégia eficaz de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados materno-fetais.

Palavras-chave: Formação; Emergências obstétricas; Equipa

POSTERS

IMPORTÂNCIA DA ECOGRAFIA E DO CTG NO INTRA-PARTO

PO (25757) - PADRÕES CARDIOTOCOGRÁFICOS INTRAPARTO COMO PREDITORES DE DESFECHOS NEONATAIS EM CESARIANAS POR COMPROMISSO FETAL

Gabriela Martins¹; Patrícia Salgado¹; Marta Brandão¹; Helena Leal¹; Cláudia Miranda¹; Diana Coelho¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Resumo

Introdução: A cardiocotografia (CTG) intraparto é essencial na avaliação do bem-estar fetal. Contudo, a associação entre traçados cardiocotográficos não tranquilizadores e desfechos neonatais adversos permanece um desafio clínico, sendo crucial identificar padrões que aumentam a morbimortalidade.

Objectivos: Avaliar a associação entre a indicação de cesariana por CTG suspeito/patológico e a ocorrência de desfechos neonatais adversos. Identificar preditores intraparto de piores desfechos neonatais e comparar o risco entre diferentes subtipos de alterações no CTG.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo com 90 grávidas submetidas a cesariana urgente/emergente por suspeita de compromisso fetal intraparto no primeiro semestre de 2025. Foram analisados parâmetros sociodemográficos, clínicos e cardiocotográficos segundo os critérios FIGO 2015.

Resultados: Na amostra, o parto foi induzido em 65,6% dos casos, utilizando-se ocitocina em 34,4% das grávidas. Verificou-se uma associação significativa entre a suspeita de corioamnionite e o internamento na UCEN ($p=0,036$; $OR=4,55$). A perda de variabilidade revelou ser um preditor significativo para o internamento nos intermédios ($p=0,035$), apresentando um Odds Ratio de 4,87. No modelo de regressão logística, a taquicardia fetal demonstrou uma tendência para a significância clínica como preditor de internamento ($OR=4,03$; $p=0,070$). Relativamente ao equilíbrio ácido-base, a bradicardia fetal associou-se a médias de pH mais baixas ($7,14 \pm 0,115$). Em contraste, a taquicardia fetal isolada apresentou médias de pH superiores ($7,22 \pm 0,106$), sem correlação linear com a acidose ($p=0,159$). A indução ($p=0,319$) ou uso de ocitocina ($p=0,103$) não demonstraram associação direta com padrões específicos de CTG patológico.

Conclusões: A suspeita de corioamnionite e perda de variabilidade constituíram os principais preditores de morbidade neonatal e internamento. A tipologia do CTG revelou-se um indicador de acidose mais fidedigno do que a presença isolada de taquicardia, sendo a bradicardia o padrão associado a maior gravidade na gasimetria. Os resultados sugerem que o compromisso fetal decorre maioritariamente da patologia de base e não das intervenções farmacológicas intraparto.

Palavras-chave: Cardiocotografia, Cesariana por estado fetal não tranquilizador, Acidose Metabólica, Morbidade Neonatal

PO (25827) - INTERPRETAÇÃO DE CARDIOTOCOGRAFIA: AVALIAÇÃO DA CONCORDÂNCIA ENTRE PROFISSIONAIS E IMPACTO NAS DECISÕES CLÍNICAS

Maria Carolina Calheta¹; Laura Basílio¹; Patrícia Silva¹

1 - Hospital Dr. Nélio Mendonça

Resumo

Introdução: A cardiocografia (CTG) é uma ferramenta amplamente utilizada na vigilância fetal intraparto, orientando decisões críticas, como a necessidade de intervenção obstétrica. Apesar da existência de critérios padronizados estabelecidos pela FIGO (2015), a interpretação da CTG permanece subjetiva, o que pode gerar variabilidade entre observadores e impactar decisões clínicas.

Objectivos: Descrever um estudo destinado a avaliar a variabilidade interobservador na classificação de CTG entre médicos obstetras e enfermeiros especialistas em saúde materna, considerando o efeito da experiência profissional na concordância interpretativa.

Metodologia: Trata-se de um estudo observacional e transversal envolvendo profissionais com diferentes níveis de experiência. Serão apresentados 10 traçados de CTG, que deverão ser classificados segundo os critérios da FIGO (normal, suspeito e patológico). A concordância interobservador será avaliada por meio do coeficiente kappa de Cohen. Pretende-se também analisar se a experiência profissional e a categoria ocupacional influenciam a consistência da classificação.

Resultados: Espera-se identificar variabilidade na interpretação dos traçados, especialmente nas categorias suspeitas ou patológicas, que costumam orientar decisões clínicas mais complexas. É previsto que profissionais com maior experiência apresentem maior concordância, mas que discrepâncias persistam, ressaltando áreas que necessitam de atenção em formação e treino.

Conclusões: Avaliar a variabilidade interobservador na interpretação da CTG permitirá identificar lacunas na prática clínica e fornecer subsídios para estratégias de formação contínua e treino estruturado. O estudo visa contribuir para a melhoria da consistência interpretativa, promovendo maior segurança materno-fetal e suporte a decisões clínicas intraparto.

Palavras-chave: cardiocografia, variabilidade interobservador, FIGO, segurança do paciente, obstetria

IMPORTÂNCIA DA ECOGRAFIA NO INTRA-PARTO**PO (25786) - ECOGRAFIA INTRAPARTO: UTILIZAÇÃO CLÍNICA E BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO – UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Maria Catarina Silva¹; Diogo Lima²; Ana Sofia Martins³; Ana Carocha¹; Marta Brito¹

1 - ULS São José - Maternidade Alfredo da Costa; 2 - ULS Arco Ribeirinho; 3 - ULS Arrábida

Resumo

Introdução: A ecografia intraparto (EIP) tem demonstrado elevada precisão e reprodutibilidade na avaliação da posição e estação fetal, comparativamente ao exame vaginal digital. No entanto, não é ainda recomendada como rotina pela maioria das diretrizes internacionais, e a sua implementação sistemática ainda enfrenta desafios significativos na prática clínica.

Objectivos: Avaliar a utilização, percepções e barreiras à implementação da EIP entre profissionais de saúde em contexto obstétrico.

Metodologia: Realizou-se um estudo observacional transversal, com aplicação de um questionário estruturado a profissionais envolvidos na assistência ao parto. Foram analisados dados demográficos, formação, padrões de utilização e barreiras à sua implementação. A análise estatística incluiu estatística descritiva e teste do qui-quadrado, considerando-se significância para $p < 0,05$.

Resultados: Obtiveram-se 100 respostas. A maioria dos participantes (70%) referiu estar familiarizada com a EIP, mas 84% considerou a sua formação insuficiente. A sua utilização é reduzida: 79% utilizam “raramente” ou “nunca” e apenas 2% de forma sistemática antes dos partos instrumentados. As principais barreiras foram a falta de formação (77%) e de protocolos institucionais (54%). A formação insuficiente associou-se a menor utilização ($p=0,008$). Os médicos internos mostraram maior recetividade à técnica, ao contrário de especialistas seniores, embora sem associação significativa entre experiência clínica e percepção de utilidade ($p=0,48$). Globalmente, 68% consideraram que a EIP aumenta a segurança na decisão de parto instrumentado.

Conclusões: Apesar de evidência consistente que suporta a superior fiabilidade da ecografia intraparto na avaliação da posição e progressão da cabeça fetal face ao exame clínico, a sua utilização permanece limitada. Observa-se uma discrepância relevante entre a percepção de utilidade e a prática real, sugerindo que a subutilização se relaciona sobretudo com o défice de formação estruturada e também com a heterogeneidade considerável entre as recomendações das diferentes guidelines. A implementação de programas de treino e protocolos institucionais é essencial para a sua integração na prática clínica.

Palavras-chave: Ecografia intraparto, Trabalho de parto, Posição fetal, Formação médica, Parto instrumentado

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NOS CUIDADOS INTRA-PARTO

PO (25811) - INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA CARDIOTOCOGRAFIA: EVIDÊNCIA ATUAL E DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO CLÍNICA

Laura Basílio¹; Carolina Calheta¹; Raquel Santos Rosa¹; Carlos Macedo¹; Luís Miguel Farinha¹
1 - Hospital Drº Nélio Mendonça

Resumo

Introdução: A cardiocografia (CTG) mantém-se como o método mais utilizado na vigilância fetal intraparto, permitindo a monitorização contínua da frequência cardíaca fetal e da contratilidade uterina. Contudo, a sua utilidade clínica é limitada pela elevada variabilidade inter e intra-observador, taxas significativas de falsos positivos e impacto modesto na redução de desfechos neonatais adversos. Neste contexto, a inteligência artificial (IA) tem emergido como uma ferramenta promissora para melhorar a precisão diagnóstica e a consistência da interpretação da CTG.

Objectivos: Rever criticamente a evidência atual sobre a utilização da IA na interpretação da CTG e discutir a sua aplicabilidade na prática clínica.

Metodologia: Revisão da literatura baseada em pesquisa na base de dados PubMed, utilizando os termos MeSH “artificial intelligence” AND “cardiotocography” AND “cardiotocogram”. Foram incluídos artigos relevantes sobre o uso de algoritmos de aprendizagem automática e redes neuronais na análise de traçados cardiocográficos.

Resultados: Os avanços em aprendizagem automática e redes neuronais profundas permitiram o desenvolvimento de sistemas capazes de analisar grandes volumes de traçados cardiocográficos, identificar padrões subtis e prever eventos como acidemia fetal, compromisso fetal intraparto e necessidade de intervenção operatória. Vários estudos demonstram desempenho comparável ou superior ao de especialistas humanos, particularmente na deteção precoce de traçados patológicos e na estratificação de risco em tempo real. Contudo, a evidência disponível baseia-se maioritariamente em estudos retrospectivos, com limitada validação externa e elevada heterogeneidade metodológica. Adicionalmente, a melhoria do desempenho diagnóstico não se traduz consistentemente em ganhos clínicos relevantes.

Conclusões: Apesar do elevado potencial da IA na interpretação da CTG, a evidência atual não suporta ainda a sua implementação generalizada. São necessários estudos prospetivos e multicêntricos que avaliem o impacto real nos desfechos materno-fetais, bem como uma integração segura e transparente nos fluxos de trabalho clínicos.

Palavras-chave: Cardiocografia, inteligência artificial, monitorização fetal intraparto

OUTROS

PO (25739) - DESFECHOS OBSTÉTRICOS APÓS RADIOTERAPIA PÉLVICA- O QUE ESPERAR? UM CASO CLÍNICO

Alexandra Almeida Santos¹; Helena Gonçalves¹; Carlos Barata¹; Maria Do Céu Almeida¹; Fernando Jorge Costa¹

1 - ULS Coimbra

Resumo

Introdução: O impacto da radioterapia pélvica no útero é significativo, associando-se a alterações estruturais e funcionais que podem condicionar maus desfechos obstétricos. A radiação pode provocar fibrose miometrial, lesão vascular e alteração da função gonadal, associando-se a isquémia crónica, redução da elasticidade e capacidade contrátil uterina e atrofia endometrial. Existe, portanto, um risco aumentado de abortamento, anomalias placentárias, baixo peso ao nascimento, parto pré-termo e atonia uterina pós-parto.

Objectivos:

Metodologia:

Resultados: Apresenta-se o caso de mulher submetida a nefrectomia direita, quimioterapia e radioterapia abdomino-pélvica aos quatro anos de idade, por diagnóstico de tumor de Wilms. Por recidiva mediastínica, um ano depois, realizou novo tratamento com quimioterapia e radioterapia.

Na idade adulta, apesar de ter sido referenciada para a Medicina da Reprodução, engravidou espontaneamente, sem necessidade de tratamentos.

Às 23 semanas, na ecografia morfológica, identificou-se uma artéria subclávia direita aberrante fetal e um comprimento cervical de 12 mm. Foi internada por ameaça de parto pré-termo, cumprindo corticoterapia para maturação pulmonar fetal e tocólise. Às 29 semanas, por rotura prematura de membranas pré-termo, realizou ciclo de resgate de corticoterapia, sulfato de magnésio e antibioterapia tripla. O trabalho de parto evoluiu espontaneamente, tendo nascido um recém-nascido vivo, às 29 semanas e 1 dia, por parto vaginal auxiliado por fórceps, com 1310g e Apgar 8/9/9. O pós-parto imediato foi complicado por dequitação incompleta e hemorragia grave por atonia uterina refratária ao tratamento médico (ocitocina, misoprostol, ácido tranexâmico e sulprostone). Por instabilidade hemodinâmica, foi decidida histerectomia total com salpingectomia bilateral. O estudo histológico revelou deciduíte aguda, placenta increta e sinais indiretos de atonia uterina.

Conclusões: Este caso ilustra o impacto tardio da radioterapia pélvica na gravidez, incluindo risco de parto pré-termo, anomalias da placenta e hemorragia pós-parto. Destaca-se a importância do aconselhamento pré-concepcional, planeamento obstétrico individualizado e vigilância em centro terciário, nas mulheres com este antecedente.

PO (25740) - VIGILÂNCIA OBSTÉTRICA HOSPITALAR EM MULHERES ≥ 40 ANOS: SERÁ A IDADE ISOLADAMENTE UM CRITÉRIO ADEQUADO?

Ana Cláudia Jesus¹; Adriana Carreira¹; Teresa Vasconcelos¹; Vera Oliveira¹; Ângela Rita Marques¹

1 - ULSO - Caldas da Rainha

Resumo

Introdução: A idade materna avançada (≥ 40 anos) é frequentemente utilizada como critério para vigilância obstétrica hospitalar. No entanto, com o aumento da idade reprodutiva e a limitação de recursos hospitalares, torna-se relevante avaliar se a idade materna isoladamente constitui um marcador adequado de risco obstétrico ou se outros fatores maternos poderão explicar melhor os desfechos adversos observados neste grupo.

Objectivos: Avaliar a associação entre fatores de risco maternos, nomeadamente índice de massa corporal (IMC), hipertensão crónica e tabagismo, e desfechos obstétricos e neonatais adversos em grávidas com idade ≥ 40 anos.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo incluindo grávidas com idade ≥ 40 anos seguidas na Unidade Local de Saúde do Oeste (Caldas da Rainha) entre 2024 e 2025. Foram avaliados fatores de risco maternos (IMC, hipertensão crónica e tabagismo) e uma variável de desfecho adverso composta, que incluiu complicações obstétricas e neonatais. Realizou-se análise descritiva, seguida de análise bivariada através do teste do qui-quadrado e regressão logística multivariável.

Resultados: Foram incluídas 106 mulheres, das quais 37% tinham, pelo menos, um desfecho adverso. O IMC ≥ 25 kg/m² demonstrou associação estatisticamente significativa com desfechos adversos ($p=0,002$). Observou-se também um aumento progressivo do risco com o aumento da categoria de IMC: 29,6% nas mulheres com IMC normal, 60% nas com excesso de peso e 71% nas com obesidade ($p=0,006$). Na análise multivariável, cada aumento de categoria de IMC associou-se a um aumento de cerca de 2,8 vezes na probabilidade de desfechos adversos (OR 2,77; IC95% 1,37–5,62; $p=0,005$). Tabagismo, hipertensão crónica e o aumento da idade não demonstraram associação significativa após ajuste.

Conclusões: Neste grupo de mulheres com idade ≥ 40 anos, o IMC elevado demonstrou associação independente com desfechos obstétricos adversos, enquanto a idade materna isoladamente não se associou a maior risco. A estratificação de risco poderá beneficiar da combinação da idade materna com fatores metabólicos, como a obesidade.

Palavras-chave: idade materna avançada, gravidez > 40 anos, índice de massa corporal, desfechos obstétricos, desfechos neonatais, fatores de risco maternos

PO (25747) - AGONISTAS DO GLP-1 NA GRAVIDEZ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Francisca Serra¹; Beatriz David¹; Francisca Ribeiro²; Inês Lima¹; Marta Palma¹; Filipa Caeiro¹; João Paulo Marques¹

1 - Hospital de Loures; 2 - Hospital São Francisco Xavier

Resumo

Introdução: Os agonistas do recetor do glucagon-like peptide-1 (GLP-1) são amplamente utilizados no tratamento da obesidade e da diabetes mellitus tipo 2: promovem a perda de peso e melhoram a sensibilidade à insulina. Como tal, podem aumentar a fertilidade das mulheres com oligomenorreia. O tirzepatide, em particular, pode, inclusivamente, reduzir a eficácia dos anticoncepcionais orais, aumentando o risco de uma gravidez não planeada. A utilização destes fármacos durante a gestação está contraindicada, já que a evidência disponível em humanos é limitada e baseia-se sobretudo em exposições inadvertidas.

Objectivos: Breve revisão sobre os efeitos associados à utilização dos agonistas do GLP-1 na gravidez, com base no caso de uma grávida exposta ao tirzepatide até ao 3º trimestre da gestação.

Metodologia: Descrição de um caso clínico e revisão narrativa da literatura, utilizando o motor de busca da PubMed.

Resultados: Grávida obesa, medicada com tirzepatide, cuja toma manteve até descobrir a gestação, no início do 3º trimestre. Realizou ecografia obstétrica no Hospital de Loures, com normal crescimento fetal e sem evidência de malformações congénitas. Parto no termo, de um recém-nascido saudável e com peso adequado à idade gestacional.

A literatura sugere que estes fármacos, pelo seu elevado peso molecular, não atravessam a placenta e, até ao momento, não foi identificado um aumento consistente do risco de malformações congénitas associadas à sua utilização. Contudo, estudos em modelos animais levantam preocupações, pelo aumento do risco de restrição do crescimento, anomalias e morte fetais.

Conclusões: Este caso e a evidência recente sugerem que a exposição inadvertida a agonistas do GLP-1 parece não se associar a desfechos perinatais adversos. No entanto, são necessários mais dados para esclarecer o seu perfil de segurança na gestação. A sua crescente utilização em mulheres em idade reprodutiva torna essencial a consciencialização e o aconselhamento pré-concepcional, devendo ser recomendada a sua descontinuação previamente à gravidez.

Palavras-chave: obesidade, gravidez, tirzepatide

PO (25748) - PARA ALÉM DA ECOGRAFIA - O PAPEL DECISIVO DO TRAÇADO CARDIOTOCOGRÁFICO: UM CASO DE HEMORRAGIA FETO-MATERNA

Maria Francisca Gonçalves¹; Fabiane Neves¹; Ana Sofia Pais¹; Cristina Ferreira¹; Iolanda Ferreira¹; Fernando Costa¹

1 - ULS Coimbra

Resumo

Introdução: O registo cardiocardiográfico(CTG) é fundamental na avaliação do bem-estar fetal, podendo revelar sinais de compromisso hemodinâmico mesmo na ausência de alterações ecográficas. A sua correta interpretação permite o reconhecimento atempado de situações graves, como a hemorragia feto-materna, nomeadamente através da identificação de padrões raros, como o sinusoidal.

Objectivos: Descrever um caso de hemorragia feto-materna, salientando o valor do padrão sinusoidal na suspeita de anemia fetal.

Metodologia: Análise descritiva baseada na revisão do processo clínico e registos hospitalares.

Resultados: Primigesta de 39anos, saudável, grupo sanguíneo B Rh(D)positivo. A gravidez decorreu sem intercorrências, com teste de Coombs indireto negativo às 25semanas.

Recorreu ao Serviço de Urgência às 36semanas por diminuição dos movimentos ativos fetais. O CTG revelava uma frequência cardíaca fetal basal persistentemente elevada(155–160 bpm), com variabilidade preservada e ausência de acelerações. Ecograficamente, feto taquicárdico, perfil biofísico 8/8, estimativa de peso fetal no percentil 95 e Doppler da artéria umbilical sem alterações. A grávida encontrava-se hemodinamicamente estável e apirética(T36°C). Foi decidido internamento para vigilância.

Perante suspeita de compromisso fetal agudo – curtos períodos sugestivos de padrão sinusoidal e taquicardia mantida -, foi realizada cesariana urgente. Nasceu um menino de 3020g, índice de Apgar 9/9/9, com palidez cutânea marcada. A gasimetria do cordão revelou acidose metabólica grave e anemia severa (Hb3g/dL).

A citometria de fluxo confirmou hemorragia feto-materna maciça. A investigação complementar foi negativa, incluindo o estudo infeccioso e das hemoglobinopatias. O estudo anatomopatológico da placenta evidenciou lesões compatíveis com má perfusão vascular fetal, sem trombose identificável.

O recém-nascido desenvolveu choque secundário a anemia grave e encefalopatia hipóxico-isquémica, tendo sido submetido a hipotermia terapêutica.

Conclusões: A cardiocardiografia pode ser decisiva, mesmo na ausência de fatores de risco e alterações ecográficas. O padrão sinusoidal, embora raro, associa-se a anemia fetal grave, nomeadamente no contexto de hemorragia feto-materna. O reconhecimento precoce e intervenção urgente são fundamentais para otimizar o prognóstico neonatal.

Palavras-chave: TRAÇADO CARDIOTOCOGRÁFICO, HEMORRAGIA FETO-MATERNA

PO (25749) - ENTRE O DIAGNÓSTICO E A DECISÃO: IMPACTO DOS TESTES INVASIVOS E DA INATIVAÇÃO SELETIVA NA GRAVIDEZ GEMELAR BICORIÓNICIA

Joana Gomes Augusto¹; [Liliana Reis](#)¹; Maria Fedchenko¹; Joana Torres Silva¹; Conceição Brito¹; Carla Duarte¹

1 - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Resumo

Introdução: As gestações gemelares apresentam risco acrescido de complicações obstétricas e perinatais, sendo que a presença de um feto com malformações graves ou anomalia cromossómica agrava o prognóstico do gémeo saudável. A realização de testes invasivos pode estar indicada perante suspeita de patologia fetal, mas a evidência sobre o impacto destas intervenções nos desfechos da gravidez permanece limitada.

Objectivos: Comparar os desfechos obstétricos de gestações gemelares bicoriónicas submetidas a teste invasivo ou inativação fetal seletiva com gestações gemelares bicoriónicas sem intervenção.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo com inclusão de todas as gestações gemelares bicoriónicas com parto na Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho entre janeiro de 2014 e dezembro de 2024.

Resultados: Foram incluídas um total de 335 gestações, das quais 7 realizaram inativação fetal seletiva, 37 teste invasivo e 291 não foram sujeitas a qualquer intervenção.

Nas gestações que realizaram teste invasivo, registaram-se 10(27,0%) desfechos adversos (abortamento <24 semanas ou morte fetal ≥24 semanas) face a 5(1,7%) nas gestações sem intervenção ($p<0,001$). Importa salientar que 2/10 desfechos adversos do grupo submetido a teste invasivo ocorreram em gestações com anomalia cromossómica em um dos fetos. Nas gestações com inativação fetal, apenas foi reportado 1(14,3%) desfecho adverso (não estatisticamente significativo). A ocorrência de abortamento de 1 feto <24 semanas (3[8,1%]vs3[1,0%]; $p=0,021$) e de abortamento de ambos os fetos <24 semanas (7[18,9%]vs2[0,7%]; $p<0,001$) foi superior após teste invasivo em comparação com o grupo sem intervenção.

As taxas de parto pré-termo, rotura prematura de membranas, pré-eclâmpsia, descolamento placentar e restrição de crescimento fetal foram semelhantes entre os três grupos.

Conclusões: As gravidezes bicoriónicas submetidas a teste invasivo apresentaram maior probabilidade de perda fetal e morte intrauterina, resultado que reflete sobretudo a presença de patologia fetal e perfil clínico mais complexo. A inativação seletiva evidenciou desfechos obstétricos comparáveis aos das gestações sem intervenção, reforçando a sua segurança quando clinicamente indicada.

Palavras-chave: inativação seletiva, gravidez gemelar bicoriónica, amniocentese, biópsia das vilosidades coriónicas

PO (25751) - MATURAÇÃO CERVICAL COM MÉTODOS COMBINADOS: UTILIZAÇÃO SIMULTÂNEA OU SEQUENCIAL?

Mariana Quilhó-Pereira¹; Joana Dias¹; Cláudia Milhinhos¹; Mónica Centeno^{1,2}; Luísa Pinto^{1,2}; Diogo Ayres-De-Campos^{1,2}

1 - Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Medicina da Reprodução, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Resumo

Introdução: A maturação cervical é essencial na indução do trabalho de parto quando o índice de Bishop é desfavorável. É realizada através de métodos mecânicos, farmacológicos, ou da sua combinação. Não existe atualmente consenso sobre a estratégia mais eficaz.

Objectivos: Comparar a utilização simultânea e maturação combinada *versus* sequencial de métodos combinados de maturação cervical. Foram avaliados o tempo desde o início da maturação até ao parto, desfechos maternos e perinatais.

Metodologia: Estudo observacional incluindo grávidas de termo, com feto único em apresentação cefálica, índice de Bishop <6, submetidas a maturação cervical. Foram excluídas situações de malformação fetal e restrição de crescimento fetal.

No método combinado simultâneo (julho de 2025 a fevereiro de 2026) foi introduzido um balão de Foley intracervical (60 mL) e misoprostol oral (50 mcg 2/2h até 5 tomas).

No método combinado sequencial (janeiro a dezembro de 2022) foi introduzido um balão de Foley intracervical (30-40 mL), e no dia seguinte dinoproston 10 mg insert vaginal (Propess®).

Para avaliação do tempo até ao parto foi calculada a mediana e o intervalo interquartil. Foi utilizada estatística descritiva, testes t student, qui quadrado, e Mann Whitney.

Resultados: 107 mulheres realizaram tratamento simultâneo, e 146 sequencial. A maioria das grávidas (73,9%) eram nulíparas. O tempo desde o início da maturação cervical até ao parto foi significativamente menor no grupo do tratamento simultâneo (26h, 13,5-35,9h) do que no sequencial (64h, 48,8-72,2) ($p < 0,001$).

Quanto à taxa de partos por cesariana urgente, emergente, casos de estado fetal não tranquilizador, partos instrumentados, índice de Apgar <7 ao 5º minuto, acidose metabólica neonatal, admissão a cuidados intensivos neonatais, e hemorragia pós-parto, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$).

Conclusões: A maturação cervical combinada simultânea associou-se a uma redução significativa do tempo até ao parto face à maturação sequencial, sem parecer afetar desfechos obstétricos ou perinatais.

Palavras-chave: maturação cervical, métodos combinados, simultâneo, diferido

PO (25752) - MATURAÇÃO CERVICAL COM O MÉTODO COMBINADO SIMULTÂNEO COM BALÃO DE FOLEY E MISOPROSTOL ORAL: UMA ANÁLISE PROSPETIVA

Mariana Quilhó-Pereira¹; Joana Dias¹; Cláudia Milhinhos¹; Mónica Centeno^{1,2}; Luísa Pinto^{1,2}; Diogo Ayres-De-Campos^{1,2}

1 - Departamento de Ginecologia, Obstetria e Medicina da Reprodução, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Resumo

Introdução: A maturação cervical é essencial na indução do trabalho de parto de colos desfavoráveis. Embora não exista consenso quanto ao método mais eficaz, a combinação de métodos mecânicos e farmacológicos poderá reduzir o tempo até ao parto.

Objectivos: Avaliar os desfechos obstétricos e perinatais associados à utilização simultânea do balão de Foley e misoprostol oral, e identificar fatores preditores de cesariana.

Metodologia: Estudo prospetivo incluindo grávidas de termo, com feto único em apresentação cefálica no termo, índice de Bishop < 6. Foram excluídos casos de malformações fetais e restrição de crescimento fetal.

Avaliados desfechos da maturação cervical combinada simultânea com introdução de um balão de Foley (60 mL) e misoprostol oral (50 mcg 2/2h até 5 tomas), entre julho de 2025 e fevereiro de 2026. Foi utilizada estatística descritiva, testes t e Mann Whitney, regressão logística e Kaplan-Meier.

Resultados: Dos 144 casos, 107 foram analisados. A idade materna média foi $32 \pm 6,84$ anos, 74,8% nulíparas. A taxa de cesarianas foi 34,2%. A mediana do tempo até ao parto foram 26 horas (intervalo interquartil (IIQ) 13,2-36,0), sendo inferior a 24h em 44,9% e a 48h em 85,0%. 6,3% foram induções falhadas.

O índice de Bishop foi significativamente superior nos partos vaginais comparativamente a cesarianas (1,46 versus 0,76; $p < 0,001$). Na regressão logística, foi também preditor independente para cesarianas (OR=0,486; IC 95% 0,304-0,778; $p=0,003$), com sensibilidade de 84,2% e especificidade 44,8%. Valores mais baixos associaram-se a maior tempo até ao parto vaginal.

O internamento nos cuidados intensivos neonatais foi 4,7% (n=5), 80% por síndrome de dificuldade respiratória. Três recém-nascidos apresentaram IA < 7 ao 5º minuto, porém sem acidose metabólica associada.

Conclusões: A maturação cervical combinada simultânea parece ser eficaz, podendo associar-se a menor tempo até ao parto. O índice de Bishop constitui um fator preditor independente para cesarianas e influencia o tempo até ao parto.

Palavras-chave: maturação cervical, combinada, balão de Foley, misoprostol

PO (25758) - CIRROSE HEPÁTICA E GRAVIDEZ - UM RELATO DE CASO

Daniela Marques Sousa¹; Liliãna Reis¹; Patrícia Alves¹; Luciana Silva¹; Joana Raquel Silva¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho

Resumo

Introdução: A cirrose hepática é uma causa relevante de morbimortalidade a nível global. A sua prevalência em mulheres em idade reprodutiva é de 0,045%, afetando cerca de 1 em cada 4500 gestações. Apesar de maior infertilidade descrita neste grupo, o número de gestações tem vindo a aumentar, possivelmente devido ao diagnóstico e tratamento mais precoces e ao recurso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida. As principais etiologias incluem hepatites virais, hepatite autoimune, doenças colestáticas e esteatose hepática.

Metodologia: Análise retrospectiva de um caso clínico.

Resultados: Mulher de 32 anos, com antecedentes de cirrose hepática de etiologia autoimune, complicada com varizes esofágicas, ascite e hipertensão portal clinicamente significativa, em seguimento em consulta de Medicina – Hepatologia. Medicada com micofenolato mofetil, espironolactona, furosemida, hidroxycloquina, carvedilol, sulfametoxazol e trimetoprim, prednisolona, pantoprazol, cálcio e vitamina D.

Realizou ecografia abdominal por queixas de sensação de aumento de volume abdominal, astenia e aumento de peso. Como achado incidental foi identificada uma gravidez do 2º trimestre, situação que a utente desconhecia até à data. De forma célere foi articulada avaliação por Obstetrícia, com datação da gravidez, ajuste da medicação habitual e início de suplementação. Na avaliação analítica e morfológica fetal não foram detetadas alterações de relevo. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar. Atendendo aos riscos maternos e fetais inerentes à gravidez no contexto da doença de base e do seu estadio, o casal solicitou IMG que foi aceite pela respetiva comissão técnica. A grávida foi admitida para interrupção da gravidez às 24 semanas, tendo realizado transfusão de plaquetas e posteriormente iniciado protocolo de esvaziamento com misoprostol. O internamento decorreu sem complicações e a doente teve alta orientada para a consulta de Obstetrícia e de Medicina – Hepatologia, onde mantém vigilância.

Palavras-chave: cirrose hepática; gravidez

PO (25759) - CUIDADO HUMANIZADO NA PERDA GESTACIONAL: ABORDAGEM INTEGRADA À MULHER E FAMÍLIA EM PROCESSO DE LUTO

Carina Simões¹; Cláudia Milhinhos¹; Mariana Cavaleiro¹

1 - ULS Santa Maria

Resumo

Introdução: A perda gestacional é um fenómeno de elevada relevância clínica, social e emocional. A OMS estima que 10% a 15% das gravidezes diagnosticadas terminem em aborto espontâneo, podendo chegar a 20% a 30% quando se incluem perdas muito precoces. Cerca de 80% a 85% das perdas ocorre até às 12 semanas, o que contribui para subnotificação. As perdas tardias mantêm impacto em saúde pública, com estimativa global de 2 a 2,6 milhões de mortes fetais tardias/ano.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica salientam o luto perinatal como foco de atenção, reforçando que o EEESMO deve assegurar a continuidade de cuidados no planeamento da alta e no regresso a casa, de acordo com necessidades e recursos comunitários. A falta de formação das equipas pode comprometer a adequação dos cuidados e favorecer luto não adaptativo, prolongado ou complicado.

Objectivos: Este projeto de melhoria da qualidade (aprovado em fevereiro de 2025) visa assegurar continuidade de cuidados após a alta, promover a elaboração de luto normal e garantir referenciação multidisciplinar quando necessário, contribuindo para humanização da prestação de cuidados.

Metodologia: Consultas de acompanhamento pós-alta.

Resultados: Em 2025 foi criado folheto institucional, consultas de enfermagem (1 e 4 semanas e 6 meses pós-alta, sem presença do utente), linha telefónica 24h com enfermeiro de referência e lista de contactos de apoio espiritual, além de consultoria e participação científica. Até dezembro, 30 utentes aderiram, com 30 contactos na 1.ª semana, 27 às 4 semanas e 9 aos 6 meses; 5 referenciações para psicologia e 3 para cuidados na comunidade.

Conclusões: Conclui-se que uma estrutura organizada de acompanhamento e acessibilidade após a alta reforça a continuidade de cuidados, identifica precocemente necessidades e facilita apoio especializado, devendo a expansão multidisciplinar prevista para 2026 consolidar a resposta às famílias.

Palavras-chave: perda gestacional; humanização; pós alta

PO (25761) - SÍNDROME DE DELEÇÃO DO BRAÇO CURTO DO CROMOSSOMA 18 (18P-): UM DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL NUM CONTEXTO DE TRANSLUCÊNCIA DA NUCA AUMENTADA

Cátia Branco¹; Pedro Mota Teixeira¹; Ana Isabel Correia¹; Tiago Aguiar¹; Cátia Moreira¹; Rosário Pinto Leite¹; Márcia Martins¹; Osvaldo Moutinho¹; Ana Matos¹

1 - ULSTMAD - ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

Resumo

Introdução: A síndrome de deleção do braço curto do cromossoma 18 (18p-) é uma entidade genética rara, com incidência estimada de 1:50000 nados-vivos. É caracterizada por um espectro fenotípico variável que pode incluir atraso do desenvolvimento, défice cognitivo, dismorfias craniofaciais e malformações congénitas. O diagnóstico pré-natal é desafiante dada a ausência de achados ecográficos específicos.

Metodologia: Apresenta-se uma grávida de 31 anos, primigesta, sem antecedentes pessoais de relevo. Na ecografia do primeiro trimestre, às 13 semanas + 2 dias de gestação, observou-se translucência da nuca aumentada (3,25 mm, >P99), sem outras alterações ecográficas associadas. O estudo por cfDNA foi negativo para as trissomias 13, 18 e 21. Perante o achado ecográfico, foi realizada amniocentese às 15 semanas + 2 dias de gestação; o estudo do líquido amniótico por FISH foi negativo para as aneuploidias mais frequentes (13, 18, 21, X e Y) e o cariótipo revelou uma deleção do braço curto do cromossoma 18: 46,XX,del(18)(p11.2), estabelecendo o diagnóstico de síndrome de deleção 18p. Após aconselhamento multidisciplinar detalhado sobre o prognóstico associado à síndrome 18p-, nomeadamente compromisso do neurodesenvolvimento, apesar de variabilidade fenotípica significativa, o casal solicitou interrupção médica da gravidez, que foi realizada às 18 semanas de gestação, sem intercorrências.

Conclusões: A deleção 18p apresenta grande heterogeneidade clínica, o que dificulta a suspeita pré-natal baseada apenas em achados ecográficos. A translucência da nuca aumentada é um dos poucos marcadores precoces, embora inespecífico. O diagnóstico definitivo requer análise citogenética de material fetal obtido por técnicas invasivas e é fundamental para o correto aconselhamento e orientação clínica da gravidez. A maioria dos casos de 18p- resulta de deleções de novo, contudo, uma pequena proporção resulta de rearranjos cromossómicos parentais, associados a risco de recorrência aumentado, pelo que o aconselhamento genético adequado do casal é também essencial.

Palavras-chave: Diagnóstico pré-natal, Cariótipo, Síndrome deleção 18p

POSTER COM DISCUSSÃO**POD (25762) - ESTAMOS PREPARADOS PARA A HEMORRAGIA PÓS PARTO?**

Beatriz David¹; Carolina Mendonça Rodrigues¹; Madalena Cabrita¹; Inês Lourenço¹; Njila Amaral¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

Resumo

Introdução: A hemorragia pós-parto (HPP) continua a ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna. A eficácia da abordagem depende do conhecimento e da resposta coordenada dos profissionais de saúde. A avaliação do nível de preparação é essencial para identificar lacunas e melhorar a prática clínica.

Objectivos: Avaliar o conhecimento, a percepção de confiança e as necessidades formativas dos profissionais de saúde relativamente à HPP.

Metodologia: Estudo observacional transversal, baseado na aplicação de um questionário a profissionais de saúde envolvidos no cuidado obstétrico. Foram analisadas características da população, conhecimentos teóricos, experiência prática e percepções relacionadas com a abordagem da HPP, com análise descritiva dos dados.

Resultados: Foram obtidas 258 respostas, maioritariamente de especialistas em Ginecologia-Obstetrícia (46,5%) e Anestesiologia (16,7%), seguidos de internos de Ginecologia-Obstetrícia (15,9%), enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO) (15,9%), internos de Anestesiologia (3,1%) e enfermeiros generalistas (1,94%).

A maioria dos participantes apresentou experiência relevante em bloco de partos, com conhecimento global elevado. A principal causa de HPP foi corretamente identificada por 91,1%, enquanto a prevalência foi corretamente reconhecida por 43,4%, evidenciando subestimação relevante.

A confiança no reconhecimento e no conhecimento do protocolo institucional foi elevada ($\geq 4/5$). A comunicação em equipa e o trabalho multidisciplinar foram áreas identificadas como "a melhorar" (59,5% e 69,1%). A maioria referiu necessidade de treino adicional (74%). Persistem lacunas em aspetos estruturais, como acesso a protocolos e recursos.

Conclusões: Apesar do bom nível global de conhecimento, persistem lacunas na percepção da prevalência e na abordagem organizacional da HPP, com subestimação relevante da sua frequência. Esta discrepância pode comprometer a resposta clínica. Reforça-se a necessidade de formação prática, nomeadamente simulação, e de estratégias multidisciplinares contínuas para melhorar a resposta e a segurança materna.

Palavras-chave: Hemorragia pós parto, Equipa, Formação

PO (25763) - CORIOAMNIONITE: FATORES DE RISCO MATERNOS E OBSTÉTRICOS - ESTUDO OBSERVACIONAL CASO-CONTROLO

Susana Xu¹; Joana Dias¹; Mónica Centeno^{1,2}

1 - ULS Santa Maria; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Clínica Universitária de Ginecologia/Obstetria

Resumo

Introdução: A corioamnionite constitui uma complicação obstétrica relevante, associada a morbilidade materna e neonatal. Diversos fatores maternos e obstétricos têm sido descritos como determinantes da sua ocorrência, sendo a sua análise útil para orientar estratégias de prevenção e intervenção.

Objectivos: Avaliar os fatores maternos e obstétricos associados ao desenvolvimento de corioamnionite.

Metodologia: Realizou-se um estudo observacional de caso-controlo, incluindo todos partos realizados entre 1 de janeiro de 2025 e 28 de fevereiro de 2026 num centro terciário. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade materna, índice de massa corporal (IMC), nacionalidade, paridade, tipo de parto, peso e número de recém-nascidos, rotura prematura de membranas (RPM) >24h, colonização por Streptococcus do grupo B, diabetes e tabagismo. Realizadas análises estatísticas descritivas, univariada e multivariada para estimar Odds ratio com intervalo de confiança de 95%, utilizando SPSS v26, com significância $p < 0,05$.

Resultados: A taxa de corioamnionite foi de 2,62% do total dos partos.

Foram incluídos 83 casos com diagnóstico de corioamnionite e 83 controlos pareados (partos imediatamente subsequentes sem o diagnóstico de corioamnionite) no período do estudo.

Nos casos de corioamnionite, a mediana de idade foi 29 anos, IMC 25,90 kg/m²; 42,17% portuguesas; idade gestacional (IG) média 38s+6d, 53,01% cesarianas, 32,53% partos instrumentados e 32,53% RPM >24h.

Nos controlos, mediana de idade 31 anos, IMC 25,69 kg/m²; 57,83% portuguesas; IG média 38s+5d, 28,92% cesarianas, 18,07% instrumentados e 4,82% RPM >24h.

RPM >24h (OR 6,47; IC95% 1,66–25,22; $p = 0,007$), nacionalidade estrangeira (OR 3,17; IC95% 1,18–8,46; $p = 0,02$), menor paridade (OR 0,18; IC95% 0,07–0,45; $p < 0,001$) e tipo de parto com maior intervenção (OR 2,41; IC95% 1,32–4,37; $p = 0,004$) mostraram associação significativa com corioamnionite.

Conclusões: Estes achados confirmam a evidência de estudos anteriores na nossa população e na restante literatura. São necessárias estratégias preventivas que visem reduzir a morbilidade materna e neonatal associadas à corioamnionite.

Palavras-chave: corioamnionite, parto instrumentado, parto eutócico, cesariana, rotura prematura de membranas

POSTER COM DISCUSSÃO**POD (25766) - EARLY PERIPARTUM PREDICTORS OF CARDIOVASCULAR REVERSE REMODELLING IN HYPERTENSIVE PREGNANT WOMEN (CAREMOM) – PRELIMINARY RESULTS**

Ana Filipa Ferreira²; Debora Veiga²; Juliana Morais²; Carla Sousa^{2,4}; António S Barros²; Benedita Sampaio-Maia^{5,6,7}; Adelino Leite Moreira^{2,3}; Inês Falcão-Pires²; Carla Ramalho^{1,8,9}

1 - ULS São João, FMUP, RISE-Health; 2 - RISE-Health, Departamento de Cirurgia e Fisiologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal.; 3 - Cardiothoracic Surgery Department, Unidade Local de Saúde de São João, 4200-319 Porto, Portugal; 4 - Cardiology Department, Unidade Local de Saúde de São João, 4200-319 Porto, Portugal; 5 - i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, 4200-135 Porto, Portugal; 6 - Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, 4200-393 Porto, Portugal; 7 - INEB - Instituto Nacional de Engenharia Biomédica, 4200-135 Porto, Portugal; 8 - Obstetrics Department, Unidade Local de Saúde de São João, 4200-319 Porto, Portugal; 9 - Obstetrics, Gynaecology and Pediatrics Department, Faculty of Medicine of the University of Porto, 4200-319 Porto, Portugal

Resumo

Introdução: Early postpartum optimization of blood pressure impacts significantly the cardiovascular (CV) reverse remodeling (RR) and long-term outcomes in women with hypertensive disorders of pregnancy

Objetivos: To characterize peripartum CV RR and to compare its trajectory from the 3rd trimester (3T) to 1 month postpartum (PP1) between healthy women and women with preeclampsia

Metodologia: Prospective cohort study that enrolled healthy pregnant women and those with preeclampsia. Transthoracic echocardiography and carotid–femoral pulse wave velocity (cf-pwv) are performed at 3T, at PP0 (1-6 days after delivery) and PP1

Resultados: We included 27 participants, 59% with preeclampsia. The preeclampsia group had a higher body mass index than the healthy group ($27\pm 6\text{kg/m}^2$ vs $22\pm 2\text{kg/m}^2$, $p=0.001$) and an early gestational age at delivery (35 ± 2 vs 39 ± 1 weeks, $p<0.001$). Mean arterial pressure was higher in preeclampsia group at all time points ($p<0.001$), with no significant temporal variation. No significant changes in cf-PWV were observed. Regarding cardiac RR, left ventricular (LV) mass (LVM, $p<0.001$) and relative wall thickness (RWT, $p=0.037$) was significantly higher in the preeclampsia group, with a significant regression from the 3T to PP1 (LVM, $p=0.003$; RWT, $p=0.026$). Despite preserved cardiac function and no differences between groups ($p=0.605$), ejection fraction decreased from 3T to PP0 ($p=0.036$). Regarding cardiac relaxation, left ventricular filling pressures (E/e') decreased over time (3T to PP1, $p=0.014$; PP0 to PP1, $p=0.003$) and were higher in the preeclampsia group ($p=0.015$).

Conclusões: While no significant differences in vascular RR were observed, LV hypertrophy regressed significantly from 3T to PP1. Women with preeclampsia presented worse cardiac parameters throughout follow-up, characterized by higher LVM, increased RWT, and impaired diastolic function compared with healthy women. Although no significant interaction between study group and follow-up time was observed for any CV variable assessed, this may reflect insufficient statistical power given the small sample size.

Palavras-chave: cardiovascular reverse remodeling, pre-eclampsia

PO (25767) - PUERPÉRIO NO LIMIAR DO RISCO: GESTÃO MULTIDISCIPLINAR DE COMPLICAÇÕES DA PRÓTESE AÓRTICA MECÂNICA

Filipa Agria¹; Carolina Simões¹; Beatriz Figueiredo¹; Inês Vasconcelos¹; Catarina Miranda Silva¹; Ana Rita Ramalho²; Nélia Bento¹; Ana Luisa Areia^{1,3}; Fernando Jorge¹

1 - Serviço de Obstetria A, ULS Coimbra; 2 - Serviço de Cardiologia, ULS Coimbra; 3 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: Grávidas com próteses valvulares mecânicas são classificadas como mWHO 2.0 classe III, representando um risco complexo em cardiologia obstétrica. Esta patologia impõe um equilíbrio precário: o risco de mortalidade por trombose da prótese (até 20%) versus a anticoagulação agressiva que eleva a morbilidade hemorrágica. As novas diretrizes ESC2025 recomendam (Recomendação Nível 1) a gestão destes casos por uma Pregnancy Heart Team (PHT)

Objectivos: Descrever a gestão de complicações ocorridas numa puérpera com patologia cardíaca de alto risco.

Metodologia: Descrição do caso de grávida com válvula aórtica mecânica, complicações e orientação, com base na análise do processo clínico.

Resultados: Primigesta, 33 anos, ex-fumadora, portadora de prótese mecânica aórtica St. Jude implantada na Ucrânia em 2018 e antecedentes pessoais de obesidade classe 1. Gravidez complicada por diabetes gestacional controlada por dieta, hipocoagulada com heparina de baixo peso molecular no primeiro trimestre e após as 36semanas; e varfarina no segundo e terceiro trimestres. Realizada cesariana eletiva às 38semanas+3dias sob ponte de heparina não fracionada; retomou varfarina ao segundo dia pós-operatório. Ao quinto dia de puerpério, constatou-se hematoma da histerorrafia com hemorragia ativa, exigindo embolização das artérias uterinas, reversão com protamina, seguida de revisão cirúrgica ao oitavo dia. Perante febre com elevação da PCR e pro-BNP, foi diagnosticada trombose subaguda da prótese, provavelmente favorecida pela interrupção forçada da hipocoagulação. A endocardite foi excluída (critérios de Duke de 2023) após exames de imagem negativos; a TC pélvica revelou abscessos pélvicos secundários ao hematoma. Estabilização obtida com anticoagulação otimizada e antibioterapia de largo espectro precoce. Alta estável 19 dias após o parto, com prótese funcional, mobilidade normal e retoma de varfarina.

Conclusões: A gestão das grávidas portadoras de prótese mecânica exige um equilíbrio entre o risco hemorrágico e trombótico. Este caso reforça a importância do ajuste individualizado da anticoagulação como fator determinante para prevenir complicações e garantir a segurança materna.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco, Prótese Valvular Cardíaca, Trombose, Hemorrágico, Puerpério, Anticoagulação, Equipa Multidisciplinar

PO (25773) - DESAFIOS DO RASTREIO DE ANEUPLOIDIAS FETAIS EM GRÁVIDAS COM OBESIDADE RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Joana Silva¹; Claudina Laroca¹; Conceição Brito¹; Icaro Souza¹; Ana Pinto¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho- Hospital Eduardo Santos Silva

Resumo

Introdução: O rastreio de cromossomopatias baseia-se no rastreio combinado, mediante estudo ecográfico e marcadores bioquímicos (PAPP-A e β -HCG), com deteção de cerca de 95% das aneuploidias mais frequentes.

O teste pré-natal não invasivo (NIPT) baseia-se na análise de DNA fetal livre no sangue materno e, enquanto teste de rastreio, apresenta sensibilidade próxima de 99% e especificidade superior a 99% para trissomia 21. Contudo, estudos demonstram que a obesidade materna aumenta a probabilidade de resultados indeterminados/inconclusivos por redução da fração fetal, relacionada com mecanismos placentários e maior libertação de DNA materno (apoptose adiposa), levando à diluição relativa do DNA fetal, com diminuição da fração fetal em até 10% em grávidas acima de 113 kg.

Objectivos: Discutir as limitações do DNA fetal livre em utentes obesas e a importância da integração com os achados ecográficos.

Metodologia: Revisão de processo clínico no SClínico® e análise de literatura disponível.

Resultados: Grávida de 27 anos, grupo sanguíneo A+, com obesidade grau 3 (IMC 42) e colite ulcerosa em uso de mesalazina. Rastreio combinado do 1º trimestre com risco aumentado para trissomia 21 (1/148). NIPT com fração fetal de 5% e risco reduzido para trissomias.

Ecografia do 2º trimestre: prega da nuca aumentada.

Ecografia do 3º trimestre: PFE 2381 g, restrição de crescimento fetal estágio 1, percentil 5, com centralização de fluxos.

Parto induzido às 37 semanas. Recém-nascido do sexo masculino, com fenótipo sindrômico; ecocardiografia com regurgitação tricúspide e coração estruturalmente normal. Cariótipo confirmou trissomia 21.

Conclusões: O rastreio de aneuploidias em grávidas com obesidade é particularmente desafiador, pois tanto o exame ultrassonográfico quanto o NIPT podem ser comprometidos. Este caso ilustra um raro falso negativo de DNA fetal para trissomia 21 em contexto de obesidade materna, reforçando a necessidade de integrar NIPT, rastreio combinado e contexto clínico individual.

Palavras-chave: Obesidade na gravidez, Teste pré-natal não invasivo (NIPT), DNA fetal livre, Rastreio combinado do 1.º trimestre

PO (25777) - PLANO DE PARTO: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AUTONOMIA, SEGURANÇA CLÍNICA E ENQUADRAMENTO LEGAL

Catarina Bento Cardoso¹; Carmo Pinheiro²; Emily González³; Inês Lima Dos Santos³; Mafalda Mariano⁴; Margarida Amaro³; Mariana Antunes³; Marta Santana Pedro³; Vanessa Tilsner³; Ana Isabel Machado³

1 - ULS Lezíria; 2 - ULS Almada-Seixal; 3 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa ULS São José; 4 - Hospital da Luz Lisboa

Resumo

Introdução: O plano de parto visa promover a autonomia da grávida, permitindo expressar preferências sobre os cuidados no parto. Contudo, a sua aplicação levanta questões sobre segurança clínica e legal, sendo a perceção dos profissionais de saúde sobre este tema pouco estudada.

Objectivos: Avaliar o conhecimento, atitudes e perceções dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados obstétricos relativamente ao plano de parto, com foco na aplicabilidade prática, segurança e enquadramento legal.

Metodologia: Questionário com 25 perguntas, online e anónimo, aplicado a obstetras, enfermeiros ESMO e internos de ginecologia-obstetrícia. Análise descritiva e inferencial, com teste qui-quadrado e correlação de Spearman.

Resultados: Participaram 122 profissionais (45,9% obstetras, 29,5% ESMO, 24,6% internos). Apesar de 89,3% conhecerem o conceito de plano de parto, 63,1% não receberam formação específica (93,3% nos internos), e apenas 42,6% conhecem o enquadramento legal (16,7% nos internos). Observou-se um paradoxo: 90,2% concordam que o plano deve ser respeitado, mas 97,5% afirmam que a segurança clínica deve prevalecer, sem correlação entre ambas ($p=0,039$; $p=0,667$). A principal razão para o não cumprimento foi a segurança fetal (64,2%). ESMO integraram mais o plano na prática clínica (66,7% perguntam sempre vs. 12,5% dos obstetras). As expectativas irrealistas das grávidas constituem a principal dificuldade na sua aplicação (89,3%), com proporção significativamente superior nos obstetras (98,2%) face aos ESMO (77,8%) ($\chi^2=9,9$; $p=0,007$), sugerindo que maior familiaridade com o instrumento atenua esta perceção. A insegurança jurídica é transversal: 85,2% reconhecem falta de orientação legal, apenas 31,1% sentem-se protegidos. Maior experiência correlacionou-se com menos receio legal ($\rho=-0,407$; $p<0,001$) e mais conhecimento jurídico ($\rho=+0,424$; $p<0,001$).

Conclusões: Existe dissonância entre autonomia materna e segurança clínica, intensificada por falta de formação e insegurança jurídica. A experiência profissional é protetora, reforçando a necessidade de formação precoce, enquadramento legal claro e equilíbrio entre autonomia materna e segurança fetal para aplicação segura do plano de parto.

Palavras-chave: Plano de parto, segurança, enquadramento legal

PO (25778) - TROMBOFLEBITE SÉTICA DA VEIA OVÁRICA: DOIS PERFIS CLÍNICOS DISTINTOS – IMPORTÂNCIA DA SUSPEITA DIAGNÓSTICA PRECOCE

Maria Beatriz Teixeira¹; Raquel Garcês Gouveia¹; Carolina Ribeiro¹; Lurdes Silva¹; Fernando Cirurgião¹

1 - Hospital São Francisco Xavier

Resumo

Introdução: A tromboflebite séptica da veia ovárica (TSVO) é uma complicação rara do puerpério, ocorrendo mais frequentemente à direita. Pode estar associada a infeções pélvicas periparto e parto por cesariana. O diagnóstico é desafiante devido à sua apresentação clínica inespecífica, sendo confirmado imagiologicamente.

Objectivos: Descrever dois casos clínicos de TSVO em puérperas com diferentes perfis de risco, destacando a importância da suspeita diagnóstica.

Metodologia: Este é um relato descritivo de dois casos clínicos observados no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital São Francisco Xavier. Os dados clínicos foram obtidos a partir dos processos clínicos das pacientes.

Resultados: Apresentam-se dois casos clínicos de TSVO direita em puérperas submetidas a cesariana com fatores de risco muito distintos entre si. O primeiro caso refere-se a uma primigesta de 25 anos, saudável, submetida a cesariana às 41 semanas por estado fetal não tranquilizador. No segundo dia pós-parto, apresentou febre sem sintomatologia associada. Iniciou-se antibioterapia ao terceiro dia pós-parto, assumindo-se uma febre sem foco identificado. O diagnóstico foi estabelecido ao oitavo dia pós-parto através de angiotomografia computadorizada. O segundo caso corresponde a uma múltipara de 31 anos, obesa, com gestação gemelar por fertilização in vitro, complicada com diabetes gestacional insulino-tratada, rotura prematura de membranas pré-termo, submetida a cesariana às 28 semanas por corioamnionite. Apesar de antibioterapia tripla instituída, apresentou febre no pós-parto precoce e ao segundo dia de internamento realizou angiotomografia computadorizada que confirmou o diagnóstico. Ambas foram tratadas com antibioterapia com Metronidazol e Ceftriaxone durante uma semana e anticoagulação com enoxaparina em dose terapêutica durante seis semanas pós parto.

Conclusões: A TSVO deve ser considerado na presença de febre refratária a antibioterapia, sobretudo após cesariana. Estes casos reforçam a importância da suspeita clínica mesmo em mulheres saudáveis. Na sequência do primeiro caso, atualizou-se o protocolo de serviço sobre febre puerperal, permitindo um diagnóstico mais precoce do caso subsequente.

Palavras-chave: puerpério, febre sem foco, endometrite, tromboflebite séptica da veia ovárica

PO (25781) - RECÉM-NASCIDOS COM PESO SUPERIOR OU IGUAL A 4000G: FATORES ASSOCIADOS E DESFECHOS OBSTÉTRICOS – ESTUDO CASO-CONTROLO NUM HOSPITAL DO SNS

Maria Beatriz Mourato¹; Ariana Bárbara¹; Lília Frada¹; Fernando Fernandes¹

1 - ULSAC - HESE

Resumo

Introdução: "Macrossomia implica crescimento acima de um peso absoluto ao nascimento, historicamente 4000g ou 4500g, independentemente da idade gestacional" (ACOG, 2020, p.e18). Proporcionalmente, 7,8% dos recém-nascidos nos EUA nascem com $\geq 4000g$ e 1% com $\geq 4500g$. Esta população apresenta morbidade materna e neonatal aumentada. Importa esclarecer a realidade contemporânea no Sistema Nacional de Saúde em termos de incidência, fatores associados e desfechos obstétricos.

Objectivos: Caracterizar os antecedentes maternos, as intercorrências na gravidez e os desfechos obstétricos e neonatais de recém-nascidos com peso $\geq 4000g$, comparando-os com recém-nascidos com peso entre 2500-3999g.

Metodologia: Estudo retrospectivo caso-controlo, incluindo os partos ocorridos entre 01/01/2022 e 31/12/2025 no Hospital do Espírito Santo de Évora. Para cada recém-nascido com peso $\geq 4000g$ foi usado como controlo o recém-nascido seguinte com peso entre 2500-3999g, havendo correspondência na paridade entre cada caso-controlo. Os dados foram analisados com o programa SPSS – versão 23.

Resultados: No período em análise, houve 150 recém-nascidos com peso $\geq 4000g$ (3,5% do total) e 4 com peso $\geq 4500g$ (0,09% do total); nenhum ultrapassou 5000g. Destes 150 casos, 68,0%(n=102) pertenceram ao sexo masculino e 67,3%(n=102) nasceram a partir das 40 semanas. Comparativamente ao grupo controlo, verificou-se maior proporção de: sexo masculino (68,0%vs48,7%; $p=0,001$), idade gestacional ≥ 40 semanas (67,3%vs34,7%; $p<0,001$), obesidade materna (41,1%vs28,2%; $p=0,032$), antecedentes de macrossomia em gestação prévia (11,3%vs2,0%; $p=0,001$), distócia de ombros (5,3%vs0,7%; $p=0,036$) e cesariana por suspeita de incompatibilidade feto-pélvica (59,2%vs8,6%; $p<0,001$). Após controlo da paridade, verificou-se maior incidência de parto por cesariana em nulíparas com recém-nascidos $\geq 4000g$ (66,7%vs44,9%; $p=0,032$). Não se observaram outras diferenças significativas, nomeadamente na incidência de diabetes.

Conclusões: Comparativamente à literatura, observou-se menor proporção de recém-nascidos $\geq 4000g$. Confirmou-se maior incidência de obesidade materna, distócia de ombros e cesariana por suspeita de incompatibilidade feto-pélvica. Não se verificou associação com diabetes materna, sugerindo menor impacto deste fator e reforçando a necessidade de vigilância na obesidade isolada.

Palavras-chave: Macrossomia Fetal, Estudo caso-controlo, Desfechos obstétricos, Peso ao nascimento $\geq 4000g$, Fatores de Risco

PO (25782) - ABORDAGEM DE GRAVIDEZ ECTÓPICA ROTA EM GESTAÇÃO HETEROTÓPICA ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO CLÍNICO.

Catarina Dias Pinto¹; Ana Catarina Arduim¹; Marta Nogueira¹; Marina Moucho¹; Sofia Bessa Monteiro¹; Joana Lyra¹

1 - Serviço de Obstetria, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

Resumo

Introdução: A gravidez heterotópica caracteriza-se pela coexistência de uma gestação intrauterina e de uma gravidez ectópica, sendo uma entidade rara em concepção espontânea, mas potencialmente fatal devido ao risco de hemorragia intra-abdominal, instabilidade hemodinâmica e compromisso da gravidez intrauterina. O diagnóstico é particularmente exigente, pois a identificação de uma gestação intrauterina pode atrasar o reconhecimento da localização ectópica concomitante.

Objectivos: Apresentação de um caso clínico de gravidez heterotópica espontânea diagnosticada no primeiro trimestre, cuja abordagem combinada permitiu preservar a gestação intrauterina. Procedeu-se à revisão descritiva do processo clínico, incluindo dados imagiológicos, laboratoriais, terapêuticos e evolução materno-fetal.

Resultados: Grávida de 34 anos, G3P1A1, com gestação espontânea de 12 semanas e 1 dia, foi referenciada por suspeita de gravidez heterotópica. A ecografia obstétrica, complementada por ressonância magnética pélvica, confirmou feto intrauterino viável e outro feto de igual idade gestacional localizado retro-uterinamente, no fundo de saco de Douglas/anexo esquerdo, não se excluindo implantação no ligamento largo. À admissão, encontrava-se assintomática, hemodinamicamente estável e com hemoglobina de 12,3 g/dL. Após discussão multidisciplinar e visando preservar a gravidez intrauterina, realizou-se feticídio seletivo ecoguiado por punção transvaginal com injeção intracardíaca de cloreto de potássio. Nas primeiras horas depois, por dor abdominal com hipotensão e queda da hemoglobina para 7,8 g/dL, efetuou-se laparoscopia diagnóstica, que revelou hemoperitoneu volumoso e gravidez ectópica rota da trompa esquerda, procedendo-se a salpingectomia ipsilateral e remoção dos produtos de concepção. A perda hemática foi estimada em 2500 mL, exigindo transfusão de quatro unidades de concentrado eritrocitário. A viabilidade da gravidez intrauterina foi confirmada no intra e pós-operatório, com evolução favorável até ao seguimento precoce.

Conclusões: Este caso ilustra uma entidade rara e de orientação desafiadora, considerando as particularidades associadas ao diagnóstico tardio na ecografia do 1º trimestre e reforça a necessidade de abordagem multidisciplinar rápida para estabilização materna e preservação da gestação intrauterina.

Palavras-chave: gravidez heterotópica, hemoperitoneu, feticídio, salpingectomia, laparoscopia, gravidez ectópica

PO (25787) - PARA ALÉM DO SÍNDROME HELLP: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Raquel Soares¹; Liliana Reis¹; Ana Sousa Pinto¹; Carla Duarte¹; Ana Mações¹; Claudina Carvalho¹

1 - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Resumo

Introdução: A síndrome de HELLP é uma complicação obstétrica grave, classicamente associada à pré-eclâmpsia. Contudo, formas atípicas, sem hipertensão arterial ou proteinúria, representam um desafio diagnóstico, mimetizando outras patologias críticas do periparto.

Objectivos: Relatar caso de Síndrome de HELLP atípico com disfunção multiorgânica e diabetes insípida.

Metodologia: Revisão dos dados clínicos, abordagem e evolução de uma grávida de 31 anos, com 37 semanas de gestação.

Resultados: Grávida recorreu ao serviço de urgência por dor lombar, polidipsia intensa, náuseas, vômitos e mal-estar com cerca de uma semana de evolução. Encontrava-se normotensa, apirética e com pele e mucosas ictéricas. Analiticamente destacavam-se trombocitopenia (104.000/uL), lesão renal aguda (creatinina 1,94 mg/dL), ausência de proteinúria, citólise hepática (AST/ALT >5x LSN), hiperbilirrubinemia (6,14 mg/dL) com predomínio da fração direta, hemólise (LDH 672 U/L, haptoglobina diminuída), hiperamoniémia e hipofibrinogenemia. Perante a suspeita de síndrome HELLP, fígado gordo agudo da gravidez ou colangite, realizou-se cesariana urgente pela disfunção multiorgânica materna. O pós-parto foi complicado por hemorragia uterina grave. No puerpério, manteve polidipsia (6L/dia) e poliúria; avaliação por endocrinologia sugeriu diabetes insípida transitória secundária a metabolismo ineficaz da vasopressinase placentária no contexto de disfunção hepática. O estudo de autoimunidade e o doseamento de ADAMTS13 foram normais. A melhoria clínica e analítica após o parto, associada à persistência inicial de hemólise, trombocitopenia e elevação das transaminases, sustentou o diagnóstico final de síndrome de HELLP.

Conclusões: Este caso ilustra uma apresentação atípica de síndrome de HELLP grave, sem hipertensão arterial nem proteinúria, com sobreposição clínica e laboratorial com outras entidades, como o fígado gordo agudo da gravidez. Embora a hiperamoniémia e a diabetes insípida sugerissem essa hipótese, a evolução favorável após a interrupção da gravidez e a exclusão de causas alternativas sustentaram o diagnóstico final. A abordagem multidisciplinar e a interrupção atempada da gestação foram determinantes para a reversão das falências orgânicas e o desfecho favorável.

Palavras-chave: síndrome de HELLP, HELLP atípico, disfunção multiorgânica, diabetes insípida, fígado gordo agudo da gravidez

PO (25791) - DIAGNÓSTICO DE COLESTASE GRAVÍDICA - CUT-OFF DIFERENTE, DESFECHOS DIFERENTES?

Rita Prazeres Matos¹; Ana Rafaela Fonseca¹; Francisca Pinho Silva¹; Pedro Fonseca Rainho¹; Inês Martins^{1,2}; Luísa Pinto^{1,2};

1 - Serviço de Obstetria do Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução da ULS Santa Maria, Lisboa; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Resumo

Introdução: A colestase gravídica (CG) é uma patologia da gravidez caracterizada laboratorialmente pela elevação dos ácidos biliares (AB); associa-se a desfechos adversos, nomeadamente morte fetal, parto pré-termo (PPT), e internamento neonatal.

Em dezembro de 2022, o protocolo do nosso centro terciário foi revisto, e o critério de AB $\geq 10\mu\text{mol/L}$ (jejum), passou para $\geq 14\mu\text{mol/L}$ (jejum) ou $\geq 20\mu\text{mol/L}$ (pós-prandial).

Objectivos: Comparar a gravidade dos casos de CG, de acordo com os critérios diagnósticos adotados antes e depois de 2022.

Metodologia: Estudo observacional comparativo, entre grávidas diagnosticadas com CG entre 2019-2022 (Grupo I, n=35) e 2023-2025 (Grupo II, n=25). A gravidade foi estratificada segundo níveis séricos de AB, em ligeira (10-40), moderada (40-100) e grave ($>100\mu\text{mol/L}$).

Resultados: Os grupos I e II não apresentaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade materna, IMC, nacionalidade, paridade, antecedentes de CG e idade gestacional média ao diagnóstico.

Observaram-se diferenças com significado estatístico ao comparar a gravidade aquando do diagnóstico. No grupo I existiu um predomínio de casos ligeiros (82,9%). O grupo II apresentou uma proporção superior de casos moderados (29,2%) e graves (16,7%) ($p=0.041$). Avaliando a taxa de PPT nos 2 grupos, verifica-se que esta foi superior no grupo II (48,0% vs. 22,9% no grupo I; $p=0.042$) contudo nenhuma das variáveis estudadas, incluindo a gravidade ao diagnóstico, foi fator preditor independente de prematuridade.

Não se verificaram diferenças com significado estatístico na morbilidade neonatal definida pelo internamento na UCIN ou por morte neonatal ($p=0.73$).

Conclusões: A atualização dos critérios diagnósticos de colestase gravídica resultou na identificação de uma população com maior proporção de casos moderados e graves. Observou-se uma maior taxa de parto pré-termo após a implementação dos novos critérios; no entanto, a gravidade da doença não se demonstrou fator preditor independente de prematuridade. Não se verificaram diferenças significativas na morbilidade neonatal.

Palavras-chave: Colestase gravídica, Critérios de diagnóstico, Morbilidade perinatal, Gravidade, Ácidos biliares

PO (25792) - QUEM SÃO AS NOSSAS GRÁVIDAS? - RETRATO DE UM HOSPITAL TERCEÁRIO

Joana Casimiro Dias¹; Susana Xu¹; Pedro Rainho¹; Mónica Centeno¹

1 - ULS Santa Maria

Resumo

Introdução: A Obstetrícia é desafiada, atualmente, pela escassez de recursos humanos que, aliada ao aumento progressivo da complexidade clínica e comorbilidade materna, pode condicionar os cuidados perinatais. A gravidez de risco acrescido ou complicada por patologia exige cuidados e vigilância diferenciados, consumindo mais recursos e constituindo um desafio ainda maior na prática clínica. Neste panorama, conhecer a prevalência de risco obstétrico na nossa população torna-se essencial para o planeamento de modelos de vigilância obstétrica eficazes e seguros.

Objectivos: Determinar a prevalência de critérios de risco obstétrico na população de grávidas de um hospital terciário.

Metodologia: Realizou-se um estudo retrospectivo que incluiu todas as mulheres com parto no nosso hospital durante o ano de 2025. Definiram-se seis categorias de risco obstétrico: idade materna, antecedentes obstétricos, comorbilidades, condições de risco na gestação atual, complicações no parto e complicações puerperais. Procedeu-se à análise descritiva da população e cálculo da prevalência de cada categoria de risco, bem como da prevalência global de pelo menos um critério de risco ao longo da gestação. Os dados foram obtidos através da plataforma Obscare[®] e analisados com SPSS v26.

Resultados: Durante o ano de 2025, registaram-se 2663 partos no nosso hospital. Destas mulheres, 9,7% tinham idade < 18 anos ou ≥ 40 anos; 0,9% tinham antecedentes obstétricos de risco; 12,7% apresentavam comorbilidades de risco; 36,3% apresentavam uma condição de risco acrescido na gestação atual; 3,9% registaram complicações no parto; e 2,6% complicações puerperais. No global, 50,2% das mulheres apresentavam pelo menos um critério de risco obstétrico.

Conclusões: Metade das mulheres da nossa amostra apresentaram algum critério de risco obstétrico. Os nossos resultados refletem uma prevalência significativa de risco clínico durante a gestação, parto e puerpério na nossa população, cuja análise a nível nacional poderá ser importante para definir estratégias de vigilância e cuidados obstétricos que garantam a segurança das grávidas e recém-nascidos.

PO (25794) - ROTURA UTERINA SILENCIOSA APÓS PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA (PVAC): QUANDO O CTG TRANQUILIZA

Mariana Aleixo¹; Nicoleta Pinzari²; Maria Pulido Valente^{1,3}; Bruna Abreu¹

1 - Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução, ULS Santa Maria; 2 - Serviço de Obstetria e Ginecologia, ULS Região de Leiria; 3 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Resumo

Introdução: A rotura uterina em contexto de PVAC é uma complicação rara (<1%), mas potencialmente grave. Habitualmente associa-se a alterações da frequência cardíaca fetal do traçado cardiotocográfico (CTG), dor súbita e diminuição do tónus uterino. No entanto, pode ocorrer de forma insidiosa, sem sinais clássicos, dificultando o diagnóstico atempado.

Objectivos: Descrever um caso clínico de rotura uterina diagnosticada após parto vaginal instrumentado com ventosa, numa mulher com antecedentes de uma cesariana.

Metodologia: Descrição de um caso clínico de rotura uterina diagnosticada no pós-parto imediato, numa unidade terciária.

Resultados: Mulher de 34 anos, G2P1, com antecedentes de uma cesariana segmentar transversa, foi admitida por rotura prematura de membranas e contratilidade irregular. Foi proposta tentativa de PVAC sob monitorização contínua, aceite pela utente.

Durante o trabalho de parto, destacou-se a presença de dor contínua, desproporcional à dinâmica uterina, sem alívio nos intervalos inter-contráteis. O CTG manteve-se sempre tranquilizador durante o trabalho de parto.

Durante o período expulsivo, por exaustão materna, foi realizada instrumentação com ventosa no plano 0. O parto decorreu sem intercorrências aparentes, com recém-nascido com 3550g e índice de Apgar 9/10/10. Verificou-se laceração perineal de grau II, suturada, e foi instituída terapêutica uterotónica.

No pós-parto imediato, observou-se hemorragia aumentada e, ao exame objetivo, dificuldade na identificação do fundo uterino. A persistência de dor e os achados clínicos levantaram a suspeita de rotura uterina, motivando laparotomia urgente.

Intraoperatoriamente, confirmou-se rotura uterina ao nível da cicatriz anterior, tendo sido realizada histerorrafia em dupla camada, com controlo eficaz da hemorragia através de sutura e aplicação de agentes hemostáticos. A evolução pós-operatória foi favorável.

Conclusões: Este caso ilustra uma apresentação atípica de rotura uterina, caracterizada por ausência de alterações no CTG. A falsa sensação de segurança conferida por um traçado tranquilizador pode atrasar o diagnóstico, reforçando a importância da valorização dos sinais maternos e da vigilância clínica integrada.

Palavras-chave: rotura uterina, PVAC, parto vaginal após cesariana

PO (25795) - INFEÇÃO MATERNA NA RPM A TERMO: O PAPEL DA COLONIZAÇÃO POR SGB NO CONTEXTO DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA INTRAPARTO

Pedro Rainho¹; Maria Paulo²; Inês Martins^{1,2}

1 - Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, ULS Santa Maria; 2 - Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Resumo

Introdução: A latência prolongada na rutura prematura de membranas (RPM) a termo está associada a maior risco de infeção materna, incluindo corioamnionite e endometrite. A antibioterapia profilática não é recomendada de forma rotineira para prevenção de infeção materna, promovendo-se a indução do trabalho de parto precoce. Contudo, é recomendada profilaxia antibiótica intraparto para prevenção da infeção neonatal por *Streptococcus do grupo B* (SGB). A influência da colonização materna por SGB no risco de infeção permanece incerta.

Objectivos: Avaliar a associação entre colonização por SGB e infeção materna em casos de RPM a termo com latência prolongada.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo com 599 casos de RPM a termo com latência ≥ 12 horas, em gestações de feto único em apresentação cefálica. Identificaram-se 45 casos de infeção materna. A amostra foi dividida em SGB negativo ($n=511$) e SGB positivo ($n=88$). Analisaram-se variáveis maternas e obstétricas: idade, índice de massa corporal, paridade, índice de Bishop inicial, taxa de ITP, número de toques vaginais, tempo de latência RPM-parto e via de parto. Considerou-se significância para $p < 0,05$.

Resultados: Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto às características basais e parâmetros obstétricos. A incidência de infeção materna foi semelhante entre os grupos: 7,8% no grupo SGB negativo vs 5,7% no grupo SGB positivo ($p=0,481$).

Conclusões: O papel da antibioterapia profilática, dirigido à infeção neonatal, como potencial fator protetor de infeção materna parece incerto, não se tendo verificado diferenças significativas entre os dois grupos. A menor incidência de infeção materna no grupo SGB positivo, embora não significativa, pode refletir um eventual efeito protetor da antibioterapia e não da colonização em si. Estes dados reforçam a ausência de indicação para instituir antibioterapia profilática sistemática para prevenção de infeção materna na RPM a termo, mas evidenciam a necessidade de estudos prospetivos que permitam dissociar o efeito da colonização por SGB do impacto da antibioterapia.

Palavras-chave: rotura prematura de membranas, infeção materna, colonização SGB, profilaxia antibiótica infeção neonatal

PO (25797) - DESFECHOS OBSTÉTRICOS E PERINATAIS EM GRÁVIDAS COM ARTRITE REUMATOIDE – ESTUDO RETROSPETIVO

Pedro Rainho¹; Rita Prazeres Matos¹; Luísa Pinto¹

1 - Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução, ULS Santa Maria

Resumo

Introdução: A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crónica que atinge principalmente mulheres em idade fértil, estando associada a uma maior frequência de desfechos obstétricos adversos como pré-eclâmpsia, prematuridade e restrição de crescimento fetal. O controlo da atividade da doença é o principal determinante para a diminuição destes eventos.

Objectivos: Avaliar os desfechos maternos e perinatais numa coorte de grávidas com artrite reumatoide.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo incluindo grávidas com AR, seguidas entre janeiro de 2020 e dezembro de 2025, na consulta de medicina materno-fetal de um centro terciário. Foram analisadas: variáveis sociodemográficas, atividade da doença, regime terapêutico, complicações materno-fetais (nomeadamente patologia hipertensiva, diabetes gestacional, restrição do crescimento fetal) e desfechos obstétricos, através do acesso à plataforma Obscare.

Resultados: Foram avaliadas 38 gestações. A média de idade materna foi de 34 anos. Observou-se um agravamento da atividade da doença durante a gestação em cerca de 24,2% das grávidas, que estavam em remissão, em fase pré-concepcional. No período pós-parto, verificou-se uma exacerbação clínica em cerca de 44% das mulheres. As complicações maternas relatadas incluíram diabetes gestacional (15,8%) e patologia hipertensiva (10,5%). A taxa de cesariana foi de 37,8%, valor superior à média populacional, motivada maioritariamente por limitações ortopédicas ou patologia obstétrica. A taxa global de prematuridade foi de 8,1% e admissão neonatal de 10,8%. Das correlações estabelecidas entre a atividade da doença e os desfechos materno-fetais, apenas a relação com o baixo percentil de peso ao nascer apresentou significância estatística.

Conclusões: Corroborando a literatura, a AR associa-se a riscos acrescidos de patologia hipertensiva e cesariana, frequentemente por limitações ortopédicas. A gestão clínica destas grávidas é altamente reativa à atividade da doença, sendo que a intervenção precoce e ajustada mitiga desfechos adversos maternos e perinatais, embora tenha sido notório o impacto da atividade da doença no peso do recém nascido ao nascer.

Palavras-chave: artrite reumatóide, patologia hipertensiva, cesariana, baixo percentil de peso ao nascer

PO (25798) - SÉPSIS PUERPERAL POR STREPTOCOCCUS PYOGENES COM EVOLUÇÃO PARA CHOQUE TÓXICO: RELATO DE CASO

Liliana Reis¹; Raquel Soares¹; Daniela Sousa¹; Carla Duarte¹; Célia Soares¹; Claudina Carvalho¹

1 - Unidade Local de Saude Gaia Espinho

Resumo

Introdução: A sépsis puerperal é uma complicação rara, mas potencialmente grave, associada a elevada morbidade e mortalidade materna. Entre os agentes etiológicos, o *Streptococcus pyogenes* destaca-se pela elevada virulência e rápida progressão para síndrome de choque tóxico estreptocócico, frequentemente com apresentação inicial inespecífica, o que pode atrasar o diagnóstico e comprometer o prognóstico.

Objectivos: Descrever um caso de sépsis puerperal por *Streptococcus pyogenes* com evolução para choque séptico.

Metodologia: Revisão retrospectiva e descritiva de caso clínico.

Resultados: Primigesta de 27 anos, com gravidez sem intercorrências foi admitida às 40 semanas e 2 dias em trabalho de parto. Teve um parto vaginal instrumentado com ventosa obstétrica por estado fetal não tranquilizador, com laceração perineal de 2.º grau, corrigida sem intercorrências. Registou temperatura timpânica intraparto máxima de 37,8°C, resolvida com paracetamol. Teve alta ao 2º dia pós-parto clinicamente bem. Ao 7.º dia pós-parto, recorreu ao serviço de urgência com febre, dor abdominal e diarreia. Ao exame objetivo, apresentava lóquios fétidos e dor à mobilização uterina. Analiticamente com leucocitose de $15,4 \times 10^3/\mu\text{L}$ e PCR de 45 mg/dL. A ecografia e TAC abdominopélvica não revelaram alterações. Por suspeita de endometrite puerperal, iniciou antibioterapia com ampicilina, gentamicina e clindamicina. Contudo, 20 horas após a admissão, verificou-se agravamento clínico, com evolução para choque séptico e insuficiência respiratória, motivando transferência para a unidade de cuidados intensivos. O isolamento de *Streptococcus pyogenes* em hemoculturas confirmou o diagnóstico de síndrome de choque tóxico, tendo sido ajustada antibioterapia para penicilina e clindamicina. Observou-se evolução clínica favorável, com alta ao 15º dia sob amoxicilina oral e recuperação completa na reavaliação subsequente.

Conclusões: Este caso evidencia a importância de manter elevado índice de suspeição perante febre puerperal mesmo sem achados imagiológicos específicos. O reconhecimento precoce da gravidade clínica, a identificação atempada de *Streptococcus pyogenes* e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para instituir terapêutica dirigida e melhorar o prognóstico materno.

Palavras-chave: Choque séptico, Sépsis puerperal, Síndrome de choque tóxico estreptocócico, *Streptococcus pyogenes*

PO (25799) - ANTICOAGULAÇÃO NA GRÁVIDA COM PRÓTESE VALVULAR MECÂNICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Francisca Pinho Silva¹; Rita Prazeres Matos¹; Pedro Fonseca Rainho¹; Luísa Pinto^{1,2}

1 - Serviço de Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução. ULS Santa Maria; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Resumo

Introdução: A anticoagulação na gravidez em mulheres com próteses valvulares mecânicas constitui um desafio, exigindo equilíbrio entre risco tromboembólico materno e risco fetal. A Varfarina é mais eficaz na prevenção de trombose valvular, mas associa-se a efeitos teratogénicos e hemorrágicos. A heparina de baixo peso molecular (HBPM) apresenta maior segurança fetal, embora com menor eficácia.

Objectivos: Revisão da literatura sobre anticoagulação na grávida com prótese valvular mecânica, a propósito de um caso clínico.

Metodologia: Grávida de 30 anos, G2P1 (eutócico), antecedentes de febre reumática e dupla prótese valvular mecânica (aórtica e mitral), sob Varfarina. Após confirmação da gravidez às 5 semanas, a Varfarina foi suspensa e iniciada HBPM em dose terapêutica. No primeiro trimestre ocorreu enfarte agudo do miocárdio, mantendo-se HBPM, com reintrodução de Varfarina às 14 semanas.

Às 22 semanas, surgiram alterações craniofaciais sugestivas de embriopatia associada à Varfarina. O ecocardiograma fetal não revelou alterações. Às 34 semanas, foi diagnosticada morte fetal e induzido o parto após suspensão da Varfarina e início de HBPM. O parto foi eutócico, de um nado-morto de 2505 g, sem analgesia locorregional ou complicações hemorrágicas. No pós-parto, reiniciou Varfarina sobreposta a HBPM até INR alvo.

Resultados: A gestão da anticoagulação exige equilíbrio entre riscos maternos e fetais. A embriopatia observada é sugestiva de exposição precoce à Varfarina, e a morte fetal poderá resultar tanto de toxicidade fetal direta da varfarina como das complicações maternas e placentárias subjacentes. As recomendações da ESC destacam o planeamento do parto, com transição para HBPM/HNF às 36 semanas e suspensão adequada antes do parto, permitindo reduzir risco hemorrágico e possibilitar analgesia epidural. Tal não foi cumprido neste caso. O parto vaginal é preferido, reservando-se cesariana para indicações específicas.

Conclusões: Este caso reforça a complexidade da anticoagulação na gravidez em mulheres com próteses valvulares mecânicas, destacando a importância de uma abordagem multidisciplinar e planeamento periparto.

Palavras-chave: Morte Fetal, Anticoagulação, Gravidez, Prótese Valvular Mecânica, Varfarina

PO (25802) - DESFECHOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS EM GRÁVIDAS COM DM1: ANÁLISE DOS ÚLTIMOS 6 ANOS

Maria Leite Rocha¹; Beatriz Josefino Fernandes¹; Tânia Fernandes¹; Maria João Salgado¹; Bárbara Meireles Carneiro¹; Marisa Lopes Neto¹; Adelina Sá Couto¹; Ana Elisa Lopes¹; Rosa Maria Príncipe¹; Cláudia Isabel Ferraz¹; Maria José Costa¹; Sara Peixoto¹

1 - ULS Matosinhos

Resumo

Introdução: A diabetes mellitus tipo 1 (DM1) na gravidez está associada a um aumento do risco de complicações obstétricas e neonatais, incluindo pré-eclâmpsia, parto pré-termo e macrossomia fetal. A análise da casuística institucional permite caracterizá-las e identificar oportunidades de melhoria na abordagem multidisciplinar.

Objectivos: Avaliar o impacto da DM1 nos desfechos obstétricos e neonatais.

Metodologia: Realizou-se um estudo observacional retrospectivo, incluindo gravidezes com diagnóstico prévio de DM1, seguidas num hospital de nível II entre janeiro de 2020 e dezembro de 2025. Foi aferido o controlo metabólico materno prévio e durante a gravidez, e analisadas variáveis maternas, complicações obstétricas e respetivos desfechos neonatais.

Resultados: Foram incluídas 36 gravidezes, que culminaram em 34 partos, 1 abortamento espontâneo do 1º trimestre e 1 interrupção médica da gravidez por trissomia 18. A idade materna média foi de 32,1 anos e a duração média da DM1 de 18,4 anos. A mediana de HbA1c pré-concepcional foi de 7.75%, e entre 6.8% e 7.3% no período pré-natal. Verificaram-se 6 casos de rotura prematura de membranas (18%), 5 casos de hipertensão gestacional (15%), 4 casos de pré-eclâmpsia (11%) e 2 casos de hidrâmnios (6%). No que concerne ao parto, observou-se uma incidência de 24% de partos pré-termo, 73.5% de cesarianas, e 11.8% de partos vaginais instrumentados. Relativamente aos recém-nascidos, a idade gestacional média foi de 37 semanas e 3 dias, com macrossomia em 23.5% dos casos. A complicação neonatal mais frequente foi a hipoglicemia grave, com uma incidência de 32.4%. A admissão na unidade de cuidados intensivos neonatais foi necessária em 15 dos 34 recém-nascidos (44.1%).

Conclusões: Uma abordagem multidisciplinar na pré-concepção e seguimento das grávidas com DM1, com vista a um rigoroso controlo metabólico, é essencial para a prevenção e redução de complicações obstétricas e neonatais.

Palavras-chave: Pregnancy in Diabetics, Diabetes Mellitus, Type 1, Pregnancy Complications, Infant Health

PO (25803) - INDUÇÃO PROLONGADA: FALHADA OU DECISÃO PREMATURA?

Carolina Simões¹; Filipa Agria¹; Inês Vasconcelos¹; Beatriz Figueiredo¹; António Carlos Lobo¹; Sofia Franco¹; Fernando Jorge Costa¹

1 - Serviço Obstetria MDM, ULS Coimbra

Resumo

Introdução: A indução do trabalho de parto é um procedimento frequente em Obstetria. Um score obstétrico desfavorável está associado a induções prolongadas e maior probabilidade de cesariana.

Objectivos: Caracterizar as induções prolongadas e avaliar os desfechos obstétricos.

Metodologia: Análise retrospectiva e descritiva de todas as grávidas submetidas a indução do trabalho de parto com duração igual a três dias, no Serviço de Obstetria MDM da ULS de Coimbra entre 2020 e 2025. Foram analisados dados demográficos e obstétricos. A estatística foi realizada com recurso ao SPSS®, v29.

Resultados: Foram incluídas 166 grávidas, com idade média de 32±6 anos, das quais 73% eram nulíparas. A biometria fetal estimada distribuiu-se, predominantemente, no P50-75 (44%). A indução do trabalho de parto ocorreu, maioritariamente, entre as 39 e as 41 semanas de gestação (92%), verificando-se comorbilidades em 52% dos casos. O índice de *Bishop* inicial médio foi de 1,1±1,3. O método de indução mais utilizado foi o misoprostol (n=70), seguido de sonda *Foley* e misoprostol sequencialmente (n=47) e todas as grávidas realizaram ocitocina na sala de partos após 48 horas de indução. A duração média de rotura de membranas foi de 9±7 horas. A taxa global de cesarianas foi de 58% (n=97) tendo a maioria ocorrido na fase latente do trabalho de parto (87%). O peso médio ao nascimento foi de 3360±503g e os recém-nascidos apresentaram, globalmente, boa adaptação à vida extrauterina. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o índice de *Bishop* inicial e a via de parto ($p=n.s.$). Porém, um score ≤ 1 associou-se a maior probabilidade de cesariana (OR=2,21) [IC 95%, 1,05–4,65].

Conclusões: A indução prolongada ocorreu, predominantemente, em nulíparas com score obstétrico desfavorável e culminou em cesariana em mais de metade dos casos, sem se ter atingido a fase ativa do trabalho de parto.

Palavras-chave: Indução prolongada; Cesariana; Índice de Bishop; Trabalho de parto

PO (25804) - GRAVIDEZ NA DOENÇA RENAL CRÓNICA TERMINAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Alves¹; Mariana Soares¹; Inês Alexandre¹; Elsa Landim¹; Marisa Neves¹; Anna Lima¹; Ana Paula Ferreira¹

1 - ULS Amadora/Sintra - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Resumo

Introdução: A gravidez é um fenómeno raro nos casos de Doença Renal Crónica Terminal. Quando ocorre, existe maior probabilidade de complicações maternas como pré-eclâmpsia, agravamento da tensão arterial, polihidrâmnios e fetais como restrição de crescimento fetal, parto pré-termo ou morte neonatal. O início ou intensificação do programa de diálise, bem como o acompanhamento multidisciplinar são fundamentais para o bom desfecho obstétrico e neonatal.

Objectivos: Análise dos desafios clínicos da gravidez na Doença Renal Crónica Terminal.

Metodologia: Estudo descritivo de caso clínico, com recolha retrospectiva de dados clínicos, laboratoriais e obstétricos a partir do processo clínico.

Resultados: Grávida de 31 anos, natural de Fortaleza, Brasil. IO: 2012 (um aborto espontâneo, um parto eutócico de termo, uma cesariana às 39 semanas por Síndrome de HELLP).

Antecedente pessoal relevante de Doença Renal Crónica Estadio V secundária a Glomerulosclerose Segmentar e Focal, com seguimento prévio no Brasil. Gravidez não planeada, diagnosticada às 13 semanas. Submetida a indução dialítica no início da gravidez. Valor de creatinina inicial de 3.91 mg/dL, ureia 84.5 mg/dL, TFG 13.34 mL/1.73/min.

A gravidez foi vigiada na consulta de alto risco e decorreu sem intercorrências até às 33 semanas, quando, por agravamento analítico caracterizado por trombocitopenia e aumento de parâmetros de hemólise (haptoglobina indoseável), ocorreu necessidade de internamento na enfermaria de Obstetrícia para vigilância clínica e analítica. Durante o internamento foi submetida a hemodiálise diária, CTG diário, análises periódicas e ecografias para avaliação fetal.

O parto ocorreu às 37 semanas por cesariana, com recém-nascido de 2440 gr e índice de Apgar 9/10.

Conclusões: A gestão da gravidez em doentes com Doença Renal Terminal permanece um desafio clínico. O bom desfecho deste caso clínico é consistente com a evidência atual que remete para a necessidade de intensificação dos esquemas de diálise e da abordagem multidisciplinar ao longo de toda a gravidez.

Palavras-chave: Doença Renal Crónica, Hemodiálise, Gravidez de Alto-risco, Gravidez

PO (25805) - BALÕES INTRAUTERINOS NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO – EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS NA MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA.

Emily González¹; Júlia Sereno¹; Sara Moreira¹; Marta Santana¹; Paula Ambrósio¹; Teresinha Simões¹

1 - ULS São José - Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Resumo

Introdução: A Hemorragia Pós-Parto (HPP) complica cerca de 5% dos partos sendo uma causa importante de morbimortalidade materna a nível mundial. A sua principal causa é a Atonia Uterina. Os balões intrauterinos (BIU) estão indicados na HPP por atonia uterina refratária a medidas mecânicas e farmacológicas, tais como a compressão uterina e o uso de uterotónicos. Estes atuam exercendo compressão sobre paredes uterinas levando à redução do fluxo sanguíneo evitando na maioria dos casos medidas mais invasivas. As principais vantagens são a colocação rápida e fácil, baixa taxa de complicações e taxas de sucesso de 80-90%.

Objectivos: Análise retrospectiva de 19 casos de HPP submetidos à colocação de BIU entre 2020 e 2025 na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Metodologia: Consulta de dados provenientes do S.Clínico durante o período de 2020 a 2025 através do diagnóstico Hemorragia pós-parto.

Resultados: A idade média das mulheres foi 33,4 anos, com IMC médio de 27,7. Sobre os fatores de risco identificados 26,3% tinham o diagnóstico de pré-eclampsia, 26,3% cirurgia uterina prévia, 10,5% traumatismo do canal de parto e 5,2% distúrbio da coagulação. O peso médio dos recém-nascidos foi 3182,2gramas. Relativamente aos balões foram colocados - 5 balões de Bakri, 5 balões de Ebb, em 3 casos a Sonda de Foley, em 1 caso o BT-Cath e em 5 casos não foi possível aferir o tipo de balão. A taxa de sucesso foi de 89,5%, com necessidade de suturas de B-lynch em 1 caso e de Histerectomia Total noutro. Não houve nenhuma morte relacionada no grupo em estudo.

Conclusões: A HPP continua a ser importante causa de morbimortalidade materna. Os BIU constituem uma medida eficaz para o seu controle em caso de atonia, devendo estar disponíveis pela facilidade na sua colocação e taxa de sucesso.

Palavras-chave: Hemorragia pós-parto; Balão Intrauterino

PO (25808) - PREVALÊNCIA DE MACROSSOMIA FETAL NA DIABETES GESTACIONAL: ASSOCIAÇÃO COM A TERAPÊUTICA E VIA DE PARTO

Mafalda Mariano¹; Ana Do Carmo Pinheiro²; Catarina Bento Cardoso³; Emily González⁴; Inês Lima Dos Santos⁴; Margarida Amaro⁴; Mariana Antunes⁴; Marta Santana Pedro⁴; Vanessa Tilsner⁴; Paula Bogalho⁴; Ana Isabel Machado⁴; Fátima Serrano⁴

1 - Hospital da Luz Lisboa; 2 - ULS Almada-Seixal; 3 - ULS da Lezíria; 4 - ULS São José - Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Resumo

Introdução: A diabetes gestacional é diagnosticada em cerca de 14% das gravidezes a nível global, verificando-se uma prevalência crescente. Está associada a maior morbilidade materno-fetal, destacando-se a macrossomia fetal como uma das complicações, com consequente aumento das intervenções obstétricas periparto. O controlo metabólico assume-se como fator determinante na otimização dos desfechos decorrentes desta condição.

Objectivos: Avaliar a prevalência de macrossomia fetal (peso ≥ 4000 g no termo) em grávidas com diabetes gestacional, comparando a sua ocorrência consoante a terapêutica instituída. Analisar a via de parto nas gestações complicadas com macrossomia fetal.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo incluindo 1137 gravidezes simples com diabetes gestacional, seguidas num centro terciário entre 2020 e 2024. Identificaram-se 53 casos de macrossomia fetal, organizados consoante a abordagem implementada para controlo metabólico: dieta ou terapêutica farmacológica.

Resultados: A prevalência de macrossomia fetal foi de 4,7%, sendo mais frequente nos casos sob terapêutica farmacológica, embora sem significado estatístico. Considerando as grávidas sob terapêutica, verificou-se um maior número de fetos macrossómicos (9%) naquelas sob metformina e insulina, comparativamente àquelas que apenas realizam antidiabético oral. Não foram registados casos sob insulino-terapia exclusiva. A taxa de cesarianas nas grávidas com diabetes gestacional foi de 38,2%. Nos casos de macrossomia fetal, esta taxa foi de 69,8%, verificando-se uma associação muito significativa ($p=0,0001$). A maioria destas (54,1%) foi eletiva, sendo a principal indicação a suspeita de incompatibilidade feto-pélvica. A percentagem de cesarianas eletivas no subgrupo de macrossomia fetal foi significativamente superior àquela verificada nas grávidas com fetos não macrossómicos (33,1%).

Conclusões: O maior número de casos de macrossomia fetal nas grávidas sob terapêutica combinada sugere uma associação entre esta complicação e a maior dificuldade no controlo metabólico. O parto por cesariana foi significativamente mais frequente nas gravidezes com fetos macrossómicos. Estes resultados reforçam a necessidade de otimização do controlo metabólico e da abordagem multidisciplinar com vista a desfechos materno-fetais favoráveis.

Palavras-chave: Diabetes gestacional, Macrossomia fetal, Cesariana

PO (25810) - OBSTETRA OU INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: COMO DECIDEM AS GRÁVIDAS?

Rafaela Silva Carrito¹; Leonor Pascoal Carvalho¹; Filipa Nunes¹; Maria Do Céu Almeida¹

1 - ULS Coimbra

Resumo

Introdução: A integração da inteligência artificial (IA) no esclarecimento gestacional desafia a fiabilidade informativa. A coexistência com o aconselhamento médico afeta expectativas sobre a gravidez, decisões clínicas e a relação entre a gestante e a equipa médica, potencializando dúvidas e dependência tecnológica.

Objectivos: Avaliar a prevalência e o impacto da utilização de IA nas grávidas.

Metodologia: Realizou-se um estudo quantitativo e transversal, através de um questionário anónimo disponibilizado na Maternidade Bissaya Barreto. Executou-se uma análise estatística bivariada para identificar associações significativas.

Resultados: Foram incluídas $n=100$ grávidas, maioritariamente entre os 30-39 anos (72%) e com ensino superior (69%). A utilização de IA foi reportada por 75% das participantes, 93,3% das quais consideram a ferramenta útil. 77,6% das utilizadoras reportaram confiança moderada a forte nas respostas obtidas. A confiança na IA revelou ainda uma associação estatisticamente significativa com o nível de escolaridade ($p=0,018$).

Embora 81,4% das gestantes validem a informação obtida com profissionais de saúde, 26,7% admitem tomar decisões baseadas na IA, comportamento que se revelou significativamente associado à confiança ($p=0,004$) e à utilidade percebida na tecnologia ($p=0,029$).

Adicionalmente, a decisão de protelar/antecipar cuidados médicos associou-se aos níveis de ansiedade gerados pelo uso destas ferramentas ($p=0,016$).

Incongruências entre a informação fornecida pela IA e pelos profissionais de saúde foram descritas por 19,7% das participantes. No entanto, a totalidade das participantes optou por confiar no profissional de saúde ou procurar uma 3ª opinião em detrimento da IA.

Conclusões: A elevada adesão à IA, o seu impacto na ansiedade e na tomada de decisões reforçam a necessidade de supervisão médica. As incongruências detetadas e a influência na procura de cuidados de saúde reforçam o papel do obstetra como validador desta informação, assegurando que a tecnologia complementa a relação médico-doente de forma segura e informada.

Palavras-chave: Inteligência Artificial, Gravidez, Cuidados Pré-natais, Tomada de Decisão

PO (25813) - INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM MÉTODO COMBINADO (SONDA DE FOLEY COM MISOPROSTOL) VS MISOPROSTOL: HAVERÁ IMPACTO NA MORBILIDADE INFECCIOSA INTRAPARTO E PUERPERAL?

Raquel Santos¹; Joana Novais Dos Santos¹; Patrícia Salgado¹; Gabriela Martins¹; Mara Macieira¹; Ricardo Santos¹; Rui Miguelote¹; Diogo Cunha¹; José Manuel Furtado¹; Diana Coelho¹

1 - ULS Alto Ave

Resumo

Introdução: A infeção intra-amniótica (Tripla I) e as infeções puerperais são possíveis complicações da indução do trabalho de parto (ITP). Métodos combinados mecânico-farmacológicos, como o cateter de Foley associado ao misoprostol, podem melhorar a maturação cervical, mas o seu impacto na morbilidade infecciosa permanece incerto.

Objectivos: Avaliar se a indução do trabalho de parto com um método combinado (cateter de Foley + misoprostol) está associada a maior morbilidade infecciosa intraparto e puerperal, em comparação com misoprostol isolado.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo incluindo grávidas de termo com gestação única submetidas a ITP com método combinado ou misoprostol isolado. As características maternas e obstétricas basais foram comparadas entre os grupos. O desfecho primário foi um composto de morbilidade infecciosa (Triple I confirmado e/ou infeção puerperal). Realizaram-se análises de regressão logística binária (univariável e multivariável). Foi ainda efetuada uma análise de sensibilidade com emparelhamento por propensity score para paridade e índice de Bishop.

Resultados: Foram incluídas 273 mulheres (método combinado n=130; misoprostol n=143). A nuliparidade foi mais frequente no grupo combinado (80,0% vs 58,0%; p<0,001). O método combinado associou-se a maior morbilidade infecciosa na análise univariável (OR 2,86; IC 95% 1,34–6,07; p=0,006). Na análise multivariável, manteve associação independente (OR ajustado 3,13; IC 95% 1,38–7,14; p=0,006). Um maior intervalo entre rotura de membranas e parto também se associou independentemente à infeção (OR 1,38 por cada 4 horas; IC 95% 1,18–1,62; p<0,001). Na análise de sensibilidade, a associação manteve-se (OR ajustado 2,88; IC 95% 1,16–7,17; p=0,023).

Conclusões: A ITP com método combinado associou-se a maior risco de morbilidade infecciosa intraparto e puerperal em comparação com misoprostol isolado, sugerindo um possível efeito independente deste método no risco de infeção.

Palavras-chave: Indução de Trabalho de Parto, Sonda de Foley

PO (25815) - SÍNDROME DA ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL EM PRÉ-ECLÂMPSIA NO PUERPÉRIO: RELATO DE CASO

Matilde Alves Ribeiro¹; Caetana Montellano¹; Gisela Silva¹; Margarida Paiva¹; Rosário Cercas¹; Daniela Pereira¹; Ana Cláudia Lopes¹

1 - ULSAR

Resumo

Introdução: A Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível é uma síndrome neurológica definida por características clínicas – como cefaleias, confusão, alterações visuais e convulsões - e imagiológicas, consistentes com edema vasogénico na substância branca subcortical nos hemisférios cerebrais posteriores. Já foi descrita em inúmeras condições clínicas, sendo a encefalopatia hipertensiva, a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia e a utilização de fármacos citotóxicos as mais comuns.

A maioria dos investigadores acredita que a encefalopatia hipertensiva e a pré-eclâmpsia partilham os mesmos mecanismos fisiopatológicos. Outros especialistas sugerem que a SEPR pode ser considerado um indicador de eclâmpsia, mesmo que outras características típicas não se encontrem presentes.

Resultados

Descrição do caso: Primigesta de 24 anos, natural de Angola, com antecedentes de drepanocitose com várias crises vaso-oclusivas ao longo da vida. Submetida a cesariana segmentar transversa às 37 semanas de IG por EFNT, após tentativa de indução do trabalho de parto, que decorreu sem intercorrências. No segundo dia de puerpério, iniciou quadro de hipertensão grave, associada a sintomas neurológicos como confusão, alteração do estado de consciência e visão turva. Estudos de imagem revelaram alterações compatíveis com SEPR. Iniciou tratamento de suporte e atingiu resolução total dos sintomas e tensão arterial em 48h.

Conclusões: Em alguns casos, a combinação de hipertensão e ativação endotelial resulta em SEPR, que se manifesta por cefaleias, sintomas visuais, alteração do estado de consciência e convulsões. Na população obstétrica, esta síndrome é mais frequente no puerpério. Exames de imagem, como a ressonância magnética, são essenciais para o diagnóstico. O reconhecimento e tratamento precoce e imediato é essencial na prevenção de lesão neurológica permanente numa condição que de outra forma é reversível.

Palavras-chave: Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível; Pré-eclâmpsia; Eclâmpsia.

PO (25816) - PLACENTA BAIXA NO SEGUNDO TRIMESTRE: QUAIS OS PREDITORES DE RESOLUÇÃO?

Marta Mendes Nogueira¹; Carlos Silva¹; Marta Barbosa Lopes¹; Dilsa Morgado²; Catarina Dias Pinto¹; Ana Catarina Arduim¹; Vera Trocado¹; Sofia Bessa Monteiro¹; Marina Moucho¹

1 - Unidade Local de Saúde São João; 2 - Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Resumo

Introdução: A placenta baixa e a placenta prévia diagnosticadas no segundo trimestre são achados frequentes, associados a potenciais complicações obstétricas. No entanto, uma proporção significativa destes casos resolve espontaneamente ao longo da gestação, devido à migração placentar. A identificação de preditores de resolução poderá melhorar a estratificação de risco e a orientação clínica.

Objectivos: Identificar preditores de resolução da placenta baixa e prévia diagnosticadas no segundo trimestre.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo incluindo todas as grávidas com diagnóstico de placenta baixa ou prévia no segundo trimestre com parto na ULSSJ entre 2015 e 2025. O desfecho primário foi a resolução da placenta baixa/prévia no terceiro trimestre.

Resultados: Foram incluídas 882 grávidas, das quais 650 (73,7%) apresentaram resolução da placenta baixa no terceiro trimestre. A idade materna ($32,7 \pm 5,2$ vs $35,1 \pm 4,3$ anos; $p < 0,001$), número de cesarianas anteriores ($0,12 \pm 0,36$ vs $0,20 \pm 0,49$; $p = 0,036$), concepção por procriação medicamente assistida (PMA) (7,5% vs 22,8%; $p < 0,001$), prevalência de hipertensão arterial crónica (HTAC) ($p < 0,001$) e de antecedentes de abortamento ($p < 0,001$) associaram-se a menor resolução. A placenta anterior associou-se significativamente à resolução ($p < 0,001$). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na paridade ($p = 0,111$) ou tabagismo ($p = 0,334$). No modelo ajustado, a idade materna (ORa 0,92; IC95% 0,89–0,96; $p < 0,001$), a PMA (ORa 0,29; IC95% 0,18–0,47; $p < 0,001$), antecedentes de abortamento (ORa 0,36; $p < 0,001$), a HTAC (ORa 0,26; $p < 0,001$), o tabagismo (ORa 0,57; IC95% 0,36–0,90; $p = 0,016$) e a localização placentar anterior (ORa 11,2; IC95% 4,6–27,3; $p < 0,001$) associaram-se independentemente à resolução. A paridade ($p = 0,185$) e as cesarianas anteriores ($p = 0,173$) não apresentaram associação independente.

Conclusões: A localização placentar anterior, a idade materna, fatores reprodutivos e vasculares maternos são preditores independentes da resolução da placenta baixa/prévia. Estes achados reforçam a importância de uma abordagem integrada na estratificação do risco e na orientação clínica ao longo da gravidez.

Palavras-chave: placenta prévia, placenta baixa, placenta baixa com resolução, idade materna, procriação medicamente assistida, placenta anterior, abortamento, tabagismo, hipertensão arterial crónica, cesariana

POSTER COM DISCUSSÃO**POD (25817) - NOVOS CRITÉRIOS DE DIABETES GESTACIONAL: MENOS DIAGNÓSTICO, IGUAL SEGURANÇA?**

Bárbara Meireles Carneiro¹; Marisa Lopes Neto¹; Beatriz Josefino Fernandes¹; Maria Leite Rocha¹; Adelina Sá Couto¹

1 - ULS Matosinhos

Resumo

Introdução: O consenso “Diabetes e Gravidez: Atualização 2025” introduziu alterações no diagnóstico de diabetes gestacional (DG) no 1.º trimestre (1T), recomendando a confirmação de valores de glicemia em jejum entre 92–99 mg/dL, na ausência de fatores de risco para esta patologia, antes de estabelecer o diagnóstico. Esta nova abordagem visa reduzir o sobrediagnóstico.

Objectivos: Avaliar o impacto dos novos critérios de 2025 na reavaliação diagnóstica, necessidade de terapêutica farmacológica e desfechos maternos e neonatais.

Metodologia: Estudo retrospectivo que incluiu todas as grávidas com DG diagnosticada no 1T em 2024. As participantes foram classificadas em “DG” e “não DG”, segundo os novos critérios. Compararam-se características basais, necessidade de terapêutica farmacológica e desfechos maternos e neonatais.

Resultados: Foram incluídas 41 grávidas, das quais 14 classificadas como “não DG”. Este grupo era mais jovem ($30,9 \pm 2,9$ vs $35,2 \pm 7,0$ anos; $p=0,014$) e com menor IMC ($24,6 \pm 3,0$ vs $29,8 \pm 6,4$ kg/m²; $p=0,005$). Observou-se uma redução da necessidade de terapêutica farmacológica no grupo “não DG” (28,6% vs 63,0%; OR 4,25; IC95% 1,05–17,20; $p=0,052$), bem como da morbilidade materna composta (0% vs 14,8%; $p=0,280$), enquanto a morbilidade neonatal composta foi semelhante entre grupos. Na subanálise das grávidas com glicemia em jejum entre 92-99mg/dL, verificou-se aumento progressivo da necessidade de terapêutica farmacológica com valores mais elevados de glicemia.

Conclusões: A aplicação dos novos critérios identifica um subgrupo de grávidas com menor risco metabólico, menor necessidade de intervenção terapêutica e menor morbilidade materna, sem diferença aparente na morbilidade neonatal. Estes dados sugerem que os novos critérios poderão contribuir para reduzir a intervenção associada à DG no 1T, ainda que exista o potencial viés de classificação decorrente da ausência de confirmação da glicemia em jejum.

Palavras-chave: Diabetes Gestacional

PO (25819) - PLACENTA BAIXA NO SEGUNDO TRIMESTRE: RESOLUÇÃO E PERSISTÊNCIA DO RISCO HEMORRÁGICO

Carlos Silva¹; Marta Nogueira¹; Vera Trocado¹; Dilsa Morgado²; Marta Lopes¹; Catarina Dias Pinto¹; Ana Catarina Arduim¹; Sofia Bessa Monteiro¹; Marina Moucho¹

1 - Serviço de Obstetria, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal; 2 - Serviço de Obstetria e Ginecologia do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Resumo

Introdução: A placenta baixa diagnosticada no segundo trimestre é uma condição frequentemente transitória, com possível resolução espontânea associada ao crescimento do segmento uterino inferior. No entanto, evidência recente sugere que a resolução da localização placentar não implica ausência de risco obstétrico, nomeadamente risco de hemorragia pós-parto (HPP). Apesar disso, a sua relevância clínica permanece subvalorizada, particularmente em grávidas submetidas a cesariana.

Objectivos: Avaliar o impacto da localização placentar no terceiro trimestre no risco de HPP em grávidas com diagnóstico de placenta baixa ou prévia no segundo trimestre.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo incluindo grávidas com diagnóstico de placenta baixa ou prévia no segundo trimestre, submetidas a cesariana na ULSSJ entre 2015 e 2025. As participantes foram classificadas em três grupos conforme a localização placentar no terceiro trimestre. O desfecho primário foi a ocorrência de HPP.

Resultados: Foram incluídas 450 grávidas, divididas em três grupos: placenta prévia (34,4%, n=155), placenta baixa persistente (17,1%, n=77) e placenta baixa resolvida (48,4%, n=218). A HPP ocorreu em 69 casos (15,3%). A maior incidência foi observada nas grávidas com placenta prévia (25,2%, n=39), seguida da placenta baixa persistente (14,3%, n=11), sendo inferior na placenta baixa resolvida (8,7%, n=19). Após ajuste para potenciais confundidores, a placenta baixa resolvida associou-se a uma redução significativa do risco de HPP (ORa 0,084 [0,010–0,670], p=0,019) enquanto a placenta baixa persistente apresentou uma redução não significativa do risco (ORa 0,43 [0,06–3,25], p=0,415) quando comparadas com a placenta prévia.

Conclusões: A localização placentar no terceiro trimestre é um determinante independente do risco de HPP. A resolução da placenta baixa associa-se a redução significativa desse risco, embora mantendo-se superior ao descrito na literatura para a população em geral.

Palavras-chave: placenta prévia; placenta baixa persistente; placenta baixa com resolução; hemorragia pós-parto

PO (25821) - 35 OU 40? REPENSAR O LIMIAR DA IDADE MATERNA AVANÇADA - EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO

Maria Luísa Pires¹; Maria Inês Serra¹; Inês Margarida Pereira¹; Inês Filipe Gouveia¹; Maria José Almeida¹

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Resumo

Introdução: A idade materna avançada (IMA) é uma realidade crescente e está associada a desfechos obstétricos e neonatais adversos. A sua definição permanece controversa, sendo classicamente descrita por alguns autores como ≥ 35 anos.

Objectivos: Avaliar a associação entre idade materna e desfechos obstétricos e neonatais adversos, explorando se o agravamento do risco se torna mais evidente a partir dos 35 ou dos 40 anos.

Metodologia: Estudo retrospectivo observacional incluindo 4881 partos ocorridos entre 2023 e 2025 na Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, distribuídos por 4 grupos etários: G1 (<30 anos; n=1832), G2 (30–34; n=1528), G3 (35–39; n=1157) e G4 (≥ 40 ; n=364). Avaliaram-se taxas e caráter de cesariana (CSA), indução do TP, parto pré-termo (PPT), diabetes gestacional (DG), patologia hipertensiva da gravidez (PHG), peso ao nascimento e morbimortalidade neonatal. As variáveis categóricas foram comparadas com o teste do qui-quadrado de Pearson, considerando-se significativo $p < 0,05$.

Resultados: Observou-se aumento significativo da taxa de CSA com a idade materna, de 25,6% em G1 para 45,3% em G4 ($p < 0,001$). Entre as cesarianas, verificou-se aumento da proporção de cesarianas eletivas, de 19,2% em G1 para 43,6% em G4. A indução do TP foi mais frequente em G4 (38,2% vs 35,3% em G1), mas sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,488$). O PPT aumentou de 4,1% em G1 para 6,3% em G4, também sem significância estatística ($p = 0,127$). Observou-se ainda aumento progressivo da DG (7,8% vs 16,2%; $p < 0,001$) e da PHG, com valores mais elevados nos grupos etários avançados. O internamento em UCIN foi superior em G4 (3,8% vs 1,7%; $p = 0,036$).

Conclusões: Nesta coorte, a idade materna associou-se a piores desfechos materno-fetais, sobretudo maior probabilidade de cesariana e internamentos em UCIN, com agravamento mais evidente no grupo ≥ 40 anos.

Palavras-chave: Idade materna avançada; cesariana; desfechos obstétricos; desfechos neonatais

PO (25829) - UM CASO RARO DE ROTURA DE GRAVIDEZ ECTÓPICA NUMA MULHER COM CONTRACEÇÃO DE LONGA DURAÇÃO

Inês Limpo¹; Daniela Encarnação¹; Catarina De Mendonça Sabbo¹; Anaísa S. Simões¹; Márcia Clara Pinto¹; Anaísa Jorge S Martins¹; Cláudia De Almeida¹; Mariana De Oliveira Pereira¹; Diana Almeida¹

1 - ULS Algarve

Resumo

Introdução: A gravidez ectópica define-se como a implantação do embrião fora da cavidade uterina, ocorrendo mais frequentemente nas trompas de Falópio. Trata-se de uma condição não viável, associada a risco significativo de morbilidade materna devido à possibilidade de rutura e hemorragia interna. O diagnóstico precoce, baseado na avaliação clínica, níveis séricos de β -hCG e exames de imagem, é essencial para a redução de complicações e para a orientação terapêutica adequada.

Objectivos: Apresentar um caso raro de rotura de gravidez ectópica com hemoperitoneu numa mulher sob contraceção com dispositivo subcutâneo de etonogestrel.

Metodologia: Descrição de caso clínico e documentação imagiológica

Resultados: Mulher, 29 anos, nulípara, sem antecedentes pessoais e sob contraceção com dispositivo subcutâneo com etonogestrel dentro da validade, recorre ao serviço de urgência por dor pélvica intensa de início no próprio dia associada a perdas hemáticas vaginais com 6 dias de evolução que associava a menstruação. Negava febre ou disúria. Referia data da última menstruação há 29 dias. Inicialmente fez ecografia endocavitária no SU, com descrição de “massa ovárica direita, com moderada ascite associada”. Analiticamente sem parâmetros infecciosos. Fez TC para melhor esclarecimento do quadro que revelou: “presença de conteúdo heterogéneo a envolver a região anexial direita, sugestivo de conteúdo hemático recente, em relação com provável hematoma em organização, associando a moderado hemoperitoneu livre bem como imagem arredondada, com realce periférico, com 17mm no ovário direito“. Pedida bHCG com valores de 26000mUI/mL Foi submetida a laparoscopia diagnóstica com salpingectomia direita por rotura de gravidez tubária direita com hemoperitoneu. Evolução clínica e laboratorial sem intercorrências. Alta ao 2º dia pós cirúrgico.

Conclusões: Este caso traz à luz não só a possibilidade de falha de métodos contraceptivos aceites como extremamente eficazes, como realça também a importância da suspeita de gravidez como diagnóstico em toda a mulher em idade fértil, independentemente do método contraceptivo utilizado.

Palavras-chave: Gravidez Ectópica, Implante Subcutâneo

PO (25835) - SÍFILIS CONGÉNITA: UM DIAGNÓSTICO DO PASSADO OU UM PROBLEMA ATUAL?

Margarida Pereira Amaro¹; Marta Brito¹; Maria Luísa Martins¹; Fátima Serrano¹

1 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ULS São José

Resumo

Introdução: A sífilis durante a gravidez continua a ser um problema de saúde pública mundial, registando-se recentemente um aumento da sua incidência. Esta constitui uma causa importante de morbimortalidade neonatal, mas prevenível quando detetada e tratada de forma atempada.

Objectivos: Descrever um caso clínico de sífilis congénita, diagnosticado num centro hospitalar terciário em 2024.

Metodologia: Descrição de caso clínico com base na consulta do registo hospitalar.

Resultados: Relata-se o caso de uma grávida de 28 anos, saudável, que recorreu ao serviço de urgência por perda hemática vaginal. Tratava-se de uma gravidez não vigiada, de tempo indeterminado. Na primeira avaliação foi confirmada hemorragia do segundo trimestre e ecograficamente um feto com biometrias compatíveis com 23 semanas e 6 dias e com as seguintes alterações: ventriculomegália bilateral ligeira, hidrópsia fetal (edema subcutâneo generalizado, derrame pleural, ascite e edema das ansas intestinais), placentomegalia e pico da velocidade sistólica da artéria cerebral média com 1,48 MoM. Foi internada para vigilância e estudo etiológico, tendo realizado, entre outros, serologias e amniocentese. Deste estudo destaca-se a presença de VDRL (1/8) e TPHA positivos, tendo iniciado tratamento com penicilina G benzatínica. Concomitantemente, iniciou trabalho de parto espontâneo. Tendo em conta prognóstico fetal reservado e após esclarecimento do casal pelas equipas de Obstetrícia e Neonatologia, optou-se por atitude expectante. Após um parto eutócico de nado morto, foi colhido sangue do cordão umbilical que demonstrou um VDRL e TPHA positivos. O feto e a placenta foram enviados para autópsia e anatomia patológica, cujos achados corroboraram o diagnóstico de sífilis congénita. Posteriormente, tanto a grávida como o seu companheiro completaram o tratamento recomendado para sífilis latente tardia.

Conclusões: Este caso ilustra o quão atual é o problema da infeção sifilítica - uma infeção que, tratada atempadamente, trata também o feto. A vigilância da gravidez é essencial para o rastreio e tratamento atempado destas situações.

Palavras-chave: sífilis, periviabilidade, diagnóstico pré-natal, multidisciplinar, vigilância da gravidez, hidrópsia fetal

POSTER COM DISCUSSÃO**POD (25840) - IMPACTO ECONÓMICO DA GENOTIPAGEM FETAL RHD NÃO INVASIVA EM GRÁVIDAS RHD-NEGATIVO NA ULS BRAGA: ANÁLISE DE MINIMIZAÇÃO DE CUSTOS A 10 ANOS COMPARADA COM A PROFILAXIA UNIVERSAL COM IMUNOGLOBULINA ANTI-D**

Diana Catarina S. Fernandes¹; Beatriz Macedo²; Catarina Cunha¹; Alexandra Miranda¹; Luísa Cardoso¹

1 - ULS Braga; 2 - EM-UM

Resumo

Introdução: A incompatibilidade RhD entre mãe RhD-negativo e feto RhD-positivo constitui a principal causa de doença hemolítica grave no recém-nascido. A profilaxia universal com imunoglobulina anti-D às 28 semanas é recomendada para todas as grávidas RhD-negativo não sensibilizadas. Contudo, aproximadamente 40% destas mulheres têm fetos RhD-negativo, tornando a administração desnecessária. A genotipagem fetal RHD não invasiva, através de DNA fetal livre no plasma materno, permite restringir a profilaxia às grávidas com fetos RhD-positivo.

Objectivos: Avaliar o impacto económico da genotipagem fetal RHD na ULS Braga, comparando-a com a profilaxia universal, através de uma análise de minimização de custos, assumindo equivalência clínica entre ambas as estratégias.

Metodologia: Estudo retrospectivo, observacional e analítico, incluindo 1445 grávidas primíparas RhD-negativo não sensibilizadas, seguidas e com parto na ULS Braga entre janeiro de 2015 e dezembro de 2024. Os dados foram recolhidos dos registos clínicos eletrónicos. Os custos unitários foram obtidos da tabela oficial do SNS e da farmácia hospitalar. Realizou-se análise descritiva e inferencial com SPSS® v29 e análise de minimização de custos comparando a estratégia universal com a estratégia direcionada por genotipagem (NIPT-RHD).

Resultados: A prevalência de mulheres RhD-negativo foi 14,9%, com 41,9% dos recém-nascidos também RhD-negativo. A estratégia direcionada reduziria 456 administrações de imunoglobulina (redução relativa de 21,2%). Contudo, o custo total da estratégia direcionada foi superior em 87% (239.963,06€ vs 128.226,51€), com um custo médio por gravidez de 166,06€ vs 88,74€, sendo o principal fator de custo a genotipagem (138.864,50€).

Conclusões: Embora a genotipagem fetal RHD reduza significativamente administrações desnecessárias de imunoglobulina anti-D, no atual contexto económico português revelou-se mais dispendiosa que a profilaxia universal. A redução do custo da genotipagem será determinante para a viabilização desta abordagem de medicina de precisão.

Palavras-chave: Imunoglobulina; Genotipagem RhD; Impacto Económico;

PO (25842) - TIMING DA REALIZAÇÃO DE CICLO DE MATURAÇÃO FETAL NA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRÉ-TERMO

Ana Rita Duarte¹; Mónica Centeno^{2,3}

1 - ULS Arrábida, Hospital de S. Bernardo; 2 - Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução - ULS Santa Maria; 3 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Clínica Universitária de Ginecologia/Obstetria

Resumo

Introdução: O ciclo de maturação fetal (CMF) reduz a morbilidade neonatal associada ao parto pré-termo. O seu benefício é máximo quando o parto ocorre entre 2-7 dias após a administração. Na rotura prematura de membranas pré-termo (RPM-PT), a corticoterapia é geralmente administrada após o diagnóstico, mesmo sem previsão de parto iminente, podendo resultar numa proporção significativa de partos fora da janela terapêutica considerada ótima.

Objectivos: Avaliar a proporção de partos que ocorreram dentro da janela ótima (2-7 dias) após CMF em grávidas com RPM-PT; identificar fatores associados ao parto fora da janela ótima.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo incluindo grávidas com RPM-PT (entre as 24+0-34+6 semanas de gestação) que realizaram pelo menos uma dose de corticoterapia. O intervalo entre a primeira dose e o parto foi categorizado em <48 horas, 2-7 dias (janela ótima), 8-14 dias (janela subótima) e >14 dias. Foram comparadas características maternas e obstétricas.

Resultados: Foram incluídas 76 grávidas. Apenas 39,5% dos partos ocorreram dentro da janela ótima; 60,5% ocorreram fora dela. O parto ocorreu em menos de 48 horas em 22,4% dos casos e após mais de 14 dias em 23,7%. A idade gestacional (IG) média da RPM foi 30,8 ± 2,9 semanas e a mediana foi de 35+5 semanas. Nas RPM-PT com IG compreendida entre 24+1-27+6 (n=17), 28-31+6 (n=27), 33-34+6 (n=32), a latência média até ao parto foi de 18,5, 13,8 e 4,3 dias, respetivamente, pelo que as RPM-PT em IG mais precoces associaram-se a maior latência até ao parto. Nenhuma variável apresentou associação estatisticamente significativa com o parto fora da janela ótima.

Conclusões: Este estudo mostra que a estratégia de administrar CMF aquando do diagnóstico de RPM-PT permite que 76,3% dos partos ocorram na janela terapêutica ótima/subótima. O adiamento sistemático da corticoterapia poderia evitar administrações extemporâneas mas condicionaria potencial risco acrescido de o parto ocorrer sem se ter cumprido o CMF em, pelo menos, 22% dos casos.

Palavras-chave: RPM-PT, ciclo de maturação fetal

PO (25843) - MEMBRANAS ROTAS NO PRÉ-TERMO EM AMBULATÓRIO: É POSSÍVEL

Mariana De Oliveira Pereira¹; Cláudia De Almeida¹; Ana Jorge S. Martins¹; Márcia Clara Pinto¹; Anaísa S. Simões¹; Inês Candeias Limpo²

1 - Hospital de Faro; 2 - Hospital de Portimão

Resumo

Introdução: A rotura prematura de membranas pré-termo (RPM-PT) está associada a cerca de 1/3 dos partos prematuros e constitui, individualmente, o fator mais comumente associado ao parto pré-termo (PT).

RPM-PT não é necessariamente sinónimo de internamento prolongado até ao início ou indução do trabalho de parto. Em casos selecionados, a grávida poderá ter alta após o internamento inicial e o seguimento ser em ambulatório. Para este seguimento há uma série de critérios a cumprir.

Objectivos: Analisar os outcomes obstétricos e neonatais associados ao seguimento em ambulatório de casos de RPM-PT no Hospital de Faro.

Metodologia: Descrição de casos clínicos com análise de cada um dos casos de RPM-PT do Hospital de Faro com vigilância em ambulatório até ao ano de 2026.

As variáveis avaliadas, em cada um dos casos, foram a idade gestacional (IG) à data da rotura de bolsa e à data de parto, conduta no internamento, duração do internamento inicial, intercorrências, seguimento, tipo de parto, peso e Índice de Apgar do recém-nascido, necessidade de admissão em unidade de cuidados neonatais e complicações neonatais ou puerperais.

Resultados: Foram incluídos neste estudo 4 casos de seguimento de RPM-PT em ambulatório, descritos em detalhe na tabela do artigo.

Conclusões: Alguns estudos recentes parecem não mostrar diferenças significativas nos desfechos quando comparada a gestão hospitalar e em ambulatório dos casos de RPM-PT. Apesar do reduzido número de casos nos quais aplicámos esta conduta, a mesma mostrou-se segura, sem complicações major maternas ou neonatais.

Palavras-chave: Rotura prematura de membranas pré-termo, Ambulatório, Outcomes obstétricos, Outcomes neonatais

PO (25845) - DIAGNÓSTICO DE COLESTASE GRAVÍDICA - CUT-OFF DIFERENTE, DESFECHOS DIFERENTES?

Rita Prazeres Matos¹; Ana Rafaela Fonseca¹; Pedro Fonseca Rainho¹; Inês Martins¹; Luísa Pinto¹

1 - ULS Santa Maria

Resumo

Introdução: A colestase gravídica (CG) é uma patologia da gravidez caracterizada laboratorialmente pela elevação dos ácidos biliares (AB); associa-se a desfechos adversos, nomeadamente morte fetal, parto pré-termo (PPT), e internamento neonatal.

Em dezembro de 2022, o protocolo do nosso centro terciário foi revisto, e o critério de AB $\geq 10\mu\text{mol/L}$ (jejum), passou para $\geq 14\mu\text{mol/L}$ (jejum) ou $\geq 20\mu\text{mol/L}$ (pós-prandial).

Objectivos: Comparar a gravidade dos casos de CG, de acordo com os critérios diagnósticos adotados antes e depois de 2022.

Metodologia: Estudo observacional comparativo, entre grávidas diagnosticadas com CG entre 2019-2022 (Grupo I, n=35) e 2023-2025 (Grupo II, n=25). A gravidade foi estratificada segundo níveis séricos de AB, em ligeira (10-40), moderada (40-100) e grave ($>100\mu\text{mol/L}$).

Resultados: Os grupos I e II não apresentaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade materna, IMC, nacionalidade, paridade, antecedentes de CG e idade gestacional média ao diagnóstico.

Observaram-se diferenças com significado estatístico ao comparar a gravidade aquando do diagnóstico. No grupo I existiu um predomínio de casos ligeiros (82,9%). O grupo II apresentou uma proporção superior de casos moderados (29,2%) e graves (16,7%) ($p=0.041$).

Avaliando a taxa de PPT nos 2 grupos, verifica-se que esta foi superior no grupo II (48,0% vs. 22,9% no grupo I; $p=0.042$) contudo nenhuma das variáveis estudadas, incluindo a gravidade ao diagnóstico, foi fator preditor independente de prematuridade.

Não se verificaram diferenças com significado estatístico na morbidade neonatal definida pelo internamento na UCIN ou por morte neonatal ($p=0.73$).

Conclusões: A atualização dos critérios diagnósticos de colestase gravídica resultou na identificação de uma população com maior proporção de casos moderados e graves. Observou-se uma maior taxa de parto pré-termo após a implementação dos novos critérios; no entanto, a gravidade da doença não se demonstrou fator preditor independente de prematuridade. Não se verificaram diferenças significativas na morbidade neonatal.

Palavras-chave: Colestase gravídica, Ácidos Biliares, Critérios diagnóstico

PO (25846) - GRAVIDEZ NÃO PLANEADA EM MULHERES SUBMETIDAS À COLOCAÇÃO DE IMPLANTE DE ETONOGESTREL NO PÓS-PARTO IMEDIATO

Ana Aparício^{1,3}; Filipa Marques¹; Rosângela Garcia²; Isabel Santos Silva¹; Maria Do Céu Almeida¹

1 - Serviço de Obstetria B - ULS Coimbra; 2 - Serviço de Farmacologia Clínica - ULS de Coimbra; 3 - Clínica Universitária de Ginecologia, FMUC

Resumo

Introdução: A gravidez não planeada é um importante problema de saúde pública, particularmente em populações socialmente vulneráveis. A contraceção no pós-parto imediato com implante de etonogestrel representa uma oportunidade para suprir necessidades contraceptivas. A identificação dos fatores sociodemográficos associados à gravidez não planeada poderá permitir intervenções dirigidas.

Objectivos: Identificar fatores sociodemográficos e de cuidados de saúde associados à gravidez não planeada em mulheres submetidas à colocação de implante de etonogestrel no pós-parto imediato.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo incluindo mulheres submetidas à colocação de implante de etonogestrel no pós-parto imediato num hospital terciário. Recolhidos dados demográficos, história obstétrica e vigilância pré-natal. Realizadas análises descritivas e comparativas e regressão logística multivariada para identificação de preditores independentes.

Resultados: Foram incluídas 136 mulheres submetidas à colocação de implante de etonogestrel no pós-parto imediato. A idade média da amostra foi $26,8 \pm 6,3$ anos. A gravidez não planeada ocorreu em 36% (n=49) dos casos. Na análise comparativa, as mulheres com gravidez não planeada apresentavam idade média inferior em relação às com gravidez planeada ($23,9 \pm 5,8$ vs. $28,3 \pm 6,1$ anos). Verificou-se que a ausência de parceiro foi mais frequente no grupo com gravidez não planeada. Relativamente às restantes variáveis, não se observaram diferenças significativas entre grupos no que diz respeito à nacionalidade, situação profissional, número de gravidezes, amamentação, vigilância tardia ou contraceção prévia.

Na análise multivariada por regressão logística, incluindo idade, estado civil, nacionalidade, número de gestações, vigilância e uso prévio de contraceção, apenas a menor idade e ausência de parceiro se mantiveram associadas de forma independente à gravidez não planeada.

Conclusões: A gravidez não planeada nesta população está principalmente associada a fatores de vulnerabilidade individual, nomeadamente idade jovem e ausência de parceiro, não sendo explicada por diferenças no acesso aos cuidados de saúde ou contraceção. Estes resultados reforçam a necessidade de estratégias dirigidas a populações socialmente vulneráveis.

Palavras-chave: Puerpério, Contraceção, Planeamento Familiar, Implante contraceptivo

PO (25847) - ABDÓMEN AGUDO NO PUERPÉRIO

Edna Gizela Cardoso Dias¹; Ricardo Carvalho¹; Martins Dos Santos¹

1 - ULS Algarve

Resumo

Introdução: A dor abdominal aguda no puerpério constitui um desafio diagnóstico, visto que as alterações fisiológicas no pós-parto podem mascarar patologias cirúrgicas potencialmente graves. Diversas causas de dor devem ser consideradas, particularmente após cesariana, devendo ser solicitados exames complementar atempadamente pelas implicações significativas no tratamento e prognóstico.

Objectivos: Descrever um caso raro de perfuração contida do cego no puerpério tardio após cesariana, salientando as dificuldades diagnósticas e a importância da exploração cirúrgica precoce.

Resultados: Puérpera de 38 anos, nepalesa, G1P1, com antecedentes de obesidade e hipotireoidismo medicado, recorreu ao SU 37 dias após cesariana às 41 semanas de gestação por suspeita de macrosomia fetal (RN masculino, 4600 g).

Apresentava dor súbita na fossa ilíaca direita com 24h de evolução, associada a náuseas e vômitos. Negava febre, alterações urinárias, do trânsito intestinal ou queixas ginecológicas. Ao exame objetivo com dor intensa localizada no quadrante inferior direito, com sinal de Rovsing e Blumberg. Analiticamente, Hb 14,4 g/dL, leucócitos $8,5 \times 10^9/L$ e PCR elevada (3,9 mg/dL).

A tomografia computadorizada abdominal evidenciou densificação exuberante da gordura pericólica direita, focos de pneumoperitônio e aparente espessamento e dilatação do apêndice (12 mm), achados sugestivos de apendicite aguda perfurada.

Foi realizada laparoscopia urgente. Como achados intraoperatórios observou-se líquido seroso inflamatório na cavidade pélvica, fibrina pericecal e perfuração contida do cego, sendo o apêndice macroscopicamente normal. Procedeu-se a rafia do cego e apendicectomia, tendo o exame anatomopatológico confirmado apêndice sem alterações inflamatórias, contendo apenas fecalitos intraluminais. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, após antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol durante 7 dias.

Conclusões: A perfuração contida do cego é uma causa rara de abdómen agudo no puerpério que pode simular apendicite aguda complicada. É fundamental realizar exploração cirúrgica precoce em puérperas com dor persistente na fossa ilíaca direita e achados imagiológicos inconclusivos ou discordantes porque a atuação tardia pode implicar um desfecho desfavorável.

Palavras-chave: Abdómen agudo, perfuração do cego, puerpério, cesariana

PARTO VAGINAL OU CESARIANA

PO (25755) - PVAC OU CESARIANA: QUANDO CHEGA À HORA DA DECISÃO

Patrícia Salgado¹; Gabriela Martins¹; Joana Santos¹; Catarina Ferreira¹; Cátia Ferreira¹; Ana Rita Galvão¹; Rosa Sardinha¹; Diana Coelho¹

1 - ULS Alto Ave

Resumo

Introdução: O parto vaginal após cesariana (PVAC) constitui uma alternativa segura à cesariana eletiva em grávidas selecionadas. Calculadoras de probabilidade de PVAC têm sido propostas como instrumentos de apoio à decisão clínica, contudo a sua validade em diferentes populações necessita de validação adicional.

Objectivos: Avaliar a capacidade preditiva da calculadora de probabilidade de PVAC na previsão da via de parto em grávidas com cesariana anterior admitidas para ITP.

Metodologia: Estudo retrospectivo incluindo grávidas de termo com gestação unifetal em apresentação cefálica e uma cesariana anterior, admitidas para ITP durante um período de cinco anos. Foram analisadas as variáveis: idade materna, índice de massa corporal (IMC), índice de Bishop (IB), paridade prévia, motivo da cesariana anterior e probabilidade estimada de PVAC calculada à admissão. As participantes foram agrupadas de acordo com a via de parto final. A capacidade discriminativa da calculadora foi avaliada por análise da curva ROC, com determinação da área sob a curva (AUC) e identificação do cut-off ótimo pelo índice de Youden.

Resultados: Foram incluídas 116 grávidas, das quais 56 (48.3%) tiveram parto vaginal (PV). O IMC foi significativamente superior no grupo cesariana (33.1 ± 5.2 vs 30.4 ± 3.7 ; $p=0.002$). O motivo não recorrente para a cesariana anterior associou-se a maior probabilidade de PVAC ($p=0.021$). No grupo parto vaginal, a probabilidade estimada PVAC foi significativamente superior (55.5 ± 17.5 vs 40.8 ± 16.6 ; $p<0.001$). Não se observaram diferenças significativas relativamente à idade materna e IB. A análise da curva ROC revelou uma AUC de 0.734 (IC95% 0.643–0.825; $p<0.001$) e o cut-off ótimo foi 54.3%.

Conclusões: A calculadora de probabilidade de PVAC demonstrou capacidade discriminativa moderada na previsão da via de parto em grávidas com cesariana anterior submetidas a ITP. Um IMC mais elevado e motivo recorrente da cesariana anterior associaram-se a menor probabilidade de PVAC. Estes resultados sugerem que a calculadora pode auxiliar o aconselhamento clínico destas grávidas.

Palavras-chave: PVAC, Indução de trabalho de parto, predição de via de parto, calculadora de probabilidade de PVAC

PO (25756) - LESÕES OASIS (OBSTETRIC ANAL SPHINCTER INJURIES): REVISÃO DE UM CENTRO HOSPITALAR DISTRITAL (2019-2024)

Inês Lima¹; Marta Palma¹; Njila Amaral¹; Rosário Botelho¹; Elsa Dias¹; Carlos Veríssimo¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

Resumo

Introdução: As lesões obstétricas do esfíncter anal (OASIS), classificadas como graus III e IV, condicionam uma importante morbilidade pós-parto com impacto direto na qualidade de vida das mulheres, associando-se a incontinência anal, disfunção sexual e dor perineal. A sua incidência global ronda os 2,4%, sendo a nuliparidade e o parto instrumentado os principais fatores de risco descritos.

Objectivos: Analisar a incidência e fatores de risco de lesões OASIS no Hospital Beatriz Ângelo (HBA), avaliando as complicações a longo prazo e os desfechos em partos subsequentes.

Metodologia: Análise estatística descritiva simples de uma base de dados *Excel* de todos os casos de lacerações OASIS ocorridos no HBA entre 2019 e 2024.

Resultados: Em 10 598 partos vaginais, identificaram-se 153 casos de OASIS (1,4%), dos quais 3,9% corresponderam a lacerações grau IV. Ocorreram maioritariamente em nulíparas (78,4%), associadas a partos distócicos (88,2%), sendo em 56% dos casos com aplicação de fórceps. Episiotomia foi realizada em 71,9% das utentes. No seguimento pós-parto, 73,9% das puérperas realizaram Consulta de Medicina Física e Reabilitação, contudo, apenas 36,6% cumpriram fisioterapia pélvica (n=56). As complicações tardias mais prevalentes foram a incontinência urinária (8,8%) e a dispareunia (4,4%), embora em 77% dos casos não foram identificaram sequelas a longo prazo. Registaram-se 31 gestações subsequentes, das quais 25 resultaram em parto vaginal, com uma taxa de recorrência de OASIS de 4% (n=1).

Conclusões: A nuliparidade e a instrumentação confirmam-se como os principais determinantes para a ocorrência de lesões OASIS. A realização de episiotomia não se revelou protetora nesta série. A elevada taxa de abandono no percurso de reabilitação pélvica evidencia a necessidade crítica de otimizar a rede de cuidados e o acompanhamento pós-parto. Apesar da gravidade da lesão, o prognóstico para partos vaginais futuros é favorável, apresentando baixas taxas de recorrência.

Palavras-chave: Lesões OASIS; Laceração Grau IV;

PO (25760) - FATORES DE RISCO PARA LACERAÇÕES PERINEAIS GRAVES EM PARTOS VAGINAIS

Maria Isabel Ribeiro¹; Maria Luísa Pires¹; Maria Inês Serra¹; Inês Margarida Pereira¹; Adriana Cruz¹

1 - ULSRA

Resumo

Introdução: As lacerações perineais com atingimento do esfíncter anal (OASIS) são uma complicação relevante do parto vaginal, associadas a morbilidade materna significativa a curto e longo prazo. A identificação de fatores de risco é essencial para melhorar estratégias de prevenção e resultados obstétricos.

Objectivos: Avaliar fatores maternos, obstétricos e neonatais associados à ocorrência de OASIS.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo incluindo partos vaginais de gravidezes unifetais entre 2020 e 2025 na Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro. Compararam-se casos com e sem OASIS (correspondendo a lacerações de grau III-IV) quanto à idade materna, paridade, realização de episiotomia, instrumentação e peso fetal. A análise estatística foi realizada no SPSS® versão 26.

Resultados: Foram analisados 7017 partos, com incidência de 3% de OASIS. A primiparidade foi mais frequente nos casos com OASIS (73,5% vs 46,3%; $p < 0,001$), assim como episiotomia (73,0% vs 41,4%; $p < 0,001$) e instrumentação (81,5% vs 36,8%; $p < 0,001$). O peso fetal também foi superior nos casos com OASIS (3372,6 g vs 3205,5 g; $p < 0,001$). Já a idade materna não diferiu entre grupos (30,23 vs 30,96 anos; $p = 0,05$). Na análise multivariável, a instrumentação apresentou a associação mais forte (OR=4,865; IC95% 3,321–7,127), seguida da primiparidade (OR=1,907; IC95% 1,342–2,711). No que respeita ao peso fetal, cada aumento de 100 g elevou em 10,5% as odds de OASIS (OR=1,105; IC95% 1,067–1,144). Pelo contrário, a episiotomia mostrou efeito protetor (OR=0,6; IC95% 0,452–0,843).

Conclusões: A ocorrência de OASIS está significativamente associada à instrumentação do parto, primiparidade e maior peso fetal, enquanto que a realização de episiotomia parece ser protetora. Estes achados reforçam a importância da identificação precoce de situações de maior risco e da adoção de estratégias obstétricas individualizadas, de modo a reduzir a incidência de OASIS e melhorar a segurança materna no parto vaginal.

Palavras-chave: OASIS; parto vaginal; episiotomia; instrumentação; primiparidade; peso fetal

PO (25774) - INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO EM IDADE MATERNA AVANÇADA: QUE FATORES INFLUENCIAM O SUCESSO?

Teresa Vasconcelos¹; Ana Jesus¹; Adriana Carreira¹; Sandra Valdoleiros¹; Ângela Marques¹

1 - Serviço Ginecologia e Obstetria da Unidade Local de Saúde do Oeste – Unidade Caldas da Rainha

Resumo

Introdução: A idade materna avançada associa-se a maior morbilidade obstétrica e a um aumento da taxa de indução do trabalho de parto (ITP). Contudo, os determinantes do sucesso da indução neste grupo permanecem pouco claros, particularmente o papel de fatores maternos como a paridade e o índice de massa corporal.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo incluindo mulheres com idade ≥ 40 anos seguidas na Unidade Local de Saúde do Oeste (Caldas da Rainha) entre 2024 e 2025. Foram incluídas 106 mulheres com idade ≥ 40 anos, das quais 52 (49,1%) foram submetidas a indução do trabalho de parto, constituindo a amostra. O desfecho principal foi o tipo de parto (vaginal vs cesariana). Avaliaram-se como potenciais fatores associados ao sucesso da indução a paridade e o índice de massa corporal (IMC). Realizou-se análise descritiva, análise bivariada com teste do qui-quadrado e análise multivariada por regressão logística binária.

Resultados: Das 52 mulheres incluídas, 27 (51,9%) tiveram parto por cesariana e 25 (48,1%) parto vaginal. Verificou-se maior proporção de cesarianas em nulíparas comparativamente a multíparas (70,6% vs 42,9%), com tendência para associação estatística ($p=0,060$). Mulheres com IMC ≥ 25 apresentaram maior frequência de cesariana face às com IMC normal (76,9% vs 45,9%), também com tendência para significância ($p=0,054$). Na análise multivariada, o IMC ≥ 25 manteve tendência para associação com maior probabilidade de cesariana (OR 3,97; $p=0,068$), enquanto a paridade não se manteve como fator independente.

Conclusões: Em mulheres com idade ≥ 40 anos, a ITP associa-se a elevada taxa de cesariana. Observa-se maior probabilidade de cesariana em nulíparas e em mulheres com IMC elevado. Após ajuste, o IMC ≥ 25 manteve tendência para associação, sugerindo um possível papel dos fatores metabólicos no sucesso da indução. A reduzida dimensão da amostra limita a robustez dos resultados, sendo necessária a sua confirmação em estudos com maior dimensão e poder estatístico.

PO (25779) - MACROSSOMIA FETAL E DIABETES MATERNA: IMPACTO NA VIA DE PARTO E DESFECHOS NEONATAIS

Patrícia Nazaré¹; Inês Cardoso¹; Diana Guerreiro¹; Ana Do Carmo Pinheiro¹; Andreia Fonseca¹; Pedro Rocha¹

1 - ULS Almada-Seixal

Resumo

Introdução: A macrossomia fetal (peso ao nascimento $\geq 4000\text{g}$) associa-se maior morbidade materna/neonatal. A diabetes materna e a estimativa de peso fetal no 3º trimestre condicionam a intervenção obstétrica.

Objectivos: Comparar características da gestação, via de parto e desfechos neonatais de recém-nascidos (RN) com peso $\geq 4000\text{g}$, entre diabéticas e não diabéticas.

Metodologia: Estudo retrospectivo que incluiu os RN com peso $\geq 4000\text{g}$, entre 2024 e 2025, num centro de apoio perinatal diferenciado. Foram excluídas grávidas com contra-indicação para parto vaginal.

Resultados: Foram incluídas 224 grávidas, com idade média de 31,1 anos, entre as quais 37 diabéticas (7 prévias).

No grupo das diabéticas ($n=37$), o peso dos RN variou entre 4010-5224g (mediana 4246g). Realizaram-se 23 (62,2%) cesarianas (20 urgentes). Nas eletivas, o peso máximo foi 4310g. Nas urgentes, o motivo foi suspeita de incompatibilidade fetopélvica (SIFP) em 7 (35%) casos, com peso máximo de 4372g. No grupo das não diabéticas ($n=187$), o peso variou entre 4000-5240g (mediana 4155g). Realizaram-se 66 (35,3%) cesarianas (56 urgentes). Nas eletivas, registaram-se 3 casos $\geq 5000\text{g}$. Nas urgentes, o motivo foi SIFP em 20 (35,7%) casos, apenas 1 deles com $>4500\text{g}$.

Não houve diferença estatisticamente significativa no peso dos RN entre grupos ($p=0,26$), mas houve em relação à via de parto ($p = 0,004$), com maior proporção de cesarianas nas diabéticas. Não se observou diferença no peso dos RNs entre partos vaginais e cesarianas. Também não houve diferenças em relação à distócia de ombros ($p=0,79$), hemorragia pós-parto ($p=0,37$), fratura da clavícula ($p=1,00$) e lesão do plexo braquial ($p=0,55$) entre os grupos.

Conclusões: As grávidas com diabetes e fetos macrossómicos apresentaram maior taxa de cesarianas, o que não parece ser explicado apenas pelo peso dos RNs. Pode estar relacionado com decisões obstétricas mais interventivas. É importante ter protocolos bem estabelecidos para abordagem da macrossomia, para otimizar os desfechos e salvaguardar o futuro reprodutivo.

Palavras-chave: macrossomia, diabetes materna, cesariana, parto, distócia de ombros

PO (25783) - CESARIANA POR OPÇÃO MATERNA: EVOLUÇÃO TEMPORAL NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Ana Catarina Arduim¹; Catarina Dias Pinto¹; Rita Figueiredo¹; Marina Moucho¹; Sofia Bessa Monteiro¹

1 - Serviço de Obstetria, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

Resumo

Introdução: A taxa de cesariana em Portugal tem aumentado nos últimos anos, podendo a cesariana por opção materna contribuir para essa tendência. Embora o respeito pela autonomia da mulher seja central nos cuidados obstétricos, na ausência de indicação médica, a evidência sustenta o parto vaginal como via preferencial.

Objectivos: Avaliar a evolução temporal da taxa de cesariana por recusa de indução do trabalho de parto (ITP)/parto vaginal, caracterizando as principais características maternas associadas, num hospital terciário.

Metodologia: Estudo coorte observacional retrospectivo dos partos entre 2015-2025. Identificaram-se cesarianas realizadas por recusa de ITP/parto vaginal. Recolheram-se dados demográficos e obstétricos. A taxa de cesariana por recusa foi calculada em relação ao total de partos, globalmente e por ano. Para avaliar a existência de uma alteração temporal, compararam-se os períodos 2015–2021 e 2022–2025 quanto à taxa de cesariana por recusa, através de regressão logística binomial, estimando-se OR e IC95%.

Resultados: No período em análise ocorreram 24.628 partos e 336 cesarianas por recusa de ITP/parto vaginal, correspondendo a uma taxa global de 1,36%; a taxa anual variou entre 0,6%-2,5%. A maioria das mulheres tinha nacionalidade portuguesa (92,6%; n=311) e a mediana da idade materna foi 35 anos (IQ 31–39). Verificaram-se antecedentes de cesariana anterior em 79,5% (n=267). Entre as grávidas sem cesariana prévia, 81% (n=56) recusou ITP e 13 recusaram parto vaginal já em trabalho de parto ativo. A taxa de cesariana aumentou de 0,88% (142/16.209) em 2015–2021 para 2,30% (194/8.419) em 2022–2025. Este aumento foi estatisticamente significativo, com uma odds de recusa 2,67 vezes superior no período 2022-2025 (OR 2,67; IC95% 2,15–3,32; p<0,001).

Conclusões: Observou-se um aumento significativo das cesarianas por opção materna, mais evidente após 2022. Estes dados reforçam a importância de compreender os fatores subjacentes às preferências da via de parto, para melhorar o aconselhamento pré-natal, apoiando decisões clínicas informadas.

Palavras-chave: cesariana, parto vaginal, opção materna, consentimento informado

PO (25789) - SUCESSO DO PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA: EXPERIÊNCIA DA ULS REGIÃO DE AVEIRO EM 2025

Maria Inês Serra¹; Maria Luísa Pires¹; Inês Pereira¹; Anabel Ferreira¹; Maria Bóia¹

1 - *Unidade Local de Saúde Região de Aveiro*

Resumo

Introdução: A taxa de cesarianas tem aumentado em Portugal, apesar de condicionar maior morbidade materna. Uma cesariana anterior não constitui indicação absoluta para nova cesariana, observando-se conseqüentemente um aumento das provas de trabalho de parto vaginal após cesariana (PTPAC).

Objectivos: Pretende-se com este estudo avaliar a taxa de sucesso do parto vaginal após cesariana (PVAC) e analisar as diferentes variáveis a si associadas.

Metodologia: Estudo retrospectivo observacional das parturientes com apenas uma cesariana anterior da ULS Região de Aveiro em 2025. Os dados clínicos foram recolhidos através da base de dados ObsCare® e da consulta dos respectivos processos clínicos informáticos.

Resultados: Na ULS Região de Aveiro, em 2025, a taxa de cesarianas foi 31,3%. Aplicando os critérios de inclusão e exclusão, a amostra compreendeu 138 partos. A taxa de sucesso do PVAC foi de 63,0%. A análise estatística revelou uma associação estatisticamente significativa entre o sucesso do PVAC e o peso do recém-nascido, idade gestacional à data do parto, número de partos vaginais anteriores e início de TP espontâneo. Não se observaram outras associações significativas entre as demais variáveis estudadas e o desfecho da gestação.

Conclusões: O parto vaginal oferece benefícios significativos na saúde da mulher e no seu futuro reprodutivo, incluindo aquelas com antecedentes de uma cesariana anterior. A PTPAC apresenta um risco absoluto baixo, justificando a sua proposta às grávidas elegíveis. Com o aumento das cesarianas, a avaliação da PTPAC torna-se uma necessidade clínica crescente. A seleção cuidadosa das candidatas, baseada na ponderação de fatores relevantes, é determinante para o sucesso do PVAC, reduzir a necessidade de cesarianas subsequentes e minimizar as complicações associadas, contribuindo assim significativamente para uma menor morbimortalidade maternoinfantil.

Palavras-chave: parto vaginal após cesariana, PTPAC; cesariana

PO (25790) - DIABETES GESTACIONAL: QUAL O IMPACTO NA TAXA E MOTIVOS DE CESARIANA?"

Ana Do Carmo Pinheiro¹; Catarina Cardoso²; Emily Gonzalez³; Mafalda Mariano⁴; Margarida Amaro³; Mariana Antunes³; Marta Santana Pedro³; Inês Lima Dos Santos³; Vanessa Tilsner³; Paula Bogalho³; Ana Isabel Machado³

1 - ULS Almada-Seixal; 2 - ULS da Lezíria; 3 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa ULS São José; 4 - Hospital da Luz Lisboa

Resumo

Introdução: O aumento da taxa de cesarianas constitui um desafio em saúde materna. A diabetes gestacional (DG) associa-se a fatores que aumentam o risco de cesariana.

Objectivos: Comparar a taxa e os principais motivos de cesariana em grávidas com DG com a da população obstétrica geral.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo que incluiu todas as grávidas com DG vigiadas num centro terciário, cujo parto ocorreu em 2024 (n=318). Excluíram-se gravidezes sem registo de parto, não vigiadas na instituição e gravidezes múltiplas. Foram analisadas a taxa de cesarianas e a classificação das mesmas quanto aos motivos e grau de urgência (programada/urgente). Estes dados foram comparados com os da população obstétrica geral da instituição (n=4132), no mesmo período temporal.

Resultados: A taxa de cesariana foi superior nas grávidas com DG (37,1%) comparativamente à da população geral (28,6%) (OR 1,47; p<0,05). Verificou-se maior proporção de cesarianas programadas nas grávidas com DG (34,2% vs 23,5%; OR 1,67; p<0,05). Nas cesarianas programadas, não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos motivos entre os grupos, verificando-se apenas uma tendência para maior frequência de SIFP nas grávidas com DG (OR 2,10; p=0,07). Nas cesarianas urgentes, verificou-se maior probabilidade de tentativa frustrada de ITP nas grávidas com DG (OR 2,40; p <0,05), não se observando diferenças significativas nos restantes motivos.

Conclusões: As grávidas com DG apresentam maior taxa de cesariana. Embora se observe maior proporção de cesarianas programadas neste grupo, contribuindo para o aumento da taxa global, os motivos das cesarianas não apresentam diferenças significativas entre os grupos. Este facto sugere que fatores adicionais, para além da tendência observada para maior frequência de SIFP, poderão também desempenhar um papel relevante. A maior frequência de cesarianas por tentativa frustrada de ITP pode indicar que, fatores associados à maior frequência de ITP neste grupo e a abordagens obstétricas mais interventivas, poderão contribuir para este aumento.

Palavras-chave: Diabetes gestacional, Cesariana

PO (25793) - DESFECHOS PERINATAIS NAS APRESENTAÇÕES PÉLVICAS DE TERMO COM CONDIÇÕES PARA PARTO VAGINAL, DE ACORDO COM A VIA DE PARTO - ESTUDO RETROSPETIVO

Mariana Aleixo¹; Luísa Pinto^{1,2}

1 - Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, ULS Santa Maria; 2

- Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Resumo

Introdução: A apresentação pélvica ocorre em 3–4% das gestações no termo, sendo um desafio na decisão da via de parto. Apesar da crescente opção pela cesariana eletiva, o parto pélvico vaginal mantém-se uma possibilidade em casos selecionados.

Objectivos: Comparar os desfechos perinatais e o tempo de internamento, entre parto vaginal e cesariana, em grávidas elegíveis para parto pélvico vaginal.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo que incluiu todos os partos em grávidas com feto em apresentação pélvica no termo, sem contra-indicação para parto vaginal, entre 2020 e 2025, num hospital terciário. Analisaram-se complicações maternas (hemorragia pós-parto, infeção e trauma materno), complicações perinatais (pH arterial umbilical <7,2, internamento em unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) e trauma) e o tempo de internamento.

Resultados: Incluímos 249 grávidas elegíveis para parto vaginal. Destas, 229 (91,6%) foram submetidas a cesariana, sendo 147 (64,2%) realizadas em ausência de trabalho de parto e 81 (35,4%) intraparto, e 21 (8,4%) a parto vaginal. Os grupos eram semelhantes quanto à idade materna e IMC, diferindo na paridade, com maior proporção de múltiparas no grupo de parto vaginal ($p=0,002$). Não se registaram casos de índice de Apgar <7 aos 5 minutos.

Não se verificaram diferenças entre os dois grupos no que diz respeito a: hemorragia pós-parto ($p=0,170$), pH <7,2 na gasimetria umbilical ($p=0,235$), internamento na UCIN ($p = 0,615$). As restantes complicações foram raras sem diferenças entre grupos.

A subanálise comparando cesarianas realizadas em ausência de trabalho de parto e intraparto não revelou diferenças significativas nos desfechos maternos ou perinatais. O tempo de internamento foi superior nas submetidas a cesariana, particularmente no grupo de cesariana intraparto comparativamente ao parto vaginal ($p=0,016$).

Conclusões: Não se observaram diferenças significativas nas complicações maternas e perinatais nesta população. Apesar do número limitado de casos, estes resultados sugerem que, em casos selecionados, o parto pélvico vaginal pode ser uma opção segura.

Palavras-chave: apresentação pélvica, cesariana, parto vaginal, desfechos

PO (25796) - INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM MÉTODO COMBINADO (SONDA DE FOLEY COM MISOPROSTOL) VS MISOPROSTOL: HAVERÁ IMPACTO NA MORBILIDADE INFECCIOSA INTRAPARTO E PUERPERAL?

Raquel Santos¹; Joana Novais Dos Santos¹; Patrícia Salgado¹; Gabriela Martins¹; Ricardo Santos¹; Rui Miguelote¹; Diogo Cunha¹; José Manuel Furtado¹; Diana Coelho¹

1 - ULS Alto Ave

Resumo

Introdução: A infeção intra-amniótica (Triple I) e as infeções puerperais são possíveis complicações da indução do trabalho de parto (ITP). Métodos combinados mecânico-farmacológicos, como o cateter de Foley associado ao misoprostol, podem melhorar a maturação cervical, mas o seu impacto na morbilidade infecciosa permanece incerto.

Objectivos: Avaliar se a indução do trabalho de parto utilizando um método combinado (cateter de Foley + misoprostol) está associada a um aumento do risco de morbilidade infecciosa (Triplo I confirmado e/ou infeção puerperal) em comparação com o uso isolado de misoprostol.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo com grávidas de termo, com gestação única, submetidas a ITP com método combinado ou misoprostol isolado. As características maternas e obstétricas basais foram comparadas entre os grupos. O desfecho primário foi um composto de morbilidade infecciosa (Triplo I confirmado e/ou infeção puerperal). Realizaram-se análises de regressão logística binária (univariável e multivariável). Foi ainda efetuada uma análise de sensibilidade com emparelhamento por propensity score para paridade e índice de Bishop.

Resultados: Foram incluídas 273 mulheres (método combinado n=130; misoprostol n=143). A nuliparidade foi mais frequente no grupo combinado (80,0% vs 58,0%; p<0,001). O método combinado associou-se a maior morbilidade infecciosa na análise univariável (OR 2,86; IC 95% 1,34–6,07; p=0,006). Na análise multivariável, manteve associação independente (OR ajustado 3,13; IC 95% 1,38–7,14; p=0,006). Um maior intervalo entre rotura de membranas e parto também se associou independentemente à infeção (OR 1,38 por cada 4 horas; IC 95% 1,18–1,62; p<0,001). Na análise de sensibilidade, a associação manteve-se (OR ajustado 2,88; IC 95% 1,16–7,17; p=0,023).

Conclusões: A ITP com método combinado associou-se a maior risco de morbilidade infecciosa intraparto e puerperal em comparação com misoprostol isolado, sugerindo um possível efeito independente deste método no risco de infeção.

Palavras-chave: Indução de Trabalho de Parto, Sonda de Foley, Triplo I

PO (25801) - TAXA DE CESARIANA E FATORES ASSOCIADOS NUMA MATERNIDADE DE NÍVEL I EM 2025

Adriana Carreira¹; Ana Jesus¹; Teresa Vasconcelos¹; Sónia Siopa¹; Ângela Marques¹

1 - ULS Oeste - Caldas da Rainha

Resumo

Introdução: A via de parto constitui um dos principais desfechos em obstetria, sendo influenciada por múltiplos fatores maternos e fetais. A análise da taxa de cesariana e dos fatores a ela associados permite caracterizar e otimizar a prática clínica.

Objectivos: Avaliar a taxa de cesariana e identificar fatores maternos e neonatais associados numa maternidade de nível I durante o ano de 2025.

Metodologia: Realizou-se um estudo observacional retrospectivo que incluiu todas as mulheres que tiveram parto na ULS Oeste – Caldas da Rainha em 2025 (n=1178). Foram avaliadas características maternas e neonatais, nomeadamente paridade, número de consultas de vigilância da gravidez (adequada quando ≥ 6), peso do recém-nascido e índice de Apgar ≤ 7 ao 5º minuto. O principal desfecho analisado foi o tipo de parto, classificado em cesariana ou parto vaginal (incluindo partos instrumentais). Procedeu-se a uma análise descritiva dos dados e à comparação entre grupos, utilizando o teste do qui-quadrado e o teste t de Student. O nível de significância estatística foi definido para $p < 0,05$.

Resultados: Foram analisados 1178 partos, com uma taxa de cesariana de 35,6%. Não se identificaram diferenças estatisticamente significativas na proporção de cesarianas entre multíparas e não multíparas (33,2% vs 37,8%; $p=0,101$), nem em função da adequação da vigilância da gravidez. Observou-se uma tendência para maior frequência de cesariana entre mulheres com vigilância adequada (41,5% vs 34,9%), sem atingir significância estatística ($p=0,131$). Não foi encontrada associação entre um índice de Apgar ≤ 7 ao 5º minuto e a via de parto ($p=0,703$). O peso médio dos recém-nascidos foi superior nos partos por cesariana (3328g vs 3236g), com significância estatística ($p=0,003$).

Conclusões: Nesta amostra, a taxa de cesariana foi de 35,6%. Não se verificou associação significativa entre a via de parto e fatores como multiparidade, vigilância da gravidez ou índice de Apgar ao 5º minuto. Em contrapartida, recém-nascidos com maior peso estiveram mais frequentemente associados à realização de cesariana.

Palavras-chave: Cesariana, Hospital nível I

PO (25806) - PATOLOGIA OFTALMOLÓGICA NA GRAVIDEZ: IMPLICAÇÕES NA VIA DE PARTO

Dilsa Morgado¹; Marta Lopes²; Vera Trocado²; Sofia Monteiro²; Marina Moucho²

1 - Serviço de Obstetria e Ginecologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 2 - Serviço de Obstetria da Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

Resumo

Introdução: A decisão da via de parto em grávidas com patologia oftalmológica permanece controversa, dada a escassez de evidência científica. Apesar de, na prática clínica, frequentemente se optar pela cesariana por receio de complicações maternas, a literatura não demonstra benefício consistente na sua prevenção.

Objectivos: Caracterizar a população obstétrica com patologia oftalmológica e avaliar o impacto deste diagnóstico na via de parto na ULSSJ.

Metodologia: Estudo retrospectivo que incluiu todas as grávidas com patologia oftalmológica, com parto na ULSSJ entre 2013 e 2024. Avaliado o tipo de patologia oftalmológica, a via de parto e outcomes maternos. Dados recolhidos do ObsCare®.

Resultados: No estudo, 94 grávidas tinham diagnóstico de patologia oftalmológica. Os diagnósticos mais frequentes foram patologia da retina (33,7%, n=35), miopia grave (30,8%, n=32), glaucoma (10,6%, n=11) e antecedentes de cirurgia ocular/transplante de córnea (8,7%, n=9). 62,8% (n=59) realizou cesariana por patologia oftalmológica, 10,6% (n=10) parto assistido por ventosa e 13,8% (n=13) parto eutócico. Nas grávidas com parto por cesariana por patologia oftalmológica, a indicação mais frequente foi miopia grave (39,4%, n=28), seguida de patologia da retina (32,4%, n=23) e antecedentes de cirurgia ocular/transplante de córnea (9,9%, n=7). Ao longo dos anos, as indicações para cesariana por patologia oftalmológica diminuíram com 75,9% (n=28/37) entre 2013 e 2016 e 55,45% (n=15/28) entre 2021 e 2024, sendo a miopia grave o principal motivo de indicação para cesariana nos primeiros anos, comparativamente à patologia da retina grave que prevaleceu como principal indicação nos últimos anos.

Conclusões: A análise dos dados demonstra que o impacto da patologia oftalmológica na decisão da via de parto tem vindo a diminuir, embora persista sem suporte consistente na evidência científica disponível. Globalmente, os resultados reforçam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, baseada na evidência, com implementação de protocolos que promovam uniformização de critérios e reduzam o número de cesarianas sem clara indicação.

Palavras-chave: Patologia Oftalmológica, Via de parto

POSTER COM DISCUSSÃO**POD (25807) - IMPACTO DO IMC MATERNO NA VIA DE PARTO**

Carolina Pavlú¹; Mariana Aleixo¹; Telmo Chavinha Martins¹; Mónica Centeno^{1,2}

1 - ULS Santa Maria; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Clínica Universitária de Ginecologia/Obstetria

Introdução: O índice de massa corporal (IMC) materno aumentado é um fator de risco para complicações obstétricas, incluindo o aumento da probabilidade de cesariana. Compreender a relação entre o IMC e a via parto é essencial para otimizar o acompanhamento obstétrico e reduzir complicações maternas e neonatais.

Objectivos: Avaliar e quantificar o efeito do excesso de peso e da obesidade sobre a probabilidade de cada tipo de parto, distinguindo entre partos eutócicos, instrumentados e cesarianas.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo, incluindo os partos entre 2020 e 2025 no Hospital de Santa Maria. Registaram-se dados demográficos, IMC no início da gravidez e a via de parto. As associações entre as variáveis foram avaliadas através de regressão logística binária, considerando $p < 0.05$ como estatisticamente significativo.

Resultados: Incluíram-se 11739 grávidas. Após exclusão das condições que contraindicam, à priori, parto vaginal, obteve-se uma amostra de 9955 grávidas. Comparando os grupos “excesso de peso” (IMC 25-30) e “obesidade” (IMC > 30) com o grupo “IMC normal” (IMC 18-25), verificou-se que, nos partos eutócicos, não existiram diferenças estatisticamente significativas (“excesso de peso”: OR=0.962, IC95% 0.876–1.056, $p=0.415$; “obesidade”: OR=0.957, IC95% 0.856–1.069, $p=0.432$). Por outro lado, observou-se uma redução significativa na probabilidade de partos instrumentados nestes grupos (“excesso de peso”: OR=0.821, IC95% 0.738-0.913, $p < 0.001$; “obesidade”: OR=0.651, IC95% 0.570-0.743, $p < 0.001$). Em contraste, a probabilidade de cesariana foi significativamente superior nestes grupos (“excesso de peso”: OR=1.432, IC95% 1.264-1.622, $p < 0.001$; “obesidade”: OR=1.853, IC95% 1.613-2.128, $p < 0.001$).

Conclusões: O IMC materno influencia significativamente a via de parto, com maior IMC associado a aumento de cesarianas e a redução de partos instrumentados. Estes dados contribuem para otimizar o aconselhamento obstétrico, e reforçar a importância de ter um IMC normal antes de engravidar.

Palavras-chave: IMC, Excesso de peso, Obesidade

PO (25823) - SUSPEITA DE MACROSSOMIA FETAL: FATOR PROTETOR OU GATILHO DE INTERVENÇÃO?

Anáisa S. Simões¹; Márcia Clara Pinto¹; Inês Candeias Limpo²; Ana Jorge S. Martins¹; Mariana Oliveira Pereira¹; Cláudia Almeida¹; Rita Martins¹

1 - ULS Algarve - Hospital de Faro; 2 - ULS Algarve - Hospital de Portimão

Resumo

Introdução: A macrossomia fetal associa-se a morbilidade materna e neonatal. O impacto da sua suspeita pré-natal na decisão obstétrica é controverso.

Objectivos: Avaliar a incidência, fatores associados, desfechos obstétricos e o impacto da suspeita pré-natal na prática clínica.

Metodologia: Estudo retrospectivo de 307 recém-nascidos macrossómicos (≥ 4000 g) numa coorte de 6761 partos, entre 2023 e 2025, num hospital nível II. Avaliaram-se fatores maternos, via de parto e outcomes maternos e neonatais. Compararam-se a macrossomia suspeitada vs não suspeitada. Realizou-se regressão logística para cesariana.

Resultados: A incidência foi 4,5%. Observou-se elevada prevalência de excesso de peso/obesidade materna (59%), ganho ponderal excessivo (42%) e diabetes (16%: 0,7% tipo 1, 1,7% tipo 2 e 13,6% diabetes gestacional, das quais 63% controladas com dieta, 27% com insulina e 10% com metformina.). Antecedente de macrossomia em 4,3% e 60,9% dos partos com ≥ 40 semanas. A taxa de cesariana foi de 40,6%. Distócia de ombros em 10,1% e trauma neonatal em 13%, incluindo fratura da clavícula em 7,2% e lesão do plexo braquial em 5,8% (1,45% formas graves). A macrossomia foi suspeitada em 30,5% e associou-se a maior taxa de cesariana (63,2% vs 32,0%; OR 3,64; $p=0,028$), mantendo-se após ajuste (aOR $\approx 5,96$). Observou-se maior tendência para indução do trabalho de parto e cesariana eletiva, sem redução significativa de distócia de ombros, trauma neonatal ou complicações maternas.

Conclusões: A macrossomia associou-se a morbilidade relevante, mas a sua suspeita pré-natal teve baixa capacidade de deteção e limitada estratificação de risco. A discrepância entre peso estimado e real poderá refletir crescimento fetal acelerado no final do terceiro trimestre, sobretudo em contextos metabólicos maternos alterados. Associou-se a maior intervencionismo, sem redução proporcional de complicações. A elevada prevalência de fatores maternos modificáveis reforça o papel da prevenção e do controlo metabólico. A suspeita isolada pode promover intervenção excessiva, devendo a decisão obstétrica integrar o risco materno global.

Palavras-chave: macrossomia; suspeita pré-natal; morbilidade materna; complicações neonatais

PO (25825) - PATOLOGIA OFTALMOLÓGICA NA GRAVIDEZ: IMPLICAÇÕES NA VIA DE PARTO

Dilsa Morgado¹; Marta Lopes²; Vera Trocado²; Sofia Monteiro²; Marina Moucho²

1 - Serviço de Obstetria e Ginecologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 2 - Serviço de Obstetria da Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

Resumo

Introdução: A decisão da via de parto em grávidas com patologia oftalmológica permanece controversa, dada a escassez de evidência científica. Apesar de, na prática clínica, frequentemente se optar pela cesariana por receio de complicações maternas, a literatura não demonstra benefício consistente na sua prevenção.

Objectivos: Caracterizar a população obstétrica com patologia oftalmológica e avaliar o impacto deste diagnóstico na via de parto na ULSSJ.

Metodologia: Estudo retrospectivo que incluiu grávidas com patologia oftalmológica, com parto na ULSSJ entre 2013 e 2024. Avaliado o tipo de patologia oftalmológica, a via de parto e outcomes maternos. Dados recolhidos do ObsCare®.

Resultados: No estudo, 94 grávidas tinham diagnóstico de patologia oftalmológica. Os diagnósticos mais frequentes foram patologia da retina (33,7%, n=35), miopia grave (30,8%, n=32), glaucoma (10,6%, n=11) e antecedentes de cirurgia ocular/transplante de córnea (8,7%, n=9). 62,8% (n=59) realizou cesariana por patologia oftalmológica, 10,6% (n=10) parto assistido por ventosa e 13,8% (n=13) parto eutócico. Nas grávidas com parto por cesariana por patologia oftalmológica, a indicação mais frequente foi miopia grave (39,4%, n=28), seguida de patologia da retina (32,4%, n=23) e antecedentes de cirurgia ocular/transplante de córnea (9,9%, n=7). Ao longo dos anos, as indicações para cesariana por patologia oftalmológica diminuíram com 75,9% (n=28/37) entre 2013 e 2016 e 55,45% (n=15/28) entre 2021 e 2024, sendo a miopia grave o principal motivo de indicação para cesariana nos primeiros anos, comparativamente à patologia da retina grave que prevaleceu como principal indicação nos últimos anos.

Conclusões: A análise dos dados demonstra que o impacto da patologia oftalmológica na decisão da via de parto tem vindo a diminuir, embora persista sem suporte consistente na evidência científica disponível. Globalmente, os resultados reforçam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, baseada na evidência, com implementação de protocolos que promovam uniformização de critérios e reduzam o número de cesarianas sem clara indicação.

Palavras-chave: Patologia Oftalmológica, Via de Parto

PO (25830) - DESFECHOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS DA DISTÓCIA DE OMBROS

Inês Pereira¹; Maria Inês Serra¹; Maria Luisa Pires¹; Ana David¹; Rafaela Patinha¹; Adriana Cruz¹; Nuno Oliveira¹; Sara Neto¹

1 - Serviço de Ginecologia/Obstetrícia da Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Resumo

Introdução: A distócia de ombros é uma emergência obstétrica imprevisível que se estima ocorrer em até 3% dos partos vaginais, acarretando morbidade materna e neonatal. O conhecimento das características e desfechos associados é fundamental para a otimização dos cuidados de saúde prestados.

Objectivos: Avaliar características e desfechos maternos e neonatais associadas à distócia de ombros e identificar possíveis preditores de desfechos maternos e neonatais adversos.

Metodologia: Estudo retrospectivo e descritivo, referente a 97 casos de distócia de ombros ocorridos entre janeiro de 2022 e março de 2026 na ULSRA. Foram analisadas variáveis: maternas, de trabalho de parto (TP) e desfechos neonatais/maternos. Análise estatística realizada no EVIEWS 14, considerando um nível de significância de 0,05.

Resultados: Na população considerada, 55,67% das parturientes eram multíparas, 13,4% apresentavam obesidade e 14,43% diabetes gestacional. Observámos uma taxa de indução de TP e parto instrumentado de 68,04% e 61,86%, respetivamente. Registaram-se 10,3% recém-nascidos com peso superior a 4000g, 14 apresentaram um índice de APGAR <7 ao 1º minuto e 12 necessitaram de reanimação. Verificou-se hemorragia pós-parto em 5,15% dos casos e lacerações perineais de 3º/4º grau em 12,37%. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de lacerações de 3º e 4º graus e a macrosomia fetal ($p=0,0158$), bem como com a multiparidade ($p=0,0223$). Constatou-se associação entre obesidade e estimativa de peso fetal no 3ºT > p90 ($p=0,0353$), elevando este risco em quase 3 vezes, $OR=2,88$. A realização de episiotomia não demonstrou protecção estatisticamente significativa contra lacerações de 3º e 4º grau ($p=0,1499$).

Conclusões: A distócia de ombros mostrou associar-se frequentemente a trabalhos de parto induzidos e partos instrumentados. A macrosomia fetal e a multiparidade revelaram-se fatores de risco importantes para lacerações perineais severas.

Palavras-chave: distócia de ombros, emergência obstétrica

PO (25831) - PARTO VAGINAL NA INSERÇÃO VELAMENTOSA DO CORDÃO: UMA ALTERNATIVA SEGURA OU UM RISCO EVITÁVEL?

Joana Gomes Moreira¹; Inês Garcia Nunes¹; Catarina Oliveira¹; Ana Elisa Sousa¹; Ana Paula Ferreira¹; Marta Luísa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra – Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca

Resumo

Introdução: A inserção velamentosa do cordão umbilical (IVC) é uma anomalia rara (0,4–2,4% das gestações únicas) caracterizada pela inserção dos vasos umbilicais nas membranas coriônicas, sem proteção pela geleia de Wharton. Esta condição associa-se a maior risco de desfechos adversos, incluindo restrição do crescimento fetal, parto pré-termo, alterações da frequência cardíaca fetal intraparto e aumento da morbidade neonatal. Apesar da sua relevância, a evidência relativa à via de parto mais adequada permanece limitada, não existindo recomendações baseadas em estudos de grande dimensão.

Objectivos: Discutir a via de parto mais adequada em gestações com IVC, avaliando se o parto vaginal constitui uma opção segura.

Metodologia: Apresentação de um caso clínico e revisão da literatura.

Resultados: Grávida, 32 anos, G3P1, internada às 39s+4d por rotura prematura de membranas, sem trabalho de parto (TP). Já no bloco de partos, apresentou um episódio de hemorragia vaginal abundante, de etiologia não claramente estabelecida, no entanto, exibindo sempre uma cardiocografia normal segundo a FIGO. Optou-se pela indução do TP, com evolução rápida para parto eutócico - recém-nascido com 3200g, IA 9/10/10. No terceiro estágio do TP, verificou-se fragilidade das membranas durante a tração controlada do cordão, pelo que se realizou dequitação manual, identificando-se, posteriormente, IVC.

Conclusões: O parto vaginal pode ser uma opção segura em gestações com IVC, na ausência de complicações adicionais, desde que assegurada monitorização intraparto contínua. A IVC isolada não constitui uma contra-indicação ao parto vaginal, devendo privilegiar-se uma abordagem individualizada baseada no bem-estar materno-fetal e na evolução clínica, em detrimento de uma estratégia sistemática de cesariana. O diagnóstico pré-natal destes casos, através de ultrassonografia e color Doppler, pode otimizar a estratificação de risco e planeamento do parto. Contudo, a limitada evidência disponível, sobretudo baseada em estudos de pequena dimensão, reforça a necessidade de investigação adicional para definição de recomendações robustas quanto à via de parto ideal.

Palavras-chave: Inserção velamentosa do cordão umbilical; Via de parto; Parto vaginal; Cesariana; Desfechos perinatais; Monitorização intraparto

PO (25833) - PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA POR TRABALHO DE PARTO ESTACIONÁRIO: TAXA DE SUCESSO E FATORES PREDITORES

Beatriz Figueiredo¹; Maria Francisca Gonçalves¹; Inês Vasconcelos¹; Carolina Simões¹; Filipa Agria¹; Filipa Mendes Coutinho¹; Fernando Jorge Costa¹

1 - ULS Coimbra - Serviço de Obstetrícia A

Resumo

Introdução: A taxa de cesarianas tem vindo a aumentar globalmente, sendo o trabalho de parto estacionário uma das principais indicações. O impacto desta condição na probabilidade de sucesso de parto vaginal após cesariana (vaginal birth after cesarean, VBAC), após prova de trabalho de parto (trial of labor after cesarean, TOLAC), permanece incerto.

Objectivos: O presente estudo tem como objetivo avaliar a taxa de sucesso de VBAC e identificar fatores preditores de sucesso em mulheres com cesariana prévia por trabalho de parto estacionário.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo, incluindo mulheres com gravidez única de termo e antecedentes de cesariana por trabalho de parto estacionário (2021–2024), submetidas a TOLAC entre janeiro de 2021 e dezembro de 2024. Foram analisados desfechos obstétricos, dados clínicos e fatores associados ao sucesso de VBAC, considerando significância estatística para $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídas 84 mulheres com antecedentes de cesariana por trabalho de parto estacionário, com uma taxa de VBAC de 46,4%. Em comparação com mulheres com cesariana prévia por outras indicações ($n=392$), não se observaram diferenças estatisticamente significativas (46,4% vs 55,4%, $p=0,149$). A taxa de VBAC foi superior nos casos de início espontâneo do trabalho de parto (53,4% vs 30,8%; $p=0,04$), sem diferenças segundo a idade gestacional (<40 vs ≥ 40 semanas: 50,0% vs 43,8%; $p=0,66$). Na análise multivariável, o antecedente de trabalho de parto estacionário não se associou de forma independente ao sucesso de VBAC, enquanto o IMC se associou negativamente com a probabilidade de parto vaginal.

Conclusões: A taxa global de VBAC observada (53,8%) foi inferior à descrita na literatura (60–70%). O início espontâneo do trabalho de parto associou-se a maior probabilidade de VBAC, não se verificando associação com a idade gestacional. O antecedente de trabalho de parto estacionário não se revelou um preditor independente de falha de TOLAC, sendo o IMC um fator relevante na probabilidade de sucesso.

Palavras-chave: Trial of labor after cesarean, Vaginal birth after cesarean, Labor arrest

POSTER COM DISCUSSÃO**(25837) - DETERMINANTES DA PREFERÊNCIA PELO TIPO DE PARTO: O PAPEL DA LITERACIA EM SAÚDE E DAS PERCEÇÕES MATERNAS**

Filipa Andrade Da Silva¹; Leonor Pascoal De Carvalho¹; Ana Cláudia Santos¹; Isabel Santos Silva¹; Maria Do Céu Almeida¹

1 - Serviço de Obstetria B, Unidade Local de Saúde de Coimbra

Resumo

Introdução: A decisão sobre a via de parto envolve segurança clínica e comunicação eficaz. A literacia em saúde (LS) pode favorecer escolhas informadas, influenciando conhecimentos e perceções maternas sobre risco e benefícios.

Objectivos: Identificar fatores associados à preferência pela via de parto, analisando o papel da literacia em saúde, conhecimentos e perceções maternas.

Metodologia: Estudo observacional transversal com 117 mulheres que pretendiam engravidar no período de 2 anos ou grávidas (98,3% grávidas) da Maternidade Bissaya Barreto. Aplicado inquérito anónimo para avaliar LS (Health Literacy Survey-European Union), o conhecimento, as perceções e a segurança na tomada de decisão (Decisional Conflict Scale).

Resultados: A amostra revelou escolaridade elevada (66,7%) e níveis de literacia em saúde materna moderado (47,9%) ou alto (44,4%). A preferência recaiu maioritariamente no parto vaginal (72,6%). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a preferência da via de parto e o nível de literacia em saúde ($\chi^2(2) = 13,418$; $p = 0,001$), a perceção de benefício do parto vaginal ($p = 0,002$) e a frequência de curso de preparação para o parto ($\chi^2(2) = 3,912$; $p = 0,048$). O modelo de regressão logística revelou-se estatisticamente significativo (Omnibus $p = 0,02$), sendo particularmente eficaz a prever a preferência pelo parto vaginal. A perceção de benefício do parto vaginal revelou-se o preditor mais significativo ($p = 0,032$; $\text{Exp}(B) = 0,387$), indicando que, por cada unidade de aumento nesta perceção, a probabilidade de preferir uma cesariana diminui cerca de 61,3%. A literacia em saúde apresentou efeito global significativo ($p = 0,048$), observando-se que mulheres com literacia baixa tendem a preferir cesariana ($\text{Exp}(B) = 5,282$).

Conclusões: A literacia em saúde e as perceções de benefício do parto vaginal são os principais determinantes da preferência. Estratégias que promovam a literacia e clarifiquem os benefícios da via vaginal são fundamentais para apoiar decisões informadas e seguras.

Palavras-chave: Literacia em Saúde, Parto Vaginal, Cesariana, Conhecimento, Perceção

PO (25838) - PARTO PÉLVICO ESPONTÂNEO E INDUZIDO: EXPERIÊNCIA NUM HOSPITAL DE NÍVEL II E RESULTADOS MATERNO-FETAIS

Marisa Lopes Neto¹; Bárbara Meireles Carneiro¹; Beatriz Josefino Fernandes¹

1 - ULS Matosinhos

Resumo

Introdução: A evidência sugere que, em centros experientes e com critérios de seleção adequados, o parto vaginal pélvico (PVP) pode apresentar resultados materno-fetais favoráveis. A indução do trabalho de parto neste contexto pode apresentar elevadas taxas de sucesso e resultados maternos e neonatais semelhantes aos observados no trabalho de parto espontâneo.

Objectivos: Descrever os resultados materno-fetais dos partos vaginais pélvicos espontâneos (PE) e induzidos (PI) realizados na ULS Matosinhos.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo dos partos vaginais pélvicos realizados na ULS Matosinhos entre janeiro de 2019 e dezembro de 2025. Foram aferidos dados relativos ao decorrer do trabalho de parto e ao desfecho neonatal.

Resultados: Foram realizados 38 PVP no período analisado. Excluíram-se 11 casos (por abortamento, IMG ou MFIU). Ocorreram 13 PVP espontâneos e 14 PVP induzidos. Relativamente aos PI, todos ocorreram em multíparas de termo; 71% foram induzidos com misoprostol vaginal, 14% com sonda de foley e 14% com ocitocina. 79% realizaram aceleração ocitócica e 64% amniotomia.

O Índice de Bishop médio à admissão foi superior nos PE (7,3 vs 3,6), correspondendo a um menor tempo até ao parto (média de 3,9h vs 11,4h). Obteve-se maior taxa de alterações da FCF no parto nos PE (31% vs 14%). A taxa de HPP foi semelhante entre os grupos (31% e 28%), porém a taxa de lacerações perineais (1º e 2º grau) é superior nos PI (36% vs 15%) correspondendo a um superior peso médio ao nascimento. Os 2 casos trauma fetal ligeiro ocorreram em PI. Os desfechos obstétricos mais graves ocorreram em PE devido a complicações da prematuridade (n=2 APGAR <7 ao 5º minuto; n=3 internamento na UCIN; n=1 morte fetal).

Conclusões: Os resultados sugerem que, em centros com experiência e critérios de seleção adequados, a indução do parto vaginal em apresentação pélvica pode ser uma opção segura.

Palavras-chave: Parto Pélvico

TRABALHO EM EQUIPA NO BLOCO DE PARTOS

PO (25764) - TRABALHO DE EQUIPA EM SERVIÇO DE URGÊNCIA, EXPERIÊNCIA DA ULS SÃO JOSÉ

Marta Santana Pedro¹; Inês Marques Pereira¹; Laura Gomes¹; Júlia Sereno¹; Alexandra Coelho¹; Raquel Lopes Casal¹; Alexandra Queirós¹; Teresinha Simões¹

1 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ULS São José

Resumo

Introdução: Na Maternidade Dr. Alfredo da Costa sempre existiu partilha de tarefas entre Médicos e Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) no Serviço de Urgência. Desde janeiro de 2025, os enfermeiros fazem o internamento das grávidas de baixo risco com gravidez de termo. Os partos eutócicos são maioritariamente feitos pelos enfermeiros especialistas. A realização de gasimetria do cordão na sala de partos foi iniciada em 2024 e fortemente encorajada em 2025 em situações de maior risco (cesariana anterior, Índice Apgar <7 ao 5º minuto, líquido tinto de mecónio).

Objectivos: Avaliação do número e percentagem de partos realizados pela equipa de enfermagem entre 2023-2025. Avaliação do número de partos com realização de gasimetria do sangue arterial e venoso do cordão umbilical em 2025.

Metodologia: Foram identificados os partos realizados pela equipa de enfermagem nos anos de 2023, 2024 e 2025. Foi avaliada a taxa de períneos íntegros em partos vaginais eutócicos nos respetivos anos. Foi ainda avaliada a realização de gasimetria do sangue do cordão umbilical.

Resultados: Houve respetivamente 1408/3688 (38,2%) em 2023; 1654/4132 (40%) em 2024 e 1433/3807 (37,6%) em 2025 de partos realizados por EESMO, valores estáveis ($p=0,19$). A taxa de períneos íntegros nestes partos foi de 57,4%, 58,2% e 58,8% respetivamente ($p=0,58$). A morbilidade fetal nestes partos foi irrelevante, sendo que as situações com desvio da normalidade foram referenciadas à equipa médica.

Em 2025 foram realizadas 984 gasimetrias do cordão (arterial + venosa) na sala de partos, o que representa que em 25,2% dos partos vaginais realizados por EESMOS foi realizada gasimetria.

Conclusões: A taxa de partos eutócicos realizados pelos EESMOS revelou-se estável entre 2023 e 2025, sem morbilidade a assinalar. Em 2025 foi realizada gasimetria do sangue do cordão umbilical pelos EESMO em 25% dos partos.

Palavras-chave: Trabalho de Equipa, Serviço de Urgência, Parto Eutócico, Gasimetria do Cordão Umbilical, Bloco de Partos

PO (25770) - HEMORRAGIA PÓS-PARTO GRAVE, CASUÍSTICA DO SERVIÇO

Ana Rita Santos Pereira¹; Inês Ribeiro Lobo¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

Resumo

Introdução: A hemorragia pós-parto (HPP) permanece a principal causa de mortalidade materna a nível global, representando 27% dos casos. A definição de HPP grave não é consensual, podendo ser definida por HPP não controlada com terapêutica médica ou que necessite de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Objectivos: Caracterizar casos de HPP grave numa população hospitalar, identificando fatores de risco, tratamentos utilizados e desfechos maternos, com o objectivo de identificar estratégias preventivas e melhorar os desfechos.

Metodologia: Estudo retrospectivo descritivo, baseado na análise dos casos de HPP grave, decorridos no nosso hospital, de 2012-2025. Foram avaliadas características maternas, dados do parto, etiologia, intervenções terapêuticas e desfechos clínicos.

Resultados: Incluíram-se 106 casos de HPP grave (3,2/1000 partos). A idade mediana da população foi 32 anos (IQR: 18-48), 13% das quais com 40 ou mais anos; 52% eram nulíparas e 21% tinham obesidade. Cerca de 80% dos casos tinha pelo menos um fator de risco, sendo o mais frequente a cicatriz uterina prévia (24%). A maioria dos partos ocorreu por cesariana (53%). A principal causa da HPP foi atonia uterina (61%). O recurso a suporte transfusional foi necessário em 59% (média 3 unidades de concentrado eritrocitário). A terapêutica cirúrgica conservadora com balão intrauterino e suturas hemostáticas constituíram, igualmente, as abordagens mais frequentemente utilizadas (25% cada), seguidas de curetagem (23%) e revisão do canal de parto (15%). Em 20% dos casos foi necessária histerectomia. 37% das doentes necessitaram de internamento em UCI, 28% das quais por choque hemorrágico. Sem mortalidade materna observada.

Conclusões: A hemorragia pós-parto grave associa-se a morbilidade importante, com necessidade de procedimentos mais invasivos. A atonia uterina mantém-se a principal causa de HPP grave, reforçando a importância da identificação dos fatores de risco ante- e intra-parto, da sua correção e atuação precoce.

Palavras-chave: hemorragia pós-parto grave

PO (25772) - HISTERECTOMIA PÓS-PARTO: REVISÃO DE 13 ANOS

Inês Lobo¹; Ana Rita Pereira¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

Resumo

Introdução: A histerectomia pós-parto (HTPP) é uma emergência obstétrica e é realizada durante o parto ou puerpério. A sua incidência varia entre 0,7-3/1000 nascimentos, com uma tendência crescente em países desenvolvidos, acompanhando o aumento de partos por cesariana.

Objectivos: Avaliar a incidência, indicações clínicas, fatores de risco e complicações associadas às HTPP realizadas na nossa instituição desde 2012 até 2025, inclusive.

Metodologia: Estudo retrospectivo descritivo e analítico dos casos de HTPP entre 2012 e 2025.

Resultados: Entre 2012 e 2025, realizaram-se 33505 partos e 28 HTPP, traduzindo-se numa incidência de 0,84/ 1000 partos. A idade média materna foi 34 anos (18% com idade \geq 40 anos) e 82% eram múltiparas. Destas, 61% tinham cicatrizes uterinas prévias, 21% acretismo placentar, 18% placenta prévia e 4% antecedentes de hemorragia pós-parto (HPP). Em 86% dos casos, foram realizadas em contexto de HPP grave, 7% por sépsis com foco pélvico e 7% por neoplasia invasiva do colo do útero.

A via de parto, em 86% dos casos, foi cesariana (29% programadas, 54% urgentes e 17% emergentes). As principais indicações para HTPP foram a atonia uterina (71%), seguindo-se a hemorragia pélvica (21%), a rotura uterina (17%) e o acretismo placentar (17%). Realizaram-se 14 histerectomias totais, 12 sub-totais e 2 radicais.

Intra-operatoriamente, ocorreu lesão vesical iatrogénica em 14% e do ureter em 4%. Em 89% dos casos foi necessário suporte transfusional, 21% de vasopressores, 4% ventilação mecânica invasiva e 75% tiveram internamento em Unidade Cuidados Intensivos. Ocorreram complicações pós-operatórias em 46% das puérperas, sendo necessária re-intervenção em 21%. Não se verificaram casos de mortalidade materna.

Conclusões: A HTPP continua uma intervenção de último recurso, quer pelas possíveis complicações clínicas, quer pelo impacto na saúde reprodutiva. O reconhecimento dos principais fatores de risco de HPP grave permite identificar e atuar precocemente, minimizando a morbimortalidade que a mesma acarreta.

Palavras-chave: Histerectomia pós-parto, Hemorragia pós-parto, Atonia uterina

PO (25784) - ENTRE A EXPECTATIVA E A REALIDADE: EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO NO PARTO

Margarida Leal Martins¹; Joana Palmira Almeida¹; Isabel Santos Silva¹; Maria Céu Almeida¹

1 - Serviço de Obstetria B - Unidade Local de Saúde de Coimbra

Resumo

Introdução: O parto constitui uma experiência única na vida da mulher. A satisfação materna é um importante indicador da qualidade dos cuidados de saúde, refletindo fatores como comunicação, controlo da dor e respeito pelas preferências e expectativas da mulher, sem comprometer a segurança e bem-estar materno-fetal.

Objectivos: Avaliar o grau de satisfação das mulheres relativamente ao parto e os fatores que o influenciam.

Metodologia: Estudo observacional com aplicação de questionário a mulheres com parto entre janeiro e dezembro de 2025, num hospital terciário, após consentimento informado e com garantia de anonimato.

Resultados: Foram incluídas 796 respostas (idade materna mediana de 33 anos, 61,9% de nulíparas e 84,4% de nacionalidade portuguesa).

Relativamente ao grau de satisfação do parto: 53,8% referiu estar bastante satisfeita com o parto, 26,3% ficou satisfeita, 11,8% moderadamente satisfeita, 3,9% insatisfeita e 4,2% muito insatisfeita. Foram avaliadas potenciais variáveis de influência do grau de satisfação do parto. O parto vaginal (OR=3,8), início de trabalho de parto espontâneo (OR=1,7), indução do trabalho de parto <24h (OR=5,0), ausência de episiotomia (OR=2,1), ausência de rotura artificial de membranas (OR=1,5) e liberdade de escolha de posição no parto (OR=2,6) mostraram associação estatisticamente significativa com níveis mais elevados de satisfação. A ausência de informação sobre atos obstétricos e um plano de parto percecionado como não cumprido associaram-se a menor satisfação do parto, ambas com significância estatística (OR=0,02 e OR=0,005, respetivamente). A mobilidade durante o trabalho de parto e a possibilidade de epidural não tiveram associação significativa com a satisfação no parto.

Conclusões: A maioria das mulheres apresentou elevada satisfação com a experiência de parto. Fatores clínicos, intervenções obstétricas, comunicação clara entre a grávida e o profissional de saúde e o cumprimento do plano de parto mostraram ter impacto significativo na perceção de satisfação do parto. Estes resultados reforçam a importância de cuidados centrados na mulher.

Palavras-chave: Parto, Satisfação materna, Experiência de parto

POSTER COM DISCUSSÃO

POD (25785) - PLANO DE PARTO: PERCEÇÃO DO CUMPRIMENTO E RELAÇÃO COM A SATISFAÇÃO NO PARTO

Margarida Leal Martins¹; Joana Palmira Almeida¹; Isabel Santos Silva¹; Maria Céu Almeida¹

1 - Serviço de Obstetria B - Unidade Local de Saúde de Coimbra

Resumo

Introdução: O plano de parto (PP) é um documento no qual a grávida expressa as preferências relativamente ao parto. A elaboração do PP tem sido associada a maior satisfação materna. A atuação médica, ao conciliar o respeito pelo PP e a garantia de bem estar maternofetal, evidencia a sensibilidade deste tema em obstetria.

Objectivos: Avaliar o perfil das grávidas que elaboram PP, aferir o grau de perceção do seu cumprimento e o seu impacto na satisfação do parto.

Metodologia: Estudo observacional com aplicação de questionário a mulheres com parto entre janeiro e dezembro de 2025, num hospital terciário, após consentimento informado.

Resultados: Das 796 respostas, 38,2% tinham PP elaborado. A mediana de idade materna foi inferior no grupo com PP (32 vs 33; $p=0,038$). A elaboração de PP foi mais frequente em nulíparas (47,7% vs 22,7%; $p<0,001$; OR=3,1). A elaboração de PP não mostrou associação com a nacionalidade. Entre as grávidas com PP, 92,4% discutiu-o com alguém, principalmente com o companheiro (237), seguido do Enfermeiro ESMO (86) e do Médico Obstetra (54).

Avaliando a perceção de cumprimento do PP, 39,5% considerou que o PP foi totalmente cumprido, 27,3% maioritariamente cumprido, 18,4% parcialmente cumprido, 6,9% pouco cumprido e 7,9% nada cumprido. Os principais motivos de incumprimento foram: impossibilidade de escolha de posição no parto (51), episiotomia (50), ausência de mobilidade no trabalho de parto (49), manobra de Kristeller (48) e impossibilidade de pele a pele (43).

O cumprimento do PP mostrou uma associação forte e estatisticamente significativa com o grau de satisfação do parto (coeficiente=0,652; $p<0,001$).

Conclusões: A maioria das grávidas considerou que o seu PP foi cumprido. Quanto maior a perceção de cumprimento do PP, maior o grau de satisfação do parto. A elaboração de PP pode aumentar a autonomia da mulher e a satisfação no parto, mesmo quando nem todas as preferências podem ser integralmente cumpridas.

Palavras-chave: Plano de parto, Satisfação materna

PO (25809) - SIMULAR PARA MELHORAR: IMPACTO DO TREINO EM EQUIPA NAS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Laura Basílio¹; Carolina Calheta¹; Raquel Santos Rosa¹; Carlos Macedo¹; Luís Miguel Farinha¹
1 - Hospital Drº Nélio Mendonça

Resumo

Introdução: Emergências obstétricas são situações de elevada complexidade que exigem resposta rápida, competências técnicas diferenciadas e trabalho em equipa eficaz. A simulação clínica tem-se afirmado como uma estratégia formativa essencial, sobretudo quando envolve reais equipas multidisciplinares e contribui para a melhoria do desempenho e da segurança dos cuidados.

Objectivos: Avaliar o impacto de um curso de simulação em emergências obstétricas, realizado em 2023 com equipas reais de trabalho no bloco de partos do Hospital Dr. Nélio Mendonça, na perceção dos profissionais de saúde quanto à sua utilidade, aquisição de competências e desempenho em equipa.

Metodologia: Estudo observacional, transversal, com aplicação de questionário estruturado baseado em escala de Likert de 5 pontos, disponibilizado via link e código QR. A formação integrou especialistas e internos em ginecologia/obstetrícia, neonatologistas e enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, organizados em equipas reais, simulando cenários em contexto de urgência de elevada fidelidade seguidos de debriefing estruturado. Dos 69 participantes, 49 (71%) responderam ao questionário. A amostra incluiu 49% enfermeiros especialistas, 28.6% especialistas em ginecologia/obstetrícia, 14.3% internos em ginecologia/obstetrícia e 8.2% neonatologistas.

Resultados: Observou-se elevada satisfação global, com 83.7% a considerar o curso bem organizado e 81.6% as temáticas extremamente relevantes. Foi reportado ganho significativo de conhecimentos e competências, com 83.7% a referir aumento da confiança na gestão de emergências obstétricas. Verificaram-se melhorias no desempenho em equipa, sendo valorizado o treino com equipas reais (79.6%). Todos os participantes consideraram a simulação benéfica para a prática clínica e reconheceram o seu papel na redução de erros. A totalidade recomendou a repetição do curso, sendo que 46.9% sugeriu periodicidade anual.

Conclusões: A simulação em emergências obstétricas, particularmente em contexto multidisciplinar real, é uma estratégia formativa altamente valorizada, com impacto positivo na prática clínica e na segurança dos cuidados, reforçando a importância da sua continuidade.

Palavras-chave: Simulação clínica, emergências obstétricas, trabalho em equipa

PO (25818) - TEEO NO BLOCO DE PARTOS: TREINAR HOJE PARA AGIR AMANHÃ

Joana Gomes Moreira¹; Ana Elisa Sousa¹; Inês Garcia Nunes¹; André Matos Delgado¹; Patrícia Branco¹; Alexandra Mesquita¹; Mafalda Ferra¹; Vanessa Cunha¹; Marta Luísa Rodrigues¹

1 - Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra – Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca

Resumo

Introdução: As emergências obstétricas são eventos raros, porém potencialmente graves, que exigem respostas rápidas e coordenadas de equipas multidisciplinares. Muitos dos erros em situações críticas não resultam da ausência de competências individuais, mas sim de falhas no trabalho em equipa. Assim, o treino baseado em simulação clínica constitui uma estratégia fundamental para melhoria da qualidade dos cuidados.

Objectivos: Descrever a implementação do projeto TEEO – Treino em Equipa de Emergências Obstétricas – no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, iniciado em 2022, e avaliar o seu contributo no desenvolvimento de competências de comunicação, organização e trabalho em equipa.

Metodologia: Projeto de intervenção baseado em simulação clínica, dirigido a equipas multidisciplinares (enfermeiros, obstetras e anestesistas), no qual são abordados diferentes módulos temáticos: suporte avançado de vida adaptado à grávida, hemorragia pós-parto, eclâmpsia, hipóxia fetal aguda e anafilaxia. Estes módulos decorrem com periodicidade praticamente mensal e têm componentes teórico-práticas, integrando simulação de cenários realistas, treino do trabalho em equipa e *debriefing* estruturado. Cada módulo é avaliado pelos formandos através de um questionário.

Resultados: Entre 2022 e 2025, realizaram-se múltiplas ações formativas, envolvendo mais de uma centena de participações. Na avaliação inicial (n=37), apenas 37,8% dos profissionais tinham realizado treino de simulação em emergências obstétricas. A perceção de competência situava-se em níveis intermédios (37,8% nível 3; 54,1% nível 4). Em 2025 (n=45), 86,5% dos profissionais já tinham participado em treino de simulação, registando-se melhoria na perceção de competências, com aumento das classificações mais elevadas (níveis 4 e 5). A observação contínua dos participantes e a análise dos questionários permitiram identificar lacunas, contribuindo para a atualização de protocolos e otimização da resposta da equipa.

Conclusões: O projeto TEEO demonstra que o treino contínuo em equipa, baseado na simulação, promove equipas mais preparadas. Trata-se de um projeto em construção, com intenção de expandir para módulos adicionais, garantindo evolução contínua da formação.

Palavras-chave: Insira a palavra-chave TEEO, Trabalho em equipa; emergências obstétricas, bloco de partos, simulação clínica, formação contínua

PO (25824) - EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: ESTAMOS PREPARADOS COMO EQUIPA?

Leonor Pascoal De Carvalho¹; Beatriz Figueiredo²; Inês Vasconcelos²; Filipa Agria²; Carolina Simões²; Ana Rolha²; Ana Luísa Areia^{2,3}; Fernando Jorge Costa²

1 - Serviço de Obstetria MBB, ULS Coimbra; 2 - Serviço de Obstetria MDM, ULS Coimbra;
3 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Resumo

Introdução: O trabalho em equipa e a aplicação de princípios de *Crisis Resource Management* (CRM) são fundamentais para a segurança no bloco de partos (BP), onde a gestão de eventos críticos exige decisões rápidas e coordenação eficaz.

Objectivos: Avaliar o funcionamento das equipas do BP quanto à aplicação de princípios de CRM.

Metodologia: Estudo observacional, transversal, baseado num questionário anónimo, fechado dirigido a profissionais do BP da ULS Coimbra. O instrumento utilizado, baseado nos princípios de CRM adaptados ao contexto obstétrico, incluiu caracterização profissional, exposição a eventos críticos, avaliação de competências não técnicas por escala *Likert* (através dos domínios: conhecimento do ambiente, antecipação, liderança, comunicação, distribuição de tarefas, *double check* e reavaliação) e estratégias de melhoria. A recolha das respostas decorreu entre 12-27/03/2026.

Resultados: Foram incluídos 111 profissionais, 33,3% especialistas de Ginecologia/Obstetria, 16,2% internos, 32,4% enfermeiros especialistas e 18,0% anestesistas. A maioria realizava >8 turnos mensais e 37,8% não realizaram formação em simulação. Nos últimos 6 meses, 91,9% reportaram eventos críticos, destacando-se CTG patológico(74,8%), hemorragia periparto(62,2%) e prolapso do cordão(52,3%). A gestão foi considerada sempre adequada, em 36,8% com consequências ligeiras e 3,8% moderadas. Os principais fatores condicionantes foram recursos humanos insuficientes(49,4%), comunicação ineficaz(45,4%) e sobrecarga assistencial(40,4%). O score global de CRM foi 4,02±0,81, sendo mais elevado no conhecimento do ambiente (4,61–4,68); e mais reduzido na comunicação (3,30–3,81), identificando-se esta como área de fragilidade primordial. As principais medidas de melhoria incluíram *debriefing* e simulação multidisciplinar (71,2%), clarificação de papéis(44,6%) e reforço de recursos humanos(39,3%). Não se verificaram associações significativas entre o *score* médio de CRM e a experiência (p=0,130), simulação prévia (p=0,103) ou exposição a eventos críticos (p=0,078), sugerindo um carácter multifatorial do desempenho das equipas.

Conclusões: Apesar do desempenho global favorável, a comunicação emerge como principal fragilidade, destacando a necessidade de intervenções estruturadas nas competências não técnicas, particularmente na comunicação, otimizando a segurança no BP.

Palavras-chave: evento crítico, Crisis Resource Management, Bloco de partos, Emergências obstétricas, Trabalho em equipa

PO (25828) - DO DIAGNÓSTICO À AÇÃO: ESTRATÉGIAS PARA FORTALECER O TRABALHO EM EQUIPA NO BLOCO DE PARTOS

Anáisa S. Simões¹; Márcia Clara Pinto¹; Inês Candeias Limpo²; Cláudia De Almeida¹; Mariana De Oliveira Pereira¹; Ana Jorge S. Martins¹; Rita Martins¹

1 - ULS Algarve - Hospital de Faro; 2 - ULS Algarve - Hospital de Portimão

Resumo

Introdução

O trabalho em equipa no bloco de partos é um dos pilares da Obstetrícia, sendo determinante para a segurança materno-fetal. Apesar do seu reconhecimento, persistem desafios na implementação de práticas estruturadas de comunicação e organização em contexto obstétrico.

Objectivos: Avaliar a perceção dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipa no bloco de partos em Portugal.

Metodologia: Estudo transversal com questionário anónimo nacional aplicado a profissionais de saúde do bloco de partos. Foram incluídas 72 respostas. Avaliaram-se dimensões organizacionais, comunicação, liderança e cultura de segurança através de escala Likert (1–5).

Resultados: A amostra foi maioritariamente composta por enfermeiros especialistas (40,6%) e internos de Obstetrícia (28,1%). A carga de trabalho foi percecionada como moderada (2,84/5), enquanto a dimensão das equipas foi considerada insuficiente (2,25/5). A rotatividade de profissionais foi identificada como fator disruptivo relevante (3,72/5). Observou-se baixa implementação de estratégias estruturadas, nomeadamente briefings por turno (1,47/5) e debriefings após eventos críticos (1,59/5). Apesar de perceção intermédia da existência de protocolos (3,13/5), a cultura de segurança revelou fragilidades, nomeadamente na abordagem não punitiva do erro (1,94/5) e na facilidade de notificação (2,34/5). Os principais constrangimentos identificados foram défice de recursos humanos, falhas de comunicação e inconsistência organizacional.

Conclusões: Persistem fragilidades no trabalho em equipa nos blocos de partos em Portugal, particularmente ao nível da comunicação estruturada e da cultura de segurança. A perceção de equipas insuficientes e elevada rotatividade aponta para dificuldades na coesão e estabilidade das equipas, com potencial impacto na comunicação e desempenho clínico. A formalização de protocolos não se traduz na sua implementação clínica. A implementação sistemática de briefings e debriefings, o investimento em treino em simulação e o reforço da liderança clínica surgem como estratégias prioritárias. Num contexto assistencial exigente, estas medidas poderão contribuir para melhorar o trabalho em equipa e reforçar a segurança materno-fetal.

Palavras-chave: equipa; comunicação; segurança;

POSTER COM DISCUSSÃO**POD (25839) - TRABALHO EM EQUIPA NO BLOCO DE PARTOS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E AUTONOMIA MATERNA**

Catarina Cunha¹; Diana Fernandes¹; Mariana Barbosa¹; Mafalda Mota¹; Cecília Marques¹; Maria Luísa Cardoso¹

1 - ULS Braga

Resumo

Introdução: O bloco de partos (BP) é um ambiente de elevada complexidade onde falhas na comunicação interprofissional comprometem a segurança materno-fetal e a autonomia materna. A avaliação sistemática das atitudes da equipa multiprofissional permanece limitada em Portugal, justificando a aplicação de instrumentos validados como o Team STEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire (T-TAQ).

Objectivos: Avaliar a perceção do trabalho em equipa no BP da ULS Braga através do T-TAQ, comparar grupos profissionais e analisar atitudes face à autonomia materna.

Metodologia: Estudo observacional transversal quantitativo, com 63 profissionais (EESMO, obstetras, anestesistas e neonatologistas) com ≥ 6 meses de atividade no BP. Utilizou-se o T-TAQ (30 itens, 5 domínios, Likert 1–5) e 5 questões sobre autonomia materna. A análise estatística incluiu testes de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U com correção de Bonferroni ($\alpha=0,0083$) e α de Cronbach.

Resultados: Amostra maioritariamente feminina (90,5%), idade média 40 anos (DP=11,7). Distribuição por grupo: EESMO (33,3%, n=21), Obstetrícia (33,3%, n=21), Anestesia (25,4%, n=16) e Neonatologia (7,9%, n=5). Score T-TAQ total: $4,32 \pm 0,23$ ($\alpha=0,834$). Domínios com maior concordância: Monitorização da Situação ($4,62 \pm 0,36$) e Apoio Mútuo ($4,60 \pm 0,40$), enquanto Liderança apresentou a pontuação mais baixa ($3,67 \pm 0,15$).

Verificaram-se diferenças significativas entre grupos profissionais ($p < 0,001$), com os EESMO a apresentarem scores inferiores nos domínios de Apoio Mútuo, Monitorização e Comunicação ($p < 0,0083$). Profissionais com > 5 anos de experiência apresentaram scores inferiores ($H=6,886$; $p=0,032$). Não houve associação entre trabalho em equipa e autonomia materna ($p=0,138$; $p=0,280$).

Conclusões: Os profissionais apresentam atitudes globalmente positivas face ao trabalho em equipa, com boa consistência interna do instrumento ($\alpha=0,834$). Identificam-se disparidades interprofissionais relevantes, com os EESMO a apresentarem perceções mais críticas. A ausência de correlação com a autonomia materna sugere que a eficiência técnica/organizacional não se traduz linearmente em cuidados centrados na mulher, reforçando a necessidade de treino de equipas multidisciplinares, focado na comunicação estruturada e decisão partilhada.

Palavras-chave: Trabalho em equipa, Bloco de partos, Comunicação interprofissional, Autonomia materna, TeamSTEPPS