



Editorial

A Grande Transformação

Particpei da solenidade de transformação do Departamento de Tocoginecologia da ACM ocorrida no dia 29 de outubro de 1999, dia anterior ao recém-consagrado dia do Ginecologista e Obstetra. Embora não tenha acompanhado de perto todo o processo, pude sentir no discurso de inauguração do seu Presidente que estamos diante de **uma grande transformação**.

Uma transformação que permite a união das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia já existentes em nosso Estado; permite a criação de outras Sociedades, na forma de secções regionais, seguindo a divisão de distritais da ACM, em número total de oito; cria o Curso de Educação Continuada que irá correr estas secções regionais; permite a participação de uma maior número de membros na diretoria, através da criação de novos cargos; permite o ingresso, através da mudança estatutária, de qualquer médico à Sociedade, desde que seja sócio da ACM, e indiretamente proporciona condição de filiar-se à Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), com todos os direitos adquiridos; e, finalmente, incentiva a criação das subcomissões de especialidades, proporcionando espaço para que cada uma cresça de acordo com seu grau de interesse e articulação.

E toda esta transformação ocorre sem que seu órgão representativo no Estado, a Associação Catarinense de Medicina sofra qualquer prejuízo, ou seja, não haverá criação de sede própria, o Estatuto da SOGISC é concordante com o da ACM e para ser sócio da Sogisc é necessário ser sócio da ACM. Em outras palavras, é preservado o associativismo, tão importante em nossas vidas, quer o reconheçamos ou não.

Neste momento é importante que todos os ex-membros do Departamento, agora sócios da SOGISC, e todos os associados das outras Sociedades (Blumenau, Joinville, Lages e da recém-criada secção regional do Oeste- Chapecó) tenham clareza da importância desta grande transformação: descentralização, união e crescimento de todos.

Nós, da Diretoria da ACM, desejamos sucesso e vida longa à SOGISC.

Dr. Carlos Gilberto Crippa
Sócio da SOGISC



EXPEDIENTE

Diretoria Executiva

Presidente:

Dr. Dorival A. Vitorello

Edição:

Jornalista Lena Obst
Reg. MT/RS 6048

Edição Online:

Monticello Consultores
Associados

Vice-Presidente:

Dr. Carlito Moreira Filho

Arte Final:

PARIMPAR

Criação:

Luciana Vaz

Secretário:

Dr. Ubiratan C. Barbosa

Impressão:

M. DARWIN
Editor Gráfico Ltda.

Web Designer:

Brunog Design

NOTAS

1 Anuidade FEBRASGO/SOGISC

A anuidade da FEBRASGO/SOGISC deverá ser paga até o dia 31 de março de 2000. O valor é de R\$ 90,00 (R\$ 45,00 para a SOGISC e R\$ 45,00 para a FEBRASGO) o que corresponde à uma mensalidade da SOGISC inferior a R\$ 4,00. Para médicos residentes o valor é de R\$ 45,00 (encaminhar junto comprovante da Residência Médica. Só podem associar-se à FEBRASGO médicos sócios de alguma FEDERADA (no caso à SOGISC). Enviar cheque nominal à SOGISC, para a ACM. Após esta data, haverá multa de 10 a 20%, dependendo do período de pagamento.

DIRETORIA

Dorival A. Vitorello

Presidente

Carlito Moreira Filho

Vice-Presidente

Ubiratan C. Barbosa

Secretário

Jorge Alberto de Mattos

Tesoureiro

Alberto Trapani Jr.

Diretor Científico Geral

Sheila Koettker Silveira

Diretor Científico da Obstetrícia

Raquel Gomes Aguiar da Silva
Diretor Científica da Ginecologia

Maria Salete de M. Vieira
Diretor de Defesa de Classe

Luiz Flávio de A. Gonçalves
Diretor de Publicação

Artigos

Tentativa de Suicídio!!!

O capítulo III do Código de Ética Médica é sem dúvida o que mais sujeita o médico ao crivo da Sociedade, da Justiça e de seus pares, através dos Conselhos Regional e Federal de Medicina.

Nele está contido o Art. 29, o mais conhecido e mais temido dos artigos, pois aborda a imperícia, a imprudência ou a negligência médica. Talvez um pouco esquecidos de alguns, mas de qualquer forma severos, estão também neste capítulo os Artigos 35, 36 e 37, que transcrevemos na íntegra:

É vedado ao médico:

Artigo 35 - Deixar de atender em retornos de urgência ou emergência, quando for sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Artigo 36 - Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus paciente em estado grave.

Artigo 37 - Deixar de comparecer a plantão em horário pré-estabelecido ou abandoná-lo sem a presença do substituto, salvo por motivo de força maior.

Ora colegas! Desnecessário seria alongarmos no assunto, dada a clareza do texto. Insistimos porém, na necessidade de não esquecê-los!

Médicos em sobreaviso ou plantonistas precisam estar mais atentos que nunca, pois na linha de frente do combate à doença, otrnam-se mais expostos ao tiroteio social contra o mau atendimento.

Demorar-se no atendimento ao chamado quando de sobreaviso; não coparecer ao local de plantão ou abandoná-lo antes da chegada do substituto, são legítimos "partos cheios" para denúncias e processos, dos quais as Delegacias de Polícia e Conselhos estão literalmente entupidos.

Alerta geral amigos, boa técnica, preenchimento correto do prontuário e do partograma e relacionamento médico perfeito são partes de nosso trabalho.

Por isso seremos cobrados, cada dia mais e mais. Deixar o flanco aberto é anti-ético e suicida.

Fiquem muito atentos.

Conselho Consultivo da SOGISC

Opinião 1: Ultra-Som de Primeiro Trimestre



A avaliação detalhada do feto no primeiro trimestre é a nova fronteira diagnóstica da ultra-sonografia. Avanços tecnológicos incorporados durante a última década, tais como os transdutores transvaginais, alta resolução na escala de cinzas, mapeamento de fluxo por Doppler colorido e, mais recentemente, a reconstrução das imagens em três dimensões, permitiram grandes avanços nesta área. No início da década de 90, a observação da associação entre translucência nucal (TN) aumentada e maior risco de trissomia 21 motivou a realização de um número maior de exames entre a 10^a e a 14^a semanas. A conjugação destes fatores motivou um investimento significativo na área de pesquisa, que culminou em maior conhecimento clínico das áreas de embriologia, anatomia e fisiologia fetal. Descreveremos, a seguir, de maneira suscinta, os principais avanços que tornaram o diagnóstico pré-natal no primeiro trimestre uma realidade.

Em relação à translucência nucal, a recomendação atual da "Fetal Medicina Foundation" é que o exame seja realizado em fetos com comprimento cabeça-nádega entre 45 e 84 mm, ou seja, entre 11 e 14 semanas. O rastreamento pela TN permite detectar 80% dos fetos com síndrome de Down, com uma taxa de diagnósticos falsos-positivos de 5%. A associação TN aumentada - reversão de fluxo durante a contração atrial no ducto venoso, eleva a taxa de detecção para 85%, mantendo a taxa de falsos-positivos em 5%. Economides e colaboradores demonstraram a possibilidade de visualização adequada de 98% da anatomia fetal na 13^a e 14^a semanas por via transvaginal. Vários estudos relatam taxas de detecção de anomalias congênitas entre 60 e 70% nesta fase da gestação. A associação alta-resolução dos transdutores transvaginais e a alta sensibilidade do Doppler colorido, na modalidade "Energy", permitem, ainda, o estudo detalhado das câmaras cardíacas, sistema venoso, conexões ventrículo-arteriais e grandes vasos. Harrington e colaboradores estudaram a Dopplervelocimetria das artérias uterinas entre 12 e 16 semanas a título de screening para pré-eclâmpsia, demonstrando que a ausência de incisura diastólica estaria associada a 99% de chance de não desenvolver subsequentemente a doença.

O rastreamento precoce de marcadores ultra-sonográficos para aneuploidias e a detecção de uma gama de anormalidades no primeiro trimestre, permite ainda a cariotipagem rápida por biópsia de vilos coriais no feto de alto risco. No meu ponto de

vista, caso exista a opção por realizar diagnóstico pré-natal no primeiro trimestre, a idade mais adequada para o exame seria entre 12 e 14 semanas, preferencialmente por via transvaginal.

Dr. Luís Flávio de Andrade Gonçalves
Clínica Materno-Fetal



Opinião 2: Citomegalovírus

O atendimento pré-natal é o momento em que devemos demonstrar seriedade e confiança à paciente.

E neste momento é importante que saibamos como nos direcionar frente a determinadas situações.

A infecção pelo Citomegalovírus é a principal causa de infecção intra-uterina e igualmente a principal causa de retardo mental e de déficit auditivo, acometendo 0,5 a 2% de todos os RN. Felizmente, cerca de 55-85% das mulheres já apresentam soropositividade, o que lhes garante algum grau de proteção. Porém, durante a gestação pode ocorrer infecção primária (risco de transmissão fetal de 15-50%) ou reinfecção (risco de transmissão de 0,2 a 1,8%), sendo que o risco não está relacionado à época de transmissão fetal, mas é mais grave quando ocorre abaixo das 20 semanas.

Acometimento fetal:

Das pacientes soronegativas, 1 a 4% sofrerão soroconversão durante a gestação. Destas, 15 a 50% irão transmitir a infecção ao feto. Dos fetos acometidos, 10% nascerão com doença sintomática (2 morrerão e 8 terão seqüelas graves - RM, coriorretinite, microcefalia e calcificações intracerebrais). Dos 90% assintomáticos ao nascimento, 15% irão desenvolver surdez, coriorretinite, deficiência mental e problemas dentários.

Diagnóstico da infecção materna:

Geralmente assintomática, podendo manifestar-se com sintomatologia semelhante à mononucleose (febre, mialgia e linfadenopatia).

IgG: Soroconversão ou elevação acentuada identificarão infecção primária (S.: 99%; E.: 95%).

IgM: Pode aparecer na infecção primária, infecção recorrente e **pode persistir até 18 meses após a infecção primária**. Sens.: 75%.

Como a soropositividade é alta na população, um único resultado positivo não indica infecção atual. A soroconversão e o aumento seriado dos títulos são os melhores meios de documentar a infecção atual. Deve-se lembrar que o aumento dos títulos pode ocorrer até 4 semanas após a infecção.

Identificação de vírus em saliva ou urina: Será positivo somente em 50% das pacientes com soroconversão, sendo que quando positivo não necessariamente indica infecção

recente ou atual e também não idrencia entre infecção primária e reinfecção.

Diagnóstico da infecção fetal: Quando indicado a partir da 22-23 semanas.

Cultura de sangue fetal: Não indicado (sensibilidade próxima de 0%).

Cultura de LA e PCR no LA: melhores métodos (S.: 80 a 100%).

IgM específica no sg fetal: sensib. de 20 a 70%.

LDH, TGP e plaquetopenia: Inespecíficos, presentes em 80% dos fetos acometidos.

Tratamento: Não há. Ganciclovir em pacientes imunodeprimidos.

Prevenção:

Vacinação: Embora exista, não é utilizada pelo risco oncogênico.

Screening materno: Não recomendado para utilização na população em geral:

- A) IgM:Sens. 75% (25% de falsos negativos)
- B) Mesmo que a soroconversão seja diagnosticada durante a gestação , o diagnóstico intra-uterino tem valor limitado. Resultados positivos não indicam necessariamente acometimento fetal.
- C) Não há dados que comprovem a eficácia das medidas higiênico-dietéticas em prevenir a infecção em soronegativas.

Protocolo para citomegalovírus:

A) Não está indicado no momento o screening materno para população de baixo-risco.

O diagnóstico materno estaria indicado em pacientes sintomáticas, pacientes HIV positivas (1/3 apresentam doença clínica) e frente a alterações ecográficas fetais sugestivas (hidrocefalia, ascite, RCIU, microcefalia, hepatoesplenomegalia, intestinos hiperecogênicos e calcificações intracranianas.) Recomenda-se o seguimento sorológico de pacientes soronegativas que tenham contato acentuado com crianças (pediatras, enfermeiras, creches, escolas).

B) Diagnóstico da infecção fetal: (Cultura e PCR no LA; IgM total, IgM específica, Plaquetopenia e elevação do LDH e TGP) realizados após a 22-23ª semana, na presença de infecção materna inequívoca ocorrida antes da 27ª semana ou presença de alterações ultra-sonográficas sugestivas da infecção fetal.

Dr. Dorival A. Vitorello

Clínica Materno-Fetal



INFECÇÃO HPV

Cerca de 86 sorotipos diferentes de HPV são conhecidos, sendo que cerca de 40 podem infectar o trato genital. É um vírus DNA não cultivável do grupo Papovavírus, com período de incubação extremamente variável, indo de 2 semanas a anos (média 3 meses). Apresenta uma infectividade que varia de 25-

65%. Cerca de 10% das mulheres são portadoras da infecção, se avaliadas pelos métodos de hibridização molecular. Fatores como vaginites, má higiene, gravidez, anticoncepcional, alterações imunes, tabagismo e umidade vaginal estimulam o crescimento viral.

Para o trato genital inferior têm importância os seguintes grupos virais:

- BAIXO RISCO: 6, 11, 42, 43, 44
- RISCO INTERMEDIÁRIO: 30, 34, 40, 57
- ALTO RISCO: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56
- RISCO INDETERMINADO: 53, 54, 55, 58

O HPV 16 é o mais freqüente nas lesões escamosas do trato genital inferior (+50%), mas o 18 é o mais virulento e pode infectar também o epitélio cilíndrico, relacionado ao Adenocarcinoma de colo. Quase 100% das mulheres com HPV no Brasil apresentam HPV de alto risco. Estudos em todo o mundo demonstram a presença do HPV em mais de 93% dos casos de câncer do colo uterino (alguns demonstram a presença em 99,8%).

A forma de apresentação da infecção são classificadas em Clínica (diagnóstico a olho nu), Subclínica (diagnóstico pela colposcopia e cito/histologia) e Latente (diagnóstico apenas por técnicas de hibridização do DNA viral).

As lesões Clínicas (representam apenas 23% dos casos) são representadas principalmente pelo Condiloma Acuminado, Papulose Bowenóide e Tumor de Buschke-Loewenstein. A presença de lesão acuminada cervical representa um marcador das infecções pelos vírus de alto risco (20% apresentam lesões intraepiteliais associadas).

As lesões Subclínicas (representam 60% dos casos de HPV anogenital externo e 95% do HPV cervical) se manifestam principalmente pelas lesões Micropapilares, Micropapulares, Espiculares, Maculares, Mosaico e Locuplasia. A evolução da infecção depende de vários fatores como o tipo viral, a carga viral, a interação com o genoma celular do hospedeiro, a resposta imune e a ativação de oncoproteínas. A presença do HPV de alto risco com alta carga viral e citologia normal apresenta uma evolução para lesão intraepitelial num intervalo de 12-24 meses.

O diagnóstico pode ser confirmado pela Citologia, Histologia, Imunocito/histoquímica e hibridização molecular (Southernblot, Northernblot, Dotblot, "in situ", PCR e Captura Híbrida).

Atualmente a Captura Híbrida tem tomado destaque pela sua rapidez (e horas), detecção dos grupos de Alto e Baixo Risco e Carga viral (agressividade). Este é capaz de detectar os 14 subtipos de HPV mais comuns que infectam o trato anogenital. Utiliza dois grupos de sondas, onde no Grupo A contém os subtipos não oncogênicos (6, 11, 42, 43 e 44) e no Grupo B os vírus potencialmente oncogênicos (16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52 e 56).

Os efeitos citopáticos do HPV são encontrados em cerca de 3% dos esfregaços de rotina e apenas 15% dos casos de infecção HPV são detectados pela citologia, quando comparados às técnicas de hibridização molecular.

Na histologia, a presença de coilocitose é patognomônica e podemos encontrar ainda papilomatose, hiperqueratose e paraceratose.

Os métodos Imunocito/histoquímicos identificam os antígenos de capsídeo e são de baixa sensibilidade nas lesões intraepiteliais de alto grau, quando apenas o DNA do vírus está presente no núcleo da célula.

Nenhum tratamento erradica o HPV. Os objetivos são remover a lesão, a melhora

clínica e evitar a transmissão. Não existe tratamento ideal. Como medidas gerais deve-se manter boa higiene local, tratar infecções associadas e eliminar o fumo.

A orientação terapêutica deve ser individualizada, segundo as características e exigências de cada caso. Todas as lesões Clínicas devem ser tratadas, realizando a ressecção (bisturi, alta frequência) das lesões maiores a ablação (eletrocauterização, criocauterização, ácido tricloroacético 80-90% semanal etc.) para as lesões menores. As lesões Subclínicas preferencialmente devem ser acompanhadas, exceto se sintomáticas (prurido, ardência, dispareunia, sangramento). Caso tais lesões mereçam tratamento, a escolha recai sobre o ácido tricloroacético. Obviamente a infecção latente não tem tratamento.

Esquemas terapêuticos:

- **A) Químico**

Ácido Tricloroacético 80-90%: 1x/semana por 4 semanas (pouco eficaz em lesões hiperkeratóticas).

Podofilotoxina solução ou gel 0,5% (Condilox Ò): 2x/dia por 3 dias. Para 4 dias e reavalia. Pode-se repetir até 4 ciclos.

Imiquimod creme 5% (Aldara Ò): Imunoestimulante tópico que aumenta a produção de interferon e outras citocinas. Aplicar ao deitar 3x/semana até 16 semanas. O local deve ser lavado com água e sabão 6 a 10 h após a aplicação.

5-Fluorouracil creme 5% (Efurix Ò): Uso restrito para a vaginite condilomatosa extensa e deve ser aplicado e reavaliado exclusivamente pelo médico 1x/semana por 10 semanas.

Cautela para evitar ulceração e estenose vaginal.

- **B) Físico**

Crioterapia: N₂ líquido: 2x/semana por 4 semanas

Criocautério: 1-2x/semana

Eletrocauterização: 1-2x

Laser: Geralmente 1x

- **C) Fitoterápico**

Thuya occidentalis (uréia gel 30%) 1x/semana por 30 dias

- **D) Imunológico**

Interferon (Roferon A Ò) intralesional: 1 Milhão UI/lesão/semana por 3 semanas (máximo 5 lesões por vez)

Levamisol (Ascaridil Ò, Cofasol Ò): 75-150 mg VO/semana por 36 meses

- **E) Cirúrgico**

Bisturi

Laser

Alça de Cartier

Alta Frequência

e) Recomendações

Não utilizar tratamento sem comprovação científica.

Avaliação do parceiro (cerca de 75% deles apresentam também o HPV e em mais de 60% das vezes são os de alto risco) é discutível em relação ao sucesso do tratamento da mulher, mas deve ser realizado como em todas as DST e tratadas as lesões clínicas (transmissíveis) e lesões intraepiteliais. O preservativo deve ser utilizado durante a fase de tratamento, exceto nas relações monogâmicas (parceira já contaminada e não há melhora mais precoce ou menor recidiva com o uso do mesmo).

A infectividade das lesões subclínicas é duvidosa e das latentes desconhecida.

Acompanhamento por longo período, pois a recidiva é alta (25% em 3 meses), independente do tipo de tratamento.

Dr. Edison Natal Fedrizzi
Presidente do CCSBPTGIC

CONSULTÓRIO E SEXO

Dona Maria dos Prazeres entra para sua consulta, transparecendo aquela simpatia de sempre, que não se abala com os atrasos usuais. Paciente já há oito anos, seu atendimento geralmente não exige superaquecimento sináptico; ora alguma queixa perimenopáusica, ora leve prurido. Isto é bom, pois os quarenta minutos de atraso na agenda já determina um clima de tensão na sala de espera; aquela pressão afásica, perceptível nos olhares lábios finos e movimentos tensos.

A anamnese é bastante objetiva e aproveita-se o exame físico para alguns comentários sobre sua família e trabalho. Enquanto as anotações e pedidos de exames são feitos, Dona Maria volta à sua cadeira, parecendo agora mais tensa.

Feita as orientações de rotina, já quase levantando-se, vem a fatídica frase: "Doutor, tem mais uma coisa ... eu estou com vergonha, mas acho que só o senhor pode me ajudar ... sabe, na relação, eu não consigo sentir nada..."

Sem dúvidas, esta cena não é rara em nosso dia a dia. Qual seria a seqüência da estória? Exercitando a veia dramática, imaginemos situações trágicas:

Dr. Yspertho, já experiente, não perde tempo e já vai dizendo: "Ora Dona Maria, não se preocupe com isso, pois como eu lhe expliquei, o nível estrogênico variável compromete a produção androgênica e blá, bla, blá, ..., sendo assim, você vai melhorar com o tempo e com a reposição hormonal; é só conversar com seu marido e ter paciência".

Já a Dra. Hapressa, respira fundo, dando uma olhada rápida para o relógio e a lista de pacientes. Levanta-se, no tradicional gesto da linguagem corporal que determina o fim da consulta. Aproveitando os cinco passos até a porta, comenta friamente: "Vamos aguardar o resultado dos exames, para então conversarmos". Naturalmente a queixa não será anotada em sua ficha, na esperança que a paciente colabore, não repetindo o assunto no retorno.

Existem diversas maneiras em que as "técnicas" da "embromação" (como no primeiro caso) ou da "evasão" (como no segundo) poderiam ser utilizadas na abordagem das queixas relacionadas com a sexualidade.

O quadro poderia ficar até mais grave com a utilização de condutas absurdas, como o menosprezo e reforço da dificuldade sexual feminina, o fornecimento de informações

sem base científica, sugestão de separação ou relacionamento extraconjugal, uso de placebo ou androgênios sem critérios e até mesmo a sugestão de colpoperineoplastia para melhora do desempenho.

Sem dúvidas, o ginecologista é, ou pelo menos deveria ser, o clínico melhor preparado para a abordagem inicial das queixas sexuais. É natural que cada profissional defina até que profundidade deve trabalhar o problema, mas é fundamental respeitar e valorizar as queixas de sua paciente.

Dr. Alberto Trapani Júnior
Diretor Científico Geral da SOGISC

Notícias



CRIADA A SECÇÃO REGIONAL DO EXTREMO-OESTE DA SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE SANTA CATARINA

No dia 11 de dezembro de 1999, na cidade de Chapecó, foi criada a Secção Regional do Extremo-Oeste da SOGISC. Esta Sociedade abrange os municípios que compõem as Regionais da ACM de Chapecó, Xanxerê, São Miguel do Oeste e São Lourenço do Oeste. Esta foi a primeira grande resposta no processo de transformação do Departamento de Tocoginecologia da ACM em Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina. Na ocasião estiveram presentes o Dr. José Francisco Aymone Neto, representando a Amreo e ACM, Dr. Ricardo Nascimento, representando o CRM, Dr. Dorival Antonio Vitorello, Presidente da SOGISC, Dra. Jussara Locatelli, Presidente em exercício da Comissão de Criação da Secção Regional do Extremo-Oeste, Dr. Luiz Carlos Scapucin, Presidente da UNIMED regional e o Dr. Alex Boss Passos, Delegado Regional da Polícia Civil de Chapecó.

Na parte científica o Dr. Ricardo Nascimento abordou o tema "Contracepção no final do milênio" e o Dr. Dorival Antonio Vitorello o tema "Avaliação da vitalidade fetal - atualização". O evento contou com a participação de inúmeros gineco/obstetras da região e representa o início do programa de Educação Continuada da SOGISC. Em 18 de março de 2000 dar-se-á continuidade ao programa com o curso "Manejo das

Principais Causas de Morte Materna", contando com convidados do RS e PR e SC.

Parabéns à Comissão de criação da secção regional do extremo-oeste que mais uma vez demonstrou manter vivo o espírito de pioneirismo desta grande região.

PARABÉNS AOS APROVADOS NO CURSO DE OBTENÇÃO DO TEGO

Inscrição	Nome do Candidato	Documento	Federada	Tego N°
2300031-7	Adalberto Cesário Pereira Junior	4R1406350 SC	TGO-ACM	00002/99
2300013-9	Adriana Maria Silva Vernes El Haje	269935465 SC	TGO-ACM	00009/99
2300008-2	Alcides Menegatti Filho	4R572532 SC	TGO-ACM	00019-99
2300040-6	Alenise Braga Pfeifer Possamai	8019483166 RS	TGO-ACM	00022/99
2300005-8	Alexandra Albuquerque Álvares	8049288429 RS	TGO-ACM	00033/99
2300025-2	Alexandre Alberton	5R834834 SC	TGO-ACM	00035/99
2300034-1	Ariane Martins de Menezes Krebs	6029997134 RS	TGO-ACM	00093/99
2300026-0	Bráulio Leal Fernandes	1024343483 RS	TGO-ACM	00108/99
2300042-2	Bruno Calgaro de Carvalho	8R2182146 SC	TGO-ACM	00110/99
2300038-4	Charles Jean Berger	1738750	TGO-ACM	00143/99
2300021-0	Fernanda Piovesan Lemos	6R1520544 SC	TGO-ACM	00257/99
2300043-0	Flávio Luiz Vieira	985295 SC	TGO-ACM	00273/99
2300017-1	Gabriel Cherubini	1466332 PR	TGO-ACM	00286/99
2300020-1	Geraldo da Silva	147040 SC	TGO-ACM	00289/99
2300015-5	Gilberto Dalmora	5026535863 RS	TGO-ACM	00293/99
2300023-6	José Antonio Coninck de A. Pedroso	656246 SC	TGO-ACM	00362/99
2300044-9	Juan Carlos Pou Florentino	V259105J SC	TGO-ACM	00381/99
2300009-0	Juan Garcia Reyes	12R197319 SC	TGO-ACM	00382/99
2300004-0	Maria Zulmira Sancho Moreira	2R645663 SC	TGO-ACM	00520/99
2300012-0	Sérgio Luiz Ribeiro	3021574276 RS	TGO-ACM	00691/99
2300002-3	ValMor Holetz	259502 SC	TGO-ACM	00726/99

QUEM SÃO OS SÓCIOS DA SOGISC

A partir da transformação do Departamento de Tocoginecologia da ACM em Sociedade, todos os sócios do antigo departamento automaticamente tornaram-se sócios da SOGISC. Os sócios das outras Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia já existentes no Estado, e que passaram a ser Secções Regionais da SOGISC, também passam a ser sócios da SOGISC, desde que sejam sócios da ACM. Esta condição é prevista no Estatuto da Sociedade.

Médicos que atuam na área e que não são portadores de residência médica ou do TEGO ou médicos de outras áreas, agora também podem filiar-se à SOGISC e à FEBRASGO, como sócios colaboradores, desde que sejam sócios da ACM. Para tanto, basta solicitar sua inscrição na ACM e na SOGISC. Médicos residentes também passam a ter acesso à Sociedade e à FEBRASGO, com valores reduzidos a 50% do valor da anuidade.

COMO POSSO SER SÓCIO DA SOGISC?

Para ser sócio da SOGISC, a condição inicial é a de ser sócio da ACM. Posteriormente poderá ser feita a escolha de associar-se diretamente à SOGISC ou então em uma de suas Secções Regionais (Blumenau, Joinville, Lages ou Chapecó).

SÓCIOS QUE ESTÃO PUBLICANDO

Mastologia Prática

(Guia de orientações) Dr. Luiz Carlos Lins e Mechela Bernez.

Livro dedicado especialmente para estudantes de medicina, residentes, clínicos gerais e ginecologistas.
Contato Dr. Lins (47) 326 7909

Analgesia de Parto

"Sem a preocupação com a metodologia pra a confecção de trabalho científico, os autores fazem um levantamento na literatura pertinente e emitem experiência de muitos anos de serviço no Centro Obstétrico da Maternidade Tereza Ramos, Lages/SC.

Não se pretendeu esgotar o assunto, que é vasto, pleno de fatos desconhecidos ainda a serem observados e que devem ser revistos sempre que possível."

Autores:

Dr. Célio Rogério Ramos

Dr. Antônio Enco do Santos

E-mail: celioramos@iscc.com.br

Fone: (49) 222.3298



INTERNET

Em breve, dentro do site da ACM (<http://www.acm.org.br>) teremos uma página dedicada à SOGISC (<http://www.acm.org.br/sogisc>), procurando levar serviços e informações aos nossos sócios e à população de Santa Catarina.

E-mail: sogisc@acm.org.br