

OBSTETRÍCIA

Para elas

4ª Edição

Editor-chefe: Henri Augusto Korkes, Md PhD

*"Uma revista baseada em evidências,
construída para as pacientes"*



OBSTETRÍCIA

Para elas

Objetivo:

A **Revista Obstetrícia para Elas** é um projeto idealizado com muito carinho, na tentativa de simplificar a ciência por trás das recomendações médicas, fazendo com que a gestante entenda, de forma simples, os grandes desafios apresentados na gestação. Também tem o objetivo de trazer muito conteúdo sobre atualidades na gestação, novos conhecimentos sem medicina e, por que não?, desmistificar as “lendas” que rondam as gestantes.

Entendemos que apenas com a maior conscientização por parte das pacientes sobre todo o contexto que envolve a gestação, a mortalidade materna será reduzida no Brasil. O empoderamento feminino, com conhecimento amplo sobre a doença, impactará positivamente todos os envolvidos e, sem dúvida, em um futuro que esperamos para logo, poderemos nos alegrar em dizer que estamos vencendo esta luta.

Autores desta edição:

Dr. Henri Augusto Korkes

Mestre e Doutor em Obstetrícia
Coordenador Acadêmico da Obstetrícia no Hospital Santa Lucinda (PUC-SP)
Membro fundador da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo
CRM 124830 | RQE 72918 | TEGO 164/2011

Dr. Giorgio Tondello

Mestre em Saúde e Meio Ambiente pela Universidade da Região de Joinville (Univille)
Preceptor da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Darcy Vargas, em Joinville (SC)
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Membro do Comitê Municipal de Prevenção ao Óbito Materno, Infantil e Fetal
CRM 25100 | RQE 21592

Dra. Fernanda Rozas

Ginecologista e Obstetra especialista em Medicina Fetal
Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)
Professora assistente de Clínica Obstétrica da PUC-SP
CRM 145.518 | RQE 48691/486911 | TEGO 108/2014

Dra. Sara Toassa Silva

Mestre pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP
Preceptora do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da PUC-SP
Membro da Comissão Nacional Especializada em Gestação Alto Risco da Febrasgo

Dr. Guilherme Câmara

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Campos (FMC)
Tocoginecologista pelo Hospital Municipal e Maternidade-Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva
Mestre em Ciências pela Universidade Estadual Paulista (Unesp) campus Botucatu

Dr. José Eduardo De Bona

Graduado em Medicina pela PUC-SP
Médico anesthesiologista com prática assistencial em Obstetrícia
Residência Médica em Anestesiologia pela PUC-SP
Ex-coordenador do Grupo de Anestesiologia do Hospital Modelo – Hapvida/GNDI (até 2024)

Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues

Professora titular do Departamento de Clínica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP
Mestre e doutora em Nefrologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)
Diretora científica da Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo (Sonesp)
Vice-diretora do Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)
Membro do Conselho Científico da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH)
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez

SUMÁRIO



Mortalidade materna: precisamos falar mais sobre este assunto

4



5

Sulfato de magnésio: uma medicação que salva vidas



Comunicação de más notícias: um aspecto essencial na formação médica

6



7

Hipotireoidismo na gestação: uma patologia de alta prevalência



8

O papel da enfermeira obstétrica na assistência ao parto

O que eu devo saber sobre preparo do colo e indução do parto?

9



10



A importância da anestesia em partos: conforto e segurança para mães e bebês

12



Cuidados a longo prazo na paciente que teve pré-eclâmpsia: quando prevenir é melhor que remediar!



Dr. Henri Augusto Korkes

Mestre e Doutor em Obstetrícia

Coordenador Acadêmico da Obstetrícia no Hospital Santa Lucinda (PUC-SP)

Membro fundador da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez

Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Febrasgo

CRM 124830 | RQE 72918 | TEGO 164/2011

Mortalidade materna: precisamos falar mais sobre este assunto

Infelizmente, o assunto da mortalidade materna precisa ser abordado e amplamente difundido entre as principais interessadas: as pacientes gestantes e puérperas.

A mortalidade materna no Brasil exibe números alarmantes. Em nosso país, a razão de morte materna é de, aproximadamente, 60 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Durante os anos de pandemia, houve um aumento considerável dessa taxa, ocasionado pela alta mortalidade relacionada à Covid-19.

Esses números são muito elevados quando comparados com as razões de morte materna em países europeus, onde a maioria registra menos de 10 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

No Brasil, as principais causas diretas de morte entre pacientes gestantes e puérperas são as síndromes hipertensivas, hemorragias e infecções. Juntas, elas são conhecidas como a “tríade maldita da obstetrícia”.

A boa notícia é que todas as principais causas de morte materna são evitáveis. No caso das síndromes hipertensivas, a prevenção com ácido acetilsalicílico (AAS), cálcio e a prática de exercícios físicos pode reduzir significativamente esses desfechos. Também é essencial o uso de sulfato de magnésio nos casos graves de hipertensão.

Nos casos de hemorragias, que geralmente ocorrem no pós-parto, uma assistência adequada nesse período, com a utilização de medicações para contrair o útero logo após o parto, bem como uma atuação ágil e assertiva quando diagnosticada a hemorragia, pode salvar vidas.

Quanto aos quadros infecciosos, o diagnóstico rápido e a intervenção imediata com antibióticos também farão toda a diferença.





Dr. Giorgio Tondello

Mestre em Saúde e Meio Ambiente pela Universidade da Região de Joinville (Univille)
Preceptor da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Darcy Vargas, em Joinville (SC)
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
Membro do Comitê Municipal de Prevenção ao Óbito Materno, Infantil e Fetal
CRM 25100 | RQE 21592

Sulfato de magnésio: uma medicação que salva vidas



A gestação é, habitualmente, um período de transformação e alegria para a mulher e sua rede de apoio. No entanto, também é um período que requer cuidados frente às possíveis alterações que podem surgir durante a gravidez.

Uma situação que gera grande preocupação no profissional que realiza o pré-natal é a pré-eclâmpsia, caracterizada pelo aumento dos valores da pressão arterial (140x90 ou mais) após 20 semanas de gestação, associado a lesões em alguns órgãos.

Infelizmente, a pré-eclâmpsia representa a maior causa direta de mortalidade durante a gestação e após o parto, além de ser uma importante causa de nascimentos prematuros (isto é, abaixo das 37 semanas de gestação).

A boa notícia é que temos uma grande arma para combater a pré-eclâmpsia e suas complicações: o sulfato de magnésio. Essa medicação, administrada na veia ou por via intramuscular em alguns casos, é utilizada quando a pressão está muito elevada (160x110 ou mais) ou quando a gestante apresenta sinais ou sintomas de risco imediato, como dor de cabeça, visão embaçada/embaçada ou com pontos luminosos, náuseas/vômitos ou dor abdominal.

O sulfato de magnésio ajuda a prevenir complicações graves, como a eclâmpsia (convulsões que podem acometer pacientes com pré-eclâmpsia), e é, muitas vezes, um grande aliado para a manutenção das gestações abaixo de 37 semanas após o controle da pressão arterial.

Além de sua utilização em pacientes com alterações pressóricas, o sulfato de magnésio também é administrado para neuroproteção dos bebês quando há expectativa de nascimento abaixo das 32 semanas. Nessa faixa de idade gestacional, os bebês apresentam grandes riscos de complicações pela prematuridade. Com o uso do sulfato de magnésio, conseguimos reduzir de forma importante as chances de paralisia cerebral, que pode acometer esses recém-nascidos.

Você já tinha ouvido falar ou lido em algum lugar sobre o sulfato de magnésio e suas indicações? Informação nunca é demais. Sempre digo a todas as pacientes para aproveitarem o período gestacional como um momento de aprendizado e oportunidade de adquirir informações que podem ser muito úteis durante toda a gestação e após o parto.



Dra. Fernanda Rozas

Ginecologista e Obstetra especialista em Medicina Fetal
Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)
Professora assistente de Clínica Obstétrica da PUC-SP
CRM 145.518 | RQE 48691/486911 | TEGO 108/2014

Comunicação de más notícias: um aspecto essencial na formação médica



O termo “má notícia” designa qualquer informação transmitida ao paciente ou aos seus familiares que implique, direta ou indiretamente, em consequências negativas sobre as expectativas futuras.

Comumente, essa definição é atrelada à diagnósticos ruins. No entanto, podemos perceber que o termo é muito mais abrangente e está ligado a qualquer situação que quebre as expectativas previamente construídas.

Em qualquer contexto, o receptor da má notícia experimentará um misto de sensações, como medo, culpa e angústia, que vão de encontro à esperança de um diagnóstico ou situação equivocada.

A literatura é clara em afirmar que os mesmos sentimentos são vivenciados pelo profissional que transmitirá a notícia, fazendo com que essa missão possa ser realizada de maneira inadequada. Por muitas vezes, isso traz inúmeras consequências negativas para o paciente e seus familiares.

Posto isto, será que existe uma forma apropriada de comunicar uma má notícia?

A resposta é sim. Comunicar-se de forma clara e completa, com linguagem conveniente e acolhedora, utilizando técnicas de comunicação, são algumas das características valorizadas durante a transmissão de uma má notícia. Contudo, o princípio fundamental para uma adequada comunicação é a empatia.

Pensando na estrada da vida, enxergo uma “má notícia” como um desvio do caminho normal, tanto para o paciente e sua família quanto para os profissionais da saúde. Nessa travessia, as famílias necessitarão de apoio e orientações, e cabe a nós, profissionais da saúde, auxiliar na navegação dessa estrada com tranquilidade, tomando-nos o suporte técnico e emocional nessa nova jornada.



Dra. Sara Toassa Silva

Mestre pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP
Preceptora do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetria da PUC-SP
Membro da Comissão Nacional Especializada em Gestação Alto Risco da Febrasgo

Hipotireoidismo na gesta o: uma patologia de alta prevalência



Durante a gesta o, a glândula tireoide da mãe deve aumentar a produ o de hormônios tireoidianos para suprir as necessidades impostas pelo ciclo gravídico. Um desbalanço neste funcionamento pode, em algumas gestantes, promover uma situa o chamada de hipotireoidismo gestacional. Outras mulheres talvez já tenham uma patologia tireoidiana ao engravidar, seja ela conhecida ou não.

Em nosso meio, a principal etiologia do hipotireoidismo   uma doença autoimune conhecida como tireoidite de Hashimoto, que apresenta anticorpos antitireoidianos circulantes em quase 90% dos casos. O principal desses anticorpos   o antitireoperoxidase (ATPO).

Um aspecto importante a ser destacado   que a tireoide do concepto somente estará madura (estrutural e anatomicamente) por volta do quinto mês de gesta o. No entanto, os hormônios tireoidianos são fundamentais para o desenvolvimento do sistema nervoso central, determinando o futuro neurocognitivo desta criança. Nesta fase, todo o aporte de hormônios tireoidianos para este processo   de origem materna, sendo transferidos através da placenta.   uma fase de grande sobrecarga metabólica para a mãe. Em fun o disso, pode ocorrer hipofuncionamento da tireoide, propiciando um quadro denominado hipotireoidismo.

Se o aporte de hormônios tireoidianos não se fizer a contento para o concepto, ele pode apresentar déficits de desenvolvimento intelectual no futuro. Portanto, torna-se fundamental entender o status da fun o tireoidiana da gestante, sobretudo no primeiro trimestre da gesta o. Esta avalia o   feita por meio de dosagem do Hormônio Estimulador da Tireoide (TSH).

Se for diagnosticado o hipotireoidismo, o tratamento com suplementa o hormonal exógena, a levotiroxina, deve ser imediatamente iniciado. Desta forma, os efeitos deletérios para a criança, advindos da falta de hormônios tireoidianos, serão evitados.

Neste mesmo sentido, mulheres que conhecidamente já apresentam hipotireoidismo e usam levotiroxina necessitam, ao engravidar, que seja aumentada a dose da levotiroxina rapidamente, antes mesmo de realizar exames, para se evitar problemas no beb .

O tratamento com levotiroxina, que   o hormônio tireoidiano sint tico,   simples e de baixo custo. Além de proteger o desenvolvimento neuronal do concepto, evita a ocorrência de complica es obstétricas, como abortamento, parto prematuro e síndromes hipertensivas. A levotiroxina deve ser tomada em jejum, comumente aguardando-se 30-60 minutos antes da ingestão de alimentos.

Há, ainda, um grupo de mulheres que tiveram necessidade de cirurgia na glândula tireoide (retirada parcial ou total) ou terapia com iodo radioativo para Doença de Graves previamente   gesta o. Essas mulheres comumente já fazem uso de reposi o hormonal com levotiroxina. No entanto, uma vez grávidas, maior aten o deve ser dada aos ajustes de dose, para que tolerem as demandas do ciclo gravídico.

Conclui-se que a identifica o precoce do hipotireoidismo permite que o tratamento seja instalado de forma adequada, impedindo complica es para o bin mio mãe-bebê. Um tratamento simples, mas com grandes resultados.



Coletivo Partejar

O papel da enfermeira obstétrica na assistência ao parto

O atendimento das enfermeiras obstetras (EOs) é uma opção segura para a assistência no pré-parto, parto e pós-parto. Por meio desse atendimento, é possível proporcionar uma atenção integral à mulher nos períodos de gravidez e lactação.

O coletivo Partejar é composto por seis enfermeiras obstetras que atuam há mais de 10 anos na área e buscam oferecer uma assistência integral e segura para as gestantes. Seu trabalho envolve desde a assistência ao parto até o pós-parto, incluindo a consultoria de aleitamento materno e laserterapia para auxiliar na analgesia da dor e cicatrização. Dessa forma, busca-se proporcionar a melhor experiência do parto normal para cada família, com a segurança necessária.

Durante o trabalho de parto, a enfermeira obstetra avalia o bem-estar da mãe e do bebê por meio de exames como ausculta fetal (batimentos cardíacos do bebê), progressão da dilatação do colo do útero, progressão da posição e descida do bebê, pressão arterial materna, entre outros. Esta profissional auxiliará na identificação de cada fase do trabalho de parto (latente ou ativa) e poderá atuar de forma assertiva em possíveis intervenções, sejam elas mecânicas, naturais ou não farmacológicas.

São utilizadas técnicas leves de conforto para que a mãe possa se sentir bem em cada fase do trabalho de parto – muitas vezes, realizadas ainda no conforto do seu lar. Isso garante o momento ideal para ir ao hospital, de acordo com seus desejos e possibilidades, sempre dentro de uma conduta segura e tranquilizadora para todos, em que seu médico(a) ou equipe plantonista aguardará a paciente.

Assim, uma equipe alinhada com essa mulher tende a ter resultados melhores e partos satisfatórios com menor chance de intercorrências e intervenções.

Você já tem uma enfermeira obstetra para chamar de sua?



Dr. Guilherme Câmara

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Campos (FMC)
Tocoginecologista pelo Hospital Municipal e Maternidade-Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva
Mestre em Ciências pela Universidade Estadual Paulista (Unesp) campus Botucatu

O que eu devo saber sobre preparo do colo e indução do parto?



Em algum momento durante a gestação, a paciente poderá ouvir de seu médico(a): “Precisaremos induzir o seu parto”. Provavelmente, você ou alguém que você conhece já se deparou com essa situação. Mas o que, afinal, é essa tal indução do parto?

Chamamos de indução de parto o uso de um medicamento, chamado ocitocina, para promover artificialmente contrações uterinas, com o objetivo de desencadear um trabalho de parto. Este é um procedimento indicado pelos médicos quando, por alguma razão, a manutenção da gravidez acrescenta mais riscos do que a antecipação do parto, seja para a mãe ou para o bebê.

Quando a indução do parto é indicada?

Por exemplo, se a paciente está com 37 semanas de gravidez e, ao longo do pré-natal, recebeu o diagnóstico de pré-eclâmpsia, existem estudos que mostram que deixar essa gestação seguir seu curso natural além deste ponto põe em risco a vida da gestante. Desta forma, será proposta a indução do parto.

Outro exemplo comum é quando existe alguma anormalidade na gravidez que atinge o feto, como uma restrição de crescimento fetal (bebê que ganha pouco peso). Novamente, dependendo da gravidade do quadro, o parto pode ser antecipado.

Preparo do colo do útero

Algumas vezes, o colo do útero não está pronto para ser estimulado

pelas contrações uterinas por estar imaturo (sem dilatação, muito rígido, muito alongado, em uma posição desfavorável) ou, ainda, com o feto não bem “encaixado” no canal de parto. Nestes casos, é necessário realizar uma espécie de amadurecimento do colo do útero, chamado de preparo do colo. Aqui, então, temos duas fases da indução de parto: o preparo do colo e a indução de parto em si. Este preparo do colo, quando bem-sucedido, aumenta a chance de a indução com ocitocina alcançar o parto.

Métodos de preparo do colo

Ao contrário do procedimento de indução do parto, que sempre é realizado com ocitocina, o preparo do colo pode ser feito de diversas formas. As mais comuns são o uso de um comprimido chamado misoprostol e o uso de um cateter chamado de sonda de Foley.

Estes dois métodos podem durar até 24 horas antes de se iniciar a indução propriamente dita. Independentemente de qual método se escolha para o preparo do colo, a equipe médica deverá sempre estar avaliando o bem-estar da paciente e de seu feto (vitalidade fetal).

Orientação e comunicação com a paciente

Uma paciente que necessite realizar uma indução de parto deve ser orientada sobre a possível duração do processo e tranquilizada com comunicação acessível e frequente da equipe sobre o bem-estar dela e de seu bebê. Um parto “rápido” nem sempre é um bom parto.



Dr. José Eduardo De Bona

Graduado em Medicina pela PUC-SP

Médico anesthesiologista com prática assistencial em Obstetrícia

Residência Médica em Anestesiologia pela PUC-SP

Ex-coordenador do Grupo de Anestesiologia do Hospital Modelo – Hapvida/GNDI (até 2024)

A importância da anestesia em partos: conforto e segurança para mães e bebês

O momento do parto é um dos mais significativos na vida de uma mulher, sendo repleto de expectativas, emoções e, claro, algumas preocupações. Para muitas, a ideia da dor do parto pode ser assustadora. No entanto, graças aos avanços na medicina, a anestesia se tornou uma aliada valiosa, proporcionando conforto e segurança durante o processo de dar à luz.

A anestesia obstétrica é uma especialidade dentro da anestesiologia dedicada ao alívio da dor durante o trabalho de parto e à realização de procedimentos cirúrgicos obstétricos, como a cesariana. Essa área engloba diversas técnicas e métodos de anestesia e analgesia, com o objetivo de proporcionar conforto e segurança tanto para a mãe quanto para o bebê.

Anestesia para cesárea

A cesariana é uma cirurgia abdominal que requer uma anestesia adequada para garantir que a mãe não sinta dor durante o procedimento e que o bebê possa nascer de forma segura. As principais técnicas de anestesia utilizadas para a cesariana são:

- **Anestesia raquidiana:** também conhecida como anestesia espinhal, é uma técnica muito comum em cesarianas. Nela, um anestésico local é injetado na região lombar da coluna vertebral. Essa técnica proporciona um bloqueio sensitivo rápido e profundo da parte inferior do corpo, permitindo que a cirurgia seja realizada sem dor. As vantagens incluem a rápida instalação do bloqueio e a eficácia no controle da dor.
- **Anestesia peridural (epidural):** nessa técnica, um cateter é inserido no espaço peridural, permitindo a administração contínua ou intermitente de anestésicos locais e/ou opioides. Embora a instalação do bloqueio seja mais lenta em comparação à raquidiana, ela oferece um melhor controle hemodinâmico, sendo uma boa opção para pacientes com condições cardiovasculares que exijam um manejo mais criterioso.
- **Anestesia geral:** reservada para casos em que há contraindicações para técnicas regionais. Nesse método, a mãe é induzida a um estado de inconsciência completa através da administração de agentes anestésicos intravenosos e inalatórios. Embora eficaz, a anestesia geral apresenta maiores

riscos de complicações para a mãe e o bebê.

Analgesia de parto

A analgesia de parto se dedica a fornecer alívio da dor durante o trabalho de parto e o parto em si. Existem várias opções disponíveis, cada uma com seus próprios benefícios e considerações. Entre as mais comuns estão a anestesia epidural, a raquidiana e a combinada.

- **Anestesia raquidiana:** nesse caso, a dose utilizada é bem menor que aquela utilizada em cesáreas, proporcionando um alívio rápido e eficaz da dor, com mínimo efeito hemodinâmico na paciente. Isso permite que a mulher participe ativamente do nascimento de seu filho. Como a dose anestésica é feita em dose única, esta técnica é frequentemente indicada nas fases finais do trabalho de parto.
- **Anestesia peridural:** como explicado anteriormente, envolve a colocação de um cateter no espaço peridural, através do qual é possível administrar doses anestésicas para alívio da dor. Esta técnica permite a administração de novas doses pelo cateter, sendo assim possível sua utilização em fases mais precoces do trabalho de parto.
- **Anestesia combinada:** aproveita os benefícios da anestesia peridural e da raquidiana, sendo uma das mais utilizadas. Inicia-se a analgesia através da raquidiana, oferecendo rápido e eficiente alívio da dor. Caso seja necessário administrar novas doses anestésicas, utiliza-se o cateter peridural, permitindo o manejo da dor mesmo que o parto se prolongue.

Em suma, a anestesia obstétrica é fundamental na gestão da dor durante o trabalho de parto e na realização de cesarianas. É importante notar que, embora a anestesia em partos seja bastante segura, existem riscos e efeitos colaterais associados a cada método.

A escolha do método adequado deve ser individualizada, e é essencial discutir as opções disponíveis com o obstetra e anestesista, levando em consideração as condições clínicas da mãe, o tipo de parto e as preferências pessoais. O objetivo é sempre garantir o máximo de conforto e segurança para mãe e bebê, promovendo uma experiência de parto mais confortável e controlável, permitindo que as mães foquem na emoção e na alegria de dar à luz a seu filho.





Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues

Professora titular do Departamento de Clínica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP
Mestre e doutora em Nefrologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)
Diretora científica da Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo (Sonesp)
Vice-diretora do Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)
Membro do Conselho Científico da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH)
Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez

Cuidados a longo prazo na paciente que teve pré-eclâmpsia: quando prevenir é melhor que remediar!

Os distúrbios hipertensivos da gravidez podem se manifestar em até 10% de todas as gestações. Mesmo após o nascimento do bebê, a mãe deve continuar a ser acompanhada em consultas médicas regulares, pois essa condição está associada a um risco futuro maior, tanto a curto quanto a longo prazo, de doenças do coração, como angina e infarto; hipertensão crônica (pressão alta); alteração da função dos rins (insuficiência renal); aparecimento de diabetes e tromboembolismo (aumento de fenômenos de coagulação do sangue entupindo os vasos do organismo).

Embora os mecanismos ainda não sejam completamente compreendidos, acredita-se que a disfunção que ocorre na pré-eclâmpsia persista muitos anos após o parto. Ou seja, o que aconteceu no corpo que levou à pré-eclâmpsia não desaparece com o nascimento do bebê.

Como sei se isso vai acontecer comigo?

O número e a gravidade das complicações são variáveis, assim como o tempo que demoram a aparecer. Pacientes com início precoce da doença, principalmente antes da 34ª semana de gestação, apresentam um risco maior de doenças cardiovasculares (aproximadamente, cinco vezes mais que mulheres saudáveis) em comparação com mulheres com início tardio (2,5 vezes mais que mulheres saudáveis). Além disso, outras condições, como fumar durante a gestação, a presença de diabetes gestacional ou restrição de crescimento do bebê aumentam o risco.

Quais são os riscos?

Após a gravidez, a frequência de hipertensão crônica, disfunção renal, dislipidemia (aumento das gorduras no sangue), diabetes, tromboes e aterosclerose inicial é maior em mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia. Dependendo dos fatores de risco associados, podem ocorrer até quadros mais graves, como derrame, angina e infarto.

Qual a solução?

As sociedades científicas concordam com a importância do acompanhamento dessas pacientes. As diretrizes americanas sugerem um check-up para mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia após sete a 10 dias do

parto e uma avaliação 72 horas após a alta em caso de hipertensão grave. O risco cardiovascular deve ser avaliado individualmente, utilizando fórmulas para calculá-lo e, assim, sugerir mudanças apropriadas no estilo de vida.

Outra informação importante é que mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia numa gravidez anterior têm uma taxa de recorrência em outras gestações de cerca de 15 a 20%, e um aconselhamento médico deve ser feito para quem deseja engravidar novamente.

Um acompanhamento individualizado (incluindo avaliação de risco cardiovascular, educação contínua do paciente e intervenção ativa no estilo de vida) deve ser considerado um padrão de tratamento para todas as mulheres que tiveram distúrbio hipertensivo durante a gravidez.

Resumo do que deve ser feito depois que tive pré-eclâmpsia na gravidez

Podemos resumir o acompanhamento a longo prazo da seguinte maneira:

- **Consultas médicas regulares:** visite um médico de família, clínico geral, cardiologista ou nefrologista para verificar a pressão arterial, peso, altura e índice de massa corporal; realizar exame de urina e dosagem de creatinina no sangue para avaliação da função renal, assim como do perfil lipídico (gorduras) e da glicemia. Um eletrocardiograma e um ultrassom do coração também podem ser necessários.
- **Amamentação:** é recomendada para mães que tiveram pré-eclâmpsia, pois sabidamente traz benefícios cardiovasculares.
- **Mudanças no estilo de vida:** Incluem parar de fumar, obter e manter o peso corporal ideal, praticar exercícios físicos regulares (150 minutos por semana) e seguir uma alimentação adequada (pobre em sal, frituras, gorduras e embutidos e rica em verduras, legumes, carnes magras e frutas).
- **Tratamento com medicamentos:** pode ser necessário para controlar a hipertensão persistente e/ou dislipidemia.
- **Prevenção de AVC:** o uso de ácido acetilsalicílico (AAS, aspirina ou similar) em baixas doses pode ser considerado em mulheres com fatores de risco adicionais, mas apenas com a prescrição de um médico que conheça o caso.
- **Nova gravidez:** se engravidar novamente, a paciente deve procurar rapidamente seu obstetra para iniciar o pré-natal e receber medicações para prevenção de nova pré-eclâmpsia.

A principal mensagem para todas as mulheres que tiveram pré-eclâmpsia na gravidez é que mudanças no estilo de vida devem ser implementadas imediatamente após o nascimento do bebê, e o acompanhamento médico a longo prazo é essencial para reduzir o risco de desenvolver uma doença grave mais tarde na vida. E, é claro, prevenir é sempre melhor que remediar!



JUNTOS NO COMBATE À MORTALIDADE MATERNA

