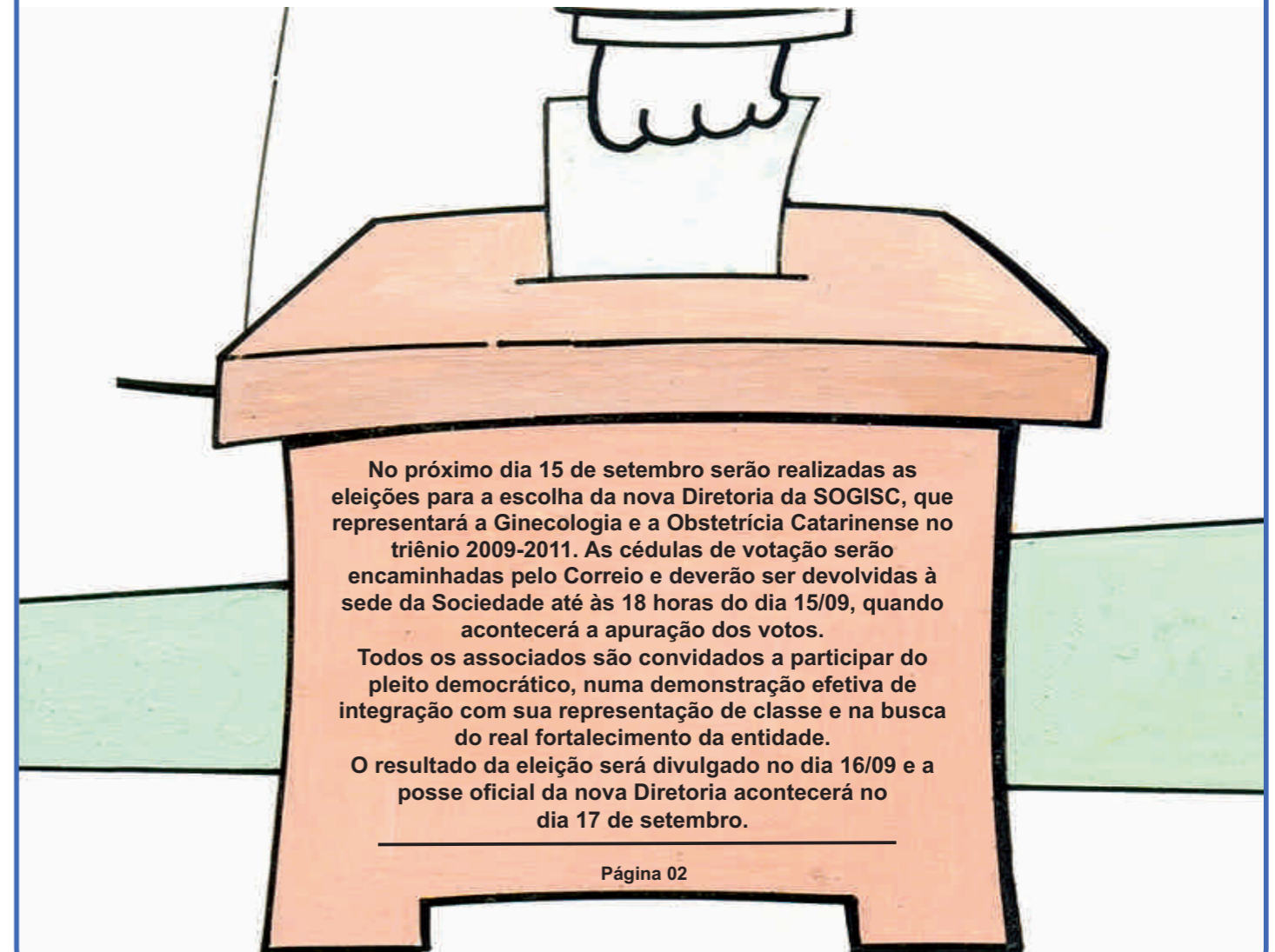


Participe das eleições para a nova Diretoria da SOGISC



Programa de Educação Continuada em Blumenau

Nos dias 25 e 26 de abril, a cidade de Blumenau recebeu ginecologistas e obstetras de todo o Vale do Itajaí para mais uma etapa do Programa de Educação Continuada, debatendo sobre a prática da especialidade junto à criança e ao adolescente.

Sociedade de Mastologia completa 20 anos de atividades em Santa Catarina

A Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional Santa Catarina completa 20 anos de fundação com nova Diretoria, que entre outras atividades já está preparando a programação da Semana Nacional de Prevenção ao Câncer de Mama.

Em defesa da Profissão

Prezados colegas... Estamos terminando mais um triênio de gestão da nossa SOGISC. O grupo que compõe a atual Diretoria trabalhou com dedicação, durante estes três anos, para fazer cumprir os Estatutos Sociais da FEBRASGO e da SOGISC, além das metas estabelecidas pela nossa Federação, atuando sempre com o objetivo de valorizar os ginecologistas e obstetras catarinenses. Foi também com esses propósitos que realizamos eventos científicos em todo o estado e estabelecemos parcerias com outras entidades, no intuito de defender e conquistar o devido respeito para a nossa profissão.

Participar da Diretoria da SOGISC, assim como de outras organizações que nos representam, significa doar um pouco do nosso tempo em prol dos interesses da nossa classe e principalmente da nossa especialidade. Não somos remunerados no sentido financeiro, mas nos sentimos gratificados pela oportunidade de participar.

Estamos em ano de eleições na SOGISC e gostaríamos que todos contribuíssem. É importante que o grupo se renove, para que novas idéias surjam e que mais pessoas trabalhem pelos interesses de todos.

Participe!

Leisa Beatriz Grandó
Presidente SOGISC

Eleições SOGISC para o Triênio 2009-2011 Edital de Convocação

Ficam os associados convocados a participar do processo eleitoral da Diretoria da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina (SOGISC), referente ao triênio 2009 – 2011.

De acordo com o Estatuto Social vigente, artigo 11:

“A Diretoria da SOGISC é composta por um Presidente, um Vice-Presidente, um Secretário Executivo, um Secretário Executivo Adjunto, um Tesoureiro, um Tesoureiro Adjunto, um Diretor Científico Geral, um Diretor Científico da Ginecologia, um Diretor Científico da Obstetrícia, um Diretor de Defesa Profissional, um Diretor de Publicações e um Diretor de Informática.”

I - Somente poderão fazer parte da Diretoria os associados titulados.

II - O mandato da Diretoria será de 3 (três) anos e os cargos serão sempre efetivos.

§ 2º. - Poderão inscrever-se somente chapas que contenham associados Titulados quites com a tesouraria na data da publicação do edital de convocação, que tenham sido apresentadas com um período mínimo de 30 (trinta) dias antes do pleito por 15 (quinze) associados quites com a tesouraria e não pertencentes às mesmas.

§ 3º. - A eleição se fará por maioria simples do número de votos, podendo exercer o direito de voto os associados Eméritos, Efetivos e Titulados quites com a tesouraria na data da publicação do edital de convocação da eleição.

§ 6º. - É permitida a reeleição para o mesmo cargo, uma única vez, não sendo exigido que o candidato se afaste de seu cargo no período antecedente ao pleito.

§ 7º. - A posse da nova Diretoria dar-se-á em até 02 (dois) dias úteis após a divulgação dos resultados das eleições pelo Comitê Eleitoral.

§ 8º. - Nenhum cargo eletivo da SOGISC será remunerado.

As cédulas de votação serão encaminhadas pelo correio e devem ser devolvidas à sede da SOGISC até às 18 horas do dia 15/09/2008, quando será realizada a apuração dos votos. Quem não receber a cédula de votação até o dia 29/08/2008 deve entrar em contato com a secretaria da sociedade.

O resultado da eleição será divulgado no dia 16/09/2008 e a posse oficial acontecerá no dia 17/09/2008.

De acordo com o artigo 30 do estatuto, ficam nomeados os colegas Sérgio Murillo Steffens, Regina Cele Rocha Oliveira e Gisela Traut Kirst como membros do Comitê Eleitoral.

Florianópolis, 24 de junho de 2008.

Leisa Beatriz Grandó - Presidente SOGISC

Expediente JORNAL DA SOGISC



Diretoria Executiva

Presidente:

Dra. Leisa Beatriz Grandó

Vice-Presidente:

Dra. Elisiane Heusi dos Santos

Secretária Executiva:

Dra. Adriana M. de Oliveira Freitas

Secretário Executivo Adjunto:

Dr. Salésio Nicoleit

Tesoureira:

Dra. Maria Salete Medeiros Vieira

Tesoureira Adjunta:

Dra. Ivana Fernandes Souza

Diretor Científico Geral:

Dr. Evaldo dos Santos

Diretor Científico de Obstetrícia:

Dr. Otto Henrique May Feuerschuetze

Diretora Científica de Ginecologia:

Dra. Clarisse Salete Fontana

Diretor de Defesa Profissional:

Dr. Alberto Trapani Júnior

Diretora de Publicações:

Dra. Sheila Koettker Silveira

Diretor de Informática:

Dr. Marcelo Costa Ferreira

Conselho Consultivo e de Ética:

Dr. Jorge Abi Saab Neto

Dr. Walmor Zomer Garcia

Dr. Ricardo Nascimento

Dr. Dorival Antônio Vitorello

Dr. Alberto Trapani Jr.

Edição

Texto Final - Assessoria de Comunicação

Jornalistas Responsáveis:
Lena Obst e Denise Christians

Colaboração:
Lúcia Py Lúchmann

Arte Final e Impressão:
Gráfica Darwin

Tiragem:
1000 Exemplares

“Utilização de insulina no tratamento do Diabete Melito Gestacional”

O DMG ocorre como um resultado da combinação do aumento da resistência à insulina e uma secreção menor, em comparação com uma gestante normal. O pico de secreção de insulina pós-prandial ocorre mais tarde nas pacientes com DMG. Então a hiperglicemia pós-prandial é o que caracteriza a DMG, assim sendo, a gestante com DMG necessita de insulina rápida pré-prandial(1).

A glicemia da grávida é mais baixa que da não grávida. Os níveis glicêmicos de uma gestante com DMG não podem diferir de uma gestante normal, uma hora após as refeições, não deve exceder a 120mg/dl. No jejum, o valor recomendável é inferior a 90mg/dl(2).

Quando ocorre uma falha na obtenção de bom controle glicêmico com dieta, associada ou não a exercícios físicos, está indicada a insulino-terapia(1). O número de gestantes que utilizam insulina depende da população e dos parâmetros glicêmicos utilizados como objetivo, podendo chegar a mais de 60% destas(3).

A circunferência abdominal fetal prediz efeitos neonatais imediatos e tardios, podendo ser usada para retardar a utilização da insulina, quando se apresenta normal, mesmo com perfil glicêmico levemente alterado(4). Também como parâmetro de introdução da insulino-terapia, quando se apresenta alterado (acima do percentil 75), mesmo com glicemias normais(5).

Muitas estratégias têm sido recomendadas para a administração de insulina. Múltiplas doses diárias de insulina, tentando simular o requerimento fisiológico da paciente com DMG, iniciadas por critérios já estabelecidos, têm ampla aceitação na literatura e tem sido esse o esquema mais recomendado(6).

Uma terapia de fácil utilização recomenda doses basais de insulina de longa duração ao deitar, para manter a normoglicemia no jejum, associada a doses de insulina rápida para minimizar as hiperglicemias pós-prandiais(7). As doses variam conforme o trimestre, e o peso atual da paciente. A dose total é dividida em 4 tomadas iguais, de insulina regular ou rápida (análogo) antes

das principais refeições, e insulina intermediária (NPH) ao deitar(8). A insulina NPH noturna, quando a gestante tem glicemia em jejum normal, poder ser diminuída ou excluída(9) (Tabela 1).

Várias recomendações quanto à indicação, utilizando insulina em um menor número de pacientes, com doses menores e menos freqüentes, aparecem em grande número na literatura. O uso inadequado da insulina pode ser melhor avaliado pelo resultado perinatal, parâmetros de controle glicêmico mais liberais, que não atinjam os valores recomendados, vão aumentar a morbidade perinatal, principalmente com altos índices de macrosomia(1). Então mais importante do que opiniões e experiências pessoais devemos levar em conta os resultados perinatais.

A hipoglicemia materna leve e moderada, caracterizada por tremor, sudorese, parestesias localizadas, pode ser facilmente conduzida com carboidrato de absorção rápida (um copo de leite). A hipoglicemia severa, associada à perda da consciência pode ser tratada com infusão de glicose a 5% endovenosa, evento extremamente raro em gestantes com DMG(10).

O efeito da hiperglicemia materna sobre o recém-nascido é amplamente conhecido, porém, quanto à hipoglicemia, existem relatos na literatura que as hipoglicemias leves e moderadas não têm efeito negativo sobre o desenvolvimento fetal. O medo da hipoglicemia materna como agente causador de morte fetal faz parte do passado(10;11).

Dr. Jean Carl Silva
Maternidade Darcy Vargas
Joinville (SC)

Tabela 1: Dose total de insulina recomendada

1º trimestre: 0,7ui/kg/dia (Dividido por quatro)

2º trimestre: 0,8ui/kg/dia (Insulina regular pré-prandial)

3º trimestre: 0,9ui/kg/dia (Insulina NPH ao deitar, se necessário)

Referência Bibliográfica

(1) Bertini A. Diabetes e Gravidez. In: Prado F, Ramos J, Ribeiro do Valle J, editors. Atualização Terapêutica. 22 ed ed. São Paulo: Artes Médicas; 2005. p. 1162-6.

(2) Preece R, Jovanovic L. New and future diabetes therapies: are they safe during pregnancy? J Matern Fetal Neonatal Med 2002;12:365-75.

(3) Langer O. Oral hypoglycemic agents in pregnancy: their time has come. J Matern Fetal Neonatal Med 2002;12:376-83. (9) Silva J. Gestante diabética. 1 ed ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2003.

(4) Schaefer-Graf UM, Kjos SL, Buhling KJ, Henrich W, Brauer M, Heinze T, et al. Amniotic fluid insulin levels and fetal abdominal circumference at time of amniocentesis in pregnancies with diabetes. Diabet med 2003 May;20(5):349-54.

(5) Buchanan TA, Kjos SL, Montoro MN, Wu PY, Madrilero NG, Gonzalez M, et al. Use of fetal ultrasound to select metabolic therapy for pregnancies complicated by mild gestational diabetes. Diabetes Care 1994 Apr;17(4):275-83.

(6) Landon M, Gabbe S. Diabete Melito. In: Barron W, Lindhemeir M, editors. Complicações médicas na gravidez. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 55-77.

(7) Leslie C. New Insulin Replacement Technologies: Overcoming barriers to tight glycemic control. Cleve Clin J Med 1999;66:293-302.

(8) Nachum Z, Ben-shlomo I, Weiner E, Shalev E. Twice daily versus four times daily insulin dose regimens for diabetes in pregnancy: randomised controlled trial. BMJ 1999;319:1223-7.

(9) Jovanovic L. Achieving Euglycaemia in Women with Gestational Diabetes Mellitus. Drugs 2004;64(13):1401-17.

(10) Silva J. Gestante diabética. 1 ed ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2003.

(11) Oppermann M, Reichelt A. Diabetes melito e gestação. In: Freitas F, Martins-Costa S, Ramos J, Magalhães J, editors. Rotinas em obstetrícia. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 424-39.

Vinte anos da Sociedade Brasileira de Mastologia em Santa Catarina

O ano de 1988 representou muito para a mastologia catarinense. O Brasil vivia um momento especial na sua história, embalado pelas recentes modificações políticas no país como a campanha das 'diretas já', a posse de um Presidente civil após 21 anos de governo dos militares e a convocação de uma Assembléia Nacional Constituinte. O espírito era de mudanças, propício para realização de novos desafios. E foi justamente neste clima de "coisas novas" que nasceu nossa sociedade. No dia 25/07/1988, estiveram reunidos no auditório da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis doze médicos catarinenses, com o intuito de fundar a Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional Santa Catarina (SBM/SC). Os médicos presentes eram ginecologistas que atuavam na área da mastologia, oncologistas, radioterapeutas e patologistas. E reconhecendo a necessidade de se organizar como um grupo coeso, projetaram a medicina catarinense em âmbito nacional, vislumbrando um futuro de realizações. Estavam presentes nessa reunião:

Carlos Gilberto Crippa, Luis Carlos de Souza, Luis Alberto da Silveira, Renato César L. Polli, Maria Teresa Schoeller, Nazareno Amin, Ernani Lange de San'Thiago, João Péricles da Silva Jr., Hamilton Vasconcelos, Saulo Linhares, Zulmar Lins e Murillo Motta.

A partir de então a nossa sociedade começou a sua trajetória, tendo por objetivos principais a disseminação da atualização científica e o estímulo para que novos colegas se interessassem pela mastologia, no nosso estado.

Estamos no início na nossa oitava gestão, e até então tivemos como presidentes:

1988-1992 - Carlos Gilberto Crippa;
1992-1993 - Luis Carlos Lins;
1993-1995 - Jorge Roberto Rebello;
1995-1998 - Ana Rosa de Oliveira;
1998-2001 - Geraldo Antônio Cassol;
2001-2004 - Carlos Gilberto Crippa;
2004-2007 - Charles Jean Berger;
2007-2010 - Bráulio Leal Fernandes.

Vários eventos médico-científicos foram realizados no

decorrer destes anos, dos quais podemos destacar:

-Realização de reuniões itinerantes pelo interior do estado, visando a participação dos colegas das várias áreas afins à mastologia. O objetivo dessas reuniões era principalmente a discussão de casos clínicos, visando trocar experiências e conhecer as particularidades de cada local. Ao longo destes anos foram realizadas reuniões em Lages, Chapecó, Blumenau, Joinville, Itajaí e Tubarão.

-Organização dos Encontros Catarinenses de Mastologia, que ao todo tiveram (14) quatorze edições, e que se tornaram tradição no nosso estado. Esses encontros se caracterizam pela busca de novos conhecimentos e pela valorização dos colegas de Santa Catarina.

-Realização da Quarta Reunião de Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), em 1998. Neste encontro, "experts" de todo o país estiveram em Florianópolis, discutindo condutas nacionais de consenso em mastologia. Os temas da reunião foram: 'carcinoma in situ' da mama e terapia sistêmica adjuvante e neoadjuvante do câncer da mama.

-Promoção do Simpósio Internacional de Mastologia, em 1996, organizado em conjunto com a European Scholl of Oncology (ESO), que teve como Chairman o Dr. José Aristodemio Pinotti. Neste evento, estiveram

presentes palestrantes de várias partes do mundo, e definitivamente projetou a mastologia catarinense em âmbito nacional. Poderíamos destacar aqui alguns dos presentes: Gabriel Farante (Itália), Stefano Ciatto (Itália), Louk Beek (Holanda), Michael Dixon (Reino Unido), Raúl Matallana (USA), Issac Craig Henderson (USA) e Mairizio Nava (Itália).

-Realização de mais uma reunião de consenso da SBM em 2004, desta vez tendo como assunto a hormonioterapia no câncer de mama.

Essas atividades difundiram a mastologia como especialidade no nosso estado, fazendo com que muitos colegas realizassem especialização na área e se submetessem a prova do Título de Especialista em Mastologia (TEMA).

Hoje, diferente do que ocorria em 1988, temos mastologistas em todas as regiões de Santa Catarina. Isso proporciona um melhor atendimento aos pacientes, que na grande maioria dos casos, não necessitam sair das proximidades dos seus lares para obter tratamento adequado.

Continuamos nossa caminhada, com o intuito de colaborar para que a medicina catarinense cresça cada vez mais. E assim sendo, acompanhe a importância que o nosso estado tem no país.

Bráulio Leal Fernandes
Presidente SBM/SC



Nova Diretoria da SBM/SC (da esquerda para direita): Carlos Gilberto Crippa, Ana Rosa de Oliveira, Cristiano Steil da Silva, Geraldo Antonio Cassol, Érica Elaine Traebert, Lúcio Flavio Dalri, Bráulio Leal Fernandes e Gabriel Dequech Neto

Ações da Mastologia Catarinense

No começo de 2008 iniciou uma nova gestão da Diretoria da Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional de Santa Catarina (SBM/SC), para o triênio 2008-2010, com a seguinte composição:

PRESIDENTE

Bráulio Leal Fernandes

VICE-PRESIDENTE

Cristiano Steil da Silva

1ª SECRETÁRIA

Ana Rosa de Oliveira

2ª SECRETÁRIO

Gabriel Dequech Neto

1ª TESOUREIRA

Érica Elaine Traebert

2ª TESOUREIRO

Lúcio Flavio Dalri

COMISSÃO CIENTÍFICA - Carlos Gilberto Crippa (Presidente), Geraldo Antônio Cassol e Jorge Roberto Rebello (Membros).

A meta central da SBM/SC é propiciar aos médicos que se interessam pela Mastologia condições para crescimento profissional, vislumbran-

do sempre um melhor atendimento dos pacientes, através de uma constante atualização científica. Com esse intuito, a entidade convida aos colegas da especialidade para participarem dos encontros, onde os seus associados terão isenção de taxa de inscrição. Já para aqueles não-sócios que participarem das atividades, o pagamento da taxa de inscrição encontros gerará isenção no pagamento da taxa de inscrição para associação na SBM/SC.

O primeiro encontro promovido pela nova Diretoria foi realizado nos dias 04 e 05/04/2008 e teve como tema central Patologia Mamária, contando com a presença da Dra. Filomena Marino Carvalho (SP) e do Dr. Sérgio Bruno Bonatto Hatschbach (PR).

Foi tema do segundo simpósio deste ano a Cirurgia da Mama, nos dias 06 e 07/06/2008, com

a participação de quatro convidados: Dr. Alexandre Munhoz (SP), Dr. Cícero Urban (PR), Dra. Linei Urban (PR) e Dr. Eduardo González (Argentina).

O I Simpósio Catarinense de Mastologia teve a presença dos Drs. (da esquerda para a direita): Geraldo Antonio Cassol, Lúcio Flavio Dalri, Cristiano Steil da Silva, Érica Elaine Traebert, Bráulio Leal Fernandes, Sérgio Bruno Bonatto Hatschbach (PR), Filomena Marino Carvalho (SP), Ana Rosa de Oliveira e Carlos Gilberto Crippa



Seu médico, seu amigo do peito!

Este ano, a Semana Nacional de Prevenção do Câncer de Mama, organizada pela Sociedade Brasileira de Mastologia será realizada de 23 a 30 de novembro.

Como parte das atividades, a Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional de Santa Catarina lançará a campanha "Seu médico, seu amigo do peito!", que será dirigida a todos os médicos que cuidam da saúde da mulher.

A orientação e cobrança da realização de mamografia deveriam ser rotineiras na abordagem da mulher, principalmente após os 50 anos. O relato da descoberta de uma alteração na mama pela própria paciente deverá ser seguido da indicação da procura por um profissional que possa responder a dúvida da paciente.

A Sociedade Brasileira de Mastologia recomenda a realização de uma mamografia a partir dos 35 anos para todas as mulheres. Dos 40 anos em diante ela deverá ser realizada anualmente, complementada, se necessário pela ultra-sonografia.

Em mulheres jovens, com mamas muito densas ou em gestantes, a ultra-sonografia é a primeira escolha.

A indicação da ressonância magnética é restrita às mulheres jovens com história familiar importante, na definição do tipo de cirurgia após o diagnóstico do câncer de mama, no seguimento da mama irradiada ou reconstruída e na avaliação das próteses mamárias. Não existem evidências científicas, até o momento, de que a ressonância possa substituir outro método de imagem, aliás, todos os métodos se completam e não se anulam.

A preocupação da Sociedade Brasileira de Mastologia é de que o câncer de mama é uma das principais causas de morte por câncer nas mulheres e, seguindo dados do INCA, o número esperado de casos novos desta neoplasia para o Brasil em 2008 é de 49.400, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres; em Santa Catarina serão 1.610 casos novos.

A incidência do câncer de mama é maior nas mulheres com mais de 40 anos, mas vem aumentando entre as mulheres mais jovens.

Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30

anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama. Além desses, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos, e posteriormente o mesmo se dá de forma mais lenta.

A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível em razão da variação dos fatores de risco e das características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia.

O exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher. Para mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau) recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos.

Ana Rosa de Oliveira
1ª Secretária SBM/SC

Médicos do Vale do Itajaí debatem sobre atendimento da criança e adolescente

Nos dias 25 e 26 de abril, a SOGISC uniu-se à SOGIVA (Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Vale) para realizar mais uma etapa do Programa de Educação Continuada, que aconteceu na cidade de Blumenau, reunindo colegas da região e convidados especiais. O evento valeu para a contagem de pontos da Certificação do Título de Especialista, pela AMB (Associação Médica Brasileira) e teve como tema central a Ginecologia e a Obstetrícia na Infância e na Adolescência. Entre as palestras realizadas durante a programação, destacaram-se: "Gravidez na Adolescência", "Puberdade Precoce e Alteração do Crescimento", "Violência Sexual na Infância e na Adolescência", "Alterações Menstruais", "Vulvovaginites e Doenças Sexualmente Transmissíveis", "Prevenção do Câncer do Colo do Útero", "Vacina do HPV" e "Patologias Mamárias na Adolescência".

De acordo com o Presidente da SOGIVA, Dr. Marco Antônio Wanrowsky, os assuntos

foram pautados de acordo com a vivência do cotidiano no atendimento dos especialistas às crianças e adolescentes. "Foi com muita satisfação que recebemos cerca de 60 profissionais no evento, que além de palestrantes catarinenses ainda contou com a presença da Dra. Marta Rehme, de Curitiba".



Para a Presidente da SOGISC, Dra. Leisa Grandó, a programação se destacou não apenas pela qualidade científica, mas também pela capacidade de integração dos colegas presentes, que ainda puderam desfrutar um jantar oferecido pela Bayer-Schering durante o evento.



A destacada programação foi realizada na sede da Unimed de Blumenau, reunindo colegas da região, com a coordenação da SOGIVA, em parceria com a SOGISC

Participe do XVII Congresso Catarinense de Medicina

Médicos catarinenses de todas as regiões do estado são esperados para os cinco eventos científicos simultâneos promovidos pela Associação Catarinense de Medicina, no Centrosul, em Florianópolis, no período de 02 a 04 de outubro de 2008. Trata-se do **XVII Congresso Catarinense de Medicina**, que tem nos *Avanços da Medicina* o seu tema central, que será debatido pelas grandes áreas de atuação profissional: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Medicina da Família e Comunidade.

"Servir de instrumento para o aprimoramento científico dos médi-

cos de toda Santa Catarina é uma das metas centrais da Associação Catarinense de Medicina, que neste ano de 2008 realiza mais uma edição do maior evento científico da classe em nosso estado. O objetivo maior é promover a atualização do conhecimento, elevando a medicina e permitindo o aperfeiçoamento da categoria", afirma o Presidente da ACM, Dr. Genoir Simoni, que também tem a responsabilidade de presidir o Congresso, dividindo a atribuição com o Presidente da Comissão Científica, Dr. Jorge Hamilton Soares Garcia, e com o Presidente da Comissão Avaliação dos Trabalhos Científicos, Dr. Ade-

mar José de Oliveira Paes Junior.

Pela importância do evento, a ACM convida a todos os colegas a participarem da programação, que reunirá os temas de maior interesse e palestrantes com destacada atuação nas referidas especialidades. Serão três dias de estudos, que certamente trarão como resultado uma maior qualificação da assistência médica prestada à sociedade.

O momento também será de integração da classe e de conagração, fortalecendo o associativismo médico para as lutas que atualmente envolvem a prática da medicina em nosso país e estado.

Gravidez na Adolescência

Dra. Juliana Taques Jansen - Ginecologista e Obstetra
Título de Qualificação em Ginecologia da Infância e Adolescência pela SOGIA (Sociedade de Ginecologia da Infância e Adolescência) – Blumenau - SC
e mail- julianatjansen@hotmail.com

A despeito da queda dos níveis de fecundidade em todas as faixas etárias, a gravidez na adolescência vem crescendo em todo o mundo. Em Santa Catarina, por exemplo, as estatísticas apontam que 9,2% do total de nascidos vivos em 2001 correspondiam a filhos de mães com menos de 19 anos de idade; em 2005, 11%; e em 2007, 17%.

Há dois fatores determinantes para tal fato. O primeiro é a idade cada vez mais precoce da menarca. Sabe-se que a cada década a

idade da menarca é antecipada em cerca de quatro meses. Este é um fenômeno mundial que parece decorrer principalmente de fatores nutricionais.

No Brasil, a idade média da menarca gira atualmente em torno dos 12 anos de idade, segundo a maioria das publicações. Outro fator de igual importância é o início mais precoce da atividade sexual. Os adolescentes

do sexo masculino iniciam hoje a vida sexual ao redor dos 15 anos e as adolescentes do sexo feminino ao redor dos 16 anos.



Não basta informação!

O jovem de hoje em geral é muito bem informado sobre como evitar a gestação precoce e tem acesso aos métodos para fazê-lo. Mas por que não o faz?

Muitas dessas gravidezes, por incrível que pareça, são intencionais. A adolescente (ou o casal de adolescentes) de fato desejava tal gestação. Principalmente em comunidades mais carentes, a gravidez

nesta fase da vida é encarada com total naturalidade. A mãe da adolescente também foi mãe adolescente em grande parte dos casos. Muitas acham que o filho vai lhes dar amor ou que de alguma forma vai mudar a vida delas.

Mas infelizmente a realidade é diferente e há aumento do número de crianças filhas de mães adolescentes que são abandonadas e vítimas

de violência. A adolescente também tem muito mais dificuldade a partir da gestação, pois a grande maioria interrompe os estudos e consequentemente tem menor oportunidade de trabalho. Isso acaba por gerar um ciclo gravidez - baixa escolaridade - subemprego- pobreza - gravidez que traz à nossa sociedade cada vez mais desigualdade e violência.

É possível mudar este cenário?

Um bom exemplo vem de São Paulo. Naquele Estado, ações que visam reduzir o número de casos de gravidez na adolescência através da melhora da auto-estima e da perspectiva de futuro dos

jovens vêm sendo postas em prática. O sucesso é traduzido através dos números: em 1998, foram 148.019 meninas com menos de 20 anos grávidas e em 2006, 100.631. Uma queda de 32% em

menos de 10 anos.

Todos somos responsáveis: pais, professores, profissionais da saúde, Poder Público. Nossos jovens merecem mais atenção e trabalho voltado às suas necessidades.



Na pós-menopausa,
a mulher precisa
controlar a pressão
arterial. E manter os
níveis de auto-estima
cada vez mais altos.

BAIXA DOSE
na Pós-Menopausa



Mais que **se Sentir Bem**

- A prevalência de hipertensão aumenta com a idade.¹ A vigilância dos níveis de pressão arterial é muito importante em todas as mulheres menopausadas.
- **ANGELIQ®** é TH menopáusicas única com efeito de redução da pressão arterial em mulheres hipertensas.²
- **ANGELIQ®** não afeta significativamente os níveis pressóricos arteriais em mulheres normotensas.³

UMI APR 2008/1053BF