



# SOCIEDADE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DE SANTA CATARINA

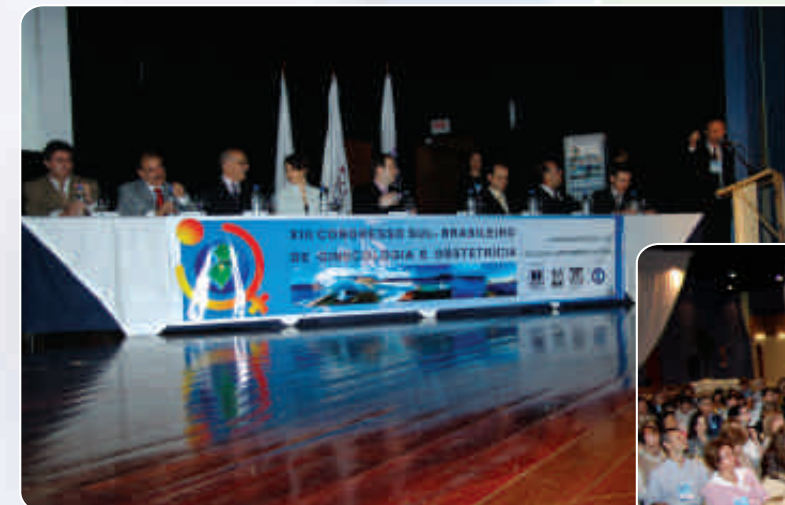
E-mail: [sogisc@sogisc.org.br](mailto:sogisc@sogisc.org.br)

N.º16 - Dezembro/2006

## XIII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia

### Atualização e conagração na capital catarinense

Florianópolis foi sede do XIII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado nos dias 19 a 22 de novembro, no Costão do Santinho. O evento foi um verdadeiro sucesso, evidenciado no número de participantes, no conagração entre os presentes, na qualidade das palestras e palestrantes que integraram a



Cerimônia de abertura do Congresso teve a participação dos principais representantes da Ginecologia e da Obstetrícia do Sul do País



A importância dos inúmeros temas abordados e o destaque dos palestrantes lotaram os auditórios, propiciando o debate e o conhecimento

## Feliz 2007 !!!

A Diretoria da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Santa Catarina deseja a todos os seus associados, familiares e parceiros de atividades um novo ano repleto de realizações e projetos para a construção de um mundo mais feliz.

Ao agradecer a presença e o apoio de todos durante o

ano de 2006, a SOGISC reafirma seu propósito de lutar por uma medicina cada vez mais eficiente e digna, para os médicos e para a população, na certeza de que somente com união de idéias e forças os anseios serão alcançados e os desejos se tornarão realidade.

**A todos um 2007 de paz !**

# editorial

## Chave de Ouro

**T**erminamos mais um ano de muitas atividades. E fechamos 2006 com chave de ouro, visto o sucesso do XIII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia. A grande maioria dos congressistas elogiou o evento, pois sentiu-se satisfeito com o conteúdo científico e a oportunidade de confraternização com colegas, num ambiente agradável e descontraído.

Também em 2006 participamos da 3ª edição do Manual de Terapêutica em Ginecologia e Obstetrícia da ACM. O manual foi organizado pela SOGISC e escrito inteiramente por profissionais catarinenses. Infelizmente, tivemos alguns problemas na editoração, tendo a gráfica editado o livro deixando de fazer correções importantes e necessárias.

O Dia do Ginecologista, em 2006, foi comemorado com um churrasco na sede da Associação Catarinense de Medicina, ao invés do tradicional baile de final de ano. Foi divertido, diferente e agradável. Quem participou, gostou.

Desenvolvemos, também neste ano, três cursos do Programa de Educação Continuada, desta vez em Blumenau, Chapecó e Tubarão. Contamos com a participação de convidados que valorizaram os eventos, através de aulas atualizadas e ricas em informações.

Para 2007, estamos preparando o III Congresso Catarinense de Ginecologia e Obstetrícia, evento científico já consagrado no nosso calendário de atividades e que acontecerá em Joinville.

Desejamos a todos um 2007 repleto de realizações, saúde e muito sucesso profissional.

Um abraço.

**Dra. Leisa Beatriz Grando**  
Presidente

## Últimas Notícias

### Churrasco de Comemoração

Em 2006 o tradicional jantar de fim de ano da SOGISC foi antecipado para o dia 28 de outubro, quando membros da Diretoria e associados comemoraram o Dia do Ginecologista com um suculento churrasco. As atividades, em clima de total confraternização, tiveram início às 11 horas e se estenderam até o final da tarde.



Ginecologistas e Obstetras comemoraram o seu dia num evento especial na sede da ACM

## Convite Especial

A Diretoria da SOGISC convida, desde já, todos os ginecologistas e obstetras a reservarem na sua agenda espaço para o Congresso Catarinense de Ginecologia e Obstetrícia, que acontecerá nos dias 23, 24 e 25 de agosto de 2007, em Joinville. Programem-se e aproveitem a oportunidade para reciclar seus conhecimentos!

## Expediente JORNAL DA SOGISC



### Diretoria Executiva

#### Presidente:

Dra. Leisa Beatriz Grando

#### Vice-Presidente:

Dra. Elisiane Heusi dos Santos

#### Secretária Executiva:

Dra. Adriana M. de Oliveira Freitas

#### Secretário Executivo Adjunto:

Dr. Salésio Nicoletti

#### Tesoureira:

Dra. Maria Salete Medeiros Vieira

#### Tesoureira Adjunta:

Dra. Ivana Fernandes Souza

#### Diretor Científico Geral:

Dr. Evaldo dos Santos

#### Diretor Científico de Obstetrícia:

Dr. Otto Henrique May Feuerschuette

#### Diretora Científica de Ginecologia:

Dra. Clarisse Salete Fontana

#### Diretor de Defesa Profissional:

Dr. Alberto Trapani Júnior

#### Diretora de Publicações:

Dra. Sheila Koettker Silveira

#### Diretor de Informática:

Dr. Marcelo Costa Ferreira

#### Conselho Consultivo e de Ética:

Dr. Jorge Abi Saab Neto

Dr. Walmor Zomer Garcia

Dr. Ricardo Nascimento

Dr. Dorival Antônio Vitorello

Dr. Alberto Trapani Jr.

### Edição

#### Texto Final - Assessoria de Comunicação

#### Jornalistas Responsáveis:

Lena Obst e Denise Christians

#### Colaboração:

Lúcia Py Lüchmann

#### Arte Final e Impressão:

Gráfica Darwin

#### Tiragem:

1000 Exemplares

## artigo científico

### Tratamento não cirúrgico da Incontinência Urinária

**A** Incontinência Urinária representa a perda involuntária de urina, que pode ser decorrente de diferentes etiologias como:

• *Incontinência urinária relacionada aos esforços.*

• *Incontinência urinária associada à urgência miccional ou Urge-incontinência.*

• *Hipermobilidade do colo vesical.*

• *Lesão intrínseca do esfíncter uretral.*

O estudo urodinâmico deveria sempre preceder qualquer tratamento cirúrgico, pois irá auxiliar no diagnóstico diferencial. É obrigatório para pacientes que já tenham sido operados, para pacientes pós AVC, com doença de Parkinson, naquelas cujos sintomas não estão correlacionados com o exame físico, pós radioterapia, e na dúvida diagnóstica. Da adequada abordagem inicial da Incontinência Urinária vai depender o sucesso do tratamento.

Recomenda-se uma boa anamnese para diferenciar os sintomas e explorar as opções de tratamento e a realização de um mapa miccional por um período de dois dias. A paciente irá anotar todas as vezes que ocorreu perda urinária, o que desencadeou a mesma, além de anotar sempre que urinar e o volume urinado. Excluir condições reversíveis, tais como infecções, diabetes, déficit hormonal, ou alterações devido ao uso de medicamentos, como álcool, diuréticos, lítio, bloqueadores -adrenérgicos, inibidores da ECA etc.

No exame físico devemos atentar para aspectos neurológicos, massas abdominais, prolapso de paredes vaginais ou de

órgãos pélvicos, realizar testes como a manobra de Valsalva, Q-Tip-test ou teste do cotonete, medir o volume de urina pós-miccional (urina residual), trofismo da mucosa vaginal etc.

Tentar iniciar sempre com tratamento não cirúrgico ou menos invasivo (exercícios da musculatura pélvica melhoram 2/3 a 3/4 dos casos de incontinência relacionada aos esforços). Injeção de substâncias periuretrais deve ser reservada para pacientes com alta morbidade cirúrgica, pois trata-se de um procedimento com tempo de ação limitado, necessitando repetição com o passar do tempo. Indicação: idosas com defeito esfíncteriano intrínseco sem hipermobilidade do colo. O uso de estrogênio melhora os sintomas da incontinência urinária, principalmente para a urge-incontinência, em mulheres na pós-menopausa. O uso concomitante de progesterona diminui ou anula o efeito dos estrogênios. Os níveis séricos de E2 parecem ser maiores para a VO, comparados com a via vaginal.

Medicamentos Anticolinérgicos (Antimuscarínicos) - os de aplicação clínica podem ser divididos em três categorias: derivados da amônia terciária (cloridrato de oxibutinina, tartarato de tolterodina e a diclofenina), os derivados de amônia quaternária (brometo de emeprônio, brometo de propantelina), e os alcalóides da beladonna.

Oxibutinina - determina melhora significativa da incontinência urinária em bexiga hiperativa, na dose de 15mg/dia (dose padrão). (Frenurin, Incontinol, Retemic). Os principais para efeitos são alterações nas glândulas salivares.

Tartarato de tolterodina - anticolinérgico altamente seletivo, causando menos efeitos nas glândulas salivares. Usar com cautela em portadores de IRC. Fármaco= Detrusitol. Posologia = 2mg 2x/dia. Reduzir para 1mg 2x/dia se apresentar alteração da função hepática. Fórmula de liberação lenta (Detrusitol LA®), com 2mg ou 4mg uma vez ao dia).

Duloxetine - antidepressivo tricíclico, inibidor seletivo da recaptção de serotonina e norepinefrina, que se mostrou eficaz para o tratamento de enxaqueca, fibromialgia e incontinência urinária. Estudos bem controlados, aceitos estatisticamente, demonstraram a eficácia da duloxetine para tratamento da incontinência urinária, incluindo a IUE. Efeito adverso mais freqüente = náusea (1 em cada 8 pacientes abandonaram o tratamento devido a náusea). Contra indicação em pacientes com disfunção hepática. Droga = Cymbalta comp. de 20 e 60mg. Dose= 20 a 40 mg 2x/dia, ideal 40mg 2x/dia.

*Para o tratamento da incontinência urinária de esforço está recomendado:*

• Exercícios do assoalho pélvico, uso de cones vaginais.

• Estrogênios.

• Duloxetine é o único que possui estudos em fase III comprovando a eficácia.

• Imipramina = não possui estudos adequados.

*Para incontinência urinária mista:*

• Modificações comportamentais, reeducação do assoalho pélvico.

• Uso de Imipramina (ação noradrenérgica e anticolinérgica).

### Técnicas Cirúrgicas para IUE

#### • Uretrocistopexia Retropúbica pela Técnica de Burch

Considerada o padrão ouro para o tratamento de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), tendo como base o tempo de aplicação da mesma e o número de pacientes tratadas. Os índices de cura são díspares, porém, estudos bem conduzidos demonstram eficácia em torno de 80 a 90%. A desvantagem com relação às técnicas atuais, se dá por razão da maior complexidade e invasão que o procedimento requer. Pode ser realizado por laparoscopia. A complicação mais freqüente é o sangramento, seguida da obstrução uretral.

#### • Sling Fascial

Indicado tanto para tratamento de IUE como para lesão intrínseca da uretra. Realizado por transfixação através do espaço retro-púbico, de uma "alça" confeccionada a partir de aponeurose do músculo reto-abdominal, de fâscia látea, de retalho de mucosa vaginal ou de material sintético (polipropileno monofilamentar ou outras telas, sendo que a tela de marlex é a que produz maiores índices de complicações). As complicações maiores foram transfixação da bexiga ou ureter, necessitando de realização sistemática de cistoscopia transoperatória,

retenção urinária prolongada, erosão da uretra pela tela, rejeição da tela. Os resultados dependem do material utilizado e giram em torno de 70% a 95%.

#### • Tension-free Vaginal Tape - TVT

Com as mesmas indicações do sling fascial, porém, menos invasivo. O tempo cirúrgico é bastante reduzido e o procedimento pode ser realizado com anestesia local. As desvantagens são a necessidade de treinamento e o preço das "meshs". A complicação mais freqüente é a perfuração vesical. A bexiga estar sondada durante o procedimento e a uretra identificada através de um fio guia. Cistoscopia transoperatória é obrigatória. Índice de sucesso= 80 a 95%.

#### • Sing Transobturatório - TOT

Mesmas indicações feitas para os outros tipos de slings. Procedimento minimamente invasivo, menores riscos de complicações comparado com o TVT, procedimento de fácil realização. Taxas de sucesso equivalentes ao TVT. Maior complicação relatada é a lesão inadvertida do feixe vasculo-nervoso podendo, o qual é evitado com a adequada posição da paciente.

**Dra. Clarisse Salete Fontana**

## Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia supera as expectativas

Foi um verdadeiro sucesso o XIII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, que aconteceu no Costão do Santinho Resort, em Florianópolis, de 19 a 22 de novembro último. O evento superou as expectativas de público ao reunir 1.400 congressistas, 240 trabalhos inscritos, 79 convidados nacionais e dois internacionais: os médicos Luís Flávio de Andrade Gonçalves, Professor Assistente de Ginecologia e Obstetrícia da Wayne State University, em Detroit, Michigan/EUA, e Ricardo Gomez, do CEDIP - Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales, do Hospital Sótero del Río - Pontificia Universidad Católica de Chile, de

Santiago/Chile, que contribuíram de forma significativa para engrandecer ainda mais a programação científica desenvolvida.

"O Congresso foi muito elogiado por todos, pela qualidade das palestras e dos palestrantes, bem como pela forma de apresentação das aulas e a organização, com horários respeitados e poucos atrasos", destacou a Presidente da SOGISC, Dra. Leisa Beatriz Grando. Outro ponto que chamou a atenção dos presentes foi o alto astral das pessoas, tanto da organização, como palestrantes e congressistas. "Transcorreu tudo de maneira muito tranqüila e

também contamos com uma boa circulação nos estandes de expositores, durante os intervalos, o que os deixou muito satisfeitos".

A cerimônia de abertura teve uma mensagem do Dr. Almir Urbanetz, que representou o Presidente da Febrasgo (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia), Dr. Nilson Roberto de Melo, seguida pelo pronunciamento de boas vindas do Presidente do Congresso, Dr. Alberto Trapani Júnior. Logo depois iniciou o show do saxofonista Jeovanny de Luch, que ani-



Durante o evento, ginecologistas e obstetras dos estados do Sul receberam informações atualizadas sobre a especialidade



Diversos cursos complementaram a programação científica do Congresso, entre eles o de Mortalidade Materna



Dr. Luís Flávio de Andrade Gonçalves (de crachá amarelo), convidado estrangeiro, ex-residente da Maternidade Carmela Dutra



Aula do Dr. Edison Fedrizzi fez parte da programação científica e foi amplamente prestigiada pelos congressistas

### Comissão Organizadora

**Dr. Alberto Trapani Júnior**  
Presidente do Congresso

**Dra. Leisa Beatriz Grando**  
Presidente da SOGISC

**Dr. Fernando C. de Oliveira Júnior**  
Presidente da SOGIPA

**Dr. João A. Piffero Steibel**  
Presidente da SOGIRS

**Dr. Nilson Roberto de Melo**  
Presidente da FEBRASGO

**Dr. Almir Antônio Urbanetz**  
Vice-Presidente da FEBRASGO

**Dr. Jorge Abi Saab Neto**  
Presidente da Comissão Científica

**Dra. Maria Salete Medeiros Vieira**  
Tesoureira

**Dra. Adriana Magalhães de O. Freitas**  
Secretária Executiva

## Presidentes dos Estados Vizinhos parabenizam pelos resultados

"A organização do Congresso estava muito boa e certamente foi resultado da preocupação em oferecer aos congressistas o melhor e mais atualizado programa na especialidade. Merece destaque também o número de participantes aos debates desenvolvidos, que superou todas as expectativas. O tema que mais chamou minha atenção foi o dano neurológico fetal, que ficou bem mais para causas intra-uterinas do que por motivos do parto. Já na programação social, gostaria de salientar o elogiável conagraamento de todos os colegas dos diferentes estados que, sempre alegres, prestigiaram e apoiaram o evento. Espero que possamos fazer um Congresso com a mesma qualidade em 2008, que terá como sede o Rio Grande do Sul".

**Dr. João Steibel**

**Presidente da SOGIRS - Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul**

"O Congresso foi um sucesso, tanto em número de inscritos quanto em relação aos temas escolhidos, possibilitando uma ampla diversidade e despertando o interesse dos congressistas. Na verdade, o evento teve vários pontos positivos, desde a abertura, rápida e objetiva, até a recepção e o acolhimento dos nossos amigos catarinenses, sempre muito calorosos, possibilitando um grande entrosamento entre os profissionais dos três estados participantes. Por tudo isso, e muito mais, o Congresso estava ótimo, e os nossos amigos melhores ainda. Parabéns aos colegas Alberto Trapani, Leisa Grando, Jorge Abi Saab Neto, Dorival Vitorello, e toda a Comissão Organizadora".

**Dr. Fernando Cezar Oliveira Júnior**

**Presidente da SOGIPA - Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná**

## registro fotográfico



Dra. Leisa Beatriz Grando (Presidente da SOGISC) e Dr. Alberto Trapani Júnior (Presidente do Congresso) entregaram prêmios aos colegas sorteados durante o evento



Grupos de médicos catarinenses, gaúchos e paranaenses prestigiaram a programação científica e social preparada para contemplar as necessidades dos especialistas



Dr. Ricardo Gomez, do CEDIP - Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales, do Hospital Sótero del Río, do Chile, foi um dos destaques do evento

## Especialistas da SOGISC destacam temas do XIII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia

### Mesa Redonda sobre Gastroplastia Redutora

Por: Dra. Ivana Fernandes Souza

Um dos temas abordados no XIII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia e que atraiu grande público foi a mesa redonda sobre Gastroplastia Redutora. Na oportunidade, o Dr. Celso Empinotti, de Santa Catarina, apresentou as indicações, técnicas e alterações metabólicas decorrentes da cirurgia; o Dr. César Pereira Lima, do Rio Grande do Sul, falou sobre os cuidados na pré-concepção e gravidez, e a Dra. Claudete Reggiani, do Paraná, sobre as repercussões na anticoncepção e alterações hormonais. Todos ressaltaram os riscos decorrentes da obesidade para a saúde geral dos pacientes, como o aumento da incidência das doenças cardiovasculares, de diabetes, as repercussões ginecológicas, como o câncer de mama e endométrio, as irregularidades menstruais, anovulação crônica e infertilidade.

De acordo com o Dr. Celso Empinotti, atualmente 60% das mulheres em idade fértil, nos EUA, apresentam sobrepeso, sendo 30% obesas. No Brasil, em 1975, 4,4 % das mulheres adultas eram obesas

e 3,6% dos pré-escolares, aumentando para 10,1% e 7,6% respectivamente em 1996.

Segundo a Dra. Claudete Reggiani, foram realizadas, em 1993, nos EUA, 14.000 cirurgias bariátricas e 140.000 em 2004. A técnica mais utilizada na atualidade é o Bypass gastrointestinal, também conhecida como cirurgia de Capella. Após a cirurgia os pacientes chegam a perder 60 a 85% do peso corporal em 2 anos.

Com a cirurgia e a conseqüente perda de peso, muitas pacientes têm seu mecanismo do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal restaurado, passando a menstruar regularmente, resgatando a fertilidade.

De acordo com o Dr. César Pereira Lima, a gravidez é contraindicada nos primeiros 18 meses após a cirurgia. Este é um período de readaptação das pacientes, ocorrendo intensa perda de peso e risco de alterações metabólicas-nutricionais. A gravidez neste período pode, portanto, repercutir muito negativamente tanto para a mãe quanto para o bebê. Passados os primeiros 18 meses da cirurgia e

havendo projeto de gestação, a paciente deve ser orientada a usar polivitamínicos, ferro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina D3 e cálcio, devendo ser mantidos por toda a gestação e também no período de amamentação. A gestante deverá fazer a cada 2 meses, dosagens séricas de cálcio, ferro, albumina, ácido fólico, magnésio, glicose, vitamina B12, zinco, além de hemograma e exame parcial de urina.

Em relação à anticoncepção, a Dra. Claudete Reggiani referiu que, de acordo com a literatura, os métodos anticoncepcionais melhor indicados no primeiro ano após a cirurgia são os métodos de barreira, o DIU medicado com cobre e o contraceptivo hormonal injetável trimestral. Após 18 meses da cirurgia podem ser utilizados: os contraceptivos transdérmicos, o anel vaginal, o injetável mensal, o implante sub-dérmico e o dispositivo intra-uterino medicado com levonorgestrel. Ainda, segundo a Dra. Claudete, de acordo com Wittgrove (1998), após a gastroplastia redutora, os anticoncepcionais orais passam a não ser métodos confiáveis, uma vez que a absorção intestinal é irregular,

### Manejo de Situações Especiais: Tireoidopatias

Por: Dra. Clarisse Salete Fontana

Na mesa redonda **Manejo de Situações Especiais na Mulher: a Participação do Ginecologista**, foram abordados assuntos de grande excelência para os médicos da especialidade, que lotaram a sala, não havendo tempo suficiente para discussão de todos os questionamentos junto aos palestrantes. A Dra. Vera Boza, do Paraná, falou sobre tireoidopatias e chamou atenção para o diagnóstico a partir de sintomas subclínicos, que devem ser lembrados e investigados pelo ginecologista. Segundo a médica, a análise do TSH é suficiente para o rastreio.

Ressaltou a importância do equilíbrio adequado da função

tireodiana para a gestante. Situações de hipotireoidismo estão freqüentemente associadas com infertilidade, parto prematuro, abruption e placenta prévia. Parece haver também uma maior incidência de perdas fetais e abortamentos. Crianças nascidas de mães com hipotireoidismo subclínico não tratado podem apresentar maior déficit cognitivo, na maioria das vezes só percebido em idade escolar.

O hipotireoidismo subclínico é também conhecido fator de risco para dislipidemias, levando a uma hipercolesterolemia secundária. O hipertireoidismo é encontrado em aproximadamente 0,2% das

gestações. Durante a gestação o controle do hipertireoidismo é essencial tanto para o bem estar da mãe, como para o do feto. Doença não controlada está associada com prematuridade e com baixo peso ao nascimento; também se associa com hiperemese gravídica mais severa. A medicação deve ser mantida durante a gestação e, o propiltuiracil é a droga de escolha. O tapazol está associado com maior risco de malformações fetais. A correlação entre o metabolismo ósseo e os hormônios tireoidianos é bem conhecida, estando o hormônio tireoideano associado ao aumento do metabolismo ósseo. Os estados de hipertireotoxicose levam a osteopenia/osteoporose,

## Vacina HPV anunciada no Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia

Por: Dr. Edison Fedrizzi

Durante o XIII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia foi anunciada a aprovação da vacina contra o vírus HPV (Papiloma Vírus Humano), que tem mais de 150 tipos diferentes de vírus, dos quais 45 provocam infecções na área genital masculina e feminina. Destes os de número 6 e 11 são responsáveis por 90% dos casos em que aparecem as verrugas genitais (condilomas acuminados). Os vírus de números 16 e 18 causam câncer anogenital e são responsáveis por 60% dos casos de câncer de colo de útero, tornando mais complicado encontrar um tratamento eficaz, porque em geral há recidiva. Por isso, há cerca de 20 anos, na década de 80, pesquisadores de vários países iniciaram estudos para encontrar uma vacina. Em 2000 o Brasil e outros 33 países, envolvendo 150 centros de pesquisas do mundo, iniciaram um estudo multicêntrico para

avaliar a vacina quadrivalente, contra o HPV 6, 11, 16 e 18. Atualmente está na fase 3 da pesquisa: de avaliar a eficácia da medicação em voluntários humanos, primeiramente mulheres sexualmente ativas, de 16 a 26 anos.

Os resultados obtidos neste ano de 2006 mostraram que a vacina é 99% eficaz nas lesões pré-cancerosas e no câncer da área genital; 70% no HPV 6 e 11, e 80% de prevenção quando os resultados ligados à reação cruzada em vírus. "Com isso encerramos a pesquisa e a medicação já está sendo comercializada em diversos países, como Estados Unidos da América, Canadá, México e Austrália. No Brasil, já foi aprovado pela Anvisa no dia 28 de agosto/06, aguardando apenas a liberação do valor para comercialização, que deverá sair brevemente. Num primeiro momento devem ser ministradas três doses, sendo a segunda dois meses após a primeira, e a terceira

quatro meses após a segunda dose", adianta Dr. Edison Fedrizzi, responsável pelo Projeto HPV, na UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina, que é considerada um dos melhores centros de pesquisas do país.

O médico explica ainda que já se encontra em fase final o estudo que avalia a vacina para adolescentes do sexo feminino e masculino, a partir dos 15 anos, porque segundo as pesquisas, nesta faixa etária os níveis sorológicos deles mostraram-se mais eficazes que nas mulheres sexualmente ativas. A idéia é vacinar antes da iniciação sexual para prevenir a doença. O Dr. Fedrizzi acredita ainda que será necessário apenas mais um ano de pesquisas para obter os resultados da vacina para homens. Além disso, em 2006 iniciaram estudos visando vacinar as mulheres de 25 a 45 anos. Os primeiros resultados deverão estar concluídos em cerca de dois anos.

### Curso Intra-Congresso de Medicina Fetal

Por: Dr. Roberto Noya Galluzzo\*

No último mês de novembro tivemos a realização do XIII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, em Florianópolis, no Costão do Santinho, evento que se destacou por sua organização primorosa, além de conter assuntos de relevância para a prática da boa ginecologia e obstetrícia. Dentre os assuntos que foram apresentados destacamos a realização do curso intra-congresso proferido pela Dra. Sílvia Méier e pelos Drs. Roberto Noya e Mário Júlio Franco.

A Dra. Sílvia Méier abordou o assunto intitulado Ecocardiografia fetal: como faço, dando destaque para as indicações da realização do exame como antecedentes maternos de doença cardíaca, doenças auto-imunes, infecções e outras. Destacou também que as malformações cardíacas respondem por 0,8 a 1,2% dos nascimentos, que a época ideal de realiza-

ção do exame é por volta de 20 - 22 semanas, sendo o rastreio de primeiro trimestre com a translucência nuchal e ducto venoso marcadores de malformação cardíaca.

O Dr. Mário Júlio falou a respeito do compartimento útero placentário e arterial fetal pelo Doppler, destacando a importância do rastreamento para DHEG com a insoneção das artérias uterinas e destaque para a incisura e o valor de PI. A respeito do sistema arterial fetal relatou que a avaliação deste sistema em termos de bem-estar fetal é incompleto, não sendo possível precisar o quanto está sendo comprometido o feto e qual o momento de interrupção da gestação.

Ao Dr. Roberto Noya coube apresentar o sistema venoso fetal e atividades biofísicas. Destacou que a avaliação do sistema venoso fetal se dá através do Doppler do ducto venoso, sendo este um marcador de comprometimento

fetal de gravidade que se correlaciona com estado de acidemia fetal, sendo então o momento da interrupção da gestação quando da sua alteração. Com relação às atividades biofísicas, lembrou o perfil biofísico, sua pontuação e interpretação, não dando destaque na sua utilização em comparação com o Doppler arterial e venoso na condução da gestação com comprometimento do bem-estar fetal.

Parabenizamos a Comissão Organizadora pelo excelente Congresso que nos foi oferecido.

*\*Dr. Roberto Noya é médico ultrasonografista em Ginecologia/Obstetrícia do HU/UFSC e do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz. galluzzo@ig.com.br*

*\*autor do artigo sobre Circular de Cordão, publicado na edição anterior*

**Angeliq®**  
drospirenona  
estradiol

**ANGELIQ<sup>®</sup>**  
2mg drospirenona

a baixa dose de E<sub>2</sub> e drospirenona,  
ecido com a progesterona natural.<sup>1</sup>

icóide

e líquidos e, portanto, o aumento do peso corporal.<sup>1,2</sup>

ma pele mais saudável, elástica e firme.<sup>3,4</sup>

**ANGELIQ<sup>®</sup>**  
estradiol 1 mg  
drospirenona 2 mg  
uso adulto  
CONTÉM 28 comprimidos  
revestidos

**NOVO**

Caixa com  
**28**  
comprimidos  
revestidos

12 (10 Jul 2005) / 133 CICLON/Bra

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 111–118

[illegible][illegible]