



E-mail: sogisc@sogisc.org.br

SOCIEDADE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DE SANTA CATARINA

N.º19 - Janeiro/2008



União e aprimoramento da Ginecologia Catarinense

Ao saudar a chegada do ano de 2008, a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina faz uma retrospectiva do ano encerrado, quando mais uma vez a entidade centralizou seus esforços na promoção do aprimoramento científico e no congraçamento de seus associados, das mais diversas regiões do estado. Antes de mais nada, o ano de 2007 foi marcado pela realização do III Congresso Catarinense de Ginecologia e Obstetrícia e do II Simpósio Catarinense de Endoscopia Ginecológica, nos dias 23 a 25 de agosto, no Centro de Eventos Cau Hansen, em Joinville, reunindo mais de 400 participantes. Foi a primeira vez que o Congresso Estadual foi realizado fora da capital catarinense, demonstrando efetivamente o crescimento da Ginecologia e da Obstetrícia em todo o estado, assim como a descentralização das ações

da SOGISC, meta da atual Diretoria na busca de uma aproximação cada vez maior de todos os colegas da especialidade no território catarinense.

Demais eventos promovidos e apoiados pela SOGISC em 2007:

- Programa de Educação Continuada SOGISC/SOGIS - Lages

Data: 20 e 21 de abril de 2007

- Programa de Educação Continuada SOGISC/SOGISCA - Criciúma

Data: 23 e 24 de junho de 2007

- Programa de Educação Continuada SOGISC - Florianópolis

Dias: 26 e 27 de outubro de 2007

- TEGO 2007

Muito trabalho

O ano de 2008 será de grande mobilização para a classe médica, em todas as especialidades, tendo em vista os desafios crescentes que a profissão vem enfrentando, na luta por uma remuneração justa e condições dignas de trabalho, nas esferas pública e privada da assistência médica da população. Os Ginecologistas e os Obstetras mais uma vez estarão engajados nos movimentos da categoria, através das entidades representativas da medicina no

estado e suas regionais, integrando forças para as conquistas almejadas. Além disso, as lutas específicas da área de atuação da especialidade estarão no centro das atenções da SOGISC, na defesa de quem exerce a atividade e também da saúde da mulher catarinense. A participação de todos será a grande responsável pelas vitórias que haveremos de obter neste novo ano que nasce, assim como o fruto maior colhido do trabalho e da dedicação.

Saúde aos Ginecologistas e Obstetras Catarinenses

Prezados amigos

Encerramos mais um ano com a sensação de que o tempo passa cada vez mais depressa. Espero que todos os que gostam do verão e de uma praia, possam curtir nosso litoral, nossas praias e a temporada que se inicia.

Se fizermos um balanço do ano de 2007, provavelmente concluiremos que trabalhamos mais do que gostaríamos, ganhamos menos do que seria justo, nos aborrecemos mais do que o necessário, particularidades que não são exclusivas da nossa especialidade, mas de toda a classe médica.

Que isso nos sirva para uma boa reflexão sobre nossa vida particular e profissional.

Tivemos, no ano que se encerra, além dos eventos regionais de educação continuada, o III Congresso Catarinense, realizado em Joinville. Foi um sucesso e os colegas Joinvillenses estão de parabéns pelos importantes resultados

obtidos. Já programamos os próximos eventos para as cidades de Balneário Camboriú (em 2009) e Blumenau (em 2011). As respectivas regionais já estão trabalhando para garantir o sucesso das programações. E não deixem de programar em suas agendas o Congresso Sul-brasileiro, em Gramado, para maio de 2008.

Por fim, vale ressaltar ainda que terminamos nosso ano de 2007 com uma festa animada e divertida, onde mais de trezentos ginecologistas confraternizaram na sede da ACM (Associação Catarinense de Medicina), em Florianópolis.

Gostaria de cumprimentar a todos pelas conquistas e desejar um ótimo 2008. Muita paz e saúde a todos os ginecologistas e seus familiares.

Um abraço.

Leisa Grando
Presidente

Atualização de cadastro

A comunicação é ferramenta importante no dia a dia profissional, por isso, para que a informação possa fluir facilmente, a SOGISC solicita aos médicos da especialidade que enviem para a Sociedade, via e-mail (sogisc@sogisc.com.br), seus endereços, telefones e e-mails para a atualização cadastral.

Nota de falecimento

É com profundo pesar que a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina – SOGISC comunica o precoce falecimento do colega Antônio Valdemar Moser Junior, aos 31 anos de idade, ocorrido no dia 04 de outubro de 2007. Antônio trabalhava na maternidade do Hospital Azambuja, em Brusque, cidade onde nasceu no dia 21/11/1975.

Expediente JORNAL DA SOGISC



Diretoria Executiva

- Presidente:** Dra. Leisa Beatriz Grando
- Vice-Presidente:** Dra. Elisiâne Heusi dos Santos
- Secretária Executiva:** Dra. Adriana M. de Oliveira Freitas
- Secretário Executivo Adjunto:** Dr. Salésio Nicolleit
- 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 Vitorelo
 - 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

Visão Atual da Infertilidade Humana

A infertilidade humana tem sido um quadro a cada dia mais freqüente no quotidiano do ginecologista e também do urologista, pelo declínio global da fertilidade, mais acentuado entre as mulheres acima dos 35 anos. Visto que cerca de 20% dos casais podem apresentar em algum momento infertilidade, a procura pelo especialista tem aumentado nos últimos anos. Nesse grupo, convém ressaltar que apenas entre 5 a 10% necessitarão de técnicas mais complexas como o laboratório de reprodução assistida.

No fator feminino, as disovulias têm o maior índice e também são as de mais fácil resolução. As causas tubárias têm diminuído nos últimos anos e receberam um forte aliado na sua terapia, com a cirurgia videolaparoscópica. Sem sombra de dúvida, a precocidade da menarca com a postergação da primeira gestação tem acrescido a incidência de endometriose, chegando, em algumas séries mundiais, a corresponder a metade dos casos de causa feminina da infertilidade. Aspectos mais atuais relacionados a alterações imunológicas e casos sem diagnóstico detectável, denominados de infertilidade sem causa aparente (ESCA), têm apresentado resultado positivo com as técnicas assistidas.

No que se relaciona a parte masculina, várias etiologias resultam em infertilidade, entre as quais podemos

listar: infecções, efeito de drogas recreativas (álcool, cannabis, cocaína e outros), varicocele, oligospermia idiopática, fatores imunológicos e azoospermia obstrutiva e testicular. A avaliação básica do fator masculino é o espermograma. Vale lembrar que as técnicas automatizadas não são as melhores, visto que a morfologia tem valor imprescindível para prognóstico e técnicas a serem indicadas. As dosagens hormonais têm, também, indicação nos casos em que o exame físico trazer dados suspeitos de diminuição na produção de testosterona.

Uma vez definido o encaixamento do casal a um centro de reprodução assistida, alguns procedimentos podem fazer parte do nosso arsenal terapêutico. A inseminação artificial homóloga será utilizada nos casos de oligospermia onde a morfologia é normal e a pelve feminina não apresentar nenhuma alteração. Ela é realizada com indução de ovulação sob controle ultra-sonográfico.

A fertilização *in vitro* com transferência de embriões (FIVETE), que inicialmente se restringia aos casos de origem feminina, teve seu campo de abrangência ampliado com o advento da inseminação intracitoplasmática (ICSI), melhorando o resultado nos casos de oligoastenospermia e, sobretudo, nos pacientes com azoospermia obstrutiva, pós-vasectomia com mais de dez

anos, onde a reanastose muitas vezes não normaliza o espermograma. Nestes casos a punção testicular será realizada.

Apesar de todos os avanços, sobretudo na criopreservação de gametas e de embriões, vale salientar que a fertilidade humana tem prazo de validade e que os resultados positivos estão diretamente ligados a pouca idade do casal.

Dra. Ana Lúcia Zarth

Dr. Ricardo Nascimento

Dr. Fábio Nakamura

Dr. Jean Louis Maillard



Curso e Festa para Encerrar 2007



Como parte das atividades de final de ano, a SOGISC promoveu, nos dias 26 e 27 de outubro passado, o último Curso do Programa de Educação Continuada do exercício de 2007, realizado no Majestic Palace Hotel, em Florianópolis. “Além de convidados de Santa Catarina, contamos com a importante participação do Dr. Ronald Bossemeyr, de Santa Maria (RS), médico ginecologista de reconhecida capacidade, tanto no Brasil como no exterior”, revela a Presidente da Sociedade, Dra. Leisa Beatriz Grando. “O curso foi um sucesso, com participação de aproximadamente 90 ginecologistas da capital e de outras cidades do interior do estado”.



A etapa final do Programa de Educação Continuada da SOGISC aconteceu nos dias 26 e 27 de outubro, no Hotel Majestic, em Florianópolis



Também para encerrar as atividades de 2007 em grande estilo e festejar o Dia do Ginecologista, comemorado em 30 de outubro, a SOGISC, em parceria com o Laboratório Bayer Schering Pharma, ofereceu a todos os ginecologistas catarinenses uma festa inesquecível, realizada no dia 27 de outubro. O evento aconteceu na sede da ACM, em forma de Jantar Dançante temático, batizado de “Festa Brega”, com alguns participantes vestidos “a rigor”, elevando o astral e ampliando a confraternização. A alegria foi contagiente e a elegância... predominante! O jantar foi preparado pela equipe do Styllu's Buffet, completando com chave de ouro o evento.



A descontração foi geral na festa de confraternização da SOGISC, que comemorou o Dia do Ginecologista, na sede da ACM



Terapia Hormonal e Câncer de Mama

Assunto de bastante interesse do ponto de vista médico e de grande preocupação para as pacientes climatéricas, a relação da terapia hormonal e o câncer de mama ainda é motivo de muita discussão.

A suposta relação causal entre os hormônios sexuais e a neoplasia mamária desde muito é conhecida. A maior incidência da doença no sexo feminino, a relação com o tempo de exposição hormonal (menarca precoce/menopausa tardia), e a repercussão positiva da ooforectomia bilateral no tratamento da doença avançada são alguns pilares que sustentam esta associação.

Apesar disso, tentativas de elucidar seu mecanismo carcinogênico *"in vivo"* não obtiveram êxito, faltando evidências incontestáveis desta associação.

Por outro lado, numerosos ensaios clínicos foram publicados desde a década de 70 e, em 2002, com a publicação do WHI (Women's Health Initiative), despertou-se o temor latente do aumento do risco do câncer de mama. Este, um estudo prospectivo, duplo cego, randomizado, foi precocemente interrompido por demonstrar, entre outros, aumento do risco relativo de carcinoma mamário entre usuárias de terapêutica hormonal combinada.

Esse trabalho foi severamente criticado pelos vieses que apresentava, principalmente no que concerne ao efeito cardioprotetor da terapêutica hormonal. No entanto, do ponto de vista da mama,

seus resultados são semelhantes às publicações anteriores, como a metanálise de 1997 do Collaborative group on hormonal factors in breast cancer, importante fonte no assunto.

Da mesma forma, publicações posteriores que testaram outros esquemas e tempos diferentes de uso (Women Million Study), assim como trabalhos em pacientes portadoras de neoplasia com terapêutica combinada (Habits) e tibolona nestas mesmas pacientes (LIBERATE), mostraram resultados desfavoráveis. Este último, estudo duplo cego, randomizado, foi interrompido prematuramente em função do aumento do risco relativo de recidivas.

Enfim, o que temos hoje é insuficiente para conclusões definitivas, no entanto, os dados favorecem haver discreto aumento da incidência associado à TH. Este estaria relacionado com esquema (associação estro-progestativa com piores resultados que

estrogênio isolado), tempo de uso, fatores de riscos individuais entre outros.

Enquanto se aguarda resultados mais sólidos, o bom senso continua sendo fator norteador.

À luz da medicina baseada em evidências, faltam estudos clínicos bem delineados, aleatórios e prospectivos para considerar o assunto devidamente solucionado.

Utilizar TH em pacientes com evidente sintomatologia, e para prevenção primária da osteoporose em pacientes sem antecedentes de carcinoma mamário é a última recomendação do FDA (Food and Drug Administration).

Devem ser considerados riscos e benefícios, baixas doses e menor tempo de uso, podendo a TH ser reconsiderada em intervalos regulares.

Dra. Adriana Magalhães de Oliveira Freitas
Ginecologista e Mastologista



Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes

Milhares de mulheres são vítimas de algum tipo de violência diariamente. A violência sexual é uma delas, sendo muitas vezes investida contra crianças e adolescentes. De acordo com Deslandes, a violência sexual contra crianças e adolescentes é "todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicossexual mais adiantado que a criança ou o adolescente com o intuito de estimulá-las sexualmente ou utilizá-las para obter satisfação sexual".

A violência sexual pode se manifestar de várias maneiras: pedofilia, sexo virtual, turismo sexual, atentado violento ao pudor, estupro.

De acordo com o artigo 213 do Código Penal Brasileiro, estupro é "constranger a mulher a conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça." Onde a conjunção carnal é definida como coito vaginal.

Ainda segundo o artigo 213, atentado violento ao pudor é todo "ato libidinoso diverso do coito vaginal, realizado sob alguma forma de constrangimento. Se incluem mordidas, sucção das mamas, manobras digitais eróticas e a cópula ectópica anal ou oral". A violência sexual ocorre em todas as regiões do mundo. Segundo o Anonymous Sexual Association, nos Estados Unidos (EUA), é uma das formas mais freqüentes de violência contra crianças e adolescentes, ocorrendo 1 estupro a cada 6 minutos.

Apesar de ser um crime

frequente, a subnotificação é muito grande. No Brasil, estima-se que os registros em delegacias e no Instituto Médico Legal (IML) correspondam a apenas 10 a 20% dos casos ocorridos. Nos EUA, a situação não é diferente, sendo apenas 16% dos casos registrados.

Segundo dados da Associação Brasileira Multidisciplinar de Proteção a Criança e ao Adolescente (ABRAPIA), publicados em 2003, a maior parte das vítimas de violência sexual denunciadas tinham entre 8 e 18 anos de idade e os agressores, na sua maioria do sexo masculino, com idade entre 18 e 45 anos.

Ainda que pareça assustador ou improvável, de acordo com a literatura, a violência sexual ocorre com grande freqüência no espaço intrafamiliar, estando o pai ou o padrasto implicado na maioria dos casos denunciados.

De acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os casos de violência ou maus-tratos contra crianças e adolescentes menores de 18 anos, devem ser comunicados ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude.

No que concerne ao atendimento às vítimas de violência sexual, este deve ser realizado preferencialmente por equipe multi-interdisciplinar treinada, capacitada e sensibilizada.

O ambiente deve ser adequado, garantindo-se a privacidade e o sigilo das informações. A história e o exame físico-ginecológico devem ser detalhadamente registrados

no prontuário médico. O médico deve prestar os cuidados necessários, colher material para a realização de exames laboratoriais, pesquisa de DSTs e Aids e amostras de material para identificação do agressor (quando possível).

Estima-se que 1 a 5 % das vítimas engravidam após a agressão. Cerca de 16 a 58% delas adquirem alguma DST e cerca de 0,8 a 2,6% se contamina com o vírus da AIDS.

Preconiza-se o uso da anticoncepção de emergência, além da profilaxia para as DSTs não virais (gonorréia, clamidia e sífilis), para a hepatite B e para o vírus HIV.

As pacientes com gestação decorrente de estupro necessitam ser orientadas quanto aos seus direitos, que incluem: interrupção da gestação (até 20 semanas), acompanhamento pré-natal e, se desejado, encaminhamento do recém-nascido para adoção.

Com a promulgação da Lei nº 10.778 de 24/11/2003, a violência sexual passou a ser de notificação compulsória no Brasil. E vale lembrar que não há nenhum impedimento legal ou ético para que os profissionais prestem assistência à vítima de violência sexual. Este é um dever de todos nós e um direito da paciente.

Dra. Ivana Fernandes Souza
Ginecologista e Obstetra, Pós-graduada em Medicina do Adolescente, Professora de Ginecologia e Obstetrícia do Sistema Saúde Materno-Infantil da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)



O contraceptivo oral que
entende a anatomia da TPM.

- Mais benefícios da DRSP
com baixa dose de EE^{1,2,3}
Alívio dos sintomas da TPM^{4,5,6}
Qualidade de vida e bem-estar
todos os dias^{4,5,6}



Referências bibliográficas:
1) Bachmann G, Sulak PJ, S... randomized study comparing Malaysia. - 5-10 November 2000; a new low-dose oral contraceptive. American College of Obstetrics

Referencias bibliográficas:
1) Bachmann G, Sulak P, Sampson-Landers C, et al. Efficacy and safety of a low-dose 24-day combined oral contraceptive containing 20 micrograms ethynodiol and 3 mg drospirenone. Contraception 2004;70:191-8. 2) Schering AG. Data on file. 3) Gruber C, Man J, Anttila L. A randomized study comparing the bleeding pattern of a 24-day regimen of ethynodiol-20mcg plus drospirenone 150mcg COC. XVIII World Congress of Gynaecology & Obstetrics (FIGO) Kuala Lumpur, Malaysia, 3-10 November 2006. 4) Pearlstein TB, Bachmann GA, Zucar HA, et al. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. Contraception 2007;72:414-21. 5) Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, et al. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. Obstet Gynecol 2005;106(3):492-501. 6) Borenstein J, Wyrwich K, Nikman M, et al. Determining clinically meaningful benefit in the treatment of premenstrual dysphoric disorder [Abstract]. The American College of Obstetricians and Gynecologists 2006;107(4 Suppl):13S-16S.