



VI CONGRESSO CATARINENSE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

I CONGRESSO CATARINENSE DE PERINATOLOGIA

Evento reuniu grandes nomes da área em Florianópolis

CURSO DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

As emergências obstétricas, responsáveis por grande número de óbitos e sequelas maternas e perinatais, são raras e, por isso, necessitam de uma reciclagem constante para que estejamos preparados para atendê-las quando solicitados. Nos países desenvolvidos, os cursos de reciclagem de atenção à emergência são obrigatórios em muitos hospitais para todos os profissionais envolvidos no atendimento.

Para que consigamos aprimorar nossa atenção ao parto, a Diretoria da Sogisc idealizou um curso teórico-prático de atenção às emergências obstétricas que permitirá aos médicos praticarem em manequins as técnicas necessárias ao atendimento em algumas destas situações tais como manobras para resolução da distância de ombro, uso de vácuo-extrator e fórceps de alívio, avaliação do bem estar fetal, manejo da hemorragia puerperal, choque séptico e eclâmpsia, atenção a parada cardiorrespiratória materna, entre outras. Este ano, o curso está sendo ministrado em Florianópolis mas, no próximo ano, pretendemos levá-lo às outras

regiões do Estado. A programação pode ser diferente em cada curso dependendo das necessidades do local.

Aproveitando a oportunidade, gostaríamos de parabenizá-los antecipadamente pelo dia do Ginecologista (30 de outubro) e convidá-los a participar do Encontro de Educação Continuada de Chapecó que será realizado nos dias 25 e 26 de outubro.

Um abraço,

DRA. SHEILA KOETTKER SILVEIRA
PRESIDENTE DA SOGISC



Agenda de Eventos

Curso SGORJ para Residentes 2013 - Imunização e DST

16 de outubro de 2013
Rio de Janeiro – RJ
Informações: (21) 2285-0892
E-mail: sgorj@sgorj.org.br

XVII Congresso Brasileiro de Mastologia

16 a 19 de outubro de 2013
Belo Horizonte – MG
Informações: (31) 2108-2121
Site: www.cancerdemama2013.com.br

Encontro de Educação Continuada de Chapecó

25 e 26 de outubro de 2013
Chapecó – SC
Informações: (49) 3361-8888
Site: www.oceanoeventos.com.br

Curso SGORJ para Residentes 2013 - Hipertensão e sangramento

12 de novembro de 2013
Rio de Janeiro – RJ
Informações: (21) 2285 0892
E-mail: sgorj@sgorj.org.br

55º CBGO – Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetria

13 a 16 de novembro de 2013
Salvador – BA
Informações: (71) 4141-5398
Site: www.febrasgo.org.br/55CBGO

XXV Congreso de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia

21 a 23 de novembro de 2013
Cotunã – Espanha
Site: www.patologiacervical2013.com

Sociedade de Obstetria 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 Obstetria

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

CIUR: Abordagem atual no diagnóstico dos fetos pequenos

Por Dr. Mário Júlio Franco

Por definição, entendemos por fetos com crescimento intrauterino restrito (CIUR) aqueles que não conseguem atingir na plenitude todo o seu potencial de crescimento, o verdadeiro alvo genético. Define-se o CIUR através de curvas fetais, quando a estimativa de peso situa-se abaixo do percentil 10 para a idade gestacional. Assim, CIUR reflete a expressão de determinado insulto intrauterino ao feto, muitas das vezes insuficiência placentária. Além desta, cromossomopatias, malformações, infecções, teratógenos, doença materna, compõem as causas fundamentais. O CIUR associa-se a resultado perinatal adverso (a curto e a longo prazo). Entretanto, como demonstrado na figura 1, somente a partir do peso fetal abaixo do percentil 5 a morbidade e a mortalidade passam a constituir importante problema perinatal. Dadas as peculiaridades e aspectos fisiopatológicos, temos dividido duas populações de fetos pequenos, em função do período do diagnóstico: CIUR precoce e CIUR tardio (figura 2).

O CIUR precoce (presente em cerca de 1% das gestações) representa o modelo clássico de vasculopatia placentária: são fetos que paralisam seu potencial de crescimento por conta de uma placentação inadequada na oferta de combustíveis. Este fenômeno, cuja história natural envolve progressiva sequência de eventos, muito bem conhecida pela deterioração do padrão dopplerfluxométrico encontra-se fortemente associada a altas taxas de mortalidade perinatal. A dificuldade do manejo implica na tomada de decisão: quando interromper? Estamos lidando com fetos prematuros, entre 28 a 32 semanas, hipoxêmicos e muitas vezes já exibindo acidemia. Neste cenário evolutivo onde a artéria umbilical acaba por refletir padrão crítico ao doppler (diástole zero), nos parece que o momento do parto estará condicionado à alteração do duto venoso, por este ser capaz de identificar fetos com alto risco para natimortalidade. Lembramos que estes fetos pequenos longe do termo possuem notável

resistência a prolongados períodos de hipóxia; desta forma podem tolerar mais tempo até que possamos ganhar alguma maturidade. Salientamos a importância da administração do Sulfato de Magnésio prévio ao momento do parto, associado à importante redução de sequelas neurológicas nestes prematuros.

Já no CIUR tardio, o quadro é bastante diferente: trata-se de fenômeno muito mais prevalente (cerca de 5 a 7% das gestações), não estando associado a mortalidade elevada (conquanto que presente). O diagnóstico é estabelecido a partir das 32 semanas, quando observamos um feto com crescimento abaixo do percentil 3 e/ou alteração na relação umbilico-cerebral por vasodilatação cerebral (centralização) e/ou artérias uterinas com resistência ainda elevada. Ao contrário do CIUR precoce, a ocorrência de insuficiência placentária típica é infrequente nestes conceitos (não mais que 30% dos casos cursam com artéria umbilical alterada). Convém ressaltar que esta população

de fetos muitas vezes se encontra relacionada aos casos definidos como pequenos constitucionais, que são crianças absolutamente normais e de prognóstico favorável. Os fetos com quadro de CIUR tardio exibem baixa tolerância à hipóxia, estando o desfecho associado a cesarianas por situação não tranquilizadora e óbito intraútero próximo ao termo. Desta forma, nos parece razoável recomendar a antecipação do parto destes conceitos quando atingirem a maturidade (em torno de 38 semanas), prevalecendo a indicação obstétrica para a via de parto, desde que adequadamente monitorizado a condição fetal. No contexto do CIUR tardio, merece relevância o potencial importante de reprogramação a qual estes fetos estão expostos: magnitude mais elevada de déficits neurológicos, ineficiência cardíaca e síndrome metabólica

no futuro. Como mensagem final, ressaltamos a importância no diagnóstico do CIUR precoce a obrigatoriedade de alteração do doppler de artéria umbilical, e no diagnóstico de CIUR tardio, exame minucioso no intuito de separar estes fetos daqueles verdadeiros conceitos constitucionalmente pequenos.

FIGURA 1

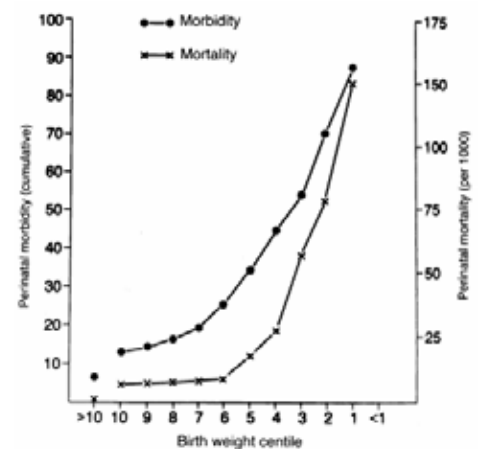
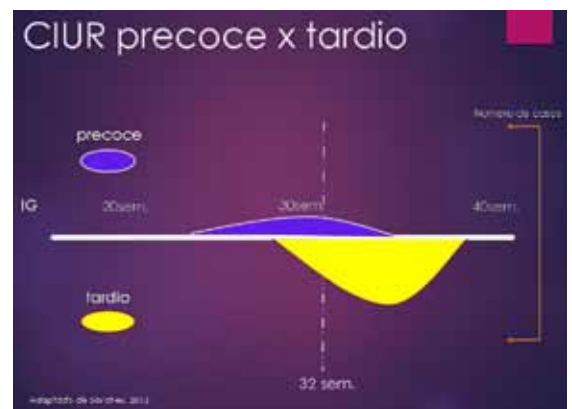


FIGURA 2



O quadro 1 sumariza as diferenças entre os modelos de CIUR.

	Precoce	Tardio
Prevalência	1%	5 a 7%
Doença vascular placentária	Severa (Art.umb +)	Leve/ausente (Art.umb -)
Hipoxia	Frequente	Rara
Tolerância à Hipoxia	Alta	Baixa
Mortalidade	Alta	Baixa *
Problema:	MANEJO	DIAGNÓSTICO



VI CONGRESSO CATARINENSE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

I Congresso Catarinense de Perinatologia

Nos dias 01 a 03 de agosto foi realizado na Associação Catarinense de Medicina, em Florianópolis, o VI Congresso Catarinense de Obstetrícia e Ginecologia/ I Congresso Catarinense de Perinatologia. Tivemos a participação de 540 congressistas e 96 professores sendo 16 de outros estados.

Este ano tivemos uma inovação com a participação efetiva da Sociedade Catarinense de Pediatria na organização do 1º Congresso Catarinense de Perinatologia. A parceria entre as duas Sociedades é fundamental para melhorarmos a assistência prestada à mãe e ao seu recém-nascido pois muitas intercorrências que ocorrem na vida intrauterina influenciam diretamente no desenvolvimento do recém-nascido e da criança. Esta união possibilitou a discussão de diversos temas como prematuridade, infecção congênita e prevenção do déficit neurológico, assuntos estes de interesse para as duas especialidades.

Durante o congresso foram realizados dois cursos teórico-práticos: Curso de emergência obstétrica e Curso de reanimação neonatal da SBP nos quais os médicos puderam praticar em manequim o que foi ensinado em aula teórica.

As fotos do evento estão disponíveis no site da Sogisc (www.sogisc.com.br).





TRABALHOS PREMIADOS

Foram inscritos 33 trabalhos, sendo 8 apresentados como tema livre e 25 como pôster. Os trabalhos premiados foram:

1. GINECOLOGIA: Sobrevida livre de doença em mulheres com câncer de mama: análise de serviço privado de Florianópolis/SC (Sardá MS1, Marcatto LM1, Schneider IJC2. 1) Faculdade de Medicina da Unisul; 2) Universidade do Sul de Santa Catarina - Unisul)

Introdução: o câncer de mama é o mais diagnosticado e a maior causa de morte por câncer em mulheres. Mulheres que tenham sido diagnosticadas com câncer de mama e completado o tratamento inicial, permanecem com risco para recorrência, e a sobrevida livre de doença tem relação direta com a eficácia do tratamento e a sobrevida geral. Objetivo: definir a sobrevida livre de doença e os fatores associados em mulheres com câncer de mama. Método: este estudo caracteriza-se por uma coorte histórica, a partir da revisão de dados de 150 prontuários de mulheres com o diagnóstico de câncer de mama, no período de 2000 a 2011, atendidas em uma clínica privada em Florianópolis (SC). A sobrevida livre de doença foi calculada pelo método Kaplan-Meier. A análise univariada e multivariada foram desenvolvidas para identificar os fatores que influenciam a recorrência através do teste log-rank e o Modelo de Cox. O

nível de significância foi estabelecido pelo valor de $p < 0,05$. Resultados: a recorrência no estudo foi de 17,3%, em 60 meses de seguimento. A probabilidade de sobrevida livre de doença foi de 76,1% em 60 meses e não apresentou estabilização da recorrência até o final do seguimento. O estadió clínico III ao diagnóstico e a necessidade de quimioterapia neoadjuvante aumentaram o risco de recorrência e diminuíram significativamente a sobrevida livre do desfecho. Conclusão: a probabilidade de sobrevida livre de doença em mulheres com câncer de mama tratadas em um serviço privado de Florianópolis é de 76,1% em 60 meses.

2. OBSTETRÍCIA: Obesidade durante a gravidez: resultados adversos da gestação e parto (Amaral AR, Ferreira BS, Petry JF, Silva MR, Kreling PC, Silva JC. Universidade da Região de Joinville)

Introdução: no Brasil, o excesso de peso representa o distúrbio nutricional de maior prevalência. Quando associado às gestações, esse problema é enfrentado em um número expressivo de gestantes. Objetivo: avaliar a influência do excesso de peso nas complicações durante a gestação, e consequências no parto. Método: realizou-se um estudo transversal com 298 puérperas. As informações foram obtidas através de entrevista e acesso aos prontuários das pacientes. As puérperas foram divididas em três grupos, de acordo com o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional em normal (18,5-24,9 kg/m²), sobrepeso (25,0 -29,9 kg/m²) e obesidade ($\geq 30,0$ kg/m²). Foram construídos modelos de regressão logística multinomial de modo a examinar a magnitude da influência do excesso de peso nas complicações apresentadas durante a gestação e nos desfechos do parto. Estabeleceram-se intervalos de confiança de 95% e considerados significativos valores $p < 0,05$. Resultados: comparadas às gestantes de IMC normal, as gestantes do grupo sobrepeso

apresentaram menores chances de parto normal com odds ratio (OR) de 0,441 (0,254-0,767) e aquelas do grupo obesidade OR de 0,239 (0,125-0,459). As chances de desenvolvimento de diabetes mellitus gestacional também aumentaram no grupo sobrepeso com OR de 2,483 (1,092-5,648) e no grupo obesidade com OR de 11,086 (4,992-24,623). O aparecimento de síndrome hipertensiva na gravidez também se mostrou mais provável nas gestantes com sobrepeso, OR de 3,188 (1,248-8,139), e nas gestantes obesas, OR de 7,549 (2,983-19,109). A hemorragia pós-parto de grande porte somente apresentou maiores chances no grupo de obesas com OR de 4,089 (1,059-15,834). Em relação ao recém-nascido, a razão de chances de APGAR baixo no primeiro minuto (< 7) do grupo obesidade foi 5,486 (1,265-23,797). As chances de ocorrência de recém-nascidos GIG aumentaram nas mulheres com sobrepeso, OR de 2,889 (1,327-6,287) e não se mostraram significativas em mulheres obesas, OR de 2,024 (0,789-5,191). Os resultados quanto à hipoglicemia do neonato, doença cardiorrespiratória e internação em UTI não foram conclusivos. Conclusão: nos grupos com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) houve aumento das chances de intercorrências maternas como diabetes, síndrome hipertensiva e hemorragia pós-parto, e de recém-nascidos grandes para a idade gestacional.



CURSO DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

A obstetria é uma especialidade que lida com situações de urgência e emergência quase que diariamente. As intercorrências graves são raras mas, quando surgem, devem ser resolvidas em poucos minutos por profissionais capacitados. Visando minimizar as complicações e diminuir as taxas de óbito tanto maternas como fetais e neonatais, a Sogisc idealizou um curso teórico-prático no qual os médicos podem praticar as técnicas necessárias ao atendimento efetivo das situações de emergência. Investimos na compra de manequins para reanimação do adulto e do recém-nascido e em simuladores de parto para as aulas de distocia de ombro e de parto instrumentalizado. Além disso, montamos um molde que permite a prática da sutura das lacerações de quarto grau que eventualmente podem ocorrer no parto.

O primeiro curso foi realizado durante o congresso. Contamos com a participação de 24 médicos, número máximo de inscritos para esta atividade. As aulas administradas foram: manejo da parada cardiorrespiratória na gestação; assistência ao recém-nascido: o que o obstetra deve saber; manejo da pré-eclâmpsia grave e da eclâmpsia; diagnóstico precoce e manejo do choque séptico; manejo do sangramento pós-parto; técnica de aplicação do fórcepe e do vácuo-extrator; manejo da distocia de ombro; e sutura de laceração perineal de 4º grau.



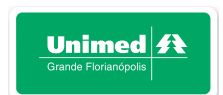
AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer à Sociedade Catarinense de Pediatria que aceitou de fazermos juntos o I Congresso Catarinense de Perinatologia.

Aos professores que dispuseram de seu tempo para preparar e dar as aulas durante o congresso.

À empresa organizadora, Oceano Eventos, nossa parceira de longa data.

Aos nossos patrocinadores e apoiadores que acreditaram e investiram no nosso evento demonstrando seu compromisso e interesse na atualização científica permanente dos ginecologistas, obstetras e pediatras. Lamentamos que os demais laboratórios não tenham participado do congresso.



Mamografia e câncer de mama: 10 atualizações que todo “médico” precisa saber

Por Dr. Braulio Leal Fernandes

Repassamos aos colegas um texto publicado em setembro de 2013 no site do Colégio Brasileiro de Radiologia, escrito pela Dr^a Linei Augusta Brolini Delle Urban, coordenadora da Comissão Nacional de Qualidade em Mamografia do CBR. Com autorização da autora, foi feita pequena modificação do título original alterando de “radiologista” para “médico”, pois cremos que essas informações serão valiosas para o público médico de forma global.

No mês do “OUTUBRO ROSA” acreditamos ser muito importante revisitarmos esse assunto que faz parte do dia-a-dia de quem atende o público feminino.

Boa leitura.

“Nos últimos 50 anos, desde que começou a fazer parte do diagnóstico radiológico, a Mamografia tem contribuído para salvar vidas. Além disso, também tem um papel importante na redução do número de cirurgias mutiladoras e tratamentos agressivos, melhorando a qualidade de vida das pacientes. Por outro lado, não teve nenhum outro exame que tenha sido tão debatido. Dessa forma, devemos conhecer os mais recentes avanços e seu impacto na prática:

1. A incidência do câncer de mama continua aumentando progressivamente no Brasil, chegando a uma estimativa de 52.680 novos casos em 2012. Desse total, dois fatos chamam a atenção: o aumento da incidência no Brasil (7%) foi maior que o aumento da taxa mundial (3%), mostrando talvez, um maior acesso da população ao rastreamento (apesar das nossas taxas de detecção ainda serem baixas em relação aos países com rastreamento populacional). Outro fato é que o tumor apresentou-se mais frequente nas mulheres abaixo de 49 anos. Em um estudo na cidade de Goiânia observou-se que mais de

40% dos casos ocorreram abaixo dos 49 anos, confirmando a importância do rastreamento também nessa faixa etária.

Acrescentando dados de Florianópolis, a chance de termos diagnóstico de câncer antes dos 50 anos também é em torno de 40%.

2. A mortalidade do câncer de mama no Brasil continua aumentando, diferente da tendência observada nos países com rastreamento populacional (no qual se observou redução de 30%). Esta diferença pode ser atribuída às diferentes políticas de detecção precoce, assim como à dificuldade de acesso ao tratamento adequado. Por outro lado, um trabalho publicado recentemente por Freitas e cols. demonstrou uma tendência inédita no Brasil: apesar da mortalidade como um todo aumentar, quando se divide os dados por regiões, observa-se uma tendência de queda na mortalidade no sul e sudeste, que correspondem também aos locais com o maior número de mamógrafos disponíveis.

3. O rastreamento mamográfico está indicado para todas as mulheres assintomáticas acima de 40 anos, conforme consenso publicado em 2012 pela Comissão Nacional de Qualidade em Mamografia do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), em conjunto com a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM). Entretanto, esse assunto ainda é objeto de controvérsia. No grupo acima de 50 anos todas as sociedades médicas concordam em recomendar o rastreamento. A grande discussão ocorre entre 40 e 49 anos, no qual a incidência do câncer é menor e a frequência de mamas densas e de tumores com crescimento rápido é maior. Dessa forma, o número de mulheres rastreadas para se evitar uma morte (1.904

mulheres) é maior do que entre 50 e 59 anos (1.339 mulheres), dados estes que levaram os EUA a mudar a idade do início do rastreamento para 50 anos. Entretanto, pesquisadores recalcularam esses dados e estimaram que no grupo de 40 a 49 anos seria necessário rastrear apenas 746 mulheres para salvar uma vida, mostrando as divergências no tema. No Brasil, Mattos e cols. publicaram os dados do Programa de Rastreamento de Barretos, no qual observaram que a incidência dos tumores entre 45 a 49 anos foi semelhante ao grupo de 60 a 69 anos, confirmando a importância do rastreamento no nosso país nesta faixa etária.

4. A mamografia digital atualmente é recomendada para o rastreamento de todas as mulheres entre 40 a 69 anos (não apenas nas mulheres jovens). Após a publicação do Digital Mammographic Imaging Screening Trial (DIMIST) em 2005, vários trabalhos foram publicados demonstrando a superioridade da mamografia digital em todas as faixas etárias. Skane e cols. encontraram uma diferença significativa na taxa de detecção de câncer entre a mamografia digital (0,59%) e a convencional (0,38%), com um melhor desempenho da mamografia digital nas mulheres até 69 anos. A partir de 2013, teremos uma alteração na tabela de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), devendo ser recomendada a mamografia digital para o rastreamento de todas as mulheres, e não apenas naqueles subgrupos iniciais (jovens, com mamas densas e pré-menopausa).

5. A tomossíntese é uma evolução da mamografia digital, tendo como principais vantagens reduzir os efeitos da sobreposição de tecido mamário, permitir melhor caracterização dos achados mamográficos, diminuindo a necessidade de incidências adicionais, além de ter o potencial de detectar cânceres ocultos na mamografia digital (cerca de

30%). Entretanto, ainda não dispomos de dados para a sua utilização como método de rastreamento para a população em geral.

6. O risco do desenvolvimento do câncer de mama decorrente da exposição à radiação durante a mamografia (denominado câncer radiogênico) é desprezível. Um estudo recente, publicado em 2011, estimou que o rastreamento mamográfico evita 1.121 mortes a cada 100 mil mulheres rastreadas (entre 50 a 74 anos), enquanto pode induzir 1 câncer.

7. O risco de desenvolver tumores em outros locais decorrentes da exposição à radiação durante a mamografia também é desprezível. Sechopoulos e cols. estimaram que a dose nos demais órgãos durante a mamografia é muito baixa, ou seja, menor que 2,5% da dose glandular média. Por exemplo, nos pulmões a dose recebida durante um exame completo (4 incidências) é cerca de 1/40 da dose de Rx tórax, 1/500 a 1/3000 de uma tomografia de tórax. Quanto à tireóide, a dose é menor que

1% da dose recebida pela mama. Ou seja, o risco de um carcinoma de tireóide induzido pelo rastreamento anual é de 1 caso em 17 milhões de mulheres rastreadas. Dessa forma, não é recomendando o uso de protetores durante o exame, exceto se a paciente solicitar após os devidos esclarecimentos.

8. O risco para o feto durante um exame de mamografia é mínimo. Isso porque o útero é exposto a doses baixíssimas durante o exame (menor que 10-5 da dose glandular média). Portanto, nas pacientes que realizarem mamografia sem o conhecimento da gestação sabe-se, atualmente, que o risco é praticamente insignificante ao feto. Já nas pacientes que precisarem fazer mamografia durante a gestação recomenda-se o uso do protetor, já que ele consegue reduzir essa dose ainda em mais de 2 até 7 vezes.

9. O diagnóstico exagerado e o tratamento excessivo do câncer de mama recentemente foram discutidos na mídia (estimativa de 1.3 milhões de mulheres “overdiagnosticadas” nos EUA).

Entretanto, esse risco é apenas teórico e calculado, já que não existem dados reais sobre isso. Os dados mais consistentes mostram apenas a redução da mortalidade para todas as mulheres acima de 40 anos submetidas ao rastreamento periódico.

10. A baixa qualidade dos exames de mamografia ainda é um problema no Brasil. E isso pode ser uma das causas do número reduzido de tumores precoces (menores que 1 cm) diagnosticados no Brasil. Portanto, cabe a nós, radiologistas, participarmos dos programas de educação continuada (a exemplo do PEC Mama, disponível no portal do CBR), assim como dos Programas de Qualidade (a exemplo do Programa de Qualidade do CBR, que existe há 20 anos e do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia, do Ministério da Saúde, que está sendo implantado obrigatoriamente em todo o Brasil, em parceria com o CBR). Com atitudes como estas, poderemos começar a mudar a realidade no Brasil frente ao câncer de mama.

EVENTOS

Outubro Rosa 2013 movimentada Florianópolis

Durante o mês de Outubro vários Monumentos e prédios da cidade serão iluminados na cor rosa – símbolo do Movimento Outubro Rosa – como a Figueira da Praça XV de Novembro, Lago das Bandeiras, Monumento Sesquicentenário, Praça Celso Ramos, CEPON, Beiramar Shopping, Assembleia Legislativa e Tribunal Regional do Trabalho.

A programação, que vai até o dia 31 de outubro, prevê diversas atividades relativas à conscientização da detecção precoce do câncer de mama.

Um dos destaques é o Mutirão de Cirurgias Plásticas de Reconstrução Mamária, durante os dias 24 e 26 de outubro para 06 mulheres mastectomizadas. O objetivo é chamar a atenção do poder público sobre a dificuldade de realizar o procedimento pelo Sistema Único de Saúde, já que o mesmo faz parte do tratamento para o câncer de mama e é previsto em lei.

No feriado do dia 12 de outubro,

acontece o evento “Laço Rosa”, no Parque de Coqueiros, das 9h às 17h, com distribuição de material informativo à população. Outra data importante para o movimento é o dia 23, com participação do Outubro Rosa no evento “Vidal Fashion Day”, com a realização de um desfile cor de rosa. No dia 20 de outubro, será realizada a “Caminhada Rosa”, com concentração no Trapiche Beiramar às 16h e caminhada com a presença de bailarinas e patinadoras.

Para encerrar a programação, no dia 31 de outubro, acontece o “Outubro Rosa em Cena”, com atividades artísticas no Jardim do Palácio Cruz e Souza, das 13h às 19h.

Durante todo o mês de outubro haverá ainda distribuição de material informativo nos centros de saúde da rede pública municipal. Qualquer pessoa pode contribuir, participando da programação ou adquirindo camisetas e adesivos, cuja venda será revertida para os projetos da AMUCC.

O que é:

O Movimento Outubro Rosa foi criado em 1997 nos Estados Unidos e atualmente é comemorado em todo o mundo. O objetivo é dar visibilidade e estimular a participação da população e entidades na luta contra o câncer de mama, bem como sensibilizar o poder público sobre a importância de dar atenção adequada à doença e alertar sobre a importância do diagnóstico precoce. A marca principal do Outubro Rosa é a iluminação de monumentos históricos com a cor rosa. Em vários países, locais famosos recebem a cor da campanha, como a Torre Eiffel, em Paris, Town Hall, em Londres, Pirâmides do Egito, Cataratas do Niágara. No Brasil, são iluminados monumentos como o Cristo Redentor e o Congresso Nacional.

Em Florianópolis, o evento surgiu em 2009, por iniciativa da AMUCC e desde então a cada ano ganha mais adeptos.