

OBSTETRÍCIA

Para elas

5ª Edição

Editores-chefes:
Henri Augusto Korkes, Md PhD
Eduardo Cordioli, Md PhD

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





OBSTETRÍCIA

Para elas

Autores desta edição:

Dr. Henri Augusto Korkes

- * Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- * PhD pela Harvard Medical School – Sandwich PhD Program
- * Coordenador acadêmico da Obstetrícia no HSL/PUC-SP
- * Membro fundador da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- * Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo

Dr. Fabiano Elisei Serra

- * Professor de Ginecologia e Obstetrícia na Universidade Santo Amaro e Afya Educacional
- * Supervisor da Residência Médica em Obstetrícia do Hospital da Mulher
- * Doutorando em Ginecologia e Obstetrícia na FM-USP

Dr. Ivan Fernandes Filho

- * Professor de Obstetrícia na Faculdade de Medicina da PUC-SP
- * Obstetra e Ginecologista
- * Mestre em Educação nas Profissões de Saúde
- * Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez

Dr. Thiago Falbo Guazzelli

- * Médico assistente do Serviço de Endoscopia Ginecológica do Hospital Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha
- * Webmaster do Canal Digital de Educação Médica Histeroscopia Br (@histerosciabr)

Dr. Antonio Braga

- * Professor da Faculdade de Medicina da UFRJ, UFF e da UV
- * Mestre, Doutor e Pós-Doutor em Obstetrícia pela Unesp
- * Livre Docente em Obstetrícia pela Unesp e pela Unifesp
- * Pós-Doutor pela Harvard Medical School e pelo Imperial College of London

Dr. Nelson Pedro Bressan Filho

- * Mestre e Doutor em Medicina pela PUC-SP
- * Professor de Clínica Obstétrica da PUC-SP
- * Vice-Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da PUC-SP
- * Gestor de Ênfase em Saúde da Mulher na Unimax (Grupo Unieduk)

Dr. Eduardo Cordioli

- * Mestre em Ciências pelo Departamento de Obstetrícia da Unifesp
- * Doutor em Medicina pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
- * MBA Executivo pelo Insper
- * Fundador, ex-presidente e atual membro do Conselho da Saúde Digital Brasil
- * Ex-presidente e atual membro da Comissão Nacional de Urgências Obstétricas da Febrasgo
- * Diretor técnico de Obstetrícia do Grupo Santa Joana

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.

Editores-chefes

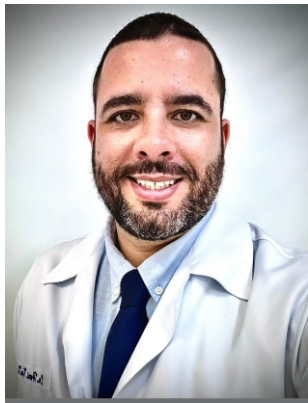
Dr. Henri Augusto Korkes



Dr. Eduardo Cordioli



SUMÁRIO



APRENDENDO SOBRE
OS PERÍODOS DO PARTO

4



INFERTILIDADE FEMININA:
O PAPEL DA HISTEROSCOPIA

8



HEMORRAGIA PÓS-PARTO:
A IMPORTÂNCIA DE PREVENIR
E AGIR RÁPIDO

5



A MOLA HIDATIFORME E O
CÂNCER DE PLACENTA

9



O PAPEL DA VITAMINA D
DURANTE A GRAVIDEZ

6



DOENÇAS CARDÍACAS
NA GESTAÇÃO

10



ANEMIAS NO CICLO
GRAVÍDICO-PUERPERAL

7



A REVOLUÇÃO DIGITAL DA SAÚDE
DA MULHER: TELEMEDICINA,
INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E BIG DATA
AO SEU SERVIÇO

11

APRENDENDO SOBRE OS PERÍODOS DO PARTO

Você sabia que o trabalho de parto possui períodos bem distintos?

Vamos conhecer melhor esta importante fase, mas, antes, vamos definir o que consideramos trabalho de parto. Ele é definido, atualmente, como a fase em que a paciente gestante (agora, tornando-se parturiente) apresenta contrações rítmicas em intervalos curtos (geralmente, a cada cinco minutos), associadas a modificações do colo uterino (modificações cervicais). Estas podem ser representadas por dilatação ou mesmo pelo esvaecimento (“encurtamento”) do colo.

Os períodos do parto são:

- Período de dilatação (este se dividindo em fase de latência e fase ativa)
- Período expulsivo (chamado, antigamente, de período pélvico)
- Período de dequitação (saída da placenta)
- Período de Greenberg (4º período).

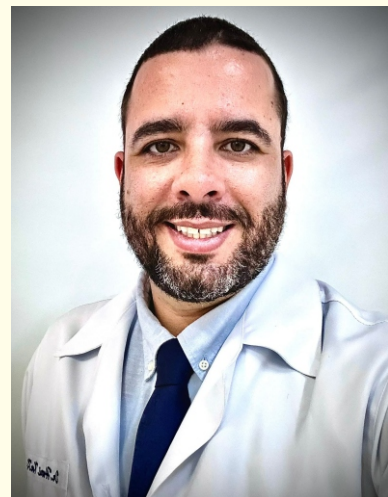
No caso do período de dilatação, a fase ativa inicia quando a dilatação cervical atinge 5 cm ou mais. Aqui, a paciente deve ser admitida para assistência ao parto. Inicia-se, então, a construção do partograma. A analgesia para alívio da dor está disponível para as mulheres que desejarem. Sua duração é variável, mas, em geral, a fase ativa não excede 12 horas.

Após atingir 10 cm de dilatação (dilatação total), a paciente entra no período expulsivo, que pode durar alguns minutos ou até horas. Nesta fase, intensifica-se a vigilância fetal, com ausculta dos batimentos cardíacos a cada cinco minutos ou por meio de cardiotocografia contínua.

Após o nascimento do bebê, entramos no período de dequitação. Um marco importante desta transição é a “conduta ativa do terceiro período”, uma estratégia obrigatória para reduzir a hemorragia pós-parto. Imediatamente após o nascimento, iniciam-se ações para evitar hemorragia, como a administração de ocitocina intramuscular ou intravenosa, antes mesmo da saída da placenta.

Após a saída da placenta, inicia-se o 4º período, também conhecido como período de Greenberg. Nessa fase de vigilância, a paciente deverá permanecer sob observação para detecção e tratamento imediato de possíveis hemorragias. Após uma hora sem complicações, a paciente é encaminhada para seu quarto.

Com isso, definimos todas as etapas do trabalho de parto. Em breve, abordaremos o mecanismo de parto, que engloba os fenômenos necessários para a descida do bebê.



Dr. Henri Augusto Korkes

* Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
* PhD pela Harvard Medical School – Sandwich PhD Program
* Coordenador acadêmico da Obstetria no HSL/PUC-SP
* Membro fundador da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
* Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo

HEMORRAGIA PÓS-PARTO: A IMPORTÂNCIA DE PREVENIR E AGIR RÁPIDO

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma complicação grave que pode transformar um momento de alegria em uma emergência médica. Responsável por uma parte significativa das mortes maternas em todo o mundo, a HPP ocorre quando a mãe perde mais de 500 ml de sangue após um parto vaginal ou mais de 1.000 ml após uma cesariana. Ela pode ocorrer logo após o parto (hemorragia pós-parto primária) ou entre 24 horas e 12 semanas após o nascimento (hemorragia pós-parto secundária).

Felizmente, com as medidas corretas de prevenção e uma resposta rápida, é possível minimizar os riscos e garantir a segurança da mãe e do bebê.

As causas da hemorragia pós-parto são variadas, mas as mais comuns incluem:

- Atonia uterina: quando o útero não se contrai adequadamente após o parto.
- Lacerações: “rasgos” no útero, colo do útero ou vagina.
- Retenção de produtos da concepção: fragmentos da placenta ou membranas permanecem no útero.
- Distúrbios de coagulação: problemas no sangue que impedem a coagulação adequada

Um pré-natal de qualidade permite monitorar a saúde da mãe e identificar possíveis fatores de risco. Informar o médico sobre histórico de hemorragias ou distúrbios de coagulação é essencial para o planejamento adequado do parto.

Planejar o parto em um hospital bem equipado para emergências obstétricas também faz parte da prevenção. A administração de medicamentos uterotônicos (como a ocitocina) logo após o parto é uma prática comum que ajuda o útero a se contrair, reduzindo significativamente o risco de hemorragia. Esses medicamentos são um pilar na prevenção da HPP, sendo administrados rotineiramente para garantir a contração eficaz do útero.

Apesar das medidas preventivas, é crucial estar preparado para agir rapidamente caso a hemorragia ocorra. A avaliação imediata da condição da mãe, incluindo a monitoração de sinais vitais e a quantificação da perda de sangue, é o primeiro passo. A massagem uterina é uma técnica que pode ser usada para estimular contrações e reduzir o sangramento. Se o sangramento continuar, a administração rápida de mais uterotônicos é necessária. Em casos de perda significativa de sangue, transfusões podem ser indispensáveis para estabilizar a mãe.



Dr. Fabiano Elisei Serra

* Professor de Ginecologia e Obstetrícia na Universidade Santo Amaro e Afya Educacional

* Supervisor da Residência Médica em Obstetrícia do Hospital da Mulher

* Doutorando em Ginecologia e Obstetrícia na FM-USP

CRM-SP 154450 | RQE 52259

Procedimentos cirúrgicos podem ser necessários em situações mais extremas. A curetagem pode ser realizada para remover qualquer fragmento de placenta retido. Se a causa da hemorragia for atonia, a ligadura de artérias ou a realização de suturas que mantêm o útero contraído podem ser feitas. Em casos mais graves, a histerectomia (remoção do útero) pode ser necessária para salvar a vida da mãe. Cada segundo conta, e uma equipe médica bem treinada faz toda a diferença.

O treinamento regular das equipes de saúde e a existência de um protocolo claro para a gestão da HPP são essenciais. Isso garante que todos saibam exatamente o que fazer, minimizando atrasos e aumentando as chances de uma intervenção bem-sucedida. Equipar os profissionais de saúde com o conhecimento e as habilidades necessárias para responder rapidamente a essa emergência é vital.

A hemorragia pós-parto é uma emergência médica que exige atenção imediata. Com prevenção adequada e ações rápidas ao diagnóstico, é possível reduzir significativamente os riscos e salvar vidas. Se você está grávida ou planeja engravidar, converse com seu médico sobre os riscos e as medidas de prevenção. Informar-se e preparar-se adequadamente pode fazer toda a diferença para garantir uma experiência de parto segura e saudável, transformando um potencial momento de crise em uma vitória para a mãe e o bebê.

O PAPEL DA VITAMINA D DURANTE A GRAVIDEZ

Ao receberem o diagnóstico de gravidez, muitas mulheres compartilham diversas dúvidas sobre os nutrientes essenciais para o desenvolvimento saudável do bebê. Dentre eles, destaca-se a vitamina D, que exerce um papel fundamental durante esse período por participar de diversas reações fisiológicas do organismo materno.

Em níveis adequados, a vitamina D contribui para a regulação da produção de insulina pelo pâncreas (hormônio que controla o açúcar no sangue), auxiliando na redução do risco de diabetes gestacional. Além disso, esse micronutriente atua diretamente na regulação da imunidade e da pressão arterial, podendo contribuir, em muitos casos, para a redução de partos prematuros e, em especial, da pré-eclâmpsia (principal causa de mortalidade materna no Brasil).

A vitamina D também participa ativamente da regulação da densidade óssea, da força muscular e do humor, contribuindo para a redução do risco de bebês com baixo peso ao nascer e, possivelmente, da depressão pós-parto.

Em suma, a vitamina D apresenta muitos benefícios durante a gravidez. No entanto, sua deficiência está presente em grande parte das gestantes no Brasil. Logo, é conveniente que a gestante esteja atenta aos hábitos que contribuem para a manutenção de seus níveis adequados.

A vitamina D pode ser obtida por meio da alimentação, sendo encontrada em alimentos como peixes, cogumelos, gema de ovo, fígado bovino, óleo de fígado de bacalhau e peixes gordurosos (como salmão, atum e cavala). Contudo, sua fonte mais importante é a exposição diária aos raios solares por cerca de 10 a 15 minutos, entre 10 e 16 horas.

Gestantes com risco de deficiência de vitamina D (baixa ingestão de alimentos com vitamina D e/ou exposição inadequada aos raios solares) devem procurar o(a) médico(a) obstetra que acompanha a gravidez para esclarecer dúvidas e realizar uma avaliação individualizada para verificar a necessidade de suplementação oral com a dose adequada.



Dr. Ivan Fernandes Filho

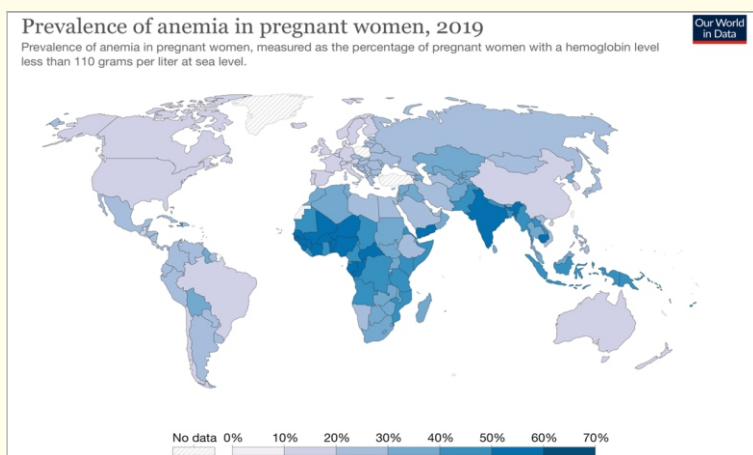
- * Professor de Obstetrícia na Faculdade de Medicina da PUC-SP
- * Obstetra e Ginecologista
- * Mestre em Educação nas Profissões de Saúde
- * Membro da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez



ANEMIAS NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Anemia durante o período gravídico-puerperal é uma condição séria que demanda atenção. Define-se anemia como a concentração de hemoglobina (Hb) inferior a 11 g/dL nos três trimestres gestacionais. A anemia pode ser classificada em leve (Hb > 10 g/dL e hematócrito > 30%), moderada (Hb entre 7 e 10 g/dL com hematócrito entre 21% e 30%) ou grave (Hb < 7 g/dL com hematócrito < 21%).

Os tipos mais comuns de anemia nesse período são a ferropriva e a megaloblástica, causadas pela deficiência de ferro e vitamina B12, respectivamente. A anemia, muitas vezes reflexo de uma dieta inadequada, está entre as patologias que mais acometem as gestantes. No Brasil, estima-se que a prevalência de anemia seja de cerca de 19,1% (Figura 1).

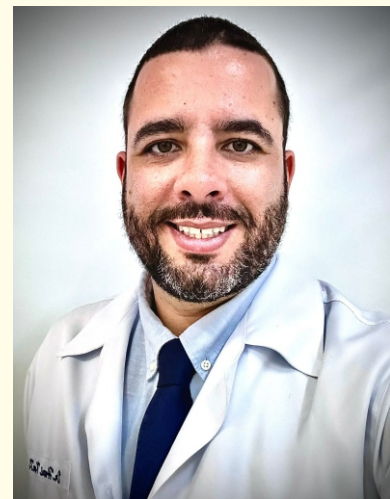


Mapa da anemia no mundo. Hannah Ritchie and Max Roser (2017) - "Micronutrient Deficiency". Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: <https://ourworldindata.org/micronutrient-deficiency>.

Entre as principais complicações maternas relacionadas à anemia, destacam-se o comprometimento do desempenho físico e mental, a labilidade emocional, a pré-eclâmpsia, as alterações cardiovasculares, a redução da função imunológica, as alterações da função da tireoide e das catecolaminas, a queda de cabelo e o enfraquecimento das unhas.

Ao detectar um quadro de anemia durante a gestação, o tratamento deve ser iniciado com a administração de ferro, por via oral ou até intravenosa, a depender da gravidade do caso. Considerando a hemodiluição fisiológica da gravidez, recomenda-se a suplementação preventiva de ferro por via oral a partir da 12ª semana de gestação.

A alimentação também merece cuidado redobrado. É fundamental que a gestante consuma alimentos ricos em ferro, como carnes, leguminosas e vegetais verde-escuros, e em vitamina B12, presente em carnes, ovos e produtos lácteos. Além disso, outros nutrientes importantes para o metabolismo do ferro devem fazer parte da dieta, como a vitamina C, encontrada em frutas cítricas como laranja, acerola, limão e morango, e o ácido fólico, presente em vegetais verde-escuros e leguminosas.



Dr. Henri Augusto Korkes

- * Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- * PhD pela Harvard Medical School – Sandwich PhD Program
- * Coordenador acadêmico da Obstetria no HSL/PUC-SP
- * Membro fundador da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- * Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo



INFERTILIDADE FEMININA: O PAPEL DA HISTEROSCOPIA

A definição de infertilidade é uma condição, doença ou situação em que a mulher ou o casal não consegue uma gestação bem-sucedida, necessitando de intervenção médica ou não conseguindo engravidar, a depender da idade, após 12 meses de tentativa (até os 35 anos) ou após seis meses (acima de 35 anos), tendo relações sexuais frequentes e sem o uso de nenhum método contraceptivo.

Existem diversos fatores, isolados ou associados, que podem causar infertilidade, sendo um deles as patologias uterinas. A histeroscopia é o exame padrão ouro para avaliação da cavidade uterina (parte interna do útero) e seu tratamento.

São diagnosticadas alterações em cerca da metade das pacientes inférteis. Os achados mais frequentes são pólipos endometriais, miomas submucosos, septos e aderências uterinas.

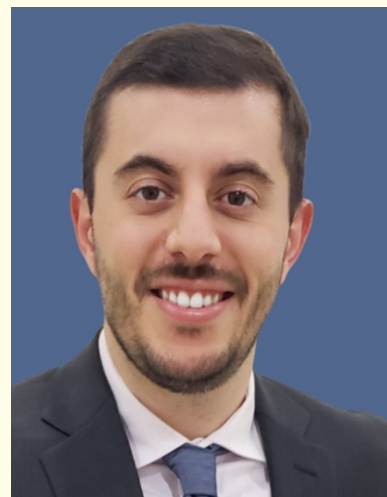
Os **pólipos endometriais** são formações benignas geradas por um crescimento exagerado do tecido endometrial, que reveste a cavidade uterina. Eles podem ser encontrados em até 40% das pacientes inférteis e interferir na implantação do embrião.

Os **miomas submucosos** são aqueles que estão na superfície da cavidade uterina, parcialmente ou por completo. São diagnosticados em 2,4% das mulheres inférteis e estão associados a baixas taxas de gestação e falhas de implantação.

As **aderências intrauterinas**, ou sinéquias, são geralmente causadas por infecção ou trauma endometrial (curetagem, aspiração uterina, miomectomia). Estão presentes em até 14% das mulheres inférteis e estão relacionadas a complicações gestacionais, oclusão de canal e/ou cavidade uterina, impossibilidade de implantação. São de difícil diagnóstico por exames de imagem, pois dependem da distensão da cavidade uterina para serem identificadas.

Existem diversas malformações uterinas e a histeroscopia, associada a exames de imagem, pode ajudar a identificá-las. O **septo uterino** é a alteração mais comum, estando presente em cerca de 3,6% das mulheres com infertilidade.

A histeroscopia pode ser dividida entre ambulatorial e cirúrgica. O avanço tecnológico, que cada vez mais reduz o diâmetro do equipamento, e o desenvolvimento da



Dr. Thiago Falbo Guazzelli

* Médico assistente do Serviço de Endoscopia Ginecológica do Hospital Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha

* Webmaster do Canal Digital de Educação Médica Histeroscopia Br (@histeroscopiabr)

técnica operatória permitiram a realização do diagnóstico de patologias intrauterinas e seu imediato tratamento em ambiente ambulatorial (“See & Treat”), permitindo um retorno da mulher às suas atividades imediatamente após o término do procedimento, com redução de risco (cirúrgico e anestésico) e custo. No ambiente cirúrgico, com uso de anestesia, patologias maiores e/ou mais complexas podem ser tratadas.

Não existe um consenso entre as sociedades médicas sobre a indicação rotineira da histeroscopia nos quadros de infertilidade, dúvida que ocorre em muitas condutas nessa área. É fundamental que a paciente seja avaliada por um infertileuta (especialista em infertilidade) e tenha sua situação individualizada, para saber se a histeroscopia trará benefício na sua investigação.



A MOLA HIDATIFORME E O CÂNCER DE PLACENTA

Muitas mulheres, ao engravidar, temem desfechos obstétricos ruins. Em especial no primeiro trimestre, o medo de perder a gestação através de um abortamento faz com que muitos casais posterguem, para além da 12ª semana de gestação, espalhar a boa nova gestada no ventre.

Mas o que a imensa maioria das mulheres desconhece é a possibilidade de uma gravidez anormal que cursa não apenas com quadros de complicações clínicas, tais como sangramento transvaginal ou pressão alta ainda no começo da gravidez, como também pode evoluir para o câncer da placenta.

Essa gravidez anormal se chama **doença trofoblástica gestacional**, que engloba um grupo de alterações da placenta, conhecidas como mola hidatiforme completa ou parcial, capazes de evoluir para formas invasoras e/ou malignas, que são chamadas de neoplasia trofoblástica gestacional, podendo cursar com as seguintes formas clínicas: mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelioide.

No Brasil, não há estatística confiável, mas acredita-se que haja um caso dessa doença para 200-400 gestações normais, o que faz com que ela seja pouco frequente e, por isso, desconhecida da população e mesmo de muitos médicos. Mas esses casos existem e precisam ser divulgados.

A gravidez molar, mais conhecida como mola, é uma gravidez diferente, anormal. Baseado em características genéticas e histopatológicas, é subdividida em mola hidatiforme completa e parcial. Na mola hidatiforme completa, não há embrião, e é a mais comum entre as pacientes. Já na mola hidatiforme parcial, há desenvolvimento inicial do embrião.

Toda mulher grávida produz um hormônio chamado gonadotrofina coriônica humana (hCG), e, nos casos de gravidez molar, a persistência desse hormônio ou sua elevação após o esvaziamento uterino significa que houve invasão da parede uterina (mola invasora) ou sua transformação maligna, podendo até mesmo apresentar metástases para órgãos à distância (em especial, para os pulmões).

Daí a importância do seguimento rigoroso dessas pacientes através do monitoramento semanal dos níveis de hCG, após o tratamento inicial da mola, que ocorre



Dr. Antonio Braga

- * Professor da Faculdade de Medicina da UFRJ, UFF e da UV
- * Mestre, Doutor e Pós-Doutor em Obstetria pela Unesp
- * Livre Docente em Obstetria pela Unesp e pela Unifesp
- * Pós-Doutor pela Harvard Medical School e pelo Imperial College of London

através do esvaziamento uterino. Nos casos em que o hCG cai, a doença está evoluindo para a remissão. Nos casos em que o hCG para de cair ou começa a subir, há uma chance maior de a mola estar progredindo para o câncer da placenta (neoplasia trofoblástica gestacional). Nesses casos, a quimioterapia consegue curar mais de 95% das pacientes.

O acompanhamento desses casos em centros de referência, por médicos experientes no tratamento dessa doença, maximiza as chances de cura e evita tratamentos intempestivos e, por vezes, mutiladores, como ocorre com a retirada do útero, o que, na imensa maioria das vezes, não é necessário.



DOENÇAS CARDÍACAS NA GESTAÇÃO

Dr. Nelson Pedro Bressan Filho

- * Mestre e Doutor em Medicina pela PUC-SP
- * Professor de Clínica Obstétrica da PUC-SP
- * Vice-Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da PUC-SP
- * Gestor de Ênfase em Saúde da Mulher na Unimax (Grupo Unieduk) CRM-SP 28787 | TEGO 308/2015



Quem tem algum problema no coração pode engravidar? Felizmente, a resposta hoje para essa pergunta é sim, na grande maioria das vezes. Essa ótima notícia só foi possível depois de estudarmos e conhecermos quais são as alterações que acontecem no aparelho cardiovascular quando a gravidez ocorre e como podemos lidar com elas para garantir uma gestação e parto que evoluam bem e com bons resultados para a mãe e seu recém-nascido.

Vamos começar com esta informação: a maioria das doenças cardíacas permite uma gravidez e parto com sucesso, sendo muito raras as situações nas quais poderia haver uma proibição de fato, por conta de risco para a mãe e/ou seu concepto.

Avançando um pouco mais neste tema, não há dúvida de que a gestação representa uma sobrecarga para a futura mãe. Afinal, o crescimento e desenvolvimento de um bebê saudável dentro do útero implicam uma série de alterações para propiciar alimentação, oxigênio e eliminar impurezas, que o próprio feto não consegue dar conta sozinho, antes de nascer.

Durante a gravidez, o volume de sangue aumentará, as respirações mais profundas também, sem contar o peso do próprio corpo da grávida. Isso tudo vai forçar o coração e o aparelho cardiovascular como um todo a trabalhar um pouco mais.

Mas vale aqui fazer um esclarecimento tranquilizador: durante a gestação, boa parte das mulheres vai apresentar um pouco de cansaço, sensação de falta de ar, batadeira e mesmo algum inchaço nos pés, e isso não significa que haja algum problema de coração. São sintomas comuns numa gravidez normal, e seu obstetra, na maioria das vezes, vai te tranquilizar porque são comuns e normais.

Por outro lado, se você já sabia que tinha algum problema ou se ele foi diagnosticado durante sua consulta, você precisa saber que, felizmente, a grande maioria das gestantes, mesmo cardiopatas (menos de 1% das gestantes), vai dar conta do recado, seguindo as orientações de seus médicos, seja em sua nutrição, suplementos, vitaminas e medicações, ou mesmo, quando necessário, um pouco mais de repouso.

Vamos dar alguns conselhos que julgamos muito úteis

para as futuras mães com algum problema cardíaco. O primeiro seria, antes de decidir engravidar, fazer uma consulta com seu obstetra e um cardiologista para que eles, em conjunto, avaliem se há algum risco para você ou mesmo para o bebê. Nessa hora, pode ser necessário a realização de exames no seu coração e ajustes com prescrição ou mesmo troca de medicações.

O segundo seria fazer um pré-natal cuidadoso, acompanhado o tempo todo por esses dois médicos, com consultas mais frequentes, exames de sangue, urina e ultrassonografia, que assegurem que o feto esteja se desenvolvendo bem e que podem incluir exames de cardiologia, até para verificar o coração do bebê, quando existe risco de nascer com alguma doença cardíaca congênita que pudesse ser transmitida pelos genes da mãe.

Em relação ao parto, por incrível que pareça, é possível fazer o parto natural vaginal para a maioria das gestantes cardiopatas, frequentemente usando analgesia para termos um parto sem dor, menos estressante, aliviando o coração e a necessidade de fazer alguma força no nascimento. Cabe ao seu obstetra recomendar se alguma ajuda extra, com fórceps de alívio ou vácuo-extrator, seria bem-vinda para facilitar ainda mais o nascimento.

Não se preocupe: se no seu caso houver necessidade de uma cesárea, por qualquer motivo, seu obstetra assim fará e, com o anestesista, que integra a equipe, escolherá as melhores técnicas de assistência médica, sem trazer mais risco durante a cirurgia.

Espero que essas informações possam ajudar a futura mamãe, assegurando que você, seu recém-nascido e seus familiares/amigos possam lembrar muito desse momento divino e mágico que é o nascimento de uma nova vida.

A REVOLUÇÃO DIGITAL DA SAÚDE DA MULHER: TELEMEDICINA, INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E BIG DATA AO SEU SERVIÇO



Dr. Eduardo Cordioli

* Mestre em Ciências pelo Departamento de Obstetria da Unifesp
* Doutor em Medicina pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
* MBA Executivo pelo Insper
* Fundador, ex-presidente e atual membro do Conselho da Saúde Digital Brasil
* Ex-presidente e atual membro da Comissão Nacional de Urgências Obstétricas da Febrasgo
* Diretor técnico de Obstetria do Grupo Santa Joana

A nova era da saúde da mulher promete um avanço tecnológico que a tornará mais acessível, personalizada e eficaz. Telemedicina, inteligência artificial (IA) e big data são as três principais armas da nova onda de inovação com a qual as mulheres podem contar durante toda a vida, tendo aplicação de uso nas diferentes fases da vida da mulher.

Telemedicina: cuidado sem barreiras

A telemedicina, que permite consultas médicas remotas por meio de videoconferência, mensagens e outras ferramentas digitais, está quebrando barreiras geográficas e de tempo, facilitando o acesso a cuidados de saúde de qualidade. Para mulheres com rotinas agitadas ou que moram em áreas remotas ou enfrentam dificuldades de locomoção, a telemedicina oferece uma alternativa conveniente para acompanhamento médico, aconselhamento e até mesmo diagnóstico de certas condições.

Exemplos de como a telemedicina pode beneficiar a saúde da mulher:

- **Consultas pré-natal:** monitoramento da gravidez e acompanhamento do desenvolvimento do bebê sem a necessidade de deslocamentos frequentes. Um estudo realizado no Brasil demonstrou que mulheres que usaram a telemedicina para consultas pré-natal tiveram um aumento de 25% na aderência aos planos de cuidados pré-natal em comparação com aquelas que frequentavam consultas presenciais.
- **Aconselhamento contraceptivo:** orientação sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar de forma assíncrona, isto é, por troca de mensagens. Em trabalho recentemente publicado, uma clínica de saúde feminina relatou uma redução de 15% na taxa de gestações não planejadas após implementar um serviço de aconselhamento contraceptivo via telemedicina.
- **Suporte à saúde mental:** terapia e acompanhamento psicológico para lidar com questões como ansiedade, depressão e estresse pós-parto. Na Índia, uma plataforma de telemedicina focada em saúde mental feminina viu uma melhora de 40% nos índices de depressão pós-parto entre suas usuárias.
- **Gerenciamento de doenças crônicas:** acompanhamento de condições como diabetes, hipertensão e doenças autoimunes, com ajustes de medicação e orientação sobre estilo de vida. Ao melhorar a experiência com o cuidado, diminuindo a necessidade de deslocamento, a aderência ao tratamento aumentou, resultando em melhores desfechos clínicos.

Inteligência artificial: diagnósticos mais precisos e tratamentos personalizados

A inteligência artificial está sendo utilizada para analisar grandes volumes de dados médicos, identificar padrões e auxiliar no diagnóstico precoce de doenças, como o câncer de mama e ovário. Algoritmos de IA podem analisar imagens de mamografia e ultrassom com alta precisão, ajudando a detectar lesões suspeitas em estágios iniciais, quando as chances de cura são maiores.

Big data: desvendando os segredos da saúde feminina

O big data, que envolve a coleta e análise de grandes volumes de dados de diversas fontes, está revelando informações valiosas sobre a saúde da mulher. Ao analisar dados de prontuários médicos, pesquisas clínicas e até mesmo de dispositivos vestíveis, os pesquisadores podem identificar fatores de risco, tendências e padrões que podem levar a avanços no diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças que afetam as mulheres.

O futuro da saúde feminina

A combinação de telemedicina, inteligência artificial e big data tem o potencial de revolucionar a saúde da mulher, tornando o cuidado mais acessível, personalizado e eficaz. Ao abraçar essas tecnologias, as mulheres podem ter um papel mais ativo no cuidado de sua saúde, tomar decisões informadas e viver vidas mais saudáveis e plenas.

Essa revolução tecnológica não apenas promete melhorar a qualidade do cuidado de saúde, mas também empoderar as mulheres, proporcionando-lhes ferramentas e informações necessárias para gerenciar sua saúde de maneira proativa. Com o avanço contínuo dessas tecnologias, o futuro da saúde feminina se apresenta como um campo fértil para inovação e progresso, em que as necessidades e bem-estar das mulheres são colocados no centro das atenções.

