

VALORIZAR O PASSADO! PENSAR O PRESENTE! PLANEJAR O FUTURO!

SOGISC HOMENAGEIA EX-PRESIDENTES E SÓCIOS EMÉRITOS

**Novidade:
anticoncepção com
estrogênio natural**

Página 4

**Artigo Científico:
Abordagem das disfun-
ções sexuais femininas**

Página 8

**Unimed paga coleta
da citologia oncótica
para ginecologistas**

Página 9

DEVER CUMPRIDO! INTEGRAÇÃO DE TODA A GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA CATARINENSE

Caros colegas ginecologistas e obstetras de Santa Catarina, é com sentimento de dever cumprido que encerramos as atividades do ano de 2010, frente à gestão da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina.

No ano de 2011, a diretoria SOGISC continuará com o objetivo principal de promover a integração de toda a ginecologia e obstetrícia do estado.

Este ano de 2010 foi extremamente dinâmico e proveitoso. Foram realizados os encontros de Educação Continuada em Chapecó, Blumenau, Joinville e Florianópolis, além de uma memorável comemoração dos cinquenta anos associativos da ginecologia e obstetrícia catarinense e o jantar dançante de confraternização do final de ano.

Colocamo-nos a disposição para canalizar as energias de todos os associados, no sentido de melhorar as nossas condições de atuação dentro da ginecologia e obstetrícia e ampliar a discussão na valorização do trabalho médico e de nossa remuneração.

“Não se deve medir o sucesso pela posição alcançada na vida, mas pelos obstáculos que se teve de superar!”
(Booker Washington)

DR. MANOEL PEREIRA PINTO FILHO
PRESIDENTE DA SOGISC

DRA. SHEILA KOETTKER DA SILVEIRA
VICE-PRESIDENTE DA SOGISC

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

Agenda de Eventos

Hormogin 2011

18 e 19 de fevereiro de 2011

São Paulo/SP

Site: www.hormogin.com.br/spaulo.htm

Encontro de Educação Continuada da SOGISC

18 e 19 de março de 2011

Tubarão e Criciúma/SC

Informações: (48) 3432-4292 e

(48) 3628-1587

E-mail: vilsonlm@terra.com.br ou

andreabongiolo@terra.com.br

Congresso Catarinense de Ginecologia e Obstetrícia

02 a 04 de junho de 2011

Blumenau/SC

E-mail: secretaria@sogisc.org.br

Congresso Mundial de Menopausa

08 a 12 de junho de 2011

Roma/Itália

E-mail: jwright.ims@btopenworld.com

44º Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal

5º Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetrícia do DF

1º Congresso Internacional de Cirurgia em Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal

15 a 17 de junho de 2011

Brasília/DF

Informações: (61) 3245-3681

Site: www.sgob.com.br

XIV Congress of Cervical Patology and Colposcopy

04 a 07 de julho de 2011

Rio de Janeiro/RJ

Site: www.colposcopy2011.com.br

Congresso da Associação Latina de Ginecologia da Infância e Adolescência (ALOGIA)

07 a 09 de julho de 2011

Santiago/Chile

Site: www.alogiaonline.org

XI Jornada Joinvilense de Ginecologia e Obstetrícia

Encontro de Educação Continuada da SOGISC em Joinville

A XI Jornada Joinvilense de Ginecologia e Obstetrícia, o Encontro de Educação Continuada da SOGISC, o I Encontro de Patologia do Trato Genital Inferior e o II Encontro de Perinatologia foram realizados no Bourbon Business Hotel dos dias 23 a 25 de setembro de 2010.

A XI Jornada Joinvilense de Ginecologia e Obstetrícia trouxe para o debate a prevenção do câncer de colo de útero que é o câncer mais comum entre as mulheres no Brasil correspondendo a 24% dos casos de cânceres.

Na tarde de quinta tivemos os trabalhos da Pré-Jornada com conferências sobre a Patologia do Trato Genital Inferior, sob a coordenação do médico Gastão Schwarz Júnior de Joinville e sobre Diabetes Gestacional com a coordenação da médica Amanda Heinen.

A XI Jornada foi aberta oficialmente às 19 horas e seguiu a Conferência de Abertura: "Terapia Hormonal no Climatério: Sim, Não, Quando e Como?", com o médico ginecologista Lucas Vianna Machado de Belo Horizonte/MG.

Na sexta, dia 24, os assuntos em foco foram destaque as novidades em Diabetes Gestacional e o seu tratamento, e também a conferência sobre Anticoncepção e Sexualidade uma escolha Compartilhada, com o médico ginecologista Eliano Pellini de São Paulo/SP.

Dr. Eliano Pellini ministrou o curso de vinhos, evidenciando os benefícios da bebida para a saúde.

No sábado as conferências abordaram temas sobre Doenças da Vulva – Diagnóstico e Tratamento, com a conferencista, a médica ginecologista, Lana Maria Aguiar, de São Paulo/SP, e a Análise Crítica dos Métodos Diagnósticos em Mama, com o conferencista, o médico Carlos Gilberto Crippa de Florianópolis. O evento foi encerrado com a conferência sobre Endometriose, com o médico ginecologista, Mauricio Simões Abrão de São Paulo, capital.

O evento foi um grande sucesso tivemos a participação de 200 pessoas entre eles médicos, residentes e acadêmicos.



ILHA FÉRTIL

Clínica de Medicina Reprodutiva

Dra. Ana Lucia Bertini Zarth, 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.

Novidade: Contraceptivo oral com estrogênio natural

Dra. Ivana Fernandes Souza

As pílulas contraceptivas quando lançadas na década de 60, causaram grande impacto, influenciando e modificando o comportamento sexual até então vigente. Sua utilização permitiu a desvinculação do sexo com a procriação e o exercício mais livre da sexualidade.

Inúmeras modificações ocorreram nas formulações dos anticoncepcionais orais desde seu lançamento, incluindo a diminuição gradativa do estrogênio e a utilização de diferentes agentes progestacionais.

As primeiras pílulas disponíveis, consideradas de alta dosagem, tinham 150 mcg de etinil estradiol (estrogênio sintético), estando associadas a uma série de efeitos indesejáveis. Posteriormente foram introduzidas as pílulas de média dosagem, aquelas com 50 mcg de estrogênio. Nas últimas décadas vêm se dando preferência à utilização das chamadas pílulas de baixa dosagem, aquelas com 35, 30, 20 ou 15 mcg de etinil estradiol na sua formulação.

Hoje estão disponíveis diferentes agentes progestacionais, uns mais androgênicos, outros menos e alguns com ação anti-androgênica. Assim temos os derivados da 19 nor-testosterona: o levonorgestrel (maior ação androgênica), a noretisterona, o gestodeno, o desogestrel e o norgestimato. Os derivados da 17 hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona, acetato de ciproterona (marcada ação anti-androgênica), acetato de clormadinona e mais recentemente um derivado da espironolactona, a drospironona (ação anti-mineralocorticoide).

Sabe-se que o grande vilão dos contraceptivos orais, é sobretudo, o estrogênio, sendo a ele atribuído os principais riscos cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, elevação da pressão arterial, tromboembolismo, acidente vascular cerebral, entre outros.

Visando minimizar os efeitos indesejáveis, sobretudo cardiovasculares, além de proporcionar maior segurança às usuárias, há tempos vêm-se buscan-

do elaborar um anti-contraceptivo oral a base de estrogênio natural. A grande dificuldade era conseguir uma associação estroprogestativa que permitisse um bom controle do ciclo e garantisse eficácia contraceptiva às usuárias.

Recentemente foi lançado na Europa, pelo laboratório Bayer Schering Pharma, o primeiro contraceptivo oral combinado contendo estrogênio natural, o valerato de estradiol. O valerato de estradiol não é um estrogênio novo, vem sendo utilizado há alguns anos na contracepção hormonal injetável mensal, a novidade é a sua utilização na contracepção oral.

A nova pílula anticoncepcional, lançada na Europa com o nome comercial de Qlaira, é composta pela associação do valerato de estradiol (estrogênio natural) a um progestágeno derivado da 19-nortestosterona, porém desprovido de efeito androgênico, o dienogest.

A nova formulação está disponível em regime quadrifásico, composto de 28 comprimidos, com aumento gradativo da progesterona e diminuição progressiva do estradiol. As publicações mais recentes a cerca deste contraceptivo evidenciam menor intensidade e menor número de dias do sangramento menstrual, índice de Pearl em torno de 0,4 e boa aceitação entre as usuárias.

Resta-nos aguardar seu lançamento no Brasil, previsto para o início de 2011 e esperar que futuros estudos comparem as atuais pílulas disponíveis (com suas diferentes quantidades de etinil estradiol), com a nova pílula de estrogênio natural. Aí sim sabermos se o uso do estrogênio natural irá realmente garantir menores riscos cardiovasculares e menores efeitos colaterais às usuárias. Isto é o que todos esperamos!



Por Dra. Ivana Fernandes Souza*

*Professora do Sistema Materno Infantil da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Fellow em Ginecologia e Obstetrícia pela Federação Internacional da Especialidade (FIGIJ). Delegada da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia da Infância e Adolescência (SOGIA) em SC.



Referências bibliográficas:

1. Neto, A.A. Contracepção hormonal. Belo Horizonte. Ed Coopmed, 2000.
2. Palacios S; Wildt L; Parke S; Machlitt A; Römer T. Efficacy and safety of a novel oral contraceptive based on estradiol (oestradiol valerate/dienogest): a Phase III trial. *Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010, 149(1):57-62.
3. Hoy, S.M.; Scott, L.J. Estradiol Valerate/Dienogest In Oral Contraception." *Adis Drugs Profile* 2009; 69 (12): 1635-1646
4. Ahrendt,H.J.; Makalowab D. et al. Bleeding pattern and cycle control with an estradiol-based oral contraceptive: a seven cycle, randomized comparative trial of estradiol valerate/dienogest and ethynil estradiol/levonorgestrel. *Contraception.* 2009; 80(5): 436-44.

Encontro de Educação Continuada de Florianópolis

Ponto alto – 149 ginecologistas inscritos

Dr. Manoel Pereira Pinto Filho

“Pouco conhecimento faz com que as criaturas se sintam orgulhosas. Muito conhecimento, que se sintam humildes. É assim que as espigas sem grãos erguem desdenhosamente a cabeça para o céu, enquanto as cheias a baixam para a terra, sua mãe.”

(Leonardo da Vinci)

O quarto encontro científico de educação continuada do ano de 2010, promovido pela SOGISC em Florianópolis, se traduziu em um grande sucesso, devido principalmente, ao alto padrão científico das palestras realizadas pelas Professoras Doutoras Carmita Abdo da Universidade Federal de São Paulo, Sophie Derchain da Universidade de Campinas e Claudete Regiane da Universidade Federal do Paraná.

O evento atingiu amplamente os objetivos de promover discussão dos temas do dia a dia dos ginecologistas como: sexualidade humana, oncologia ginecológica e anticoncepção hormonal.

Novamente em Florianópolis o

grande destaque nos dois dias, como o ocorrido nos encontros de Chapecó, Blumenau e Joinville, foi a participação maciça de Ginecologistas e Obstetras de todo o estado atingindo um número de 149 inscritos.



Comemoração cinquenta anos associativos SOGISC

Valorizar o passado! Pensar o presente! Planejar o futuro!

A Sociedade de Obstétrica e Ginecologia de Santa Catarina (SOGISC), foi fundada em 24 de julho de 1999, sob a então competente e atuante liderança do Presidente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Associação Catarinense de Medicina, Dorival Antonio Vitorello. Foi a consolidação da memorável iniciativa associativa de seis Médicos Ginecologistas e Obstetras, em 03 de setembro de



1960, conforme consta na Ata daquela reunião, onde estavam presentes os Sócios Fundadores: Renato Henrique Ferreira e Costa, Zulmar Lins Neves,

Walmor Zomer Garcia, Holdemar de Menezes, Hamilton Rogério Sanford de Vasconcelos e Huri Gomes Mendonça.

Homenagem e reconhecimento

Memorável dia 27 de novembro de 2010

A diretoria da SOGISC discutiu e aprovou em reunião ordinária a iniciativa de promover um evento solene de comemoração dos cinquenta anos associativos da Ginecologia e Obstetrícia Catarinense.

Com o destaque da excelente condução do Jornalista Mario Mota, no dia 27 de Novembro de 2010, no anfiteatro do Hotel Majestic no centro de Florianópolis, foram homenageados os Sócios Fundadores, Sócios Eméritos e Ex-presidentes da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina.

Fizeram uso da palavra o presidente atual da SOGISC, Dr. Manoel Pereira Pinto Filho, o representante dos presidentes do Departamento de Tocoginecologia da Associação Catarinense de Medicina, Dr. Jorge Abi Saab Neto, o representante dos ex-presidentes SOGISC Dr. Dorival Antonio Vitorello, o representante dos Sócios Eméritos Dr Luiz Carlos Lins e o representante dos fundadores Dr. Walmor Zomer Garcia.

Foi oferecido e entregue pelos

membros da diretoria atual, Dra. Sheila Koettker da Silveira, Dra. Ivana Fernandes e Dr. Vanio Cardoso Lisboa um estojo contendo uma caneta e uma lapiseira personalizados com a seguinte frase "SOGISC CINQUENTA ANOS" para os Sócios Fundadores: Dr. Renato Henrique Ferreira e Costa e Dr. Walmor Zomer Garcia, Ex-presidentes: Dr. Wallace Ferreira Lobo, Dr. Jorge Abi Saab Neto, Dr. Luiz Carlos Lins, Dr. Ricardo Nascimento, Dr. Dorival Antonio Vitorello, Dr. Alberto Trapani Junior e a Dra. Leisa Beatriz Grandó e para os Sócios Eméritos: Antonio Merhy Seleme, Cyro da Silva Jardim, Fernando Artur Springmann, Gabriel Dequech Filho, Germano Hoffmann, Hamilton Rogerio S. Vasconcellos, Helio Vasquez de Moura, Luiz Carlos Lins, Martinho Herculano Ghizzo,

Nevecinio Ramos Wanderley, Osvaldo Jose Nogueira, Renato Henrique Ferreira e Costa, Rene Antonio Anze Pacheco, Sergio Velinho de Vasconcelos, Sigmar Adolfo Hendel, Wallace Ferreira Lobo, Walmor Zomer Garcia, Wilma Machado Carrilho, Célio Rogerio Ramos, Mario Ernesto Canseco, Yasutsura Takimoto.

O evento foi finalizado com a brilhante execução ao piano do hino de Santa Catarina e a música "Amigos para sempre".



Baile de confraternização de final de ano Parabéns SOGISC

Mantida a tradição!

A tradição da realização de um baile de confraternização de final de ano para os Ginecologistas e Obstetras de toda Santa Catarina, foi mantida, apesar da dificuldade encontrada, novamente nesse ano, na aquisição de recursos de patrocínio para este evento.

Reuniram-se no dia 27 de novembro, no salão de festas do Hotel Majestic, aproximadamente trezentos convidados entre sócios homenageados, ginecologistas e obstetras de toda Santa Catarina e seus familiares.

Os associados foram agraciados com uma vista maravilhosa da Baía da Beira Mar Norte além de uma decoração luxuosa e gastronomia de muito bom gosto.

O objetivo de promover a integração descontraída entre os sócios foi plenamente cumprido.



Disfunções sexuais femininas: das causas às condutas

Dra. Carmita Abdo

Define-se disfunção sexual como a incapacidade de participar do relacionamento sexual com satisfação¹. O diagnóstico deve considerar o tempo de duração do problema sexual (maior que seis meses), a presença de sofrimento e de dificuldades interpessoais decorrentes.

A Organização Mundial da Saúde classifica as dificuldades sexuais femininas (DSF) em: ausência ou perda do desejo; aversão sexual e ausência de prazer sexual; transtorno de excitação; disfunção orgásmica; vaginismo e dispareunia não orgânicos; e impulso sexual excessivo¹.

Os fatores de risco para DSF são: envelhecimento, dificuldades interpessoais, maus hábitos de vida (sedentarismo, obesidade, estresse, tabagismo, abuso de álcool, uso de drogas, especialmente), condições médicas (diabetes, hipertensão, dislipidemias, doenças cardiovasculares, alterações hormonais, desordens genitais, ansiedade e depressão) e medicamentos que afetam adversamente a libido (diuréticos, anti-hipertensivos, antialérgicos, antiulcerosos, anorexígenos estabilizadores de humor, anticonvulsivantes e antidepressivos, por exemplo)².

A depressão exerce papel relevante na deflagração das DSF, principalmente na inibição do desejo. Maior risco para depressão está associado às alterações nos níveis estrogênicos, à infertilidade, ao aborto e à fase perimenopausal³.

Consumo abusivo de álcool, uso de drogas, medicamentos e doenças sistêmicas também podem gerar ou manter o quadro depressivo e a dificuldade sexual².

Disfunções sexuais podem ser induzidas por antidepressivos, o que pode levar ao abandono do tratamento, resultando em cronificação do quadro e da sintomatologia sexual devida à depressão⁴.

Na transição menopáusica são comuns menor frequência sexual, desejo diminuído, excitação mais lenta, além de lubrificação vaginal preju-

dicada, causando dor no ato sexual (dispareunia).

Quando não tratadas, as disfunções sexuais tendem a evoluir com agravamento e cronificação, prejudicando outros aspectos da vida (auto-imagem, profissão, relacionamento familiar e social).

Tratamento

Legitimar o prazer sexual da mulher e dirimir mitos, tabus e preconceitos pode ser suficiente para solucionar uma parte dos problemas sexuais femininos. Orientar é, portanto, papel do médico, prevenindo assim a cronificação do problema⁵.

Visto que a depressão e o tratamento antidepressivo podem agravar a disfunção sexual, a prescrição do medicamento deve considerar o perfil da paciente a fim de oferecer maior possibilidade de adesão.

Estrógenos são utilizados para alívio dos sintomas da menopausa. Já a terapia androgênica pode ser indicada para mulheres pós-menopausadas, ooforectomizadas ou pós-quirúrgica ou radioterapia em ovário, com falta de desejo sexual, desde que observados os rígidos critérios de contra-indicação. A paciente deve estar sob terapia estrogênica⁶.

Inibidores da recaptção da dopamina (bupropiona) podem ser utilizados contra a falta de desejo/excitação, não decorrentes de deficiência hormonal ou doenças sistêmicas.

A terapia sexual é fundamental nas DSF, especialmente nos casos em que a dificuldade sexual está relacionada a conflitos com o parceiro, imaturidade emocional, falta de habilidade sexual ou depressão.

Prevenção

Cuidados com a educação e a saúde geral devem nortear a prevenção das DSF. Essas disfunções frequentemente não são diagnosticadas, devido às dificuldades tanto das pacientes como dos profissionais da saúde para lidar com a sexualidade da mulher. Com isso, o tratamento torna-se tardio e mais trabalhoso.

Conclusão

Para o diagnóstico de disfunção se-

xual, deve-se considerar o tempo de duração (maior de seis meses), o sofrimento e as dificuldades interpessoais decorrentes. Quando não tratadas, as disfunções sexuais tendem a se cronificar e agravar, comprometendo também outros aspectos da vida. Podem levar à depressão e/ou à ansiedade, o que desencadeia e mantém um ciclo vicioso. Se associadas a outros transtornos mentais ou físicos exigem tratamento também das doenças a elas associadas.

Por Dra. Carmita Abdo*

*Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.



Referências bibliográficas:

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
2. Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet* 2007;369:409-24.
3. Stahl SM. Natural estrogen as an antidepressant for women. *J Clin Psychiatry* 2001;62(6):404-5.
4. Montejo-Gonzalez AL, Llorca G, et al. SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther* 1997;23(3):176-94.
5. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiquiatr* 2006;33:162-7.
6. North American Menopause Society (NAMS). The role of testosterone therapy in postmenopausal women: position statement of North American Menopause Society. *Menopause* 2005;12(5):497-511.

Honorário médico: Coleta cérvico vaginal

Caros associados:

Vimos anunciar que já foi aprovada, por parte da Unimed-Florianópolis, o pagamento ao ginecologista, do ato da coleta do material cérvico-vaginal, em separado do valor da consulta ginecológica.

Este resultado é fruto do trabalho de um grupo de profissionais que integram a Associação Médica Brasileira (AMB) na construção da CBHPM, através da qual estes procedimentos foram pela primeira vez concebidos como atos separados. Desde então integrantes da nossa especialidade têm estabelecido constantes discussões acerca do cumprimento desta, no esforço de melhoria da remuneração médica num setor tão particularmente afetado como a ginecologia e obstetrícia. A própria Agência Nacional de Saúde (ANS) reconhece no rol de seus procedimentos, este ato em separado.

Havia um entendimento das operadoras de planos de saúde que o exame ginecológico com passagem de espéculo e avaliação de colo uterino era parte obrigatória da consulta médica, sendo que a coleta do material cervicovaginal integrava esta avaliação, não adicionando custo operacional ao procedimento da consulta.

O que estava sendo desconsiderado era que cabe ao médico assistente todo o custo do material envolvido como: camisola, espéculo, pinça Cheron, luvas, lugol, entre outros.

Já havíamos sido questionados, por parte de alguns associados, quanto a necessidade de posicionamento da SOGISC na defesa do médico ginecologista nesta questão.

Em abril de 2010, integramos o comitê de especialidade da Unimed-Florianópolis, reunido com objetivo de auxiliar a padronização das condutas médicas na área, o que incluiu o debate sobre a necessidade de remuneração do ato da coleta à parte do valor da consulta médica. Foi então levantado a necessidade de remuneração e, até então, aguardávamos o

posicionamento da cooperativa.

Cabe salientar que não somos pioneiros nesta questão, uma vez que várias operadoras foram questionadas neste aspecto e o pagamento já é executado em diversos pontos do país.

Finalmente recebemos da Unimed-Florianópolis um comunicado, cujo texto é exposto abaixo, em que somos informados sobre o resultado do nosso questionamento:

“A Diretoria de Gestão da Rede Prestadora da Unimed Grande Florianópolis (UGF) informa que foi aprovada na 47ª reunião do Colégio Nacional de Auditores Médicos Unimed, ocorrida em dezembro/2010, a possibilidade do pagamento do procedimento Coleta de material cérvico-vaginal (CBHPM 4.13.01.09-9)

“Sendo assim, fica estabelecido que o pagamento será realizado à parte da consulta, inclusive pela UNIMED intercâmbio, mediante o código (CBHPM 4.13.01.09-9). Cabe a nós especialistas operacionalizar esta cobrança em nossos consultórios e checar devidamente seu recebimento”.



concomitantemente com a consulta médica.

A seguir, a Divisão de Auditoria da cooperativa defendeu com sucesso esse entendimento também nas reuniões de auditores da Federação/SC e da Unimed do Brasil, conseguindo alterar as normas que regem os clientes em intercâmbio.”

Sendo assim, fica estabelecido que o pagamento será realizado à parte da consulta, inclusive pela UNIMED intercâmbio, mediante o código (CBHPM 4.13.01.09-9). Cabe a nós especialistas operacionalizar esta cobrança em nossos consultórios e checar devidamente seu recebimento.

Como membro da diretoria da SOGISC venho compartilhar nossa satisfação com o desfecho desta questão e reafirmar nosso reconhecimento do importante papel das sociedades na defesa do trabalho do especialista médico.

Colocamo-nos à disposição do associado para dúvidas ou questionamentos e reforçamos que a função da SOGISC é a representação do médico ginecologista catarinense frente também à questões como esta. A participação, assim como as colocações do associado, são de fundamental importância neste processo.

DRA. ADRIANA M. DE OLIVEIRA FREITAS
TESOUREIRA DA SOGISC

70% das mulheres que experimentaram NuvaRing® decidiram continuar.¹

Uma vez ao mês:
conveniência que nenhuma
pílula pode oferecer.^{2,3}

NuvaRing® não deve ser utilizado na presença de trombose venosa ou arterial, atual ou pregressa, acompanhada ou não de embolia pulmonar.⁴ Pode-se esperar interações durante o uso concomitante de NuvaRing® com hidantoínas, barbituratos, primidona, carbamazepina, rifampicina.⁴

NUVARING® 
etonogestrel
etinilestradiol

Uma vez ao mês.
Conveniência que nenhuma pílula
pode oferecer.^{2,3}



etonogestrel
etinilestradiol

Uma vez ao mês. Conveniência que nenhuma pílula pode oferecer.^{1,2}

Referências Bibliográficas: 1. Creinin MD et al. Multicenter comparison of the contraceptive ring and patch: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008;111 (2 PART 1):267-277. 2. Roumen FJ. Review of the combined contraceptive vaginal ring, NuvaRing. *Thier Clin Risk Manag*. 2008 Apr; 4(2): 441-51. 3. Pesquisa NuvaRing[®] Neixos 2007. 4. Bula do produto NuvaRing[®].

NuvaRing[®] Etonogestrel/ Etinilestradiol. APRESENTAÇÃO: cartucho contendo 1 anel vaginal acondicionado em um sachê de alumínio à prova de água. Cada anel vaginal contém: **etonogestrel** 11,7 mg, **etinilestradiol** 2,7 mg. NuvaRing[®] libera uma quantidade média diária de **etonogestrel** e **etinilestradiol** de 0,120 mg e 0,015 mg, respectivamente, por um período de 3 semanas. **INDICAÇÕES:** contracepção. **CONTRAINDICAÇÕES:** NuvaRing[®] não deve ser utilizado na presença de qualquer das condições mencionadas a seguir ou se elas ocorrerem pela 1ª vez o anel deve ser retirado imediatamente: trombose venosa (TVP) atual ou prégressa, acompanhada ou não de embolia pulmonar; trombose arterial atual ou prégressa ou respectivas condições prodrômicas; predisposição hereditária ou adquirida para trombose venosa ou arterial; diabetes mellitus com comprometimento vascular; presença de fator de risco grave ou múltiplos fatores para TVP ou arterial; presença ou história de hepatopatia graves com persistência de valores anormais das provas de função hepática; presença ou história de tumores hepáticos benignos ou malignos, condições malignas suspeitas ou conhecidas dos órgãos genitais ou das mamas, quando induzidas por esteróides; sangramento vaginal não diagnosticado; hipersensibilidade a qualquer dos componentes de NuvaRing[®]. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** o uso de contraceptivos hormonais tem sido associado com a ocorrência de trombose venosa (trombose venosa profunda e embolia pulmonar) e trombose arterial e suas complicações, algumas vezes com consequências fatais. Considerar o risco aumentado em mulheres submetidas à imobilização prolongada, cirurgia grande, qualquer cirurgia nos membros inferiores ou traumatismo importante. Outras condições médicas que foram associadas a eventos adversos circulatórios incluem o diabetes mellitus, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome hemolítico-urêmica, doença intestinal inflamatória crônica (doença de Crohn ou colite ulcerativa). Deve-se considerar o aumento do risco de tromboembolismo no puerpério. Aumento na frequência ou intensidade de crises de enxaqueca durante o uso de contraceptivos hormonais (que pode ser considerado prodrômico de evento cerebrovascular), pode ser uma razão de descontinuação imediata de NuvaRing[®]. Alguns estudos epidemiológicos mostraram que o uso prolongado de contraceptivos orais aumenta o risco de câncer cervical uterino em usuárias infectadas pelo HPV. Não estão disponíveis dados epidemiológicos sobre o risco de câncer cervical em usuárias de NuvaRing[®]. Dados epidemiológicos mostraram que há um discreto aumento do risco relativo (RR=1,24) de apresentar câncer de mama diagnosticado em mulheres utilizando contraceptivos orais. Foram relatados em usuárias de contraceptivos orais, em raros casos, tumores benignos da fígado e, ainda mais raramente, tumores malignos hepáticos. Mulheres com diagnóstico ou com antecedentes familiares de hipertriglicidemia poderiam estar sob risco aumentado de pancreatite quando em uso de contraceptivos hormonais. Embora tenham sido relatados pequenos aumentos da pressão arterial em muitas mulheres recebendo contraceptivos hormonais, são raros aumentos clinicamente relevantes. Não foi estabelecida uma relação entre o uso de contraceptivos hormonais e diagnóstico clínico de hipertensão arterial. A ocorrência ou a deterioração das condições mencionadas abaixo foram relatadas tanto durante a gravidez quanto durante o uso de contraceptivos hormonais, mas a existência de associação com o uso dos contraceptivos não foi conclusiva: icterícia e/ou prurido relacionado à colestase, formação de cálculos biliares, porfiria, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome hemolítico-urêmica, coreia de Sydenham, herpes gestacional, perda de audição relacionada à otosclerose. Distúrbios agudos ou crônicos da função hepática podem necessitar a descontinuação de NuvaRing[®] até que os valores das provas de função hepática retornem ao normal. Se houver recorrência de icterícia colestática e/ou prurido relacionado à colestase, ocorridas previamente durante a gravidez ou durante a utilização anterior de esteróides sexuais, o uso de NuvaRing[®] deve ser suspenso. Embora os estrogênios e os progestagênios possam apresentar um efeito sobre a resistência periférica à insulina e tolerância à glicose, não há evidências de que seja necessário alterar o esquema terapêutico em pacientes diabéticas utilizando contraceptivos hormonais. Foram relatadas piora da doença de Crohn e colite ulcerativa em associação ao uso de contraceptivos hormonais. Ocasionalmente pode ocorrer cefaleia. Caso a mulher apresente uma das condições a seguir, ela pode não ser capaz de inserir NuvaRing[®] corretamente ou pode perder o anel: prolapso uterino, cistocele ou retocele, constipação grave ou crônica. Ocasionalmente as pacientes podem apresentar vaginite durante o uso de NuvaRing[®]. Não há indicações de que a eficácia de NuvaRing[®] seja afetada pelo tratamento de vaginite, nem que o uso de NuvaRing[®] afete o tratamento da vaginite. As pacientes devem ser informadas de que NuvaRing[®] não protege contra infecções por HIV (AIDS) e outras doenças sexualmente transmissíveis. A eficácia de NuvaRing[®] pode ser reduzida, caso não sejam seguidas as recomendações desta bula ou se houver uso concomitante com outros medicamentos. Durante o uso de NuvaRing[®] pode ocorrer sangramento irregular em algumas mulheres e pode não ocorrer sangramento de privação durante o período de intervalo sem o anel. Em ocasiões muito raras foram relatados casos de rompimento de NuvaRing[®] durante o uso. NuvaRing[®] destina-se ao uso em mulheres em idade fértil. O uso de NuvaRing[®] durante a gravidez não é indicado. Por causa da administração intravaginal, as concentrações uterinas dos esteróides contraceptivos em usuárias de NuvaRing[®] são provavelmente mais altas do que nas usuárias de COCs. Dessa forma, não pode ser excluído efeito sobre o feto. NuvaRing[®] não deve ser recomendado até que a mãe tenha completado o período de amamentação desejado. **REAÇÕES ADVERSAS:** cefaleia, vaginite e leucorreia, cada uma relatada por 5-6% das mulheres. Outras reações adversas comuns > 1/100 foram: dor abdominal, náusea, vaginite; expulsão do anel, desconforto relacionado ao anel, aumento de peso, cefaleia, labilidade emocional, diminuição a libido, dor pélvica, dor nas mamas, sensação de corpo estranho na vagina, dismenorreia, leucorreia, desconforto vulvovaginal, acne. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** podem levar a sangramento intermenstrual e/ou falha contraceptiva. Podem ocorrer interações com medicamentos indutores de enzimas microsossomais, que podem resultar em aumento do clearance dos hormônios sexuais (por ex., fenitoína, fenobarbital, primidona, carbamazepina, rifampicina e, possivelmente, também oxcarbazepina, topiramato, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos contendo *Hypericum perforatum*). No uso de antibióticos (exceto amoxicilina e doxiciclina) deve-se utilizar método contraceptivo de barreira até 7 dias após a descontinuação do fármaco. É improvável que anticonvulsivos e espermicidas administrados por via vaginal afetem a eficácia contraceptiva e a segurança de NuvaRing[®]. Dados farmacocinéticos demonstraram que o uso (e absorventes internos não afetou a absorção sistêmica dos hormônios liberados por NuvaRing[®]). O uso de contraceptivos esteróides pode influenciar o resultado de determinados exames laboratoriais, incluindo parâmetros bioquímicos hepáticos, funções renal, tireoidal e adrenal, níveis plasmáticos de proteínas carrieras, frações lipídicas/lipoproteína, parâmetros do metabolismo de carboidratos e de fibrinólise e de coagulação. **POSOLOGIA:** NuvaRing[®] é colocado e retirado da vagina pela própria paciente. O médico deve instruí-la quando você for utilizar NuvaRing[®] pela 1ª vez. É importante que o anel seja inserido no dia apropriado (1º dia do ciclo natural da mulher/nó caso de troca de COC, o mais tardar, no dia seguinte ao intervalo sem medicamento/ imediatamente em caso de aborto de 1º trimestre e método oral à base de progestagênio isolado/ durante a 4ª semana após parto ou aborto no 2º trimestre). Para a inserção a mulher deve escolher a posição que achar mais confortável. NuvaRing[®] deve ser comprimido e inserido na vagina até se obter sensação de conforto. A posição exata de NuvaRing[®] na vagina não é crítica para o efeito contraceptivo do anel. Após inserido, NuvaRing[®] deve permanecer na vagina durante 3 semanas, continuamente. Caso o anel seja expulso acidentalmente, ele pode ser enxaguado com água fria ou morna e deverá ser reinserto imediatamente. Inserir novo anel após intervalo de uma semana. NuvaRing[®] pode ser removido engançando o dedo indicador sob o anel ou segurando o anel entre os dedos indicador e médio. Uma vez retirado, o anel usado deve ser colocado no sachê e descartado no lixo comum. **SUPERDOSE:** não há relatos de eventos adversos graves em decorrência de superdosagem de contraceptivos hormonais. Nessa situação, os sintomas que podem ocorrer são: náuseas, vômitos e, em meninas e adolescentes, discreto sangramento vaginal. Não há antídotos e o tratamento deve ser sintomático. **ARMAZENAGEM:** nas distribuidoras e nas farmácias NuvaRing[®] deve ser conservado em geladeira (entre 2 e 8 °C). Quando a paciente compra o produto, a farmácia deve anotar no cartucho (em local próprio para isso) a data da venda e a data limite para uso. O produto poderá ser mantido em temperatura ambiente (entre 15 e 30 °C) por um período máximo de 4 meses após a compra na farmácia. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Reg. MS - 1.0171.0101. RA 0550 EU 55 (rel.3.0) CPP, NL 0055816. Fabricado por N.V. Organon - Holanda/Embalado por Organon Limited - Irlanda/Importado e distribuído por Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda. - Rua João Alfredo, 353 - Santo Amaro - São Paulo - CEP 04747-900. A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação: online@merck.com; 0800 012 22 32. Para informações completas, consultar a bula do produto. Versão Nuv2005.





Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma




drospirenona
etinilestradiol

Baixa dose.
Efeitos positivos na TPM.^{1,2,3}

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 gastrintestinais 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.