

OBSTETRÍCIA

Para elas

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

6ª Edição

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



ACESSE AS EDIÇÕES ANTERIORES:

<https://linktr.ee/drhenrikorkes>



Bem-vinda!



Nesta edição, continuamos com nosso propósito de oferecer informações de qualidade para as mulheres, gestantes ou não, em uma linguagem acessível para todas. Falaremos de assuntos relevantes, como, por exemplo:

- as imunizações durante o período gestacional;
- a insuficiência istmocervical, importante causa de abortamentos tardios e partos prematuros;
- a instrumentalização do parto (fórcipe), para que a paciente entenda seus benefícios e perca o medo – muitas vezes, injustificável – do instrumento;
- a classificação de risco em obstetrícia, suas ferramentas, seus propósitos e como ela se alia a uma assistência mais segura;
- a contracepção ainda no momento do parto, assunto atualmente muito discutido – a paciente precisa saber deste importante recurso a seu favor;
- o uso de taping nos cenários de dores pós-operatórias e inchaço durante a gestação e pós-parto;
 - a “tristeza” pós-parto que algumas mulheres podem vivenciar;
 - e a importância do exame de ecocardiografia fetal durante a gestação.

Esperamos que aproveite!



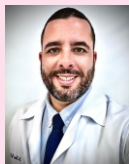
Objetivo:

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 em 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

- 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
- Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da PUC-SP
- Professor Assistente-Doutor da Clínica Obstétrica da PUC-SP
- CRM-SP 124830 - RQE 72918



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

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
- Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da PUC-SP
- Professor Assistente-Doutor da Clínica Obstétrica da PUC-SP
- CRM-SP 124830 - RQE 72918

NATÁLIA GIBIM MELLONE

- Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Sorocaba
- Especialização em Gestão pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp e FGV)
- Graduação em Enfermagem pela PUC-SP
- Membro da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm)

DR. STEPHANNO GOMES PEREIRA SARMENTO

- Especialista em Medicina Fetal, Obstetrícia e Ginecologia pela Febrasgo/AMB
- Professor colaborador e responsável pelo Centro de Prevenção da Prematuridade da Faculdade de Medicina de Jundiaí
- Pesquisador Fapesp, CNPQ e Fundação Bill e Melina Gates
- Médico fetal no Grupo Santa Joana e no Centro Paulista de Medicina Fetal
- Diretor clínico na Clínica Omast Medicina Especializada

DR. JOÃO FRANCISCO FARHAT KEHDI

- Mestre em Ciências da Saúde pela PUC-SP
- Médico assistente e chefe de plantão da Clínica Obstétrica (SUS) do Hospital Mário Moraes Altenfelder
- Médico preceptor de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Maternidade-Escola Cachoeirinha
- CRM 47.716 | RQE 14.464 | RQE 14.465 | TEGO 316/95

DR. ANDRÉ TABARASSI

- Mestre pela Faculdade de Medicina da PUC-SP
- Professor assistente na Faculdade de Medicina da PUC-SP
- Ginecologista e Obstetra
- Diretor de Defesa Profissional da Sogesp Sorocaba-Vale do Ribeira
- RQE 58205

DRA. CRISTINA APARECIDA FALBO GUAZZELLI

- Professora associada livre docente do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina EPM/ Unifesp

JULIANA APARECIDA ANTUNES

- Fisioterapeuta dermatofuncional
- CREFITO/3 1625551-F
- Graduada em Fisioterapia pela Universidade Paulista – Unip
- Pós-graduada em Fisioterapia Dermatofuncional pela Universidade Estácio de Sá
- Formação em Linfotaping pela Bioonco
- Formação internacional em Taping Neuromuscular (TNM) Dermatofuncional na aplicação do pré e pós operatório de cirurgia plástica, vascular, obstetrícia e reparadora (Associação Portuguesa de Bandagem neuromuscular - APBNM)
- Formação em pré e pós-operatório de cirurgia vascular (MM Training)
- Formação em Terapia Física Complexa no tratamento de edemas, linfedemas e lipedema

DR. JORGE HENNA

- Mestre e Doutor pela Faculdade de Medicina da USP - FMUSP
- Pós-Doutor (Post Doc) pela Houston Medical School

DRA. GISELE CRISTINA DAS EIRAS TÂMEGA DE CAMARGO

- Médica pediatra pela FCMS - PUC/SP
- Cardiologista pediátrica e ecocardiografista fetal e pediátrica pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
- Título de especialista em Pediatria pela AMB, com área de atuação em Cardiologia Pediátrica
- International Observership Program nos Laboratórios de Ecocardiografia em Cardiopatias Congênicas e Adquiridas e Ecocardiografia Fetal do Departamento de Cardiologia do Children's Hospital em Boston – Massachusetts (EUA)
- CRM 134514 | RQE 56107



5

GRANDE NOVIDADE
EM IMUNIZAÇÕES
NA GRAVIDEZ



10

ANTICONCEPÇÃO
NO PÓS-PARTO: ORIENTAÇÕES
PARA RETOMAR SUA VIDA SEXUAL
COM SEGURANÇA E TRANQUILIDADE



6-7

INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL
E SUAS FORMAS
DE TRATAMENTO



11

O USO DO TAPING
DURANTE A GESTAÇÃO
E PÓS-PARTO

SUMÁRIO



8

O PARTO FÓRCIPE: COMO O DOMÍNIO
DESTA IMPORTANTE FERRAMENTA
PODE FAZER A DIFERENÇA



12

VOCÊ JÁ OUVIU FALAR EM
“TRISTEZA PÓS PARTO”
(BLUES PUERPERAL)?



9

COMO FUNCIONA A
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
NAS MATERNIDADES?



13

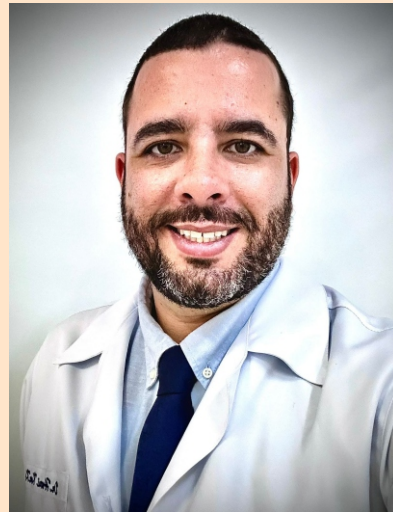
A IMPORTÂNCIA E
O PAPEL ATUAL DA
ECOCARDIOGRAFIA FETAL

GRANDE NOVIDADE EM IMUNIZAÇÕES NA GRAVIDEZ



NATÁLIA GIBIM MELLONE

- Mestre em Ciências Farmacéuticas pela Universidade de Sorocaba
- Especialização em Gestão pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp e FGV)
- Graduação em Enfermagem pela PUC-SP
- Membro da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm)



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
- Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da PUC-SP
- Professor Assistente-Doutor da Clínica Obstétrica da PUC-SP
- CRM-SP 124830 - RQE 72918

Sabia que, neste ano, teremos uma grande novidade para as futuras mães e seus bebês? É a tão esperada vacina contra o vírus sincicial respiratório (VSR), o grande vilão causador de bronquiolites e síndromes respiratórias agudas em recém-nascidos, sendo um dos principais responsáveis por mortes infantis.

Segundo o Ministério da Saúde, o VSR provoca 75% dos casos de bronquiolite e 40% das pneumonias no Brasil. Ao tomar a vacina na gestação, as futuras mães produzirão anticorpos contra o VSR, que atravessarão a barreira placentária e chegarão à circulação do bebê, protegendo-o nos primeiros meses de vida. Essa estratégia já é usada com sucesso para prevenir tétano, coqueluche, gripe e Covid-19 nos recém-nascidos.

Até agora, a falta de uma vacina específica dificultava o controle de surtos do VSR. Mas a chegada desta novidade representa um marco na saúde infantil. A Anvisa aprovou em março a Abrysvo, vacina que deverá estar disponível ainda em 2024. Ela é administrada entre 24 e 36 semanas de gestação, em dose única intramuscular. Estudos mostraram eficácia de 81,8% (90 dias) e 69,4% (180 dias) na prevenção de infecções respiratórias graves pelo VSR após o nascimento.

Várias sociedades médicas, assim como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), recomendam fortemente a vacinação contra o VSR na gestação. Especialistas destacam seu enorme impacto na redução de



complicações respiratórias e hospitalizações de recém-nascidos.

Com essa grande notícia, aproveitamos para lembrar todas as gestantes sobre a importância da vacinação neste período, protegendo a mãe e o bebê.

O calendário vacinal da gestante e as recomendações sobre as diferentes vacinas são disponibilizados pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) neste link:

<https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>.

INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E SUAS FORMAS DE TRATAMENTO



DR. STEPHANNO GOMES PEREIRA SARMENTO

- Especialista em Medicina Fetal, Obstetrícia e Ginecologia pela Febrasgo/AMB
- Professor colaborador e responsável pelo Centro de Prevenção da Prematuridade da Faculdade de Medicina de Jundiaí
- Pesquisador Fapesp, CNPQ e Fundação Bill e Melina Gates
- Médico fetal no Grupo Santa Joana e no Centro Paulista de Medicina Fetal
- Diretor clínico na Clínica Omast Medicina Especializada

A insuficiência istmocervical (IIC) é definida pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) como a “incapacidade do colo uterino em manter uma gravidez no segundo trimestre, na ausência de contrações uterinas clínicas, trabalho de parto ou ambos”.

Tradicionalmente, considerava-se necessário ter três perdas gestacionais nesse contexto para indicar intervenção terapêutica. Nos últimos anos, porém, essa definição tem evoluído, sendo hoje em dia considerada apenas uma perda para indicar tratamento. Sem dúvida, essa mudança prioriza a vida e permite intervenções mais precoces. Por ser um diagnóstico retroativo, mulheres em sua primeira gestação estão mais vulneráveis a essa condição, devido à ausência de histórico obstétrico.

As causas exatas da IIC não são completamente compreendidas, mas alguns fatores podem aumentar seu risco, como traumas cervicais (por exemplo, tratamentos ginecológicos com cirurgia de alta frequência – CAF ou conização, ambos usados em pacientes com lesões no colo verificadas em exames preventivos e/ou colposcopia), procedimentos de dilatação mecânica do colo para curetagem, partos com rápida dilatação e/ou uso de instrumentos como fórcepe ou vácuo extrator. Além disso, destacam-se alterações anatômicas congênitas, como útero septado, bicornio, didelfo, e distúrbios na distribuição do colágeno.

Outra causa importante é a presença de infecção e/ou inflamação, que podem tornar o colo insuficiente, adiantando um quadro que se manifestaria mais tarde e aumentando a gravidade da prematuridade.

Um dos sinais ultrassonográficos relacionados à infecção e à inflamação é o sludge, que consiste em um agregado denso de partículas no líquido amniótico, próximo à região do orifício interno do colo uterino, identificado na ultrassonografia do colo. Essas partículas estão relacionadas a uma infecção local que forma um biofilme e libera substâncias inflamatórias capazes de modificar as fibras de colágeno, provocando remodelação e, em alguns casos, dilatação do colo uterino. O sludge é considerado um fator independente de risco para o parto prematuro.

O estudo do microbioma vaginal é um grande avanço na avaliação e tentativa de equilibrar as bactérias, reduzindo a quantidade de substâncias inflamatórias e preservando a estrutura do colo uterino. A avaliação do microbioma vaginal ainda é nova e necessita de mais estudos e melhor padronização, assim como a forma de tratar suas alterações.

Quanto à sintomatologia, a maioria dos casos de IIC ocorre de forma silenciosa ou com sintomas discretos, como sensação de pressão na pelve, dor nas costas, mudanças no corrimento vaginal e sangramento vaginal leve. Devido a essa sintomatologia, o exame físico e a avaliação ultrassonográfica transvaginal, aliados à história clínica, têm sido importantes para identificar as mulheres com maior risco de prematuridade. Mulheres com risco significativo podem iniciar a avaliação transvaginal do colo a partir de 12 semanas, enquanto as sem fatores de risco realizam este exame rotineiramente entre 18 e 24 semanas.

Quando bem caracterizada a história clínica com antecedente de uma perda gestacional precoce e diagnóstico de IIC, deve-se priorizar o tratamento com cerclagem cervical. Este procedimento é realizado em centro cirúrgico, sob raquianestesia, entre a 12ª e a 15ª semana de gestação, em que o colo do útero recebe um ou dois pontos para mantê-lo fechado. O repouso relativo e o monitoramento com equipe de pré-natal de alto risco também são indicados para esses casos, buscando melhores resultados. O uso de medicações como cápsulas de progesterona natural pode ajudar a manter o útero mais relaxado e impactar positivamente o resultado.

Ao escrever sobre IIC, destaco que é uma condição séria e que seu diagnóstico precoce e tratamento adequado diminuem bastante o risco para uma próxima gestação. No entanto, ao longo dos anos, a maior preocupação recai sobre as mulheres sem histórico de prematuridade, especialmente aquelas em sua primeira gestação. Na literatura científica, as condutas de identificação e tratamento ainda são confusas e discordantes, o que prejudica o posicionamento dos médicos diante desses casos.

Nos últimos anos, tenho dedicado atenção especial a pesquisas e inovações para melhorar a forma de rastrear e tratar gestantes sem antecedente de prematuridade. Esses tratamentos podem envolver pessários vaginais, cerclagem, probióticos, medicações para contração uterina, corticoides e progesterona, formando uma abordagem personalizada e integrada. O sucesso dessa postura pode reduzir significativamente a primeira perda de uma gestante, tornando o diagnóstico de IIC cada vez mais raro e ultrapassado.



O PARTO FÓRCIPE: COMO O DOMÍNIO DESTA IMPORTANTE FERRAMENTA PODE FAZER A DIFERENÇA



DR. JOÃO FRANCISCO FARHAT KEHDI

- Mestre em Ciências da Saúde pela PUC-SP
- Médico assistente e chefe de plantão da Clínica Obstétrica (SUS) do Hospital Mário Moraes Altenfelder
- Médico preceptor de Residência Médica em Ginecologia e Obstetria no Hospital Maternidade-Escola Cachoeirinha
- CRM 47.716 | RQE 14.464 | RQE 14.465 | TEGO 316/95

Nos últimos 15 anos, houve uma maior procura das pacientes pelo parto vaginal, tanto nos serviços privados quanto no setor público. Esse crescimento na demanda foi impulsionado pelo entendimento e compreensão por parte das pacientes das vantagens do parto normal: recuperação mais rápida e natural, menor tempo de hospitalização e menor custo. Esse progresso decorreu de uma iniciativa profissional de especialistas (equipe multiprofissional) capazes de explicar todo o processo, desde o pré-natal até a alta, com ênfase no período do parto.

Para alcançar os objetivos satisfatórios do parto vaginal, diversos procedimentos terapêuticos durante o trabalho de parto podem ser necessários. Estão nesse contexto o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, realização de exercícios, banhos e outras terapias, além da possibilidade de uso de medicações analgésicas, incluindo a analgesia de parto.

Nesse espectro de possibilidades para auxiliar o bom andamento do trabalho de parto e possibilitar a realização do parto vaginal, a utilização eventual do fórcepe pode ser necessária, muitas vezes, como uma medida salvadora e primordial para mãe e bebê.

É bem conhecida a estreita relação entre a analgesia de parto (anestésias raqui e peridural) e o aumento da necessidade de fórcepe. A analgesia, além de aliviar o estímulo doloroso da paciente, também atua na resistência da musculatura do assoalho pélvico, promovendo a progressão do polo cefálico (cabeça fetal) sem resistência, necessária para a rotação normal da cabeça fetal no trajeto ósseo (mecanismo de parto). Ou seja, após a analgesia, alguns bebês podem não realizar a rotação esperada, e a cabeça pode progredir no canal de parto em uma posição que, eventualmente, precisará ser corrigida para o correto posicionamento da cabeça fetal para o nascimento, sendo essa uma das principais indicações do fórcepe de rotação.

Então quer dizer que fazer analgesia de parto é ruim? De forma alguma. O alívio da dor do parto com analgesia é entendido como um modelo assistencial adequado e que melhora a experiência de parto das pacientes. No entanto, como explicado, sempre é preciso ter obstetras experientes na utilização do fórcepe.

Outra grande indicação desta ferramenta essencial diz respeito ao risco fetal – por exemplo, quando bebês estão com falta de oxigenação e precisam nascer rapidamente, não sendo a cesariana uma opção nestes casos, devido à demora em ser realizada neste cenário. Novamente, um obstetra experiente poderá fazer diferença. Esse instrumento de grande valia, quando utilizado por profissionais qualificados, é capaz de salvar vidas e complementa o parto vaginal com toda a segurança para a mãe e o recém-nascido.



COMO FUNCIONA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS MATERNIDADES?



DR. ANDRÉ TABARASSI

- Mestre pela Faculdade de Medicina da PUC-SP
- Professor assistente na Faculdade de Medicina da PUC-SP
- Ginecologista e Obstetra
- Diretor de Defesa Profissional da Sogesp Sorocaba-Vale do Ribeira
- RQE 58205

A Classificação de Risco (CR) nas maternidades é uma importante ferramenta no atendimento das gestantes, pois sistematiza e prioriza o atendimento das pacientes mais graves e que necessitam de cuidados emergenciais.

No Brasil, usamos habitualmente o Protocolo de Manchester, que segue parâmetros de história clínica, nível de consciência, saturação de O², pulso, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, glicemia, temperatura corporal, estimativas de perdas sanguíneas e avaliação de dor. Após essa avaliação, é disparado um fluxograma, em que usamos uma classificação colorimétrica para atuação em relação a cada caso, sendo feita da seguinte forma:

- **Risco vermelho:** atendimento imediato em sala de emergência pela equipe multidisciplinar.
- **Risco laranja:** atendimento de urgência máxima, com tempo de ação em 15 minutos pela equipe multidisciplinar;
- **Risco amarelo:** atendimento de urgência, com tempo de ação em até 60 minutos;
- **Risco verde:** atendimento de urgência relativa, com tempo de ação em até 120 minutos;
- **Risco azul:** atendimento não prioritário, com tempo de ação em até 240 minutos.

A CR é uma ferramenta imprescindível no combate à mortalidade materna, não só por priorizar o atendimento emergencial, mas também pelo treinamento, sensibilização e adequação de ações de equipes multidisciplinares. A participação dos gestores (hospitalares, municipais, estaduais e federais) é importante para a implantação, manutenção, avaliação e correção ordinária das ações frente ao atendimento da gestante.

Hoje, nas maternidades, a CR é feita pelo enfermeiro/enfermeiro obstetra, cabendo ao médico obstetra papel relevante não só no atendimento, mas na atuação conjunta com a equipe multidisciplinar, nas ações de treinamento, adequação, correção e auditoria desta importante ferramenta. O médico obstetra, nessa cascata de atendimento, é o que figura com as maiores responsabilidades.

VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

1. NOME _____ IDADE _____

2. DATA: ____/____/____

3. HORÁRIO DE CHEGADA: ____:____:____ HORÁRIO DA CLASSIFICAÇÃO: ____h ____min

4. É GESTANTE? () SIM () NÃO () INCERTEZA

5. DATA: ____/____/____ ID: _____

6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G ____ P ____ A ____

7. QUEIXA: _____

8. FLUXOGRAMA: _____

9. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO:

PA= ____ mmHg FC= ____ bpm FR= ____ bpm Temp= ____ °C

SDO: ____ glicemia: ____ mg/dL

CONTRAÇÕES UTERINAS: () NÃO () SIM Hipertônica () NÃO () SIM

DOR: ____/10 localização: _____

PERDA DE LÍQUIDO: () NÃO () SIM Aspecto: () Claro () Mecconial fraco () Mecconial espesso

SANGRAMENTO VAGINAL: () ausente () presente sem repercussão hemodinâmica

() presente com repercussão hemodinâmica

MP (+/-): ____ se ausente

Outras queixas: _____

10. MEDICAMENTOS EM USO: _____

11. Observações: () Alergia () Droga () Vírus de referência

Horário de término da classificação: ____h ____min Horário de atendimento clínico: ____h ____min

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL
Cabeleiro e assistente

Exemplo 1: Anexo A – Ficha de Atendimento Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia – Ministério da Saúde (MS)

ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-PARTO: ORIENTAÇÕES PARA RETOMAR SUA VIDA SEXUAL COM SEGURANÇA E TRANQUILIDADE



DRA. CRISTINA APARECIDA FALBO GUAZZELLI

- Professora associada livre docente do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina EPM/Unifesp

O período pós-parto é um momento de muitas mudanças e adaptações para a mulher. Entre os diversos aspectos que exigem atenção, a escolha do método contraceptivo ideal se destaca como fundamental para garantir o bem-estar físico e emocional da mãe e para o planejamento familiar. É importante lembrar que a ovulação pode retornar após o parto, até antes da primeira menstruação, mesmo que a mulher esteja amamentando.

- Em mulheres com amamentação exclusiva (oferta de seis ou mais vezes durante o dia para o bebê), a ovulação pode ser retardada por até seis meses após o parto, mas não há certeza de que isto ocorra.
- Em mulheres com amamentação não exclusiva, a ovulação pode retornar a qualquer momento após o parto.
- Em mulheres que não estão amamentando, a ovulação geralmente retorna entre quatro e seis semanas após o parto.

Quando devo conversar sobre métodos contraceptivos?

Se possível, converse sobre esse ponto durante o pré-natal com seu médico ou outro profissional de saúde. Assim, você terá a oportunidade de discutir suas dúvidas, seus medos, suas opções e escolher o método anticoncepcional mais adequado para você. É importante perguntar sobre todos os anticoncepcionais e conhecer seus riscos e benefícios.

Que métodos posso usar no pós-parto?

A escolha do método contraceptivo no pós-parto deve ser individualizada, levando em consideração diversos fatores, como amamentação, histórico de saúde, desejo de ter mais filhos e preferência pessoal. Em mulheres que estão amamentando, as pílulas anticoncepcionais combinadas, que contêm estrogênio e progesterona, não são recomendadas durante os primeiros seis meses após o parto, pois podem causar uma diminuição na produção de leite materno.

Os métodos mais indicados são:

- Implante subdérmico de progesterona: pode ser inserido logo após o parto.
- DIU de cobre ou hormonal com progesterona: pode ser inserido logo após o parto.
- Injeção de progesterona: a cada três meses, podendo ser iniciada a partir da 6ª semana após o parto.
- Pílula só com progesterona: pode ser iniciada a partir da 6ª semana após o parto.

Qual é o melhor método?

Não existe o método ideal. O melhor será aquele que mais agrade a você e que possa ser utilizado neste momento. Este é um período de grandes mudanças de estilo de vida; desta forma, os contraceptivos mais fáceis e práticos devem ser estimulados. Estes métodos são denominados de longa ação, porque duram muito tempo (três anos ou mais). São eles o implante e os dispositivos intrauterinos.

Voltar a ter relações sexuais após o parto é uma decisão pessoal do casal. No entanto, é importante utilizar algum método contraceptivo para evitar uma gravidez não planejada. Atualmente, existem várias opções de contracepção. Veja qual é a mais adequada para você. Para lhe auxiliar na escolha, é fundamental buscar orientação do seu médico ou outro profissional de saúde.



O USO DO TAPING DURANTE A GESTAÇÃO E PÓS-PARTO

A técnica das bandagens elásticas taping, também conhecida como kinesio taping, foi desenvolvida na década de 1970 pelo dr. Kenzo Kase. Desde então, tem sido amplamente utilizada em diversas áreas da saúde, incluindo a fisioterapia obstétrica, para proporcionar suporte e alívio de dores às gestantes e puérperas.

Durante a gestação, o corpo da mulher passa por várias mudanças que podem causar desconforto e dor. O taping pode ser um grande aliado nesse período, propiciando diversos benefícios.

No pré-parto, pode ser utilizado para aliviar dores lombares por meio do suporte muscular e estabilização da região. Também pode ser utilizado para conferir maior suporte abdominal, aliviando a pressão sobre a coluna e conferindo melhora à postura, o que é crucial à medida que o corpo se adapta às mudanças físicas da gravidez.

No pós-parto, pode auxiliar na recuperação muscular, oferecendo suporte aos músculos abdominais e ao assoalho pélvico. Ao promover uma distribuição adequada da pressão sobre os músculos e tecidos, o taping contribui para o conforto e a melhoria da mobilidade, permitindo que as recém-mamães se concentrem nos cuidados dos seus bebês sem enfrentarem maiores desconfortos físicos.

Outra aplicação dessa técnica está relacionada ao alívio de tensões musculares e edemas. O inchaço, especialmente nas pernas e pés, é comum tanto durante a gestação quanto no pós-parto. Nesses casos, o taping ajuda na redução do edema à medida que melhora a circulação linfática e sanguínea.

Mas atenção: antes de iniciar a aplicação do taping, é essencial realizar uma avaliação prévia detalhada da gestante ou puérpera. Durante essa avaliação, o profissional deve verificar a qualidade da pele da paciente e identificar qualquer alteração metabólica que possa contraindicar a realização do procedimento. Se aplicado inadequadamente, o taping pode causar complicações e até mesmo agravar os sintomas apresentados.

Mesmo décadas após seu desenvolvimento, o taping continua a ser uma ferramenta valiosíssima para garantir conforto e suporte durante a gestação e o pós-parto, proporcionando incontáveis benefícios. No entanto, é fundamental que a paciente procure um profissional capacitado e com experiência na aplicação dessa técnica, pois deve ser realizada com cautela, garantindo a sua segurança e bem-estar.



JULIANA APARECIDA ANTUNES

- Fisioterapeuta dermatofuncional
- CREFITO/3 1625551-F
- Graduada em Fisioterapia pela Universidade Paulista – Unip
- Pós-graduada em Fisioterapia Dermatofuncional pela Universidade Estácio de Sá
- Formação em Linfotaping pela Bioconco
- Formação internacional em Taping Neuromuscular (TNM) Dermatofuncional na aplicação do pré e pós operatório de cirurgia plástica, vascular, obstetrícia e reparadora (Associação Portuguesa de Bandagem neuromuscular - APBNM)
- Formação em pré e pós-operatório de cirurgia vascular (MM Training)
- Formação em Terapia Física Complexa no tratamento de edemas, linfedemas e lipedema



VOCÊ JÁ OUVIU FALAR EM “TRISTEZA PÓS PARTO” (BLUES PUERPERAL)?

A “tristeza” pós-parto, medicamente conhecida como “transtornos depressivos com início periparto”, é definida como mau humor e sintomas depressivos leves, transitórios e autolimitados, extremamente comuns (50% das mulheres) no período perinatal.

Os sintomas depressivos incluem tristeza, choro, exaustão, irritabilidade, ansiedade, diminuição do sono, diminuição da concentração e humor lábil. Em casos raros, características psicóticas podem acompanhar os sintomas primários da depressão. Esses sintomas geralmente se desenvolvem dois a três dias após o parto, atingem o pico nos dias seguintes e desaparecem sozinhos duas semanas após o início.

Vários fatores de risco podem levar ao desenvolvimento da tristeza pós-parto:

- história de alterações de humor relacionadas ao ciclo menstrual;
- alterações de humor associadas à gravidez;
- uma história de depressão grave;
- número maior de gestações ao longo da vida;
- história familiar de depressão pós-parto;

Alterações drásticas hormonais, como estradiol, progesterona e prolactina, logo após o parto, são a principal explicação para tal patologia.



Os transtornos de humor periparto podem ser vistos como ocorrendo em um espectro de gravidade, sendo a “tristeza” pós-parto mais branda e autolimitada e a depressão pós-parto mais incapacitante. Pelos seus critérios diagnósticos, a tristeza pós-parto é transitória e resolve-se por si só sem requerer nenhum tratamento.

Pacientes com diagnóstico de tristeza pós-parto devem ser cuidadosamente avaliadas para que se possa distinguir se o que está ocorrendo trata-se de um quadro passageiro e leve ou se podemos estar diante de um quadro de depressão



DR. JORGE HENNA

- Mestre e Doutor pela Faculdade de Medicina da USP - FMUSP
- Pós-Doutor (Post Doc) pela Houston Medical School

pós-parto, este mais grave e com necessidade de abordagem especializada.

Diante do diagnóstico de depressão pós-parto, ou depressão com início periparto, o médico deve iniciar um regime de tratamento com psicoterapia de suporte e antidepressivos. Simultaneamente a um diagnóstico de depressão pós-parto, os antipsicóticos devem ser considerados se estiverem presentes características psicóticas.

Embora os sintomas de tristeza pós-parto sejam leves, transitórios e autolimitados, os pacientes ainda devem ser cuidadosamente examinados quanto a ideação suicida, paranoia ou ideação homicida em relação ao bebê. Além disso, deve-se procurar ajuda domiciliar para ajudar o paciente a dormir o suficiente. Se a insônia persistir, terapia cognitiva e/ou farmacoterapia podem ser recomendadas.

Embora a depressão pós-parto seja a complicação mais comum da “tristeza” pós-parto, essas mulheres tendem a ter níveis mais elevados de comorbidade, como ansiedade e transtorno bipolar.

A IMPORTÂNCIA E O PAPEL ATUAL DA ECOCARDIOGRAFIA FETAL

A ecocardiografia fetal é um exame de ultrassom realizado por um profissional especialista em cardiologia pediátrica e fetal, que permite avaliar o coração do bebê enquanto ele ainda está se desenvolvendo durante a gestação.

Este exame pode ser feito a partir da 18ª semana de gestação, porém, melhores imagens são obtidas entre 24 e 28 semanas. Ele é muito importante porque auxilia na detecção de problemas cardíacos congênitos (alterações estas em que o bebê já nasce com elas) de maneira precoce, permitindo que se possam planejar os cuidados necessários antes mesmo do nascimento. Desde 2023, está incluída entre os exames de rotina durante o pré-natal.

Uma das grandes vantagens da ecocardiografia fetal é a possibilidade de identificar problemas estruturais, funcionais ou relacionados ao ritmo do coração do bebê ainda durante a gravidez. Isso significa que, se detectada alguma anomalia, pode-se preparar um plano de ação para que o bebê receba o melhor cuidado possível assim que nascer, e em alguns casos pontuais, uma intervenção ainda no período fetal. Detectar essas condições pode fazer uma enorme diferença na vida do bebê e na tranquilidade e conforto de toda a família.

As cardiopatias congênitas são as más-formações mais frequentemente associadas a morbimortalidade na infância, especialmente no período neonatal, e são a segunda principal causa de óbito após o nascimento. Possuem incidência elevada e, aproximadamente, 25 a 30% das cardiopatias congênitas necessitam de intervenção cirúrgica no primeiro ano de vida.

Nesse contexto, quando descobrimos que um bebê tem algum problema no coração, podemos planejar o parto de forma a garantir que ele receba o atendimento especializado imediatamente após o nascimento. Isso pode incluir a presença de uma equipe médica especializada e a escolha de um hospital com os recursos necessários para tratar o bebê. Esse planejamento cuidadoso pode reduzir muito os riscos para o bebê, podendo aumentar significativamente as chances de sobrevivência em casos de anormalidades mais complexas.

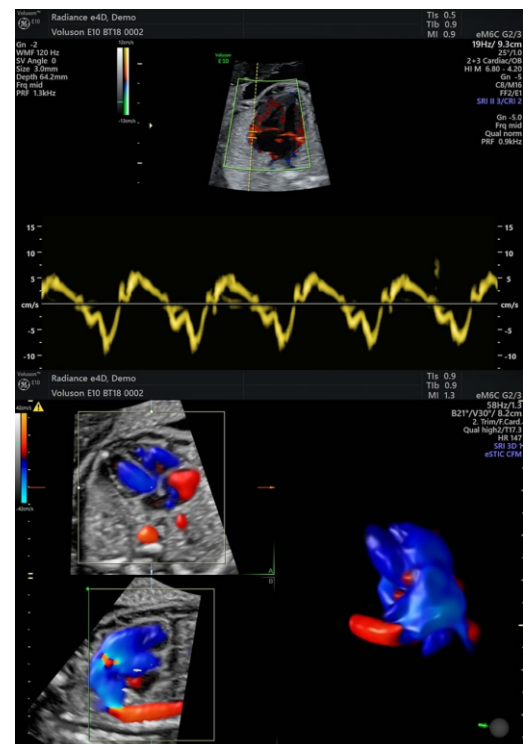
Embora seja um exame a ser solicitado para todas as gestantes, na prática temos algumas pacientes com maiores riscos a serem priorizadas, como pacientes com diabetes, lúpus, infecções (como rubéola), uso de medicamentos ou substâncias nocivas ao feto, gestações gemelares ou por reprodução assistida (FIV), cardiopatias congênitas em parentes de 1º grau e condições fetais como suspeita de má formação cardíaca fetal ao exame de ultrassom morfológico de 1º ou 2º trimestre, ritmo cardíaco fetal irregular, crescimento fetal inadequado ou alterações extra cardíacas fetais encontradas no ultrassom obstétrico ou morfológico.

Em resumo, é imprescindível que todas as gestantes recebam uma avaliação detalhada do coração fetal, realizada por profissional habilitado, assegurando a detecção precoce de possíveis anomalias. Como mãe e médica, sei o quanto é importante ter essa segurança e o tempo para se preparar emocionalmente e buscar o apoio necessário para lidar com a situação durante a gestação. Converse com seu obstetra sobre a necessidade de realizar a ecocardiografia fetal.



DRA. GISELE CRISTINA DAS EIRAS TÂMEGA DE CAMARGO

- Médica pediatra pela FCMS - PUC/SP
- Cardiologista pediátrica e ecocardiografista fetal e pediátrica pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
- Título de especialista em Pediatria pela AMB, com área de atuação em Cardiologia Pediátrica
- International Observership Program nos Laboratórios de Ecocardiografia em Cardiopatias Congênitas e Adquiridas e Ecocardiografia Fetal do Departamento de Cardiologia do Children's Hospital em Boston – Massachusetts (EUA)
- CRM 134514 | RQE 56107



Sua jornada é nossa inspiração

