



SOGISC (FILIADA À FEBRASGO)

E-mail: sogisc@sogisc.org.br

N.º10 - Abril/2004

**SOCIEDADE DE
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
DE SANTA CATARINA**

Um ano de luta pela CBHPM



CBHPM

Classificação Brasileira Hierarquizada
de Procedimentos Médicos

A CBHPM está para completar um ano desde o seu lançamento oficial. Apesar da intensa luta das entidades médicas nacionais, estaduais, regionais e Sociedades de Especialidades, os valores da nova tabela elaborada pela AMB (Associação Médica Brasileira) e o CFM (Conselho Federal de Medicina) ainda não estão sendo praticados pelos planos de saúde. O momento é de união de forças da classe médica.

Oportunidade Ímpar

Estamos vivendo um momento importante. Após muitos anos desarticulados, o movimento pela implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) é uma oportunidade para união de todos os colegas.

Devemos acompanhar e participar de todas as ações promovidas pela Comissão de Implantação. É natural a resistência dos planos de saúde. Devemos deixar bem claro para a sociedade que os sucessivos aumentos nas mensalidades dos últimos anos não tiveram reflexo na nossa remuneração.

Acredito que devemos ser inflexíveis em dois pontos básicos: Não aceitar valores inferiores ao considerado "mínimo e ético" pelo Conselho Federal de Medicina e que os novos procedimentos previstos na CBHPM sejam adotados sem exceção.



Dr. Alberto Trapani Júnior
Presidente

Procedimentos como coleta de material cérvico-vaginal, peniscopia, vulvoscopia, indução e assistência ao aborto e feto morto retido, assistência ao trabalho de parto por hora, aspiração manual intra-uterina, versão cefálica externa, procedimentos cirúrgicos novos ou previstos apenas para outras especialidades, são algumas das conquistas da nossa especialidade na CBHPM.

Anuidade 2004/Anistia

Todos já devem ter recebido a ficha de compensação da anuidade FEBRASGO/SOGISC 2004. Caso o colega não tenha recebido, favor entrar em contato com a Secretaria da nossa Sociedade. É um valor único que permite que você esteja regularizado com a Federada e a Federação de nossa especialidade.

Todos os débitos de anuidade anterior não serão considerados.

Gostaríamos de destacar que a anuidade do nosso estado é a menor do Brasil, graças às parcerias e ao controle rígido das despesas. O pagamento pode ser realizado até dia 30 de abril, nas agências do Banco do Brasil e Unicred.

Expediente JORNAL DA SOGISC



Diretoria Executiva

Presidente:
Dr. Alberto Trapani Júnior

Vice-Presidente:
Dr. Manuel Pereira Pinto Filho

Secretária:
Dr^a. Leisa Beatriz Grandó

Tesoureira:
Dr^a. Simone Bousfield Prates

Diretor Científico Geral:
Dr. Evaldo dos Santos

Diretora Científica de Obstetrícia:
Dr^a. Sheila Koetker Silveira

Diretora Científica de Ginecologia:
Dr^a. Clarisse Salete Fontana

Diretora de Defesa de Classe:
Dr^a. Maria Salete Medeiros Vieira

Diretora de Divulgação:
Dr^a. Beatriz Maykot Kuerten Gil

Diretor de Informática:
Dr. Carlos Alberto Wenderlich

Edição

Texto Final
Assessoria de Comunicação

Jornalistas Responsáveis:
Lena Obst e Denise Christians

Colaboração:
Lúcia Py Lüchmann

Arte Final e Impressão:
M. Darwin Editor Gráfico

Tiragem:
1000 Exemplares

Iniciam atividades da Educação Continuada em Ginecologia e Obstetrícia/2004



A estréia do Programa Científico 2004 da SOGISC foi nos dias 03 e 04 de abril, com o *Encontro de Educação Continuada do Sul do Estado*, que aconteceu na Unisul, em Tubarão. A idéia do evento foi propiciar conteúdo científico para atualização dos profissionais catarinenses, que puderam debater de maneira informal os temas mais frequentes no consultório.

O painel de abertura, dia 02, abordou *Síndrome de Ovários Policísticos*, pelo Dr. Evaldo dos Santos/SC, seguido pelo médico especialista paranaense, Dr. Almir Urbanetz, que falou sobre *Trata-*

mento Atual. Já o sábado, dia 03, reservou quatro mini conferências: às 8h30, *TRH - Baixa Dose*, e às 9h10, *Osteopenia e Osteoporose/Visão do Ginecologista*, ambas com Dr. Almir Urbanetz. Às 10h20 a Dra. Leisa Beatriz Grandó apresentou o tema *Sangramento Uterino Anormal* e às 11h o Dr. Evaldo dos Santos discorreu sobre *Hirsutismo*.

O evento, que contou com o apoio da Unicred, da Unimed, da Univali, da Janssen - Cilag e da Shering do Brasil, foi realizado no Auditório do Bloco de Saúde da Unisul, em Tubarão.

Calendário Científico da SOGISC

A SOGISC preparou o seu calendário científico/2004 para atualização e capacitação dos profissionais associados. Portanto, reserve desde já um "espaço" na sua agenda para os compromissos a seguir:

- **Florianópolis** será sede do Encontro de Educação Continuada da Grande Florianópolis, que acontecerá na ACM, dias 14 e 15 de maio.
- **Joinville**, através da SOGIVA, da SJGO e da SOGILI, realiza o Encontro de Educação Continuada no período de 01 a 03 de julho, juntamente com o 1º Simpósio Catarinense de Endoscopia Ginecológica e Endometriose. A organização já confirmou a presença de médicos de renome como Dr. Paulo Ayrosa/SP, Nilson Donadio/SP, Paulo Barroso/RJ e aguarda a confirmação do médico italiano Luca Mencaglia.
- A prova do TEGO já tem data marcada: será no dia 25 de julho, nos dois períodos (manhã e tarde), na sede da ACM, em Florianópolis.
- **Joaçaba** realizará seu evento nos dias 22 e 23 de outubro, sob a responsabilidade das Regionais do Oeste, Meio Oeste e Planalto.
- Para encerrar o ano com chave de ouro, a SOGISC convida todos os associados para o tradicional - e imperdível - **Jantar Dançante**, na sede da ACM, dia 30 de outubro, **dia do Ginecologista**.

Atenção

- O Curso de Revisão em Ginecologia e Obstetrícia (Pré-Tego) acontece em anos alternados. A próxima edição será em 2005.
- O Congresso Sul Brasileiro da especialidade vai acontecer em Curitiba/PR, no período de 25 a 27 de novembro.

Destaque Catarinense no Congresso Brasileiro de 2003

Realizado em Recife, foi um sucesso o Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia de 2003, tanto na organização quanto na programação científica. Santa Catarina teve uma participação marcante, com a apresentação de vários trabalhos e com a conquista do prêmio de melhor tema livre na Ginecologia.

Temos na Secretaria da SOGISC algumas fitas e CD's de cursos, palestras e mesas que aconteceram no Congresso, para empréstimo, sem custo, aos associados.

Confira:

- **CD 1** - Cursos: Pré-Natal, Hipertensão na Gravidez e Diabetes na Gravidez.
- **CD 2** - Cursos: Uroginecologia, Endocrinologia Ginecológica e Climatério
- **Fitas de 61 a 64** - Curso de Sexualidade
- **Fita 133** - Abordagem do Casal com queixas sexuais
- **Fita 145** - Psicose e depressão puerperal
- **Fita 156** - Neovaginoplastia

Analgesia de Parto

A Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos de tal dano (IASP).

A mensuração da dor pode ser realizada através de escalas:

Escala analógica visual, escala numérica visual, escala numérica verbal e outras.

A dor do parto é transmitida no estágio I (Dilatação Cervical) através de fibras nervosas aferentes de T10, T11, T12, E, L1 bilateralmente e no estágio II (período expulsivo) através das fibras de S2, S3 e S4 (nervus pudendos) bilaterais.

Analgesia é a ausência de dor em resposta a um estímulo normalmente doloroso. A Analgesia de Parto pode ser inalatória, endovenosa, espinal, peridural, raquidiana ou ambas, e pode ainda ser mista.

A Analgesia inalatória com N2O (protoxido de azoto), comercialmente disponível em alguns países como Entonox, pode ser usada isoladamente ou em associação com as técnicas endovenosa ou espinal. Usada isoladamente é considerada pouco efetiva. A analgesia endovenosa com meperidina é muito utilizada e também considerada pouco efetiva. Devido a passagem placentária da droga, a meperidina, tem como principal efeito indesejado a depressão respiratória do recém-nascido.

Recentemente, um novo opióide sintético, o remifental, foi introduzido como uma alternativa para analgesia endovenosa através de bomba de infusão controlada

pelo paciente (PCA). As características farmacológicas mais importantes desta droga são: rápido início de ação, rápido metabolismo por esterase plasmáticas e teciduais, não possui efeito cumulativo plasmático e é de duração de efeito muito curtos, o que permite descontinuar o seu uso e cessar o efeito da droga em cerca de 3 minutos.

A analgesia peridural promove o mais efetivo alívio da dor correntemente disponível. Mais da metade das mulheres que têm parto vaginal, recebem epidural para analgesia, sendo aproximadamente 2 milhões a cada ano.

A associação de peridural, usando baixas concentrações de anestésico local com o uso de sufentanil subaracnóide tem sido realizado, promovendo excelente analgesia, sem diminuir a motricidade e a efetividade das contrações uterinas, permitindo a participação ativa da parturiente no período expulsivo.

Existem controvérsias sobre o aumento do índice de cesarianas em partos sob analgesia, porém, sabe-se que a analgesia de parto pode prolongar o período expulsivo e aumentar a taxa de parto vaginal instrumentado.

Portanto, através do aperfeiçoamento das técnicas analgésicas, com o advento de drogas novas e com a maior experiência profissional tornou-se possível promover analgesias de parto com segurança para a paciente e baixos riscos para o feto, possibilitando aos obstetras disponibilizar maior conforto às suas pacientes no momento sublime do nascimento.



“Através do aperfeiçoamento das técnicas analgésicas, com o advento de drogas novas e com a maior experiência profissional tornou-se possível promover analgesias de parto com segurança para a paciente e baixos riscos para o feto”

Márcia Regina Ghellar, TSA
Clínica e Maternidade Saint Patrick
CRM-SC 5184

“Pesquisa da prevalência do Papilomavírus humano (HPV) em amostras de tecido endometrial normal e com carcinoma pela Técnica de PCR”

Objetivo:

Comparar a prevalência da presença do DNA do HPV pela técnica de PCR em amostras de tecido endometrial normal e com carcinoma endometrial de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico (histerectomia) por carcinoma endometrial e doença benigna e a sua correlação com a idade, tabagismo, diferenciação escamosa e grau de diferenciação tumoral, tipo viral mais freqüente e trofismo endometrial nas mulheres sem carcinoma.

Métodos:

Trata-se de um estudo observacional do tipo caso-controle onde foram avaliadas 100 mulheres (50 com endométrio normal e 50 com carcinoma endometrial) quanto à presença do DNA do HPV em amostra tecidual conservada em blocos de parafina, pelo método de PCR. Foram excluídos os casos de carcinoma endometrial cujo sítio primário da lesão era duvidoso ou a história prévia ou atual de lesões pré-neoplásicas ou carcinoma do trato genital inferior. Variáveis como idade, tabagismo, trofismo endometrial, diferenciação escamosa e grau de diferenciação tumoral foram avaliadas.

Resultados:

O risco relativo estimado da presença do HPV foi o mesmo nas mulheres com e sem carcinoma endometrial. O HPV foi detectado em 8% dos casos de carcinoma e 10% no endométrio normal. Apesar do HPV ter sido detectado 3,5 vezes mais em mulheres fumantes do que não fumantes no grupo sem carcinoma, não houve diferença estatística. A presença do HPV também não esteve correlacionada com a idade das mulheres, trofismo endometrial, diferenciação escamosa e grau de diferenciação tumoral. O HPV 16 e 18 (5 dos casos com tipo 16 e 4 com o tipo 18) foram os vírus mais freqüentemente encontrados, tanto no tecido endometrial normal, quanto no carcinomatoso. Nenhum vírus de baixo risco oncogênico foi detectado nas amostras.

Conclusão:

O HPV está presente no tecido endometrial de mulheres com carcinoma endometrial na mesma proporção que nas com tecido endometrial normal, não demonstrando a possível associação deste vírus no desenvolvimento do carcinoma endometrial.

Palavras-chave:

Papilomavírus humano; HPV; Oncogênese; Carcinoma endometrial.

Observações:

- 1 - Este artigo poderá ser lido na íntegra na edição de maio da RBGO.
- 2 - Este trabalho recebeu o Prêmio de Melhor Tema Livre de Ginecologia, no 50º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia



Dr. Édison Natal Fedrizzi
Departamento de GO
da UFSC e UNISUL

Sucesso no Baile Anual do Ginecologista



A sede da ACM foi enfeitada para receber ginecologistas e obstetras catarinenses, que encerraram o ano com muita descontração e integração

Aconteceu no dia 29 de novembro de 2003 o Baile Anual do Ginecologista, na sede da Associação Catarinense de Medicina, em Florianópolis. A destacada presença dos colegas e a descontração da noite garantiram o sucesso de mais uma edição do principal evento social da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina.

Baile de 2004

A SOGISC convida todos os associados para o Jantar Dançante, na sede da ACM, dia 30 de outubro, Dia do Ginecologista.

15 Boas Razões para Você ser Sócio da FEBRASGO

- 1º - Você recebe gratuitamente, todo mês, as publicações da FEBRASGO, entre elas as revistas de maior conceito nacional na especialidade: FEMINA e RBGO;
- 2º - Você recebe gratuitamente, todo mês o Jornal da FEBRASGO, com notícias de seus trabalhos e ações tanto a nível nacional quanto internacional, bem como a agenda dos cursos, jornadas e congressos de todas as regiões do Brasil;
- 3º - Desconto especial nas inscrições de Jornadas e Congressos em que a FEBRASGO participe;
- 4º - A FEBRASGO fornecerá a você, as fichas clínicas, as de consentimento pós-informado para uso em sua clínica ou consultório;
- 5º - A FEBRASGO fornecerá a você, Manuais de Conduta para uso em sua prática diária;
- 6º - Atividades científicas e cursos permanentes de reciclagem nas Federadas Estaduais – cada Estado possui uma Federada que coordena os programas de atualização e defesa profissional, em conjunto com as Comissões Nacionais Especializadas da FEBRASGO;
- 7º - Estamos lutando e já conseguimos muitas vitórias e progressos na melhoria da tabela dos honorários que recebemos por nossos serviços;
- 8º - A FEBRASGO tem colaborado com a Comissão Nacional de Residência Médica do MED (Ministério da Educação e do Desporto), para o aprimoramento da qualidade da formação do Especialista;
- 9º - Estamos trabalhando com os demais países que compõem o MERCOSUL para padronizar a formação profissional com vistas à extinção de barreiras;
- 10º - Participamos, junto com o Ministério da Saúde do Brasil, nas ações voltadas para a melhoria da assistência prestada à mulher brasileira;
- 11º - Descontos na inscrição para obtenção do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia da FEBRASGO, com reconhecimento da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Ministério da Educação e do Desporto;
- 12º - Criação e concessão de Títulos em diferentes áreas de atuação, como: laparoscopia, histeroscopia, densitometria, mamografia, urodinâmica, entre outras;
- 13º - Confecção de protocolos para Consentimento Pós-informado para uso dos associados antes de proceder os atos médicos;
- 14º - Fundação de Federadas da FEBRASGO nos estados em que não existiam;
- 15º - Comissões Nacionais Especializadas que confeccionaram o Programa de Educação Continuada a ser desenvolvido junto às Federadas Estaduais. Além de comissões Estatutárias de Ética, Defesa Profissional, Residência Médica e de Educação Médica Continuada.

Hoje, somos mais de 14.000 associados em dia com a anuidade. Nossa união é o grande trunfo das lutas por atualização científica e melhores tabelas de remuneração.

Saiba tudo sobre a CBHPM

O que é a CBHPM?

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM foi elaborada através de uma parceria da AMB (Associação Médica Brasileira) com o Conselho Federal de Medicina (CFM), recebendo a chancela da CMB (Confederação Médica Brasileira), e da FENAM (Federação Nacional de Médicos), a colaboração da FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo) e de todas as Sociedades de Especialidades Médicas do país.

Além de ser o referencial da remuneração médica no Brasil, a CBHPM busca recuperar os mais de sete anos em que os médicos não recebem qualquer tipo de reajuste de seus honorários por parte dos planos de saúde suplementar, tendo como meta também possibilitar a real qualificação da assistência prestada à população em todo o país.

Por sua importância, o Conselho Federal de Medicina aprovou resolução inédita que adota a CBHPM como o padrão de remuneração dos procedimentos médicos junto ao Sistema de Saúde Suplementar. A resolução também determina que os valores relativos aos portes de procedimentos deverão ser determinados pelas entidades médicas nacionais por intermédio da Comissão Nacional de Honorários Médicos.

Quando foi lançada a CBHPM?

Foi lançada oficialmente no país no dia 15 de julho de 2003, em Vitória (Espírito Santo).

Em Santa Catarina, o lançamento oficial da CBHPM ocorreu no dia 17 de outubro de 2003, em cerimônia que contou com a participação do Presidente da AMB, Dr. Eleuses Vieira de Paiva.

Já existe a Comissão Estadual de Implantação da CBHPM?

Para tratar da efetiva implantação da CBHPM, a AMB instalou uma Comissão Nacional, implantada também de maneira estadual em Santa Catarina, em atividade desde o dia 17 de outubro e



composta pelos médicos Viriato João Leal da Cunha (Presidente da ACM), Genoir Simoni (Vice-Presidente da ACM), Carlos Alberto Pierri (Diretor de Defesa Profissional da ACM), Wilmar de Athaide Gerent (Vice-Presidente do CREMESC), José Francisco Bernardes (Membro da Comissão de Qualificação de Especialista do CREMESC), Rodrigo Jorge da Luz Bertoncini (Secretário da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos do CREMESC), César Augusto Ferraresi (Vice-Presidente do SIMESC), Paulo Márcio da Silveira Brunato (Tesoureiro do SIMESC) e Odi José Oleiniski (Diretor de Apoio aos Graduando em Medicina do SIMESC).

Quais as ações que já foram realizadas?

- Primeiro movimento nacional para a implantação da Classificação aconteceu em 11 de novembro, num Dia de Mobilização pela CBHPM. Em Santa Catarina o COSEMESC convocou todos os médicos no estado para participarem da data.
- O Conselho Superior das Entidades Médicas do Estado de Santa Catarina encaminhou correspondência às diretorias de todos os

planos de saúde em atividade no estado pedindo o agendamento de um contato para tratar das negociações sobre o novo referencial mínimo de honorários da classe médica nos planos de saúde suplementar no Brasil.

- No dia 21 de janeiro dirigentes do COSEMESC reuniram-se com a Federação das Unimed, em Joinville, para um encontro que debateu sobre a implantação da CBHPM na Cooperativa Médica.
- No dia 02 de março, os dirigentes do COSEMESC reuniram-se com os dirigentes da Unidas.
- No dia 9 de março/2004 aconteceu o segundo Dia Nacional de Mobilização pela Implantação da CBHPM.

Quais serão as próximas ações?

- Dia 30 de abril - Fórum Estadual de Debates sobre Remuneração Médica, na sede da ACM, em Florianópolis, a partir das 13h30min. Tema Central: Implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, com a participação de representantes das entidades médicas nacionais, das entidades médicas catarinenses, dirigentes das Regionais médicas e das Sociedades de Especialidades.
- Dias 04 e 05 de junho - VII FEMESC (Fórum das Entidades Médicas de Santa Catarina), que será em Jaraguá do Sul e onde a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos também será um dos temas centrais dos debates, com a apresentação dos resultados já obtidos nas negociações junto aos planos de saúde em atividade no estado. De acordo com as respostas obtidas nas negociações feitas pelas diversas Delegacias e Regionais Médicas, o COSEMESC (Conselho Superior das Entidades Médicas de Santa Catarina) vai definir as ações em prol da CBHPM de âmbito estadual.

NOVO



SCHERING
making medicine work

Schering apresenta um novo Contraceptivo Oral, com um progestógeno de perfil próximo à progesterona natural e com benefícios adicionais.

Contraceção e Bem-Estar

 **yasmin**[®]
drospirenona
etinilestradiol
Menor Peso. Melhor Pele.

T18CCTPBI02

YASMIN[®]

Composição

Cada comprimido revestido contém:
Drospirenona 3mg / Etinilestradiol 30mcg

Indicação

Contraceptivo oral, com efeitos antiminerocorticóide e androgênico que beneficiam tanto as mulheres que apresentam retenção de líquido de origem hormonal e seus sintomas, como as que apresentam acne e seborréia.

Posologia

Os comprimidos devem ser ingeridos por 21 dias consecutivos, mantendo-se aproximadamente o mesmo horário e, se necessário, com pequena quantidade de água. Cada nova cartela é indicada após intervalo de 7 dias sem a ingestão de comprimidos, durante o qual deve ocorrer sangramento por privação hormonal (em 2-3 dias após a ingestão do último comprimido). Início do uso de Yasmin[®]: no caso da paciente não ter utilizado contraceptivo hormonal no mês anterior, a ingestão deve ser iniciada no 1^o dia de sangramento menstrual. Se a paciente estiver mudando de um outro COC, deve começar preferencialmente no dia posterior à ingestão do último comprimido ativo do contraceptivo usado anteriormente ou, no máximo, no dia seguinte ao último dia de pausa ou de tomada de comprimidos inativos. Se a paciente estiver mudando de método contraceptivo contendo somente progestógeno, poderá iniciar o COC em qualquer dia no caso da minipílula, ou no dia da retirada do implante ou do sistema intra-uterino liberador de progestógeno, ou no dia previsto para a próxima injeção. Nestes casos recomenda-se usar adicionalmente um método de barreira nos 7 primeiros dias de ingestão de Yasmin[®]. Após abortamento de primeiro trimestre, pode-se iniciar o uso de Yasmin[®] imediatamente, sem necessidade de adotar medidas contraceptivas adicionais. Após parto ou abortamento de segundo trimestre, é recomendável iniciar o COC no período entre 21^o e 28^o dia após o procedimento. Em período posterior a este, deve-se aconselhar o uso adicional de um método de barreira nos 7 dias iniciais de ingestão. Se já tiver ocorrido relação sexual, deve certificar-se de que a mulher não esteja grávida antes de iniciar o uso do COC ou, então, aguardar a primeira menstruação.

Para procedimento em casos de esquecimento de comprimidos ou ocorrência de vômitos e/ou diarreia, consulte a bula do produto. Se não ocorrer sangramento por privação no primeiro intervalo normal sem ingestão de comprimido, deve-se considerar a possibilidade de gravidez.

Reações Adversas

Foram observadas as seguintes reações adversas em usuárias de COCs, sem que a exata relação de causalidade tenha sido estabelecida: dor, secreção, aumento de tamanho ou sensação de tensão nas mamas; cefaléias; enxaquecas; alteração da libido; estados depressivos/alterações de humor; intolerância a lentes de contato; náusea; vômito e outros distúrbios gastrointestinais; variações na secreção vaginal; distúrbios variados da pele como, por exemplo, erupção cutânea e eritema dos tipos nodoso e multifórmico; retenção de líquido; alterações no peso corpóreo e reações de hipersensibilidade aos componentes do produto.

Contra-indicações

Contraceptivos orais combinados (COCs) não devem ser utilizados na presença das seguintes condições: presença ou história de processos trombóticos/tromboembólicos (arteriais ou venosos); história de enxaqueca com sintomas neurológicos focais; diabetes mellitus com alterações vasculares; a presença de um fator de risco grave ou múltiplos fatores de risco para trombose arterial ou venosa também pode representar uma contra-indicação (veja item "Precauções e advertências"); presença ou história de pancreatite associada a hipertrigliceridemia grave; presença ou história de doença hepática grave; insuficiência renal grave ou aguda; presença ou história de tumores hepáticos benignos ou malignos; diagnóstico ou suspeita de neoplasias dependentes de esteróides sexuais; sangramento vaginal não-diagnosticado; suspeita ou diagnóstico de gravidez; hipersensibilidade a qualquer um dos componentes do produto. Se qualquer uma das condições citadas anteriormente ocorrer pela primeira vez durante o uso de COCs, sua utilização deve ser descontinuada imediatamente.

Precauções

Consultas/exames médicos regulares estão recomendados. Em caso de ocorrência de qualquer uma das condições ou fatores de risco como distúrbios circulatórios, tumores, hipertensão, hiperlipidemia, hipertensão, colelitíase, porfiria, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome hemolítica-urêmica, coreia de Sydenham, herpes gestacional, perda da audição relacionada com otosclerose, patologia intestinal inflamatória crônica, anemia falciforme, enxaquecas, os benefícios da utilização de COCs devem ser avaliados frente aos possíveis riscos para cada paciente individualmente e discutidos com a mesma antes de optar pelo início de sua utilização. Em casos de agravamento, exacerbção ou aparecimento pela primeira vez de qualquer uma dessas condições ou fatores de risco, a paciente deve entrar em contato com seu médico. Nestes

casos, a continuação do uso do produto deve ficar a critério médico. Outras condições: capacidade de excretar potássio pode estar limitada em pacientes com insuficiência renal. Em estudo clínico, a ingestão de drospirenona não apresentou efeito sobre a concentração sérica de potássio em pacientes com insuficiência renal leve ou moderada. Pode existir risco teórico de hipercalemia apenas em pacientes cujo nível de potássio sérico, antes do início do uso do COC, encontre-se no limite superior da normalidade e naqueles pacientes que estejam utilizando medicamentos poupadores de potássio. Distúrbios agudos ou crônicos da função hepática podem requerer a descontinuação do uso de COC, até que os marcadores da função hepática retornem aos valores normais. Pode ocorrer cloasma, sobretudo em usuárias com história de cloasma gravídico. A eficácia dos COCs pode ser reduzida nos casos de esquecimento de tomada dos comprimidos, distúrbios gastrointestinais ou tratamento concomitante com outros medicamentos. Como ocorre com todos os COCs, podem surgir sangramentos irregulares (gotamento ou sangramento de escape), 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. Se a usuária ingeriu os comprimidos segundo as instruções descritas no item "Posologia", é pouco provável que esteja grávida. Porém, se o COC não tiver sido ingerido constantemente no ciclo em que houve ausência de sangramento por privação, ou se não ocorrer sangramento por privação em dois ciclos consecutivos, deve-se excluir a possibilidade de gestação antes de continuar a utilização do COC. Caso a paciente engravidar durante o uso de Yasmin[®], deve-se descontinuar o seu uso. Entretanto, estudos epidemiológicos abrangentes não revelaram risco aumentado de malformações congênitas em crianças nascidas de pacientes que tenham utilizado COC antes da gestação. Também não foram verificados efeitos teratogênicos decorrentes da ingestão acidental de COCs no início da gestação. Os dados disponíveis sobre o uso de Yasmin[®] durante a gravidez são muito limitados para extrair conclusões sobre efeitos negativos do produto na gravidez, saúde do feto ou do neonato. Os COCs podem afetar a lactação, uma vez que podem reduzir a quantidade e alterar a composição do leite materno. Portanto, não é recomendável, em geral, o uso de COCs até que a lactante tenha suspenso completamente a amamentação do seu filho. Pequenas quantidades dos esteróides contraceptivos e/ou de seus metabólitos podem ser excretadas com leite.

Interações medicamentosas

As Interações medicamentosas entre contraceptivos orais e outros fármacos podem produzir sangramento de escape e/ou diminuição da eficácia do contraceptivo oral. Interações encontram-se relatadas na literatura com fármacos que induzem as enzimas microsomais hepáticas, carbamazepina, primidona, carbamazepina, rifampicina e também como oxcarbazepina, topiramato, febamato, ritonavir, griseofulvina e produtos contendo Erva de São João; fármacos que interferem na circulação feto-hepática como certos antibióticos (exemplo: penicilinas e tetraciclina). Usuárias sob tratamento com qualquer uma das substâncias acima citadas devem utilizar temporária e adicionalmente um método contraceptivo de barreira ou escolher um outro método contraceptivo. Se a necessidade de utilização do método de barreira estender-se além do final da cartela do COC, a paciente deverá iniciar a cartela seguinte imediatamente após o término da cartela em uso, sem proceder ao intervalo habitual de 7 dias. Contraceptivos orais podem interferir no metabolismo de outros fármacos como, por exemplo, da ciclosporina. Conseqüentemente, as concentrações plasmáticas e teciduais podem ser afetadas. Observou-se em estudos de inibição in vitro e em estudo de interações in vivo, em voluntárias que utilizavam omeprazol como substrato marcador, que a drospirenona apresenta leve propensão a interagir com o metabolismo de outros fármacos. Existe potencial para aumento do potássio sérico em usuárias de Yasmin[®] que estejam tomando outros medicamentos que podem aumentar os níveis séricos de potássio. Tais medicamentos incluem inibidores da enzima conversora de angiotensina (ACE), antagonistas do receptor de angiotensina II, certos anti-inflamatórios não-esteróides como, por exemplo, a indometacina, diuréticos poupadores de potássio e antagonistas da aldosterona. Entretanto, em estudo avaliando a interação da drospirenona (combinada com estradiol) com inibidor da enzima conversora de angiotensina (enalapril) versus placebo, nenhuma diferença clínica ou estatística significativa nas concentrações séricas de potássio foi observada entre os grupos compostos por pacientes hipertensas leves na pós-menopausa. Deve-se avaliar também as informações contidas na bula do medicamento utilizado concomitantemente a fim de identificar interações em potencial.

Apresentações

Cartucho com 1 envelope contendo blister-calendário de 21 comprimidos revestidos. Para maiores informações, consulte a bula do produto ou outros de nossos impressos mais detalhados.

Schering do Brasil, Química e Farmacéutica Ltda.
Subsidiária da Schering AG - Alemanha

U1111 2002/171

Menor Peso
Melhor Pele

AVISO: Não é um tratamento para obesidade.
www.schering.com.br/yasmin