

Artigo Científico:
Diagnóstico da
Endometriose

Página 3

Eventos:
Encontro de Educação
Continuada

Página 5

Artigo Científico:
Abordagem ginecoló-
gica na adolescência

Página 6

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA 2014

Caros colegas,

Este é um ano diferente já que o Brasil praticamente irá parar nos meses de junho e julho devido à Copa do Mundo. Apesar disto, a Diretoria da Sogisc está empenhada em organizar os eventos científicos previamente estabelecidos.

Em março tivemos o Encontro de Educação Continuada de Florianópolis onde foram abordados diversos temas de nossa especialidades ministrados por renomados professores do nosso e de outros estados. Já temos programado em parceria com as Regionais o Encontro de Blumenau em maio e o de Joaçaba em agosto.

Quanto aos Cursos de Emergência Obstétrica, já foram realizados no início deste ano em Tubarão e em Florianópolis. Estamos organizando um curso no dia 26 de julho em Chapecó e temos previstos mais dois em outras cidades do Estado.

Não deixem de participar pois sua presença é fundamental ao sucesso de nossos eventos!

Um abraço,

DRA. SHEILA KOETTKER SILVEIRA
PRESIDENTE DA SOGISC



Agenda de Eventos

VIII Congresso Brasileiro de Climatério e Menopausa

15 a 17 de maio de 2014
São Paulo – SP
Informações: (11) 5584-6938
Site: www.menopausa2014.com.br

XIII Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência

14 a 16 de agosto de 2014
São Luís – MA
Informações: (98)3221-2931
E-mail: sogima@sogima.org.br

XIX Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia

4 a 6 de setembro de 2014
São Paulo – SP
E-mail: www.sogesp.com.br

24th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology

14 a 17 de setembro de 2014
Barcelona – Espanha
Informações: info@isoug.org
Site: www.isoug.org

XII Congresso Brasileiro de Videocirurgia

24 a 26 de setembro de 2014
Florianópolis – SC
Informações: (21) 2215-4476
Site: www.sobracil.org.br

26º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana

06 a 08 de novembro de 2014
Porto Alegre – RS
Informações: (51) 3012-7006
Site: agencia.official@terra.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 2011/2014

Presidente

Dra. Sheila Koettker Silveira

Vice-Presidente

Dra. Elisiane Heusi dos Santos

Secretário Executivo

Dr. 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 de 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

Endometriose: USG Transvaginal com preparo intestinal X Ressonância Magnética

Por Dr. Marcelo Pedrassani

Endometriose é definida como a presença de tecido endometrial fora do útero. Existem três tipos de lesões endometrióticas: endometriose peritoneal superficial, endometriomas ovarianos e endometriose profunda, sendo esta última uma entidade histologicamente definida para lesões endometrióticas que penetram mais de 5 mm abaixo do peritônio. Estima-se que ocorra em aproximadamente 15% das mulheres na idade reprodutiva e em até 30% das mulheres inférteis.

SINTOMAS:

Os sintomas associados à endometriose são bem conhecidos: dismenorrea, disporeunia profunda e dor pélvica acíclica, associados ou não à infertilidade. A hipótese diagnóstica de endometriose deve, portanto, sempre figurar em pacientes com esses sintomas. Enquanto algumas pacientes com endometriose peritoneal ou ovariana são assintomáticas ou sem sintomas proporcionais ao estágio da doença, a endometriose profunda está geralmente associada à dor pélvica, e a intensidade de dor está frequentemente associada à profundidade dos nódulos de endometriose profunda, principalmente se houver acometimento de plexos nervosos hipogástricos.

DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico da endometriose representa a maior dificuldade no mane-

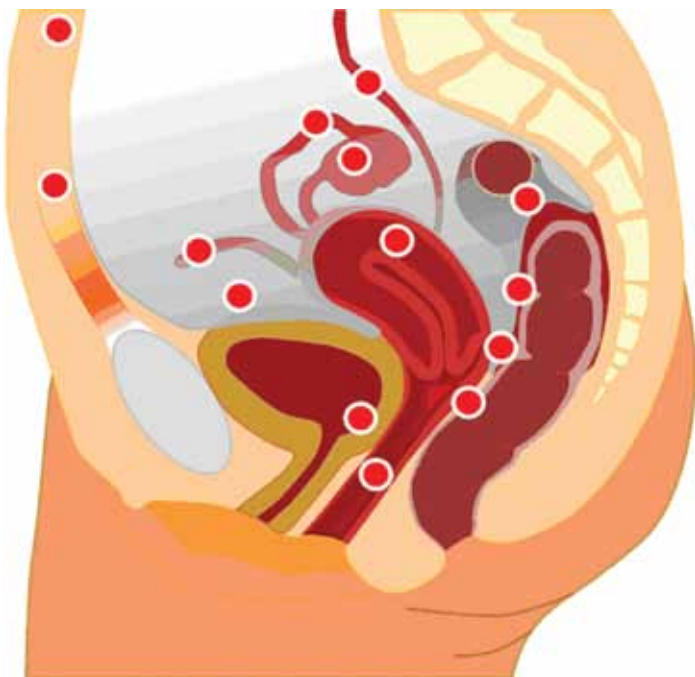
jo clínico desta doença, traduzido principalmente pelo tempo decorrido entre o início dos sintomas e o seu diagnóstico que segundo alguns estudos varia de 7 a 11 anos. A laparoscopia ainda permanece como “padrão ouro” para o diagnóstico e estadiamento da doença, entretanto o método é questionável pelas falhas na identificação de lesões subperitoneais e naquelas ocultas por processo aderenciais intensos. Atualmente existem dois métodos de imagem com boa acurácia do diagnóstico de endometriose, principalmente ovariana e profunda: ultrasonografia transvaginal com preparo intestinal e ressonância magnética.

Endometriose peritoneal superficial: os focos de endometriose que comprometem a superfície dos ovários e o peritônio são de difícil visualização aos métodos de imagem, sendo o seu diagnóstico realizado por laparoscopia.

A ressonância magnética consegue detectar apenas focos com dimensões superiores a 4 mm. Ao exame ultrasonográfico podem ser vistos como pequenos pontos hiperecogênicos na cápsula ovariana ou superfície peritoneal. Entretanto esse achado é inespecífico podendo corresponder a pontos de fibrose ou reflexão especular no interior de minúsculos cistos de inclusão capsular. Na ausência de suspeita clínica de endometriose ou de processo aderencial ao ultrassom, não há indicação formal de investigação adicional.

Endometrioma ovariano: a ultrasonografia transvaginal apresenta sensibilidade e especificidade de 83 e 93% respectivamente. As dificuldades diagnósticas surgem principalmente nos endometriomas menores que 1 cm ou naqueles com aspecto atípico. Nesses casos a ressonância magnética pode auxiliar na diferenciação entre estes e outras lesões císticas pela caracterização do conteúdo hemorrágico antigo presente nesses cistos, com sensibilidade e especificidade em torno de 90 e 98% respectivamente.

Endometriose profunda: as lesões seguem um padrão previsível de distribuição na cavidade pélvica e estão localizadas em ordem de frequência: região retrocervical, retossigmóide, vagina e bexiga. Podem acometer também a região ileocecoapendicular, ureteres e ligamentos redondos. A endometriose tem um tropismo por tecido muscular principalmente e também por tecido nervoso. No tecido muscular ela provoca uma hiperplasia fibromuscular entremeada de focos endometrióticos císticos ou hemorrágicos, tornando-se visível aos métodos de imagem. A ultrasonografia transvaginal apresenta sensibilidade e especificidade superiores à ressonância magnética, principalmente para lesões acometendo o retossigmóide.



DISTRIBUIÇÃO DA ENDOMETRIOSE

ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM PREPARO INTESTINAL:

É o método de eleição para a pesquisa de endometriose e estadiamento pré-operatório da endometriose profunda, sendo em uma boa parcela dos casos a única modalidade de exame de imagem necessária. Deve ser realizada por profissional treinado e com um preparo intestinal simples – laxante via oral na véspera e enema uma a duas horas antes do exame. A utilização do preparo intestinal melhora a acurácia do exame na medida em que propicia melhor visualização do retossigmoide, dos anexos e da região retrocervical, aumentando a sensibilidade do método para o diagnóstico dos focos de endometriose profunda. O exame transvaginal é sempre complementado com avaliação do abdome inferior e das vias urinárias, não incluindo apenas a avaliação rotineira dos órgãos ginecológicos como o útero, ovários e anexos, mas também das seguintes estruturas anatômicas:

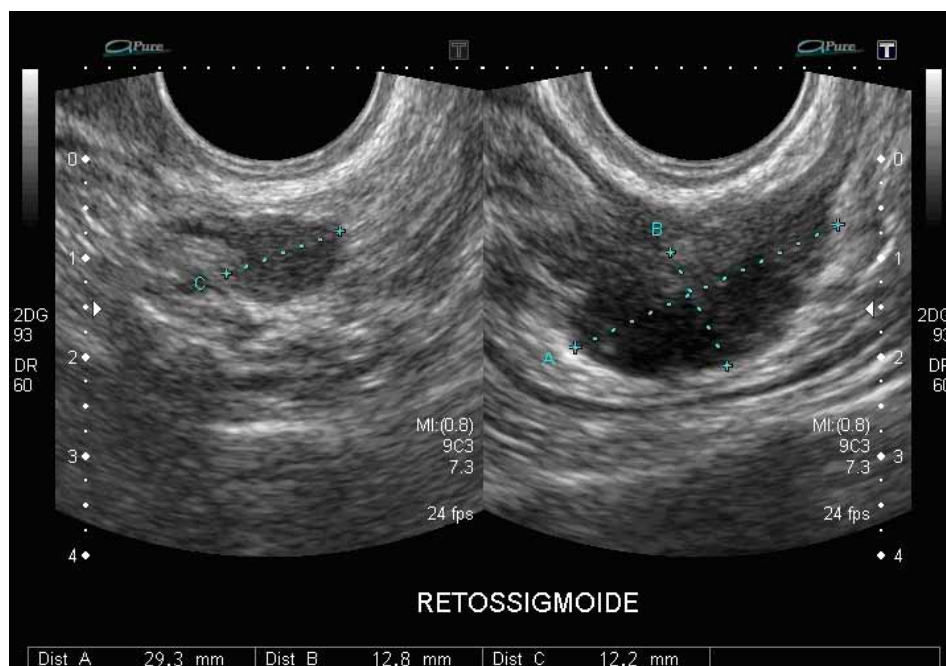
- septo retovaginal
- fôrnice vaginal
- região retrocervical (tórus uterino, topografia de ligamentos úterosacros e fundo-de-saco posterior)
- espaço paracervical
- retossigmoide
- recesso véscicouterino
- topografia do trajeto ureteral distal
- região ileocecoapendicular

O exame apresenta sensibilidade de 98% para identificação de endometriose, acometendo o retossigmoide, e

de 95% para endometriose profunda na região retrocervical, com especificidade de 100 e 98% para essas duas localizações, respectivamente. Resultados superiores, inclusive aos obtidos com a ressonância magnética onde foram encontrados sensibilidade de 83% para lesões no retossigmoide e 76% para região retrocervical, com especificidade de 98 e 68% para cada uma das duas re-

giões, respectivamente segundo dados de importante estudo publicado (Abrão et al). Além disso a ultrassonografia apresenta melhor resolução da estratificação das camadas da parede intestinal do que a ressonância magnética, permitindo definir melhor o grau de infiltração pela endometriose. Outra vantagem da ultrassonografia é a possibilidade de identificar processos aderenciais a partir da mobilidade das estruturas pélvicas a manobras com o transdutor.

ENDOMETRIOSE INTESTINAL - USG



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PELVE:

É uma opção para pacientes com endometriose ovariana ou endometriose profunda. Pode ser indicado em caso de dúvida no diagnóstico da en-

dometiose ovariana, na indisponibilidade do ultrassom especializado em endometriose ou em pacientes sem atividade sexual.

DEMAIS EXAMES DE IMAGEM UTILIZADOS NA INVESTIGAÇÃO:

• Ecoendoscopia retal (ecocolonosopia): é um recurso útil para o diagnóstico da doença profunda no compartimento posterior da pelve, mas com limitações para o diagnóstico da enfermidade se houver comprometimento dos ovários ou estiver presente no compartimento anterior da pelve. Deve ser feito com sedação e tem custo elevado, sendo indicado em casos de suspeita de endometriose profunda nos quais o ultrassom especializado não está disponível ou se há dúvidas sobre o comprometimento do reto e sigmoide.

• Colonoscopia: é indicada em casos de suspeita de estenose intestinal ou sintomas intestinais exuberantes, principalmente se a paciente tiver mais de 40 anos de idade.

• Urografia excretora: pode ser recomendada quando há suspeita de comprometimento dos ureteres pela endometriose, principalmente se o ultrassom específico diagnosticar dilatação nas vias urinárias.

• Urorressonância magnética: é uma alternativa para a urografia excretora, nos casos de dúvida em relação ao comprometimento ureteral.

• Cistoscopia: deve ser indicada se houver suspeita de endometriose de bexiga e pode ser feita no pré-operatório ou no início de uma laparoscopia, para se tratar a endometriose.

Encontro de Educação Continuada de Florianópolis

Nos dias 28 e 29 de março foi realizado na Associação Catarinense de Medicina - ACM, o Encontro de Educação Continuada de Florianópolis onde foram abordadas atualizações importantes para o nosso dia a dia. Contamos com presença de aproximadamente 80 participantes e a participação de diversos professores de renome nacional.

O Dr. Cesar Eduardo Fernandes (SP) nos falou sobre os benefícios e “malefícios” da reposição de cálcio e de vitamina D especialmente na perimenopausa e sobre as modificações que ocorreram na terapia hormonal nos últimos anos após a publicação do estudo WHI. O Dr. Edison Natal Fedrizzi discorreu sobre as mudanças que estão sendo discutidas no manejo das alterações cito e histopatológicas do colo uterino.

Na parte da obstetrícia, o Dr Manoel P Pinto Filho falou sobre o rastreamento do parto prematuro, enfatizando a importância da realização de ultrassonografia transvaginal no segundo trimestre para rastreamento de colo curto. O Dr Eduardo Cordioli (SP) abordou o manejo de emergências clínicas e obstétricas (choque séptico, eclâmpsia e cetoacidose diabética) que, apesar de raras, se não diagnosticadas e tratadas de forma correta, podem levar ao óbito tanto a mãe como o feto. Trombofilia foi outro assunto abordado pelo Dr Eduardo e que foi complementado pelo Dr Guilherme Genovez que discorreu sobre tromboprofilaxia na gestação. Por último, a Dr^a Helaine BPM Milanez (SP) falou o manejo da diabetes na gestação, assunto ainda controverso na literatura, e sobre as novas recomendações do Ministério da Saúde sobre o manejo das infecções congênicas, especialmente do HIV.

Na sexta feira a noite, após as palestras, os participantes do evento foram convidados a participar de um churrasco de confraternização oferecido pela MSD.



Abordagem ginecológica na adolescência: aspectos ético-legais

Por Dra. Ivana Fernandes Souza*

Há algumas divergências no que concerne a idade de início e fim da adolescência. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), adolescentes são os indivíduos entre 10 a 20 anos de idade. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência inicia aos 12 e termina aos 18 anos. Divergências a parte, o que se sabe é que a adolescência é um período da vida marcado por profundas mudanças físicas, comportamentais e psicológicas.

O desenvolvimento sexual-reprodutivo, a iniciação sexual, as patologias ginecológicas próprias da fase, tem motivado a procura crescente destas pacientes pelos consultórios de ginecologia. No entanto, os profissionais que se dispõem a atender adolescentes muitas vezes se defrontam com verdadeiros dilemas, sobretudo no que tange aos aspectos ético-legais do atendimento. Neste artigo procuramos esclarecer as principais dúvidas que fazem parte do dia a dia do atendimento destas pacientes.

Posso atender a adolescente sem a presença do responsável?

De acordo com a FEBRASGO, a ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico da jovem, seja em consulta de matrícula ou retornos. Porém, a participação da família é altamente desejável e os limites deste envolvimento devem ficar claros tanto para a família como para a paciente¹.

No Fórum Contraceção, Adolescência e Ética, realizado em 2002, com a participação e apoio da FEBRASGO e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), definiu-se que “a privacidade é o direito da adolescente de ser atendida sozinha independente da idade, em um espaço privado de consulta, reconhecendo sua autonomia e individualidade, onde será estimulada sua responsabilidade crescente com a saúde e/ou cuidado frente a eventuais processos patológicos de gravidade e limitação variáveis”^{2,3}.

Devo revelar fatos da consulta para o responsável?

Para responder esta questão devemos ter em mente as normativas que regem nossa prática médica. O sigilo médico é um direito garantido, bem definido pelo Código de Ética Médica nos artigos 73 e 74, respectivamente: “É vedado ao médico: revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente”; “É vedado ao médico: revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive aos seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”⁴.

A confidencialidade faz parte do Juramento de Hipócrates e do Código Penal Brasileiro de 1940, nos seus artigos 153 e 154. Havendo inclusive pena (artigo 154) de detenção de três meses a um ano ou multa quando “se revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que se tenha ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão e cuja revelação produzir dano a outrem”⁵.

Quando quebrar o sigilo da consulta?

A confidencialidade poderá ser abolida se a paciente não se mostrar confiável ou capaz¹.

Em algumas situações consideradas de risco, o sigilo também poderá ser quebrado: gravidez, abuso de drogas, não adesão a tratamentos propostos, presença de doenças graves, risco de vida a paciente ou a terceiros, déficit intelectual importante, distúrbios psiquiátricos, necessidade de realização de procedimentos de maior complexidade (ex.: biópsias e intervenções cirúrgicas)⁶.

Conforme as recomendações da FEBRASGO/SBP, em todas as situações em que se caracterizar necessidade da quebra do sigilo médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para a atitude⁶.

Devo revelar ao responsável que prescrevi um contraceptivo?

Conforme a FEBRASGO, os adoles-

centes têm direito a educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual, ao acesso e disponibilidade gratuita dos métodos contraceptivos. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade do adolescente, estimulando a responsabilidade com sua própria saúde³.

Os pais ou responsáveis serão informados sobre o conteúdo das consultas, como por exemplo, nas questões relacionadas a sexualidade e prescrição de contraceptivos, com o expreso consentimento da adolescente⁶.

Referências Bibliográficas:

1. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetria/ FEBRASGO. Aspectos ético-legais do atendimento a adolescente. Infante Puberal: manual de orientação. Herter LD editora. São Paulo: FEBRASGO, 2010.
2. Adolescência, Anticoncepção e Ética. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP, Federação das Sociedades Brasileiras de Ginecologia e Obstetria- FEBRASGO. Jornal de Pediatria, 2004; 80(1).
3. Ministério da Saúde. Orientações para o atendimento à saúde do adolescente. 2ª edição, Brasília – DF, 2013. [acesso 2014 fev 10] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_saude_da_adolescente.pdf.
4. Código de Ética Médica 2009. [acesso 2010 fev 08]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm
5. Código Penal Brasileiro. [acesso 2010 fev 08]. Disponível em http://www.dji.com.br/codigos/1040_dl_002848_cp/cp153a154.htm.
6. Morandini SM. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. O atendimento da adolescente. Boyacyan K, organizador. In.: Cadernos do CREMESP - Ética em ginecologia e obstetria. 4ª edição. São Paulo:2011. Cap 4,6, p.117-121

*Por Ivana Fernandes Souza -

Ginecologista / Especialização em Medicina do Adolescente. Fellow em Ginecologia da Infância e Adolescência pela Federação Internacional. Da Especialidade (FIGIJ). Professora do Curso e Medicina da UUNISUL



A responsabilidade civil da gestante na assistência pré-concepcional

Por Erial Lopes de Haro*

A vida do homem moderno esta permanentemente ameaçada pela doença, pela decrepitude, pela dor e pela morte, fantasmas caprichosos e persistentes que exigem constantes atenções e convincente esconjuro. São situações que levam médicos e pacientes a um ambiente em que a racionalidade dá facilmente lugar ao fantástico, tornando-se fácil alcançá-lo a semideuses os profissionais de tão duro mister, simultaneamente magos e sábios, eventualmente detentores da alquimia da cura. Neste contexto, a Arte Obstétrica, antes empreendida pelas aparadeiras no Século XIX, hoje por profissionais altamente capacitados e bem treinados, eleva a relação médico paciente a níveis impensáveis, já que o bem tutelado pelo médico é, antes da vida da própria paciente, a vida que ele fará surgir após o parto. Essa relação médico paciente nasce da confiança, cresce com a expectativa e se exauri com o nascimento.

Quando uma gestante procura um médico especialista e este, após a consulta a aceita como paciente, estabelece-se em geral um contrato de obrigação de meios e não de resultados, na medida em que não se pode garantir o sucesso esperado por ambos. A obrigação contratual do médico é a de dedicação, zelo profissional e prudência, e ele se torna responsável

pelos prejuízos que forem decorrentes da negligência, da imperícia ou da imprudência, e não pelo resultado de seu trabalho, cabendo ao paciente provar que houve a falha na prestação do serviço médico.

No entanto, especialmente na assistência pré-concepcional, situações ocorrem em que as pacientes, por assim dizer, deixam de aderir ao tratamento preconizado, chegando ao ponto de abandoná-lo por completo. Diversas são as razões para tal fato, dentre elas a impossibilidade de arcar as despesas dos cuidados com a saúde, baixa autoestima, demora em suspeitar da gravidez e ainda diferentes conceitos individuais ou culturais acerca da importância do pré-natal.

Desta forma, para a paciente, o dever do médico de atendê-la com todo cuidado e atenção necessária a uma gestação segura, é um direito inafastável. Mas, para que este direito (atendimento e tratamento) obtenha o resultado almejado pela paciente, haverá a imperiosa necessidade da esmerada obediência e adesão ao tratamento indicado por seu médico assistente. A não adesão, ou até mesmo recusa ao tratamento indicado, pode acarretar o insucesso do trabalho de parto, transferindo a responsabilidade à paciente, e não ao médico que após anos de estudo científico foi submetido a risco pela paciente

desidiosa. Esta tese jurídica encontra suporte no Artigo 945 do Código Civil, segundo o qual: “Se a vítima tiver concorrido culposamente para o evento danoso, a sua indenização será fixada tendo-se em conta a gravidade de sua culpa em confronto com a do autor do dano.”

Deverá o médico, diante de todo o acima alinhavado e estando sendo demandado por sua então paciente, comprovar o fato desconstitutivo do direito da autora da ação, através da comprovação da ocorrência desta condição excludente de responsabilidade. Os instrumentos documentais de prova hábeis para tanto são: contrato de prestação de serviço médico, prontuário médico e termo de consentimento informado. Deve ainda, o médico assistente, diligenciar no sentido de comprovar que a então paciente fora devidamente científica do risco que assumiu ao deixar de aderir ao tratamento por ele indicado, ressaltando, por fim, que toda alegação colocada em Juízo necessitará ser comprovada, seja através de documentos ou até mesmo prova testemunhal.

* Por Erial Lopes de Haro

Advogado especialista em Direito Médico

Eleições SOGISC 2014-2017

A atual diretoria da SOGISC está terminando seu mandato em outubro próximo. Respeitando as normas do estatuto comunicamos que estão abertas as inscrições das novas chapas.

NORMAS PARA INSCRIÇÃO DAS CHAPAS:

- Poderão inscrever-se somente chapas que contenham doze associados Titulados (com TEGO), quites com a tesouraria na data da publicação do edital de convocação e também sócios da Associação Catarinense de

Medicina (ACM). As chapas devem ser apresentadas por quinze associados quites com a tesouraria e não pertencentes à mesma.

- A eleição se fará por maioria simples do número de votos, podendo exercer o direito de voto os associados Eméritos, Efetivos e Titulados, quites com a tesouraria na data da publicação do edital de convocação da eleição.

- É permitida a reeleição para o mesmo cargo, uma única vez, não sendo exigido que o candidato se afaste de seu cargo no período antecedente ao pleito.

- As inscrições das chapas devem ser realizadas até dia 22/09/2014.

- As células eleitorais serão enviadas via correio a partir de 29/09/2014 e devolvidos até as 18:00 horas do dia 28/10/2014. Os votos serão contados pelos membros do comitê eleitoral no dia 28/10/2014, às 20:00 horas.

- A posse da nova diretoria dar-se a no dia 30/10/2014, dois dias após a divulgação dos resultados das eleições pelo comitê eleitoral.

- O mandato da Diretoria será de três anos e os cargos serão sempre efetivos.

Encontro de Educação Continuada de Blumenau

DATA: 30 e 31/05/2014
LOCAL: Auditório da Unimed

PROGRAMAÇÃO:

30/05, 6ª feira:

19:45-20:00 Abertura

20:00-20:45 *Acompanhamento pré-natal da gestação múltipla* - Mario Julio Franco // Presidente: Daniel Fabrício Bruns

20:45-21:30 *Uso da testosterona na TH: quando e como?* - Evaldo dos Santos // Presidente: Muriel Salette Giongo

31/05, Sábado:

08:30-09:30 *Prematuridade extrema* - Coordenador: Márcio Westphal da Silva

Momento da antecipação do parto na insuficiência placentária grave - Mario Julio Franco

Prognóstico neonatal dos prematuros extremos - Mário Celso Schmidt

09:30-10:15 *Osteopenia e osteoporose: quando e como tratar* - Evaldo dos Santos // Presidente: Patricia Tomazelli

10:15-10:45 Intervalo

10:45-11:30 *O que realmente deve fazer parte da rotina pré-natal?* - Jorge Abi Saab Neto // Presidente: Gustavo De Ré

11:30-12:15 *Diagnóstico e manejo da pré-eclâmpsia* - Jorge Abi Saab Neto // Presidente: Jacy Bruns

INSCRIÇÕES: na Oceano Eventos ou no local

VALOR: Sócio quite: gratuito

Sócio não quite ou não sócio: 80,00

Estudante: 40,00

APOIO: MSD

Encontro de Educação Continuada de Joaçaba

DATA: 15 e 16/08/2014
LOCAL: Hotel Jaraguá

PROGRAMAÇÃO:

15/08, 6ª feira:

19:45-20:00 Abertura

20:00-20:45 *Rastreamento e prevenção do TPP* - Mario Júlio Franco

20:45-21:30 *Diagnóstico e tratamento da endometriose* - Ricardo Nascimento

16/08, Sábado:

08:30-09:15 *HPV: tratamento das lesões clínicas e subclínicas* - Edison Natal Fedrizzi

09:15-09:45 *Indução da ovulação em consultório: quando e como?* - Ricardo Nascimento

09:45-10:15 *Investigação e manejo da amenorréia secundária* - Evaldo dos Santos

10:15-10:45 Intervalo

10:45-11:30 *Rastreamento das malformações fetais / importância do US morfológico* - Mario Julio Franco

11:30-12:15 *Vulvovaginites de repetição* - Edison Natal Fedrizzi

INSCRIÇÕES: na Oceano Eventos ou no local

VALOR: Sócio quite: gratuito

Sócio não quite ou não sócio: 80,00

Estudante: 40,00

APOIO: MSD