

DIRETORIA SOGISC 2008-2011



MISSÃO CUMPRIDA!

Página 5

**Congresso
Catarinense de
Blumenau**

Página 3

**Entrevista com
Jorge Abi Saab,
da Febrasgo**

Página 4

**Vulvovaginites na
infância e
adolescência**

Página 7

MUDANÇA DA DIRETORIA DA SOGISC

Caros colegas,
Neste mês, estamos iniciando uma nova gestão da SOGISC para o triênio 2011-2014. Em nome da nova diretoria, gostaria de agradecer o voto de confiança depositado em nossos nomes.

Nesta gestão, visamos incrementar os eventos científicos e sociais previamente estabelecidos pelas diretorias anteriores, promovendo a confraternização entre os associados e as Regionais, o aprimoramento científico e a valorização do trabalho médico, especialmente do obstetra e do ginecologista.

Uma sociedade só se fortalece com a efetiva participação de todos! Para que possamos crescer e atingir as reais necessidades e anseios dos associados e darmos oportunidade para que todos efetivamente participem, é extremamente importante que haja uma comunicação estreita entre a atual Diretoria, as Regionais e os associados o que pode ser feito facilmente através de nosso site ou pelo contato direto com os membros da Diretoria.

Aproveitando a oportunidade, gostaria de parabenizar a todos pelo dia 30 de Outubro, Dia do Obstetra e do Ginecologista, e convidá-los a participar dos dois Encontros de Educação Continuada que serão realizados no próximo mês em Joaçaba e em Criciúma.

DRA. SHEILA KOETTKER SILVEIRA
PRESIDENTE DA SOGISC



Agenda de Eventos

XXVI Congresso de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul
27 a 29 de outubro de 2011
Campo Grande/MS
Informações: (67) 3321-8209
Site: www.sogomatsul.org.br

Encontro de Educação Continuada SOGISC
04 e 05 de novembro de 2011
Joaçaba/SC
Informações: (48) 3231-0318
E-mail: secretaria@sogisc.org.br
Site: www.sogisc.org.br

10º Congresso Mundial de Medicina Perinatal
08 a 11 de novembro de 2011
Punta del Este/Uruguay
E-mail: 10wcpm@sucesos-opce.com.uy
Site: www.10wcpm.info

54º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia
12 a 15 de novembro de 2011
Curitiba/PR
Informações: (41) 3022-1247
E-mail: ekipe@ekipedeeventos.com.br

Encontro de Educação Continuada SOGISC
25 e 26 de novembro de 2011
Criciúma/SC
Informações: (48) 3231-0318
E-mail: secretaria@sogisc.org.br
Site: www.sogisc.org.br

VII Congresso Paulista de Medicina Reprodutiva e Climatério
09 e 10 de dezembro de 2011
São Paulo/SP
Informações: (11) 3515-7880
E-mail: eventos2@rgcomunic.com.br
Site: www.spmr.com.br

Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina – SOGISC

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



Diretoria Executiva

Gestão 2009/2011

Presidente

Dra. Sheila Koettker Silveira

Vice-Presidente

Dra. Elisiane Heusi dos Santos

Secretário Executivo

Dra. Jacy Bruns

Secretário Executivo Adjunto

Dr. Mário Júlio Franco

Tesoureiro

Dr. Ricardo Maia Samways

Tesoureiro Adjunto

Dr. Evaldo dos Santos

Diretora Científica Geral

Dra. Ivana Fernandes Souza

Diretor Científico de Obstetrícia

Dr. Manoel Pereira Pinto Filho

Diretora Científico de Ginecologia

Dra. Adriana Magalhães
de Oliveira Freitas

Diretor de Defesa Profissional

Dr. Vânio Cardoso Lisboa

Diretor de Publicações

Dr. Roberto Noya Galluzzo

Diretor de Informática

Dr. Rodrigo Dias Nunes

Conselho Consultivo

Dr. Ricardo Nascimento

Dr. Dorival Antonio Vitorello

Dr. Alberto Trapani Junior

Dra. Leisa Beatriz Grando

Dr. Manoel Pereira Pinto Filho

Edição e Diagramação

Sarah Castro (SC 2720 JP)

Impressão

Gráfica Darwin

Tiragem

1 mil exemplares

V Congresso Catarinense de Ginecologia em Blumenau

Novidades da Medicina foram apresentadas no evento

A medicina sofreu grandes avanços nos últimos anos. A facilidade de obtenção de informações pelos pacientes através da mídia e da internet obriga cada vez mais os médicos a buscarem uma atualização permanente sobre as novas descobertas, tratamentos e procedimentos baseados em evidências científicas.

Há aproximadamente 10 anos nasceu a idéia da criação de um Congresso voltado para o aprimoramento dos profissionais do Estado. Este ano foi a vez de Blumenau sediar a 5ª edição do Congresso Catarinense de Obstetrícia e Ginecologia.

Foram três dias de congresso onde pode-se discutir assuntos de interesse da área de Ginecologia e Obstetrícia sem deixar de lado o debate sobre defesa profissional e remuneração médica. Tivemos a participação de 450 congressistas e a apresentação de 23 pôsteres.



Posse da nova diretoria

Começa mais um mandato da SOGISC

No dia 24 de setembro de 2011 a nova diretoria da SOGISC tomou posse na sede da ACM. Na ocasião foi realizada a prestação de contas da administração anterior pelo contador, que foi aprovada pelos membros do Conselho Consultivo conforme o estabelecido no estatuto da associação.

A diretoria empossada pretende cada vez mais promover a integração entre os 440 associados, a atualização científica, o aperfeiçoamento e a troca de experiência nos diversos eventos sociais e científicos organizados. A participação de todos os Ginecologistas e Obstetras de Santa Catarina e das regionais é extremamente importante para o fortalecimento de nossa associação. Para isso, gostaríamos de re-

ceber, através de nosso site, sugestões de temas a serem discutidos em nossos congressos e Programas de Educação Continuada, assim como nomes de professores que se destacam em sua área de atuação. Desta forma pode-

remos atingir as reais necessidades de nossos associados. Pretendemos também reformular nosso site e boletim informativo e contamos com o envio de artigos científicos para serem divulgados nesses canais de comunicação.



Santa Catarina será representada na FEBRASGO

Dr. Jorge Abi Saab Neto é o vice-presidente da Região Sul

Recentemente aconteceu o pleito para eleição da próxima Diretoria da FEBRASGO que conduzirá os destinos da entidade nos próximos 4 anos.

Pela primeira vez o nosso estado concorreu à vaga da Vice-Presidência da região Sul, cargo que até então só havia sido ocupado pelos dois estados vizinhos.

Após um acirrado processo eleitoral, saímos vencedores e teremos uma efetiva representação nos estados do Sul e junto à entidade federativa.

A manifestação nas urnas deu-nos um percentual superior a 80% dos votos, a maior dentre todos os estados. Antes de mais nada, um grande voto de confiança, que pretendemos honrar de todas as formas.

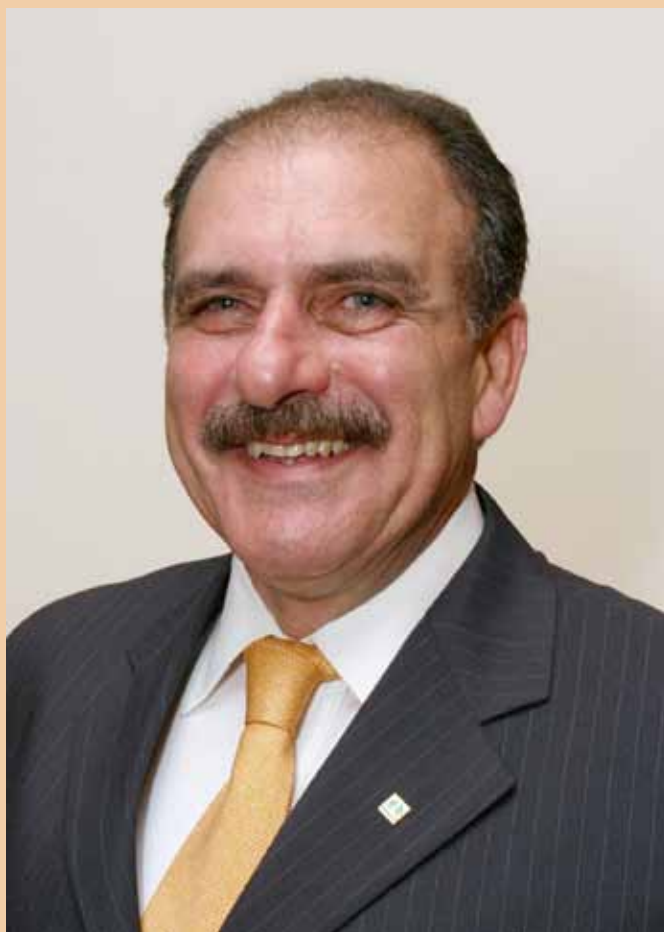
A vitória consagrada foi possível graças ao efetivo engajamento da diretoria atual da SOGISC e de todos os seus ex-presidentes, que trabalharam arduamente para que Santa Catarina representasse o sul do país e por acreditar que efetivamente os colegas que compunham a chapa possuíam diferenciais em relação à chapa de oposição.

Gostaria de assumir o compromisso de participar ativamente da próxima gestão, batalhando

pelo reconhecimento do trabalho do Ginecologista e Obstetra, sendo traduzido em melhor remuneração pelos convênios, planos de saúde e cooperativas de trabalho, dignificar o trabalho da nossa especialidade em prol da saúde feminina e incrementar a atualização e a reciclagem para um exercício profissional mais seguro e recompensador.

Esta será a forma de agradecer a confiança em mim depositada.

DR. JORGE ABI SAAB NETO
VICE-PRESIDENTE DA FEBRASGO, NA REGIÃO SUL



“Após um acirrado processo eleitoral, saímos vencedores e teremos uma efetiva representação nos estados do Sul e junto à entidade federativa”.

Missão Cumprida

Foram 36 meses, 156 semanas e 1095 dias

É com sentimento de missão cumprida que a diretoria com mandato de 03/10/2008 a 26/09/2011, passou a responsabilidade da administração da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina para o novo grupo recém-eleito. Nestes três anos foram realizadas inúmeras atividades, sociais, administrativas, científicas e políticas. Dentre as que mais se destacaram podemos enumerar:

Atividades científicas:

- 2008 – Encontros de educação continuada de Florianópolis.
- 2009 – IV Congresso Catarinense de Obstetrícia e Ginecologia na cidade de Balneário Camboriú e Encontros de educação continuada de Lages, Tubarão e Florianópolis.
- 2010 – Encontros de educação continuada de Chapecó, Blumenau, Joinville e Florianópolis.
- 2011 – V Congresso Catarinense na cidade de Blumenau.

Atividades administrativas:

- 2009 – Mudanças da sede e reforma da nova sala SOGISC.
- 2009 – Contrato de comodato, de uma sala comercial, com a nova Sede Administrativa da Associação Catarinense de Medicina, paga antecipadamente para os próximos vinte anos.
- 2010 – Inauguração de uma galeria de fotos dos ex-presidentes do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina e dos ex-presidentes da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina.

Atividades sociais:

- 2008 – Jantar de confraternização e baile da Sociedade em Florianópolis.
- 2009 – Encontros sociais em Blumenau, Lages e Jantar de confraternização e baile da Sociedade em Florianópolis.
- 2010 – Jantar de confraternização e baile da Sociedade em Florianópolis.

“Valorizar o passado! Pensar o presente! Planejar o futuro!” Reconhecimento e valorização:

- 2009 – Cerimônia de valorização aos ex-presidentes SOGISC com a entrega de um presente e um diploma de reconhecimento.
- 2010 – Cerimônias de comemoração dos cinquenta anos associativos SOGISC, com a entrega de um conjunto de canetas comemorativas SOGISC – 50 ANOS.
- 2010 – Cerimônias de valorização e reconhecimento aos fundadores, sócios eméritos e ex-presidentes SOGISC.

Atividades políticas:

- Descentralização das atividades associativas, dando oportunidade para que os presidentes das regionais também participassem ativamente das reuniões ordinárias e extraordinárias.
- Participação igualitária a todos os professores de Santa Catarina, da capital e interior nos eventos científicos ao nível estadual e nacional.
- Empenho ativo nas Assembleias da Febrasgo em relação à eleição da sede do brasileiro de 2010 na cidade de Curitiba – PR.
- Defesa incondicional para a participação de Santa Catarina com um representante para vice-presidente da Região Sul na chapa para a nova Diretoria Febrasgo.
- Oposição à aprovação das contas Febrasgo de 2008 – 2011.
- Posição política em relação à eleição da nova diretoria SOGISC com a confecção e eleição de uma chapa única de consenso.

“SOGISC dá o primeiro passo!” Editoriais de defesa profissional e remuneração médica:

- Foram redigidas várias editoriais e operacionalizadas a possibilidade de discussão dos assuntos de defesa profissional e remuneração médica nos Eventos Científicos SOGISC.

Agradecimento:

Reconhecemos e agradecemos a todos os integrantes da diretoria, Sheila Koettker da Silveira, Jorge Roberto Rebello, Murilo César Fronza Junior, Adriana Magalhães, Ana Patrícia Correa, Raquel Gomes Aguiar da Silva, Bruno Calgaro de Carvalho, Jorjan de Jesus Cruz, Vanio Cardoso Lisboa, Ivana Fernandes de Souza e Beatriz Cristina Milanez e aos presidentes das regionais, Marco Antonio G. M. Wanrowsky (Blumenau), Vilson Luiz Maciel (Criciúma), Andréa Bongioio Cordeiro (Tubarão), Bruno Calgaro de Carvalho (Lages), Jussara Locatelli (Chapecó), Diego Maestri (Joaçaba), Valdir Martins Lampa (Joinville) e Áurea Fabiane S. F. de Souza (Balneário Camboriú). Agradeço ao Dr. Jorge Abi Saab Neto por ter aceito nos representar como Vice-Presidente da FEBRASGO – Região Sul.

Agradecimento especial:

Agradeço especialmente as colegas Sheila Koettker da Silveira, Ivana Fernandes Souza, Adriana Magalhães, Vanio Cardoso Lisboa e a secretária Sra. Tânea Regina Anderson Conceição, pelo apoio incondicional em todos os momentos desta administração.

“Amigo não é aquele que enxuga as lágrimas, amigo é aquele que não as deixa cair”.

Agradeço em meu nome e em nome da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina o apoio demonstrado por todos os Obstetras e Ginecologistas de Santa Catarina nestes 36 meses, 156 semanas e 1095 dias, em que pensamos SOGISC.

Para mim como presidente foi um “GRANDE ORGULHO” poder representá-los!

Muito Obrigado!

Manoel Pereira Pinto Filho.

Presidente SOGISC (03.10.2008 a 26.09.2011)

Ressonância nuclear magnética das mamas

Por Dra. Adriana Magalhães

O câncer de mama é patologia de incidência crescente com elevada taxa de morbimortalidade. Muito tem se avançado do ponto de vista de avaliação diagnóstica e terapêutica, avanços estes que tem contribuído para melhor sobrevida das pacientes acometidas.

Neste contexto, a imagenologia mamária tem importante papel, contribuindo para possibilidade de diagnóstico precoce o que contribui substancialmente para o sucesso do tratamento. Muito progresso tem sido alcançado nesta área: mamografia digital, ultrassonografia de alta definição, ressonância magnética e outros métodos que ainda carecem de trabalhos validando sua utilização, como a tomossíntese e a cintilografia mamária. Resta ao ginecologista compreender de que maneira esta tecnologia pode ser utilizada à favor das pacientes que o procuram em seus consultórios, ansiosas pela preocupação com o câncer de mama.

Do ponto de vista de diagnóstico do câncer de mama, muito se sabe da limitação dos exames de imagem na prevenção da doença e também como o diagnóstico pode ser limitado por fatores como má qualidade do exame, inépcia do profissional executante ou elevada densidade mamária. Desta forma, muitas vezes nos defrontamos com resultados inconclusivos ou suspeitos que nos obrigam a lançar mão de todo arsenal disponível e nesta situação surge a dúvida:

Qual o papel da ressonância ma-

mária no rastreamento do câncer de mama?

A ressonância nuclear magnética de mama foi utilizada pela primeira vez em 1986 e, desde então, tem se questionado sua aplicabilidade na detecção do câncer de mama. É preciso pensar nas vantagens na sua utilização. O uso da RNM de mama no screening do câncer mamário apresenta como vantagens a menor exposição ao raio-X, melhor avaliação dos focos de malignidade e da real extensão da neoplasia; entretanto, possui como desvantagens a baixa especificidade para diferenciação de lesões benignas e malignas e o alto custo financeiro.

Do ponto de vista do câncer de mama, não existe consenso quanto sua aplicação. Algumas diretrizes foram delineadas, onde se nota que a única indicação incontestada seria o screening de pacientes portadoras de mutação BRCA1,2 ou parentes diretas das mesmas, assim como, pacientes com risco superior a 20% para desenvolvimento de câncer de mama (baseado na utilização de modelos matemáticos de cálculo de risco). Todo restante carece de evidência científica. Utilização para avaliar possibilidade de doença contralateral ou extensão da doença quando diagnóstico de câncer de mama, avaliação de mamas densas, avaliação de rastreamento em pacientes com diagnóstico prévio de câncer de mama ou pacientes de alto risco no geral, não são consenso na comunidade científica.

A utilização indiscriminada deste exame tem trazido à tona ques-

tões tais como lesões suspeitas de visualização exclusiva à RNM, não acessíveis para avaliação histológica, o que implica na necessidade de controle periódico, com tensão adicional ao médico assistente e à paciente. Achado de lesões ocultas em pacientes com diagnóstico de câncer de mama, o que leva a ampliação das indicações de mastectomia reduzindo o número de cirurgias conservadoras, sem demonstração de impacto na sobrevida global das mesmas. Aumento de lesões falso positivas o que implica em realização de outros exames e biópsias, causando ônus adicional ao planos de saúde.

Como se verifica no assim exposto, muitas vezes a maior sensibilidade do método não implica em benefício na propeidética.

Com isso, à luz dos conhecimentos atuais, a conclusão seria: não existe papel para solicitação deste como avaliação de rastreamento mamário na população geral. Sua solicitação deveria ser restrita situações muito específicas e implicaria na capacidade de conduzir seu resultado minimizando o custo da investigação, assim como, o impacto emocional causado pelos achados do exame.

Por Dra. Adriana Magalhães*

*Ginecologista / Mastologista. Profª do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Vulvovaginites na infância e adolescência

Por Dra. Ivana Fernandes Souza

Vulvovaginite é um processo inflamatório que acomete a vulva e a vagina. É motivo frequente de consulta ginecológica na infância e adolescência chegando a 70% das queixas nestas faixas etárias.

Crianças e adolescentes pré-púberes apresentam fatores predisponentes as vulvovaginites como: ausência de pêlos, proximidade vagina-ânus, grandes lábios planos, ausência de estrogênio e pH vaginal alcalino (6,5 - 7,5). Além disto, a falta de cuidado e destreza na higiene genital, a manipulação dos órgãos genitais, o uso de sabões inadequados e roupas íntimas de material sintético, contaminação genital por patógenos de infecções respiratórias, gastrointestinais e cutâneas contribuem para a infecção genital.

Aproximadamente 80% das vulvovaginites neste grupo etáreo são inespecíficas, onde o agente causal faz parte da flora endógena vaginal tornando-se agressivo por falta de integridade da mucosa ou desequilíbrio local. Infecções por fungo são infrequentes na infância devido a alcalinidade da vagina, ocorrendo mais frequentemente em usuárias de fraldas, uso prolongado de antibióticos, corticóides ou presença de diabetes. Infecções por *Gardnerella vaginalis* podem ser encontradas em crianças e adolescentes sem vida sexual, se desenvolvem em pH alcalino (> 4,5), não sendo considerada na atualidade uma doença sexualmente transmissível (DST). O oxiúrus pode desencadear uma resposta inflamatória irritativa na vulva

e vagina, devendo fazer parte da suspeita diagnóstica. Infecções por *Shigella* podem cursar com secreção serossanguínea em até 50% dos casos.

Eventualmente patógenos causadores de DSTs são diagnosticados em crianças e adolescentes virgens devendo-se proceder a investigação meticulosa para abuso sexual.

O sintoma principal das pacientes com vulvovaginite é o corrimento vaginal, associado ou não a prurido e disúria, podendo acompanhar-se de hiperemia, escoriação e maceração da vulva.

O diagnóstico é sobretudo clínico, devendo-se estar atento a história recente de infecções respiratórias, cutâneas ou gastrointestinais pois representam importante fonte de contaminação genital, com envolvimento de patógenos como: *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus*. Exame a fresco, wiff teste, Gram de secreção e parasitológico de fezes com swab anal podem auxiliar o diagnóstico. As culturas de secreção vaginal ficam reservadas aos casos rebeldes ao tratamento.

O tratamento das vulvovaginites inespecíficas inclui a melhoria dos hábitos higiene, uso de vestimentas adequadas e sabonete líquido com pH fisiológico e banhos de assento com substâncias antissépticas e/ou antiinflamatórias (permanganato, benzidamida, chá de camomila). Antibióticos não devem ser usados rotineiramente por alterarem a flora endógena além de favorecer o desenvolvimento de infecção fún-

gica concomitante. São reservados às vulvovaginites rebeldes ou após a identificação do agente causal específico.

Nas adolescentes com vida sexual, os agentes causais mais frequentes são os habitualmente encontrados nas vulvovaginites específicas: *cândida*, *gardnerella* e *trichomonas*. A identificação do agente causal e seu tratamento específico resultarão em cura do processo.

Por Dra. Ivana Fernandes Souza*

*Pós-graduada em Medicina do Adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Fellow em Ginecologia da Infância e Adolescência pela International Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology. Profª do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).



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

Contraceptivo Oral com Estradiol

Qlaira®

valerato de estradiol
dienogeste

Em harmonia com o corpo da mulher

O primeiro contraceptivo oral com estradiol natural

>> estrogênio idêntico ao produzido pelo organismo da mulher.¹

O dienogeste tem potente efeito inibitório sobre o endométrio.²

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

Regime de dosagem inovador

- 28 dias de níveis de estradiol estáveis⁴
- Baixo índice de descontinuação e alto grau de satisfação¹⁷
- Reduz a intensidade e duração do sangramento por privação^{5,6}
- Efeito positivo no bem-estar físico e emocional^{17,8}



Contraindicação: presença ou histórico de tromboembolismo arterial ou venoso.

Interação medicamentosa: antibióticos e anticonvulsivantes.

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

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