



**Artigo Científico:
Abordagem da SOP
na adolescência**

Página 4

**Eleições da nova
diretoria da
SOGISC**

Página 9

**Febrasgo lança
campanha de
vacinação da mulher**

Página 9

V CONGRESSO CATARINENSE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

PONTO ALTO – A PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA!

Foi com grande satisfação que a comissão organizadora canalizou as energias dos Ginecologistas e Obstetras de Santa Catarina e preparou o V Congresso Catarinense de Obstetrícia e Ginecologia, desta vez na cidade de Blumenau.

A programação científica proporcionará aos participantes a possibilidade de rever e discutir os principais temas do dia a dia da especialidade, contando com palestrantes extremamente capacitados do nosso estado e de outros estados, inclusive com a presença de um palestrante internacional do Chile com formação em Detroit, EUA.

O congresso oferecerá eventos para conagraçamento social. E Blumenau, por ser um pólo turístico, proporcionará aos congressistas e familiares muitas possi-

bilidades de atividades turísticas neste período.

Esperamos que todos participem e aproveitem este momento de crescimento que acontecerá entre os dias 2 e 4 de junho em nosso Estado.

Comissão organizadora

DR. MANOEL PEREIRA PINTO FILHO
PRESIDENTE DA SOGISC

DRA. SHEILA KOETTKER DA SILVEIRA
VICE-PRESIDENTE DA SOGISC

DR. MARCO WANROWSKY
BLUMENAU

DRA. JACY BRUNS
BLUMENAU

Agenda de Eventos

XXX EPAGOM – Encontro Paulista de Atualização em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia

18 a 22 de maio de 2011

Águas de Lindóia/SP

Informações: (11) 2117-7100

E-mail: margaret@alpromocoos.com.br

Site: www.alpromocoos.com.br

Congresso Catarinense de Ginecologia e Obstetrícia

02 a 04 de junho de 2011

Blumenau/SC

Informações: (48) 3222-1021

E-mail: secretaria@sogisc.org.br

Site: www.catarinensegineco2011.com.br

IV Curso de Atualização em Ginecologia da Infância e Adolescência do HCSA

03 e 04 de junho de 2011

Porto Alegre/RS

Informações: (51) 3214-8504

Site: eventos.santacasa.tche.br

25ª Jornada de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

09 a 11 de junho de 2011

São Paulo/SP

Site: www.cean-santacasa.org.br

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

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

Dilemas éticos no atendimento de adolescentes

Dr. Gersom Coelho

Os contatos dos adolescentes com os serviços de saúde têm gerado, por vezes, situações conflituosas, causando ansiedade tanto na equipe de saúde, quanto neles próprios. As normas, leis, regimentos e códigos profissionais são incompletos e por vezes controversos, se não antagônicos, no sentido de amparo e preservação da autonomia destes indivíduos.

Muitos dos conflitos que surgem nestas oportunidades são devidos ao despreparo dos profissionais sobre peculiaridades que envolvem o atendimento de adolescentes. Aqueles profissionais que atendem prioritariamente adultos, muitas vezes não conseguem entender particularidades dos adolescentes relacionados à esfera psicossocial. Os pediatras e ginecologistas também não tiveram presentes na sua formação, o treinamento adequado para atendê-los, acabando por tratá-los como crianças crescidas. Ao tratá-los como crianças ou como “adultos incompletos”, são negligenciados porque ainda não têm autonomia plena.

Em trabalhos realizados em serviços que atendem adolescentes, os conflitos relacionados com sigilo e confidencialidade nas consultas são os mais frequentemente relatados pelos profissionais de saúde. Em outro trabalho, quando adolescentes são inquiridos sobre as situações em que o médico deveria manter sigilo, sobressaem as questões relacionadas com a sexualidade.

O arcabouço legal que dá suporte às situações pertinentes ao relacionamento de adolescentes com os serviços de saúde é representado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, doutrina de proteção integral, que os considera como sujeitos de direitos, em situação de desenvolvimento, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio estado (MS 2005).

O Código de Ética Médica traz, em um dos seus artigos, a necessidade de manter sigilo quanto ao teor das consultas de pacientes adolescentes e que, compete ao médico avaliar a capacidade de discernimento do indivíduo e sua capacidade de fornecer dados e entender e seguir as prescrições. Em resumo, avaliar se ele tem autonomia. A avaliação da autonomia tem algum grau de subjetividade, porém, deve ser entendida como a aquisição gradativa de competências dentro de um processo de evolução contínua com aquisição de habilidades e que não depende da idade, da condição social ou do nível de instrução do indivíduo.

A privacidade, a confidencialidade e o sigilo são decorrentes da constatação da autonomia do indivíduo para lidar com cada questão específica. Exemplificando, o indivíduo pode ter autonomia suficiente para gerir a sua vida sexual, recebendo e entendendo informações importantes e, a partir do entendimento, refletir e realizar escolhas, avaliando riscos e benefícios e considerando opções e consequências.

Por outro lado, devemos lembrar que para as eventuais consequências da atividade sexual, como uma gravidez inoportuna ou AIDS, haverá necessidade de quebra da confidencialidade pois o adolescente não terá autonomia suficiente para lidar de modo adequado com estas situações.

Ainda há um caminho longo a percorrer, nos moldes como estão estruturados os serviços de saúde, para serem garantidos os direitos ao sigilo e privacidade aos adolescentes e também para garantir segurança e tranquilidade aos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento. O que não faltam são leis, normas e regulamentos, porém nem sempre cumpridos de modo a proporcionar o bem-estar dos indivíduos.

Por Dr. Gersom Coelho*

*Médico pediatra com área de atuação em medicina da adolescência. Membro efetivo do Conselho Científico do Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Adolescência. Professor do Sistema Materno Infantil da Universidade do Sul de Santa Catarina. Responsável pelo ambulatório de adolescência do Hospital



Universitário da UFSC. Supervisor da Residência Médica em Pediatria do Hospital Universitário da UFSC.

Referências bibliográficas:

1. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria. Saúde do adolescente: manual de orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2001.
2. Brasil. Leis e decretos. Estatuto da criança e do adolescente. Lei Federal nº 8.069/90 de 13 de julho de 1990. Brasília: Presidência da República; 1990.
3. Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Vale MP. Ethical conflicts in health care for adolescents. Cad Saúde Publica. 2005;21(6):1717-25.
4. Leone C. A criança, o adolescente e a autonomia. Bioética. 1998;6(1):51-4.
5. Saito MI, Leal MM, Silva LEV. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. Pediatría (São Paulo), 21(2) : 112-116, 1999
6. Harrison C, Kenny NP, Sidarous M, Rowell M. Bioethics for clinicians: involving children in medical decisions. CMAJ 1997;156(6):825-8
7. Schiedermayer DL. Guarding secrets and keeping counsel in computerage. J Clin Ethics. 1991;2:33-4.
8. Loch JA, Clotet J, Goldim JR. Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários Rev Assoc Med Bras 2007; 53(3): 240-6

Diagnóstico da síndrome dos ovários policísticos (SOP) na adolescência

Dra. Marta F B Rehme

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é a desordem endócrina mais comum na mulher adulta, afetando aproximadamente 6 a 8% das mulheres (Azziz et al., 2004; March et al., 2010), caracterizada pela presença de anovulação crônica (amenorréia e/ou oligomenorréia), hiperandrogenismo e ovários policísticos. Embora os sintomas da SOP estejam comumente presentes nas mulheres jovens, a prevalência da SOP na adolescência não tem sido documentada.

A presença da SOP implica em risco aumentado de infertilidade, sangramento disfuncional, câncer de endométrio, obesidade, diabetes tipo II, dislipidemia hipertensão e consequentemente risco aumentado de doença cardiovascular.

Para o diagnóstico da SOP há ainda controvérsias sobre os critérios mais adequados. Todos requerem a exclusão de outras desordens endócrinas que cursem com a irregularidade menstrual ou hiperandrogenismo. Até o presente momento existem três diferentes critérios para o diagnóstico da SOP. O critério do National Institute of Health (NIH, 1990) requer a evidência de hiperandrogenismo e irregularidade menstrual sem considerar os achados ovarianos. No entanto o critério da European Society of Human Reproduction and Embryology/American Society for Reproductive Medicine (ESHRE/ASRM), chamado de critério de Rotterdam (2003) inclui os achados ultrassonográficos de ovário policístico e permite vários fenótipos baseados na combinação de dois entre três achados de hiperandrogenismo, irregularidade menstrual e ovários policísticos ao ultrassom. Em 2009, a Sociedade de Excesso de Androgênios (AES) lançou uma nova definição que considera a SOP como um distúrbio clínico e/ou bioquímico de excesso de androgênios associado à anovulação crônica e/ou ovários policísticos (Azziz et al., 2009).

Na adolescência, nenhum destes critérios diagnósticos pode ser utilizado com segurança (Khan, 2007). As desordens menstruais são comuns na pós-menarca e podem durar cerca de 1 a 3 anos, devido à imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário. Embora o hiperandrogenismo clínico seja menos comum nas adolescentes, por outro lado, o hiperandrogenismo bioquímico, que é a anormalidade mais consistente da SOP, tem suas limitações. Os ensaios para medida da testosterona variam muito de laboratório para laboratório, e não existem dados padronizados de dosagem de testosterona para esta faixa etária (Khan, 2007).

A aparência dos ovários nos primeiros anos na pós-menarca pode diferir do que é visto nas mulheres adultas. Não está bem definido como o aspecto multifolicular pode diferir da morfologia policística. Além disso, a avaliação da morfologia ovariana é limitada pela via abdominal na ultrasonografia, que é mais utilizada nas meninas não sexualmente ativas.

Por estas dificuldades, alguns autores têm sugerido protelar o diagnóstico da SOP até os 18 anos (Shayya & Chang, 2010), enquanto que outros propõem critérios mais específicos e restritos para a faixa etária das adolescentes. A proposta seria a presença de 4 entre os 5 critérios: (1) hiperandrogenismo clínico, (2) hiperandrogenismo bioquímico, (3) resistência insulínica e hiperinsulinismo, (4) oligo-amenorréia que persista após 2 anos da pós-menarca e (5) ovários policísticos ao ultrassom. (Sultam & Paris, 2006).

Por estas razões mencionadas acima é importante a avaliação cuidadosa de adolescentes com irregularidade menstrual, para que não ocorra um diagnóstico precipitado de SOP em situações comuns da pós-menarca, mas também levar em consideração que estas meninas devem ser reavaliadas para que o diagnóstico possa ser confirmado a fim de

investigar as alterações metabólicas concomitantes.

Podemos considerar a possibilidade de SOP em adolescentes que apresentem:

- Oligomenorréia e/ou amenorréia 2 anos após a menarca
- Acne e/ou hirsutismo persistente ou grave
- Valores de testosterona total ≥ 55 ng/dl em ensaios confiáveis.
- Acantosis nigricans e/ou adiposidade visceral e/ou resistência insulínica
- Histórico de puberdade precoce, principalmente adnarca precoce
- Amenorréia, sangramento uterino disfuncional (SUD) com hiperplasia endometrial
- Histórico familiar de SOP ou de RCIU ou baixo peso ao nascer

Utilizamos os seguintes parâmetros para o diagnóstico da SOP na adolescência no serviço de Ginecologia Infante juvenil do HC/UFPR:

Anamnese

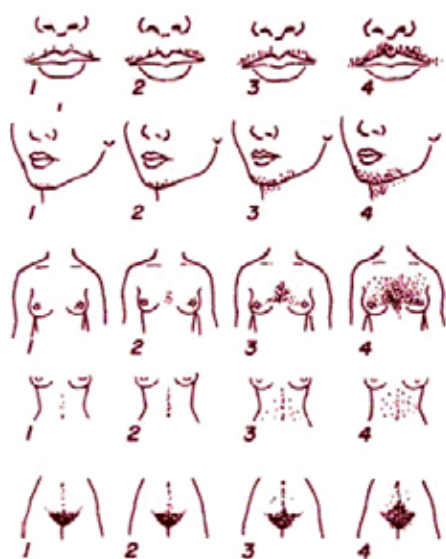
História de oligomenorréia / amenorréia que persiste após 2 anos de menarca e/ou aumento da pilificação e/ou acne.

Exame físico

Hiperandrogenismo clínico observado pela presença de hirsutismo, acne, clitorimegalia, alopecia. Utilizamos o índice de Ferriman-Gallway modificado que avalia a presença de hirsutismo nas 9 áreas (figura 1), sendo considerado hirsuta aquelas com escore > 8 . Os sinais de resistência insulínica são observados pela presença de acantosis nigricans e adiposidade visceral.

Todas as pacientes devem ter avaliação de peso, estatura, cálculo de índice de massa corporal e medida da circunferência da cintura.

Figura 1: Índice de Ferriman-Gallway modificado (Hatch, 1981)



Exames complementares

É importante enfatizar que a SOP é um diagnóstico de exclusão, portanto muitos dos exames complementares são solicitados no intuito de afastar outras doenças que cursam com hiperandrogenismo e irregularidades menstruais. Além destes, é importante a solicitação de exames para rastreamento das complicações metabólicas da SOP.

O hiperandrogenismo bioquímico é confirmado pelas dosagens de SDHEA e testosterona total, esta dosada por ensaios que utilizem a técnica de extração ou extração + cromatografia/ ou espectrofotometria de massa (padrão "ouro"). A tabela 1 sumariza os principais exames utilizados na exclusão de outras doenças.

Tabela 1: Principais exames solicitados para exclusão de outras doenças.

Exclusão	Exames solicitados
Tumor produtor de androgênios (ovários ou adrenal)	<ul style="list-style-type: none"> • Testosterona total (> 200 ng/dl) • DHEA-S (> 700 µg/dl) • Ecografia de ovários • Tomografia de adrenal
HAC: forma não clássica	<ul style="list-style-type: none"> • 17 OH Progesterona (> 2ng/ml ou 200 ng/dl) • Teste ACTH 30 min (> 12 ng/ml ou 1200 ng/ml)
Hiperprolactinemia	<ul style="list-style-type: none"> • PRL
Distúrbio de tireoide	<ul style="list-style-type: none"> • TSH, T4 livre
Hipogonadismo Hipogonadotrófico	<ul style="list-style-type: none"> • FSH • LH
Síndrome de Cushing	<ul style="list-style-type: none"> • Teste de supressão simples da dexametasona com dosagem de cortisol ao DE:00 da manhã (> 1,8 µg/dl)

Exames complementares para o rastreamento das alterações metabólicas e de risco cardiovascular:

Colesterol total, HDL-C, LDL-C, triglicerídeos (dislipidemias), glicemia, insulinemia, teste oral de tolerância à glicose pós 75 g (resistência insulínica e diabetes mellitus), PCR, microalbuminúria isolada (doença cardiovascular), TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas totais e frações (esteatose hepática).

É muito importante observar que não há consenso definido para o diagnós-

tico da SOP na adolescência. A SOP pode ser confirmada naquelas adolescentes que apresentam hiperandrogenismo, oligo-amenorréia e ovários policísticos. A presença de SOP pode ser sugerida naquelas que apresentam hiperandrogenismo e oligo-amenorréia persistente mesmo sem ovários policísticos.

No entanto não podemos confirmar SOP em adolescentes que tenham um achado isolado entre as variáveis hiperandrogenismo, oligo-amenorréia ou ovários policísticos.

Atribuir prematuramente um diagnóstico de SOP para uma adolescente pode resultar em tratamentos desnecessários, impor sofrimento psíquico, preocupações com auto-imagem e fertilidade futura. (Carmina et al 2010)

Princípios do tratamento da SOP na adolescência:

Mudanças de hábitos de vida constituem a primeira linha de tratamento. Re-educação alimentar com restrição de carboidratos ajuda a diminuir a "lipotoxicidade e a dieta aterogênica". Incentivar a prática de exercício físico regular como caminhadas 30-60 minutos 5 dias na semana. Foi observado que 10% da perda de peso melhora a função menstrual, a resistência insulínica e as alterações metabólicas

O tratamento medicamentoso é direcionado para os três distúrbios principais: anovulação, hiperandrogenismo clínico (hirsutismo), resistência à insulina e repercussões em longo prazo como as dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus e esteatose hepática.

Para corrigir a anovulação podemos utilizar o anticoncepcional oral combinado (ACO) de baixas doses de etinil estradiol para diminuir o risco de trombose venosa profunda (TVP) principalmente nas adolescentes obesas e que contenham progesterona com ação neutra (desogestrel ou norgestimato) ou atividade anti-androgênica (Drospirenona e Acetato de Ciproterona).

Nas adolescentes que não desejam fazer uso de anticoncepcionais o uso de progesterona intermitente fornece proteção endometrial. Pode ser indicado a Dihydrogesterona 20mg/d (10-14 dias) ou Ac medroxiprogesterona 10 mg/d (5-10 dias) ou Progesterona micronizada (300mg/d / (10 dias) mensal ou a cada 2 meses.

O hirsutismo pode ser tratado com drogas competidoras dos receptores de androgênios associados ou não aos contraceptivos. Entre elas: acetato de ciproterona 50 a 100 mg do 5º ao 15º dia do ciclo ou espironolactona 100 a 200 mg/dia.

A Flutamida não é utilizada de rotina em nosso serviço devido a hepatotoxicidade, sendo reservada para mulheres com hirsutismo severo e/ou resistente ao tratamento. Do mesmo modo os inibidores da 5-alfa-redutase (Finasterida) também não são utilizados devido aos efeitos colaterais como feminização de fetos masculinos.

Como tratamento complementar indica-se a depilação dos pêlos (preferencialmente por eletrólise ou laser). O creme para uso tópico de Eflornitina (Vaniqa®) reduz a taxa de crescimento por inibição da enzima ornitina decarboxilase que catalisa a síntese da poliamina folicular, necessária para o crescimento do pêlo e pode ser usado isoladamente ou em conjunto com outras terapias. No entanto não está disponível no Brasil (apenas venda pela internet).

Nas adolescentes com resistência insulínica utilizamos a metformina, iniciando com 500 mg junto com a refeição e aumentando gradativamente até 2500 mg/d (850 mg/3x dia). Importante lembrar dos eventos adversos como diarreia, flatulência, náusea, dor abdominal, anorexia, gosto metálico e até eventos mais sérios como acidose láctica.

Por Dra. Marta F B Rehme*

*Professora adjunta do Departamento de Tocoginecologia da UFPR; Responsável pelos ambulatórios de Ginecologia Infanto-juvenil e Ginecologia Endócrina do Hospital de Clínicas (UFPR).

Referências bibliográficas:

1. Azziz R, Woods KS, Reyna R, Key TJ, Knochenhauer ES, Yildiz BO. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89:2745-2749
2. MarchWA, Moore VM, Willson KJ, Phillips DI, Norman RJ, Davies MJ. The prevalence of polycystic ovary syndrome in a community sample assessed under contrasting diagnostic criteria. *Hum Reprod* 2010; 25:544-551.
3. Azziz R, Carmina E, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Futterweit W, Janssen OE, Legro RS, Norman RJ, Taylor AE et al.; Task Force on the Phenotype of the Polycystic Ovary Syndrome of The Androgen Excess and PCOS Society. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report. *Fertil Steril* 2009;91:456-488.
4. Khan U. Polycystic ovary syndrome in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2007; 20:101-104
5. Shayya R, Chang RJ. Reproductive endocrinology of adolescent polycystic ovary syndrome. *BJOG* 2010;117:150-5.
6. Sultan C, Paris F. Clinical expression of polycystic ovary syndrome in adolescent girls. *Fertil Steril* 2006;86(Suppl):56.

V CONGRESSO CATARINENSE D

02 a 04 DE JUNHO DE 2011 - GRANDE HOTEL BLUMEN

02 DE JUNHO DE 2011 – QUINTA FEIRA

08:30 - 12:00

Auditório Fritz Müller

Curso Pré-Congresso 01: Ginecologia infanto-puberal
 Coordenadora: Dra. Ivana Fernandes Souza (SC)
 08:30 / 09:00 - A consulta ginecológica na infância e adolescência
 Ministrante: Dra. Fabiana Santos Troian (SC)
 09:00 / 09:30 - Aspectos éticos no atendimento da adolescente
 Ministrante: Dr. Gerson José Coelho (SC)
 09:30 / 10:00 - Vulvovaginites na infância e adolescência
 Ministrante: Dra. Ivana Fernandes Souza (SC)
 10:00 / 10:30 - Intervalo
 10:30 / 11:00 - Gravidez na adolescência
 Ministrante: Dra. Juliana Taques Jansen (SC)
 11:00 / 11:30 - Vacinação na adolescência
 Ministrante: Dr. Gerson José Coelho (SC)
 11:30 / 12:00 - Irregularidades menstruais
 Ministrante: Dra. Fabiana Santos Troian (SC)

12:00 - 13:30

Intervalo para almoço

13:30 - 17:30

Auditório Fritz Müller

Curso Pré-Congresso 02: Emergências obstétricas
 Coordenador: Dra. Muriel Salete Giongo (SC)
 13:30 / 14:00 - Reanimação/ PCR
 Ministrante: Dr. Alexandre Diniz Lacerda (SC)
 14:00 / 14:30 - Sangramento na gestação (ectópica/DPP/PP/rotura uterina)
 Ministrante: Dra. Clarissa Reck de Barros (SC)
 14:30 / 15:00 - Hemorragia puerperal
 Ministrante: Dra. Carla D'Agostini (SC)
 15:00 / 15:30 - Reposição de hemoderivados
 Ministrante: Dr. Alexandre Diniz Lacerda (SC)
 15:30 / 16:00 - Intervalo
 16:00 / 16:30 - Eclâmpsia
 Ministrante: Dr. Marco Antonio G. Mendes Wanrowsky (SC)
 16:30 / 17:00 - Cetoacidose
 Ministrante: Dr. Fulvio Clemo Santos Thomazelli (SC)
 17:00 / 17:30 - Aborto infectado/corioamnionite/sepsis
 Ministrante: Dra. Maria Salete Medeiros Vieira (SC)

08:30 - 12:00

Auditório Mármore II

Curso PSF: Obstetrícia preventiva
 Coordenadora: Dra. Cristiane Cadore de Farias Hagemann (SC)
 08:30 / 09:00 - Rotina básica/orientações
 Ministrante: Dra. Carla D'Agostini (SC)
 09:00 / 09:30 - Conduta nas queixas mais comuns
 Ministrante: Dra. Muriel Salete Giongo (SC)
 09:30 / 10:00 - HAS e DMG
 Ministrante: Dra. Clarissa Reck de Barros (SC)
 10:00 / 10:30 - Intervalo
 10:30 / 11:00 - ITU e infecção vaginal na gestação
 Ministrante: Dra. Cristiane Cadore de Farias Hagemann (SC)
 11:00 / 11:30 - HIV/ sífilis/ toxoplasmose/ hepatite B
 Ministrante: Dr. Amaury Mielle Filho (SC)
 11:30 / 12:00 - Medicamentos e vacinação
 Ministrante: Dr. Amaury Mielle Filho (SC)

13:30 - 17:30

Auditório Mármore II

Curso PSF: Ginecologia geral
 Coordenadora: Dra. Katia S. Beckhauser Ferreira da Silva (SC)
 13:30 / 14:00 - Consulta ginecológica
 Ministrante: Dra. Katia S. Beckhauser Ferreira da Silva (SC)
 14:00 / 14:30 - DST/vulvovaginites/vacina HPV
 Ministrante: Dr. Amaury Mielle Filho (SC)
 14:30 / 15:00 - Contracepção
 Ministrante: Dr. Marcel Sergei Casagrande (SC)
 15:00 / 15:30 - Climatério
 Ministrante: Dr. Luis Carlos Lins (SC)
 15:30 / 16:00 - Intervalo
 16:00 / 16:30 - Sangramento uterino
 Ministrante: Dr. Jacy Bruns (SC)
 16:30 / 17:00 - Dor pélvica e dismenorreia
 Ministrante: Dr. Daniel Fabricio Bruns (SC)
 17:00 / 17:30 - Manejo da mastalgia, alterações mamográficas e nódulo mamário
 Ministrante: Dra. Katia S. Beckhauser Ferreira da Silva (SC)

03 DE JUNHO DE 2011 – SEXTA-FEIRA

08:00 - 08:30

Abertura Oficial (Auditório Fritz Müller)

08:30 - 09:45

Auditório Fritz Müller

Mesa Redonda 1: Anticoncepção
 Coordenador: Dr. Roberto Amorim Moreira (SC)
 08:30 / 08:50 - No climatério
 Palestrante: Dr. Evaldo dos Santos (SC)
 08:50 / 09:10 - Repercussões da contracepção na

08:30 - 09:45

Auditório Mármore II

Mesa Redonda 2: Infecções congênitas
 Coordenadora: Dra. Cristiane Cadore de Farias Hagemann (SC)
 08:30 / 08:50 - Toxoplasmose
 Palestrante: Dr. Manoel Pereira Pinto Filho (SC)

E OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

IAU – BLUMENAU, SC - PROGRAMAÇÃO PRELIMINAR

adolescência

Palestrante: Dra. Marta Francis Benevides Rehme (PR)

09:10 / 09:30 - Laqueadura e implante tubário

Palestrante: Dr. Alexandre de Lima Farah (SC)

09:30 / 09:45 - Discussão

09:45 - 10:15 Intervalo - Apresentação de trabalhos
Ginecologia (**Auditório Fritz Müller**)

10:15 - 11:00 **Auditório Fritz Müller**

Palestra 1: Avaliação e tratamento da paciente no climatério: situação atual

Presidente: Dra. Jussara Schadeck Locatelli (SC)

Palestrante: Dr. César Eduardo Fernandes (SP)

11:00 - 11:45 **Auditório Fritz Müller**

Palestra 3: Síndrome metabólica e SOMP na adolescência

Presidente: Dra. Ivana Fernandes Souza (SC)

Palestrante: Dra. Marta Francis Benevides Rehme (PR)

12:00 - 13:00 **Auditório Fritz Müller**

Simpósio Patrocinado 1 - Bayer Schering Pharma

Individualização do tratamento em contracepção

Palestrante: Dr. César Eduardo Fernandes (SP)

13:30 - 14:45 **Auditório Fritz Müller**

Mesa Redonda 3: Osteoporose

Coordenador: Dr. Luis Carlos Lins (SC)

13:30 / 13:50 - Quando solicitar e como interpretar a densitometria óssea

Palestrante: Dr. Pedro Weingrill (SC)

13:50 / 14:10 - Avaliação complementar da osteoporose

Palestrante: Dr. Evaldo dos Santos (SC)

14:10 / 14:30 - Quando e como tratar

Palestrante: Dr. César Eduardo Fernandes (SP)

14:30 / 14:45 - Discussão

14:45 - 15:30 **Auditório Fritz Müller**

Palestra 5: Atualização em endometriose

Presidente: Dr. Evaldo dos Santos (SC)

Palestrante: Dr. Ricardo Nascimento (SC)

09:45 - 10:15 Intervalo - Apresentação de trabalhos
Ginecologia (**Auditório Fritz Müller**)

16:00 - 17:30 **Auditório Fritz Müller**

Mesa Redonda 5: Patologia do trato genital inferior

Coordenadora: Dra. Elisabeth Grubba Richter (SC)

16:00 / 16:20 - Biologia molecular

08:50 / 09:10 - Sífilis

Palestrante: Dr. Ademir Garcia Reberti (SC)

09:10 / 09:30 - Herpes

Palestrante: Dra. Andréa Campos Borges (SC)

09:30 / 09:45 - Discussão

09:45 - 10:15 Intervalo - Apresentação de trabalhos
Obstetrícia (**Auditório Mármore II**)

10:15 - 11:00 **Auditório Mármore II**

Palestra 2: DHEG - Revisitando as artérias uterinas (antigos mal entendidos e novas interpretações)

Presidente: Dra. Aurea Fabiane Silva Francisco de Souza (SC)

Palestrante: Dr. Roberto Cardoso (SP)

11:00 - 11:45 **Auditório Mármore II**

Palestra 4: Manejo atual da amniorrexe prematura

Presidente: Dr. Ademir Garcia Reberti (SC)

Palestrante: Dr. Ricardo Gómez (Chile)

13:00 - 13:30 Intervalo

13:30 - 14:45 **Auditório Mármore II**

Mesa Redonda 4: Prematuridade

Coordenador: Dr. Rafael Frederico Bruns (PR)

13:30 / 13:50 - Limite de viabilidade

Palestrante: Dra. Clarice Bissani (SC)

13:50 / 14:10 - Existe prevenção efetiva?

Palestrante: Dr. Ricardo Gómez (Chile)

14:10 / 14:30 - Assistência obstétrica em prematuro extremo

Palestrante: Dr. Carlito Moreira Filho (SC)

14:30 / 14:45 - Discussão

14:45 - 15:30 **Auditório Mármore II**

Palestra 6: Crescimento intra-uterino restrito – novos paradigmas (como abordar diagnóstico, conduta e consequências futuras)

Presidente: Dr. Manoel Pereira Pinto Filho (SC)

Palestrante: Dr. Roberto Cardoso (SP)

09:45 - 10:15 Intervalo - Apresentação de trabalhos
Obstetrícia (**Auditório Mármore II**)

Auditório Mármore II

16:00 - 16:45

Palestra 7: Trombofilia - qual sua real influência na gestação?

Palestrante: Dra. Vanessa Romualdo (SC)
16:20 / 16:40 - Manejo da NIC
Palestrante: Dra. Elisabeth Grubba Richter (SC)
16:40/ 17:00 - Manejo das lesões vulva
Palestrante: Dr. Charles Jean Berger (SC)
17:00 / 17:30 - Discussão

17:30 - 18:30 **Auditório Fritz Müller**

Simpósio Patrocinado 2 - MSD: Critérios de elegibilidade dos anticoncepcionais
Palestrante: Dr. Nilson Roberto de Melo (SP)

Presidente: Dr. Carlito Moreira Filho (SC)
Palestrante: Dr. Jorge Abi Saab Neto (SC)
16:45 - 17:30
Palestra 8: Confiabilidade dos exames de bem estar fetal na interrupção da gestação
Presidente: Dr. Jacy Bruns (SC)
Palestrante: Dr. Rafael Frederico Bruns (PR)

20:00 Festa do Congresso

04 DE JUNHO DE 2011 – SÁBADO

08:30 - 09:45 **Auditório Fritz Müller**

Mesa Redonda 6: Violência sexual
Coordenadora: Dra. Patrícia Schaeffer Thomazelli (SC)
08:30 / 08:50 - Norma de atendimento
Palestrante: Dra. Daniela Renate Maes Fronza (SC)
08:50 / 09:10 - Interrupção legal da gestação em decorrência de estupro
Palestrante: Dr. Sergio Murilo Steffens (SC)
09:10 / 09:30 - Sexualidade na mulher vitimizada
Palestrante: Dr. Eliano Arnaldo Jose Pellini (SP)
09:30 / 09:45 - Discussão

09:45 - 10:15 **Auditório Fritz Müller**

Mesa Redonda 8: A imunização da mulher e o ginecologista
Coordenador: Dr. Manoel Pereira Pinto Filho (SC)
Vacinação da mulher - qual o papel do ginecologista
Palestrante: Jorge Abi Saab Neto (SC)
Consenso FEBRASGO & SBIM - Calendário de vacinação da mulher
Palestrante: Dra. Jacy Andrade (BA)
Prevenção do câncer do colo do útero através da vacinação - Recomendações da FEBRASGO
Palestrante: Jorge Abi Saab Neto (SC)

12:00 - 13:00 **Auditório Fritz Müller**

Mesa Redonda 9: Remuneração médica
Coordenador: Dr. Vanio Cardoso Lisboa (SC)
12:00 / 12:15 - CBHPM - Onde estamos e onde queremos chegar
Palestrante: Dr. Márcio Costa Bichara (MG)
12:15 / 12:30 - Parametrização
Palestrante: Dr. Rogério Paulo Moritz (SC)
12:30 / 12:45 - Cobrança paralela de honorários de convênios e cooperativas médicas (UNIMED)
Palestrante: Dr. Ângelo Eduardo Strzalkowski Kniss (SC)
12:45 / 13:00 - Discussão

14:00 - 15:30 **Auditório Fritz Müller**

Mesa Redonda 10: Mama
Coordenadora: Dra. Katia S. Beckhauser Ferreira da Silva (SC)
14:00 / 14:20 - Conduta nas lesões palpáveis
Palestrante: Dr. Jorge Roberto Rebello (SC)
14:20 / 14:40 - Conduta nas lesões impalpáveis
Palestrante: Dra. Adriana Magalhães de Oliveira Freitas (SC)
14:40 / 15:00 - Avaliação das mamas operadas
Palestrante: Dr. Bráulio Leal Fernandes (SC)
15:00 / 15:30 - Discussão

08:30 - 09:45 **Auditório Mármore II**

Mesa Redonda 7: Intercorrências no parto
Coordenadora: Dra. Andréa Bongiolo Cordeiro (SC)
08:30 / 08:50 - Distócia de ombro
Palestrante: Dra. Sheila Koettker Silveira (SC)
08:50 / 09:10 - Segundo período prolongado
Palestrante: Dr. Jorge Abi Saab Neto (SC)
09:10 / 09:30 - Sangramento pós-parto
Palestrante: Dr. Ricardo Maia Samways (SC)
09:30 / 09:45 - Discussão

10:15 - 11:15 **Auditório Fritz Müller**

Simpósio Patrocinado 3 - MSD: Aconselhamento em métodos de contracepção
Palestrante: Dr. Eliano Arnaldo Jose Pellini (SP)

11:15 - 12:00 **Auditório Fritz Müller**

Palestra 9: Como otimizar a pesquisa médica na internet
Presidente: Dra. Aurea Fabiane Silva Francisco de Souza (SC)
Palestrante: Dr. Rafael Frederico Bruns (PR)

11:15 - 12:00 **Auditório Mármore II**

Palestra 10: DMG - o que muda após o HAPO trial?
Presidente: Dr. Bruno Calgaro de Carvalho (SC)
Palestrante: Dr. Jean Carl Silva (SC)

13:00 - 14:00 Intervalo para almoço

14:00 - 14:45 **Auditório Mármore II**

Palestra 11: Aspectos práticos, erros frequentes e contribuições do exame ultrassonográfico do colo uterino
Presidente: Dr. Manoel Pereira Pinto Filho (SC)
Palestrante: Dr. Ricardo Gomez (Chile)
14:45 - 15:30

Palestra 12: Aborto habitual
Presidente: Dra. Patrícia Schaeffer Thomazelli (SC)
Palestrante: Dr. Ricardo Nascimento (SC)

15:30 - 15:45 Intervalo

15:45 - 17:00 **Auditório Mármore II**

Mesa Redonda 12: Propedêutica em oncologia
Coordenadora: Dra. Adriana Magalhães de Oliveira Freitas (SC)
15:45 / 16:05 - Ovário
Palestrante: Dr. Marcelo Biasi Cavalcanti (SC)
16:05 / 16:25 - Endométrio

15:45 - 17:00

Auditório Fritz Müller

Mesa Redonda 11: Sangramento uterino anormal

Coordenador: Dr. Marco Antonio G. Mendes Wanrowsky (SC)

15:45 / 16:05 - Manejo clínico do quadro agudo e crônico

Palestrante: Dra. Beatriz Cristina Milanese (SC)

16:05 / 16:25 - Diagnóstico diferencial

Palestrante: Dra. Patrícia Schaeffer Thomazelli (SC)

16:25 / 16:45 - Ablação endometrial

Palestrante: Dra. Katia S. Beckhauser Ferreira da Silva (SC)

16:45 / 17:00 - Discussão

Palestrante: Dr. Ricardo Maia Samways (SC)

16:25 / 16:45 - Útero

Palestrante: Dr. Charles Jean Berger (SC)

16:45 / 17:00 - Discussão

17:00 - 17:30 Premiação dos trabalhos / Encerramento

ELEIÇÕES

Eleições para nova diretoria da SOGISC

A atual diretoria da SOGISC está terminando seu mandato em setembro 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 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 com um período mínimo de 30 (trinta) dias antes do pleito por 15 (quinze) associados quites com a tesouraria e não pertencentes à mesma.

- As inscrições das chapas devem ser realizadas até dia 30/06/2011.

- Os votos serão enviados via correio a partir de 25.07.2011 e devolvidos até as 18hs00min do dia 26.08.2011.

- A eleição se fará por maioria sim-



ples 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.

- A posse da nova diretoria dar-se-á em até 02 (dois) dias úteis após a divulgação dos resultados das eleições pelo comitê eleitoral.

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

FEBRASGO lança Campanha de Vacinação da Mulher

A FEBRASGO, em parceria com a Sociedade Brasileira de Imunização-SBIM, lançou uma campanha de Vacinação da Mulher através da apresentação de um calendário vacinal, durante o Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (TOP TEMAS) no Rio de Janeiro, em outubro de 2010.

Esta campanha tem como objetivo informar e conscientizar o tocoginecologista sobre a vacinação da mulher nas suas diversas fases da vida e trazer para a especialidade a responsabilidade da imunização, como já o faz a Pediatria.

Dando prosseguimento a esta campanha, a FEBRASGO, iniciou a comunicação junto aos colegas através de várias ações, dentre as quais difundiu-a em alguns congressos estaduais selecionados bem como no site da Febrasgo.

Os calendários de vacinação de criança, adolescentes, mulheres, adultos e idosos, podem ser acessados na íntegra no

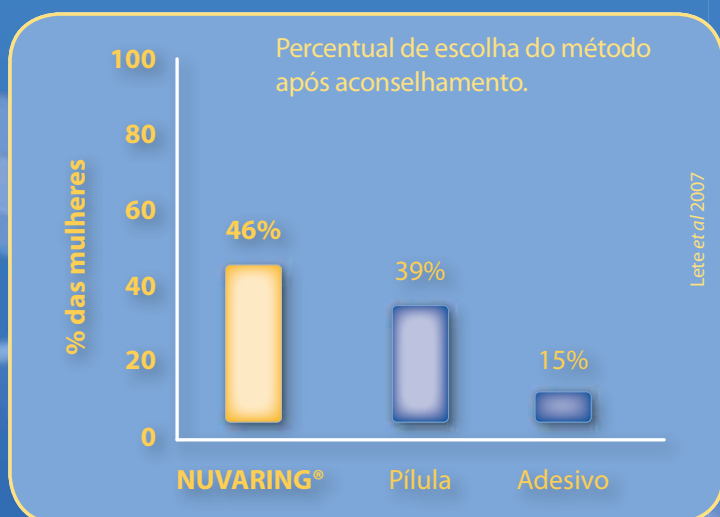


portal: www.sbim.org.br

Um bom aconselhamento pode ajudar as mulheres a escolherem o anticonceptivo mais adequado para elas.¹⁻⁴

- Após o aconselhamento completo sobre os métodos hormonais combinados, mais mulheres escolheram NUVARING®.⁴

Estudo Team envolvendo 9.700 mulheres.⁴



NUVARING® 
etonogestrel
etinilestradiol

Uma vez ao mês.
Conveniência que nenhuma pílula pode oferecer.⁵⁻⁶



NUVARING®

etonogestrel
etinilestradiol

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:** Contraceção. **Contra-indicações:** NuvaRing® não deve ser utilizado na presença de qualquer das condições mencionadas a seguir ou se as mesmas ocorrerem pela 1ª vez o anel deve ser retirado imediatamente: trombose venosa (TVP) atual ou progressiva, acompanhada ou não de embolia pulmonar; trombose arterial ou progressiva 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 hepatopatias 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 conseqüências 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 e 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 do fígado e, ainda mais raramente, tumores malignos hepáticos. Mulheres com diagnóstico ou com antecedentes familiares de hipertrigliceridemia 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 evidência 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, coréia de Sydenham, herpes gestacional, perda de audição relacionada a 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 progestagênicos 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 ciosasma. 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. Devido à administração intravaginal, as concentrações uterinas dos esteróides contraceptivos em usuárias de NuvaRing® são provavelmente mais altas do que nas usuárias de COCs. Desta 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:** Cefaléia, vaginite e leucorréia, cada uma relatada por 5-6% das mulheres. Outras reações adversas comuns \geq 1/100 foram: dor abdominal, náusea, vaginite, expulsão do anel, desconforto relacionado ao anel, aumento de peso, cefaléia, labilidade emocional, diminuição a libido, dor pélvica, dor nas mamas, sensação de corpo estranho na vagina, dismenorréia, leucorréia, desconforto vulvovaginal, acne. **Interações medicamentosas:** Podem levar à 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 antimicóticos e espermicidas administrados por via vaginal afetem a eficácia contraceptiva e a segurança de NuvaRing®. Dados farmacocinéticos demonstraram que o uso de 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, tireoide e adrenal, níveis plasmáticos de proteínas carreadoras, frações lipídeos/lipoproteína, parâmetros do metabolismo de carboidratos e de fibrinólise e da 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/ no 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 expelido acidentalmente, ele pode ser enxaguado com água fria ou morna e deverá ser reinserido imediatamente. Inserir novo anel após intervalo de uma semana. NuvaRing® pode ser removido enganchando 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. Nesta 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 - 8 °C). Quando a paciente compra o produto, a farmácia deve anotar no cartucho (em local próprio para isto) 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 S5 (ref.3.0) CPP, NL 0055816.

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

Referências bibliográficas: 1. Saeed GA, et al. Change in trend of contraceptive uptake—effect of educational leaflets and counseling. *Contraception*. 2008;77(5):377-81. 2. Yassin AS, Cordwell D. Does dedicated pre-abortion contraception counselling help to improve post-abortion contraception uptake? *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2005;31(2):115-6. 3. Floyd RL, et al. Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med*. 2007;32(1):1-10. 4. Lete I, et al. Factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive method: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study. *Contraception*. 2007;76:77-83. 5. Novak A et al. The combined contraceptive vaginal ring, NuvaRing: an international study of user acceptability. *Contraception*. 2003; 67(3):187-94. 6. Roumen FJME, Apter D, Mulders TMT, Dieben TOM. Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl oestradiol. *Hum Reprod*. 2001;16(3): 469-475. 7. Circular aos Médicos (bula) de NUVARING®. São Paulo; Scheering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda, 2011.

Antes de prescrever, recomendamos a leitura da Circular aos Médicos (bula) completa para informações detalhadas sobre o produto.

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVE SER CONSULTADO.

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

Contraceptivo Oral com Estradiol

Qlaira®

valerato de estradiol
dienogeste

Em harmonia com o corpo da mulher

O primeiro contraceptivo oral com estradiol natural

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

O dienogeste tem potente efeito inibitório sobre o endométrio.²

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

Regime de dosagem inovador

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



Contraindicação: presença ou histórico de tromboembolismo arterial ou venoso.

Interação medicamentosa: antibióticos e anticonvulsivantes.

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

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