



REVISTA DA SOCIEDADE GOIANA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

SGGO

MAIO • ANO 12 • Nº 96

46^a

Jornada Goiana de **Ginecologia e Obstetrícia**

10º CONGRESSO GOIANO DE
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

“Saúde e bem-estar da mulher:
da adolescência à senectude”

25 a 27
MAIO 2022

**PROGRAMA OFICIAL
E-POSTERES APROVADOS**

sggo.com.br/jornada2022

A **Humana** acredita que todos os casais que desejam ter filhos merecem todo o cuidado e esforço para que isso se torne possível.

Por isso contamos com uma equipe multidisciplinar experiente e médicos especialistas em Reprodução Assistida empenhados em constituir famílias a partir da concepção.

Realizamos tratamentos de baixa e alta complexidade, exames de ultrassonografia e avaliação da fertilidade masculina em um espaço amplo, humanizado e acolhedor.

Conheça a Humana Medicina Reprodutiva.

HÁ MAIS DE DUAS DÉCADAS
REALIZANDO SONHOS



Unidade 1

Rua 1129, nº 751, St. Marista

Unidade 2

Rua 1129, nº 730, St. Marista

Telefone

(62) 3949-9050 | (62) 99214-4297

  [humanamedicinareprodutiva](https://www.humanamedicinareprodutiva.com.br)
www.humanamedicinareprodutiva.com.br



- Ultrassonografia Obstétrica
- Ultrassonografia Morfológica
- Dopplerfluxometria Obstétrica
- Perfil Biofísico Fetal
- Ultrassonografia Tridimensional
- Ecocardiograma Fetal

- Ultrassonografia Transvaginal
- Ultrassonografia Mamária
- Dopplerfluxometria Ginecológica
- Ultrassonografia Geral
- Ultrassonografia Pediátrica
- Ecocardiograma Pediátrico e Adulto



Clínica Ethos

☎ (62) 9 9948-3576

(62) 3932-5206

(62) 3932-5208

Av. T-12, nº 252, St. Bueno
ecomatergyn@gmail.com



Órion Health Complex

☎ (62) 9 9919-4139

(62) 3121-4040

Av. Portugal, nº 1.148,
Torre B, Sala 1910 - St. Marista
viggiano.medicinafetal@gmail.com

ROSANE RIBEIRO FIGUEIREDO ALVES

PRESIDENTE DA SOCIEDADE GOIANA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



46ª Jornada Goiana de Ginecologia e Obstetrícia: a edição do reencontro

Após mais de dois anos de conteúdos disponibilizados de forma remota, retornamos às nossas atividades tradicionais. Assim, a 46ª Jornada foi programada para a forma presencial, com o tema central “Saúde e bem-estar da mulher: da adolescência à senectude”. A programação científica soma mais de 30 horas e foi cuidadosamente elaborada. Serão 19 mesas redondas e 5 conferências, com a presença de 36 palestrantes do mais alto nível. Além disso, foram inscritos 27 temas livres, que concorrem a premiações.

As modificações implementadas na 44ª Jornada serão mantidas, como a reformulação e atualização das normas para envio desses temas livres. Essa revisão possibilita a publicação dos Anais da Jornada, em edição especial da revista da SGGO, que será eternizada na versão on-line. Com isso, haverá maior visibilidade ao autor do tema livre além de contribuir para a construção histórica e reconhecimento técnico dos encontros científicos da SGGO.

O local da Jornada também foi mantido. O Castro’s Park Hotel é de fácil acesso, há estacionamentos próximos e restaurantes no próprio hotel e nas vizinhanças, tudo isso, em ambiente agradável. Já o encerramento da Jornada será como nos moldes anteriores. Contará com o tradicional jantar oferecido pela Cifarma, em local acolhedor que possibilita encontrarmos os amigos e nos confraternizarmos, após um longo período de isolamento social.

Sejam todos muito bem-vindos e que tenhamos uma excelente Jornada!



46^a
Jornada Goiana de
Ginecologia e
Obstetrícia

10º CONGRESSO GOIANO DE
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

**Saúde e bem-estar
da mulher:
da adolescência à
senectude**



SGGO

SOCIEDADE GOIANA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

REALIZAÇÃO



PATROCINADORES



Se é Bayer, é bom



SECRETARIA EXECUTIVA



COMISSÕES CIENTÍFICAS DA 46ª JORNADA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA E 10º CONGRESSO GOIANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

PRESIDENTE DA JORNADA E DO CONGRESSO: ROSANE RIBEIRO FIGUEIREDO ALVES

COMISSÃO DE GINECOLOGIA

Presidente: Eduardo Camelo de Castro

Ricardo Mendonça Lucas
André Marquez Cunha
Rodrigo Teixeira Zaiden
José Antonio da Silveira Leão
Joice Martins de Lima Pereira
Sebastião Mesquita
Rui Gilberto Ferreira

COMISSÃO DE OBSTETRÍCIA

Presidente: Alexandre Vieira Santos Moraes

Reisson Serafim Cruz
Washington Luis Ferreira Rios
Rita de Cassia Borges
Tarik Kassem Saidah
Marcelo Souza Cupertino de Barros
Waldemar Naves do Amaral

COMISSÃO DE TEMAS LIVRES

Presidente: Juarez Antônio de Souza

José Orestes Borges Guimarães
Argeu Clovis de Castro Rocha
Antonio Eduardo Rezende de Carvalho
Washington Luis Ferreira Rios
Tarik Kassen Saidah

EXPEDIENTE

Revista SGGO é o Órgão Informativo da Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetrícia

SGGO | Avenida Portugal, nº 1.148, Órion Complex, Sala 1507 B - Setor Marista - Goiânia - GO / CEP: 74150-030

Fone/Fax: (62) 3285-4607 / E-mail: ginecologia@sggo.com.br - Site: sggo.com.br

Facebook: www.facebook.com/Sociedade-Goiana-de-Ginecologia-e-Obstetricia - Instagram: @sggo

DIRETORIA EXECUTIVA DA SGGO 2020/2022

Presidente: Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

Vice-Presidente: André Marquez Cunha

1º Secretário: Ricardo Mendonça Lucas

2º Secretária: Joice Martins de Lima Pereira

1º Tesoureiro: Sebastião Mesquita

2º Tesoureiro: Alexandre Vieira Santos Moraes

Diretor Científico: Eduardo Camelo de Castro

Diretor de Defesa Profissional: Rodrigo Teixeira Zaiden

Diretor de Assuntos Comunitários: José Antônio da Silveira Leão

Diretora de Comunicação e Informática: Rita de Cássia Borges

COLABORADORES

Secretário da SGGO

Rodrigo (62) 9.9902-9038

Assessoria de Comunicação da SGGO

Ana Paula Machado (62) 9.8226-9413

Administradora da AMG

Edna (62) 9.9830-0805



Jornalista Responsável

Ana Paula Machado

Projeto Editorial

Vinicius Carneiro de Oliveira

email: comunicacao@sggo.com.br

PROFESSORES CONVIDADOS

GINECOLOGIA

André Marquez Cunha - GO
Edmund Chada Baracat – SP
Frank Lane Braga Rodrigues - GO
Gerson Pereira Lopes - MG
Gilberto de Matos Filho - GO
Giselle Fachetti Machado - GO
Isabel Cristina Chulvis do Val - RJ
Jânio Serafim de Sousa - DF
Joice Martins de Lima Pereira - GO
Juarez Antônio de Sousa - GO
Luiz Augusto Antônio Batista - GO
Paula Andrea de Albuquerque Salles Navarro - SP
Paulo César Brandão Veiga Jardim – GO
Paulo Cezar Feldner - SP
Paulo Gallo de Sá - RJ
Renato Moretti Marques - SP
Rita de Cassia de Maio Dardes – SP
Rosane Ribeiro Figueiredo Alves - GO
Ruffo de Freitas Junior - GO
Rui Alberto Ferriani - SP
Susana Cristina Aidé Viviani Fialho - RJ
Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármy Di Bella - SP

OBSTETRICIA

Claudia Garcia Magalhães – SP
Eduardo Cordioli - SP
Fernanda Maryelli Faria Ribeiro - GO
Fernanda Rassi Alvarenga - GO
José Paulo da Silva Netto - DF
Juvenal Barreto Borrielo de Andrade - SP
Luiz Dieckmann - SP
Luiza Emylce Pelá Rosado - GO
Mauricio Saito - SP
Renato Passini Junior - SP
Roberto Cardoso - SP
Vera Therezinha Medeiros Borges - SP
Waldemar Naves do Amaral - GO
Washington Luiz Ferreira Rios - GO

PROGRAMA CIENTÍFICO GINECOLOGIA

Sala Ginecologia - Dr. Altamiro Araújo Campos

25 DE MAIO DE 2022 (QUARTA-FEIRA)

14h00 às 14h40 - SOLENIDADE DE ABERTURA

14h40 às 16h00 - MESA REDONDA: Sexualidade

Coordenadora: Sandra Portela Rezende - GO

- Ansiedade, depressão e desejo sexual hipotativo

Gerson Pereira Lopes - MG

- Abordagem da queixa sexual: método PLISSIT

Joice Martins de Lima Pereira - GO

- Sexualidade na gestação

André Marquez Cunha - GO

Debate

16h00 às 16h30 - INTERVALO

16h30 às 17h10 - CONFERÊNCIA: A indução e o monitoramento do trabalho de parto em situações especiais: cesárea anterior e iteratividade; cirurgias miometriais e cervicais prévias.

Presidente: Danielle Brandão Nascimento - GO

Conferencista: Cláudia Garcia Magalhães - SP

17h10 às 18h00 - CONFERÊNCIA: Direitos Sexuais e Reprodutivos da Mulher na contemporaneidade

Presidente: André Marquez Cunha - GO

Conferencista: Gerson Pereira Lopes - MG

26 DE MAIO DE 2022 (QUINTA-FEIRA)

08h00 às 09h20 - MESA REDONDA:

Incontinência urinária e distopias genitais

Coordenador: Rodrigo Teixeira Zaiden - GO

- Evidências atuais das terapias de energia no tratamento da incontinência urinária

Paulo Cezar Feldner - SP

- Vantagens e desvantagens da laparoscopia no tratamento da distopia genital

Jânio Serafim de Sousa - DF

- Cirurgias Pélvicas Reconstructivas: onde estamos em 2022?

Paulo Cezar Feldner - SP

Discussão

09h20 às 10h40 - MESA REDONDA: Mastologia

Coordenador: João Bosco Machado da Silveira - GO

- Quais as indicações e diferenças entre mamografia digital e tomossíntese no rastreamento do câncer de mama?

Juarez Antônio de Sousa - GO

- Quando indicar a Ressonância Magnética?

Ruffo de Freitas Junior - GO

- Hormônios e Risco de Câncer de Mama

Frank Lane Braga Rodrigues - GO

Discussão

10h40 às 11h00 - INTERVALO

11h00 às 12h20 - MESA REDONDA:

Endometriose: Atualização no Diagnóstico e no Tratamento

Coordenador: Corival Lisboa Alves de Castro - GO

- Endometriose: atualidades no diagnóstico clínico e por imagem

Luiz Augusto Antônio Batista - GO

- Quais os cuidados especiais que devemos ter com a reserva ovariana?

Renato Moretti Marques - SP

- Há indicação da cirurgia antes da FIV?

Rui Alberto Ferriani - SP

- Quando indicar o tratamento cirúrgico e qual o lugar da cirurgia robótica?

Renato Moretti Marques - SP

Discussão

12h20 às 14h00 - SIMPÓSIO SATÉLITE

MANTECORP: LETROZOL: Manejo da Infertilidade

Palestrante: Odair Albano - SP

14h00 às 15h30 - MESA REDONDA: Reprodução humana – Infertilidade no Consultório Ginecológico

Coordenador: Eduardo Camelo de Castro - GO

- Qual a importância do ginecologista na árdua jornada da Infertilidade? Uma preocupação nacional

Rui Alberto Ferriani - SP

- Fator uterino da infertilidade no consultório: o que podemos fazer antes da Fertilização in vitro e da Transferência dos Embriões?

Paulo Gallo de Sá - RJ

- Retorno com Espermograma: como conduzir?

Paulo Gallo de Sá - RJ

- Quando e por que indicar o congelamento de óvulos?

Paula Andrea de Albuquerque Salles Navarro - SP

Discussão

15h30 às 16h00 - INTERVALO

PROGRAMA CIENTÍFICO GINECOLOGIA

16h00 – 16h40 - CONFERÊNCIA: Estética genital baseada em evidências

Presidente: Joice Martins de Lima Pereira - GO
Conferencista: Isabel Cristina Chulvis do Val - RJ

16h50 – 17h30 - CONFERÊNCIA: Inibição do trabalho de parto: indicação e como fazer, de acordo com a idade gestacional.

Presidente: Keila Santos Pereira Mereb - GO
Conferencista: Eduardo Cordioli - SP

17h30 às 19h00 - ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA DA SGO

27 DE MAIO DE 2022 (SEXTA-FEIRA)

08h00 às 09h30 - MESA REDONDA: Infecções Genitais

Coordenadora: Rosane Silva Carneiro de Araújo - GO

- Gonococo e clamídia: Quando rastrear e como tratar?

Isabel Cristina Chulvis do Val - RJ

- Micoplasmas e ureaplasmas: há necessidade de rastrear e tratar?

Rosane Ribeiro Figueiredo Alves - GO

- Vulvovaginite recorrente por cândida: há novidades no tratamento?

Joice Martins de Lima Pereira - GO

- Vaginose bacteriana recorrente e qualidade das evidências para não tratamento do parceiro.

Susana Cristina Aidé Viviani Fialho - RJ

Discussão

09h30 às 11h00 - MESA REDONDA: Ginecologia Endócrina

Coordenador: Rui Gilberto Ferreira - GO

- SOP: diagnóstico e conduta

Rita Cassia de Maio Dardes - SP

- Como tratar o sangramento uterino anormal não estrutural

Edmund Chada Baracat - SP

- Insuficiência ovariana prematura: diagnóstico e conduta

Paula Andrea de Albuquerque Salles Navarro - SP

Discussão

11h00 às 12h20 - MESA REDONDA: Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

Coordenadora: Luciana Silva dos Anjos França - GO

- Vacina contra o HPV – indicações e situação no Brasil
Susana Cristina Aidé Viviani Fialho - RJ

- Citologia em meio líquido versus convencional: o que ela oferece além do rastreio?

Rosane Ribeiro Figueiredo Alves - GO

- PCR ou CH para HPV: Há diferenças na conduta?

Giselle Fachetti Machado - GO

- Conduta baseada em risco da ASCCP: há itens aplicáveis em nosso meio?

Isabel Cristina Chulvis do Val - RJ

Discussão

12h20 às 14h00 - INTERVALO PARA ALMOÇO

14h00 às 15h30 - MESA REDONDA:

Anticoncepção em tempos modernos

Coordenador: José Antônio da Silveira Leão - GO

- LARCs: mecanismo de ação, vantagens e indicações

Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármy Di Bella - SP

- Quais os riscos da anticoncepção hormonal?

Gilberto de Matos Filho - GO

- Anticoncepção na perimenopausa: até quando manter?

Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármy Di Bella - SP

Discussão

15h30 às 16h00 - INTERVALO

16h00 às 17h30 - MESA REDONDA: Climatério na Mulher Moderna

Coordenador: Ricardo Mendonça Lucas - GO

- Obesidade na mulher climatérica, como conduzir?

Edmund Chada Baracat - SP

- Síndrome geniturinária: como conduzir?

Rita de Cassia de Maio Dardes - SP

- TH previne doença cardiovascular primária: cenário atual

Paulo César Brandão Veiga Jardim - GO

Discussão

17h30 às 18h10 - CONFERENCIA: Comunicação em Ginecologia e Obstetrícia

Presidente: Rui Gilberto Ferreira - GO

Conferencista: Roberto Cardoso - SP

18h10- ENCERRAMENTO

PROGRAMA CIENTÍFICO OBSTETRÍCIA

Sala Obstetrícia - Dr. Vardeli Alves de Moraes

25 DE MAIO DE 2022 (QUARTA-FEIRA)

14h00 às 14h40 - SOLENIDADE DE ABERTURA

14h40 às 16h00 - MESA REDONDA: Sexualidade
Coordenador: Sandra Portela Rezende - GO

- Ansiedade, depressão e desejo sexual hipotativo
Gerson Pereira Lopes - MG
- Abordagem da queixa sexual: método PLISSIT
Joice Martins de Lima Pereira - GO
- Sexualidade na gestação
André Marquez Cunha - GO

Debate

16h00 às 16h30 - INTERVALO

16h30 às 17h10 - CONFERÊNCIA: A indução e o monitoramento do trabalho de parto em situações especiais: cesárea anterior e iteratividade; cirurgias miometriais e cervicais prévias.

Presidente: Danielle Brandão Nascimento - GO
Conferencista: Cláudia Garcia Magalhães - SP

17h10 às 18h00 - CONFERÊNCIA: Direitos Sexuais e Reprodutivos da Mulher na contemporaneidade

Presidente: André Marquez Cunha - GO
Conferencista: Gerson Pereira Lopes - MG

26 DE MAIO DE 2022 (QUINTA-FEIRA)

08h00 às 09h20 - MESA REDONDA: Manejo da hiperglicemia e diabetes no ciclo gravídico puerperal: do básico ao bem feito

Coordenador: Marcelo Souza Cupertino de Barros - GO

- No Pré-natal: prevenção, diagnóstico e seguimento ultrassonográfico.
Cláudia Garcia Magalhães - SP
- No Tratamento medicamentoso inicial e na cetoacidose diabética.
Fernanda Maryelli Faria Ribeiro - GO
- Interrupção da gestação: idade gestacional, via de parto e cuidados intraparto
Cláudia Garcia Magalhães - SP

Discussão

09h20 às 10h40 - MESA REDONDA: Urgências obstétricas, os combates de uma vida de plantão.
Coordenador: Rogério Candido Rocha - GO

- Como conduzir adequadamente as crises hipertensivas e a Síndrome HELLP.
Vera Therezinha Medeiros Borges - SP
- Hemorragia puerperal, abordagem atual.
José Paulo da Silva Netto - DF
- Indicações atuais do parto instrumentalizado (fórcipes e vácuo extrator)
José Paulo da Silva Netto - DF

Discussão

10h40 às 11h00 - INTERVALO

11h00 às 12h20 - MESA REDONDA: Cenários especiais em obstetrícia

Coordenador: Eduardo Santos Lopes Pontes - GO

- Quando e como fazer a Versão cefálica externa.
José Paulo da Silva Netto - DF
- Conduta atual da Síndrome feto-fetal
Waldemar Naves do Amaral - GO
- Manejo da placenta previa: do diagnóstico ao parto
Washington Luiz Ferreira Rios - GO

Discussão

12h20 às 14h00 - INTERVALO PARA ALMOÇO

14h00 às 15h30 - MESA REDONDA: Amniorrexe prematura: revisitando os protocolos.

Coordenador: Wilson Arantes - GO

- Qual o momento ideal para realizar a interrupção da gravidez?
Renato Passini Junior - SP
- Protocolo adequado da inibição do trabalho de parto
Vera Therezinha Medeiros Borges - SP
- Uso adequado da antibioticoterapia
Vera Therezinha Medeiros Borges - SP

Discussão

15h30 às 16h00 - INTERVALO

16h00 - 16h40 - CONFERÊNCIA: Estética genital baseada em evidências

Presidente: Joice Martins de Lima Pereira - GO
Conferencista: Isabel Cristina Chulvis do Val - RJ

16h50 - 17h30 - CONFERÊNCIA: Inibição do trabalho de parto: indicação e como fazer, de acordo com a idade gestacional.

Presidente: Keila Santos Pereira Mereb - GO
Conferencista: Eduardo Cordioli - SP

17h30 às 19h00 - ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA DA SGGO

27 DE MAIO DE 2022 (SEXTA-FEIRA)

08h00 às 09h30 - MESA REDONDA:

Prematuridade: aspectos atuais

Coordenador: Tárík Kassem Saidah - GO

- Prevenção: Papel do microbioma vaginal e dos procedimentos (Pessário ou cerclagem).
Renato Passini Júnior - SP
- Predição: aspectos atuais.
Eduardo Cordioli - SP
- Corticoterapia: uso correto
Luiza Emylce Pelá Rosado - GO

PROGRAMA CIENTÍFICO OBSTETRÍCIA

Discussão

09h30 às 11h00 - MESA REDONDA: Vitalidade fetal em vários cenários

Coordenador: Reisson Serafim Cruz – GO

- Anteparto: indicação e conduta.

Maurício Saito - SP

- Intraparto: aspectos atuais

Maurício Saito - SP

- Na prematuridade

Roberto Cardoso - SP

Discussão

11h00 às 12h20 - MESA REDONDA: Pré-eclâmpsia, um aprendizado constante.

Coordenadora: Jéssica Alencar Rezende - GO

- Predição: o papel da ultrassonografia

Maurício Saito - SP

- Manejo farmacológica: evidências científicas

Fernanda Rassi Alvarenga - GO

- Interrupção da gestação: na pré-eclâmpsia, Síndrome HELLP e o papel da neuroproteção

Luiza Emylce Pelá Rosado - GO

Discussão

12h20 às 14h00 - INTERVALO PARA ALMOÇO

14h00 às 15h30 - MESA REDONDA: Aspecto ético-jurídicos em situações diárias da obstetrícia.

Coordenador: Jony Barbosa – GO

- Plano de parto no consultório médico e no plantão
Juvenal Barreto Borrielo de Andrade - SP

- O obstetra e a equipe multiprofissional: como realizar as divisões de tarefas de uma forma adequada no momento do parto.

Eduardo Cordioli - SP

- No momento do parto, procedimentos adequados e inadequados na atualidade.

Juvenal Barreto Borrielo de Andrade - SP

Discussão

15h30 às 16h00 - INTERVALO

16h00 às 17h30 - MESA REDONDA: Pré-natal e puerpério: o uso adequado das medicações.

Coordenadora: Fernanda Marques – GO

Como prescrever as vitaminas e os suplementos?

Renato Passini Junior - SP

Transtornos Psiquiátricos da mulher puerpera

Luiz Dieckmann - SP

Discussão

17h30 às 18h10 - CONFERENCIA: Comunicação em Ginecologia e Obstetrícia

Presidente: Rui Gilberto Ferreira - GO

Conferencista: Roberto Cardoso - SP

21h00 - JANTAR DE CONFRATERNIZAÇÃO – CIFARMA

APRESENTAÇÕES ORAIS

Sala 03

27 DE MAIO DE 2022 (SEXTA-FEIRA)

09h00 - 09h10 - Perfil da sífilis gestacional e congênita em uma maternidade de referência de Goiânia, Goiás, Brasil
Lara Karoline Camilo Clementino

09h10 - 09h20 - Endometriose Profunda, lesões diafragmáticas são desafios tanto na decisão terapêutica quanto tratamento. Abordagem cirúrgica de múltiplas lesões, ceco, reto, apêndice, bexiga, pelve e diafragma. *Maxley Martins Alves*

09h20 - 09h30 - Endometriose Profunda, quando a tecnologia falha! A importância do preparo da equipe cirúrgica para realização de cirurgias de alta complexidade. *Maxley Martins Alves*

09h30 - 09h40 - Endometriose Profunda, infertilidade e dor. Cirurgia intestinal complexa, anatômica, funcional e limitada as lesões, com foco na fertilidade e resolução do quadro algico. *Maxley Martins Alves*

09h40 - 09h50 - Endometriose Profunda, pneumotórax espontâneos repetição, tratamento e abordagem cirúrgica hérnia diafragmática volumosa e endometriose pélvica. *Maxley Martins Alves*

09h50 - 10h00 - Endometriose profunda, doença e cirurgia complexas, complicações pós operatórias, precoces e tardias tratadas por via minimamente invasiva. *Maxley Martins Alves*

ABORDAGEM DE PACIENTES COM VULVOVAGINITE EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALTAMIRA-PA: RELATO DE CASO

ALVES, V.Y.S.D.C., SILVA, L.L., CAVALCANTE, R.L.

Universidade Federal do Pará

Este estudo objetivou-se e expor o relato da experiência referente ao atendimento e as medidas tomadas em casos de vulvovaginites em unidade de saúde da família (USF), para isso destacaremos casos vividos durante atividades acadêmicas do curso de medicina na Atenção Primária (AP) no Município de Altamira-PA, observando-se alta prevalência de candidíase na população feminina. Durante a busca na literatura, identifica-se a ausência de trabalhos científicos com essa temática direcionada no município e direciona-se à comunidade acadêmica, bem como aos profissionais de saúde das USFs. Relato de caso: L.S.D.S, sexo feminino, 28 anos, estudou até a 5ª série, do lar, queixa-se de dispareunia e secreção de aspecto de queijo coalhado há 3 meses, com ausência de prurido ou ardência vaginal. R.P.R, sexo feminino, 24 anos, do lar, com ensino médio completo, queixa-se de dispareunia há 15 dias, acompanhada de corrimento esbranquiçado, de aspecto grumoso com odor e prurido. Ambas as pacientes apresentaram resultado do PCCU diagnosticando candidíase. A terapêutica de ambas se baseou na prescrição médica de Metronidazol tópico. O clima quente e úmido da região, aumenta a susceptibilidade das mulheres às alterações na flora vaginal, tornando a queixa de alta prevalência na AP. O nível de noção sobre o assunto influenciar o interesse das pacientes sobre a doença, levando as a protelar a consulta médica. Além disso, a candidíase interfere na vida pessoal das pacientes acometidas, causando dor, desconforto e dependência de tratamento. A AP deve abordar as vulvovaginites de forma multiprofissional: com ações de educação em saúde sobre os hábitos de higiene, alimentação, impacto das vestimentas na recorrência da doença e acompanhamento psicológico. Assim, observa-se que ambas as pacientes foram atendidas de modo a perpetuar uma visão médica centrada na doença. A intensa carga horária e alta demanda de pacientes nas USFs tende a gerar um ambiente propício a velhos hábitos no setor saúde.

AVALIAR MUDANÇAS PARÂMETROS OVULATÓRIOS, PORCENTAGEM, QUALIDADE OOCITÁRIA/ EMBRIONÁRIA ENTRE FAIXAS ETÁRIAS 18-42 ANOS

APPROBATO FC, APPROBATO MS, BENETTI BBC, MORAES AVS, TCHEUFFA AY

UFG, USP

INTRODUÇÃO: Prevalência da infertilidade tem crescido nos últimos anos. Com a mudança do comportamento feminino as mulheres passaram a priorizar a formação profissional e estabilidade financeira, postergando a maternidade. Adiar a maternidade pode aumentar a chance de permanecer involuntariamente sem filhos, bem como o aumento em complicações materno-fetais. **OBJETIVO:** Avaliar mudanças de parâmetros ovulatórios, porcentagem, qualidade oocitária e embrionária entre faixas etárias de 18 a 42 anos de 536 pacientes inférteis. **MÉTODOS:** Amostra de 536 pacientes, 322 submetidas a FIV/ICSI e 214 tratadas com inseminação ou realizaram exames para rastreamento de infertilidade. Cross Seccional. Fator exposição: idade (envelhecimento). Desfechos: % de ovulação, oócitos MII (maduros), oócitos por paciente e embriões (melhor qualidade: A+B) dia 3 do desenvolvimento (D3) nas faixas etárias estudadas. Pacientes divididas aleatoriamente em: G1(18-28, grupo controle), G2(29-33), G3(34-36), G4(37-39) e G5(40-42) anos. Dados coletados banco de dados LabRep e Máter Clínica. Laboratório de Reprodução Humana do HC-UFG e Máter Clínica, Goiânia-GO. **RESULTADOS:** Encontrado 60% de pacientes que ovularam ao US. Não foram encontradas diferenças entre as diversas faixas etárias quanto à porcentagem de ovulação. Foi encontrado 81% de oócitos MII. Média de oócitos/paciente 5,5. Quando comparamos os oócitos MII nos grupos estudados, encontrou-se: 75,5%(G1), 79,3% (G2), 79,4%(G3), 83,3%(G4) e 90,3(G5). Quanto à porcentagem de embriões A+B decorrentes de oócitos MII por faixa etária, foi encontrado respectivamente: 25,2% (G1), 37,0%(G2), 25,9%(G3), 31,7%(G4) e 32,8%(G5). **CONCLUSÃO:** Encontrou-se 60% de ovulação ao US na amostra, sem diferença significativa entre faixas etárias. Foi encontrado 81% de oócitos MII e 75 a 90% de oócitos totais entre G1 e

G5. Encontrou-se 65% de embriões (A+B/total de oócitos) e de 25 a 37% de embriões em D3 (A+B/total oócitos MII) entre os grupos G1 e G5.

A INFLUÊNCIA DOS BAIXOS NÍVEIS SÉRICOS DE VITAMINA D E O IMPACTO DA SUPLEMENTAÇÃO NA MULHER PÓS-MENOPAUSA.

NONATO GD, VAZ BRP, RODRIGUES GA, VIEIRA DELS, ALMEIDA DS. Universidade Evangélica de Goiás, Anápolis – GO, Brasil.

INTRODUÇÃO: A menopausa representa o fim da idade reprodutiva da mulher, com queda de funções importantes para a fisiologia feminina. Nessa fase tem uma declínio considerável do nível de estrogênio, juntamente com a vitamina D. A queda dos níveis de estrogênio e a ingestão diminuída de vitamina D nessas mulheres são fatores de risco, uma vez que esta tem relação com a diminuição da perda óssea pós menopausa. A vitamina D tem sua importância na saúde cognitiva, afetiva, metabólica e cardiovascular, sendo assim, concentrações deficitárias podem impactar negativamente nesses sistemas. **OBJETIVO:** Compreender o impacto dos níveis séricos diminuídos de vitamina D e sua suplementação na mulher na pós-menopausa. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão sistemática de literatura realizada nas bases de dados virtuais PubMed, SciELO e Google Acadêmico. Foram incluídos artigos publicados entre 2011 a 2021, obtidos utilizando os descritores “menopausa”, “vitamina D”, “suplementação”. **RESULTADOS:** A menopausa e a deficiência de vitamina D compartilham eventos adversos, necessitando do monitoramento sérico para que esses prejuízos sejam minimizados. Nesse sentido, como a ingestão de vitamina D é inadequado, seja pela baixa exposição solar, função renal diminuída e uso de múltiplas drogas que diminuem a absorção e metabolização, se torna interessante que as mulheres pós menopausadas recebam suplementação para garantir a saúde óssea, prevenir doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade e uma possível redução de alguns marcadores pró-inflamatórios. **CONCLUSÃO:** Dessa forma, foi concluído que há benefícios diretos na suplementação da vitamina D na saúde dos ossos e indiretos na diminuição dos eventos cardiovasculares, obesidade e padrões inflamató-

rios. Assim, suplementar de maneira individualizada e de acordo com as necessidades de cada mulher pós menopausa traz grandes benefícios.

CARCINOMA MAMÁRIO INVASOR TIPO ESPECIAL, PAPILAR SÓLIDO COM TRAÇO NEUROENDÓCRINO

TAGAWA GSG; SOUZA AM; VENANCIO LG; OLIVEIRA CI; PINTO AS; SOUSA JA

Maternidade Aristina Cândida; Universidade Federal de Goiás; Instituto Goiano de Oncologia e Hematologia

As neoplasias neuroendócrinas (NENs) são uma gama de tumores originários de células neuroendócrinas. As células neuroendócrinas estão presentes em diversos locais do corpo. Portanto, NENs podem ser encontrados em vários sistemas, como sistema nervoso central, trato respiratório, trato gastrointestinal e mama. As neoplasias neuroendócrinas primárias da mama (BNEN) são particularmente raras, representando menos de 1% das NENs. Atualmente, acredita-se que os principais fatores de risco para BNEN sejam os mesmos do câncer de mama não neuroendócrino, como idade e histórico familiar. Fatores reprodutivos, como menarca precoce ou menopausa tardia, também podem aumentar o risco dessa doença, assim como a exposição significativa aos estrogênios. **RELATO DE CASO:** M. L. P. O., 62 anos, feminino, apresenta nódulo no QSL de mama esquerda há 3 meses. Nódulo móvel endurecido, palpável, medindo 15 mm. Mamografia e ultrassonografia evidenciaram BI-RADS 4. PAAF sugestiva de carcinoma. Realizada quadrantectomia com diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante grau III neuroendócrino e axila negativa. Imuno-histoquímica indicou carcinoma mamário papilar, sólido, neuroendócrino. RE positivo em 100%, RP negativo, HER 2 negativo e Ki-67 de 40%. Paciente aguardando consulta com oncologista e radioterapeuta para tratamento adjuvante. **COMENTÁRIOS:** No presente caso, percebe-se primeiramente que o sexo da paciente constituiu um fator importante para o surgimento dessa neoplasia neuroendócrina. Além disso, a paciente apresenta tumor HER 2 negativo e nota-se que o índice de proliferação celular é de 40% o qual apresenta um prognóstico desfavorável. Por fim, ao apresentar RE positivo e RP negativo, podemos enquadrar, com esses 4 marcadores, o

tumor como Luminal B, sendo que ele apresenta prognóstico desfavorável em relação a Luminal A. Dessa forma, o tratamento sugerido está de acordo com o perfil molecular tumoral.

FIBROADENOLIPOMA GIGANTE – RELATO DE CASO

SOUSA AM; TAGAWA GSG, BASTOS RV; MOREIRA IJML; MACHADO EX; SOUSA JA

CONTEXTO: Os lipomas são nódulos compostos de gordura. Quando contém estruturas ductais são chamados adenolipomas. Quando possuem componentes vasculares são denominados de angioliipoma e condrolipoma quando a composição é de tecido cartilaginoso. O fibroadenolipoma é uma lesão bem circunscrita, formada por lóbulos e ductos normais, separados por tecido adiposo e fibroso. Em geral é assintomático, no entanto, pode atingir grandes volumes. **RELATO DO CASO:** Paciente AAAB, 57 anos, refere nódulo de mama esquerda há 6 meses de crescimento rápido, atingindo grandes dimensões, indolor. G3P3. 2 irmãs com câncer de mama. Ao exame físico observa mama esquerda maior que a direita, apresentando nódulo de consistência amolecida ocupando o polo superior e lateral mamário, medindo 15 x 10 cm. A mamografia evidenciou grande nódulo em mama esquerda, de baixa densidade, bem delimitado. Presença de nódulo em QSL de mama direita medindo 1 cm de natureza benigna já conhecida por biópsia prévia. A Ultrassonografia revelava extensa massa hipoeocogênica, heterogênea, de contornos regulares e limites parcialmente definidos, ocupando quase toda a mama esquerda, medindo 15 x 10 cm. Realizada core biopsy dos nódulos bilateral com diagnóstico de fibroadenolipoma em mama esquerda e direita. Paciente submetida a excisão cirúrgica da lesão da mama esquerda, com anestesia local e sedação em ambiente hospitalar, com incisão pariareolar com bom resultado estético. **COMENTÁRIOS:** O fibroadenolipoma em geral é assintomático, no entanto, pode atingir grandes volumes como neste caso. Na mamografia observa-se nódulo bem delimitado, de densidade mista circundado por halo transparente. Na ultrassonografia, pode ser hipoeocogênico ou heterogêneo com áreas hiperecogênicas. Tem evolução lenta e a cirurgia geralmente é indicada nos casos de tumores gigan-

tes e esteticamente desfavoráveis ou que causam grandes assimetrias com sintomatologia dolorosa.

HEMATOMA ORGANIZADO TARDIO E CONTRATURA CAPSULAR APÓS TRATAMENTO DE CANCER DE MAMA - RELATO DE CASO

TAGAWA GSG; SILVA JM; FILHO SAM; COSTA R; PEREIRA EYT, SOUSA JA
Maternidade Aristina Cândida de Senador Canedo; UNIFAN; UFG

O câncer da mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no Brasil. Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama. Além desses, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco. Atrasos no diagnóstico e no início do tratamento do câncer de mama podem impedir tratamentos curativos, reduzindo as taxas de sobrevivência. A cirurgia conservadora, associada à pesquisa de linfonodo sentinela, é o tratamento padrão para a maioria das pacientes em estágios precoces. A radioterapia no tratamento do câncer de mama, é utilizada quase sempre em conjunto com a cirurgia, seja como tratamento adjuvante após a mastectomia, ou no tratamento conservador após a tumorectomia. Neste relato abordaremos o caso de uma paciente A. F. B. R., 78 anos, que procurou mastologista com histórico de inserção prótese de mama e câncer de mama há 15 anos com realização de quadrantectomia e radioterapia para tratamento. No momento referia endurecimento das mamas bilateralmente e aparecimento de hematoma em região inferior da mama direita. Realizada ressonância magnética para elucidação, e posteriormente programada cirurgia com remoção do hematoma, da capsula fibrosa da contratatura capsular e das próteses, realizado ainda no mesmo tempo cirúrgico a mamoplastia na técnica do T invertido. Sendo proposto para esta paciente em tempo futuro é a realização de lipoenxertia para a correção das assimetrias presentes. Sabe-se que a radioterapia pode levar a contratatura capsular da prótese mamária com endurecimento e deformidades, neste caso em especial em virtude da radioterapia e da quadrantectomia a paciente evoluiu com hematoma tardio (15 anos) em mama direita, o que o torna raro visto que os hematomas surgem em estágio inicial pós operatório.

CARCINOMA PAPILAR SÓLIDO INVASIVO MASCULINO: UM RELATO DE CASO

SOUSA AM, PEREIRA LAA, OLIVEIRA IC, COSTA R, PINTO SA, SOUSA JÁ

Universidade Federal de Goiás; Maternidade Aristina Cândida; Instituto Goiano de Oncologia e Hematologia

CONTEXTO: Sabe-se que o câncer de mama masculino geralmente apresenta-se com uma massa indolor unilateral retro-areolar levemente excêntrica, e que quase metade dos pacientes apresenta tumores menores que 20 mm. O tipo mais comum de carcinoma invasivo na mama masculina é o carcinoma sem tipo especial (NST), seguido pelos carcinomas papilares, dos quais os tipos lobular e metaplásico são os mais raros. Carcinomas papilares sólidos são tumores caracterizados por um crescimento de padrão sólido com núcleos fibrovasculares delicados. Apresentam frequentemente diferenciação neuroendócrina e são biologicamente indolentes. Podem apresentar-se clinicamente como uma massa palpável, uma anormalidade mamográfica e uma descarga mamilar sangüinolenta. O tumor pode ser arredondado, com massa circunscrita na mamografia e sólido e bem definido, hipoeoico ou heterogêneo na ultrassonografia. Distorção estroma coexistente sugere um componente invasivo. **RELATO DE CASO:** J.L.L.O., 67 anos, masculino, apresentou nódulo endurecido em mama esquerda com 2 meses de evolução. Ao exame físico, o nódulo era irregular, endurecido, com 2 centímetros em seu maior eixo, localizado na região retroareolar. Mamografia e ultrassonografia evidenciaram BI-RADS 5, sendo o nódulo sólido-cístico. Foram realizados radiografia de tórax, cintilografia óssea e ultrassonografia de abdome superior e não houve alterações. O paciente foi submetido à mastectomia esquerda com pesquisa do linfonodo sentinela. Ao estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico foi realizado o diagnóstico de carcinoma papilar sólido invasivo. **COMENTÁRIOS:** No presente relato, foi realizado o diagnóstico de carcinoma papilar sólido invasivo em um paciente do sexo masculino, o que é algo bastante incomum. É necessário considerar as características morfológicas e o perfil imuno-histoquímico, bem como a história clínica e os exames de imagem do tumor, em prol de se definir o diagnóstico correto.

ANÁLISE RETROSPECTIVA SOBRE O USO DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO NA PREVENÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPsia EM UM MUNICÍPIO DE GOIÁS

VIEIRA AC, SILVA CQ, SOUSA AM, SOUSA JA, NETO AC, OLIVEIRA CL

FAMP, UFG, Maternidade Aristina Cândida;

INTRODUÇÃO: A pré-eclâmpsia, atualmente, é uma das principais causas de morbimortalidade materna e fetal, e poderia ser prevenida de forma simples, eficaz e acessível, com o uso do ácido acetilsalicílico (AAS), profilaxia que ainda é, entretanto, pouco difundida. **OBJETIVO:** O presente trabalho tem como objetivo analisar e quantificar o uso desse fármaco nas gestantes com alto risco de pré-eclâmpsia em um município do Estado de Goiás, entre os anos de 2019 e 2020. **METODOLOGIA:** Foram analisados 400 prontuários de pré-natal do Sistema Único de Saúde desse município e identificados critérios clínicos, pré-definidos pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, que permitiram identificar a indicação e propedêutica do medicamento. **RESULTADOS:** 147 gestantes possuíam indicação de uso para AAS profilático e 92% destas não receberam a medicação. Dentro das 8% medicadas não houve nenhuma prescrição adequada. Além disso, dentre as gestantes com indicação, 85% iniciaram pré-natal com tempo hábil para a introdução da medicação e, na grande maioria, não foi iniciado. **CONCLUSÃO:** A disseminação de conhecimento e o índice de prescrição do ácido acetilsalicílico são extremamente baixos no município. Dessa forma, deixa-se de prevenir uma doença grave com uma medicação recomendada pelas agências de regulamentação.

CARCINOMA MAMÁRIO INVASOR METAPLÁSICO PRODUTOR DE MATRIZ CONDRÓ-OSTEOSSARCOMATOIDE - UM RELATO DE CASO

SOUSA AM, CHARAFEDDINE CS, SOUZA LCP, SCHROFF BE, PINTO SA, SOUSA JA

Universidade Federal de Goiás; Maternidade Aristina Cândida; Instituto Goiano de Oncologia e Hematologia; Universidade Federal de Goiás.

CONTEXTO: Carcinoma metaplásico é um grupo heterogêneo de carcinomas mamários invasores (CMI) caracterizado pela diferenciação do

epitélio neoplásico para células escamosas e/ou elementos de aspecto mesenquimal, incluindo, mas não restrito a células fusiformes, condroides e ósseas. Apresenta-se clinicamente como um nódulo palpável e como uma lesão em massa na mamografia e ultrassonografia. Calcificações são incomuns, mas quando presentes são frequentemente associadas ao carcinoma ductal in situ e/ou diferenciação óssea. Os componentes mesenquimais podem se apresentar diferenciados com atipia mínima ou com características tipicamente malignas que se assemelham aos padrões encontrados em sarcomas verdadeiros de tecidos moles. **RELATO DE CASO:** F.B.C.D. , feminino, 50 anos apresentou, nódulo endurecido, irregular, mal definido e medindo 2 cm, na UQS e com axila livre. Mamografia e ultrassonografia evidenciaram BI-RADS 5. A core biopsy indicou CDI G2. Tumor negativo para receptor de estrógeno (RE) e receptor de progesterona (RP), além de HER-2 negativo, com Ki-67 de 80%. Foi feita marcação pré quimioterapia com semente de iodo. A paciente foi submetida à quimioterapia neoadjuvante e posterior quadrantectomia com linfonodo sentinela. Após estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico, foi realizado o diagnóstico de carcinoma mamário invasor metaplásico produtor de matriz condro-osteossarcomatoide. O esquema quimioterápico utilizado foi AC dose densa seguida de taxol semanal por 12 ciclos. Ao realizar PET-CT, a paciente não apresentou focos de metástase. **COMENTÁRIOS:** A partir do exposto, constata-se que o CMI pode se apresentar de diferentes formas. No presente caso, o carcinoma é do tipo metaplásico e o epitélio neoplásico diferenciou-se para células condroides e ósseas, havendo produção de matriz condro-osteossarcomatoide. Vale ressaltar que alguns carcinomas metaplásicos podem apresentar componentes que se assemelham a sarcomas verdadeiros de tecidos moles.

NEOPLASIA OVARIANA CONJUGADA PÓS MENOPAUSA: TUMOR DE BRENNER E CISTADENOMA MUCINOSO EM MESMA PACIENTE – RELATO DE CASO

CASTRO LAA, SANTOS HE, BORGES TB, AMARAL WN
Hospital da Mulher e Maternidade Dona Íris

Massas anexiais ocorrem em mulheres de todas as faixas etárias e sua etiologia e frequên-

cia variam de acordo com a idade. O tumor de Brenner(TB) é um tumor epitelial do ovário de apresentação rara que corresponde a 1-2, 5% dos tumores do ovário, a maioria é benigno; 2 a 5% maligno ao passo que outros 2 a 5% apresentam histologia limítrofe. O Cistadenoma Mucinoso(TM) de ovário é benigno de origem epitelial da superfície ovariana, com tendência a atingir grandes dimensões. Estes constituem 15% de todas as massas ovarianas, sendo 80% benignos. A coexistência de dois tumores adjacentes, em um mesmo órgão é denominada como tumores de colisão, uma condição rara. **RELATO DE CASO.** N.N.A, 78 ANOS, hipertensa, tabagista, diabética tipo 2 e obesa. Paciente apresentou quadro suspeito de COVID19, durante a investigação apresentou aumento de D-dímero, iniciado anticoagulante e prosseguido com investigação. A hipótese de COVID19 e tromboembolismo venoso profundo foi afastada, e devido persistência dos altos níveis séricos de D-dímero, iniciou-se investigação para neoplasia. USG Transvaginal: Imagem em ovário Esquerdo, sólido cística de 4,5 cm 3 Girads 4. Indicado laparoscopia exploradora e identificado massa tumoral em ovário esquerdo, optado por ooforectomia bilateral com congelação. Paciente, apresentou pós-operatório sem intercorrência. Anatomopatológico correspondente a neoplasia ovaria mista compatível com TB e TM, com características histológicas benignas. **COMENTÁRIOS:** A associação entre esses dois tumores é rara, relatada entre 1-16%. Foi demonstrado que em TM e de TB combinados, os dois tipos de células compartilham uma origem clonal comum e que, portanto, o TM pode ter surgido do TB. O diagnóstico de massa anexial em mulheres com sintomas pélvicos ou incidental é frequente. Entretanto a presença de tumores de colisão é uma condição rara, com poucos dados na literatura, apresentando dilemas de diagnóstico e manejo. O principal foco no manejo de massas anexiais é a exclusão de malignidade e manutenção da vida da mulher.

DISSECÇÃO ESPONTANEA DE CORONÁRIA ESQUERDA (ARTÉRIA DESCENDENTE ANTERIOR) NO PUEPÉRIO: UM RELATO DE CASO

BASTOS LK CLEMENTINO, LKC RIOS, WLF
Hospital das Clínicas da UFG

CONTEXTO: A prevalência de dissecção espontânea de artéria coronária é de 1,81 por 100.000 gestantes e puérperas. DEAC é responsável por 40% dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) no ciclo gravídico-puerperal. **RELATO DE CASO:** Paciente JNCS, 39 anos. G4P2N2C, parto cesárea realizado devido diagnóstico de hipertensão gestacional com 39 semanas, no dia 01/04/22. Refere episódio de COVID 29/01/22. Evoluiu no 10º pós parto com dor retroesternal de início em súbito, com duração 30 minutos e intensidade 10/10 na escala de dor, sem fator de piora ou melhora associados. Após novo episódio de dor com as mesmas características já descritas, procurou atendimento médico. O primeiro atendimento ocorreu em pronto socorro secundário em 10/04 com realização de eletrocardiograma (ECG) sem supradesnivelamento do segmento ST, porém com ritmo idioventricular acelerado, associado a troponinas séricas negativa. Encaminhada para centro terciário, em 11/04, na Manternidade HC UFG. Foi admitida assintomática, com PA 140X90 mmHg, S02:98% em ar ambiente, FC 80 batimentos por minuto. Ausculta pulmonar e cardiovascular normais. Realizado novo ECG sem supradesnivelamento do segmento ST, associado a Troponina I 6,8 (VR<0,04). Foi aventada hipótese diagnóstica de IAM sem supra ST e sem sinais de instabilidade. Após 6 horas, novo ECG normal e troponina I 4,4. Foi então programado cateterismo cardíaco para estratificação da lesão cardiovascular. O cateterismo (12/04) evidenciou dissecção coronária espontânea tipo 2A em artéria descendente anterior. A paciente manteve-se assintomática e estável hemodinamicamente, sendo então optado pela equipe de cardiologia por conduta expectante. Teve alta hospitalar após 7 dias de internação, com seguimento ambulatorial. **COMENTARIOS:** Não há protocolo específico para rastreio e conduta de DEAC no ciclo gravídico-puerperal, devendo-se manter o adequado nível de suspeição para essa hipótese diagnóstica, tendo em vista sua alta morbimortalidade.

CORDAO UMBILICAL LONGO E SUAS REPERCUSSOES: UM RELATO DE CASO

BASTOS LK, GARCIA, JVB, AMARAL, WN, FARIA, JWM
Hospital das Clínicas da UFG, Centro Universitario Alfredo Nasser,
Faculdade de Medicina da UFG

CONTEXTO: Anormalidades do cordão umbilical podem ser detectadas pela ultrassonografia, com importantes implicações diagnósticas e prognósticas em termos de morbidade e mortalidade perinatal. Intercorrências vinculadas ao cordão umbilical estão diretamente relacionadas a condição da parte nutricional do feto, pois, o cordão umbilical representa o acesso fetal à placenta. O cordão umbilical pode ser identificado ao ultrassom desde a 7ª semana. O seu crescimento até a 30ª semana equivale ao feto, depois desta idade, o cordão representa crescimento mais rápido, sendo o seu comprimento final esperado de 30 a 70 cm. **RELATO DE CASO:** Relata-se o caso de uma gestante S.L.N.S.M. 22 anos, G3P1CA1, primeira gestação há 3 anos, sem intercorrências, com RN 3005g. Nessa gestação, as ultrassonografias sugeriam feto pequeno para idade gestacional: Sorologias maternas normais. Pré-natal com histórico de ameaça de aborto no 1º trimestre, sem intercorrências no segundo e terceiro trimestres. Realizado parto cesárea devido sofrimento fetal agudo com 38 semanas e 4 dias de gestação. Recém nascido feminino, pélvico, líquido amniótico meconial espesso, APGAR 8/9, cordão umbilical extremamente longo com 155 cm, 6 circulares frouxas de cordão em região cervical (2 artérias 1 veia), extração de placenta normal com 635 g, feto com 45 cm, peso 2.380g (baixo peso, pequeno para idade gestacional).

COMENTARIOS: Intercorrências vinculadas ao cordão umbilical estão diretamente relacionadas à parte nutricional do feto. Próximo ao parto pode envolver ainda condições como circulares de cordão umbilical, nó verdadeiro e prolapso aumento do risco de trabalho de parto prematuro, descolamento prematuro placenta e oclusão vascular por trombose. Estas anormalidades podem acarretar repercussões negativas no bem estar fetal, mostrando-se a importância de se conhecer o desenvolvimento normal do cordão umbilical para que haja avaliação e diagnóstico precisos.

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM ALTAMIRA-PA E A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SILVA, LL. CAVALCANTE, RL. DAMASCENO, HC.

Este estudo objetivou-se relatar o pré-natal de uma gestante assistida em uma unidade de saúde da família (USF) durante atividades acadêmicas do curso de medicina na Atenção Primária (AP) no Município de Altamira-PA, onde observou-se fragilidades nos cuidados em saúde à mulher no período gestacional. Em busca de literatura, constatou-se carências de estudos científicos sobre o tema na região do Xingu e, portanto, direcionamos o relato a comunidade acadêmica, bem como as autoridades responsáveis pela gestão em saúde, tornando-o pertinente e relevante. Paciente CPDA, 25 anos, G2P1A0. Gestação anterior: teve pré-eclâmpsia, parto cesáreo por recém-nascido com peso de 4000g e comprimento de 52 cm. 1ª consulta: idade gestacional (IG): 5 semanas e 3 dias, IMC: 34.7 Kg/m². O 1º atendimento com nutricionista: 35 semanas. Na presente consulta queixa-se de fadiga e edema. Exame físico: IMC: 38,3 kg/m²; Pressão arterial: 130x90; IG: 37 semanas e 3 dias; Edema: Anasarca 4+/4+; Altura uterina: 40 cm. Durante as atividades observou-se falhas no direcionamento das gestantes carentes de acompanhamento especializados, onde ao apresentar marcadores de gravidez de alto risco, bem como fatores condizentes ao risco de nova pré-eclâmpsia a paciente não foi devidamente assistida, demonstrando a inabilidade da rede de cuidado aplicada no contexto de Altamira, pois houve retardo em reverter o curso desfavorável que tomava a gestação. Há lacunas nas metas de cuidado da Rede Cegonha visto que há restrições financeiras, protocolos de encaminhamentos e sistemas de regulação pouco explorados; profissionais sobrecarregados de trabalho com falta de capacitação, falhas no vínculo da gestante com a USF, dificultando para AP identificar e acompanhar gestantes de Risco. Desse modo, sugere-se o uso de um roteiro de investigação nas consultas com intuito de facilitar o dia a dia das USF e reduzir o número de gestantes classificadas erroneamente acelerando o fluxo das que necessitam de especialistas.

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM ALTAMIRA-PA E A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SILVA, LL. CAVALCANTE, RL. DAMASCENO, HC.

Este estudo objetivou-se relatar o pré-natal de uma gestante assistida em uma unidade de saúde da família (USF) durante atividades acadêmicas do curso de medicina na Atenção Primária (AP) no Município de Altamira-PA, onde observou-se fragilidades nos cuidados em saúde à mulher no período gestacional. Em busca de literatura, constatou-se carências de estudos científicos sobre o tema na região do Xingu e, portanto, direcionamos o relato a comunidade acadêmica, bem como as autoridades responsáveis pela gestão em saúde, tornando-o pertinente e relevante. Paciente CPDA, 25 anos, G2P1A0. Gestação anterior: teve pré-eclâmpsia, parto cesáreo por recém-nascido com peso de 4000g e comprimento de 52 cm. 1ª consulta: idade gestacional (IG): 5 semanas e 3 dias, IMC: 34.7 Kg/m². O 1º atendimento com nutricionista: 35 semanas. Na presente consulta queixa-se de fadiga e edema. Exame físico: IMC: 38,3 kg/m²; Pressão arterial: 130x90; IG: 37 semanas e 3 dias; Edema: Anasarca 4+/4+; Altura uterina: 40 cm. Durante as atividades observou-se falhas no direcionamento das gestantes carentes de acompanhamento especializados, onde ao apresentar marcadores de gravidez de alto risco, bem como fatores condizentes ao risco de nova pré-eclâmpsia a paciente não foi devidamente assistida, demonstrando a inabilidade da rede de cuidado aplicada no contexto de Altamira, pois houve retardo em reverter o curso desfavorável que tomava a gestação. Há lacunas nas metas de cuidado da Rede Cegonha visto que há restrições financeiras, protocolos de encaminhamentos e sistemas de regulação pouco explorados; profissionais sobrecarregados de trabalho com falta de capacitação, falhas no vínculo da gestante com a USF, dificultando para AP identificar e acompanhar gestantes de Risco. Desse modo, sugere-se o uso de um roteiro de investigação nas consultas com intuito de facilitar o dia a dia das USF e reduzir o número de gestantes classificadas erroneamente acelerando o fluxo das que necessitam de especialistas.

SÍFILIS GESTACIONAL NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 10 ANOS: COMO ESTÁ SUA INCIDÊNCIA?

CARDOSO FF, LIMA GC, LIMA AC, ANDRADE BO, REZENDE AF, PEREIRA OHBM

Universidade Federal de Goiás

INTRODUÇÃO: O Brasil tem registrado aumento nas incidências de sífilis gestacional. Isso reflete nos casos de sífilis congênita, revelando-se como um importante problema de saúde pública no país. Como essa infecção traz consequências graves para os recém-nascidos por toda vida, sua análise epidemiológica se faz necessária para medidas de intervenção em toda nação. **OBJETIVO:** Analisar a taxa de incidência (TI) de casos de sífilis gestacional, no período de 2011 a 2020, no Brasil. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, analítico e retrospectivo. Incluiu-se os casos de sífilis gestacional no Brasil de 2011 a 2020, obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan/SUS). Os dados populacionais foram obtidos do SINASC. Foi obtida a taxa de incidência (TI) e calculada a sua tendência pela regressão linear segmentada (Joinpoint Regression Program versão 4.7), bem como as variações percentuais anuais (APCs) e seus intervalos de 95% de confiança (IC95%). A TI foi calculada utilizando como denominador o número de nascidos vivos no período. **RESULTADOS:** A prevalência acumulada no período foi de 380 mil casos em todo território nacional. O ano com maior incidência foi 2020, com 21,4 casos para mil nascidos vivos, e o de menor incidência 2013, com 0,7 casos para mil nascidos vivos, seguido por 2011, com 5,5 casos para mil nascidos vivos. A tendência da TI no Brasil teve um comportamento temporal de caráter crescente entre 2011 e 2020 (APC: + 16,29; IC95%: +8,3 ; 24,9; $p < 0,001$). **CONCLUSÃO:** A TI de sífilis gestacional vem aumentando no Brasil. O crescimento médio foi de 16,29 ao ano (APC). Portanto, medidas governamentais como conscientização da população por mídias sociais sobre a prevenção, tratamento e diagnóstico precoce devem ser estimuladas, principalmente na população gestante. Ademais, a melhoria do acompanhamento pré-natal pode trazer inúmeros resultados positivos.

INCIDÊNCIA DOS CASOS DE ZIKA VÍRUS GESTACIONAL EM GOIÁS ENTRE 2016 E 2020.

SILVA BR, REZENDE AF, SPAGNOL JE, CARDOSO FF, LIMA GC, ALVES LM

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG), Goiânia – GO, Brasil.

Faculdade de Medicina da UFG (FM – UFG), Goiânia – GO, Brasil.

INTRODUÇÃO: O vírus Zika é transmitido por mosquitos da família Flaviviridae, originalmente isolado de um primata sentinela em Uganda em 1947, sendo o principal ciclo de transmissão entre mosquitos Aedes e humanos. Devido à associação entre infecção por Zika vírus e microcefalia, a Organização Mundial da Saúde declarou a epidemia de Zika vírus uma emergência de saúde pública de interesse internacional. Por isso, a vigilância epidemiológica declarou em 2016 que esta doença aguda em gestantes é de notificação compulsória nacional. **OBJETIVO:** Analisar a taxa de incidência (TI) de casos de Zika vírus gestacional, no período de 2016 a 2020 em Goiás. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, analítico e retrospectivo. Incluiu-se os casos de Zika gestacional em Goiás de 2016 a 2020, obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan/SUS). Dados populacionais foram obtidos do SINASC. Foi obtida a taxa de incidência (TI) e calculada a sua tendência pela regressão linear segmentada (Joinpoint Regression Program versão 4.7), bem como as variações percentuais anuais (APCs) e seus intervalos de 95% de confiança (IC95%). A TI foi calculada utilizando como denominador o número de nascidos vivos no período. **RESULTADOS:** A prevalência acumulada no período foi de 7367 casos. O ano com maior incidência foi 2016, com 49,2 casos para mil nascidos vivos, e o de menor incidência 2020, com 1,3 casos para mil nascidos vivos. A tendência da TI em Goiás teve um comportamento temporal de caráter decrescente entre 2016 e 2020 (APC: - 61,0; IC95%: - 68,9; -51,1; $p < 0,001$). **CONCLUSÃO:** A infecção por Zika vírus gestacional está decrescendo em Goiás. Os casos diminuíram em cerca de 60% a cada ano (APC), um reflexo de ações governamentais e políticas de saúde de combate à infecção gestacional. A atualização da Zika gestacional como doença de notificação compulsória viabilizou o monitoramento da doença, o planejamento de intervenções públicas e impactou a saúde das gestantes de Goiás.

SÍFILIS GESTACIONAL EM GOIÁS NOS ÚLTIMOS 10 ANOS: COMO ESTÁ SUA INCIDÊNCIA?

LIMA GC, REZENDE AF, LOPES RMO, CARDOSO FF, ALVES LM, GUIMARÃES CM

Universidade Federal de Goiás

INTRODUÇÃO: A incidência da Sífilis Congênita no Estado de Goiás ainda é um desafio para a saúde pública, refletindo na qualidade da assistência de pré-natal. A doença traz muitas repercussões para os recém-nascidos infectados, podendo ter manifestações graves e consequências para toda a vida, o que pode refletir os níveis de saúde de uma população. **OBJETIVO:** Analisar a taxa de incidência (TI) de casos de sífilis gestacional, no período de 2011 a 2020, em Goiás. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, analítico e retrospectivo. Incluiu-se os casos de sífilis gestacional em Goiás de 2011 a 2020, obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan/SUS). Os dados populacionais foram obtidos do SINASC. Foi obtida a taxa de incidência (TI) e calculada a sua tendência pela regressão linear segmentada (Joinpoint Regression Program versão 4.7), bem como as variações percentuais anuais (APCs) e seus intervalos de 95% de confiança (IC95%). A TI foi calculada utilizando como denominador o número de nascidos vivos no período. **RESULTADOS:** A prevalência acumulada no período foi de 12.175 casos em todo estado goiano. O ano com maior incidência foi 2020, com 22,2 casos para mil nascidos vivos, e o de menor incidência 2013, com 1,1 casos para mil nascidos vivos, seguido por 2011, com 4,5 casos para mil nascidos vivos. A tendência da TI em Goiás teve um comportamento temporal de caráter crescente entre 2011 e 2020 (APC: + 17,47; IC95%: +9,3 ; 26,3; $p < 0,001$). **CONCLUSÃO:** No período de 10 anos analisado, houve um crescimento de 17,7% ao ano (APC), o que demonstra um aumento na incidência de grande relevância epidemiológica. As ISTs em ascensão refletem uma população que não está conscientizada sobre a prevenção e consequências dessa infecção, principalmente nos recém-nascidos. Portanto, medidas como conscientização através de mídias sociais sobre os modos de prevenção e diagnóstico precoce da doença devem ser realizados em todo estado, principalmente na população materna.

CONDUTA EXPECTANTE NA INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL COM "SLUDGE": CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA

MIGUEL GSS, MENDONÇA GFM, ROSADO LEP

Hospital Estadual da Mulher, Goiânia-GO

Contexto. O "sludge" é um achado ultrassonográfico caracterizado por uma imagem ecogênica, por acúmulo de partículas sobrenadantes, localizada no líquido amniótico entre a apresentação fetal e orifício interno do colo. Este sinal ultrassonográfico está associado a maior risco de parto prematuro (Romero,2007). Relato do caso. Paciente de 26 anos, casada, hígida, G3P0A2, internada por trabalho de parto prematuro (TPP) extremo (23 semanas), com dilatação de 1 polpa. No rastreio infeccioso foi diagnosticada com infecção de trato urinário (ITU) tratada com Ampicilina+Sulbactam 3g de 6/6h por sete dias e indicada maturação pulmonar (betametasona 12mg diárias por dois dias), com parada das contrações. À ultrassonografia (USG) obstétrica, complementada pela via transvaginal (USG-TV), evidenciou-se colo dilatado 2cm, fino (0,8cm) e presença de "sludge". Após associação de clindamicina (900mg 8/8h endovenosa por 7 dias) ao antibiótico anterior, nova USG TV, realizada 09 dias após detectou ausência de "sludge" observado anteriormente. Devido ausência de outros parâmetros de infecção optou-se por utilizar progesterona (200 mg via oral de 8/8 horas). Após seis semanas de internação recebeu alta hospitalar com 29 semanas e 4 dias e parâmetros clínicos e laboratoriais estáveis. Três dias após retornou, em franco TPP, 7cm dilatação, feto pélvico, optando-se por cesariana. Parto sem intercorrências. Recém-nascido teve APGAR 7 e 8, pesou 1.220g e manteve boa evolução clínica na UTI neonatal continuando na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, a partir de 1.350g e idade gestacional corrigida de 33 semanas. **Comentários.** Ainda não há consenso sobre a necessidade de se tratar ou não o "sludge" (Hatanaka, 2019). Porém, estudos vem demonstrando que a antibioticoterapia tem, aparentemente, reduzido as chances de TPP e rotura prematura de membranas, com potencial redução da morbidade materna, fetal ou neonatal e possibilitando a viabilidade fetal, como no caso relatado.

**TUMOR DE OVÁRIO EM PACIENTE GESTANTE - UM RELATO DE CASO
ABORDAGEM CONSERVADORA OU CONDUTA ATIVA?
COMO REALIZAR SEGUIMENTO GESTACIONAL?**

BORGES TDJB, SANTOS HE, CATRO LAA, CARVALHO TBP

Hospital e Maternidade Dona Íris.

Introdução: O câncer de ovário é a 8^a neoplasia maligna mais diagnosticada em mulheres no Brasil, e é a principal causa de morte por câncer do trato genital feminino em países desenvolvidos. É uma patologia relativamente rara, correspondendo a 1,8% dos cânceres ginecológicos.¹ O câncer primário de ovário é o segundo câncer ginecológico mais frequentemente diagnosticado durante a gravidez, com uma incidência estimada de 1:10.000 a 1:50.000 gravidezes. O tipo histológico mais frequente é o tumor de células germinativas, seguido em ordem de frequência pelos tumores epiteliais. A evolução clínica de pacientes com câncer epitelial de ovário não é afetada pela gravidez.³ **Objetivo:** Relatar conduta conservadora em caso de tumor ovariano primário em mulher gestante com feto viável. **Relato de Caso:** M.G.R, 29 anos, G2P0A1, IG atual (abril de 2022) 36 semanas e 4 dias, encaminhada ao pré natal de alto risco do Hospital da Mulher e Maternidade, por tumor de ovário direito descoberto na gestação. Nega comorbidades prévias. Nega tabagismo e etilismo. Ao exame físico: Abdome gravídico, não visualizado lesões externas, não palpado tumoração anexial. Tomografia de pelve 23/04/21: Lesão expansiva heterogênea sólido cística na região anexial direita, com realce heterogêneo pelo meio de contraste, medindo cerca de 7,2x5,4x4,8 cm (97 cm³). Aspecto pode estar relacionado a processo neoplásico ovariano primário. Optou - se por conduta expectante. Paciente está realizando seguimento em pré natal de alto risco, com abordagem posterior ao parto. **Discussão:** O achado de massas anexiais na gestação tem aumentado nos últimos anos, devido ao uso difundido do exame de ultrassonografia (USG) durante o pré natal. A estimativa de tumores de ovário associados à gravidez é de aproximadamente 1:1000 gestações, entretanto somente 3- 6% deles serão malignos.² Os achados clínicos dos tumores ovarianos na gravidez não diferem daqueles que ocorrem no estado não gestacional. Apesar do tumor de ovário ser patologia rara durante a gravidez, o diagnóstico no início

da gestação pode mudar o prognóstico. Lesões anexiais comuns na gestação incluem cistos simples de ovário, cistos hemorrágicos, leiomiomas de trompas uterinas e ovários hiperestimulados.² Na primeira metade da gestação, a extirpação dos ovários poderá ser realizada após a 12^a semana, pois nessa fase a placenta supre as necessidades hormonais da gravidez e os ovários já não são mais necessários. Na segunda metade da gestação, uma intervenção cirúrgica pode ser adiada, exceto em casos com complicações associadas. Pode-se aguardar ou acelerar a maturidade fetal com o uso de medicamentos e programar a interrupção da gravidez e realização da cirurgia assim que for possível. Propõe-se que a cirurgia seja postergada após a 34^a semana de gestação a fim de evitar as complicações associadas à prematuridade. Se não houver nenhuma intercorrência associada ao tumor, a intervenção cirúrgica definitiva pode ser postergada até próxima ao termo, entre 37^a ou 38^a semanas de gestação.² Os marcadores tumorais parecem ter valor limitado durante a gestação. Níveis elevados do CA 125 são encontrados na gravidez normal, com pico no primeiro trimestre, nas ameaças de abortamento, no descolamento placentário e no puerpério. Por outro lado, os níveis séricos da Inibina B e do hormônio anti-Mulleriano não apresentam elevações durante a gravidez normal e poderiam ser úteis. No entanto, não há ainda um ponto de corte estabelecido para se considerar as dosagens destes marcadores tumorais elevadas ou não durante a gravidez.³ A escolha do tratamento também depende das características da tumoração. Tumores unilaterais, encapsulados, menores que 10cm, contornos regulares, sem papilas no seu interior e que não apresentam crescimento durante a gravidez, pode - se optar por conduta conservadora, mantendo a mulher em observação, clínica e com USG, até o terceiro trimestre. O parto pode obedecer à indicação obstétrica: se vaginal, a puérpera será tratada posteriormente ou se cesárea, a ooforectomia poderá ser realizada no ato operatório. Porém tumores acima de 10cm são elegíveis de tratamento cirúrgico, para evitar torção ou ruptura.³ **Considerações finais:** Acredita-se que este relato contribua para acrescentar dados à literatura a respeito de um tema raro. Além de fornecer uma conduta alternativa aos casos cirúrgicos em gestantes com fetos viáveis.

GRAVIDEZ ECTÓPICA CERVICAL: UM RELATO DE CASO

SANTOS HE, CASTRO LAA, MARINHO PSS, BORGES TB, AMARAL WN.
Hospital da Mulher e Maternidade Dona Íris¹

Contexto: A gravidez ectópica cervical consiste em uma gestação com implantação incomum, representando menos de 1% das implantações ectópicas. Casos não tratados na fase inicial podem se transformar em uma emergência, devido a hemorragia intensa. Relato de caso: A.C.S, 18 anos, G4P1N2C, deu entrada na maternidade com história de metrorragia há 2 meses. Negou uso de contraceptivos. Última relação sexual há 2 meses. Exame físico: REG, hipocorada, afebril. Abd: flácido, doloroso a palpação de região hipogástrica. Toque: Colo entreaberto, sangramento moderado. Usgtv: útero com vol.111,81cm³. Presença de imagem heterogênea em canal cervical de 4,0 x 3,9 cm. Com fluxo ao doppler de alta resistência (IR 0,65). Eco de 5mm. OD e OE sp. Beta hcg 717,47. Hb de 4,6 e ht 15,4%. Foi realizado hemotransfusão e solicitado transferência para serviço com disponibilidade de metotrexato, para conduta conservadora. Após 20 horas aguardando transferência, paciente apresentou sangramento vaginal em grande quantidade. Foi optado por realização de curetagem. Durante o procedimento, paciente evoluiu com sangramento intenso e o procedimento foi convertido para histerectomia total abdominal. Paciente recebeu alta em 48 horas. Resultado do anatomopatológico: vilosidades coriônicas e trofoblastos implantados em endocérvice e istmo (prenhez ectópica). **Comentários:** A gestação ectópica cervical pode evoluir com hemorragia profusa, perda da fertilidade e até morte. Inicialmente optou-se pelo uso do metotrexato entretanto devido ao sangramento intenso, não houve tempo para transferência a um serviço com disponibilidade do mesmo. Com objetivo de manter a fertilidade, foi realizado uma curetagem do canal cervical, entretanto paciente evoluiu com sangramento incoercível e o procedimento foi convertido para histerectomia total. A histerectomia ainda tem sido o tratamento definitivo em 70% dos casos, a conduta mais efetiva para preservação da vida da mulher com hemorragia uterina.

INDICAÇÕES DE PARTO CESARIANO EM GESTAÇÕES PRÉ-TERMO

QUEIROZ LRA, SOARES LR.

Universidade Federal de Goiás.

Introdução. A prematuridade é maior causa de morbimortalidade neonatal no mundo e gera custos altíssimos. As taxas de nascimentos prematuros têm aumentado pelo aumento de indicação de partos em gestações pré-termo e pelos partos indicados em gestações múltiplas concebidas por técnicas de reprodução assistida. As taxas de parto cesariano também seguem uma tendência de aumento no Brasil. **Objetivos.** Descrever as principais indicações de cesariana em gestações pré-termo em uma maternidade de alto risco, avaliar a prevalência de partos prematuros e as taxas de cesariana, e analisar características sociodemográficas e obstétricas. **Pacientes e Métodos.** Foi realizada análise dos registros de partos ocorridos de março de 2019 a fevereiro de 2020 no Hospital e Maternidade Dona Íris, em Goiânia-GO. Para análise das indicações de cesariana em gestações pré-termo e das características maternas foram incluídas as gestantes submetidas a parto cesariano entre 22 semanas e 36 semanas e 6 dias com nascimento de pelo menos um recém-nascido vivo (n=301). Foram analisados os dados de 281 pacientes. **Resultados.** No período ocorreram 5.811 partos que resultaram em nascidos vivos, a via do parto foi abdominal em 45,19% dos casos e a prevalência de partos prematuros encontrada foi de 10,63%. As principais causas de interrupção prematura da gestação por cesariana foram sofrimento fetal (23%), doença hipertensiva na gravidez (20%) e iteratividade (12%). A média da idade das pacientes foi de 28,9 anos, 34,5% delas eram primíparas, a maioria realizou 6 ou mais consultas de pré-natal e a maioria dos partos ocorreu com fetos de 34 a 37 semanas. **Conclusões.** A prematuridade permanece em pauta no campo da saúde materno-infantil e os resultados apresentados são importantes para o planejamento de intervenções que diminuam a ocorrência de partos prematuros e as taxas de mortalidade infantil.

ENDOMETRIOSE PROFUNDA, LESÕES DIAFRAGMÁTICAS SÃO DESAFIOS TANTO NA DECISÃO TERAPÊUTICA QUANTO TRATAMENTO. ABORDAGEM CIRÚRGICA DE MÚLTIPLAS LESÕES, CECO, RETO, APÊNDICE, BEXIGA, Pelve E DIAFRAGMA.

ALVES MM, JÚNIOR AWC, TORRES MBS, ALVES LVFS, DIAS JVA, RODRIGUES RCR

Instituto MARPE de Cirurgia Digestiva, Metabólica e Endometriose

INTRODUÇÃO: A endometriose profunda pode acometer sítios extrapélvicos. Entre estes, lesões nos andares superior e médio do abdome podem gerar complicações graves. **OBJETIVO:** Objetivo do presente relato de caso é demonstrar a importância da anamnese completa em consulta, exame físico detalhado e exames complementares assertivos. Muito importante ressaltar a relevância da equipe cirúrgica estar preparada para adequações e mudanças de condutas intraoperatórias com rápidas decisões e capacitação técnica. **MÉTODO:** No presente relato de caso, paciente J.D.R.C., 31 anos. Infertilidade sem sucesso nos tratamentos e dor pélvica, abdominal e torácica recorrente, relacionada ao período menstrual. **RESULTADOS:** Diagnóstico firmado de endometriose e infertilidade com tratamentos prévios sem sucesso. Achados condizentes de endometriose diafragmática Na pelve presença de lesões. Intraoperatório múltiplas lesões. Realizado: retosigmoidectomia ressecção de 12 cm de alça reto – médio e sigmóide; colectomia parcial de colón ascendente e íleo terminal, com apêndice envolvido na lesão; lesão de íleo terminal infiltrativa, 02 lesões com suboclusão; ressecção de tumor diafragmático direito, ressecado aproximadamente 6x3,5 cm = rafia primária; drenagem pleural fechada; lesão pleural; ressecção e cauterização de lesão em lóbulo pulmonar direito; cirurgia pélvica.

Cirurgia sem intercorrências. Resolução do quadro algico e do hábito intestinal e urinário. O casal engravidou sobre acompanhamento da equipe de fertilização posteriormente. **CONCLUSÃO:** Concluímos que a cirurgia minimamente invasiva para endometriose profunda é o método de escolha, seguro, com resolução importante dos sintomas, tratamento e resolução de complicações graves e distantes da pelve. Reduzindo a resposta inflamatória ocasionada pela doença e restaurando a anatomia, elevando as taxas de sucesso do tratamento de fertilidade.

ENDOMETRISE PROFUNDA, QUANDO A TECNOLOGIA FALHA! A IMPORTÂNCIA DO PREPARO DA EQUIPE CIRÚRGICA PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS DE ALTA COMPLEXIDADE.

ALVES MM, JÚNIOR AWC, TORRES MBS, ALVES LVFS, DIAS JVA, RODRIGUES RCR

Instituto MARPE de Cirurgia Digestiva, Metabólica e Endometriose

INTRODUÇÃO: A endometriose profunda pode ser uma patologia de tratamento cirúrgico. A cirurgia deve ser resolutiva, minuciosa e minimamente invasiva, resultando no mínimo de dano funcional e anatômico possível. A incorporação de tecnologia ao ato cirúrgico tem proporcionado resultados melhores. **OBJETIVO:** Os relatos de caso visam contribuir para o preparo técnico, científico, treinamento e integração da equipe cirúrgica. **MÉTODO:** Relatamos 02 casos cirúrgicos de alta complexidade com endometriose profunda grau IV e falha da tecnologia em tempos muito importantes das cirurgias. Ambos casos, as lesões intestinais encontravam-se muito próximas da borda anal. Em ambos casos os grampeador circular endoscópico não liberou de forma adequada as cargas de grampeamento e a lâmina de corte não obteve êxito. Sendo necessário mudança de tática e técnica cirúrgica com rápida decisão intraoperatória de toda equipe. **RESULTADOS:** Primeiro caso presença de abscesso tubo ovariano a esquerda. Tempo de anastomose o grampeador circular endoscópico falhou. Foi optado por ressecção manual de borda retal e síntese de reto com uso de novo grampeador, o que acrescentou ao ato cirúrgico mais de 70 minutos. No segundo caso, a técnica empregada ressecção discóide por se tratar de lesão muito próxima da borda anal. Da mesma forma a lâmina não finalizou o corte e os grampos não realizaram a síntese adequada. A decisão foi reavivar as bordas e realizar anastomose reto-retal manua. O incremento de tempo foi de aproximadamente 60 minutos. Em ambos caso foram realizados testes de pressão com ar e teste com azul de metileno. Ambos casos evoluíram favoráveis. **CONCLUSÃO:** Concluímos que a cirurgia minimamente invasiva para endometriose profunda associa atualmente tecnologia, reduzindo tempo cirúrgico, segurança do paciente, mas também o preparo operacional, técnica, científica de toda equipe para tomar e mudar decisões intraoperatórias são fundamentais.

ENDOMETRISE PROFUNDA, INFERTILIDADE E DOR. CIRURGIA INTESTINAL COMPLEXA, ANATÔMICA, FUNCIONAL E LIMITADA AS LESÕES, COM FOCO NA FERTILIDADE E RESOLUÇÃO DO QUADRO ÁLGICO.

ALVES MM, JÚNIOR AWC, TORRES MBS, ALVES LVFS, DIAS JVA, RODRIGUES RCR

Instituto MARPE de Cirurgia Digestiva, Metabólica e Endometriose

INTRODUÇÃO: A endometriose com dor pélvica crônica não responsiva ao tratamento clínico medicamentoso e infertilidade, a cirurgia de excisão dos focos e reorganização anatômica deve ser considerada.

OBJETIVO: O objetivo do presente trabalho é demonstrar técnica cirúrgica minimamente invasiva que aborda todas as lesões, com ressecção das mesmas e preservando ao máximo a anatomia e funcionalidade dos órgãos e estruturas. Foco principal na ressecção mais conservadora e resolutiva intestinal. **MÉTODO:** Relato de caso de mulher, 37 anos, com múltiplas tentativas de gravidez sem sucesso. Diagnóstico inicial de hidrosalpinge obstrutiva bilateral. Lesão de retossigmóide, nódulo de 2,17x0,84 cm, distando cerca de 6 cm da borda anal, com processo aderência. Enterorragia esporádica, dor evacuatória, constipação intestinal crônica, além de sintomas de dispareunia profunda. **RESULTADOS:** Realizado cirurgia após coleta de óvulos para posterior tratamento de fertilização. Durante ato cirúrgico, a lesão intestinal se demonstra maior, tanto em extensão transversal quanto comprimento, sendo estimada pouco mais de 4,0 cm mas localizada entre o reto médio e baixo, impondo elevado risco cirúrgico de dissecação, confecção de anastomose e consequências fisiológicas posteriormente. Realizado decisão técnica de ressecar a lesão intestinal e minimizar os riscos cirúrgicos, com ressecção via mista, com grampeamento circular via retal, com 02 grampeadores de 33 e 29 mm, com ressecção da totalidade da lesão e mantendo parede posterior do reto e todo mesorreto. Preservando a função motora retal, padrão evacuatório, sensibilidade pélvica, inervação e vasos sanguíneos. **CONCLUSÃO:** Concluímos que a cirurgia minimamente invasiva para endometriose profunda em associação a dor e infertilidade quando indicada associada ao tratamento de fertilidade e ressecções resolutivas

e conservadoras é forma segura, eficaz de tratar ambos objetivos. Preservando ao máximo a anatomia das estruturas e órgãos.

ENDOMETRISE PROFUNDA, PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEOS REPETIÇÃO, TRATAMENTO E ABORDAGEM CIRÚRGICA HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA VOLUMOSA E ENDOMETRIOSE PÉLVICA

ALVES MM, JÚNIOR AWC, TORRES MBS, ALVES LVFS, DIAS JVA, RODRIGUES RCR

Instituto MARPE de Cirurgia Digestiva, Metabólica e Endometriose

INTRODUÇÃO: A endometriose profunda associada a lesões pulmonares são raras e as manifestações clínicas inespecíficas. O diagnóstico, tratamento e intervenções têm sido desafio em mulheres portadoras desta síndrome. **OBJETIVO:** Alterações pulmonares em mulheres jovens podem ter resolução cirúrgica. **MÉTODO:** K.P.O., 46 anos, dor abdominal, dispareunia e metrorragia. Três gestações, primeira somente 08 anos de múltiplas tentativas. Após 06 anos, nova gestação espontânea. Apresenta quadro de 03 drenagens torácicas por pneumotórax espontâneos, com 01 cirurgia de decorticação pulmonar e diagnóstico de paralisia diafragmática direita. Devido quadro ginecológico, avaliação e presença de adenomiose, múltiplas lesões pélvicas. RNM de tórax com parênquima pulmonar direito reduzido de volume e hemicúpula diafragmática elevada com fígado intratorácico. Espirometria normal. Apresentava sempre quadro de fadiga crônica. **RESULTADOS:** Durante o inventário da cavidade abdominal, encontramos a pelve com lesões endometrióticas, ovários e tubas comprometidos, reto médio infiltrado com lesão, adenomiose. A avaliação do andar superior do abdome, encontramos abertura total do diafragma direito, transversalmente, com parênquima pulmonar colapsado provavelmente pelo pneumoperitônio, fígado direito com vesícula biliar e parte do ângulo hepático do colón herniado totalmente ao hemitórax ipsilateral. Realizado inventário da cavidade torácica sem achados de endometriose, mas realizado decorticação pulmonar e higiene da cavidade torácica. Redução do conteúdo herniado abdominal, e síntese da hérnia diafragmática. Posteriormente resolução da doença pélvica. A via

utilizada foi totalmente minimamente invasiva via abdominal. **CONCLUSÃO:** Concluimos que a cirurgia minimamente invasiva para endometriose profunda é o método de escolha, seguro, com resolução importante dos sintomas, tratamento e resolução de complicações primárias ou secundárias da endometriose.

ENDOMETRIOSE PROFUNDA, DOENÇA E CIRURGIA COMPLEXAS, COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS, PRECOSES E TARDIAS TRATADAS POR VIA MINIMAMENTE INVASIVA.

ALVES MM, JÚNIOR AWC, TORRES MBS, ALVES LVFS, DIAS JVA, RODRIGUES RCR

Instituto MARPE de Cirurgia Digestiva, Metabólica e Endometriose

INTRODUÇÃO: Principais queixas de endometriose são dor abdominal de forte intensidade durante o ciclo menstrual ou durante a atividade sexual. Apresenta critérios cirúrgicos em casos de falha terapêutica clínica e alterações das funções dos órgãos e estruturas acometidas. **OBJETIVO:** Demonstrar como uma cirurgia complexa pode ser segura na totalidade por via minimamente invasiva, mesmo em casos de complicações cirúrgicas tardias. **MÉTODO:** No presente relato de caso, descrevemos 01 caso de cirurgia complexa pelas alterações anatômicas ocasionadas pela doença endometriose avançada e a resolução das complicações por via minimamente invasiva. Paciente D.C.P.A., 32 anos, multigesta e sintomas de suboclusão intestinal, metrorragia e dispaurenia refratária ao tratamento clínico e medicamentoso hormonal associado. **RESULTADOS:** Realizado cirurgia complexa via minimamente invasiva, colectomia parcial, com grampeamento de lesão reto médio, ressecção cirúrgica do septo reto vaginal, dos ligamentos úterosacros, salpingectomia, ooforoplastia direita, histerectomia com colpórrafia laparoscópica. No dia 20 de pós operatório apresentou dor abdominal em baixo ventre sendo atendida e medicada, evoluiu no dia seguinte com débito de gases e secreção fétida vaginal, de aspecto fecalóide. Realizado inventário da laparoscópico com fístula reto vaginal de mais de 3,0 cm de abertura e com confecção de colostomia esquerda, síntese vaginal com omento e drenagem abdominal. Realizado liberação para atividades sexuais com

penetração vaginal após 60 dias com avaliações ambulatoriais sequenciais. Reconstrução do trânsito intestinal por via minimamente invasiva, meses após. Em acompanhamento ambulatorial com boa qualidade de vida no momento. **CONCLUSÃO:** Concluimos que a cirurgia minimamente invasiva para endometriose profunda é o método de escolha, seguro, com resolução importante dos sintomas, tratamento e resolução de complicações cirúrgicas precoces ou tardias.

PERFIL DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DE GOIÂNIA, GOIÁS, BRASIL

CLEMENTINO LKC¹, FIGUEIREDO AVSMV², SADDI VA³, RAMOS JEP; HC-UFG¹, HBDF², PUC Goiás³

INTRODUÇÃO: A sífilis é uma infecção bacteriana, cujo agente etiológico é o *Treponema pallidum*. A transmissão ocorre por via sexual e via vertical. A sífilis congênita resulta da disseminação hematogênica transplacentária desse agente da gestante infectada, com tratamento não realizado ou inadequado, para o conceito. Essa contaminação pode resultar em consequências devastadoras para o RN, sendo considerada um evento sentinela da qualidade da assistência à saúde. **OBJETIVOS:** Avaliar a prevalência e as características sociodemográficas e assistenciais das pacientes com sífilis gestacional (SG) e as características da assistência neonatal dos casos de sífilis congênita (SC) registrados em uma maternidade pública em Goiânia-GO entre 2017 e 2018. **MÉTODOS:** Os dados foram colhidos a partir dos prontuários, tabulados em planilhas e analisados por estatística descritiva e inferencial. **RESULTADOS:** Foram incluídos 94

casos de SG e 93 de SC. As mulheres com SG eram, na maioria, de cor parda, entre 21 e 30 anos, sem vínculo empregatício, residentes em zona urbana, com apenas o ensino fundamental. Os casos de SG foram diagnosticados, em sua maioria, tardiamente no 3º trimestre de gestação ou no parto, recebendo tratamento inadequado. Os casos de SC eram predominantemente do sexo masculino, com peso inadequado para a idade gestacional e 100% dos RN que apresentaram APGAR menor que 7, no primeiro e no quinto minuto, possuíam VDRL reagente. **CONCLUSÃO:** Portanto, conforme descrito neste estudo, a baixa resolutividade na rede básica de saúde e na assistência pré-natal, continua como o principal preditor da SG e da SC no país, e apontada como a principal característica para a sua intensificação.



RESGATAMOS A MAGIA DA EXPERIÊNCIA DE TER UM FILHO.

Prazer, Perfetto!
Acreditamos em uma experiência de cuidado de ponta a ponta quando o assunto é reprodução humana. Aqui, unimos um time de referência no mercado e tecnologia com o máximo de suporte para as famílias.

Conte conosco para:

- Avaliar a fertilidade e o potencial reprodutivo de homens e mulheres
- Procedimentos que proporcionam um diagnóstico mais completo
- Tratamentos de reprodução de alta e baixa complexidade

Perfetto
reprodução humana

RUA 135, Nº 323 - SETOR MARISTA | CEP: 74180-020 | GOIÂNIA
☎ (62) 3773-2915 | WWW.PERFETTOREPRODUCAO.COM.BR

A gente **cuida** da
sua saúde financeira.



Somos especialistas em médicos. Além de ter sido fundada por profissionais de saúde há quase 30 anos, temos atendimento exclusivo e taxas diferenciadas para a categoria. Tudo com as outras vantagens do cooperativismo como resultado financeiro compartilhado e estímulo à economia local.

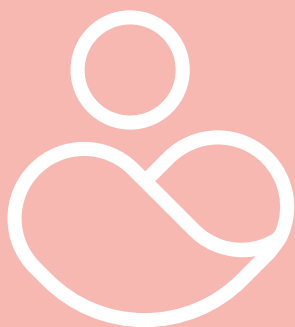


SICOOB
UniCentro Br

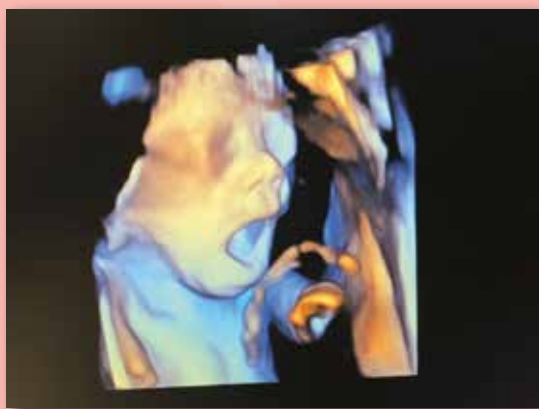
Abra sua conta em uma das maiores cooperativas de crédito do país.

Feita por médicos, para médicos.

 sicoobunicentrobr



VITALLY



- GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
- AMNIOCENTESE
- CORDOCENTESE
- PERFIL BIOFÍSICO FETAL
- ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA DO 1º E 2º TRIMESTRE
- DOPPLER
- ULTRASSONOGRAFIA GERAL
- ULTRASSONOGRAFIA 4D/5D (REALISTIC VUE)
- NIPT (PANORAMA)
- PATERNIDADE PRÉ-NATAL NÃO INVASIVA
- HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA
- VIDEOCOLPOSCOPIA
- ECOCARDIOGRAMA FETAL
- DOPPLER VENOSO E ARTERIAL
- ESTUDO DO SÊMEN
- INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL
- CONGELAMENTO SEMINAL

DIRETOR TÉCNICO

Dr. MOHAMED KASSEM SAIDAH - CRM/GO: 8595

- GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - RQE 4864

- ULTRASSONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - RQE Nº 11675

- MEDICINA FETAL - RQE Nº 11674

AVENIDA CONTORNO, Nº 813, CENTRO - ANÁPOLIS - GOIÁS

(62) 3324-0640 / (62) 3324-0650 / (62) 3943-1341 /  (62) 9 9912-0640