

## VALORIZAÇÃO NA REMUNERAÇÃO DO TOCOGINECOLOGISTA

## VALORIZAÇÃO NA REMUNERAÇÃO DO TOCGINECOLOGISTA

No século passado o médico devia possuir conhecimento técnico científico para tratar e prevenir doenças. Com o passar dos tempos e a aquisição de novas tecnologias, houve uma modificação significativa da prática da profissão. Os convênios – atravessadores – passaram a ter influência no trabalho médico, os pacientes progressivamente tornaram-se mais exigentes com o acesso a informações trazendo novas realidades ao exercício da medicina.

No início do segundo trimestre do ano de 2010, reitera-se a necessidade de estratégias para a consolidação da valorização da Profissão do Médico e da Especialidade em Obstetrícia e Ginecologia. Devemos somar forças para que em conjunto com a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Catarinense de Medicina e a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina, busquemos a aprovação da regulamentação do Ato Médico no Senado e a secundária sanção presidencial.

Também relevante é o fórum de discussão do grave problema da formação médica com a proliferação indiscrimi-

nada de escolas médicas e a necessidade de padronização e qualificação das grades da programação dos serviços de Residência Médica dentro da especialidade. De igual importância incentivar os comitês de defesa profissional no sentido de discutir a pouca valorização da remuneração nos procedimentos da Tocoginecologia.

**DR. MANOEL PEREIRA PINTO FILHO**  
PRESIDENTE DA SOGISC



## Agenda de Eventos

### XV Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia

26 a 29 de maio de 2010

Local: Estação Embratel Convention Center - Curitiba/PR

Site: [www.sulgo2010.com.br](http://www.sulgo2010.com.br)

### XXII European Congress Perinatal Medicine

26 a 29 de maio de 2010

Granada/Espanha

Site: [www.ecpm2010.org](http://www.ecpm2010.org)

### Encontro de Educação Continuada da SOGISC

23 e 24 de julho de 2010

Blumenau/SC

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

### Simpósio Internacional sobre Câncer de Mama

30 e 31 de julho de 2010

Local: Hospital Sírio Libanês - São Paulo/SP

Site: [www.hybrida.com.br](http://www.hybrida.com.br)

### XI Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia da Infância e da Adolescência

11 a 14 de agosto de 2010

Local: Brasília - DF

### 8º Simpósio Ítalo-brasileiro de Endoscopia Ginecológica

20 a 21 de agosto

Local: Bourbon Convention Ibirapuera

Site: [www.italobrasil.com.br](http://www.italobrasil.com.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

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 Darwin

### Tiragem

1 mil exemplares



# Encontro de Educação Continuada em Chapecó

**Evento nota 10: foram mais de 108 inscritos**

O Encontro de Educação Continuada da SOGISC, realizado nos dias 12 e 13 de março em Chapecó, em conjunto com a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Oeste de Santa Catarina foi um sucesso. A equipe da Oceano Eventos, assessorada por um excelente trabalho da diretoria local presidida pela competente Jussara Schadeck Locatelli organizou o evento e garantiu a satisfação dos participantes. O encontro ocorreu nas dependências do Hotel Bertaso com a programação científica focando temas atuais que vieram ao encontro das necessidades dos profissionais de toda a região. Foi uma excelente oportunidade para os profissionais discutirem e se atualizarem em assuntos atuais e do dia a dia do ginecologista.

Os assuntos apresentados e discutidos foram: a interpretação do estudo urodinâmico, as tendências no tratamento minimamente invasivo da incontinência urinária de esforço e nas distopias urogenitais, o diagnóstico e conduta no crescimento intra-uterino restrito, as repercussões da cirurgia ginecológica e a presença do HPV na sexualidade humana. Estes temas foram abordados por Jorjan Cruz, professor da disciplina de Ginecologia da Universidade Regional de Blumenau e Mestre em Cirurgia, Manoel Pereira Pinto Filho, professor da Faculdade de Medicina da UNIVILLE e Coordenador do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Darcy Vargas de Joinville e o Dr Eliano Pellini, professor assistente da disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina do ABC paulista.



**ILHA FÉRTIL**

Dra. Ana Lucia Bertini Zatti CRM-8534

Dr. Jean Louis Maillard CRM-9987 - Diretor técnico

Dr. Ricardo Nascimento CRM-3198

\* Beiramar Shopping 6º andar - salas 15,16

\* www.ilhafertil.com.br

Fones : (48)3024-2523 e 3024-4543

- \* Tratamento personalizado de infertilidade conjugal.
- \* Indução da ovulação.
- \* Cirurgias laparoscópica e histeroscópica.
- \* IA ( Parceiro e doador ).
- \* FIV e ICSI.
- \* Congelamento de gametas e embriões.
- \* Manejo de falência ovariana.
- \* Análise e acompanhamento de casos à distância, auxiliando colegas na investigação e no tratamento da infertilidade conjugal.

# Ressonância magnética fetal: um breve esclarecimento

Roberto Noya Galluzzo e Heron Werner Junior

O uso da imagem como meio auxiliar no diagnóstico das patologias fetais foi um dos maiores avanços ocorridos na prática obstétrica desde os anos 70, sendo o maior responsável a ultrassonografia (USG). Nas duas últimas décadas vimos a introdução de um novo método de diagnóstico por imagem, a ressonância magnética (RM), adquirir espaço no arsenal de métodos utilizados.

## Como funciona

A RM é um exame de diagnóstico por imagem, não invasivo, desprovido de radiação ionizante. Ela está baseada na atividade eletromagnética dos átomos de hidrogênio, pois o corpo humano é primariamente gordura e água. Gordura e água têm muitos átomos de hidrogênio os quais fazem com que o corpo humano seja constituído, aproximadamente, por 63% de átomos de hidrogênio.

O corpo humano então é submetido a um campo magnético alto fazendo com que os átomos de hidrogênio se alinhem com este campo magnético. Após isso é fornecido um pulso de radiofrequência para desorientar os átomos. Quando estes retornam ao seu estado anterior, uma quantidade de energia é liberada sendo esta captada pelo aparelho e transformada em imagem no computador. Quanto maior a concentração de prótons de hidrogênio em um segmento estimulado, mais intenso será o sinal de ressonância.

## Quando utilizar

Utilizamos a RM para o estudo do feto, quando não obtemos diagnóstico conclusivo na USG, tais como:

- Alterações do sistema nervoso central, trato urinário, hérnia diafragmática, massas pulmonares e abdominais, presença de oligodramnia acentuada e obesidade materna.

A idade gestacional ideal para iniciarmos o estudo pela RM é a partir da 20ª semana.

## Limitações da USG no diagnóstico pré-natal:

- Obesidade materna
- Oligodramnia acentuada
- Campo de visão limitado
- Baixa resolução tecidual
- Visualização limitada da anatomia no 3º trimestre
- Artefatos como atenuação acústica

## Limitações da RM no diagnóstico pré-natal:

- Alto custo
- Dificuldade na padronização dos cortes
- Movimentação fetal
- Claustrofobia (reduzida nos aparelhos atuais)
- Artefatos de movimentação fetal
- Pequeno valor diagnóstico no 1º trimestre

## Benefícios ou pontos positivos da USG no diagnóstico pré-natal:

- Baixo custo
- Análise em tempo real
- Padronização estabelecida dos cortes anatômicos
- Mapeamento com Doppler colorido

- Quantificação dos fluxos vasculares com Doppler
- Avaliação em 3D
- Grande valor no 1º trimestre

## Benefícios ou pontos positivos da RM fetal no diagnóstico pré-natal:

- Amplo campo visão
- Alta resolução tecidual
- Avaliação de hemorragias
- Obtenção de três planos ortogonais sem artefatos
- Utilização de sequências que avaliam a função renal
- Avaliação em 3D

## Hérnia diafragmática esquerda (27 semanas). A: USG (axial); B: RM (axial T2).



Respeito Qualidade Cuidado Personalizado

www.drogariacatarinense.com.br

Em Florianópolis:  
Conselheiro Mafra, 22  
48 3224-6522

Em Itajaí:  
Lauro Müller, 26  
47 3349-6008

Em Joinville:  
Nove de Março, 638  
47 3433-1673

Mário Lobo, 61 • sala 07  
47 3439-2145



# Para uma geração de meninas e mulheres jovens de 9 a 26 anos de idade



**Vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18): a vacina contra câncer do colo do útero que ajuda a prevenir as condições relacionadas ao HPV<sup>a</sup>**

**Câncer do colo do útero**

**Verrugas genitais**

**Câncer vulvar**

**Câncer vaginal**

<sup>a</sup>HPV = papilomavírus humano.

**Vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18).**

**INDICAÇÕES:** a vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) é indicada para a prevenção de câncer, lesões pré-cancerosas ou displásicas, verrugas genitais e infecção causada pelos tipos de HPV presentes na vacina. A vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) é indicada para a prevenção das seguintes condições causadas pelos HPV 16 e 18: câncer cervical, da vulva e da vagina; adenocarcinoma do colo do útero *in situ* (AIS); neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grau 2 e grau 3; neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) de grau 2 e grau 3; neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA) de grau 2 e grau 3. A vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) é indicada para a prevenção das seguintes condições causadas pelos HPV 6, 11, 16 e 18: neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grau 1; verrugas genitais (condiloma acuminado); NIV de grau 1 e NIVA de grau 1; infecção por HPV. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade aos princípios ativos ou a qualquer dos excipientes da vacina. As pessoas que desenvolvem sintomas indicativos de hipersensibilidade após receber uma dose da vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) não devem receber outras doses. **ADVERTÊNCIAS:** como ocorre com todas as vacinas, a vacinação com a vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) pode não resultar em proteção para todos os que recebem a vacina. A vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) não é indicada para tratamento de verrugas genitais ativas, câncer cervical, vulvar ou vaginal, NIC, NIV ou NIVA. Esta vacina não proporcionará proteção contra doenças que não sejam causadas pelo HPV. A exemplo de todas as vacinas injetáveis, deve haver sempre tratamento médico disponível em caso de reações anafiláticas raras após a administração da vacina. Pessoas com resposta imunológica comprometida – seja por uso de terapia imunossupressora, defeito genético, infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV), ou por outras causas – podem apresentar resposta de anticorpos reduzida à imunização ativa (veja **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS**). Esta vacina deve ser administrada com cuidado a pessoas com trombocitopenia ou qualquer distúrbio de coagulação porque pode ocorrer sangramento após administração intramuscular nessas

pessoas. O profissional de saúde deve informar o paciente, parente ou o responsável que a vacinação não substitui a rotina de triagem de câncer cervical. Mulheres que receberam a vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) devem continuar a triagem de câncer cervical, conforme estabelecido pelo médico. Gravidez: categoria de risco B. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: Uso com Outras Vacinas:** os resultados dos estudos clínicos indicam que a vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) pode ser administrada concomitantemente (em locais de administração diferentes) com a vacina contra hepatite B (recombinante). O uso concomitante da vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) com vacinas diferentes da vacina contra hepatite B ainda não foi estudado. Assim, não é indicado o uso concomitante da vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) com vacinas diferentes da vacina contra hepatite B (por exemplo, vacina dT [difteria e tétano], sarampo e rubéola). **Uso com Medicamentos Comuns:** nos estudos clínicos, 11,9%, 9,5%, 6,9% e 4,3% das participantes utilizavam analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos e preparações vitamínicas, respectivamente. A eficácia, a imunogenicidade e o perfil de segurança da vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) não sofreram impacto com o uso desses medicamentos. **Uso com Contraceptivos Hormonais:** nos estudos clínicos, 57,5% das mulheres (com 16 a 26 anos de idade) que receberam a vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) usavam contraceptivos hormonais; essa associação não pareceu afetar as respostas imunológicas à vacina. **Uso com Esteróides:** nos estudos clínicos, 1,7% (n= 158), 0,6% (n= 56) e 1,0% (n= 89) das participantes utilizavam imunossuppressores inalatórios, tópicos e parenterais, respectivamente, próximo do horário da administração de uma dose da vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18). Esses medicamentos não pareceram afetar as respostas imunológicas à vacina. Muito poucas participantes nos estudos clínicos estavam tomando esteróides, e a extensão da imunossupressão foi supostamente baixa. **Uso com Medicamentos Imunossuppressores Sistêmicos:** não existem dados sobre o uso concomitante de imunossuppressores potentes com a vacina quadrivalente

recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18). As pessoas que recebem agentes imunossuppressores (doses sistêmicas de corticosteroides, antimetabólitos, agentes alquilantes, agentes citotóxicos) podem não responder de maneira ideal à imunização ativa. **REAÇÕES ADVERSAS:** as reações adversas mais frequentemente relatadas por indivíduos que receberam a vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) e a frequência observada foram: locais – dor (81,3%), inchaço (24,2%), eritema (23,2%), hemorragia (3,2%) e prurido (2,7%); sistêmicas – febre (10,1%). **POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO:** a vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) é recomendada para meninas e mulheres com 9 a 26 anos de idade. A vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18) deve ser administrada por via intramuscular em três doses separadas de 0,5 ml, de acordo com o seguinte esquema: primeira dose – em data a escolher; segunda dose – 2 meses após a primeira dose; terceira dose – 6 meses após a primeira dose. Deve-se estimular a adesão dos pacientes ao esquema de vacinação aos 0, 2 e 6 meses. No entanto, nos estudos clínicos, demonstrou-se eficácia nas pessoas que receberam todas as três doses em um período de um ano. Se for necessário um esquema de vacinação alternativo, a segunda dose deve ser administrada no mínimo um mês após a primeira dose e a terceira dose, no mínimo três meses após a segunda dose. Recomenda-se a leitura da Circular aos Médicos (bula) completa para mais informações sobre reconstituição, conservação e armazenamento. **REGISTRO MS:** 1.0029.0171. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

Dentre as informações citadas em bula, ressaltamos que este medicamento é contraindicado para pacientes com hipersensibilidade a qualquer componente do produto, assim como a interação medicamentosa com outras vacinas que não a vacina contra hepatite B (por exemplo, vacina dT [difteria e tétano], sarampo e rubéola).

**Nota:** antes de prescrever, recomendamos a leitura da Circular aos Médicos (bula) completa, para mais informações sobre o produto.

**A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**



IMPRESSO EM MAIO/2010.  
Copyright © 2009 Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, EUA.  
Todos os direitos reservados.  
MC 267/10 04-2012-GRD-10-BR-(LAMT-1288304)-267-J



**Vacina Quadrivalente Recombinante Contra Papilomavírus Humano (tipos 6, 11, 16 e 18)**

# Tratamento do ovário policístico

**Prof. Dr. Lucas V. Machado**

Ovário policístico é a expressão morfológica da anovulação crônica. É consequência e não causa(1). Sempre que uma mulher no período reprodutivo deixar de ovular, seus ovários automaticamente tornar-se-ão policísticos. O problema, entretanto, não está no ovário. Eles estão apenas respondendo fisiologicamente aos estímulos externos que lhes chegam.

Quando foram descritos por Stein e Leventhal em 1935, muito pouco se sabia sobre os delicados mecanismos de regulação e interação do eixo córtex-hipotálamo-hipófise-ovário e absolutamente nada sobre biologia molecular. Era natural, pois, que se atribuísse ao espessamento da albugínea e ao acúmulo de folículos sub-capsulares, uma espécie de barreira mecânica impedindo a livre migração do folículo de Graaf à superfície e sua subsequente extrusão. A retirada de 1/3 ou mais de ambos os ovários resultou na rápida retomada da ovulação e subsequente gravidez em algumas mulheres. Estava estabelecida, portanto, a causa: barreira mecânica, e o tratamento óbvio: remoção cirúrgica de parte da mesma, permitindo o livre acesso à superfície ovariana.

Entretanto, em 1961, questionando a hipótese da barreira mecânica, Robert Greenblatt(2) praticou em seis pacientes com ovários policísticos, a remoção total de um ovário deixando o outro intacto com a sua cápsula espessada. Cinco delas ovularam e passaram a menstruar regularmente. A partir desta comprovação, a chamada “síndrome dos ovários policísticos” simplesmente deixou de existir. Permaneceram apenas os ovários policísticos, por sinal, um achado muito freqüente, já que estão obrigatoriamente presentes na anovulação crônica. O seu tamanho será proporcional ao tempo de duração da anovulação e à quantidade do LH circulante, que atuará sobre o estroma, provocando a sua hiperplasia (aumento bilateral) e conseqüente aumento dos androgênios. Daí, o hiperandrogenismo associado.

Então, como lidar com a paciente? Em primeiro lugar, “deixemos os ovários em paz”. Nada de ressecções ou cauterizações moderninhas. São procedimentos inaceitáveis e potencialmente iatrogênicos (aderências e antecipação da menopausa) além de denunciarem o total desconhecimento da fisiologia e fisiopatologia ovariana. Se eles representam a expressão morfológica da anovulação crônica, o fundamental não é procurar o ovário policístico pela ultra-sonografia, mas a causa da anovulação. Já imaginaram praticar uma ressecção em cunha do ovário e ignorar uma hiperprolactinemia, um tumor da supra-renal, uma hiperplasia supra-renal congênita de manifestação tardia, uma síndrome de Cushing, um tumor hipofisário ou hipotalâmico, ou inúmeras outras alterações funcionais nos diversos níveis do eixo C-H-H-O?

Certamente, a ressecção ou cauterização ovariana irá liberar por algum tempo o eixo, possibilitando a ovulação. Tais procedimentos irão diminuir temporariamente a produção androgênica dos ovários, interrompendo o Steady state, permitindo, a completa maturação de um folículo e a produção do pico pré-ovulatório de estradiol responsável pela liberação do pico ovulatório do LH. Mas lembre-se: a causa primária não foi tratada e fatalmente o estado anovulatório, retornará.

Portanto, esqueçam os ovários. Procurem a causa da anovulação e atuem sobre ela. Felizmente, a grande maioria esta associada a um simples problema de feed back inadequado (anovulação normogonadotrófica). Afastadas as outras causas, que demandam um tratamento específico, basta focalizar o/s objetivos da paciente. Tratar o que? A anovulação (infertilidade)? A obesidade? O hiperandrogenismo? A síndrome metabólica? A irregularidade menstrual?

Vamos nos deter apenas nos casos de infertilidade. Em primeiro lugar, lembrar que nas pacientes obesas, a perda de peso é fundamental e mui-

tas vezes o suficiente para que a ovulação e gravidez ocorram.

O passo seguinte será induzir a ovulação. Howard Judd(3) enfatiza com muita propriedade: “Qualquer manobra que aumente as gonadotrofinas circulantes ou diminua a produção dos androgênios ovarianos deve promover a ovulação”.

Como aumentar as gonadotrofinas? 1- Empregando o clomifeno, ou utilizando gonadotrofinas. 2- Produzindo um pico artificial de estradiol, mimetizando o pico fisiológico pré-ovulatório que irá sinalizar a hipófise para a descarga ovulatória de LH. Essa pequena intervenção irá atenuar os efeitos desfavoráveis do clomifeno sobre o muco cervical, aumentar o número de receptores de progesterona nas células do endométrio, diminuindo as chances de uma insuficiência lútea e paralelamente favorecendo uma eventual complementação pela progesterona.

Como diminuir os androgênios? Pela ressecção em cunha dos ovários ou pelo “ovarian drilling”. Ressecar com o bisturi um pedaço de um órgão absolutamente sadio, ou igualmente, destruir parte do estroma e centenas de folículos pela cauterização, é uma maneira grosseira e irracional de diminuir os androgênios. Era a única alternativa em 1935, portanto, aceitável na época. Atualmente podemos obter o mesmo efeito, pela administração de drogas como a espironolactona, ciproterona, metformina, pequenas doses ao deitar de dexametasona ou prednisona, ou a combinação das mesmas.

Como último recurso, até mesmo uma pequena dose (2,5mg) de bromocriptina ao deitar. Segundo Leon Speroff “Enquanto o uso da bromocriptina para induzir a ovulação está claramente indicada na presença de galactorréia ou hiperprolactinemia, seu uso em pacientes que não respondem ao clomifeno com prolactina normal e sem galactorréia é controverso. Pacientes anovulatórias com níveis normais de prolactina respondem à bromocriptina, mas a eficácia

deste tratamento não foi estabelecida por estudos controlados. No entanto, a resposta clínica é ocasionalmente impressionante". Esta conduta é discutida nas sete edições do seu livro.

Se afastarmos efetivamente as outras causas de anovulação que não o retro controle inadequado do eixo C-H-H-O (anovulação normogonadotrófica) e as medidas acima mencionadas, isoladas ou combinadas, não surtirem o resultado esperado, só nos restará encaminhar a paciente para a fertilização assistida.

#### Referências bibliográficas:

1. Machado LV. Ovários policísticos: uma visão diferenciada. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda., 2007

2. Greenblatt R. In: Givens JR. The Infertile Female. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc. Panel III, 1979:332.

3. Judd HL, Lasley BL. Ovarian Disorders. In Givens JR. The Infertile Female. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc, 1979:181-200.

#### Breve currículo:

- Professor Emérito de Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

- "Expert Latinoamericano en Clima-terio Y Menopausia" concedido pela FLASCYM.

- "Maestro de la Ginecologia Y Obste-rica Latinoamericana" concedido pela FLASOG.



## SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA - REGIONAL / SC

### Atividades promovidas pela SBM-SC

#### Dr. Bráulio Leal Fernandes

Atividades já realizadas em 2010:

- **Março** - Curso de Atualização em Ultra-som de Mamas, ministrado pelo Dr. Bruno Fornage. Com ele conhecemos um pouco das rotinas do Md. Anderson Cancer Center, um dos centros mais importantes no diagnóstico e tratamento oncológico dos Estados Unidos.

- Confecção do Guia Rápido de Condutas em Mastologia – projeto em associação com a Associação Brasileira de Portadores de Câncer. O guia serve para uso no dia-a-dia, orientando condutas gerais nas principais lesões das mamas. Tem como público alvo todos os profissionais

de várias especialidades (ginecologistas, médicos de família, clínicos gerais, geriatras, etc), orientando em quais pacientes e em quais momentos é necessário uma avaliação mais aprofundada das lesões das mamas. Serão confeccionados folders e enviados aos médicos das unidades de saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

- Participação na semana solidária - neste evento foram realizadas 12 cirurgias de reconstrução de mama de forma gratuita, sendo que os custos foram arcados pela iniciativa privada. A reconstrução da mama é uma das

áreas de atuação do Mastologista (opinião esta corroborada pelo CFM).


Atividades programadas para 2010:

- **Outubro** - Mês da Saúde Mamária - desenvolveremos atividades para continuar difundindo as boas práticas de estímulo ao diagnóstico precoce do câncer de mama.

- XVI Encontro Catarinense de Mastologia - realizado em Florianópolis, parceria com o Hospital Sírio-Libanês.

#### Dr. Bráulio Leal Fernandes

Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia - Regional Santa Catarina



**Soluções que possibilitam equalizar  
Qualidade e Economia**

**Revenda e Assistência Técnica Xerox**

*Especializada no fornecimento de Equipamentos para  
Impressão de Exames em Diagnóstico por Imagem*

**WSD workcopy**  
soluções em documentos

**Locação e Venda**

Rua Aracajú, 687 - Saguajú  
CEP: 89221-500 - Joinville - SC  
Fone: (47) 3441-8000  
workcopy@workcopy.com.br





Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

  
*drospirenona  
etinilestradiol*

Baixa dose.  
Efeitos positivos na TPM.<sup>1,2,3</sup>

DROSPIRENONA  
ORIGINAL  
da Bayer Schering  
Pharma



**Referências Bibliográficas:** **1)** Bachmann G, Sulak PJ, Sampson-Landers C, et al. Efficacy and safety of a low-dose 24-day combined oral contraceptive containing 20 micrograms ethinylestradiol and 3 mg drospirenone. *Contraception* 2004;70:191-8. **2)** 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. **3)** Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, et al. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception* 2005;72:414-21.

**YAZ VE0106-0306/JUL 09. YAZ® - Drospirenona e Etinilestradiol. Reg. MS – 1.0020.0128. Indicações:** Contraceptivo oral, com efeitos antimineralocorticóide e antiandrogênico, que beneficiam também as mulheres que apresentam retenção de líquido de origem hormonal e seus sintomas. **Contra-indicações:** 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, Insuficiência renal, 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:** 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. Potencial teórico para aumento no potássio sérico em usuárias de YAZ® que estejam tomando outros medicamentos, que podem aumentar os níveis séricos de potássio. Quando CCOs são utilizados corretamente, o índice de falha é de aproximadamente 1% ao ano. A eficácia dos CCOs pode ser reduzida nos casos de esquecimento de tomada dos comprimidos, distúrbios gastrointestinais ou interação medicamentosa. Podem surgir sangramentos irregulares, especialmente durante os primeiros meses de uso. É possível que em algumas usuárias não se produza o sangramento por privação durante o intervalo de pausa. Caso a paciente engravide durante o uso de YAZ®, deve-se descontinuar o seu uso. Não foram verificados efeitos teratogênicos decorrentes da ingestão acidental de CCOs no início da gestação. O medicamento não deve ser utilizado durante a gravidez e a amamentação. **Reações adversas:** náuseas, dor abdominal, aumento ou diminuição do peso corpóreo, cefaléia, estados depressivos, alterações de humor, vômito, diarreia, retenção de líquido, enxaqueca, diminuição ou aumento da libido, intolerância a lentes de contato, hipersensibilidade. **Interações:** Fenitoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, oxcarbazepina, topiramato, felbamato, griseofulvina, Erva de São João, ritonavir, nevirapina, penicilinas, tetraciclina, ciclosporina, lamotrigina. **Posologia:** Os comprimidos devem ser ingeridos na ordem indicada na cartela, por 24 dias consecutivos. Cada nova cartela é iniciada após um intervalo de pausa de 4 dias, durante o qual deve ocorrer sangramento por privação hormonal. Início do uso de YAZ®: No caso da paciente não ter utilizado contraceptivo hormonal no mês anterior, a ingestão deve ser iniciada no 1º dia do ciclo (1º dia de sangramento menstrual). 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.** 31 Agosto 2009/1135/BR.

**Interação medicamentosa:** antibióticos e anticonvulsivantes.  
**Contra-indicação:** *Diabetes mellitus* com alterações vasculares.