

OBSTETRÍCIA

Para elas

Editores-chefes:

Henri Augusto Korkes, Md PhD

Eduardo Cordioli, Md PhD

Volume 2 - Número 6 - Junho|2025

ISSN 3085-7708

**IMPORTÂNCIA DA
ECOCARDIOGRAFIA FETAL**

Coração do bebê sob olhar atento

**CÓLICAS INFANTIS:
MITOS E VERDADES**

Respostas para um dos maiores dilemas

**PERDER URINA NA
GRAVIDEZ É NORMAL?**

Nem toda perda é normal — saiba por quê

NOSSO OBJETIVO



A **Revista Obstetrícia Para Elas** é um projeto construído com cuidado e propósito: tornar mais simples a ciência por trás das recomendações médicas e ajudar a gestante a compreender, com clareza, os principais desafios da gravidez.

Além de abordar os avanços mais recentes da medicina e as atualidades da gestação, a revista também tem como missão esclarecer e desmistificar as muitas “lendas” que ainda cercam o universo materno.

Acreditamos que o acesso à informação qualificada é fundamental para reduzir a mortalidade materna no Brasil. Quando a mulher compreende seu corpo, seus sintomas e as possíveis complicações, ela se torna agente ativa no cuidado com sua saúde.

Mais do que orientar, queremos contribuir com um movimento de conscientização, autonomia e protagonismo feminino. Acreditamos que, com conhecimento e diálogo, estaremos cada vez mais próximos de vencer essa luta.

EDITORES CHEFES



Dr. Henri Augusto Korkes

- Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- PhD pela Harvard Medical School – PhD Program / Sandwich
- 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 na FCMS/PUC-SP
- Diretor Científico da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira
- CRM 124803 – 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

EDITORA CONVIDADA (em formação)



Laura Barbero Beani

- Graduanda da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - FCMS/PUC-SP
- Diretora de Visitas Internas do grupo voluntário Pucalhaços PUCSP

EXPEDIENTE

Revista: Obstetrícia para Elas

Responsável pela publicação e editor-chefe:

Dr. Henri Augusto Korkes – CRM 124803 – RQE 72918

Projeto gráfico e diagramação: Renata S. Pavan

Contato: 15 98105-0590 | rpsorocaba@gmail.com

AUTORES DESSA EDIÇÃO



Dra. Gisele T. de Camargo



Dr. Fernando Korkes



Dra. Tainara Queiroz Oliveira



Dr. Vinicius Paulon



Dra. Susane Mei Hwang



Dra. Raquel Ramos Richetti

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

Obstetrícia para Elas é uma revista voltada a gestantes, tentantes e profissionais de saúde que buscam conteúdo técnico e acessível sobre temas obstétricos, com linguagem clara e confiável. Os artigos publicados são previamente selecionados pelos editores, com base em dúvidas frequentes da prática clínica e sugestões de pacientes.

Como funciona a publicação:

- Convite: Os autores são convidados pelos editores para redigir artigos sobre temas previamente definidos.
- Formato do texto: Linguagem clara, didática e acessível ao público leigo.
- Fonte: Montserrat, tamanho 7.6, espaçamento simples.
- Extensão: entre 200 e 400 palavras.
- Referências: Não são obrigatórias, a menos que o autor considere indispensável.
- Envio: Os textos devem ser enviados por e-mail aos editores.
- Prazo: O prazo para envio do artigo é de até 30 dias após o convite.
- Revisão editorial: Os editores realizam ajustes de clareza e forma. Caso sejam necessárias alterações maiores, o texto será devolvido ao autor para nova revisão.

Contato editorial

Prof. Dr. Henri A. Korkes

+55 15 99848-1311 | henrikorkes@gmail.com

Direitos autorais

Os autores cedem os direitos de publicação à revista por meio de consentimento prévio.

ACESSE AS EDIÇÕES ANTERIORES:



@drhenrikorkes



site Dr. Henri Korkes



SUMÁRIO

04

Importância da Ecocardiografia Fetal
(Dra. Gisele Tâmega da Camargo)

05

Tratamento da Litíase Urinária na Gravidez
(Dr. Fernando Korkes)

06

Cólicas Infantis: Mitos e Verdades
(Dra. Tainara Queiroz Oliveira)

07

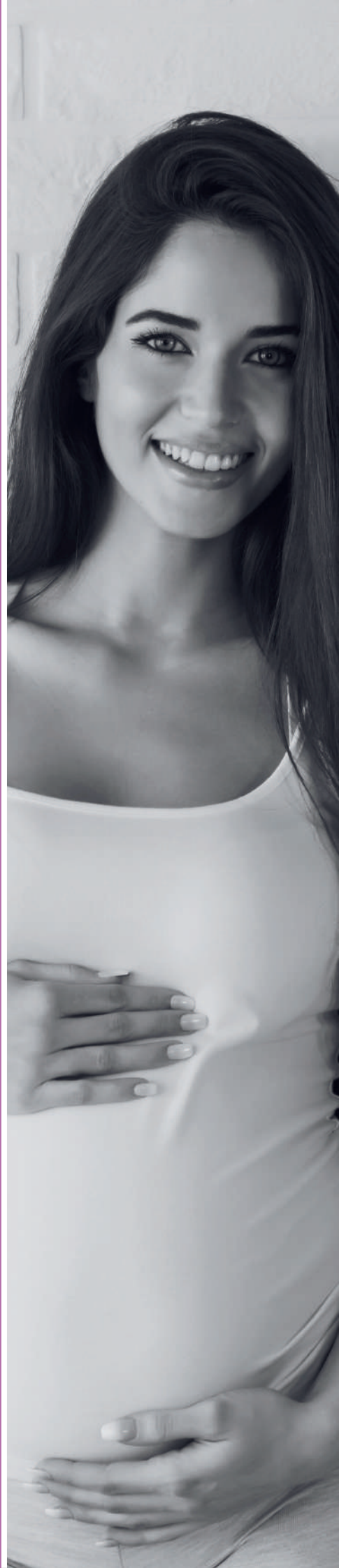
A Doença Renal Crônica
(Dr. Vinicius Paulon)

08

Infecção do Trato Urinário
(Dra. Susane Mei Hwang)

09

Perder urina na gravidez é normal?
(Dra Raquel Ramos Richetti)



IMPORTÂNCIA DA ECOCARDIOGRAFIA FETAL



Dra. Gisele Tâmega de Camargo

- Graduação em Medicina pela FCMS - PUC – SP
- Residência médica em Pediatria pela PUC-SP
- Residência médica em Cardiologia Pediátrica e Ecocardiografia Fetal e Pediátrica pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
- Título de Especialista de 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 – Massachussets (EUA)
- CRM 134514 / RQE 56107

Dentre as malformações congênitas mais comuns encontra-se a Cardiopatia Congênita (CC). Elas são as anomalias mais frequentemente associadas à morbimortalidade na infância, especialmente no período neonatal e são a segunda principal causa de óbito após o nascimento. Sua incidência é estimada em 1 a cada 100 nascidos vivos. No Brasil, estima-se que a incidência de cardiopatias congênitas seja de 28,7 mil casos por ano, o que significa que a cada 20 minutos nasce um bebê cardiopata.

Em países que realizam diagnóstico e tratamento no momento ideal, 90% das crianças com CC chegam à vida adulta com qualidade de vida. Para que o diagnóstico precoce aconteça, faz-se necessário a implementação de exames que façam parte de um protocolo formalizado, como rotina obstétrica de pré-natal e assim vem acontecendo de forma mais frequente no Brasil.

Durante o pré-natal, dois exames podem ser o ponto de partida: o ultrassom morfológico de 1º trimestre (12 a 14 semanas) que através da avaliação da translucência nuchal, do osso nasal e do Doppler do Ducto Venoso pode identificar alterações que levantam suspeitas de mal formações cardíacas congênitas; e o ultrassom morfológico de 2º trimestre (20 a 24 semanas) em que o médico analisa todos os órgãos, inclusive o coração. Poderá assim neste exame desconfiar de uma CC e indicar um exame específico: a Ecocardiografia ou Ecocardiograma Fetal.

A Ecocardiografia Fetal é um exame de ultrassom realizado através da parede abdominal da grávida e dirigido ao coração do feto em gestação. É seguro, indolor e não invasivo, realizado por um profissional especialista em Cardiologia Pediátrica e Fetal, que permite avaliar o coração do bebê de forma detalhada enquanto ele ainda está se desenvolvendo durante a gestação.

É possível realizar a partir da 14ª semana de gestação, porém as 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, com avaliação minuciosa de toda estrutura cardíaca que inclui avaliação das cavidades, das paredes, das válvulas e dos vasos que entram e saem do coração, funcionamento e ritmo cardíaco fetal.

Nesse contexto, quando descobrimos que um bebê tem algum problema no coração, permitimos que se possa planejar todos os cuidados necessários, antes mesmo do nascimento. Em alguns casos mais específicos é possível uma intervenção ainda no período fetal. Faz-se necessário encaminhar a gestante e o bebê, para que este nasça em um hospital de referência, com retaguarda em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, recebendo cuidados já nos primeiros momentos de vida por um especialista em Cardiopatias Congênitas. Alguns recém-nascidos precisarão receber medicações para mantê-los compensados e em condições de aguardar o procedimento. Outros precisarão de intervenções hemodinâmicas ou cirúrgicas logo ao nascimento. Detectar essas condições pode fazer uma enorme diferença na vida do bebê e na tranquilidade e conforto de toda a família, podendo inclusive aumentar significativamente as chances de sobrevivência nos casos de anormalidades mais complexas.

Em junho de 2023, a Ecocardiografia Fetal foi incluída por lei como exame de rotina às gestantes durante o pré-natal. Trata-se de um marco significativo na saúde pública, destacando o empenho em assegurar o bem-estar das gestantes e de seus bebês, além de enfatizar a prioridade concedida à prevenção e ao tratamento das cardiopatias congênitas. Contudo, ainda não foi possível atender a toda demanda de gestantes; sendo assim, segue-se rotineiramente indicações formais para a realização deste exame, que são algumas condições maternas que incluem doenças como Diabetes, Lúpus, infecções (como rubéola), uso de medicamentos ou substâncias nocivas ao feto, gestações gemelares ou por reprodução assistida (FIV), história familiar de cardiopatias congênitas em parentes de 1º grau e condições fetais como suspeita de síndrome genética ou de malformação 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.

Graças aos avanços na tecnologia de ultrassom, a Ecocardiografia Fetal se tornou uma ferramenta ainda mais precisa e eficaz. Além disso, é fundamental que os profissionais especializados que realizam esse exame recebam treinamento contínuo para garantir a melhor qualidade possível nos diagnósticos.

TRATAMENTO DA LITÍASE URINÁRIA NA GESTAÇÃO



Dr. Fernando Korkes

- Médico urologista do Hospital Israelita Albert Einstein
- Doutorado e pós-doutorado em Uro-oncologia
- Fellowship na Harvard Medical School
- Professor do Centro Universitário da FMABC
- Fundador e coordenador do Instituto CABEM Mais Vidas

A ocorrência de cólica renal durante a gestação é uma condição desafiadora, devido às particularidades fisiológicas e à necessidade de proteger a saúde materno-fetal. O tratamento deve ser cuidadosamente planejado, considerando a segurança do feto e o alívio dos sintomas maternos.

Na maioria dos casos, a abordagem inicial é conservadora. O simples diagnóstico de nefrolitíase “pedra nos rins” sem nenhum sintoma na mulher gestante não requer medidas específicas, na maioria dos casos. Já a cólica renal e as complicações da nefrolitíase durante a gestação são menos comuns, ocorrendo em 1 a cada 224 a 2.000 gestações. Quando existem sintomas relacionados à litíase urinária, há particularidades relacionadas ao quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

A hidratação adequada é essencial pois ajuda a aumentar o fluxo urinário, o que pode favorecer a eliminação espontânea do cálculo. O controle da dor também é uma prioridade e geralmente é feito com analgésicos seguros para gestantes, como paracetamol. Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) devem ser evitados, especialmente no terceiro trimestre, devido ao risco de fechamento prematuro do ducto arterioso fetal. A observação clínica é recomendada quando o cálculo é pequeno, o quadro estável e não há sinais de infecção ou obstrução significativa. Estudos sugerem que até 70-80% dos cálculos podem ser eliminados espontaneamente durante a gestação.

Intervenções em Casos Mais Graves

Quando o manejo conservador não é eficaz ou em casos mais graves, como obstrução persistente ou infecções associadas, intervenções podem ser necessárias. Os procedimentos mais utilizados incluem:

Colocação de cateter duplo J: Um método minimamente invasivo para desobstruir o trato urinário e aliviar os sintomas. **Ureteroscopia:** Procedimento utilizado para remoção de cálculos localizados no ureter, em geral com o uso de laser para fragmentar o cálculo.

Nefrostomia percutânea: Um tubo é inserido diretamente no rim para drenar a urina, sendo uma opção segura, porém em poucas situações é necessária.

É importante ressaltar que os procedimentos invasivos são indicados apenas quando absolutamente necessários, dada a maior complexidade da gestação.

O diagnóstico seguro é fundamental para guiar o tratamento. A ultrassonografia é o exame de escolha, pois não utiliza radiação ionizante. Nos casos em que o diagnóstico por imagem não é conclusivo, exames complementares como ressonância magnética e mesmo tomografia de abdome podem ser considerados.

O tratamento da litíase urinária em gestantes exige uma abordagem multidisciplinar, envolvendo urologistas e obstetras. O manejo adequado deve equilibrar os riscos e benefícios para garantir o bem-estar da mãe e do feto. Felizmente, com a evolução das técnicas de anestesia e de cirurgia, quando as intervenções são necessárias podem ser realizadas com segurança na grande maioria dos casos.



CÓLICAS INFANTIS: MITOS E VERDADES



Dra. Tainara Queiroz Oliveira

- Pediatra e Gastropediatra pela Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto
- Título de Especialista em Gastroenterologia Pediátrica pela Sociedade Brasileira de Pediatria
- Preceptora do Programa de Residência Médica em Gastroenterologia e Hepatologia Pediátrica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos – Universidade Federal da Bahia
- Coordenadora do Serviço de Endoscopia Pediátrica do Hospital Martagão Gesteira

Caracterizadas pelo choro inconsolável, as cólicas podem ser motivo de grande angústia para as famílias durante os primeiros meses do bebê. Esta condição benigna tem etiologia multifatorial, estando principalmente relacionada a alterações da microbiota do bebê e imaturidade dos mecanismos de funcionamento do trato gastrointestinal. Com uma prevalência estimada em 20%, é queixa frequente nas consultas pediátricas e o conhecimento acerca desta condição é fundamental para que se evitem condutas desnecessárias. Vamos lá saber sobre os mitos e verdades?

Meu bebê acabou de chegar da maternidade e está com choro persistente, isso já pode ser cólica?

MITO. As cólicas se iniciam por volta da terceira semana de vida, podendo acontecer até 5 meses. Então se o seu bebê tem menos de 15 dias e está chorando excessivamente, procure avaliação pediátrica precocemente, pois cólica é um motivo pouco provável.

Bebês prematuros têm mais risco de ter cólica?

VERDADE. Nos primeiros meses de vida o lactente tem uma deficiência transitória e fisiológica da lactase, a enzima que quebra o açúcar do leite, a lactose. O leite materno, entre todos os mamíferos, é o que tem o maior teor de lactose e essa dificuldade em metabolizar a lactose pode gerar desconforto.

As massagens ainda são indicadas no tratamento das crises de cólica?

VERDADE. Medidas simples como massagens abdominais, contato corpo a corpo, banhos relaxantes, redução de estímulos e rotina de sono, passeios e amamentação livre demanda são muito úteis no alívio das cólicas.

O que a mãe come influencia no bebê ter mais ou menos cólicas?

VERDADE. Apesar do conhecimento popular, as evidências científicas demoraram a conseguir provar esse tipo de associação. Mas, atualmente, sabemos que alguns casos podem se beneficiar de ajustes alimentares na dieta materna. O excesso de lácteos, por exemplo, já é um “vilão” conhecido. A resposta à essas intervenções devem ser individualizadas, considerando sempre a possibilidade alergias alimentares na presença de cólicas associadas a outros sintomas, como vômitos, sangramento nas fezes, dificuldade de ganho de peso. Não há, entretanto, nenhum benefício na exclusão profilática dos laticínios da dieta materna em bebês assintomáticos com o intuito de prevenção de cólicas.

Muitos mitos, lendas e “protocolos milagrosos” são difundidos por aí, ficando difícil para os pais selecionarem qual atitude tomar. Nesse momento cresce a importância em ter o seu pediatra de confiança. É fundamental estabelecer este elo de comunicação, reduzindo ansiedade e hipermedicalização de uma condição que sabidamente é benigna e auto-limitada.

A DOENÇA RENAL CRÔNICA



Dr. Vinicius Paulon

- Médico Formado pela faculdade de Medicina de Sorocaba (PUCSP)
- Especialização em Clínica Médica e Nefrologia pela PUCSP
- Título de Especialista em Nefrologia pela SBN/AMB
- Coordenador Médico da Preceptoria de Residência de Clínica Médica da PUCSP
- Diretor Regional da SONESP (2022-2024)

A doença renal crônica (DRC) e a necessidade de hemodiálise têm impactos significativos na gestação, tanto para a saúde da mãe quanto para o desenvolvimento do feto. Esses impactos se dão devido às alterações fisiológicas provocadas pela DRC e pelas limitações impostas pelo tratamento dialítico. Abaixo estão os principais aspectos:

Impactos na gestação devido à Doença Renal Crônica:

1. Redução da fertilidade:

- Mulheres com DRC avançada apresentam disfunções hormonais, incluindo anovulação e amenorreia, o que pode dificultar a concepção.
- Níveis elevados de ureia e creatinina, assim como alterações no eixo hipotálamo-hipófise-ovário, contribuem para a redução da fertilidade.

2. Agravamento da função renal:

- Durante a gestação, há um aumento fisiológico no débito cardíaco e no fluxo plasmático renal, o que pode sobrecarregar rins já comprometidos.
- A gravidez pode acelerar a progressão da DRC para estágios mais avançados, especialmente se houver hipertensão e proteinúria (perda de proteínas na urina).

3. Complicações obstétricas:

- A gestação em mulheres com DRC é considerada de alto risco devido à maior incidência de pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal, descolamento prematuro da placenta e parto prematuro.

Impactos da hemodiálise na gestação:

1. Necessidade de ajuste na terapia dialítica:

- Gestantes em hemodiálise precisam de sessões mais frequentes, frequentemente diárias (6-7 vezes por semana), para manter os níveis de ureia abaixo de 50 mg/dL, promovendo um ambiente mais favorável ao desenvolvimento fetal.
- A hemodiálise intensiva ajuda a minimizar a acidose metabólica e melhora a tolerância cardiovascular.

2. Alterações nutricionais:

- Mulheres em diálise têm maior risco de desnutrição devido às restrições alimentares, catabolismo associado à diálise e às demandas nutricionais da gravidez.
- É necessário um acompanhamento nutricional rigoroso para evitar deficiências que podem prejudicar o desenvolvimento fetal.

3. Risco fetal:

- O índice de abortos espontâneos e partos prematuros é elevado em gestantes submetidas à hemodiálise, principalmente em gestações iniciadas após o início da terapia.
- Há maior risco de baixo peso ao nascer e restrição de crescimento fetal devido às condições maternas.

4. Complicações maternas:

- A hemodiálise intensiva pode aumentar o risco de hipotensão durante as sessões, afetando o fluxo sanguíneo uteroplacentário.
- Distúrbios hidroeletrólitos e sobrecarga hídrica também podem ocorrer, exigindo monitoramento constante.

Considerações para o manejo da gestação:

- Equipe multidisciplinar: O acompanhamento por nefrologistas, obstetras especializados em gestação de alto risco e nutricionistas é essencial.
- Planejamento reprodutivo: Mulheres com DRC devem receber aconselhamento pré-concepcional para avaliar os riscos e determinar a melhor abordagem.
- Transplante renal prévio: Mulheres com transplante renal bem-sucedido têm melhores chances de uma gestação segura, desde que a função renal esteja preservada e não haja rejeição ativa.

Apesar dos desafios, a gestação em mulheres com DRC ou em hemodiálise é possível com o manejo adequado, mas requer vigilância contínua para minimizar os riscos materno-fetais.



INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO



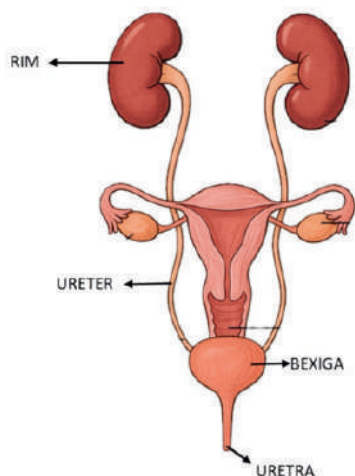
Dra. Susane Mei Hwang

- Mestre e Doutora em Cirurgia pela Faculdade de Ciências Médicas na Santa Casa de São Paulo
- Ginecologista e Obstetra na Maternidade Escola Cachoeirinha
- Preceptora do Internato da Universidade Anhembi Morumbi
- CRM 132282



O sistema urinário compreende a uretra, bexiga, ureteres e rins (figura 1). A infecção do trato urinário consiste na infecção de algum órgão do trato urinário por bactérias provenientes da pele, vagina ou ânus. Quando a infecção ocorre na bexiga, é denominada cistite, se ocorrer nos rins, é chamada de pielonefrite.

Figura 1: Sistema urinário feminino



Devido à própria anatomia do órgão genital feminino (figura 2), a mulher está mais propensa a desenvolver infecção urinária do que o homem, visto que a uretra é mais curta e mais próxima da região do ânus e vagina, tornando mais fácil a entrada da bactéria pela uretra.

Figura 2: Visão externa do aparelho genital feminino



Quais são os sintomas de infecção urinária?

Os sintomas mais comuns são: ardência na uretra ao urinar, aumento da frequência urinária, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga após a micção, urina com sangue e dor pélvica. Em alguns casos mais graves, como nos casos de pielonefrite, também pode ocorrer febre, dor lombar, náuseas ou vômitos.

Como é feito o diagnóstico da infecção urinária?

Na maioria das vezes, o diagnóstico pode ser feito clinicamente baseado nos sintomas referidos pela paciente e no exame clínico feito pelo médico. Em casos de dúvida ou de infecção urinária de repetição, podem ser necessários exames complementares como o exame de urina.

Como é o tratamento?

O tratamento é feito com antibióticos específicos prescritos pelo médico e medicamentos analgésicos para alívio da dor.

Há alguma forma de prevenir a infecção urinária?

Existem algumas medidas que podem reduzir o risco de infecção como:

- Higiene adequada principalmente após evacuações (a limpeza deve ser feita da “frente para trás”).
- Urinar após as relações sexuais.
- Não fazer ducha vaginal e nem aplicar produtos irritantes na região genital como desodorante aerossol ou talco.

Manter ingestão adequada de líquidos.



PERDER URINA NA GRAVIDEZ É NORMAL?



Dra Raquel Ramos Richetti

- Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Maternidade-Escola Vila Nova Cachoeirinha
- Uroginecologia na Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo
- Mestranda pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo
- Preceptora da Residência Médica no Hospital Maternidade-Escola Vila Nova Cachoeirinha
- Preceptora da Faculdade de Medicina Anhembi Morumbi
- Professora da Afya educação médica.

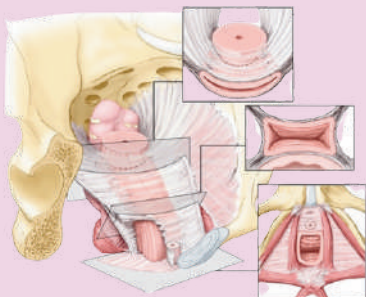
A incontinência é definida como qualquer perda involuntária de urina. Durante a gestação é muito comum essa perda, sendo mais acentuada entre o segundo e terceiro trimestre.

Apesar de muito comum entre as pacientes do pré-natal, não devemos considerar normal essa perda de urina, pois nenhuma quantidade é normal e pode ser um fator de pior prognóstico quanto a essa doença para o futuro desta paciente, podendo se manter no puerpério de 6 a 30% dos casos.

A incontinência urinária na gestação pode chegar a 75% de prevalência e muitas vezes não temos essa percepção como profissionais. As pacientes não levam essa queixa com facilidade na consulta, devido a vergonha ou timidez, além do fato de considerar parte do processo da gravidez.

Assim notamos a importância do médico pré-natalista questionar a gestante sobre a queixa e assim assegurar uma assistência adequada. Essa ação é fundamental para assegurar a qualidade de vida durante o ciclo gravídico-puerperal e após, pensando em todas as fases da mulher.

Quando temos o diagnóstico podemos implementar o tratamento ainda na gestação, prescrevendo a fisioterapia do assoalho pélvico para fortalecimento e recrutamento muscular apropriado para minimizar as queixas e até resolução completa do quadro.



DeLancey JO, 1992

Além disso, no pós-parto, podemos manter as medidas fisioterápicas e orientar a paciente que em um ano ela vai apresentar a melhora máxima de seu quadro. Se isso não ocorrer de maneira satisfatória se torna primordial procurar um especialista para seguimento.

Agora precisamos desmistificar alguns conceitos: Mito ou Verdade?

1. Parto normal leva a incontinência urinária?

MITO. Não exclusivamente. Temos múltiplas causas envolvidas como peso fetal, perímetro cefálico, tempo de período expulsivo, a assistência prestada no momento do parto e se teve lesão de musculaturas do assoalho pélvico.

2. A cesariana protege o assoalho pélvico? Impede de ter incontinência urinária?

MITO. Pois a gestação por si só já leva a modificações na nossa musculatura e toda a sustentação da pelve. Se tivermos um RN macrossômico, ou uma cesariana intraparto, são alguns exemplos de como essa proteção é discutível.

3. Todas as mulheres têm as mesmas chances de desenvolver incontinência urinária?

MITO. Existem fatores genéticos, por exemplo, pacientes caucasianas têm maior risco. A própria atividade laboral desenvolvida diariamente, o ganho de peso durante a vida, se realiza atividade

física de alto impacto, a menopausa acompanhada das modificações do hipostrogenismo. Todos esses fatores em conjunto podem determinar se uma mulher terá ou não incontinência

4. Não ter filhos protege da incontinência urinária?

MITO. Como já reforcei, são múltiplos os fatores de risco e causais para a perda urinária e até a qualidade genética do colágeno pode influenciar, o que justifica mais casos em pacientes caucasianas.

Em resumo, algumas mensagens importantes:

- Perda de urina não é normal em nenhuma situação.
- Se ocorrer na gestação, deve ser devidamente tratada e realizado seguimento adequado.
- Informar a importância do seguimento no pós parto.
- As medidas conservadoras, como a fisioterapia, são a primeira linha de tratamento.
- E como profissionais, questionar nossa paciente sempre para que possamos reduzir a perda deste diagnóstico para tratamento oportuno.





**sua jornada
é a nossa
inspiração.**



CLÍNICA PRÓ-FEMINA



SOROCABA
vacinas & saúde