



# SOCIEDADE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DE SANTA CATARINA

E-mail: [sogisc@sogisc.org.br](mailto:sogisc@sogisc.org.br)

N.º15 - Outubro/2006

## Vem aí XIII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia

Dias 19 a 22 de novembro  
Costão do Santinho Resort - Florianópolis  
Inscreva-se e Participe!

A programação foi elaborada visando oferecer o melhor em novidades e aperfeiçoamento profissional para o associado e todos os congressistas, com palestrantes e conferencistas de renome nacional e internacional. Você não pode faltar!

Página 05

## Convite

A Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina – SOGISC convida todos os seus associados para participarem da Assembléia Geral Ordinária/2006 (AGO), que será realizada no próximo dia 28 de outubro, sábado, às 8h30min, na sede da Associação Catarinense de Medicina – ACM, em Florianópolis. Entre os principais assuntos a serem discutidos e deliberados

durante a AGO estão:

- Prestação de contas de 2005
- Posse oficial da nova Diretoria
- Programação científica para 2007

Logo após a Assembléia, ao meio-dia, será servido um churrasco de confraternização para comemorar o Dia do Ginecologista.

**Junte-se a nós e participe na defesa dos seus, dos nossos interesses! Sua presença é fundamental!**



## Ações realizadas e programadas

O ano de 2006 está passando rapidamente. No primeiro semestre tivemos os Cursos de Educação Continuada de Blumenau e Chapecó e o Fórum de Debates: Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei, em Florianópolis.

Para este semestre, além do evento de Tubarão, realizado no final de setembro, teremos em novembro próximo o XIII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, maior evento da especialidade na região sul. Estamos preparando uma programação científica especial, além da social, que com certeza será do agrado de todos.

Para comemoração do nosso dia, teremos um sábado de confraternização, em 28 de outubro, na sede da ACM. Reservem um espaço em suas agendas.

E, para encerrarmos o ano, em parceria com a ACM e demais sociedades médicas, estamos lançando a terceira edição do Manual de Terapêutica em Ginecologia e Obstetrícia, cujos capítulos todos foram escritos por profissionais catarinenses, valorizando assim o nosso trabalho.

“Teremos, em novembro próximo, o XIII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, maior evento da especialidade na região sul. Estamos preparando uma programação científica especial, além da social, que com certeza será do agrado de todos”



Dra. Leisa Beatriz Grando  
Presidente Gestão  
2005/2008

### Aprovados no Título de Especialista da FEBRASGO

- Andréa Antunes Caldeira de Andrada Ferreira
- Giorgia Coelho Lauriano Pasquali
- Iara Michel de Assis Magalhães
- Sabrina Martins Mendes

### Expediente JORNAL DA SOGISC



SOCIEDADE DE  
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA  
DE SANTA CATARINA

#### Diretoria Executiva

##### Presidente:

Dra. Leisa Beatriz Grando

##### Vice-Presidente:

Dra. Elisiane Heusi dos Santos

##### Secretária Executiva:

Dra. Adriana M. de Oliveira Freitas

##### Secretário Executivo Adjunto:

Dr. Salésio Nicoletti

##### Tesoureira:

Dra. Maria Salete Medeiros Vieira

##### Tesoureira Adjunta:

Dra. Ivana Fernandes Souza

##### Diretor Científico Geral:

Dr. Evaldo dos Santos

##### Diretor Científico de Obstetrícia:

Dr. Otto Henrique May Feuerschuette

##### Diretora Científica de Ginecologia:

Dra. Clarisse Salete Fontana

##### Diretor de Defesa Profissional:

Dr. Alberto Trapani Júnior

##### Diretora de Publicações:

Dra. Sheila Koettker Silveira

##### Diretor de Informática:

Dr. Marcelo Costa Ferreira

##### Conselho Consultivo e de Ética:

Dr. Jorge Abi Saab Neto

Dr. Walmor Zomer Garcia

Dr. Ricardo Nascimento

Dr. Dorival Antônio Vitorello

Dr. Alberto Trapani Jr.

#### Edição

##### Texto Final Assessoria de Comunicação

##### Jornalistas Responsáveis:

Lena Obst e Denise Christians

##### Colaboração:

Lúcia Py Lüchmann

##### Arte Final e Impressão:

Gráfica Darwin

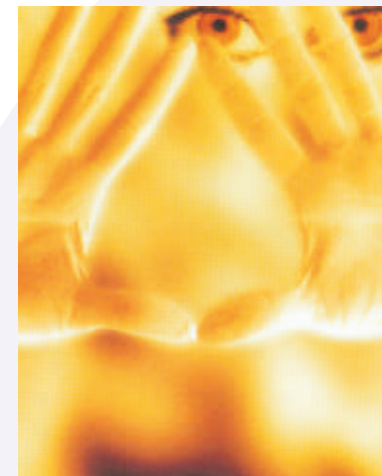
##### Tiragem:

1000 Exemplares

## Violência Sexual e o Aborto Previsto em Lei

A SOGISC (Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina), em parceria com o Hospital Universitário, promoveu nos dias 30 de junho e 01 de julho o Fórum de Debates: Violência Sexual e Abortamento Previsto em Lei. O evento, que aconteceu na sede da ACM, contou com a presença do convidado especial Dr. Jorge Andalaft Neto, Presidente da Comissão Nacional de Aborto Previsto em Lei e Violência Sexual da FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). Outras participações expressivas que enriqueceram a programação foram a do Promotor de Justiça, Dr. Davi do Espírito Santo; do Representante do CRM/SC, Dr. Nelson Grisard; do médico legista e professor da UFSC, Dr. Zulmar Coutinho; da Delegada de Polícia, Dra. Andréa Pacheco, e da representante do Ministério da Saúde, Dra. Regina Ceoli Viola.

Durante os dois dias do evento foram amplamente discutidos assuntos importantes e polêmicos como a problemática da assistência às mulheres vítimas de violência sexual e a questão do aborto previsto em lei, tendo sido extremamente esclarecedores para o público participante. Foi abordada também a indispensável capacitação de hospitais no atendimento a pacientes vítimas de violência sexual, pois além do apoio emocional, é necessária a adoção de medidas médicas preventivas, no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis e gestação. Os profissio-



nais da área acreditam que se todas as pacientes vítimas de violência sexual procurassem os serviços de referência, a grande maioria das gestações decorrentes de estupro seria evitada.

A prevenção destas gestações resolve, inclusive, um dilema tanto ético como moral, de difícil solução, que é a questão do abortamento. A legislação atual concede à mulher o direito de praticar o abortamento legal nas situações de estupro, e o Ministério Público garante este direito, nos casos de dificuldade de acesso ao procedimento, podendo determinar sua realização ao gestor de saúde local.

Considerando que a interrupção da gravidez é ato médico, esta questão tem gerado conflito entre os profissionais da medicina, pois o ginecologista, por questões morais e religiosas, tem o direito de preservar sua autonomia, negando-se a realizar o procedimento, atitude amparada pelo Código de Ética Médica.

A SOGISC acredita que a melhor maneira de resolver o impasse seja a absorção da

responsabilidade por grandes serviços de obstetrícia, diluindo assim a participação de cada membro individualmente. A entidade sugere a adoção de quatro importantes medidas:

1. As Maternidades devem se organizar em equipes multidisciplinares de assistência, compostas de enfermeiros, psicólogos e ginecologistas. Após cada profissional fazer a avaliação individual da paciente, o grupo se reúne e, em conjunto, assume a conduta e as medidas necessárias.
2. As equipes devem ser formadas por vários indivíduos de cada profissão, concedendo àqueles que, por questões religiosas e morais são contrários ao abortamento, a liberdade de não atuarem.
3. É necessário criar protocolos baseados na norma técnica do Ministério da Saúde.
4. A realização do boletim de ocorrência é facultativa, cabendo aos serviços apenas a opção de sugerirem à paciente a realização do mesmo, com o intuito de facilitar à polícia a criação de mecanismos de localização dos agressores.

A experiência de outros estados tem mostrado que o número de pacientes que chegam aos serviços é pequeno.

Acesse a Norma Técnica do MS e a Portaria número 1.508 que dispõem sobre o procedimento de justificação e autorização das interrupções da gravidez nos casos previstos em lei no SUS no site "www.sogisc.org.br".



## A SOGISC e o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

A SOGISC tem apoiado a Secretaria de Estado da Saúde (SES) no Programa Estadual do Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Estão sendo realizados seminários no interior do estado, a exemplo do que ocorre em todo o país, para os quais são convidados médicos obstetras, neonatologistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham na assistência obstétrica. "A participação da enfermagem tem sido significativa, e sabemos que os diversos compromissos que envolvem a nossa vida profissional dificultam a nossa participação. Mas, o momento é importante, a nossa ausência está sendo questionada por todos", salienta a Presidente da SOGISC, Dra. Leisa Beatriz Grando.



Ela destaca a preocupação com a intenção do Ministério da Saúde - MS, que sugere, como uma das possíveis soluções para combater a mortalidade, investir na

atuação de parteiras, para assim resgatar a antiga obstetrícia, simplificar a assistência e baratear os custos, usando como referência a obstetrícia praticada no primeiro mundo. "Será esta a solução do problema? Será que os nossos índices de mortalidade materna, por causas evitáveis, diminuiriam com a simplificação da assistência? A resposta nos parece muito óbvia, mas precisamos participar, discutir os problemas, as dificuldades que enfrentamos no nosso dia a dia, principalmente aqueles profissionais que trabalham no interior, em hospitais mal equipados, que não dispõem sequer de uma ampola de imunoglobulina anti-RH".

Do ponto de vista da SOGISC, os seminários não têm alcançado seu objetivo, ou seja, a discussão dos verdadeiros problemas que elevam a mortalidade materna e neonatal e a busca de soluções reais, num trabalho conjunto dos profissionais de saúde com os órgãos públicos envolvidos. A pouca participação dos médicos tem contribuído para isto. "Nós temos o compromisso ético de exercer uma obstetrícia baseada nas evidências científicas que a literatura médica nos disponibiliza através do acesso à Internet, a livros e congressos e mesmo a seminários como os que estão sendo realizados. Não podemos nos colocar à margem dos acontecimentos", afirma a Presidente.

## Encontro de Chapecó

Uroginecologia e Gestação de Alto Risco foram os temas centrais do Encontro de Chapecó, realizado no mês de junho, com a participação da Diretoria da SOGISC e de seus associados no Oeste do estado. O encontro, que contou com o fundamental apoio do Dr. Werner A. Weissheimer, representante da Sociedade na região, foi extremamente produtivo para quem atua na especialidade. "Além da qualidade dos temas abordados foi conferido um certificado de quatro pontos para a qualificação profissional a todos os inscritos", salienta a Presidente da SOGISC, Dra. Leisa Beatriz Grando.

Sobre Gestação de Alto Risco, a convidada especial, Dra. Cristine Kolling Konopka, professora da

Universidade Federal de Santa Maria/RS, apresentou de forma brilhante os temas Trabalho de Parto Prematuro e Hipertensão na Gestação. Coube ao anfitrião e organizador do evento, Dr. Werner Weissheimer, falar sobre o outro extremo, a Gestação Prolongada, considerada grande responsável pelo sofrimento fetal intra-parto e, conseqüentemente, pelos processos contra a especialidade.

"O Dr. Jean Carl Silva, com o brilhantismo que lhe é peculiar, brindou os presentes com seu vasto conhecimento em Diabetes e Gestação, enfocando a preocupação de 'gerar adultos saudáveis', fato que, segundo ele, depende principalmente do rastreio e diagnóstico precoce, além do correto tratamento dispensa-

do a essas gestantes", recorda a Dra. Leisa. O curso de Uroginecologia iniciou com a palestra do Dr. Hardy Goldschmidt, urologista de Chapecó, que falou sobre a importância clínica e o diagnóstico diferencial das várias formas de Incontinência Urinária (IU) na mulher. Na seqüência, o Dr. Waltamir Horn Hülse, urologista de Florianópolis, estudioso da IU feminina discorreu sobre Avaliação Urodinâmica e sobre as diversas formas de tratamento cirúrgico para o problema. A Dra. Clarisse Fontana falou sobre as formas de tratar a doença sem cirurgia e destacou que o sucesso do tratamento vai depender da adequada abordagem inicial da Incontinência Urinária.

### Agradecimento Especial

O evento contou com a presença e colaboração do Dr. Werner A. Weissheimer, representante da Sociedade na região e principal responsável pela organização do evento. "Por esse grande empenho todo, e pela qualidade do encontro, a SOGISC o agradece. Queremos também parabenizar e agradecer aos demais palestrantes, pela colaboração, pela qualidade das palestras ministradas e pelo fato de deslocarem-se de suas cidades de origem até a região mais distal de encontros, em um momento no qual o transporte aéreo não estava em operação", ressalta a Presidente da SOGISC.

## Congresso Sul Brasileiro reúne as maiores autoridades em Ginecologia e Obstetrícia

Cerca de 1.300 pessoas são esperadas para o maior evento da Ginecologia e Obstetrícia na região Sul do país: o XIII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, que acontecerá no período de 19 a 22 de novembro, no Costão do Santinho Resort, em Florianópolis. Reserve um espaço na sua agenda para participar. O evento contará com a experiência e o profissionalismo de cerca de 80 convidados vindos dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, além dos palestrantes internacionais. Dois deles já confirmaram a presença, o médico Luís Flávio de Andrade Gonçalves, Professor Assistente de Ginecologia e Obstetrícia da Wayne State University, em Detroit, Michigan/EUA, e Ricardo Gomez, do CEDIP - Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales, do Hospital Sótero del Rio - Pontificia Universidad Católica de Chile, de Santiago/Chile.



O Congresso terá como palco o Costão do Santinho Resort

### Cursos Programados

A programação científica, cuidadosamente elaborada, está dividida em Curso Pré e Intra-Congresso, mesas redondas e conferências. Os interessados nos Cursos Pré-Congresso poderão optar entre os temas:

- Mastologia para o Ginecologista
- Colposcopia e Atualização na Patologia do Trato Genital Inferior
- Estratégias e Protocolos para a Redução da Mortalidade Materna
- Aspectos Jurídicos, Éticos e Fiscais na Atividade Médica

Já nos Cursos Intra-Congresso os assuntos oferecidos são:

- Medicina Fetal Aplicada à Obstetrícia Cotidiana
- Ginecologia Infanto-Puberal
- Manejo das Intercorrências no Trabalho de Parto, Parto e Puerpério
- Medicina Baseada em Evidências na Ginecologia e Obstetrícia

### Conferências

As Conferências trazem assuntos atuais e polêmicos como:

- Cesariana a Pedido: Os Direitos e os Limites
- Avaliação Fetal: USG Atual
- Tromboembolismo no Ciclo Gravídico Puerperal
- Progestágenos: Situação Atual
- Sexualidade e Gravidez na Adolescência do Século XXI
- Conduta Prática e Legal com a Paciente Vítima de Violência Sexual
- Anovulação Crônica Hiperandrogênica (Sop): Diagnóstico, Conduta Atual e Papel da Metformina
- Assistência Obstétrica: Passado, Presente e Futuro
- Avaliação da Mama Após Cirurgia (Mamoplastia, Prótese, Tratamento Conservador de CA etc.)
- Avanços no Diagnóstico e Conduta no Trabalho de Parto Prematuro
- Rotura Prematura de Membranas: Conduta Atual
- Osteopenia/Osteoporose: Até onde vai o Ginecologista
- Terapia Hormonal e o Risco Oncológico

### Mesas Redondas

As Mesas Redondas trazem 28 assuntos diferentes, todos atuais e de importância para o dia a dia do profissional, abordarão:

- Diagnóstico
- Tratamentos e encaminhamentos de doenças como vulvovaginites e cervicites
- As disfunções sexuais
- Endometriose
- Anticoncepção
- Infertilidade
- Massas anexiais
- Uroginecologia/Incontinência Urinária
- Hipertensão na Gestação
- RN com Dano Neurológico
- Câncer na Gravidez
- Abortamento de Repetição
- Medicina Fetal
- Infecções na Gravidez, entre outros temas

Outras informações sobre o evento e inscrições poderão ser obtidas através do site [www.sulbrasileiro2006.com.br](http://www.sulbrasileiro2006.com.br)



## Considerações a Respeito da Circular de Cordão

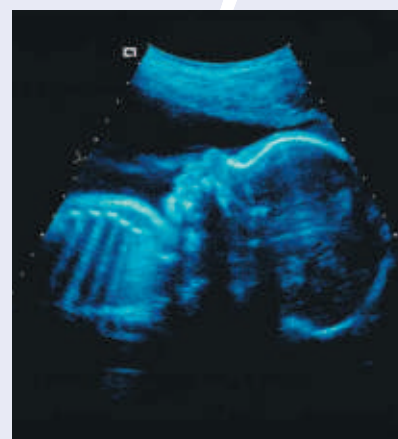
A questão da circular de cordão surgiu no momento em que fomos consultados por um colega do Paraná que teve uma perda fetal. No relato do anestesista, era descrita a presença de quatro circulares de cordão e estas não haviam sido relatadas no ultra-som realizado pela paciente. O colega ultra-sonografista estava sendo acionado judicialmente pela família.

A ocorrência da presença do cordão umbilical circundando o pescoço fetal (circular de cordão) é estimada pelos estudos entre 15,8% a 30%. A ocorrência de uma, duas, três ou quatro voltas no momento do parto foi reportada por Shui e Eastman em 10,6%, 2,5%, 0,5% e 0,1% respectivamente. Segundo estudos de Larson e colaboradores a incidência deste problema cresce significativamente durante a gestação, aumentando de 5,8% para 29,0% entre 20 e 42 semanas, respectivamente. A patogênese da circular de cordão não é clara. Parece que movimentos fetais e cordão longo podem ser a causa, mas não explica por que alguns fetos têm e outros não. A presença ou não da circular de cordão como causa de dano fetal também é incerta, mas, nota-se pelos estudos, que está associado a um resultado perinatal desfavorável, embora os mesmos tenham casuísticas pequenas e, em algumas vezes, sejam apenas relatos de caso.

Existem relatos de associação de circular de cordão com apresentação fetal cefálica, posição fetal à direita, feto masculino, atividade fetal aumentada, redução dos movimentos fetais, cordão longo, poucas espirais das artérias, anormalidade nos

índices de Doppler da artéria umbilical, placenta posterior, anormalidades da forma de onda do ducto venoso, indução do parto, desacelerações variáveis da frequência cardíaca fetal, presença de mecônio no líquido amniótico, parto operatório vaginal, cesariana de emergência, baixos índices de Apgar, aumento de internação nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, necessidade de ressuscitação, choque hipovolêmico neonatal, acidemia da artéria umbilical, comprometimento do desenvolvimento neurológico no primeiro ano de vida e lesão cerebral. Apesar dos relatos, há geralmente um bom resultado neonatal e materno.

A detecção da circular de cordão foi estudada por Jauniaux e colaboradores, sugerindo que é possível o diagnóstico utilizando-se o ultra-som e melhorando a taxa de detecção quando se utiliza o mapeamento colorido e quando o exame é realizado no último trimestre de gestação. Já surgiu muita polêmica entre os examinadores sonografistas e obstetras a respeito do diagnóstico e relato da ocorrência da circular de cordão. Por um lado, fala-se da introdução de ansiedade na gestante se for relatada a presença da circular, com posteri-



or questionamento dela para com o obstetra. Por outro, devido às complicações fetais que podem advir da presença da circular, a suposta obrigatoriedade do relato da ocorrência por parte do ultrasonografista. Em nossa opinião, devido aos relatos na literatura das complicações neonatais da circular de cordão, parece-nos prudente que, quando presente apenas uma circular, não há necessidade de relatá-la, já que não ocorre diferença no resultado perinatal. No entanto, a presença de duas ou mais circulares deve fazer parte do relatório do exame ultra-sonográfico, pois são necessárias atitudes preventivas no acompanhamento da gestação e trabalho de parto pelo obstetra, para que não haja complicações no resultado perinatal.

### Referências:

- 1 - Jauniaux E, Mawissa C, Peellaerts C, Rodesh F. Nuchal cord in normal third-trimester pregnancy: a color Doppler imaging study. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 1992; 2: 417-419.
- 2 - Sherer DM, Manning FA. Prenatal ultrasonographic diagnosis of nuchal cord(s): disregard, inform, monitor or intervene? *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 1999; 14:1-8.
- 3 - Peregrine E, O'Brien, Jauniaux E. Ultrasound detection of nuchal cord to labor induction and risk of Cesarean section. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2005; 25:160-164.
- 4 - Gonzalez-Quintero VH, Tolaymat L, Canache A, Izquierdo L, O'Sullivan MJ, Martín D. Outcomes of Pregnancies with sonographically detected nuchal cords remote from delivery. *Obstetrical & Gynecological Survey* July 2004, 59:7. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

## O Que Mudou na Assistência ao Trabalho de Parto e Parto?

"A humanização na assistência obstétrica e neonatal implica na prática de oferecer a todos os envolvidos no processo da gestação e nascimento, o melhor atendimento, com ações e procedimentos baseados nas mais atuais evidências científicas".

Com isto em mente, e visando a atualização de todos os profissionais associados, a SOGISC apresenta 13 pontos importantes da assistência ao trabalho de parto e parto. São eles:

1. **Rotinas** hospitalares são necessárias para o funcionamento eficiente de um serviço de saúde. É preciso, entretanto, introduzir e manter apenas as rotinas que mostram determinar mais benefícios do que danos, além de aplicá-las de maneira flexível, levando em conta as necessidades de cada parturiente. A paciente deve ser sempre informada da situação do trabalho de parto e das condutas a serem tomadas.
2. **Acompanhante:** A presença do acompanhante escolhido pela mulher deve ser incentivada e facilitada.
3. **Tricotomia:** não deve ser realizada de rotina. Seu uso pode aumentar o risco de infecções como HIV e hepatite C (OMS, 1996). O uso rotineiro não traz benefícios.
4. **Enema:** Seu uso rotineiro não mostrou efeitos benéficos sobre a duração do trabalho de parto, sobre a infecção neonatal ou infecção da ferida perineal. Deve, portanto, ser realizado somente se solicitado pela parturiente.
5. **Jejum:** As pacientes com baixo risco obstétrico, poderão ingerir líquidos claros no início do trabalho de parto. O bom senso e uma decisão conjunta entre obstetra e anestesista podem permitir a individualização de cada caso. Pode-se oferecer dieta líquida restrita até 7 cm de dilatação e após NPO até a primeira hora do puerpério.
6. **Posição da paciente durante o trabalho de parto (TP):** Estudos sugerem que mulheres em pé, caminhando ou sentadas durante o TP tiveram, em média, uma fase ativa mais curta e maior intensidade da contração uterina. Mulheres em posição ortostática usaram menos analgésicos ou anestesia peridural e receberam menos ocitócicos.
7. **A avaliação dos BCF:** Nas pacientes de baixo risco obstétrico, deve ser feita por ausculta intermitente do BCF, principalmente durante e logo após as contrações, pelo menos a cada 30 minutos.
8. **Partograma:** deve ser sempre utilizado para o controle das pacientes em fase ativa do TP. O objetivo é tornar o grau de progresso aparente, de forma que os problemas sejam logo reconhecidos. Estudos relatam redução do risco de morte perinatal, trabalho de parto prolongado e de cesarianas com uso do partograma.
9. **Posição da parturiente no segundo período do TP:** Com algumas ressalvas, os dados tendem a apoiar o uso de posições ortostáticas (The Cochrane Reviews, 2003). A posição ortostática da paciente está associada a:
  - Redução no segundo período do TP
  - Redução no relato de dores fortes no segundo estágio
  - Menos episiotomias
  - Pequeno aumento de lacerações de segundo grau
  - Aumento no risco de perdas sanguíneas acima de 500 ml, provavelmente pelo trauma perineal, exacerbado pela dificuldade de retorno venoso
  - Edema perineal excessivo e hemorroidas quando a paciente permanece longos períodos na posição
  - Menor frequência de anormalidades da FCF
10. **Analgesia:** Oferecer técnicas que visam a sensação de controle da dor do trabalho de parto pela parturiente: massagens, banhos quentes, calor superficial etc. A analgesia de parto, realizada pelo anestesista, é comprovadamente eficaz para redução da dor e deve somente ser oferecida na fase ativa do TP.
11. **Episiotomia:** Não deve ser realizada de rotina (The Cochrane Reviews, 2005). O uso restrito da episiotomia está associado a:
  - Menor risco de trauma perineal posterior
  - Menor necessidade de sutura perineal
- Menos complicações de cicatrização
- Ausência de diferenças no risco de trauma vaginal ou perineal grave, dor perineal pós-parto, dispareunia ou incontinência urinária
- Aumento do risco de trauma perineal anterior

A episiotomia de rotina não previne traumas cerebrais nas crianças, asfixia neonatal e as lacerações perineais de terceiro e quarto graus. Deve ser utilizada para acelerar o parto na presença de sofrimento fetal.

12. **Hemorragia pós parto (HPP):** É importante causa de morbidade materna e o fator mais comum de mortalidade materna (25%), principalmente em países em desenvolvimento (OMS, 1999).

Conduta ativa na prevenção da HPP:

- Uso profilático de drogas ocitócicas: Aplicação IM de 10 U de ocitocina na mulher após desprendimento do ombro anterior do RN (Alternativa: Misoprostol: 200 a 400 mcg após o parto, por via retal ou via oral)
  - Clampeamento e secção precoce do cordão umbilical
  - Tração controlada do cordão para desprendimento da placenta
  - Monitoração e vigilância rigorosa durante as primeiras 6 horas (PA, pulso, sangramento vaginal, involução uterina)
  - Sucção imediata após o parto (aumenta liberação ocitocina, estimula contrações uterinas, incentiva descolamento placenta, reduz hemorragia pós-parto (não demonstrado cientificamente)).
13. **Sutura perineal:** Pelo menos um terço das mulheres poderão necessitar sutura perineal pós-parto. A maioria sente dor ou desconforto perineal pós-parto. Muitas apresentam disporeunia até 3 meses após o parto. Utilizar fios absorvíveis que causam menos dor e necessidade de uso de analgésicos (ácido poliglicólico e catégute cromado).



BAIXA DOSE  
na Pós-Menopausa



Mais que se Sentir Bem



U III Jul 2005/133 CECUA/Bra

## NOVO ANGELIQ® 1 mg E<sub>2</sub> + 2mg drosiprenona

A única TH que combina a baixa dose de E<sub>2</sub> e drosiprenona,  
o progestógeno mais parecido com a progesterona natural.<sup>1</sup>

► Ação antimineralocorticoide

que evita a retenção de líquidos e, portanto, o aumento do peso corporal.<sup>1,2</sup>

► Ação antiandrogênica

que ajuda a manter uma pele mais saudável, elástica e firme.<sup>3,4</sup>



SAC 0800 7021241  
info@schering.com.br  
www.schering.com.br

ANGELIQ® Estradiol /Drosiprenona - Apresentação: Cartucho contendo 1 blister contendo 28 comprimidos revestidos. Composição: Cada comprimido contém 1 mg de estradiol e 2 mg de drosiprenona (DRSP), além dos excipientes. Indicações: Terapia de reposição hormonal (TRH) para sintomas de deficiência de estrogênio em mulheres pós-menopausadas há mais de um ano; prevenção da osteoporose pós-menopausal em mulheres com risco de fraturas por osteoporose aumentada. Contra-indicações: ANGELIQ® NÃO PODE SER USADO COMO CONTRACEPTIVO. A TRH não deve ser iniciada na presença de qualquer das seguintes condições: sangramento vaginal anormal não-diagnosticado; diagnóstico ou suspeita de câncer de mama; diagnóstico ou suspeita de condições pré-malignas ou malignas dependentes de estrogênio sexual; presença ou história de tumores hepáticos; doença hepática grave; presença ou história de doença renal grave enquanto os valores da função renal não retornarem ao normal; tromboembolismo arterial agudo; presença de trombose venosa profunda; distúrbios tromboembólicos ou antecedentes destas condições; hipertensão grave; gravidez ou lactação; hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos componentes do medicamento. Se qualquer uma das condições citadas anteriormente ocorrer pela primeira vez durante o uso da TRH, a sua utilização deve ser descontinuada imediatamente. Reações Adversas: Durante os primeiros meses do tratamento, podem ocorrer sangramento e gotejamento. Estes geralmente são transpassos e normalmente desaparecem com a continuação do tratamento. A frequência de sangramento diminui com a duração do tratamento. Dores mamárias é muito comum, relatada em aproximadamente 1 em cada 5 mulheres. REAÇÕES POUCO FREQUENTES (≥ 1/1.000, < 1/100): dor nas costas ou pélvis; calafrios; mal-estar; valores anormais em exames laboratoriais; enxaqueca; hipertensão; dor torácica; palpitação; vómitos; varicela; trombose venosa; tromboembolismo superficial; vasodilatação; distúrbio gastrointestinal; aumento de apetite; valores anormais da função hepática; edema localizado ou generalizado; ganho de peso; hiperlipemia; câlculos musculares; artralgia; insônia; tontura; diminuição da libido; diminuição na capacidade de concentração; parestesia; sudorese; ansiedade; boca seca; vertigem; distúrbio; alopecia; alterações na pele ou cabelo; hirsutismo; câncer mamário; sangramento nasal; distúrbio no paladar; vulvovaginite; distúrbio cervical ou endometrial; sangramento; dismenorréia; cisto ovariano; infecções no trato urinário ou localizadas; urticária. REAÇÕES ADVERSAS FREQUENTES (≥ 1/100, < 1/10): dor ou distensão abdominal; astenia; dor nas extremidades; náusea; cefaléia; alterações do humor; fadiga; nervosismo; neoplasia benigna de mama; hipertrofia mamária; leiomionia aumentada; neoplasma cervical; leucemia. Em casos excepcionais, eritema nodoso, eritema multiforme, cloasma e dermatite hemorrágica têm sido descritos em mulheres usando TRH. Adicionalmente, considere o item "Advertências" que constam na bula do produto. Precaução: INÍCIO DO TRATAMENTO. No caso da paciente não ter utilizado estrogênio no mês anterior ou se estiver mudando de um medicamento contendo associação de uso contínuo, pode iniciar o tratamento com ANGELIQ® em qualquer dia. Pacientes que estão mudando de uma TRH combinada sequencial devem iniciar o tratamento no final do período programado de sangramento. DOSE E ADMINISTRAÇÃO. Ingerir um comprimido ao dia, sem mastigar, diariamente, por 28 dias consecutivos, mantendo-se aproximadamente o mesmo horário. O tratamento é contínuo. Se ocorrer esquecimento da ingestão de um comprimido, a paciente deve tomá-lo assim que possível. Se houver transcorrido mais de 24 horas, não se deve ingerir o comprimido esquecido. Se houver esquecimento de vários comprimidos, poderá ocorrer sangramento. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Reg. MS: 1.0020.0119. Este texto é o resumo da bula registrada no Ministério da Saúde. Para informações sobre precauções, motivos para interrupção, interações medicamentosas, hipersensibilidade e superdosagem, dentre outras, consulte a bula do produto, subtot de nossos impressos mais detalhados ou telefone para o SAC (0800-7021241). Schering do Brasil, Química e Farmacêutica Ltda. Subsidiária da Schering AG - Alemanha. T400CTP Bio/O5

Referência Bibliográfica: 1) Hubig A. Drosiprenona: a new cardiovascular-active progestin with antiandrogenic and antiandrogenic properties. Clin Pharmacol Ther. 2003; 6(3):49-54. 2) Krattenmacher R. Drosiprenona: pharmacology and pharmacokinetics of a unique progestogen. Contraception. 2000 Jul;62(1):29-38. 3) Chittropasatattana P, Panichakarn K, Tachakachana N et al. An effect of hormone replacement therapy on skin thickness in early postmenopausal women. J Med Assoc Thai. 2001 Sep;84(9):1275-80. 4) Sauerbreim AV, Fonseca AM, Bagholi VR et al. The effects of systemic hormonal replacement therapy on the skin of postmenopausal women. Int J Gynaecol Obstet. 2000;68(1):35-41.