



SOCIEDADE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DE SANTA CATARINA

E-mail: sogisc@sogisc.org.br

N.º17 - Abril/2007

Joinville será sede do III Congresso Catarinense de Ginecologia e Obstetrícia

Uma programação rica em conteúdo científico está sendo preparada para os participantes do III Congresso Catarinense de Ginecologia e Obstetrícia, que acontecerá em Joinville, no período de 23 a 25 de agosto. Programe-se e participe do maior evento da especialidade em Santa Catarina.



Lages abriu o Programa de Educação Continuada
da SOGISC em 2007

Trabalho Conjunto

O Ano de 2006 foi de muito trabalho e de conquistas para a SOGISC. Depois de uma pausa merecida, estamos reiniciando nossas atividades, pois teremos neste ano nosso III Congresso Catarinense da especialidade, evento que desta vez será sediado na cidade de Joinville. Será um novo desafio para todos nós!

Estamos trabalhando em conjunto com os colegas de Joinville, o que está sendo uma experiência enriquecedora. Nosso objetivo é organizar um evento da melhor qualidade para todos os catarinenses.

Contaremos com a presença de professores de renome, que apresentarão as últimas novidades em temas relevantes para a especialidade.

Estamos também atuando em conjunto com os colegas de Lages e de Criciúma, preparando nossos Encontros de Educação Continuada para todo o ano de 2007.

O objetivo da Sociedade é promover cursos de curta duração com assuntos atuais e em horários que facilitem a adesão dos médicos especialistas, sem atrapalhar a agenda profissional. Além do aprimoramento científico e troca de experiências, a SOGISC pretende contribuir para a confraternização de todos os ginecologistas do estado.

Nosso trabalho apenas se justifica se houver a participação de cada um de vocês, associados. Estamos à sua espera.

Um abraço
Leisa Grandó

Programação Científica SOGISC 2007

Programa de Educação Continuada SOGISC/SOGIS

Data: 20 e 21 de abril de 2007

Local: Grande Hotel - Rua João de Castro, 23 - Centro - Lages - SC

Tel.: (48) 3231-0318

E-mail: sogisc@acm.org.br

Programa de Educação Continuada SOGISC/SOGISCA

Data: 23 e 24 de junho de 2007

Local: Auditório UNESC - Criciúma - SC

Tel.: (48) 3231-0318

E-mail: sogisc@acm.org.br

III Congresso Catarinense de Ginecologia e Obstetrícia e II Simpósio Catarinense de Endoscopia Ginecológica

Data: 23, 24 e 25 de agosto de 2007

Local: Centreventos Cau Hansen - Joinville - SC

Tel.: (48) 3231-0318

E-mail: sogisc@acm.org.br

Programa de Educação Continuada SOGISC

Dias: 26 e 27 de outubro de 2007.

Local: Florianópolis - SC

Tel.: (48) 3231-0318

E-mail: sogisc@acm.org.br

Expediente JORNAL DA SOGISC



SOCIEDADE DE
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
DE SANTA CATARINA

Diretoria Executiva

Presidente:

Dra. Leisa Beatriz Grandó

Vice-Presidente:

Dra. Elisiane Heusi dos Santos

Secretária Executiva:

Dra. Adriana M. de Oliveira Freitas

Secretário Executivo Adjunto:

Dr. Salésio Nicoleit

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 Lúchmann

Arte Final e Impressão:
Gráfica Darwin

Tiragem:
1000 Exemplares

Prepare-se para o III Congresso Catarinense de Ginecologia e Obstetrícia

O Cento de Eventos Cau Hansen, em Joinville, será o palco do III Congresso Catarinense de Ginecologia e Obstetrícia, nos dias 23 a 25 de agosto. A programação foi elaborada com todo o

cuidado e com a qualidade necessária, incluindo o curso pré-congresso de Ginecologia e Obstetrícia Ambulatorial para o Programa de Saúde da Família. Vale destacar ainda que o Congresso

acontecerá paralelamente ao II Simpósio Catarinense de Endoscopia Ginecológica e Endometriose. Prepare-se e aproveite ao máximo todas as oportunidades de reciclar o seu conhecimento.

Temas da Programação Preliminar:

- Atualização – dislipidemias, anemia ferropriva e osteopenia-osteoporose
- Uroginecologia: Diagnóstico, tratamento clínico e tratamento cirúrgico
- Hormonioterapia e risco trombogênico
- Câncer de mama: Fatores de risco e novidades em prevenção / Métodos diagnósticos não invasivos e invasivos
- Endocrinologia infanto-puberal: Alterações isoladas / Irregularidade menstrual
- Reserva ovariana e o potencial reprodutivo
- Trabalho de parto disfuncional / Monitorização intra-parto / Extração fetal difícil (parto distócico)
- Avaliação pré-concepcional: Abortamento habitual / Aconselhamento genético
- Gestação múltipla: manejo das complicações
- A gestante com doença sistêmica: Nefropatas / Cardiopatas / Doença neurológica
- Gestação Pós-termo: quando e como induzir / Pré-termo – rastreamento e prevenção
- Contracepção hormonal: Mulheres acima dos 35 anos / Manejo do sangramento de escape na usuária de contra-

- cepção oral / Menstruar X não menstruar: riscos e benefícios
- Manejo do HPV: Rastreamento do Câncer Cervical: Citologia oncológica X Captura híbrida / Tratamento da lesão de alto grau, ASCUS, ASGUS
- Climatério: alternativas terapêuticas
- Medicina fetal: Rastreamento da Síndrome de Down: novos marcadores / Quando interromper uma gestação com o feto centralizado / Ultra-som 3D
- Gestação de alto risco: Avanços em pré-eclâmpsia / Diabetes gestacional
- Terapia celular – avanços

II Simpósio Catarinense de Endoscopia Ginecológica e Endometriose

Histeroscopia
Oncologia
Variedades técnicas da endoscopia ginecológica
Laparoscopia
Endometriose
Novos métodos diagnósticos não cirúrgicos da endometriose

Lages abriu Programa de Educação Continuada

Lages foi a sede do primeiro evento do Programa de Educação Continuada da SOGISC em 2007, que aconteceu no Grande Hotel, dias 20 e 21 de abril, trazendo à discussão o tema Patologia Cervical – HPV Gestação de Alto Risco. A Dra. Adriana M. Oliveira Freitas, Secretária Executiva da SOGISC, representou a entidade

durante a programação e ficou bem impressionada com os resultados. “A qualidade das aulas foi ótima, o nível excelente dos palestrantes motivou a participação do público presente”. Segundo ela, todos os assuntos foram de interesse geral, da prática diária da especialidade. “Considero muito importante esta iniciativa da

SOGISC, de levar as grandes discussões científicas da especialidade aos médicos de outras cidades catarinenses, porque nem sempre eles podem se dirigir aos grandes centros para participar de eventos. Assim eles não se sentem isolados e têm mais uma oportunidade de atualização profissional. E esse é o objetivo da Sociedade”.



Colegas da região de Lages participaram dos debates e da congregação da classe nos dois dias do evento

Contraceção oral combinada e risco cardiovascular

Um conceito, historicamente definido, associa o uso das combinações estrógeno-progestágenos com um aumento de morbidade e mortalidade devido a doenças cardiovasculares. Com a redução da dose (segunda geração) e o uso de novos progestágenos, como o gestodeno e desogestrel (terceira geração), temos procurado a diminuição deste risco.

O sistema de coagulação é mantido por um balanço dinâmico entre pró coagulantes e fatores anticoagulantes. Os estrógenos, isoladamente, afetam ambos os sistemas, sendo dose-dependentes. Os progestágenos não possuem ação sobre a cascata de coagulação. O gestodeno e o desogestrel melhoram o perfil lipídico, em relação ao levonogestrel. Contudo, os novos progestágenos potencializam mais a ligação das enzimas carreadoras de gonadotrofinas aos receptores estrogênicos.

Doença coronariana

Como o perfil lipídico do contraceptivo combinado oral (CCO) de terceira

geração é melhor, espera-se uma redução no risco de doença coronariana. Este fato ainda não pode ser comprovado nos grandes estudos. O risco relativo de infarto do miocárdio (IM) está em torno de 2, comparando usuárias de CCO e não usuárias. Como a incidência de IM é muito pequena na idade das usuárias de contraceptivos, o aumento de risco não é muito importante e se correlaciona mais aos outros fatores de risco, principalmente o fumo. As mulheres que fizeram uso de CCO não têm o risco aumentado de doença coronariana mais tarde.

Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Alguns estudos, todos com limitações metodológicas, têm demonstrado um pequeno aumento na incidência dos AVC isquêmicos. Este risco está associado a outros fatores, como o fumo e a hipertensão. Os CCO não aumentam o risco de AVC hemorrágico.

Tromboembolismo Venoso (TEV)

O risco aumentado de TEV já é bem conhecido. É de 2 a 4 vezes se comparado a não usuária de CCO. Também é dependente de outros

fatores de risco, como a trombofilia, o fumo, a obesidade e a hipertensão. Algumas revisões têm demonstrado um risco maior (RR de 1,5) entre os CCO de terceira geração, comparados com os de segunda.

Nos estudos publicados, inclusive no EURAS, a drospirenona não apresentou risco cardiovascular maior que outros contraceptivos.

Conclusão

Vale lembrar que a própria gravidez aumenta o risco de doenças cardiovasculares, notadamente o AVC e o TEV.

A seleção da paciente diminui bastante os riscos do uso dos CCO (ver manual da FEBRASGO).

Dr. Alberto Trapani Júnior
Ginecologista e Obstetra, Chefe do Núcleo de Obstetrícia do Hospital Universitário da UFSC, com pós-graduação em Sexualidade Humana

Dra. Clarisse Salete Fontana
Ginecologista e Obstetra do Hospital Universitário da UFSC e Hospital Regional de São José

Rastreo para malformação cardíaca fetal

O diagnóstico pré-natal das cardiopatias congênitas é importante para o adequado cuidado obstétrico e neonatal. Considerando a importância prognóstica do reconhecimento intra-uterino das alterações cardíacas, todos os esforços devem ser mobilizados no sentido de avaliar o coração fetal. A ecocardiografia fetal passou a ser instrumento importante para o reconhecimento destas alterações. A consequência desse fato é que muitas cardiopatias graves com necessidade de atendimento clínico-cirúrgico de emergência logo após o nascimento passaram a ter seu diagnóstico estabelecido intra-útero, propiciando o planejamento adequado para o nascimento e atendimento neonatal.

Aproximadamente oito em cada 1000 nascidos vivos são crianças com cardiopatia congênita. As cardiopatias congênitas que se manifestam no período neonatal são usualmente as mais graves e as causas mais freqüentes de emergência em cardiologia pediátrica. Estas devem ser reconhecidas no diagnóstico diferencial quando estiver presente desconforto respiratório e cianose. Recentemente vem aumentando o número de recém-natos cardiopatas com diagnóstico conhecido antes do

nascimento, pela ecocardiografia fetal. Este fato tem melhorado o prognóstico destas crianças por antecipar a necessidade de atendimento de emergência. O período ideal para realização do exame é entre 18 e 24 semanas de gestação.

Em trabalho realizado por Rústico et al. justificou-se a realização de rastreo de malformação cardíaca fetal na população de **baixo risco**, mesmo sendo levado em conta a relação custo-benefício do exame.

A seguir coloca-se a relação de patologias principais em que há indicação do rastreo de malformação cardíaca fetal, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia na publicação "Diretriz para Indicações e Utilização da Ecocardiografia na Prática Clínica":

Indicações da ecocardiografia fetal:

- Detecção ou exclusão de anormalidades cardíacas fetais como rotina da avaliação pré-natal, independentemente da presença de fatores de risco para cardiopatias.
- Translucência nucal aumentada no primeiro trimestre.
- Presença de alterações do ritmo cardíaco.
- Presença de fatores de risco materno-

familiar para cardiopatias.

- Cariótipo alterado.
- Diabetes materno.
- Lupus eritematoso sistêmico ou outra colagenose materna.
- Exposição a agentes teratogênicos.
- Uso materno de indometacina, aspirina, antiinflamatórios e outros medicamentos que interfiram no metabolismo da prostaglandina.
- Hidropsia fetal não imunológica.

Dr. Roberto Nóia Galluzzo
Ginecologista, obstetra e ultrasonografista, médico do Hospital Universitário da UFSC e Instituto Fernandes Figueira FIOCRUZ



O que há de novo em vaginose bacteriana

Vaginose bacteriana (VB) é a desordem vaginal mais prevalente na mulher adulta, acometendo 10% a 51% da população feminina ao redor do mundo, sendo mais freqüente nas fumantes, com maior número de parceiros sexuais, de baixo nível sócio-econômico, usuárias de duchas vaginais, e menos freqüente nas usuárias de condom e contraceptivos orais. É doença polimicrobiana caracterizada por diminuição da flora de Lactobacilos produtores de peróxido de Hidrogênio e aumento da flora anaeróbica restrita e facultativa, principalmente *G vaginalis*, *Prevotella* spp, *Bacteróides* spp, *Mobiluncus* spp, *Coccus* gram-positivos e *microplasma genitais*.

Sua patofisiologia é pobremente entendida, havendo dúvidas se a proliferação anaeróbica é causa ou consequência da diminuição da flora bacilar. Pouco progresso foi alcançado estudando-se as bactérias presentes nas culturas vaginais, porém, com o advento de novas técnicas de biologia molecular, detectando e caracterizando seqüências de DNA (16S rRNA) através de sondas, identificaram-se bactérias que não cresciam em meios de cultura próprios, e que não se acreditava fazerem parte da flora vaginal (*Atopobium Vaginae*, *Leptotrichia/Sneathia sp*, *Megaesphaera sp*, *Eggerthella-like bacterium*, *BV-associated bacterium 1, 2 e 3*). Algumas, como o *Atopobium vaginae*, são anaeróbias restritas altamente resistentes ao metronidazol, o que sugere ter importante papel na recorrência.

Ao contrário da microbiologia, muito se progrediu na interpretação das mudanças imunológicas associadas à VB, infecção atípica, pois ocorre na ausência de sinais clínicos

de inflamação. As interleucinas pró-inflamatórias IL-1 α e IL-1 β se encontram localmente aumentadas, enquanto IL-8, que é potente quimiotático e ativador de polimorfonucleares, encontra-se diminuída por ação de proteases oriundas da superpopulação bacteriana. A Gardnerella vaginalis hemolisina (IgA anti-Gvh), responsável pela resposta sítio-específica ao agente, sofre extensa degradação por ação de enzimas hidrolíticas produzidas por *Prevotella* e *Bacteróides* spp (sialidases), e por *G vaginalis* e *Mobiluncus* (prolidases). O antígeno de Lewis, que inibe a ligação de agentes infecciosos às células humanas, tem sua expressão diminuída e mesmo ausente em populações em que a VB é mais prevalente. Estas alterações imunológicas rapidamente retornam à normalidade quando o tratamento é efetivo. Existem variações nesses mecanismos, mostrando que a regulação entre a atividade pró e antiinflamatória das citocinas é pessoal, determinando a presença de diferentes subgrupos de pacientes com VB, e justificando a alta recorrência encontrada.

O diagnóstico clínico é extremamente falho, pois 50% das pacientes não valorizam os sintomas, e os achados da inspeção vaginal não são patognomônicos. O diagnóstico por telefone é inaceitável. O achado de 3 dos 4 critérios descritos por AMSEL (leucorréia típica, presença das células pista na microscopia a fresco, pH >4.5, odor amínico com adição de KOH a 10%) tem boa sensibilidade, porém, o padrão ouro é a coloração por Gram e interpretação pelo método descrito por Nugent. Nesta técnica se quantifica a flora de Lactobacilos, Gram negativos e *Mobiluncus*, tendo

a flora normal pontuação de 0 a 3, a flora intermediária pontuação de 4 a 6, e a flora de VB pontuação de 7 a 10.

O tratamento visa melhorar os sintomas, reduzir o risco de infecção após parto, aborto e histerectomia, além de reduzir o risco de parto prematuro. O screening de gestantes assintomáticas só mostrou diminuir a incidência de parto prematuro naquelas com alto risco de prematuridade, e nestes casos o tratamento de escolha é oral por 7 dias. Os tratamentos mais utilizados são Metronidazol e Clindamicina. Não há diferença na eficácia entre tratamento tópico ou oral, sendo o primeiro isento de efeitos gastrointestinais, porém, menos tolerado pelas pacientes e associado à vaginite por Cândida. Nas recorrências (4 ou mais casos em 12 meses) recomenda-se mudar a classe do antibiótico, evitar tratamentos em dose única e prolongar o tratamento. Teste terapêutico com Secnidazol, Tinidazol ou Tianfenicol é uma boa alternativa, visando bactérias resistentes ao Metronidazol não identificadas em cultura e espécies de *Mobiluncus*. Relatos de uso de Cefalexina, Amoxicilina, Doxaciolina ou associação entre Amoxicilina e Metronidazol mostraram bons resultados, porém, assim como os acidificantes vaginais e suplementação de lactobacilos não foram suficientemente testados e comparados com a terapia habitual. O uso de Metronidazol tópico 2 noites por semana durante 6 meses tem eficácia de 95%.

Dr. Otto Henrique May Feuerchuetz
Médico ginecologista e obstetra do Hospital Universitário - UFSC e Professor do Departamento de Saúde Materno Infantil da UNISUL

Luto na Ginecologia Catarinense

A SOGISC informa, com profundo pesar, o falecimento da querida colega e amiga Rosângela Maria de Oliveira Puel, ocorrido prematuramente no dia 24 de abril. Rosângela, que morava e exercia a profissão em Palhoça, foi enterrada em Urubici/SC, sua terra natal, deixando esposo e três filhos, além de uma enorme lacuna na medicina catarinense e no coração

dos amigos. Nascida em 18 de novembro de 1959, graduou-se em Medicina em 1984, pela Universidade Católica de Pelotas, escolhendo a Grande Florianópolis para morar e exercer a profissão. Iniciou suas atividades no Hospital e Maternidade Carlos Corrêa e na Clínica Clinifemina. Em 1988 passou a trabalhar em Palhoça, no seu consultório próprio e

no Sindicato dos Trabalhadores Rurais do município (1989 a 1996), bem como na Prefeitura local (1989 - 1990). Em seu consultório de ginecologia atendeu suas pacientes até o dia 16 de março deste ano. Era casada com Saulo Puel e mãe de Gabriel, graduando de medicina na UFSC; Rodrigo, que cursa engenharia, e a caçula Ana Gabriela.

Recomendações atuais na presença de mecônio no líquido amniótico

O mecônio aparece no íleo de fetos humanos entre 10 e 16 semanas de gestação e, geralmente, somente estará presente no líquido amniótico próximo do termo. A eliminação de mecônio ocorre em 7 a 22% dos nascimentos. Nestes recém-nascidos (RN), o líquido meconial chega à traquéia em torno de 35% dos casos. Mas nem todos desenvolvem a síndrome de aspiração do líquido amniótico meconial (SALAM). Cerca de 2 a 4% apresentam distúrbios respiratórios atribuídos à presença de mecônio em vias aéreas baixas.

Na década de 70, alguns estudos mostraram benefícios na sucção da traquéia sob laringoscopia de todos os RN de partos em que o líquido amniótico apresentava-se meconial. O objetivo era reduzir a SALAM e a mortalidade nestes RN. Tornou-se um procedimento comum. Alguns relatos chegaram a demonstrar redução significativa da SALAM.

Na década de 80, observações indicavam que em RN com boa vitalidade, o procedimento de intubação com o único intuito de aspirar a traquéia poderia trazer complicações, sem benefícios que o justificassem. Apnéia, hipoxemia, bradicardia, lesões da laringe e de cordas vocais poderiam ocorrer durante a intubação.

A estratégia de aspirar a traquéia apenas de RN com depressão ao nascer foi proposta por *Cunningham et al*, no início da década de 90. No entanto, foi um período de estudos com resultados controversos; alguns ainda advogando a aspiração de todos os RN com o líquido amniótico meconial, mesmo que apresentassem respiração efetiva.

Estudo multicêntrico internacional com desenho prospectivo, randomizado e controlado com 2094 RN recrutados entre 1995 e 1997 não evidenciou redução da incidência de SALAM em RN aparentemente vigorosos. Em análise por regressão logística, os autores observaram fatores independentes e maior chance de risco dos RN apresentarem SALAM: menos de cinco consultas no pré-natal, cesárea em comparação ao parto vaginal, mecônio espesso em relação ao fluido, não sucção da orofaringe, presença de mecônio na traquéia, batimentos cardiofetais anormais, escore de Apgar inferior a 7 no 1º e no 5º minutos, oligodrâmnio e RN do gênero masculino. E, apesar de não terem randomizado os fetos, já que em todos foi realizada, os autores atribuíram papel importante à sucção da

orofaringe antes do desprendimento dos ombros, procedimento proposto por *Carson et al*, em 1976.

Por vários anos, considerou-se a aspiração das vias aéreas superiores do feto antes do desprendimento dos ombros como a conduta mais importante na prevenção da SALAM. E os pediatras cobravam dos colegas obstetras este procedimento em todos os nascimentos com líquido meconial, fluido ou espesso, tornando-se uma rotina nas salas de parto.

Em 2006, após estudos com métodos extremamente rigorosos e exaustiva análise pelos editores, tornou-se uma evidência que a sucção da orofaringe e narinas do feto pelo obstetra não faz diferença na incidência e na gravidade da SALAM, deixando de ser recomendada. Esta diretriz foi incorporada pelo Programa de Reanimação Neonatal da Academia Americana de Pediatria e no Brasil, pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

Recém-nascidos com a síndrome de aspiração meconial apresentam distúrbio respiratório geralmente com grande gravidade, freqüentemente ocorrendo o óbito. Necessitam de cuidados em unidade de tratamento intensivo, com ventilação mecânica, uso de surfactante e óxido nítrico. Como então atuar preventivamente para redução da incidência e da gravidade da SALAM?

No momento, acredita-se que a conduta de maior impacto para reduzir a ocorrência da SALAM é a de não permitir que a gestação ultrapasse o termo. Os fetos com idade gestacional após 41 semanas e, principalmente os pós-termo, terão o maior risco de apresentarem SALAM. Tanto porque já podem eliminar mecônio espontaneamente pela maturidade e pelo maior conteúdo, quanto porque estão sob maior risco de redução do fluxo placentário e conseqüente hipoxemia. Estes fetos podem aspirar o líquido para a traquéia antes do nascimento, durante o trabalho de parto. A monitorização para detecção imediata dos fetos deprimidos é importante para redução do risco de aspiração. O feto com hipoxemia apresenta movimentos respiratórios profundos, tipo "gasping", quando o líquido meconial pode chegar à traquéia.

Imediatamente após o desprendimento, quando o RN apresenta qualquer sinal de depressão, como choro fraco, indicando respiração inefetiva, apnéia,

FC abaixo de 100 bpm e ausência de movimentos de membros, indicando hipotonia, o pediatra deve rapidamente entubar e aspirar a traquéia diretamente através do tubo traqueal. Com o tubo consegue-se remoção mais rápida e efetiva do mecônio, com menor risco de obstrução e retardo na ventilação. Nestes RNs deprimidos, está contraindicada a ventilação com pressão positiva com máscara e balão antes de se realizar a sucção da traquéia e retirada da maior quantidade possível do líquido aspirado.

Portanto, três recomendações podem reduzir a incidência e a gravidade da SALAM: resolução da gestação antes de chegar ao pós-termo, monitoração e identificação dos fetos sob risco e intubação e aspiração da traquéia de recém-nascidos deprimidos.

Acosta R, Oyachi N, Lee JJ, Lakshmanan J, Atkinson JB, Ross MG. Mechanisms of meconium passage: cholinergic stimulation of electromechanical coordination in the fetal colon. *J Soc Gynecol Invest* 2005;12:169-73.

Carson BS, Losey RW, Bowes WA et al. Combined obstetric and pediatric approach to prevent meconium aspiration syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1976;126:712-7.

Ibrahim CPH, Subhedar NV. Management of meconium aspiration syndrome. *Curr Ped* 2005;15:92-8.

International Liaison Group on cardiopulmonary resuscitation. Part 13: Neonatal resuscitation guidelines. *Circulation* 2005;112:IV-188-95.

Vain NE, Szyld EG, Prudent LM, Wiswell TE, Aguilar AM, Vivas NI. Oropharyngeal nasopharyngeal suctioning of meconium-stained neonates before delivery of their shoulders: multicentre, randomized controlled trial. *Lancet* 2004;364:597-602.

Wiswell TE, Gannon CM, Jacob J et al. Delivery room management of the apparently vigorous meconium-stained neonate: results of the multicenter, international collaborative trial. *Pediatrics* 2000;105(1):1-7.

Dra. Clarice Bissani
Professora Adjunta Doutora
do Departamento de Pediatria
da Universidade Federal de
Santa Catarina - UFSC

A Assistência Pré-Natal prestada nos Serviços de Saúde de Florianópolis-SC: buscando a qualidade com foco na normatização e nas necessidades das mulheres

Hoje, quase 90% das mulheres fazem pré-natal com profissionais da saúde e com uma média acima de quatro consultas por mulher, mas os prontuários apresentam-se com anotações incompletas, as rotinas básicas não são cumpridas e as usuárias carecem de orientações e acolhimento.

De acordo com o Manual Técnico de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde (MS) compete a ele (MS) estabelecer políticas e normas técnicas para a atenção pré-natal de boa qualidade, entre elas, a capacitação da equipe de saúde. Essa normatização deverá ser adaptada às condições locais, garantindo, entretanto, à mulher gestante e a sua família o atendimento integral e os requisitos básicos para a promoção de parto normal sem complicações, e prevenção das principais intercorrências perinatais.

Com a reorganização do sistema de saúde através da regionalização, a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florianópolis desenvolveu, a partir de 1997, o Programa Capital Criança. É um programa de atenção integral à saúde da mulher e da criança, que prioriza ações básicas e coletivas de saúde. A Assistência à Saúde da Mulher contempla um Modelo de Assistência Pré-Natal cujo principal objetivo é a promoção da saúde de todas as pessoas envolvidas no processo de gravidez. Busca a homogeneização de rotinas básicas; promover constante vigilância clínica e laboratorial para que a gestante permaneça no grupo de risco normal; garantir o atendimento às gestantes de referência - através do acolhimento da grávida e de sua família; promover aconselhamento, educação e apoio e trabalhar as intercorrências da gestação. Visa também à humanização da assistência e o preparo da família para o parto.

A assistência pré-natal oferecida nas Unidades de Saúde de Florianópolis foi analisada qualitativamente permitindo ter uma noção da assistência oferecida às gestantes e da percepção da mulher assistida, bem como sua expectativa em relação à atenção buscada nas unidades. Possibilitou identificar pontos deficientes que podem ser trabalhados por gestores e profissionais de saúde comprometidos com a assistência para planejar e implementar ações que garantam o melhor atendimento possível às mulheres.

Na maioria das unidades de saúde a realização do acompanhamento pré-natal acontece sem dificuldades, com

fácil acesso às consultas de rotina, possibilidade do início precoce da assistência e garantia da presença de acompanhante nas consultas. Há a atuação do agente de saúde como intermediador entre a comunidade e a assistência.

Embora apresente práticas de assistência diferenciada à gestante, ainda há limitação na qualidade do atendimento prestado, pois não cumpre com a totalidade das ações de saúde preconizadas pelo Programa - garantia de consulta médica com exame clínico e ginecológico que promova constante vigilância clínica; realização da rotina laboratorial básica; acesso ao USG no período determinado, apoio nas intercorrências da gestação e atenção interdisciplinar e humanizada.

Percebeu-se, também, que as mulheres não aceitam a prática freqüente da pressa no atendimento, do distanciamento, da valorização dos recursos tecnológicos e da medicalização de suas queixas. O valor dos recursos que requerem tecnologia, exames e procedimentos complexos, está bem determinado e merece destaque na proteção da saúde materna e do neonato. O que vale discutir é a predominância de tais medidas em detrimento do cuidado diferenciado dado pela consulta clínica adequada em tempo e dedicação, do acolhimento e do acesso as mais variadas formas de orientações. A usuária busca um atendimento que inclua competência técnica e relação de respeito a sua autonomia.

As expectativas das mulheres são no sentido de aprendizagem sobre a sua gestação, o cuidado com o filho e o controle de sua saúde. Sabe que necessita de controle da sua saúde durante a gravidez, mas desconhece, a grande maioria, o real valor desse cuidado, não assumindo assim a corresponsabilidade no resultado do processo. Portanto, há a necessidade de capacitar a mulher no que diz respeito à gravidez, ao trabalho de parto e ao parto, permitindo a integração dela e da família ao processo da gestação e do nascimento, garantindo a humanização da atenção.

Mudanças para melhorar essa atenção necessitam de contínua educação da população e motivação e treinamento dos provedores. É importante que ambos conheçam seus direitos, conceitos de prevenção e promoção da saúde. É claro que outros

fatores também interferem na qualidade da atenção à saúde, como: competência técnica; mudança do ensino nas faculdades; treinamentos; reestruturação administrativa e aumento do número de serviços disponíveis, facilitando o acesso.

A qualidade da assistência à saúde está diretamente relacionada com os provedores (gestores e profissionais que prestam a assistência) e com a comunidade. É importante uma discussão periódica entre eles. A integração faz-se necessária, cabendo aos gestores estudos contínuos das possibilidades de gerar acesso fácil da população ao sistema de atendimento, diminuindo as dificuldades de agendamento de consultas e priorizando e fazendo a captação precoce das gestantes. Há necessidade de disponibilizar os exames básicos de rastreamento pré-natal e manter uma equipe mínima, capacitada para realizar um trabalho interdisciplinar (multiprofissional). A visão ampla e crítica dos gestores e profissionais, para desenvolverem estratégias que melhorem a assistência obstétrica, faz-se necessária a fim de prevenir agravos na gestação e garantir o direito fundamental de toda mulher à experiência da maternidade de maneira segura.

O trabalho assistencial realizado por equipe multiprofissional está sob a coordenação de uma direção que deve garantir infra-estrutura e condições de trabalho, como também a organização interna em termos de rotinas, de intercomunicações e tudo o que vai determinar a qualidade da atenção oferecida. A ação da equipe precisa ser estruturada a partir de três momentos: antes, durante e após o parto; contribuindo, assim, além da melhoria da qualidade, nos resultados perinatais, reduzindo o número de óbitos maternos e infantis.

Vieira MSM. A Assistência Pré-Natal Prestada à Gestante em Serviços de Saúde de Florianópolis-SC: buscando a qualidade com foco na normatização preconizada e nas necessidades das mulheres. [Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

Dra. Maria Salete Medeiros Vieira
Médica ginecologista e obstetra
do Hospital Universitário - UFSC,
Mestre em Ciências Médicas

