

XVI CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA I JORNADA SUL-BRASILEIRA DE MASTOLOGIA

**COSTÃO DO SANTINHO RESORT
28 A 31 DE OUTUBRO DE 2012**



**Planos de saúde:
quando os médicos
serão valorizados ?**

Página 3

**Artigo: um novo
modelo de
pirâmide pré-natal**

Página 5

**SOGISC traz para
Florianópolis o
curso ALSO**

Página 6

CONQUISTAS DA CLASSE MÉDICA EM 2012

Caros colegas,

No início deste ano, a classe médica conseguiu algumas vitórias importantes.

A medicina é uma das últimas das profissões da área da saúde a ter um projeto de lei aprovado. Em fevereiro, após dez anos de tramitação, foi aprovado na Comissão de Constituição e Justiça do Senado o projeto de lei que regulamenta a profissão de médico no país (Projeto de Lei nº 268/2002 ou Lei do Ato Médico). O texto final contempla a ideia original do projeto e é fruto de um grande acordo entre as diversas entidades representativas ligadas à saúde. A matéria agora vai à apreciação nas comissões de Educação e de Assuntos Sociais e, quando aprovada, será novamente apreciada em plenário e posteriormente irá para sanção presidencial.

À nível estadual, após quatro meses de negociações exaustivas, o COSEMESC, com o apoio de toda classe médica catarinense, conseguiu atingir as reivindicações solicitadas à Secretaria Estadual de Administração para a implantação plano SC Saúde. A promessa da adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada

de Procedimentos Médicos (CBHPM) vigente e plena até dezembro de 2014 é uma grande conquista. A adesão ao plano é opcional devendo cada associado averiguar se no seu contrato consta a proposta acordada.

Apesar destas conquistas, ainda falta muito a ser feito. Um acordo favorável com o grupo Unidas ainda não foi estabelecido. Para que consigamos melhorar nossas condições de trabalho e de remuneração, é importante que as sociedades de especialidades e as entidades médicas sejam fortalecidas através do apoio de seus associados. Para forçar as negociações, é importante que os médicos cumpram decisões das assembleias do COSEMESC. Faça sua parte no processo.

Um abraço,

Dra. Sheila KoettkerSilveira
Presidente da
SOGISC



Agenda de Eventos

Workshop de Procedimentos Minimamente Invasivos em Ginecologia

11 e 12 de maio de 2012

Ubatuba/SP

Site: www.febrasgo.org.br

11ª Jornada de Reprodução Humana SBRH

12 de maio de 2012

Goiânia/GO

E-mail: ginecologia@srggo.com.br

CERVICOLP 2012 - XXIII Curso de Atualização em PTGI e Colposcopia

17 a 19 maio 2012

São Paulo/SP

Informações: (11) 3283-4121

Site: www.colposcopiasp.org.br

38º Congresso Pernambucano de Ginecologia e Obstetrícia

23 a 25 de maio de 2012

Olinda/PE

E-mail: secretaria@sogope.com.br

Site: www.sogope.com.br

XII Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia da Infância e Adolescência

28 a 30 de junho de 2012

Natal/RN

Site: www.sogorn.com.br

11º Congresso Brasileiro de Videocirurgia

18 a 21 de julho de 2012

Rio de Janeiro/RJ

Site: www.sobracil.org.br

Expediente

Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina – SOGISC

Rodovia SC 401, Km 4,
Bairro Saco Grande - Florianópolis/SC
Fone/Fax (48) 3231-0318



Diretoria Executiva

Gestão 2009/2011

Presidente

Dra. Sheila Koettker Silveira

Vice-Presidente

Dra. Elisiane Heusi dos Santos

Secretário Executivo

Dr. Jacy Bruns

Secretário Executivo Adjunto

Dr. Mário Júlio Franco

Tesoureiro

Dr. Ricardo Maia Samways

Tesoureiro Adjunto

Dr. Evaldo dos Santos

Diretora Científica Geral

Dra. Ivana Fernandes de Souza

Diretor Científico de Obstetrícia

Dr. Manoel Pereira Pinto Filho

Diretora Científico de Ginecologia

Dra. Adriana Magalhães
de Oliveira Freitas

Diretor de Defesa Profissional

Dr. Vânio Cardoso Lisboa

Diretor de Publicações

Dr. Roberto Noya Galluzzo

Diretor de Informática

Dr. Rodrigo Dias Nunes

Conselho Consultivo

Dr. Ricardo Nascimento

Dr. Dorival Antonio Vitorello

Dr. Alberto Trapani Junior

Dra. Leisa Beatriz Grando

Dr. Manoel Pereira Pinto Filho

Edição e Diagramação

Sarah Castro (SC 2720 JP)

Impressão

Gráfica Darwin

Tiragem

1 mil exemplares

Planos de saúde: quando os médicos serão valorizados como trabalhadores que são?

Por Dr. Vânio Cardoso Lisboa

Os médicos catarinenses vivem um momento histórico. Nunca antes foi verificada uma união de forças em torno de um único tema: os valores praticados pelas operadoras de planos de saúde. As paralisações de atendimentos organizadas em nível nacional no dia 7 de abril e no dia 21 de setembro de 2011, foram o reflexo do descontentamento com as empresas que não deixam de cobrar valores condizentes de seus clientes, mas que em momento algum pensam que esse cliente merece um atendimento digno, de qualidade e justificaria o preço cobrado e, principalmente, que esse cliente precisa encontrar o médico na hora em que ele mais anseia por cuidar e tratar de sua saúde.

O regime capitalista selvagem implantado pelas operadoras em todo o país tem um único beneficiário: as próprias operadoras. O que vemos hoje são médicos descontentes com os valores praticados tanto para consultas quanto para procedimentos e pacientes indignados porque não conseguem agendar consultas com um tempo satisfatório ou aceitável de espera.

Os valores repassados aos médicos pelas operadoras de planos de saúde há anos estão defasados. E isso não é um privilégio catarinense. É uma realidade nacional. A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), última edição, não é cumprida pela grande maioria das operadoras. É inaceitável que enquanto o valor de uma consulta médica particular custe hoje em média de R\$ 200,00 a R\$ 250,00. O valor praticado pelos planos de saúde é em torno de 20% deste valor.

A impressão é de que as operadoras ignoram que os médicos são trabalha-

dores, que lidam com a maior riqueza do ser humano, a saúde. As operadoras ignoram a importância dos médicos estarem em constante aperfeiçoamento profissional e principalmente, fazem de conta que os pacientes nem precisam tanto assim de uma consulta, de um exame, de um tratamento.

As operadoras mantêm o discurso do prejuízo que têm todos os anos. Mas não conseguimos vislumbrar relatos de empresas de saúde que fecharam as portas nos últimos anos. Pelo contrário. Observamos cada vez mais médicos e clínicas fechando suas portas. O médico descobriu também que sabe e deve fazer contas. E está verificando que trabalhar nos consultórios ou clínicas com os valores hora praticados é pior que trabalhar para SUS quer em um hospital do governo ou para os Programas de Saúde da Família.

Em medicina, quantidade não é qualidade. Nunca será. Para atendermos melhor, precisamos fazer valer uma luta que se arrasta por uma década. A CBHPM em sua recente versão tem que ser adotada em todo o país. Médicos e pacientes não precisam mais de discursos ou de promessas. Varias Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia em todo país têm tomado atitude.

Vamos fazer de 2012 um ano diferente. E começaremos dizendo não a quem teima em despeitar o trabalho médico.

Por Dr. Vânio Cardoso Lisboa*

*Diretor de Classe da SOGISC. Formado pela UFSC; especialista em GO; mestre Pós Graduação em Ciências Médicas pela UFSC; professor da UNISUL; obstetra e ginecologista do Hospital Regional de São José-SC.



“A impressão é de que as operadoras ignoram que os médicos são trabalhadores, que lidam com a maior riqueza do ser humano: a saúde.”

A acurácia do exame PCR-RT para detecção de streptococcus agalactiae no trato anogenital de gestantes

Por Dr. Otto Henrique May Feuerschuette

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina.

A infecção pelo Streptococcus do grupo B (EGB) é a mais frequente na primeira semana de vida dos RN. A identificação das pacientes colonizadas para administração de antibioticoterapia apropriada é uma estratégia reconhecidamente eficaz na diminuição da infecção neonatal.

OBJETIVO: avaliar o rendimento da reação em cadeia da polimerase em tempo real (PCR-RT) para detecção da colonização pelo EGB no trato anogenital de gestantes, comparando-a ao padrão áureo cultura em meio específico.

MÉTODO: realizou-se um estudo experimental envolvendo 266 gestantes durante os meses de dezembro de 2010 a agosto de 2011, coletando-se amostras de secreção anal e vaginal e avaliando-se a presença do EGB através de cultura em meio específica e por PCR-RT, pesquisando-se o sip gene. A presença de DNA humano nas amostras foi confirmada pela pesquisa

da beta globina e a extração do DNA foi realizada pela técnica da guanidina. Nos casos de exames positivos na PCR-RT e negativos na cultura, repetiu-se o exame com a PCR convencional pesquisando-se o atr gene, para confirmar os resultados. Também foram coletados os seguintes dados clínicos: idade, paridade, raça, passado obstétrico e aceitabilidade da coleta pela paciente. Os resultados obtidos foram comparados aos do padrão áureo para se determinar a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia.

RESULTADOS: das 266 amostras coletadas, 254 foram consideradas adequadas para avaliação. Em 12 amostras o resultado da cultura não foi disponibilizado. Em 100% das amostras submetidas à RCP-RT o resultado foi disponibilizado. A prevalência encontrada foi de 28,7% (73 amostras) pelo padrão áureo e 38,2% (97 amostras) pela PCR-RT. A média de idade das pacientes foi 28,69 anos (DP \pm 5,59). A maioria delas (51,2%) estava grávida pela primeira

vez. Das variáveis relativas à gestação que foram avaliadas nenhuma apresentou associação significativa com a presença da colonização bacteriana. Comparando-se a PCR-RT à cultura, tendo-se esta última como padrão áureo, encontrou-se sensibilidade de 89% (IC 0,81-0,96), especificidade de 82% (IC 0,76-0,87), valor preditivo positivo de 67% (IC 0,57-0,76) e valor preditivo negativo de 94% (IC 0,91-0,99).

CONCLUSÃO: o rendimento do PCR-RT com Eppendorf mastercycler apesar de chegar muito próximo, não atingiu os valores mínimos de sensibilidade e especificidade propostos pelo CDC como parâmetros para que o exame pudesse substituir o padrão áureo cultura em meio específico para identificação do EGB. Outras técnicas de extração do DNA, outro gene do EGB para sua identificação ou mesmo o enriquecimento da amostra podem ser realizados para verificar a possibilidade de serem alcançadas a sensibilidade e a especificidade indicadas pelo CDC com o uso do mesmo aparelho.

Nitroglicerina transdérmica em pacientes com pré-eclâmpsia grave e insuficiência placentária

Por Dr. Alberto Trapani Jr., Dr. Luiz Flavio Gonçalves, Dra. Maria Marlene S. Pires

Realizado no Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil no programa de Pós Graduação em Ciências Médicas com o apoio dos Serviços de ultrassonografia e Medicina Fetal, ambulatório, estatística e enfermaria da Divisão de Tocoginecologia/HU/UFSC.

OBJETIVO: avaliar o efeito da nitroglicerina transdérmica nos índices de Dopplervelocimetria das artérias uterinas, umbilicais e cerebral média fetal, bem como a alteração dos níveis tensionais em pacientes com pré-eclâmpsia grave e insuficiência placentária.

MÉTODOS: este foi um estudo

prospectivo de 30 gestações únicas, com idade gestacional entre 24 a 31 semanas, com pré-eclâmpsia grave e Doppler anormal nas artérias uterinas e umbilical. Comparou-se a pressão arterial média materna, bem como o índice de resistência (IR) eo índice de pulsatilidade (IP) da artéria umbilical, uterina e cerebral média fetal, antes e após a aplicação de um adesivo transdérmico de nitroglicerina (dose média de 0,4 mg/h) por um período de 3 dias. Foi utilizado os testes ANOVA para amostras emparelhadas.

RESULTADOS: verificou-se uma diminuição significativa do IP e IR da artéria uterina (25,3 \pm 4,9% e 21,2 \pm 6,2%, respectivamente, P <0,001) e

umbilical (23,1 \pm 6,9% e 19,7 \pm 6,1%, respectivamente, P <0,001), quando se compara o primeiro dia sem a medicação contra o terceiro dia com o patch. Nenhuma alteração significativa foi observada na artéria cerebral média. A pressão arterial média diminuiu de 119,5 \pm 4,5 mmHg para 114,8 \pm 4,4 mmHg (P <0,05).

CONCLUSÃO: a utilização de nitroglicerina transdérmica em pacientes com pré-eclâmpsia grave é associada à uma redução significativa no IR e IP das artérias uterinas e umbilical, bem como da pressão arterial materna. Nitroglicerina transdérmica não afeta o IR e no IP da artéria cerebral média fetal.

Um novo modelo de Pirâmide Pré-natal baseada na avaliação de 11 – 13 semanas

Há um século os materiais e métodos a disposição determinou o modelo atual de condução pré-natal e tratamento o que reduziu significativamente as taxas de mortalidade materna e perinatal (Ballantyne, 1901, 1921). Em 1929 o Ministério da Saúde do Reino Unido recomendou que as gestante deveriam ser avaliadas primeiramente com 16, depois com 24 e 28 semanas, quinzenalmente até 36 e semanalmente até o nascimento. Não houve razão esclarecida para tal cronograma mas ficou-se estabelecido este padrão de atendimento pré-natal que foi seguida pelo mundo. Este padrão sugere que a maioria das complicações e resultados adversos acontece no fim da gestação e não pode ser predita no primeiro trimestre. Porém realmente é isso que ocorre? Avanços científicos nos últimos 20 anos têm demonstrado que muitas alterações podem ser detectadas já com 12 semanas. Atualmente a visita com 13 semanas com testes bioquímicos e biofísicos combinados pode definir o risco paciente específico para um grande número de complicações como alterações cromossômicas, morte fetal, prematuridade, pré-eclampsia, diabetes gestacional, restrição de crescimento e macrossomia.

ANEUPLOIDIAS:

Pode ser detectado aproximadamente 90% dos fetos com aneuploidia com uma combinação de idade materna, translucência nucal (TN), dosagem de β hCG e PAPP-A com 11 a 13 semanas (Nicolaidis, 2011). Melhora-se o desempenho do rastreio quando aplicado o teste bioquímico entre 9 a 10 semanas e biofísico com 12 semanas avaliando também o osso nasal, ducto venoso, artéria hepática e válvula tricúspide. Desempenho semelhante é encontrado quando se utiliza todos os métodos juntos ou estratificando as pacientes em grupo de risco alto, intermediário ou baixo.

ANORMALIDADES ESTRUTURAIIS FETAIS:

Com 11 a 13 semanas podemos diag-

nosticar a maioria das anormalidades principais que são letais ou associadas a prognóstico ruim. Anormalidades fetais principais diagnosticadas entre 11 a 13 semanas podem ser divididas em três grupos (Syngealaki, 2011): Primeiro grupo que são sempre possíveis de ser diagnosticadas como alteração do SNC: anencefalia, holoprosencefalia alobar, onfalocoele, gastrosquise e megabexiga. No segundo grupo são anormalidades somente detectadas no segundo ou terceiro trimestre como anormalidades do cérebro, microcefalia, hipoplasia do cerebelo ou vermis, hidrocefalia, agenesia do corpo caloso, acondroplasia, pulmão hiperecogênico, anomalias renais e obstruções intestinais. Um terceiro grupo que são potencialmente vistas mas dependem da experiência do examinador e qualidade do equipamento como TN alterada nas displasias esqueléticas (Khali, 2011), hérnia diafragmática, TN alterada e fluxo anormal do ducto venoso e alteração da válvula tricúspide nos defeitos cardíacos (Chelemen, 2011) diminuição do quarto ventrículo-cisterna magna nas espinhas bífidas abertas (Lachmann, 2011).

ABORTO E MORTALIDADE NEONATAL

A taxa de aborto ou morte fetal após demonstração de feto vivo entre 11-13 semanas é em torno de 1 a 0,4%. O risco destes eventos está relacionado com certas características maternas como idade, peso, história pregressa e raça africana. Observa-se risco aumentado também nas pacientes com TN aumentada, ducto venoso alterado e PAPP-A baixo e com cariótipo normal (Akolekar, 2011a). No momento não há nenhuma intervenção útil para evitar este desfecho mas pode reduzi-lo com monitorização do crescimento e bem estar fetal mais restrito.

PREMATURIDADE

A prematuridade é a causa principal de morte e morbidade perinatal nas gestações abaixo de 34 semanas ocorrendo em 2% destas. Em dois terços o começo é espontâneo ou pela rotura de membranas ou iatrogênica principalmente

por pré-eclampsia. O risco paciente-específico pode ser determinado por algoritmo como características materna e história obstétrica. Este risco pode ser modificado pelo medida do colo uterino entre 11 a 13 semanas que é relacionada inversamente à probabilidade de parto prematuro. No momento não há outro parâmetro biofísico ou bioquímico para prematuridade (Beta, 2011). Pesquisas futuras poderão determinar a utilidade do uso profilático de progesterona ou circlagem nesta ocorrência.

PRÉ-ECLAMPSIA

Algoritmos que combinam características materna, pressão arterial, doppler da artéria uterina e testes bioquímicos de 11 a 13 semanas podem detectar aproximadamente 90, 80, e 60% de gestações que desenvolvam pré-eclampsia antes de 34 semanas, intermediário (34-37 semanas) e tardia (depois de 37 semanas) com uma taxa de falso positivo de 5% (Akolekar, 2011b). Mais adiante investigações determinarão se o grupo de alto risco podem se beneficiar da aspirina em baixa dose na redução da prevalência desta patologia.

DIABETES GESTACIONAL

A diabetes gestacional está relacionada com complicações materna e perinatal a curto e longo prazo. O desempenho dos testes do segundo trimestre são pobres com uma taxa de descoberta de 60% e falso positivo de 30 a 40% (Waugh, 2007). Algoritmos que combinam características materna e nível sorológico de adiponectin materna, um polipeptídeo adipócito derivado e a ligação do hormônio sexual, uma glicoproteína do fígado dosadas na 11 a 13 semanas pode identificar 75% das gestações com risco de desenvolver diabetes com uma taxa falso positivo de 20% (Nanda, 2011). Adicionalmente o diagnóstico também pode ser feito com ajustes nos critérios para o teste oral de tolerância (Plasencia, 2011). Pesquisa futura determinará se no grupo de alto risco há benefício com o conselho dietético e uso de metformina reduzindo a macrossomia e incidência de diabetes.

CRESCIMENTO RESTRITO

Sabe-se que os fetos pequenos podem ser constitucionalmente pequenos ou houve restrição de crescimento por disfunção placentária, doença genética ou dano ambiental. No grupo de restrição de crescimento os riscos de morte perinatal estão substancialmente aumentadas mas que podem ser reduzidos se esta condição é descoberta no pré-natal o que permite intervenção adequada. Algoritmos que combinam características materna, pressão arterial, Doppler da artéria uterina e medida de produtos placentários no sangue materno com 11 a 13 semanas podem identificar, com uma taxa falso positiva de 10%, aproximadamente 75% destas gestações com parto antes de 37 semanas e 45% das que parem a termo (Karagiannis, 2011).

MACROSSOMIA FETAL

Esta alteração esta associado com riscos aumentados para mãe, cesariana e trauma do canal de parto, e para o feto incluindo distócia de objeto lesão de plexo braquial, danos nos nervos faciais, fraturas no úmero ou clavícula e asfixia ao nascimento. A combinação de características materna, história obstétrica com TN, β hCG livre e PAPP-A com 11 a 13 semanas pode potencialmente identificar, com uma taxa de falso positivo de 10%, aproximadamente 35% da mulheres com fetos macrossômicos (Poon, 2011). Pesquisas futura podem identificar novos marcadores biofísicos ou bioquímicos que possam melhorar o desempenho da detecção e alterar a conduta pré-natal para evitar as compli-

cações desta condição obstétrica.

A PIRÂMIDE DE CUIDADO

O rastreio precoce de riscos paciente-específico das complicações da gestação podem melhorar os resultados e interferir no tratamento pré-natal de um acompanhamento rotineiro para um paciente mais individualizado com sua doença específica. As visitas teriam um objetivo pré definido e os resultados gerariam melhora a partir de avaliação com calculo de risco obtido com os testes com 11 a 13 semanas. O risco de aneuploidias já é atualmente avaliado com exame realizado entre 11 a 13 semanas. A nova conduta deve aderir aos ensinios de Hipócrates em que nós devemos aprender com o passado, pesquisar o presente e predizer o futuro, e o pronunciamento de Galileo Galilei que prediz: o idioma de Deus é matemática então devemos medir tudo que é mensurável e mensurar o que não é.

Com 11 a 13 semanas a grande maioria das gestantes seria classificada como sendo de baixo risco e uma proporção pequena seria selecionada como sendo de alto risco. No grupo de baixo risco o número de visitas médicas poderiam ser reduzidas a talvez três. Uma visita ao redor de 20 semanas que reavaliará a anatomia e crescimento e reavaliará o risco para pré-eclampsia e parto prematuro. Outra visita com 37 semanas para avaliar o bem estar materno e fetal determinado a via de parto e que será repetida com 41 semanas para as pacientes que não pariram. O grupo de alto risco teria uma vigilância

mais íntima em clínicas especializadas. Em cada visita o risco seria reavaliado e as gestantes poderiam permanecer no alto ou baixo risco.

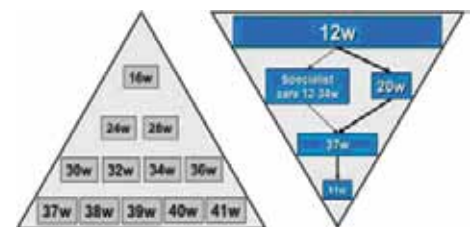
Pesquisas futura ampliarão as condições que podem ser identificadas precocemente e marcadores genéticos identificarão os riscos baseados nas características materna e história médica. Igualmente novos marcadores biofísicos ou bioquímicos poderão surgir ou modificar os já existentes. Com o passar dos anos será necessário uma reavaliação e melhora o conteúdo e quantidade de cada visita e as relações de probabilidade de cada teste. A identificação precoce de alterações estimula o desenvolvimento de protocolos que melhorem ou previnam as desordens da gestação.

É provável que o desafio para melhorar o resultado da gestação será conhecido na inversão da pirâmide de tratamento pré-natal com a aplicação dos resultados da avaliação de 11 a 13 semanas.

Artigo original:

Prenat Diagn 2011; 31: 3–6. Kypros H. Nicolaidis

Resumido por: Roberto Noya Galluzzo



SOGISC traz a Florianópolis o curso ALSO

Este ano, a SOGISC, a pedido de alguns sócios, está trazendo para Florianópolis o curso ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics).

A obstetrícia é uma especialidade que lida com situações de urgência e emergência quase que diariamente. As intercorrências graves são raras mas, quando surgem, devem ser resolvidas em poucos minutos por profissionais capacitados para minimizar as complicações tanto maternas como fetais ou neonatais. Este curso, montado pela American Academy of Family Physician, é voltado aos médicos que prestam atendimento à gestante e tem como objetivo o desenvolvimento do conhecimento e das técnicas

necessárias ao atendimento efetivo de emergências, tanto clínicas como obstétricas, que ocorrem no período perinatal.

O curso tem duração de 2 dias, em período integral, desenvolvido em forma de aulas e workshops, com modelos em tamanho natural. Cada aluno receberá antecipadamente uma apostila com o conteúdo das aulas. Ao final serão realizadas prova escrita para a avaliação do conhecimento técnico e provas práticas para a verificação do desempenho do aluno frente à diferentes situações. Os aprovados receberão certificado reconhecido pela ALSO Internacional.

Nosso curso será realizado nos dia 30 de junho e 01 de julho no Majestic

Palace Hotel em Florianópolis. As inscrições podem ser feitas na Oceano Eventos até 30 dias antes do início do curso. Por tratar-se de curso teórico-prático, o número de vagas é limitado em 24 participantes, sócios quites da SOGISC. O valor é de R\$1.800,00 parcelados em até 6 vezes (com cheques pré-datados). Este valor, acima do praticado em São Paulo, se deve alto custo do deslocamento do curso e dos instrutores. O almoço do primeiro dia está incluído neste valor assim como os lanches da manhã e da tarde. Para maiores informações contatar Rafael da Oceano Eventos pelo telefone 3322-1021 ou pelo e-mail rafael@oceanoeventos.com.br ou através do site www.oceanoeventos.com.br/also.

Encontro de Educação Continuada de Lages

Nos dias 30 e 31 de março, a SOGISC, em parceria com a SOGIS, promoveu o primeiro Encontro de Educação Continuada de 2012 na sede da Associação Médica da Serra em Lages. Neste encontro foram abordados tanto assuntos da área de obstetrícia (CIUR, isoimunização, trombofilia e manejo do feto com mielomeningocele) como de ginecologia (tromboprofilaxia e sangramento uterino anormal), importantes para a reciclagem de seus sócios, ministrados por professores do Estado. Na sexta-feira à noite houve o jantar de confraternização no restaurante Le Bistro.



Frente Nacional por mais recursos para a Saúde

Visando a melhoria do atendimento médico da população, as entidades médicas, incluindo a Febrasgo, estão apoiando a campanha nacional que reivindica um aumento dos valores repassados ao Sistema Único de Saúde. A proposta é de um projeto de lei de iniciativa popular que propõe o investimento de pelo menos 10% da receita corrente bruta da União na saúde pública.

Para que o projeto de lei para reavaliação da Emenda Constitucional 29 seja apreciado na Câmara dos Deputados

e posteriormente no Congresso Nacional, necessita a apresentação de um abaixo assinado contendo 1,5 milhões de assinaturas de eleitores. Os sócios interessados em participar desta iniciativa devem copiar o modelo de página de assinatura no link www.amb.org.br ou www.portalmédico.org.br. Só serão válidas assinaturas com nome completo, endereço e dados do título de eleitor. Depois de preenchidas, devem ser encaminhadas à Sogisc que se encarregará de repassá-las à Febrasgo.



Florianópolis será sede do XVI Congresso Sul-Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia

Entre os dias 28 a 31 de outubro teremos no Costão do Santinho Resort em Florianópolis o XVI Congresso Sul-Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia e a Jornada Sul-Brasileira de Mastologia.

A programação científica é abrangente, envolvendo assuntos médicos de interesse do dia a dia do ginecologista, do obstetra, do mastologista e do oncologista e de temas variados como problemas contábeis e marketing de consultório e defesa profissional. Teremos 5 cursos pré-congresso (sexualidade, patologia do trato genital inferior, emergências em obstetrícia, avaliação da vitalidade fetal e erro médico e processo médico) e 6 intracongresso (uroginecologia, dor

pélvica crônica, infertilidade, mastologia, assistência ao parto e malformação fetal para o clínico) além de várias conferências e mesas redondas.

A comissão organizadora também se preocupou com a programação social pois o congresso oferece uma oportunidade única de rever os amigos. Teremos no dia 29/10 um jantar dançante após a abertura do congresso e, no dia seguinte, no final da tarde, um happy hour descontraído na beira da piscina com música ao vivo.

Programem-se desde já! As inscrições antecipadas e a submissão dos trabalhos científicos já estão abertas através do nosso site: www.sulbrasileiro2012.com.br.

Quando a busca de bem-estar e equilíbrio são prioridade.

Contraceptivo Oral com Estradiol

Qlaira®

valerato de estradiol
dienogeste

Em harmonia com o corpo da mulher

O primeiro contraceptivo oral com estradiol natural
>> estrogênio idêntico ao produzido pelo organismo da mulher.¹

O dienogeste tem potente efeito inibitório sobre o endométrio.²

Em exclusiva combinação com dienogeste, formulado em um regime de dose dinâmica para mimetizar o ciclo natural da mulher.³

Regime de dosagem inovador

- 28 dias de níveis de estradiol estáveis⁴
- Baixo índice de descontinuação e alto grau de satisfação¹⁷
- Reduz a intensidade e duração do sangramento por privação^{5,6}
- Efeito positivo no bem-estar físico e emocional^{7,8}

Contraindicação: presença ou histórico de tromboembolismo arterial ou venoso.
Interação medicamentosa: antibióticos e anticonvulsivantes.

QLaira® - Dienogeste e Valerato de Estradiol - Reg. MS - 1.7056.0049. **Indicações:** Contraceptivo oral. **Contraindicações.** Contraceptivos combinados orais (CCOs) não devem ser utilizados na presença das condições listadas abaixo (devendo-se avaliar as particularidades de cada situação): - Tromboembolismo arterial ou venoso - Enxaqueca - Diabetes mellitus - Pancreatite, hipertrigliceridemia - Doença hepática grave - Tumores hepáticos - Neoplasias dependentes de esteróides sexuais - Sangramento vaginal não-diagnosticado - Suspeita ou diagnóstico de gravidez - Hipersensibilidade a qualquer um dos componentes do produto. **Cuidados e advertências.** Não existem estudos epidemiológicos sobre os efeitos de CCOs contendo estradiol/valerato de estradiol. Todas as precauções e advertências a seguir são provenientes de dados epidemiológicos e clínicos de CCOs contendo etinilestradiol. Não se sabe se estas precauções e advertências se aplicam a QLaira®. Avaliar os benefícios e riscos. Consultas/exames médicos regulares são recomendados. Distúrbios circulatórios, tumores, hipertrigliceridemia, hipertensão, colecistopatia, porfiria, lupus eritematoso sistêmico, síndrome hemolítico-urêmica, coréia de Sydenham, herpes gestacional, perda da audição relacionada com otosclerose, patologia intestinal inflamatória crônica, anemia falciforme, enxaquecas, angioedema hereditário, distúrbios da função hepática, pode ocorrer cloasma. Quando CCOs são utilizados corretamente o índice de falha é de aproximadamente de 1% ao ano. A eficácia dos CCOs pode ser reduzida nos casos de esquecimento de tomada dos comprimidos, distúrbios gastrintestinais ou interação medicamentosa. Podem surgir sangramentos irregulares, especialmente durante os primeiros meses de uso. É possível que em algumas pacientes não ocorra o sangramento por privação durante a ingestão dos comprimidos brancos (inativos). Caso a paciente engravidar durante o uso de QLaira®, deve-se descontinuar o seu uso. Entretanto, estudos epidemiológicos abrangentes com CCOs contendo etinilestradiol não revelaram risco aumentado de malformações congênitas em crianças nascidas de mulheres que tenham utilizado CCOs antes da gestação. Também não foram verificados efeitos teratogênicos decorrentes da ingestão acidental de CCOs no início da gestação. O medicamento não deve ser utilizado durante a gravidez. Os CCOs podem afetar a amamentação. **Reações adversas:** cefaleia, dor abdominal, acne, amenorreia, desconforto mamário, dismenorreia, sangramento intermenstrual, sangramento uterino disfuncional, aumento ou diminuição do peso corpóreo, infecção vaginal especialmente por fungo, aumento do apetite, depressão, aumento ou diminuição da libido, distúrbio mental, alteração de humor, tontura, hipertensão, enxaqueca, diarreia, náuseas, vômitos, alopecia, prurido, erupção cutânea, aumento do tamanho das mamas, nódulo mamário, displasia cervical, dispareunia, doença fibrocística das mamas, cisto ovariano, dor pélvica, síndrome pré-menstrual, mioma uterino, alteração da secreção vaginal, irritabilidade, edema, herpes simples, síndrome de histoplasiose ocular presumida, tinea versicolor, infecção urinária, hipertrigliceridemia, ansiedade, disforia, nervosismo, agitação, distúrbio do sono, estresse, distúrbios da atenção, parestesia, vertigem, intolerância a lentes de contato, sangramento de veias varicosas, hipotensão, dor nos vasos, obstipação, disepsia, refluxo gastroesofágico, aumento da alanina aminotransferase, hiperplasia nodular focal do fígado, dermatite, cloasma, hirsutismo, hipertricose, neurodermatite, seborreia, dor nas costas, espasmos musculares, sinusorragia, hipomenorreia, atraso menstrual, ruptura de cisto ovariano, linfadenopatia, dor no peito, fadiga, mal-estar. **Interações:** Fenitoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, oxcarbazepina, topiramato, felbamato, griseofulvina, Erva de São João, ritonavir, nevirapina, penicilinas, tetraciclina, cimetidina, verapamil, macrolídeos, diltiazem, antidepressivos, suco de grapefruit, cetoconazol, eritromicina. **Posologia.** Os comprimidos devem ser ingeridos na ordem indicada na cartela, todos os dias. A ingestão dos comprimidos é contínua. Deve-se ingerir um comprimido por dia durante 28 dias consecutivos. Cada cartela subsequente é iniciada no dia seguinte à ingestão do último comprimido da cartela anterior, sem pausa entre elas. Em geral, o sangramento por privação inicia-se durante a ingestão dos últimos comprimidos da cartela-calendário. Para procedimentos sobre mudança de contraceptivo, caso de esquecimento de comprimidos ou ocorrência de vômitos e/ou diarreia, consultar a bula do produto. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

Referências Bibliográficas: 1. Palacios S et al. Efficacy and safety of a novel oral contraceptive based on oestradiol (oestradiol valerate/dienogest): A Phase III trial. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2010; 149:57-62. 2. Okada H, Nakajima T, Yoshimura T, Yasuda K, Kanzaki H. The inhibitory effect of dienogest, a synthetic steroid, on the growth of human endometrial stromal cells in vitro. Mol Hum Reprod 2001; 7(4): 341-7. 3. Mansour D, Nelson A, Parke S, et al. Efficacy of a combined oral contraceptive containing estradiol valerate/dienogest: a pooled analysis of three clinical trials. Oral presentation. 8th Congress of the European Society of Gynecology, 2009. 4. Lu M, Uddin A, Foeigh M, Zeun S. Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of a new four-phasic estradiol valerate and dienogest oral contraceptive. Obstet Gynecol 2007; 109(4 Suppl.): 61S (abstract plus poster presentation at the 55th Annual Clinical Meeting of the American College of Obstetricians and Gynecologists: 2007 May 5-9; San Diego, CA, USA). 5. Parke S, Makalova D, Ahrendt H-J, Mansour D. Bleeding patterns and cycle control with a novel four-phasic combined oral contraceptive containing estradiol valerate and dienogest. Eur J Contracept Reprod Health Care 2008; 13(1): 94-5 (abstract plus poster presentation at the 10th Congress of the European Society of Contraception: 2008 Apr 30-May 3; Prague, Czech Republic). 6. Ahrendt HJ et al. Bleeding pattern and cycle control with an estradiol-based oral contraceptive: a seven-cycle, randomized comparative trial of estradiol valerate/dienogest and ethinyl estradiol/levonorgestrel. Contraception 2009; 80: 436-444. 7. Nahum GG, Parke S, Wildt L, Palacios S, Roemer T, Bitzer J. Efficacy and tolerability of a new oral contraceptive containing estradiol and dienogest. Obstet Gynecol 2008; 111(4 Suppl.): 15S (abstract plus poster presentation at the 56th Annual Clinical Meeting of the American College of Obstetricians and Gynecologists: 2008 May 3-7; New Orleans, LA, USA). 8. Parke S et al. Metabolic Effects of a New Four-Phasic Oral Contraceptive Containing Estradiol Valerate and Dienogest. Obstetrics & Gynecology, April 2008; Vol 111, No. 4 (Supplement); 12S