



Itamar Santana

GINECOLOGIA & OBSTETRÍCIA

EVIDÊNCIA DA SEMANA

Atualização científica em Ginecologia e Obstetrícia

Edição #4 · 06 – 12 de junho de 2026

Dados conferidos contra a fonte primária em 07/06/2026

“Diagnóstico real. Não consulta rápida.”

Dr. Itamar Santana — Ginecologista e Obstetra

CRM-PE 23.569 · RQE 9.955

WhatsApp: (81) 99183-9111

Site: dritamarsantana.com · **Boletim:** dritamarsantana.com/evidencia-da-semana

E-mail: contato@dritamarsantana.com · **Instagram:**
[@dr.itamarsantana](https://www.instagram.com/dr.itamarsantana)

Consultório: ELLAS Saúde Integrada — Rua Padre Roma, 120, Sala 1601, Tamarineira, Recife-PE

Síntese da literatura para discussão entre pares e educação em saúde. Não substitui avaliação médica individualizada.
Documento bloqueado contra edição para preservar a integridade da informação.

DIRETRIZ

Statement · Sociedade ★ Destaque

SMFM · STATEMENT · PREGNANCY · JUN/2026

Acetaminofeno (paracetamol) segue como 1ª linha para dor e febre na gestação

Diante da reabertura do debate sobre um suposto vínculo com autismo/TDAH, a Society for Maternal-Fetal Medicine publicou statement atualizado (01/06/2026) reafirmando que o acetaminofeno permanece o medicamento de primeira linha para dor e febre na gravidez. A revisão da evidência não estabelece relação causal com transtornos do neurodesenvolvimento.

ACHADOS-CHAVE

- A base de evidência continua sustentando a segurança do uso materno de acetaminofeno
- Os estudos que sugerem associação com autismo/TDAH não demonstram causalidade
- Recomenda integrar medidas não farmacológicas (repouso, hidratação, fisioterapia) ao manejo da dor
- Febre materna não tratada tem risco próprio para o feto — não suspender o tratamento por receio infundado

IMPLICAÇÃO CLÍNICA

Tranquilizar a gestante e manter o acetaminofeno como analgésico/antitérmico de escolha, na menor dose eficaz e pelo menor tempo necessário — sem trocar por anti-inflamatórios, contraindicados no 3º trimestre.

→ [Pregnancy \(SMFM\) — DOI 10.1002/pmf2.70318](#)

MFM

Coorte retrospectiva

AM J OBSTET GYNECOL MFM · 2026

Progesterona vaginal não reduz prematuridade quando o colo curto é achado após 24 semanas

Coorte retrospectiva (154 gestações únicas assintomáticas, colo ≤ 25 mm detectado entre 24+0 e 33+6 semanas): iniciar progesterona vaginal não reduziu o parto prematuro espontâneo em relação à conduta expectante. O benefício consagrado da progesterona se concentra no rastreamento de 2º trimestre.

ACHADOS-CHAVE

- PPT <37 sem: 24,6% (progesterona) vs 19,1% (expectante), $p=0,41$
- PPT <34 sem: 3,1% vs 5,6%, $p=0,46$ — baixo nos dois grupos
- Sem associação na análise ajustada (aOR 0,89; IC95% 0,38–2,13)
- Tempo até o parto não diferiu (HR 1,28; IC95% 0,65–2,54)

IMPLICAÇÃO CLÍNICA

A janela útil da progesterona vaginal é o colo curto do 2º trimestre. Diante de encurtamento incidental após 24 semanas, não esperar redução de risco só por iniciar a medicação — individualizar e investigar outros marcadores.

→ [DOI 10.1016/j.ajogmf.2026.102012](#)

Corticoide antenatal em gemelares: benefício não confirmado, risco de hipoglicemia neonatal

Metanálise de 16 estudos (18.367 neonatos; 8.723 expostos): em gestações gemelares, o corticoide antenatal não reduziu de forma consistente mortalidade neonatal nem síndrome do desconforto respiratório, e associou-se a mais hipoglicemia e internação em UTIN. Certeza da evidência moderada a baixa.

ACHADOS-CHAVE

- Mortalidade neonatal: RR 0,77 (IC95% 0,59–1,01) — sem redução significativa
- SDR: sem redução geral (RR 1,11; IC95% 0,81–1,52)
- Hipoglicemia neonatal: RR 1,80 (IC95% 1,30–2,51)
- Necessidade de O2: RR 1,72 (1,07–2,74); UTIN: RR 1,33 (1,07–1,64)

IMPLICAÇÃO CLÍNICA

Reforça a indicação criteriosa do corticoide antenatal em gemelares (extrapolada de dados de feto único), atenta ao risco de hipoglicemia neonatal. Decisão individualizada conforme idade gestacional e risco real de parto prematuro.

→ DOI 10.1097/AOG.0000000000006344

Miomas uterinos na transição menopausal: nem todos regridem

Revisão do Green Journal mostra que o comportamento dos miomas na perimenopausa/pós-menopausa é variável — muitos persistem, alguns regridem pouco e parte continua crescendo. Sangramento ou dor exigem investigação sistemática para excluir patologia endometrial.

ACHADOS-CHAVE

- Ultrassom transvaginal estruturado é a base da avaliação; RM como adjunto em casos indeterminados
- Nenhuma característica de imagem isolada distingue mioma benigno de leiomiossarcoma
- Prevalência de leiomiossarcoma oculto na cirurgia é baixa, mas aumenta com a idade
- Manejo individualizado e guiado por sintomas; conduta expectante se assintomático

IMPLICAÇÃO CLÍNICA

Não assumir que todo mioma 'vai sumir' na menopausa. Sangramento pós-menopausa ou dor merecem avaliação dirigida — tranquilizar sem banalizar.

→ DOI 10.1097/AOG.0000000000006339

Rabdomioma cardíaco fetal: como prever esclerose tuberosa e guiar o pré-natal

Coorte de 80 fetos com um ou mais rabdomiomas cardíacos diagnosticados no pré-natal. Um fluxo multimodal integrando ressonância fetal e sequenciamento de exoma em trio (trio-WES) melhora a predição de complexo esclerose tuberosa (TSC) e orienta o manejo perinatal.

ACHADOS-CHAVE

- Rabdomioma cardíaco é forte sinalizador de TSC — diagnóstico que muda o aconselhamento
- RM fetal + trio-WES aumentam a acurácia da predição pré-natal
- Permite planejar o seguimento neurológico e o nascimento em centro adequado

IMPLICAÇÃO CLÍNICA

Diante de rabdomioma cardíaco no ecocardiograma fetal, acionar investigação dirigida e aconselhamento genético precoce, com plano de parto e seguimento neonatal individualizados.

→ DOI 10.1002/uog.70240

Endometriose tem assinatura imune própria no endométrio e no sangue

Perfil imune profundo (citometria espectral) de 40 mulheres (28 com endometriose confirmada cirurgicamente): a doença associou-se a redução de células NK precoces no endométrio e aumento de linfócitos T CD8+ do tipo MAIT, com variação ao longo do ciclo. Pode ajudar a explicar subfertilidade e abrir alvos terapêuticos.

ACHADOS-CHAVE

- ↓ células NK precoces endometriais (P.adj=0,006)
- ↑ células T CD8+ tipo-MAIT (P.adj=0,033), com pico na ovulação/janela de implantação
- Imunidade periférica também alterada e cíclica
- Desregulação de MAIT é característica nova da endometriose

IMPLICAÇÃO CLÍNICA

Mais uma evidência de que endometriose é doença sistêmica e imunomediada — não 'só uma cólica'. Reforça diagnóstico precoce e seguimento longitudinal por equipe dedicada.

→ DOI 10.1093/humrep/deag090

EM RADAR

TEMA	FONTE	POR QUE IMPORTA	ACESSO
Programa multidisciplinar de acretismo placentário reduz uso de UTI — sem disparidade racial	Am J Obstet Gynecol 2026	Centro de referência com equipe dedicada melhora desfecho e equidade no espectro do acretismo placentário.	DOI 10.1016/j.ajog.2026.06.001
Morbidade materna grave associa-se a menor duração da amamentação	Obstetrics & Gynecology 2026	Coorte nuMoM2b: complicação grave no parto reduz amamentação >6 meses (aOR 0,50) — janela para apoio extra à lactação.	DOI 10.1097/AOG.0000000000006345
Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal: respondendo às dúvidas clínicas	Am J Obstet Gynecol MFM 2026	Revisão organiza dose, duração e janela gestacional do MgSO4 para	DOI 10.1016/j.ajogmf.2026.102013

TEMA	FONTE	POR QUE IMPORTA	ACESSO
Eclâmpsia apesar de profilaxia com sulfato de magnésio	Am J Obstet Gynecol MFM 2026	Série descreve desfechos quando a crise ocorre sob MgSO4 – vigilância clínica não pode ser relaxada.	DOI.10.1016/j.ajogmf.2026.102022

Dr. Itamar Santana · CRM-PE 23.569 · RQE 9.955 · (81) 99183-9111 · contato@dritamarsantana.com · dritamarsantana.com
© 12 de junho de 2026 – Evidência da Semana. Conteúdo conferido em 07/06/2026.