

EDITORIAL

Após termos organizado o maior Congresso Sulbrasileiro de Ginecologia e Obstetria de sua história, voltamos novamente toda nossa atenção à SOGISC.

Estamos iniciando no momento a formação dos Comitês de Especialidades de nossa Sociedade. O objetivo é criar comitês que reunam sócios que se dediquem mais a um determinado tema e que, congregados, busquem a sua divulgação e aperfeiçoamento, inclusive representando e respondendo pela SOGISC junto à sociedade civil, quando solicitados. Nesse sentido, já estamos criando os comitês de mastologia, medicina fetal, gestação de alto-risco, mortalidade materna, reprodução humana, pré-natal e assistência ao parto, patologia do trato genital inferior e climatério. As sociedades destas subespecialidades que já existem em Santa Catarina estão sendo chamadas a participar e colaborar com a SOGISC.

Nesta edição do nosso jornal também estamos encaminhando uma ficha especial para cadastramento, que inclusive possibilita aos sócios inscreverem-se em um (e apenas um) dos comitês. É de extrema importância que a ficha seja preenchida e devolvida, para que possamos reestruturar e atualizar nosso cadastro de sócios. Por último queremos destacar que devido a quantidade crescente e impressionante de eventos existentes em nosso país, fomos obrigados a providenciar uma reformulação do nosso calendário científico, gerando novas mudanças. Sabemos que os ajustes são significativos, mas temos consciência de que através do repasse correto e atualizado da informação poderemos auxiliar ainda mais no crescimento de nossa entidade.

Dorival Vitorello
Presidente SOGISC

ESPECIAL

SOGISC Realiza o Maior Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia

O 10º Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado entre os dias 11 e 13 de maio, no Centro de Eventos CentroSul, em Florianópolis, superou todas as expectativas, reunindo 1.198 congressistas e mais de 100 professores na especialidade (70% catarinenses), constituindo-se no maior evento já realizado pelo setor e num verdadeiro fórum da saúde da mulher nos estados do sul do Brasil. A população também foi beneficiária do encontro, através do simpósio "Climatério e Menopausa" realizado durante a programação científica e que contou com a participação de mulheres de todas as idades durante as mais de duas horas de palestras e debates, tratando sobre as alterações fisiológicas com a proximidade da terceira idade.



A noite de abertura do Congresso aconteceu no LIC, com o salão lotado para a solenidade que deu início aos trabalhos, seguida de jantar e show humorístico



A integração entre os participantes do encontro possibilitou que os resultados finais do trabalho fossem ainda mais expressivos



O alto nível das palestras apresentadas também foi destaque da programação, que trouxe para Florianópolis médicos de renome nacional e internacional



O Congresso teve como Presidente o médico Dorival Vitorello, ficando a sua organização sob a responsabilidade da SOGISC, ao lado das Sociedades da Especialidade do Rio Grande do Sul e do Paraná, que receberam com orgulho os congressistas e os renomados palestrantes presentes, entre eles o médico uruguaio Aroldo Capurro. O Presidente da FEBRASGO, Dr. Edmund Baracat, compôs a mesa de abertura do evento, ao lado do Presidente da ACM, Dr. Carlos Gilberto Crippa, do Presidente do SIMESC, Dr. Geraldo Swiech, do conselheiro do CREMESC, Dr. Ricardo Nascimento, e representantes da Secretaria de Estado da Saúde, Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde.



Diversos foram os temas de destaque do Congresso, entre eles mortalidade materna, emergências obstétricas, gestações múltiplas, gestante HIV positivo, queixas sexuais e anticoncepção no terceiro milênio, avanços na prática da ultra-sonografia, Terapia de Reposição Hormonal, DST e a humanização da relação do médico com a paciente. Além das conferências e mesas-redondas, o evento também ofereceu aos participantes cursos pré e intra-congresso, painéis e cursos direcionados para os profissionais que atendem no setor público, com importantes temas: "síndrome depressiva na mulher", "incentivo ao aleitamento materno" e "ginecologia/obstetrícia para médicos não especializados".



Parceiros do Evento

A SOGISC faz um agradecimento aos colaboradores e parceiros do 10º Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, e em especial a Schering do Brasil, sem os quais o sucesso do evento não teria sido possível.

- Schering do Brasil e Berlimed - Divisão Schering
- Akzo Nobel - Divisão Organon
- Aventis Pharma Ltda
- Bayer S/A
- Biolab Farmacêutica Ltda
- Blymed Comércio de Produtos Médicos Ltda
- KYK Farmacêutica Ltda
- CEPEO Import. e Comércio de Insumos Farmacêuticos Ltda
- Eli Lilly do Brasil Ltda

- H. Strattner & Cia Ltda
- Hebron S/A - Indústrias Químicas e Farmacêuticas
- Herbarium - Laboratório Botânico Ltda
- Janssen Cilag Farmacêutica Ltda
- Kolpast Ltda
- Laboratórios Wyeth-Witehall Ltda
- Marjan Indústria e Comércio Ltda
- Medley S/A Indústria Farmacêutica
- Medplus S/A
- Merck Sharp & Dohme Farmacêutica Ltda
- Morelli e Morelli Ltda Me
- Olsen Indústria de Equipamentos Odontomédicos Ltda
- Pharmacia & Upjohn Ltda
- Medson do Brasil
- TV MED

Notícias

Diretoria da SOGILI toma posse



Médicos ginecologistas e Obstetras catarinenses se reuniram em Itajaí no último dia 23 de março para prestigiar a posse da Diretoria e a fundação da SOGILI - Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Litoral, a mais nova seccional da SOGISC.

Na solenidade, o Presidente da entidade Estadual, Dorival Vitrorello dividiu a palavra com outros colegas presentes: Ricardo Nascimento, que representou o Conselho Regional de Medicina, e Luiz Carlos Lens, da ACM de Balneário Camboriú, além do convidado especial, Jorge Abi Saab Neto, que proferiu uma palestra sobre "Trabalho de Parto Prematuro".



A Diretoria, eleita em 03 de novembro de 1999, tem na sua composição os seguintes médicos:

Presidente
Denilson José de Souza

Vice-Presidente
Adalberto Cesário Pereira Jr.

Secretária
Áurea Fabiane S. Francisco de Souza

Tesoureiro
Ana Maria D'Agostino Carloto

Diretor de Defesa Profissional
Delmo Dumke

Diretor de Publicações
Ivan Savóia Assef

Diretor Científico Geral
Jorge Roberto Rebelo

Diretor Científico da Ginecologia
Elisiane Heusi dos Santos

Diretor Científico da Obstetrícia
Luís Carlos Lens

Diretor Social
Andréa Maria Souza da Silva

Conselho Fiscal
José Roberto Sposito
Humberto Grisa
Aldo Antônio Franco
E1oísa Regina Gularte
Nívea L. Silva
Dario Pereira Barbosa.

NOTAS

Comitês de Especialidade

Dr. Alberto Trapani Jr.
Diretor Científico Geral da SOGISC

Dando continuidade ao trabalho de estruturação da SOGISC estamos formando os Comitês Especializados, que de acordo com o nosso Estatuto Social terão por finalidade o estudo dos problemas atinentes às subespecialidades em ginecologia e obstetrícia. Serão assessores técnicos da Diretoria e co-organizadores dos eventos científicos referentes às suas áreas. Terão um Presidente, um Secretário e Membros. Inicialmente, pensamos em 12 Comitês:

- Assistência e Humanização do Parto
- Endoscopia Ginecológica
- Endocrinologia Ginecológica e Climatério
- Ginecologia Infanto-Juvenil
- Mastologia
- Medicina Fetal
- Gestação de Alto-Risco
- Oncologia Genital e Patologia do Trato Genital Inferior
- Reprodução Humana
- Sexologia

- Uroginecologia
- Mortalidade Materna

Prova TEGO

Já estão abertas as inscrições para o TEGO - Teste de Especialização para Ginecologia e Obstetrícia, que será realizado no próximo dia 27 de agosto, na sede da ACM - Associação Catarinense de Medicina, em Florianópolis, e simultaneamente em todos os estados do país. Os interessados deverão se inscrever na secretaria da Associação, ou pelo Correio, até o dia 21 de junho. Médicos do interior deverão fazer contato prévio com a secretaria da entidade para que possam receber - via Correio - a ficha de inscrição em tempo hábil, já que não pode ser enviada por fax. É importante destacar que só serão aceitas as inscrições que chegarem até o dia 21/06, devidamente preenchidas e acompanhadas da documentação necessária.

A taxa é de R\$200,00 para sócios da Febrasgo e de R\$ 400,00 para não sócios.

Informações adicionais poderão ser obtidas junto à secretaria da ACM, ou pelo fone (0xx48) 238-0035.

Curso preparatório

Com o propósito de auxiliar os profissionais que farão o Teste de Especialização para Ginecologia e Obstetrícia - TEGO, a SOGISC está oferecendo um curso preparatório aos interessados. Será realizado em três finais de semana consecutivos, iniciando nas noites de sexta-feira (28 de julho, 04 e 11 de agosto) e com aulas nos períodos da manhã, tarde e noite dos sábados (29 de julho, 05 e 12 de agosto) e domingos (30 de julho, 06 e 13 de agosto). Quem tiver interesse deverá procurar a secretaria da SOGISC, na ACM, e pagar R\$ 200,00 (não sócios).

Para os sócios com a anuidade em dia, o curso é inteiramente grátis. Além desta vantagem o associado adimplente poderá participar dos eventos da entidade isento de taxas adicionais e receber a Revista da Febrasgo, bem como outras publicações da Sociedade.

Site SOGISC no Ar

Inaugurado no mesmo dia do 10.º Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, o site da SOGISC entrou no ar dia 11 de maio de 2000. Agora você é nosso convidado para uma "viagem on-line".

Acessando o endereço eletrônico www.acm.org.br/sogisc você poderá entrar numa área destinada ao ginecologista e obstetra,

sendo que os sócios da SOGISC terão direito a um programa especial de educação continuada e da versão on-line do Jornal da entidade, além de outras opções que estamos preparando. Se você ainda não é sócio, associe-se e apresente suas sugestões, venha trocar idéias conosco. Sua opinião é importante. O site tem ainda uma área para leigos, que foi ao ar dia 30 de maio com os artigos: "*Torne sua gravidez mais segura*" e "*Como descobrir cedo o câncer de mama*".

Então, acomode-se na cadeira e venha navegar conosco.

Revista Arquivos Catarinenses de Medicina-ACM

A Diretoria de Publicações e o Conselho Editorial da Revista Arquivos Catarinenses de Medicina-ACM solicitam aos colegas da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia que enviem suas colaborações científicas para avaliação e publicação neste importante veículo de comunicação dos médicos do estado. A partir deste ano 2000, a Revista voltará a ter sua periodicidade trimestral, oferecendo um espaço privilegiado à toda a classe. Maiores informações podem ser obtidas via fone (048) 238-0035.

ARTIGOS

Manejo da Gestante com HAS Crônico

Dr. Jorge Abi Saab Neto

A decisão de usar drogas anti-hipertensivas durante a gestação deve levar em consideração o binômio mãe-feto, posto que o uso de drogas para reduzir a pressão arterial materna via de regra reduz também a perfusão placentária, induzindo ao crescimento intra-uterino restrito (CIUR).

A abordagem clínica em relação ao uso de medicação pela gestante portadora de hipertensão arterial crônica deve levar em conta o fato da ocorrência da vaso dilatação promovida pelos níveis progesterônicos acontecidos durante a gravidez e pelo "Shunt" artério-venoso da placenta, que são capazes de por si só promoverem queda nos níveis pressóricos maternos, reduzindo ou tornando desnecessário o uso de medicação durante a gestação ou parte dela.

Têm-se como princípio a manutenção da terapêutica anti-hipertensiva prévia à gravidez, exceção feita aos inibidores da enzima de conversão que por seus efeitos teratogênicos e diretos sobre o feto devem ser proscritos.

Às hipertensas crônicas que por indicação clínica fazem uso de betabloqueadores deve-se dar preferência ao pindolol, posto que o propranolol em doses maiores que 40mg/dia induzem ao CIUR.

Nas gestantes que apresentam pré-eclâmpsia o uso de medicação anti-hipertensiva deve ser introduzido apenas quando as cifras tensionais iastólicas forem iguais ou superiores a 110 mm.Hg., ou com cifras menores desde que apresentem sintomas clínicos de encefalopatia hipertensiva, pois o uso fora destas situações em muito pouco beneficiará a mãe e em muito prejudicará ao feto pela redução do fluxo

útero-placentário.

A droga anti-hipertensiva de escolha deverá ser o alfa metil dopa na dose inicial de 750 mg/dia, podendo-se, na medida das necessidades, aumentá-la em doses de até 500mg a cada 2 ou 3 dias, até o máximo de 2g/dia. A associação de hidralazina oral na dose de 100mg/dia, em que pese seu efeito vasodilatador fugaz, será benéfico no sentido de incrementar a perfusão placentária. Ressalte-se que o fato mais importante do tratamento na condição de pré-eclâmpsia é o repouso em decúbito esquerdo e dieta hiperprotéica e normossódica.

Nas emergências hipertensivas a droga de escolha é a hidralazina por via endovenosa na dose de 5mg, seguido de 10mg a cada 20 minutos, até conseguir-se reduzir os níveis pressóricos em 20 a 30%.

A nifidina de uso oral ou sub-lingual na dose de 10mg a cada 40 minutos pode ser uma opção terapêutica. O uso de diuréticos na pré-eclâmpsia é prejudicial por reduzir o já restrito volume intra-vascular. Sua utilização deve restringir-se às hipertensas crônicas que dele faziam uso antes da gestação, ou em situações específicas como cardiopatia congestiva ou após o uso de plasma ou da albumina humana.

O raio pode cair duas vezes no mesmo lugar!

Através da mídia e do fácil acesso a informações obtidas na internet. Isto faz com que o público, em geral, tenha grandes expectativas (1) de benefícios provenientes destes avanços e (2) que os médicos estejam preparados para responder e oferecer informações específicas de diagnóstico, avaliação, aconselhamento e testes laboratoriais, principalmente quando se trata de medicina perinatal. Estima-se que 1 em 13 concepções resulte em conceito com anormalidade cromossômica, e que 50% dos abortos espontâneos de primeiro trimestre estejam associados a cromossomopatia.

Defeitos cromossômicos, clinicamente significativos, ocorrem em 0,65% dos nascimentos e outros 0,2% nascem com rearranjos cromossômicos estruturais balanceados, que terão implicações na futura vida reprodutiva destes indivíduos. Entre 5,6% e 11,5% dos natimortos e das mortes neonatais são causadas por defeitos cromossômicos. Cerca de 3% dos nascidos vivos apresentam uma malformação congênita, deficiência mental ou alguma desordem genética, sendo que estes números dobram se considerarmos a idade de 7 ou 8 anos, já que passam a ser diagnosticados problemas que não são evidentes ao nascimento.

O avanço tecnológico caminhando em sincronia com a melhor compreensão do desenvolvimento embrionário e fetal, resulta na disponibilidade diagnóstica de patologias que no passado recente não eram reconhecidas. Existem, hoje, mais de cinco mil doenças gênicas humanas catalogadas, além das alterações cromossômicas.

Não se espera que nenhum de nós tenha todas as respostas para as perguntas que surgem ao nascimento de uma criança anormal, mas as primeiras orientações dadas à família têm impacto incomensurável, principalmente quando se trata de planejamento familiar em relação a possíveis futuras gestações. Não podemos cometer o erro básico de dizer, ou dar a entender, que "o raio nunca cai duas vezes no mesmo lugar", porque pode ser que neste lugar o raio volte a cair.

Tampouco devemos cair no outro extremo e orientar que o casal não deva ter mais filhos, já que dependendo da doença em questão, o risco de recorrência pode ser mínimo, ou mesmo nulo. A atribuição de culpa, a um dos genitores, pela doença da criança, é, também, um fardo difícil de carregar!
Não temos obrigação de saber tudo, mas temos o dever moral, para com esta família, de não somar um problema de grandes conseqüências, ao sofrimento de ter um filho malformado.

Dra. María Verónica Muñoz Rojas
Geneticista Clínica - CRM 7631
Clínica Materno-Fetal
E-mail: genetica@yatech.net

Obstetrícia Baseada em Evidências

O nascimento de um filho é um dos eventos mais significativos na vida de uma família, de uma rede social e, particularmente, de uma mulher. Práticas associadas com o processo de nascimento são importantes para a saúde e o bem estar desta mulher assim como do recém-nato. Assim sendo, a permanente busca de aperfeiçoamento das práticas de saúde torna necessária a compreensão dos diferentes elementos envolvidos, conduzindo, dentre outros aspectos, ao entendimento da lógica que levou ao atual modelo de assistência ao parto e nascimento.

A rotina da maioria das maternidades que forçam a mulher a se adaptar a elas, exclui o pai (ao não permitir sua participação na hora do parto), separa o recém-nascido (não existência de alojamento conjunto), mantém alguns procedimentos (que deveriam ter seu uso restrito a indicações precisas, tais como: episiotomia, enema, tricotomia, etc.) - sem que haja qualquer evidência científica de sua eficácia - e as altas taxas de cesariana praticadas nas Américas, vêm sendo discutidas por várias entidades internacionais.

A Organização Mundial de Saúde (<http://www.who.int>) através de duas publicações abordou a questão da Tecnologia Apropriada para o Parto.

A Cochrane Foundation (<http://www.epm.br/cochrane>) que oferece revisões sistemáticas sobre vários temas e é considerada a melhor fonte de evidências sobre os efeitos dos cuidados em saúde, dentre outras (<http://www.acog.org> - <http://www.sogc.medical.org>), vêm ampliando o nosso conhecimento científico sobre estas rotinas.

Mas ainda fica a dúvida: porque estes procedimentos tão anacrônicos vêm sendo mantidos?

Cada vez surgem e são publicadas mais evidências de que uma grande parte dessas rotinas são desnecessárias e até danosas à saúde. (1) Publicações na área médica, (2), antropológica, (3), sociológica, [Rothman, 1982 #5] dentre outras, questionam como a obstetrícia possa estar tão profundamente permeada por procedimentos introduzidos de forma tão empírica e sem o

monitoramento de sua eficácia. Alguns autores acreditam que estas rotinas obstétricas são de fato respostas - em forma de ritos - da nossa sociedade tecnocrática frente ao medo extremo inconsciente dos processos sobre os quais não exercemos controle total, como por exemplo, do processo natural do parto. [Rothman, 1982 #5] Da mesma forma, rotinas como episiotomia, monitorização fetal intra-parto e muitas outras podem significar, para nós, obstetras, uma forma de transformar o imprevisível e incontrolável processo do nascimento num fenômeno previsível e controlável, reforçando os mais profundos credos da sociedade ocidental acerca da superioridade da tecnologia sobre a natureza.

(3)

As taxas de cesariana podem servir de exemplo acerca dos resultados alcançados por este modelo. No Brasil, segundo informações do DATASUS (1997), no período de 1994-1996, a taxa de cesariana foi de 37,72%, de 41,31% em Santa Catarina e de 44,75% em Florianópolis, ou seja, neste período quase metade das mulheres residentes em Florianópolis foram operadas para a terminação de um processo que é considerado fisiológico.

A maioria dos médicos afirma que só indica o parto cesáreo quando realmente necessário. Também concorda que a operação é tão segura quanto o parto normal, que é necessária num grande número de casos e que, desta forma, garantem bons resultados.

(1) Mas a literatura médica apresenta resultados que contradizem estas afirmações. (4-6) E o que torna esta matéria ainda mais fascinante é a constatação de que apesar de nos E.U.A. o acesso a esta tecnologia ser virtualmente universal, o que tem sido demonstrado por vários estudos é que este acesso não tem garantido melhores resultados perinatais (7-9). Sem entrar no mérito de qual seria a taxa ideal de cesariana, sabe-se, a partir de dados obtidos no NIH (National Institute of Health - USA) que nenhuma melhora dos resultados (morbimortalidade materna e neonatal) são encontrados com taxas superiores a 7%. (2) Apesar deste reconhecimento, dificilmente encontramos países no continente americano com taxas próximas a estas. A extensão das divergências entre os tocólogos quanto às indicações desta cirurgia sugere que a comunidade obstétrica não tem certeza quanto às indicações e, também, que a existência de fatores não médicos contribui para a maior parte destas indicações. (1)

Cada agrupamento de seres humanos, em interação constante com o meio-ambiente e com outros agrupamentos, adota um conjunto de adaptações que incluem maneiras únicas de "ser", "fazer", e "conhecer". Rezende cita Engelmann, que afirma: "...as práticas obstétricas de uma tribo ou nação indicam-lhe o grau de cultura, princípios morais e até sua civilização." (10) Dentro da diversidade de "maneiras de conhecer", emergiu na cultura ocidental nos últimos 400 anos, uma ênfase no conhecimento obtido externamente - fatos que são descobertos através da pesquisa científica, informações compiladas em gráficos e estatísticas. Recebemos este conhecimento de outras pessoas, na sala de aula, livros e mais recentemente através dos computadores. Armazenar em nossas mentes uma grande quantidade de conhecimentos adquirida externamente é essencial para o nosso sucesso na sociedade tecnocrática ocidental; somos graduados nisto, julgados por isto e bem sucedidos ou não, baseados em quanto deste conhecimento nós possuímos. E muito freqüentemente esquecemos ou tendemos a não valorizar o

conhecimento obtido internamente - que surge como um sentimento, uma intuição(11), que pode se contrapor a este conhecimento externo, percebendo suas falhas e contradições e buscar novas respostas.

Seria muito difícil, dentro dos limites conceituais da medicina, explicar de forma satisfatória o atual estágio da obstetrícia e entender o que levou ao atual modelo hegemônico de atenção às mulheres. Tentar explicar o atual estágio de desenvolvimento desta ciência requer incorporar conhecimentos provenientes de outras áreas, como a História, a Antropologia e as Ciências Políticas. Devemos assumir que a maternidade transcende a gravidez e o parto, portanto, não é um episódio médico nem individual na vida das mulheres. Ela está profundamente determinada pelas condições de vida e dos serviços de saúde. Devemos reconhecer o papel a ser desempenhado pela mulher, ou seja, entendê-la como um ser humano, com desejos, temores, necessidades e direitos.

Devemos entender que a maternidade deva ser um processo compartilhado, a Sociedade Civil e o Estado devem promover ações efetivas: redes de apoio, creches, melhores condições de emprego, educação, recreação. Favorecer a gestão participativa dos diferentes setores, como forma de acesso à tomada de decisões que favoreçam a escuta de suas demandas e a participação das mulheres, contribuindo desta forma para uma mudança de paradigma, encarando o parto e o nascimento como um momento privilegiado de fortalecimento (empowerment)(12) da mulher, que deverá ser cuidada, nutrida, amparada, mas principalmente respeitada e celebrada.

*Marcos Leite dos Santos / TEGO 508-96
Mestrando em Saúde Pública - UFSC
Membro da Coordenação Nacional da ReHuNa
Presidente do Comitê Especializado da SOGISC de Assistência e
Humanização do Parto.*

Referência Bibliográfica:

1. Goer H. Obstetric myths versus research realities. A guide to the medical literature. 1 ed. Westport, Connecticut. London: Bergin & Garvey; 1995.
2. Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J. Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis. Birth 1995;22(2):101-10.
3. Davis-Floyd R, Arvidson PS. Intuition: the inside story. 1st ed. New York. London: Routledge; 1997.
4. Minkoff HL, Schwarz RH. The rising cesarean section rate: can it safely be reversed? Obstet Gynecol 1980;56 [http://biomednet.com/db/medline/80233460\(2\):135-43](http://biomednet.com/db/medline/80233460(2):135-43).
5. O'Driscoll K, Foley M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. Obstet Gynecol 1983;61 [http://biomednet.com/db/medline/83116008\(1\):1-5](http://biomednet.com/db/medline/83116008(1):1-5).
6. Pearson JW. Cesarean section and perinatal mortality. A nine-year experience in a city/county hospital. Am J Obstet Gynecol 1984;148 [http://biomednet.com/db/medline/84101627\(2\):155-9](http://biomednet.com/db/medline/84101627(2):155-9).
7. Leveno K, Cunningham F, Nelson S, Roark M, Williams M, Guzik D, et al. A prospective comparison of selective and universal electronic fetal monitoring in 34,995 pregnancies. N Engl J Med 1986;315(10):615-9.
8. Prentice A, Lind T. Fetal heart rate monitoring during labour-too frequent intervention, too little benefit? Lancet 1987;2(8572):1375-7.
9. Sandmire H. Whither electronic fetal monitoring? Obstet Gynecol 1990;76(6):1130-4.
10. Rezende J. Obstetrícia. Conceitos, propósitos, evolução histórica. In: Koogan G, editor. Obstetrícia. 1 ed. Rio de Janeiro; 1962. p. 1-19.
11. Capra F. Holismo e saúde. In: O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1982. p. 299-350.
12. Rothman BK. In Labor: women an power in the birthplace. 1st ed. New York: W.W. Norton & Company, Inc; 1982.

EDUCAÇÃO CONTINUADA

Encontro de Ginecologistas e Obstetras em Balneário Camboriú

Uma visão contemporânea sobre Endometriose, Indicações e Contra-Indicações para a Videolaparoscopia e Tumor Anexial são alguns dos importantes assuntos do I Encontro de Diagnóstico em Ginecologia, que acontecerá em Balneário Camboriú, nos próximos dias 07 e 08 de julho, no Hotel San Remo. O evento é coordenado pela SOGISC em colaboração com a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Litoral - SOGILI e contará com a presença de renomados profissionais da área em todo o estado. A palestra de abertura será ministrada pelo médico Maurício Simões Abrão, de São Paulo, que abordará o tema Endometriose. Na manhã seguinte o primeiro assunto em pauta será a videolaparoscopia: indicações e contra-indicações, laparoscopia na infertilidade e laparoscopia nas urgências. Em seguida o tema "Avaliação ultra-sonográfica e histeroscópica do útero" será discutido sob três diferentes enfoques: 1- Ultras-sonografia; 2- Histeroscopia Diagnóstica e, 3- Histeroscopia Cirúrgica. O período da tarde está reservado para as apresentações sobre Algia Pélvica e Tumor Anexial, este último também sob três diferentes aspectos: 1- causas, diagnóstico clínico e laboratorial; 2- avaliação ultra-sonográfica e doppler e, 3- abordagem laparoscópica. Os próximos eventos da Sociedade estão previstos para Joaçaba e Florianópolis.

EXPEDIENTE

Diretoria Executiva

Presidente:

Dr. Dorival A. Vitorello

Vice-Presidente:

Dr. Carlito Moreira Filho

Secretário:

Dr. Ubiratan C. Barbosa

Tesoureiro:

Dr. Jorge Alberto de Mattos

Diretor Científico Geral:

Dr. Alberto Trapani Júnior

Diretora Científico de Obstetrícia:

Dr^a. Sheila K. Silveira

Diretora Científico de Ginecologia:

Dr^a. Raquel Aguiar da Silva

Diretora de Defesa de Classe:

Dr^a. Maria Salete M. Vieira

Edição:

Jornalista Lena Obst
Reg. MT/RS 6048

Arte Final:

PARIMPAR

Impressão:

M. DARWIN
Editor Gráfico Ltda.

Edição Online:

Monticello Consultores Associados

Criação:

Luciana Vaz

Web Designer:

Brunog Design