



MANEJO MULTIPROFISSIONAL DE GESTANTE ADOLESCENTE COM ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM REVISÃO DE LITERATURA

MULTIPROFESSIONAL MANAGEMENT OF AN ADOLESCENT PREGNANT PATIENT WITH HEREDITARY ANGIOEDEMA IN A UNIVERSITY HOSPITAL: EXPERIENCE REPORT WITH LITERATURE REVIEW

DOI: 10.5281/zenodo.22683467



*Luana Maria Tassoni Ferro¹
Késsila Pietrzack de Oliveira²
Luca Serafim Portela³
Renan Felipe Sampaio Moreira⁴
Hugo Giovanni de Assunção Soares⁵
Natália dos Santos Nakao⁶
Marcello Leite dos Santos Filho⁷
Renato Sarmento dos Reis Moreno⁸*

1 Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4881-2273>

2 Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Faculdade de Ciências da Saúde, Curso de Medicina, Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4031-3927>

3 Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Faculdade de Ciências da Saúde, Curso de Medicina, Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8008-6491>

4 Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Faculdade de Ciências da Saúde, Curso de Medicina, Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3898-2908>

5 Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Faculdade de Ciências da Saúde, Curso de Medicina, Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3160-0949>

6 Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Faculdade de Ciências da Saúde, Curso de Medicina, Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3145-4229>

7 Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Faculdade de Ciências da Saúde, Curso de Medicina, Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5696-3597>

8 HU BRASIL da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5848-0578>

Revista *OWL Journal*, Campina Grande - PB, v. 4 n. 9 (2026) - ISSN 2965-2634

A Revista *OWL Journal* está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição (CC BY)





RESUMO

O Angioedema Hereditário (AEH) é uma doença genética rara, caracterizada pela deficiência ou disfunção do inibidor de C1-esterase, capaz de desencadear episódios recorrentes de edema em tecidos subcutâneos e submucosos, com potencial comprometimento de vias aéreas e risco de morte. Durante a gestação, alterações hormonais podem aumentar a frequência e a gravidade das crises, tornando indispensável o planejamento assistencial especializado. Este estudo teve como objetivo relatar a experiência institucional no manejo clínico e multiprofissional de uma gestante adolescente com diagnóstico prévio de Angioedema Hereditário, atendida em hospital universitário, articulando o relato ao referencial teórico atual sobre a doença, sobre a gestação na adolescência e sobre a vigilância do bem-estar fetal intraparto. Trata-se de um relato de experiência, com revisão narrativa da literatura, centrado na organização assistencial adotada desde a admissão hospitalar até o puerpério, destacando medidas preventivas, fluxos de segurança, articulação entre setores e tomada de decisão clínica diante de situação de alta complexidade. A paciente foi internada preventivamente no termo gestacional para vigilância contínua, diante do elevado risco de crise grave e da necessidade de garantir acesso oportuno à terapêutica específica. Foram implementadas estratégias como monitorização materno-fetal seriada, reserva de plasma fresco, disponibilização de medicação para crises agudas e planejamento antecipado da via de parto. Apesar da intenção inicial de condução vaginal, houve necessidade de cesariana por sofrimento fetal agudo, realizada sem intercorrências. No pós-operatório, a paciente foi monitorizada em Unidade de Terapia Intensiva, evoluindo de forma estável, sem manifestações agudas de angioedema e com alta hospitalar em boas condições clínicas. A experiência, à luz da literatura consultada, reforça que o planejamento antecipado, a atuação multiprofissional integrada e a disponibilidade terapêutica adequada são determinantes para desfechos materno-fetais favoráveis em condições raras e potencialmente fatais.

Palavras-chave: angioedema hereditário; gestação; adolescência; assistência multiprofissional; segurança do paciente; obstetrícia de alto risco.

ABSTRACT

Hereditary Angioedema (HAE) is a rare genetic disease characterized by quantitative or functional deficiency of C1-esterase inhibitor, capable of triggering recurrent episodes of edema in subcutaneous and submucosal tissues, with potential airway involvement and risk of death. During pregnancy, hormonal changes may increase the frequency and severity of attacks, making specialized care planning essential. This study aimed to report the institutional experience in the clinical and multiprofessional management of an adolescent pregnant patient with a prior diagnosis of Hereditary Angioedema, treated at a university hospital, linking the report to the current theoretical framework on the disease, on adolescent pregnancy and on intrapartum fetal well-being surveillance. This is an experience report, with a narrative literature review, focused on the care organization adopted from hospital admission to the puerperium, highlighting preventive measures, safety flows, intersectoral coordination and clinical decision-making in a highly complex situation. The patient was preventively admitted at term gestation for continuous surveillance, given the high risk of a severe attack and the need to guarantee timely access to specific therapy. Strategies implemented included serial maternal-fetal monitoring, fresh plasma reserve, availability of medication for acute attacks and advance planning of the delivery route. Despite the initial intention of vaginal delivery, an emergency cesarean





section was required due to acute fetal distress, performed without complications. Postoperatively, the patient was monitored in the Intensive Care Unit, evolving stably, without acute manifestations of angioedema, and was discharged in good clinical condition. The experience, in light of the literature reviewed, reinforces that advance planning, integrated multiprofessional action and adequate therapeutic availability are determinant for favorable maternal-fetal outcomes in rare and potentially fatal conditions.

Keywords: hereditary angioedema; pregnancy; adolescence; multiprofessional care; patient safety; high-risk obstetrics.

1. INTRODUÇÃO

O Angioedema Hereditário (AEH) é uma doença genética rara, geralmente de herança autossômica dominante, causada por deficiência quantitativa ou funcional do inibidor de C1-esterase, resultando em produção excessiva de bradicinina e episódios recorrentes de edema em tecidos subcutâneos e submucosos. As manifestações podem acometer extremidades, trato gastrointestinal, face e vias aéreas superiores, sendo o edema laríngeo uma das complicações mais graves devido ao risco de obstrução respiratória e óbito. Estima-se que pacientes não diagnosticados ou inadequadamente tratados apresentem mortalidade em torno de 25% a 40%, decorrente principalmente da asfixia por edema de laringe (GIAVINA-BIANCHI et al., 2017).

Na população feminina, as oscilações hormonais exercem influência direta sobre a atividade da doença. Durante a gestação, o aumento fisiológico dos níveis de estrogênio pode exacerbar a frequência e a intensidade das crises, tornando o acompanhamento especializado fundamental para a prevenção de desfechos adversos maternos e fetais. Além disso, o manejo convencional do AEH com andrógenos atenuados é contraindicado nesse período, reforçando a necessidade de terapias específicas seguras, como os concentrados de inibidor de C1-esterase (CAMPOS et al., 2022).

A raridade da condição, associada ao risco potencial de deterioração clínica súbita, exige organização institucional, disponibilidade terapêutica imediata e integração entre diferentes equipes assistenciais. Quando esse cenário se associa a outra condição de vulnerabilidade, como a gestação na adolescência, amplia-se a complexidade do cuidado, uma





vez que a literatura aponta maior incidência de intercorrências obstétricas nessa faixa etária, independentemente de comorbidades associadas (CORTEZ et al., 2021; DAMASCENO; CARDOSO, 2024). Nesse contexto, relatos de experiência tornam-se relevantes para compartilhar estratégias práticas de cuidado, subsidiados por evidências científicas atuais, contribuindo para o aprimoramento dos protocolos assistenciais.

Este estudo tem como objetivo relatar a experiência institucional no manejo clínico, preventivo e multiprofissional de uma gestante adolescente com diagnóstico de Angioedema Hereditário atendida em hospital universitário de referência, articulando o caso a uma revisão da literatura sobre a fisiopatologia e o tratamento do AEH, sobre as particularidades da gestação na adolescência e sobre a avaliação da vitalidade fetal intraparto, de modo a oferecer um aporte teórico que fundamente as decisões assistenciais descritas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Angioedema hereditário: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento

O AEH decorre, na maioria dos casos, da deficiência quantitativa (tipo I) ou da disfunção qualitativa (tipo II) do inibidor de C1-esterase, proteína responsável por regular as vias do complemento, da coagulação, da fibrinólise e do sistema de contato. A ausência desse controle regulatório resulta em geração excessiva de bradicinina, mediador responsável pelo aumento da permeabilidade vascular e pela formação do edema característico da doença. Existe ainda um subtipo com inibidor de C1 normal, cujo diagnóstico depende de investigação genética específica (SERPA et al., 2021).

O quadro clínico é marcado por crises recorrentes e imprevisíveis, que podem acometer pele, trato gastrointestinal e vias aéreas superiores. O acometimento laríngeo é considerado a manifestação mais grave, por seu potencial de evoluir para obstrução respiratória aguda. Segundo Serpa et al. (2021), o diagnóstico correto e precoce, associado ao manejo adequado nos serviços de urgência, é determinante para evitar desfechos fatais e intervenções cirúrgicas desnecessárias, uma vez que o AEH não responde à terapêutica





convencional com adrenalina, anti-histamínicos ou corticosteroides, diferentemente dos angioedemas histaminérgicos.

As diretrizes brasileiras para diagnóstico e tratamento do AEH recomendam a investigação laboratorial por meio da dosagem sérica de C4 e do inibidor de C1-esterase (quantitativo e funcional), especialmente diante de história familiar compatível ou de episódios recorrentes de edema sem urticária associada (GIAVINA-BIANCHI et al., 2017). O tratamento se organiza em duas frentes complementares: a terapia das crises agudas e a profilaxia das manifestações clínicas. Para o tratamento das crises, as diretrizes brasileiras de 2022 indicam como primeira linha o antagonista do receptor de bradicinina (icatibanto) e o concentrado de inibidor de C1, este último também podendo ser utilizado de forma profilática de curta duração antes de procedimentos com potencial de desencadear crises (CAMPOS et al., 2022).

No cenário internacional, a diretriz conjunta da World Allergy Organization e da European Academy of Allergy and Clinical Immunology reforça que todo paciente com AEH deve ter acesso garantido a terapia sob demanda eficaz, administrada o mais precocemente possível diante do início de uma crise, independentemente da localização anatômica do edema (MAURER et al., 2022). Essa recomendação sustenta a lógica assistencial de disponibilizar, com antecedência, a medicação específica para pacientes internados em situação de risco, como ocorreu no caso aqui relatado.

2.2 Angioedema hereditário e gestação

A gestação representa um período de particular vulnerabilidade para mulheres com AEH. O aumento dos níveis de estrogênio, típico da gravidez, está associado à exacerbação da frequência e da gravidade das crises em parcela significativa das gestantes, embora a resposta seja heterogênea entre as pacientes. Some-se a isso a contraindicação formal do uso de andrógenos atenuados durante a gestação, pelo risco de virilização fetal, o que restringe as opções terapêuticas profiláticas disponíveis nesse período (CAMPOS et al., 2022).





As diretrizes brasileiras de terapêutica do AEH recomendam que, na gestação, no parto, no puerpério e durante a amamentação, o concentrado de inibidor de C1-esterase seja considerado o tratamento de escolha tanto para o manejo das crises agudas quanto para eventual profilaxia de curta duração antes de procedimentos invasivos, por seu perfil de segurança superior ao dos demais fármacos disponíveis nesse contexto (CAMPOS et al., 2022). Quando o concentrado de C1-inibidor não está prontamente disponível, o plasma fresco congelado configura alternativa terapêutica, ainda que com risco teórico de transmissão de agentes infecciosos e de piora sintomática transitória, pela presença, no próprio plasma, de substratos que podem ser convertidos em mediadores da crise (SERPA et al., 2021).

Do ponto de vista obstétrico, a via de parto não é determinada exclusivamente pela presença do AEH, devendo seguir as indicações obstétricas habituais; entretanto, recomenda-se planejamento antecipado, com disponibilização de terapêutica específica junto ao leito e evitando-se, sempre que possível, manipulações que aumentem o risco de desencadear crises, como intubações orotraqueais não essenciais. A reserva de insumos terapêuticos, a comunicação entre as equipes de obstetrícia, anestesiologia, terapia intensiva e farmácia hospitalar, e a definição prévia de fluxos para situações de urgência constituem elementos centrais da segurança assistencial nesse grupo de pacientes (CAMPOS et al., 2022; SERPA et al., 2021).

2.3 Gravidez na adolescência: vulnerabilidades e complicações obstétricas

A gestação na adolescência é reconhecida pela literatura como condição de risco obstétrico aumentado, associada tanto a fatores biológicos, decorrentes da imaturidade do organismo ainda em desenvolvimento, quanto a fatores sociais e assistenciais, como o início tardio ou irregular do pré-natal. Estudo que analisou complicações clínico-obstétricas em gestantes adolescentes por meio da Classificação de Robson identificou maior concentração de desfechos desfavoráveis nesse grupo, incluindo partos prematuros e cesarianas de urgência, quando comparado a gestantes adultas (CORTEZ et al., 2021).





De modo convergente, Damasceno e Cardoso (2024), ao caracterizarem o perfil de parturientes adolescentes em um hospital de referência, destacaram a associação entre gestação precoce e maior vulnerabilidade socioeconômica, fatores que se somam ao risco biológico e podem comprometer a adesão ao acompanhamento pré-natal. A revisão sistemática conduzida por Silva et al. (2021) sobre intercorrências obstétricas na adolescência reforça que a combinação entre início tardio do pré-natal, baixa escolaridade e limitado suporte social eleva a probabilidade de complicações graves, incluindo distúrbios hipertensivos, hemorragias e desfechos relacionados à mortalidade materna, sendo a assistência qualificada e continuada apontada como principal estratégia de mitigação desses riscos.

Quando uma gestante adolescente é, adicionalmente, portadora de doença rara e potencialmente fatal como o AEH, as vulnerabilidades se sobrepõem: à imaturidade biológica e às fragilidades sociais típicas da adolescência somam-se a imprevisibilidade das crises de angioedema e a dependência de terapêutica de alto custo, muitas vezes de acesso restrito, como ocorreu na experiência aqui relatada. Esse cenário reforça a necessidade de internação preventiva e de vigilância multiprofissional intensificada, coerente com o que a literatura recomenda para gestações adolescentes de alto risco (CORTEZ et al., 2021; DAMASCENO; CARDOSO, 2024).

2.4 Sofrimento fetal agudo e vigilância da vitalidade fetal intraparto

O sofrimento fetal agudo caracteriza-se por comprometimento da oxigenação fetal durante o trabalho de parto, decorrente de redução aguda e transitória ou permanente das trocas gasosas entre mãe e feto, podendo levar a hipóxia, hipercapnia e acidose. A cardiocardiografia intraparto constitui o principal método de rastreamento desse comprometimento, permitindo identificar padrões sugestivos de hipóxia, como desacelerações tardias, taquicardia ou bradicardia mantidas e perda de variabilidade da frequência cardíaca fetal (SOUZA; AMORIM, 2008).





Segundo Souza e Amorim (2008), nenhum método isolado de avaliação da vitalidade fetal apresenta acurácia absoluta, sendo recomendada a interpretação conjunta dos achados cardiotocográficos com o contexto clínico da paciente, sobretudo em gestações de alto risco, nas quais a monitorização contínua se justifica com maior propriedade do que em gestações de baixo risco. Nesse sentido, alterações compatíveis com sofrimento fetal agudo, quando identificadas em gestação já classificada como de alto risco — como no caso de gestante adolescente portadora de doença rara —, tendem a reforçar a indicação de resolução da gestação por via mais expedita, geralmente a cesariana de urgência, buscando-se minimizar o tempo de exposição fetal à hipóxia.

A tomada de decisão pela cesariana diante de sofrimento fetal agudo, embora represente mudança em relação a um plano inicial de parto vaginal, é respaldada pela literatura como conduta apropriada quando os sinais de comprometimento fetal são identificados de forma consistente, sendo a flexibilidade do plano assistencial um componente essencial da segurança obstétrica, especialmente em contextos clínicos de maior complexidade, como o descrito neste relato (SOUZA; AMORIM, 2008).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um relato de experiência, de abordagem descritiva e qualitativa, associado a uma revisão narrativa da literatura, elaborado a partir da vivência assistencial da equipe multiprofissional no acompanhamento de uma gestante adolescente com diagnóstico prévio de Angioedema Hereditário, internada em hospital universitário. As informações clínicas foram obtidas por meio de observação direta da assistência prestada e de registro em prontuário, respeitando-se o sigilo e a confidencialidade dos dados da paciente, sem identificação nominal. O referencial teórico foi construído a partir de diretrizes nacionais e internacionais e de artigos científicos indexados em bases como PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, selecionados por sua pertinência temática direta com o caso relatado: fisiopatologia e tratamento do Angioedema Hereditário, particularidades do manejo





do AEH na gestação, complicações obstétricas associadas à gravidez na adolescência e avaliação da vitalidade fetal intraparto.

4. RELATO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se da experiência assistencial no cuidado de uma gestante adolescente, 14 anos, primigesta, admitida com gestação a termo (39 semanas), portadora de diagnóstico prévio de Angioedema Hereditário, além de toxoplasmose em tratamento durante o pré-natal.

A paciente procurou atendimento em pródromos de trabalho de parto, apresentando dor abdominal tipo cólica, sem perdas vaginais ou sangramento, com boa movimentação fetal e estabilidade clínica. Considerando o elevado risco de crises graves relacionadas ao Angioedema Hereditário, sobretudo pelo potencial comprometimento de vias aéreas e risco materno-fetal — coerente com o que a literatura descreve sobre a exacerbação hormonal das crises na gestação (CAMPOS et al., 2022) —, optou-se pela internação preventiva no setor obstétrico para vigilância contínua e planejamento assistencial antecipado.

No momento da admissão, observou-se que a paciente ainda não havia obtido acesso ao imunobiológico de alto custo previamente indicado, cuja liberação encontrava-se em tramitação junto à Defensoria Pública. Tal cenário exigiu rápida mobilização institucional envolvendo equipe médica, serviço social e articulação intersetorial para garantir acesso ao tratamento em tempo oportuno, ilustrando de forma prática a dependência logística descrita na literatura para o manejo seguro do AEH (SERPA et al., 2021).

Como estratégia preventiva, foram estabelecidas medidas de segurança voltadas à redução do risco de descompensação clínica, incluindo reserva de plasma fresco, disponibilização de medicação para crises agudas (icatibanto) e organização para obtenção do concentrado de inibidor de C1-esterase (Berinert), em conformidade com as recomendações de primeira linha das diretrizes brasileiras vigentes (CAMPOS et al., 2022). Paralelamente, instituiu-se monitorização materno-fetal diária, com cardiotocografias seriadas, avaliações obstétricas regulares e controle laboratorial.





Durante o período de internação, a paciente manteve estabilidade hemodinâmica, ausência de sintomas respiratórios e não apresentou crises agudas de angioedema. A via de parto inicialmente planejada foi a vaginal, considerada potencialmente menos traumática e associada a menor risco de desencadeamento de edema relacionado à manipulação de vias aéreas ou intervenções anestésicas.

A condução do caso envolveu atuação multiprofissional integrada entre obstetrícia, enfermagem, farmácia hospitalar, serviço social e equipe de terapia intensiva, com alinhamento contínuo das condutas e definição prévia de fluxos assistenciais para situações de urgência.

Apesar do planejamento inicial, houve evolução para trabalho de parto associado a sofrimento fetal agudo, identificado por alterações cardiotocográficas compatíveis com episódios de bradicardia fetal alternando com taquicardia sustentada — padrão descrito na literatura como indicativo de comprometimento da oxigenação fetal (SOUZA; AMORIM, 2008) —, o que indicou necessidade de cesariana de urgência. O procedimento foi realizado sem intercorrências, com nascimento de recém-nascido em apresentação cefálica e presença de líquido amniótico meconial espesso.

Considerando o risco potencial de edema no pós-operatório imediato, especialmente após intervenção cirúrgica, a paciente foi encaminhada para monitorização em Unidade de Terapia Intensiva. Durante esse período, manteve estabilidade hemodinâmica, respiração espontânea, ausência de comprometimento respiratório e sem manifestações clínicas agudas relacionadas ao angioedema hereditário. Após observação intensiva e evolução favorável, recebeu alta para continuidade do cuidado em alojamento conjunto.

O puerpério transcorreu sem intercorrências significativas, com adequada recuperação cirúrgica, estabelecimento da lactação e ausência de complicações infecciosas ou episódios de angioedema, culminando em alta hospitalar em boas condições clínicas.





5. DISCUSSÃO

O manejo do Angioedema Hereditário durante a gestação representa importante desafio clínico devido à imprevisibilidade das crises e ao risco potencial de comprometimento respiratório agudo. A literatura consultada aponta que o planejamento antecipado do parto, associado à disponibilidade de terapêutica específica e à atuação multiprofissional, constitui elemento central para a redução da morbimortalidade materna e fetal, o que se confirma na experiência aqui relatada (CAMPOS et al., 2022; MAURER et al., 2022).

Na experiência relatada, a decisão pela internação preventiva antes da ativação efetiva do trabalho de parto mostrou-se estratégica, permitindo organização institucional adequada, monitorização contínua e preparo para resposta rápida diante de possíveis intercorrências. Esse aspecto destaca a importância da antecipação de riscos em condições clínicas raras, especialmente quando há dependência de medicamentos de alto custo e acesso potencialmente limitado, tal como discutido por Serpa et al. (2021) a respeito das barreiras logísticas ao tratamento do AEH no Brasil.

Outro ponto relevante foi a articulação entre assistência clínica e suporte administrativo para obtenção da terapêutica necessária, evidenciando como fatores logísticos podem impactar diretamente a segurança do cuidado — achado consoante às diretrizes internacionais, que preconizam acesso garantido a terapia sob demanda eficaz para todo paciente com AEH, independentemente de sua condição socioeconômica (MAURER et al., 2022).

Embora a via vaginal tenha sido inicialmente considerada a opção preferencial, conforme recomendações para minimizar intervenções e manipulação de vias aéreas, a necessidade de cesariana emergencial por sofrimento fetal exigiu adaptação imediata do plano terapêutico, reforçando a importância de protocolos flexíveis e preparo institucional abrangente. Esse achado corrobora a literatura sobre avaliação da vitalidade fetal intraparto, que recomenda a reavaliação contínua do plano de parto diante de alterações





cardiotocográficas sugestivas de comprometimento fetal, priorizando-se a via de resolução mais rápida quando indicada (SOUZA; AMORIM, 2008).

A sobreposição entre a condição rara do Angioedema Hereditário e a gestação na adolescência amplia a complexidade do caso, uma vez que a literatura já reconhece a adolescência, isoladamente, como fator de risco obstétrico relevante (CORTEZ et al., 2021; DAMASCENO; CARDOSO, 2024; SILVA et al., 2021). A convergência dessas duas condições de vulnerabilidade reforça a necessidade de vigilância intensificada e de suporte multiprofissional ampliado, incluindo serviço social, tal como ocorreu na experiência relatada diante da dificuldade de acesso ao imunobiológico.

A monitorização em Unidade de Terapia Intensiva no pós-operatório imediato constituiu medida prudente diante do risco de edema tardio, possibilitando vigilância intensiva e rápida intervenção, caso necessária. A ausência de crises agudas durante toda a internação sugere que a combinação entre planejamento antecipado, medidas profiláticas e integração multiprofissional contribuiu significativamente para o desfecho favorável, em linha com o que preconizam as diretrizes brasileiras e internacionais de manejo do AEH no período gravídico-puerperal (CAMPOS et al., 2022; MAURER et al., 2022).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência institucional descrita demonstra que o cuidado de gestantes com Angioedema Hereditário exige planejamento assistencial rigoroso, organização intersetorial e resposta multiprofissional coordenada, sobretudo quando essa condição rara se associa a outro fator de vulnerabilidade obstétrica, como a gestação na adolescência.

A internação preventiva, a definição prévia de fluxos de segurança, a garantia de acesso à terapêutica específica e a integração entre obstetrícia, enfermagem, farmácia, serviço social e terapia intensiva foram fundamentais para assegurar desfecho materno-fetal favorável, achados que dialogam diretamente com as diretrizes nacionais e internacionais revisadas neste estudo (CAMPOS et al., 2022; GIAVINA-BIANCHI et al., 2017; MAURER et al., 2022).





Relatos como este, articulados a uma revisão da literatura pertinente, reforçam a necessidade de protocolos institucionais para doenças raras e potencialmente fatais, contribuindo para a qualificação da assistência obstétrica em contextos de alta complexidade. Recomenda-se que novos estudos aprofundem, em amostras maiores, a associação entre Angioedema Hereditário e gestação na adolescência, de modo a subsidiar diretrizes assistenciais mais específicas para essa combinação pouco descrita na literatura.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, Regis Albuquerque *et al.* Diretrizes brasileiras de angioedema hereditário 2022 – Parte 2: terapêutica. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, v. 6, n. 2, p. 170-196, abr./jun. 2022.

CORTEZ, Mirelly Barbosa *et al.* Análise das complicações clínico-obstétricas em gestantes adolescentes segundo a Classificação de Robson. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 29, e49539, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49539>. Acesso em: 1 ago. 2026.

DAMASCENO, Ana Alice de Araújo; CARDOSO, Marly Augusto. Parturientes adolescentes em Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil: características socioeconômicas e obstétricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. 1-12, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QMpJVXbVBFv6nFf3Jn3WCxb/>. Acesso em: 1 ago. 2026.

GIAVINA-BIANCHI, Pedro *et al.* Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento do angioedema hereditário – 2017. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, v. 1, n. 1, p. 23-48, 2017.

MAURER, Marcus *et al.* The international WAO/EAACI guideline for the management of hereditary angioedema – the 2021 revision and update. *Allergy*, v. 77, n. 7, p. 1961-1990, jul. 2022.

SERPA, Faradiba Sarquis *et al.* Hereditary angioedema: how to approach it at the emergency department? *Einstein (São Paulo)*, v. 19, eRW5498, abr. 2021. DOI: 10.31744/einstein_journal/2021RW5498.



REVISTA OWL (*OWL Journal*)

www.revistaowl.com.br – ISSN: 2965-2634



SILVA, Isabelle Oliveira Santos da *et al.* Intercorrências obstétricas na adolescência e a mortalidade materna no Brasil: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 6720-6734, mar./abr. 2021.

SOUZA, Alex Sandro Rolland de; AMORIM, Melania Maria Ramos de. Avaliação da vitalidade fetal intraparto. *Acta Médica Portuguesa*, v. 21, n. 3, p. 229-240, 2008.

Recebido em: 05/08/2026

Aprovado em: 19/08/2026

Publicado em: 09/09/2026

Revista *OWL Journal*, Campina Grande - PB, v. 4 n. 9 (2026) - ISSN 2965-2634

A Revista *OWL Journal* está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição (CC BY)

