

# Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina

Jornal da SOGISC N° 24 - Setembro de 2009

E-mail: secretaria@sogisc.org.br



**Encontro  
Científico Social  
de Blumenau**  
**Página 4**

**Encontro  
Educação  
Continuada da  
Região de Lages  
e Rio do Sul**  
**Página 5**



**DOUTOR  
VALORIZIE O SEU TRABALHO!**

**EDITORIAL - PÁGINA 2**

## DEFESA PROFISSIONAL

# MELHORES CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE REMUNERAÇÃO

**A**Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) utilizada desde 2003, foi elaborada com bases em estudos desenvolvidos pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (Fipe) e pelas entidades médicas do País, para disciplinar os procedimentos, incorporando os avanços tecnológicos. Infelizmente a implantação como um todo ainda não é realidade. Os valores estão distorcidos e muito aquém do almejado pela classe médica.

As consultas, que são um termômetro da remuneração médica, tinham um valor inicial de R\$ 42, foram atualizadas e passaram para R\$ 53; valor esse que não é seguido pela maioria dos integrantes do sistema de saúde suplementar, incluindo aqui algumas cooperativas de trabalho médico.

Com custos progressivamente mais altos para a operacionalização de um consultório médico e fundamentado no fato de que uma consulta em ginecologia e obstetrícia deve ter no mínimo 30 minutos, os valores recebidos são in-

suficientes e se traduzem em descontentamento, desinteresse. Isso acaba gerando a massificação do atendimento com objetivo compensatório, impede a atualização científica e inevitavelmente resulta em atendimentos sem a qualidade necessária.

É de fundamental importância que todas as entidades representativas constituam comissões de defesa profissional e de honorários médicos e promovam mobilização para a melhoria em caráter de urgência da remuneração e das condições de trabalho.

A Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina (SOGISC) promoverá progressivamente um amplo fórum de discussões entre seus associados sobre as condições de trabalho e a remuneração das atividades profissionais do Ginecologista e Obstetra.

**DR. MANOEL PEREIRA PINTO FILHO**  
PRESIDENTE

**DR. VÂNIO CARDOSO LISBOA**  
DIRETOR DE DEFESA PROFISSIONAL

## Doutor – valorize o seu trabalho!

### Dica do Associado

#### Dra. Ivana Fernandes Souza

**C**adastrando-se gratuitamente através do site da hormogin [www.hormoginweb.com.br](http://www.hormoginweb.com.br) você pode assistir, ao vivo, palestras de atualização em diversos temas de interesse do ginecologista. O cadastro é simples, as aulas bastante interessantes e você pode acessar a qualquer momento, apro-

veite mais esta ferramenta de estudo e aprendizado!

Boa sorte!

#### Próximas palestras:

22/09 às 21:00 – Sexualidade e terapêutica androgênica  
27/10 às 21:00 – TRH em situações especiais

### 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

Dr. Manoel Pereira Pinto Filho

##### Vice-Presidente

Dra. Sheila K. Silveira

##### Secretário Executivo

Dr. Jorge Roberto Rebello

##### Secretário Executivo Adjunto

Dr. Murilo César Fronza Junior

##### Tesoureira

Dra. Adriana M. de Oliveira Freitas

##### Tesoureira Adjunta

Dra. Ana Patrícia Corrêa

##### Diretora Científica Geral

Dra. Raquel Gomes Aguiar da Silva

##### Diretor Científico de Obstetrícia

Dr. Bruno Calgaro de Carvalho

##### Diretor Científico de Ginecologia

Dr. Jorjan de Jesus Cruz

##### Diretor de Defesa Profissional

Dr. Vanio Cardoso Lisboa

##### Diretora de Publicações

Dra. Ivana Fernandes Souza

##### Diretora de Informática

Dra. Beatriz Cristina Milanese

#### Conselho Consultivo

Dr. Jorge Abi-Saab Neto

Dr. Walmor Zomer Garcia

Dr. Ricardo Nascimento

Dr. Dorival Antonio Vitorello

Dr. Alberto Trapani Junior

Dra. Leisa Beatriz Grando

#### Edição e Diagramação

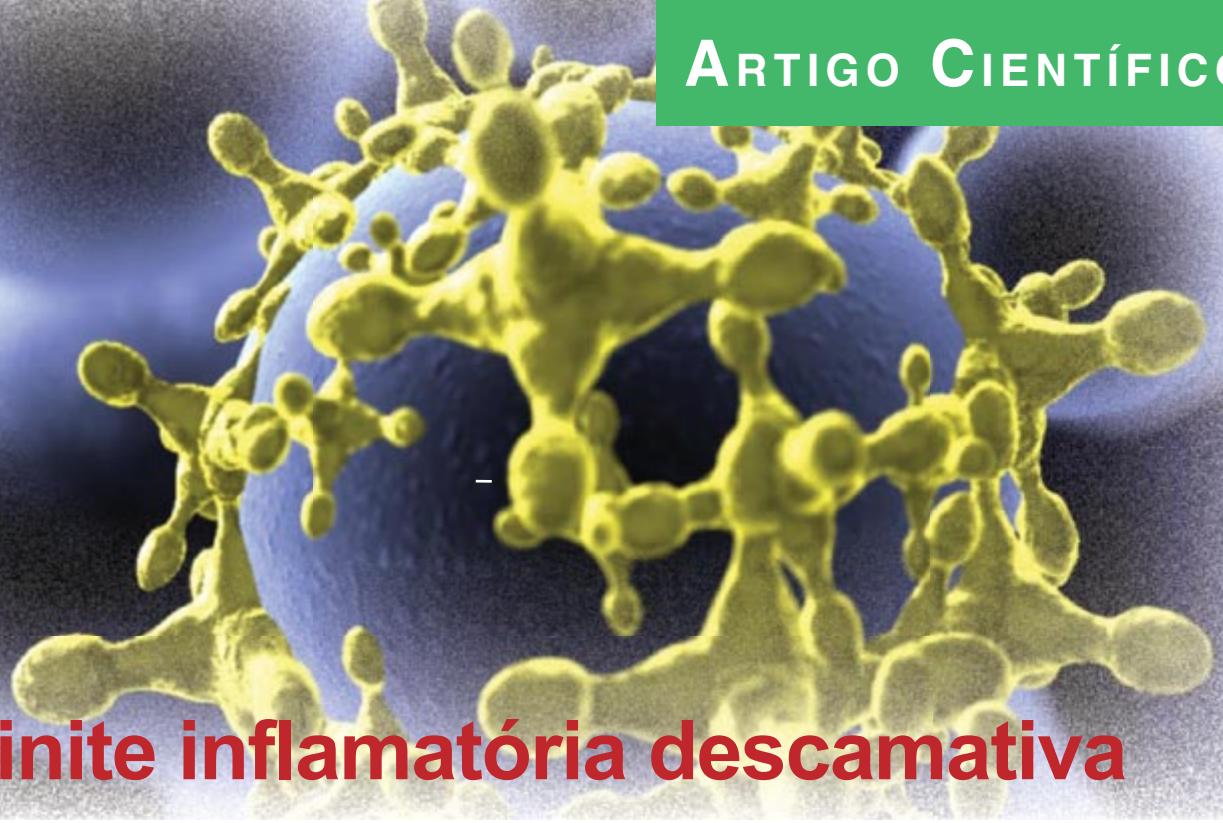
Sarah Castro (SC 2720 JP)

#### Impressão

Gráfica Agnus

#### Tiragem

1 mil exemplares



## Vaginite inflamatória descamativa

**Dr. Luiz Fernando Sommacal, Dr. Evandro Russo, Dra. Mona Lúcia Dall Agno e Dra. Bianca Ruschel Hillmann**

**A**vaginite inflamatória descamativa é uma vulvovaginite que acomete o epitélio estratificado pavimentoso da vagina e cérvix uterina, caracterizando-se pela presença de uma vaginite exsudativa difusa, principalmente nos dois terços superiores da vagina, muitas vezes estando associada a pequenas ulcerações superficiais, descamação celular e secreção purulenta abundante.

O mecanismo fisiopatogênico exato não está bem claro, mas é provável que esteja relacionada a um mecanismo auto-imune do trato genital inferior. Pode ser causada por vários grupos de bactérias, agindo de forma isolada ou em associação com o *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Corynebacterium SP*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus faecalis* e *Streptococcus epidermidis*. Em determinadas ocasiões os lactobacilos podem ser responsáveis pelo processo, provavelmente devido à queda da imunidade do hospedeiro.

A característica principal deste tipo de vaginite é a presença de infiltrado inflamatório. A secreção vaginal é purulenta, de coloração esbranquiçada ou amarelo esverdeada, evidenciando-se sinais

claros de processo inflamatório. A mulher queixa-se com freqüência de prurido vulvar, ardor genital, dor ou desconforto na região perineal, disúria e dispareunia superficial e profunda. O exame da genitália revela eritema, edema e inflamação da área vulvovaginal. O exame ginecológico é incômodo e a paciente refere desconforto importante.

O diagnóstico é realizado pela anamnese, exame físico, exame colposcópico e bacterioscopia do conteúdo vaginal. No exame a fresco da secreção vaginal observam-se muitos leucócitos e aumento dos cocos gram negativos, ausência de lactobacilos e uma grande quantidade de células parabasais, independente do estado hormonal da paciente. *Streptococcus agalactiae* tem sido isolado em 80% dos casos como patógeno único e sua presença está associada com resposta inflamatória em 80% dos pacientes. O ph vaginal encontra-se elevado, na maioria das vezes superior a 4.5. O exame colposcópico pode revelar uma colpite difusa e focal, com aspecto típico de colo uterino em "framboesa", lembrando o aspecto da cérvix uterina nos casos de tricomoníase genital.

O diagnóstico diferencial deve incluir processos alérgicos à medica-

mentos ou esperma, processos irritativos devido ao uso de tampões vaginais e de corpo estranho.

Como se trata de processo de provável natureza irritativa auto-imune, indica-se creme vaginal à base de fosfato de dexametazona e associação com sulfato de neomicina e tiroticina, em aplicações diárias por pelo menos 7 a 10 dias. Deve-se enfatizar a necessidade de abstinência sexual do casal durante o tratamento minimizando o desconforto para a paciente. Em casos de recidivas ou processo inflamatório muito extenso pode-se usar um corticóide sistêmico como a prednisona.

### Sequência de procedimentos realizados para o diagnóstico laboratorial de vulvovaginite

- Medida do ph (parede lateral e superior da vagina);
- Coleta de esfregaço em 3 lâminas de vidro;
- Deixar secar para corar com Gram;
- Adicionar KOH para Whiff teste;
- Adicionar salina para microscopia;
- Coleta de CP e culturas específicas.

# Blumenau inaugura ciclo de atividades educativas à comunidade

O planejamento estratégico da atual diretoria da Sogisc incluiu, entre suas propostas, a promoção de eventos educativos voltados à comunidade. A regional de Blumenau, sob a organização do Dr. Marco Antônio Mendes, inaugurou este ciclo de atividades com a palestra *Mitos e Verdades em Ginecologia*, profereida pelo Dr. Ronald Bossemeyer, professor Titular da Universidade Federal de Santa Maria (RS). O evento aconteceu no dia 17 de julho, no Viena Park Hotel. Na oportunidade estiveram presentes, além de pessoas da comunidade, alguns colegas médicos da região e as colaboradoras da Rede Feminina de Combate ao Câncer.

Com linguajar claro e descontraído, o Dr. Ronald discorreu sobre diversos assuntos relacionados a saúde da mulher. A Sogisc parabeniza a regional de Blumenau, espe-

cialmente a pessoa do Dr. Marco Antonio, pela brilhante organização e expressa seus sinceros agradecimentos ao Dr. Ronald Bossemeyer, principal responsável pelo sucesso desse evento.



## Medicina do Climatério: um enfoque (muito) pessoal

### Dr. Ronald Bossemeyer

Estamos vivendo cada vez mais, as mulheres em especial. No senso de 2000, a expectativa de vida da mulher brasileira era de 72,9 anos (IBGE). A consequência mais palpável deste fato é o crescimento da população madura e de idosos. É importante ter em mente que esta transição demográfica se faz acompanhar de uma transição epidemiológica, isto é, de doenças de índole degenerativa mais do que infecciosa, como ocorre com populações jovens.

Por ser “o médico da mulher”, cabe ao ginecologista, o único profissional da saúde que é visitado periodicamente pelas mulheres, ainda que sadias, capacitar-se deste fato e assumir a condição de guardião de sua saúde.

O enfoque holístico de suas pacientes, ao considerar cada uma de-

las como um ser único e indivisível do ponto de vista bio-psico-social, com necessidades e aspirações próprias, é mandatório para que seja formulado um plano de tratamento adequado e bem sucedido. Este plano resultará da priorização de ações destinadas a fazer frente ao que se afigurar como necessário para que o desejável “estado de bem-estar não só físico quanto psíquico e social” (OMS) seja atingido. Com base nesta acepção pode-se falar que o ginecologista, hoje “referência” em saúde feminina, na verdade pratica o que se pode chamar “medicina do climatério”.

Entende-se por medicina do climatério o conjunto de medidas ou procedimentos assistenciais, de caráter preventivo e/ou curativo, empregados em mulheres no climatério pelo ginecologista, associado ou

não a outros profissionais da saúde, com início na transição para a menopausa (ou a qualquer momento), que pode estender-se indefinidamente, na medida do possível ou necessário (até sempre?).



Dr. Ronald Bossemeyer, professor Titular da Universidade Federal de Santa Maria (RS)

# Encontro de Educação Continuada da Região de Lages e Rio do Sul

**Parabéns Ginecologistas e Obstetras de Lages e região!**

O encontro científico de educação continuada promovido pela SOGISC em Lages, mesmo com temperaturas próximas de zero grau (muito frio!), se traduziu em um grande sucesso, devido principalmente ao calor humano e ao ótimo ambiente de familiaridade.

Atingiu amplamente os objetivos de promover discussão de temas do dia a dia dos especialistas e dar oportunidade de confraternização o que ocorreu na noite da sexta feira com uma farta mesa de queijos e vinhos acompanhados de um delicioso fondue de chocolate e frutas. O ponto alto, nos dois dias foram as palestras e as discussões subsequentes, destacando a participação do Dr. Ricardo Nascimento da Universidade Federal de Santa Catarina. Os colegas da cidade de Lages, os Ginecologistas Dr. Bruno Carvalho e Dr. Getúlio Romagna Filho, a Neonatologista Dra. Juliana Newton e o Urologista Dr. Rodrigo Reis apresentaram os seus temas com grande competência, demonstrando a importância da valorização dos professores das faculdades regionais de Santa Catarina.

**Manoel Pereira Pinto Filho**  
Presidente da SOGISC



# Como Conduzir as Lesões HPV Induzidas da Infância e Adolescência

Dra. Ivana Fernandes Souza

O papilomavírus humano (HPV) é um vírus capaz de infectar tecidos humanos. Já foram identificados mais de 200 tipos de HPV, cerca de 40 responsáveis por infecções no trato genital. Os vírus são divididos em baixo risco oncogênico, onde o 6 e o 11 são os responsáveis por 90% das verrugas genitais e alto risco oncogênico, sendo o 16 e o 18, responsáveis por 70% das neoplasias cervicais.

A infecção é mais frequente em mulheres de 18 à 30 anos, sendo a DST mais comum na atualidade. O período de incubação é muito variável e 70% das infecções genitais são eliminadas em 1 ano, 20% tornam-se persistentes e aproximadamente 1% das pacientes com vírus oncogênicos, irão apresentar câncer cervical.

Lesões anogenitais provocadas por HPV podem ser encontradas em crianças e adolescentes. A transmissão, nestas situações, pode ocorrer pela via vertical, não-sexual e pela via sexual. A transmissão vertical, comprovada por diversos autores, seja via transplacentária ou pelo canal do parto, pode causar lesões anogenitais, laringeas e oculares. Acredita-se que a maioria das lesões anogenitais em crianças abaixo de 3 anos ocorra por transmissão vertical. Porém, a possibilidade de abuso sexual deve ser considerada, variando entre 10 a 90% dos casos, aumentando com a idade.

A contaminação por via não sexual pode ocorrer por contato direto de uma pessoa a outra (mães ou cuidadores com lesões), objetos ou superfícies contaminadas, autoinoculação, contato não-sexual via criança-criança (jogos sexuais exploratórios). Os tipos virais encontrados nas lesões anogenitais de crianças são freqüentemente os mesmos que infectam adultas, mas há relatos de HPV tipo 2 e 4 (causadores de verrugas comuns) em verrugas anogenitais de crianças.

As formas de apresentação do HPV, na infância, adolescência ou vida adulta são: clínica, sub-clínica ou latente. O diagnóstico é feito respectivamente pelo exame clínico (presença de verrugas), citologia oncocítica ou biópsia e captura híbrida.

A manifestação mais freqüente na infância são as verrugas seguidas do prurido, ardor, sangramento ou

leucorréia. A localização das lesões incluem vulva, períneo, periuretral, himenal, fúrcula vaginal, perianal, vaginal e cervical. As adolescentes apresentam frequentemente características favoráveis e comuns a infecção pelo HPV: início precoce da vida sexual (média da sexarca no Brasil 15 anos), múltiplos parceiros, tabagismo, outras doenças sexualmente transmissíveis, uso de contracepção hormonal, consumo de álcool, falha da utilização da camisinha.

Felizmente a maioria das lesões cervicais induzidas por HPV na adolescência caracterizam-se por lesões de baixo grau (NIC I). De acordo com estudo conduzido em 10.290 mulheres de 10 a 70 anos nos EUA (1999) e no estudo brasileiro de Denise et all (2009) com 668 adolescentes, no Rio de Janeiro, na adolescência as lesões de baixo grau ocorrem na frequência de cerca de 3,8%, contra 0,5% a 3% de lesões de alto grau.

O tipo de tratamento das lesões HPV induzidas vai depender da idade da paciente, número, tipo, tamanho, localização e extensão das lesões. O ATA (ácido tricloroacético) pode ser utilizado em concentrações de 50 a 90%, em aplicações tópicas semanais, em consultório. A podofilotoxina pode ser utilizada em solução(0,5%) ou creme (0,15%), 2 vezes ao dia por 3 dias, pára 4 e assim sucessivamente até completar 4 semanas. O imiquimode, imunomodulador liberado para uso em pacientes acima dos 12 anos, vem sendo utilizado sobretudo no tratamento de lesões disseminadas, tem o inconveniente do alto custo e o tratamento prolongado. É utilizado 3 vezes por semana, por até 16 semanas. A exérese cirúrgica fica reservada para os casos de lesões grandes ou extensas. O CAF tem tido boa aplicabilidade sobretudo nas lesões cervicais. De acordo com a Sociedade Americana de Colposcopia e Patologia Cervical (ASCCP) as pacientes com NIC I podem ser seguidas com citologia oncocítica e colposcopia semestrais, visto que cerca de 60% regredem no intervalo de 6 a 12 meses, reservando-se o CAF para as lesões persistentes. Já para as NIC II e III estão indicados o CAF ou a conização tradicional.

Atualmente a grande arma no combate as infecções HPV induzidas é a

utilização de vacinas. As vacinas contra o HPV são fabricadas por engenharia genética, utilizando partículas semelhantes ao vírus (VLPs) e adjuvantes que aumentam a imunogenicidade das vacinas (100 vezes superior a infecção natural). A vacina bivalente, contra os HPV 16 e 18 (imunidade cruzada para o 31, e 45) utiliza sais de alumínio e um imunomodulador (MPL) como adjuvante e a quadrivalente, contra os HPV 6, 11, 16 e 18, usa apenas sais de alumínio. Ambas são usadas por via intramuscular, a primeira nos meses 0, 1 e 6 e a segunda, 0, 2 e 6 meses.

São altamente eficazes e os efeitos colaterais relatados são mínimos: dor, edema e hiperemia.

Foram liberadas pela ANVISA no Brasil para uso em mulheres entre 9 a 26 anos. Devem ser usadas preferencialmente antes da sexarca, podendo ser utilizadas por pacientes que já iniciaram sua vida sexual. A presença anterior de lesão HPV induzida não contra-indica a utilização da vacina que pode proteger a paciente dos outros vírus cobertos pela vacina. A vacinação para o HPV já faz parte do calendário da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM) e da Sociedade Brasileira de Pediatria, desde 2008.

## Bibliografia:

1. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Papilomavírus Humano (HPV): Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. FEBRASGO 11/09/2002 - acesso 28/02/2009
2. Infecções Causadas pelos papilomavírus humano, avaliação sobre aspectos virológicos, epidemiológicos e diagnóstico. J Bras Doenças Sex Transm. 2006; 18(1): 73-79.
3. M. E.M.Café, B.Gontijo et all Sociedade Mineira de Pediatria. "Formas de transmissão do vírus do papiloma humano em lesões anogenitais na infância" Disponível em: [www.smp.org.br](http://www.smp.org.br) acesso em 23/02/09
4. M. F.B., N.S. Carvalho, M. F. K. Ihlenfeld, A C. S. C. Condiloma Acuminado em Crianças e Adolescentes. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 1998; vol.20 no.7. RJ.
5. Monteiro, D.L.M.; Trajano, A J.B. et all. Doença Cervical e Gravidez na Adolescência. In: Gravidez e Adolescência. 2009; Cap. 23 , 159-162. Revinter.

## Integração

**A** pós ampla discussão sobre a importância da integração das sub-especialidades, a Sociedade de Mastologia de Santa Catarina passará a utilizar a estrutura administrativa da Sogisc como forma de parceria.

## Mastalgia

**Dra. Adriana Magalhães de Oliveira Freitas**

**A** mastalgia é o principal motivo de consulta ao ginecologista envolvendo a mama. Compromete cerca de 70% das pacientes saudáveis, com importante impacto sócio-econômico, por interfirir na qualidade de vida, por reduzir a produtividade no trabalho, atingindo o desempenho nas atividades habituais e também por levar ao aumento no número de exames solicitados.

Aetiologia é desconhecida. Estudos responsabilizando uma inadequada função luteínica, assim como, metabolismo dos ácidos graxos tem sido realizados, mas os resultados ainda são insuficientes para a completa elucidação etio-patogênica.

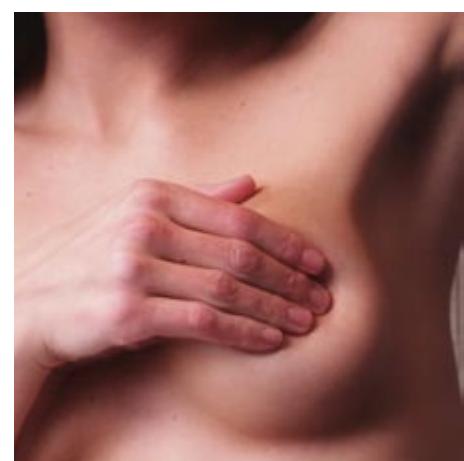
Quanto à terapêutica, várias são as opções disponíveis, algumas comprovadamente ineficazes como: diuréticos, progestágenos e complexos vitamínicos.

Ácidos graxos essenciais, por exemplo, o óleo de prímula, têm sua função questionada em importantes ensaios clínicos e para casos moderados ou severos o tamoxifeno, o Danazol, a Bromocriptina e a Goserelina têm sua indicação, mas com uso restrito por seus importantes paraefeitos.

Novas alternativas como tamoxifeno gel, suplementos iodados e alguns SERMs têm sido investigados. Os resultados são promissores e em breve alternativas viáveis

e eficazes estarão disponíveis.

Enquanto isso não ocorre, a correta orientação continua sendo a principal alternativa para o controle do sintoma.



## Agenda de Eventos

**VI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia**  
10 a 12 de setembro de 2009  
Santiago - Chile  
E-mail: [sogia2009@gmail.com](mailto:sogia2009@gmail.com)

**Curso: Imagen sem Ginecología Obstétrica**  
25 e 26 de setembro 2009  
Porto Alegre - RS  
E-mail: [sogirgs@sogirgs.com.br](mailto:sogirgs@sogirgs.com.br)  
Site: [www.sogirgs.org.br](http://www.sogirgs.org.br)

**IV Simpósio Internacional de Cirurgia minimamente invasiva em Ginecologia Obstetrícia**  
26 e 27 de setembro de 2009  
São Paulo - SP  
Hotel Blue Tree Towers – Morumbi  
Informações: (11) 3747-1233  
Site: [www.einstein.br](http://www.einstein.br)

**Encontro de Educação Continuada da Região de Tubarão e Criciúma**  
02 e 03 de outubro de 2009  
Gravatal - SC  
Informações: (48) 3231-0318  
Site: [www.sogisc.org.br](http://www.sogisc.org.br)

**XIX Figo World Congress of Gynecology and Obstetrics**  
04 a 09 de outubro de 2009  
África do Sul  
E-mail: [marta@figo.org](mailto:marta@figo.org)

**XV Congresso Brasileiro de Mastologia**  
14 a 17 de outubro de 2009  
Gramado – RS  
Site: [www.sbmcongresso2009.com.br](http://www.sbmcongresso2009.com.br)

**IV Curso de Cirurgia de Alta Frequência (Caf)**  
21 a 23 de outubro de 2009

Natal – RN  
E-mail: [genitoscopia\\_rn@yahoo.com.br](mailto:genitoscopia_rn@yahoo.com.br)

**9th World Congress of Perinatal Medicine**  
24 a 28 de outubro de 2009  
Berlin - Alemanha  
Site: [www.wcpm9.org](http://www.wcpm9.org)

**53º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia**  
14 a 17 de novembro de 2009  
Belo Horizonte – MG  
Informações: (31) 3261-3873  
E-mail: [cbgo2009@febrasgo.org.br](mailto:cbgo2009@febrasgo.org.br)

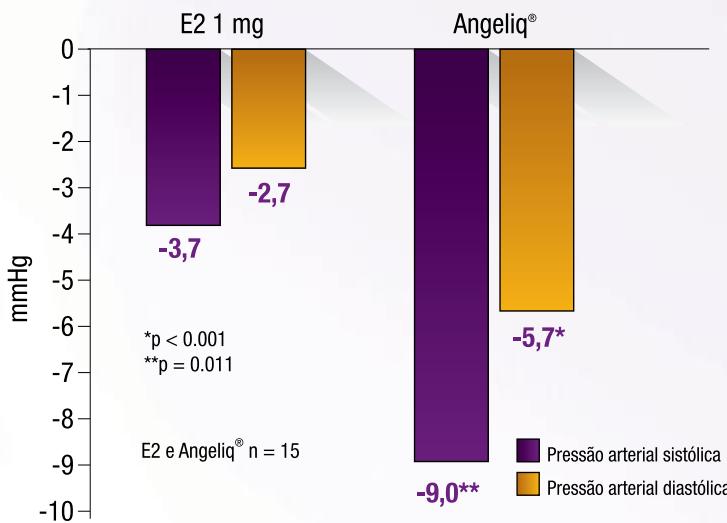
**Encontro de educação continuada da SOGISC**  
27 e 28 de novembro de 2009  
Florianópolis - SC  
Informações: (48) 3231-0318  
E-mail: [secretaria@sogisc.org.br](mailto:secretaria@sogisc.org.br)

# A única TH que combina baixa dose de E2 + DRSP, o progestógeno mais parecido com a progesterona endógena<sup>1</sup>

**Angeliq®**  
drospirenona  
estradiol

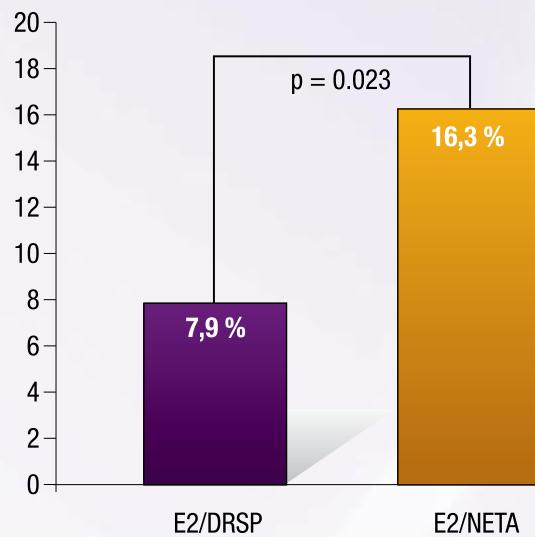
- Alívio dos sintomas da menopausa<sup>1</sup>
- Benefício cardiovascular<sup>1,2,3,4</sup>
- Angeliq® proporciona mínimo impacto sobre a densidade mamária<sup>5</sup>

## E2 1mg x Angeliq®: Pressão arterial (subgrupo de mulheres hipertensas n=102)



Resultados comparativos entre a média dos níveis pressóricos de 102 mulheres hipertensas no início e após 13 ciclos de tratamento<sup>6</sup>

## % de mulheres com variação na densidade mamária



Porcentagem de mulheres com aumento na densidade mamária (n=81) recebendo Angeliq® ou E2+NETA após 12 meses de tratamento<sup>5</sup>

Contraindicação: sangramento vaginal anormal não-diagnosticado.  
Interação medicamentosa: fármacos com propriedades de indução de enzima hepática.

**ANGELIQ® - ESTRADIOL /DROSPIRENONA - RG.MS- 1.0020.0119. INDICAÇÕES:** TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (TRH) PARA SINTOMAS DE DEFICIÊNCIA DE ESTROGÉNIO EM MULHERES PÓS-MENOPAUSADAS HÁ MAIS DE UM ANO; PREVENÇÃO DE OSTEOPOROSE PÓS-MENOPAUSA; EM MULHERES COM RISCO DE FRATURAS POR OSTEOPOROSE AUMENTADA. **CONTRA-INDICAÇÕES:** SANGRAMENTO VAGINAL ANORMAL NÃO-DIAGNOSTICADO; DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DE CÂNCER DE MAMA; DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DE CONDIÇÕES PRE- MALIGNAS OU MALIGNAS DEPENDENTES DE ESTEROIDES SEXUAIS; PRESENÇA OU HISTÓRIA DE TUMORES HEPÁTICOS (BENIGOS OU MALIGNOS); 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, DISTURBIOS TROMBOEMBÓLICOS OU ANTECEDENTES DESTAS CONDIÇÕES; HIPERTRIGLICERIDEAMIA GRAVE; GRAVIDEZ OU LACTAÇÃO; HIPERSENSIBILIDADE AS SUBSTÂNCIAS ATIVAS OU A QUALQUER UM DOS COMPONENTES DO MEDICAMENTO. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** NAS CONDIÇÕES MENCIONADAS A SEGUIR, OS BENEFÍCIOS DEVEM SER AVAILEDOS FRENTE AOS POSSIVEIS RISCOS DE USO DA TRH: IMOBILIZAÇÃO PROLONGADA; GRANDE CIRURGIA ELETTIVA QU PÓS-TRAUMÁTICA OU TRAUMATISMO EXTENSO; SINTOMAS OU SUSPEITA DE UM EVENTO TROMBOTICO; FAOTRES QUE AUMENTEM O RISCO RELATIVO GLOBAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA; AUMENTO DA DENSIDADE DE IMAGENS MAMOGRAFICAS; EXPOSIÇÃO PROLONGADA A ESTROGENIOS ISOLADOS; AUMENTO DO TAMANHO DO FÍGADO OU SINAIS DE HEMORragIA INTRA-ABDOMINAL (TUMORES HEPÁTICOS BENIGOS OU MALIGNOS); PREDISPOSIÇÃO A DESENVOLVER DOENÇAS DA VESÍCULA BILIAR; RISCO DE DEMÉNCIA SE INICIADA EM MULHERES COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS; OCORRÊNCIA DE ENXAQUECA OU CEFALEIA COM INTENSIDADE E FREQUÊNCIA FORA DO HABITUAL; AJUSTE DE DOSE DE ANTI-HIPERTENSIVO; Hiperbilirubinemas (Síndromes de Dubin-Johnson ou deRotor necessitam de rigorosa supervisão); RECOPRIeNCIA DE CITERCIA COLESTÁTICA OU PRURIDO COLESTÁTICO; NIVEIS MODERADAMENTE ELEVADOS DE TRIGLICERIDES; SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL; AUMENTO DE MIOMAS UTERINOS; SUSPEITA DE PROLACTINOMA; OCORRÊNCIA DE CLOASMA; EPILEPSIA; DOENÇA BENIGNA DA MAMA, ENXAQUECA, PORPRA, OTOSCLEROSE, LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, CORÉIA MENOR, REAÇÕES ADVERSAS: SANGRAMENTO MENTRUAL E GOTEJAMENTO INDESEJÁVEIS; DOR MAMÁRIA; DOR NAS COSTAS QU PELVIS; CALAFRIOS; VALORES ANORMAIS DE EXAMES LABORATORIAIS; ENXAQUECA; DOR TORÁCICA, PALPITAÇÃO; TROMBOFLEBITE SUPERFICIAL; DISTURBIO GASTRINTESTINAL; AUMENTO DE APETITE; EDEMA; GANHO DE PESO; Hiperlipemias; CABRAS MUSCULARES; ARTRALGIA, INSÔNIA; TONTURA; DIMINUIÇÃO DA LIBIDO; DIMINUIÇÃO NA CAPACIDADE DE CONCENTRAÇÃO; PARESTESIA; SUDORESE; ANSIEDADE; VERTIGEM; DISPNEIA; ALOPECIA; ALTERAÇÕES NA PELE OU CABELO; HIRSUTISMO; TUMOR MAMÁRIO BENIGNO OU MALIGNO; INGURGITAMENTO MAMARIO; HIPERTROFIA MAMÁRIA; DISTURBIO NÓ PALADAR; VULVAGINITE; DISTURBIO CÉRVAL OU ENDOMETRIAL; DISMENORRÉIA; INFECÇÕES NO TRATO URINÁRIO OU INCONTINÊNCIA URINÁRIA; DOR, OU DISTENSIÃO ABDOMINAL; ASTENIA; DOR NAS EXTREMIDADES; NAUSEA; CEFALEIA; ALTERAÇÕES DO HUMOR; LEIOMIOMA AUMENTADO; NEOPLASIA CERVICAL; LEUCORRÉIA; ERITEMA NODOSO, ERITEMA MULHERIFORME, CLOASMA E DERMATITE HEMORRÁGICA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** INDUTORES DE ENZIMAS HEPÁTICAS (HIDANTOINAS, BARBITÚRICOS, PRIMIDONA, CARBAMAZEPINA E RIFAMPICINA, OCARBAZEPINA, TOPIRAMATO, FELBAMATO E GRISEOFULVINA); CERTOS ANTIBIOTICOS PENICILINAS E TETRACICLINA; INIBidores DO CYP3A44 (Cimetidina, Cetoconazol E OUTROS); BEBIDAS ALCOÓLICAS; OMEPRAZOL; MEDICAÇÃO ANTI-HIPERTENSIVA; ANTIINFLAMATÓRIOS NAO-ESTEROÍDIAIS. **POSOLOGIA:** INICIAR O TRATAMENTO COM ANGELIQ® EM QUALQUER DIA OU NO FINAL DO PÉRIODO PROGRAMADO DE SANGRAMENTO. INGERIR UM COMPROMÍDO AO DIA, SEM MASTIGAR, DIARIAMENTE, POR 28 DIAS CONSECUTIVOS. O TRATAMENTO E CONTINUO. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** 1. RUBIG A. DROSPIRENONE: A NEW CARDIOVASCULAR ACTIVE PROGESTIN WITH ANTIADRENOCORTICOID AND ANTIANDROGENIC PROPERTIES. CLIMacteric. 2003; 6(3):49-54. 2. SCHÜRMANN R, HOLLER AND T, BENDA N. ESTRADIOL AND DROSPIRENONE FOR CLIMACTERIC SYMPTOMS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN: A DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED STUDY OF THE SAFETY AND EFFICACY OF THREE DOSE REGIMENS. CLIMacteric 2004;7:189-196. 3. WHITE WB, HANES V, CHAUHAN V, ET AL. EFFECTS OF A NEW HORMONE THERAPY, DROSPIRENONE AND 17-β-ESTRADIOL, IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH HYPERTENSION. HYPERTENSION 2006; 48:246-253. 4. PRESTON RA, WHITE WB, PITTB, ET AL. EFFECTS OF DROSPIRENONE/17-BETA ESTRADIOL ON BLOOD PRESSURE AND POTASSIUM BALANCE IN HYPERTENSIVE POSTMENOPAUSAL WOMEN. AM J HYPERTENS 2005; 18:797-804. 5. PANOURIS C, LAMBROUDAKI I., ET AL. PROGESTIN MAY MODIFY THE EFFECT OF LOW-DOSE HORMONE THERAPY ON MAMMOGRAPHIC BREAST DENSITY. CLIMacteric 2009;12:240-247. 6. ARCHER D, ET AL. LONG TERM SAFETY OF DROSPIRENONE-ESTRADIOL FOR HORMONE THERAPY: A DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED MULTICENTER TRIAL. MENOPAUSE 2005; 12(6): 716-727.

Material destinado exclusivamente ao profissional da saúde

11 Agosto 2009/1019/BR

**SAC**  
0800 702 1241  
sac@bayerhealthcare.com  
Respeito por você

[www.bayerscheringpharma.com.br](http://www.bayerscheringpharma.com.br)  
[www.universomedico.com.br](http://www.universomedico.com.br)



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma