

FEST MÉDICO TEVE MAIS DE 200 INSCRITOS

SGGO PROMOVE JORNADAS NO INTERIOR



# SGGO

*revista*

SOCIEDADE GOIANA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

SETEMBRO E  
OUTUBRO DE 2008

FILIADA À  
FEBRASGO E  
À AMB-AMG

ANO 3 · Nº 17

## SGGO promove atualização dos conhecimentos em parto natural



**Estes números representam as pessoas  
que desenvolverão câncer de mama  
e de colo do útero  
em Goiás, somente  
neste ano.**

**Essa é uma marca  
que ninguém quer ter.**

O diagnóstico precoce ainda é a melhor solução para o câncer, por isso, esteja sempre em dia com seus exames. No Centro Goiano de Oncologia possuímos uma excelente equipe médica e multidisciplinar altamente qualificada que conta com os melhores oncologistas em diversas especialidades, além de psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais prontos para oferecer um atendimento com qualidade e atenção.

 **CGO**  
Centro Goiano de Oncologia  
*Trabalhando pela Vida*

**Goiânia**

**Unidades:**

Aeroporto (62) 3250.8200

Bueno (62) 3250.8300

**Postos de atendimento:**

Hospital Samaritano (62) 3291.5126

Hospital São Salvador (62) 3224.9947

**Anápolis:** (62) 3321.0306

**Rio Verde:** (64) 3612.1534

[www.cgogoias.com.br](http://www.cgogoias.com.br)



JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA | PRESIDENTE DA SGGG

## PELO PARTO NORMAL

Não podemos aceitar que conveniências econômicas dos planos de saúde se sobreponham à saúde da mulher, ao conforto e à segurança do bebê

O Brasil ocupa o pouco honroso segundo lugar no índice de cesarianas do mundo: 41,8%. No serviço privado quase 80% dos partos são feitos por cesariana, quando a Organização Mundial da Saúde recomenda em apenas 10% a 15% dos casos. A redução desses números tem encontrado enormes barreiras. Obstetras convivendo com salários achatados e cargas horárias desumanas em nome de um mínimo conforto material, além de um sistema econômico perverso, são impedimentos evidentes à adoção em maior escala do parto normal em nosso país.

Reconhecemos que quando adequadamente indicada, a cesariana é

uma cirurgia que pode, inclusive, salvar vidas. Entretanto o obstetra não encontra alternativa, se não a realização indiscriminada de cesarianas, em virtude da massificação de nossa especialidade pelos planos de saúde. Não podemos aceitar que conveniências econômicas das seguradoras se sobreponham à saúde da mulher, ao conforto e à segurança do bebê.

Para cumprir o seu papel social na luta por um mundo melhor e mais humano, a SGGG apóia integralmente a Campanha de Incentivo ao Parto Normal, idealizada pelo Ministério da Saúde, pois temos a certeza de ser ele o mais seguro, tanto para a mãe quanto para o bebê.

A SGGG zelando pelos seus associados,

está buscando sugestões junto aos colegas, maternidades e seguradoras para incentivar o parto normal. Na última educação continuada, realizada dia 04 de outubro, foi sugerido pelos participantes do evento, que as maternidades de Goiânia organizassem grupos de obstetras que pudessem atender as gestantes viabilizando o parto natural e que as maternidades contratassem plantonistas. Foi sugerido também que a Unimed pudesse contratar serviço próprio de obstetria e que o Ipag e demais seguradoras adotassem a tabela de parto normal já praticada pela Unimed.

Afinal, acreditamos firmemente que o resgate da dignidade de nossa especialidade passa, necessariamente, pela adoção do parto natural.

## Mais um ginecologista obstetra à frente da AMG

A chapa comandada por Rui Gilberto foi eleita com 70% dos votos



Autoridades médicas presidiram o evento



Evento foi prestigiado pela comunidade médica



Rui Gilberto durante discurso de posse

O ginecologista obstetra Rui Gilberto Ferreira foi empossado na presidência da Associação Médica de Goiás (AMG) no dia 11 de outubro de 2008. O também ginecologista obstetra Waldemar Naves do Amaral, até então presidente da Associação, passou o cargo para Rui Gilberto, cuja chapa, Ordem dos Médicos, foi eleita com 70% dos votos dos associados. O evento,

que ocorreu no espaço Mansão Cristal, comemorou também o Dia do Médico e contou com a presença de profissionais de todo o estado.

O novo presidente possui uma grande experiência na área médica, uma vez que é chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, ex-presidente

da Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetria e integrante da diretoria da Sociedade Brasileira de Ultra-Sonografia. Rui Gilberto tem como objetivo implantar uma gestão moderna e eficiente para a AMG, dando continuidade às conquistas da gestão anterior.

### EXPEDIENTE

SGGG REVISTA É O ÓRGÃO INFORMATIVO DA SOCIEDADE GOIANA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

SGGG | Av. Mutirão, 2.653, Setor Marista Goiânia - GO - Fone/Fax: (62) 3285-4607  
E-mail: ginecologia@sggg.com.br e sggg@sggg.com.br - Site: www.sggg.com.br

#### DIRETORIA EXECUTIVA DA SGGG

**Presidente:** Juarez Antônio de Sousa  
**Vice-Presidente:** Washington Luiz F. Rios  
**1ª Secretária:** Rosane Ribeiro F. Alves  
**2ª Secretária:** Willian Rodrigues da Silva  
**1º Tesoureiro:** Zelma Bernardes Costa

**2º Tesoureiro:** Júlio da Fonseca Porto  
**Diretor Científico:** Argeu Clóvis  
**Diretor de Defesa Profissional:** Akira Sado  
**Diretor de Assuntos Comunitários:** Rossana de A. Zampronha  
**Diretor de Comunicação e Informática:** Diolindo dos Santos Neto

#### PUBLICAÇÃO COM A QUALIDADE:

Edição: Ana Maria Moraes  
Redação: Dário Álvares  
Direção de Arte: Tatiana Cardoso  
Arte Final: Fabianne Salazar,  
Humberto Martins, Rafael Aguiar,  
Wesley Soares Marçal  
Comercial: Erika Bizinotto  
Fotos: Juliana Diniz



(62) 3224-3737 | WWW.CONTATOCOMUNICACAO.COM.BR

**Respeito e Dedicção são essenciais na luta contra o câncer.**

- Cancerologia
- Quimioterapia
- Hematologia
- Prevenção de Câncer
- Mastologia
- Pneumologia
- Coloproctologia
- Cirurgia Geral
- Gastroenterologia
- Cirurgia Torácica
- Psicologia
- Nutrição

**Centro de Oncologia**  
**ihg**

Unidade Goiânia - Fone: (62) 3219-7114    Unidade Aparecida - Fone: (62) 3280-3383



# Interatividade no 6º Fest Médico

Com mais de 200 trabalhos inscritos, o Fest Médico 2008 atraiu a comunidade médica

O Fest Médico teve sua primeira edição no ano 2000. A sexta edição foi realizada na AMG nos dias 16 e 17 de outubro. Foi montada uma exposição de quadros, esculturas e fotos dos inscritos. Novamente neste ano os participantes puderam escolher, durante a inscrição, se desejavam concorrer ou apenas apresentar os trabalhos. Os que preferiram disputar os troféus, receberam o troféu criado pelo artista plástico Malaquias Belo. Todos receberam certificado de participação.

O Fest Médico foi disputado nas categorias Canto, Música Instrumental, Dança de Salão, Poesia Falada, Prosa (conto, crônica e ensaio) e Artes Visuais (fotografia, pintura, desenho, gravura e escultura).

O evento teve o patrocínio da Cifarma/Divisão Mabra, com o patrocínio da Citroen Liberté, Colégio Protágoras e TCI Inpar. Conta ainda com o apoio da Gráfica Ellite, Associação Médica de Goiás, Montart, Unicred e Unimed. A promoção foi da Revista Medicina em Goiás, Contato Comunicação e Sobrames-Goiás.



## RESULTADOS

### ARTES VISUAIS

O júri decidiu abolir a categorização hierárquica para contemplar duas obras, sem distinção de importância entre elas, premiando-as com igual colocação.

As duas vencedoras das categorias artes visuais foram: Denise Pereira de Miranda, pela obra Microcerrado e Rosane Mary Zacarias pela obra Epilepsia.

### CATEGORIA PROSA

Foram apenas dois jurados, mas não houve consenso entre eles. Por isso, novamente, houve dois vencedores: Rogério Pires Oliveira, pela obra Ferdinand Jammeh, o tradutor, sufocado por palavras e João Baptista Alencastro, por Conto de Natal.

### CATEGORIA DANÇA DE SALÃO

Primeiro lugar: Mirna Mariano Leão

### CATEGORIA CANTO

Primeiro lugar: Laércio Ney Oliano, com Festa de Arromba

### CATEGORIA MÚSICA INSTRUMENTAL

Primeiro lugar: Ricardo A. B. Medeiros, com Always with Me, Always with You

### POESIA FALADA

Primeiro lugar: JB Alencastro, com Sonho Insone



O DEBATE foi extremamente proveitoso

Obstetras se reuniram na AMG para debater o assunto

## SGGO discute parto normal

A atual diretoria da SGGO está atenta à discussão parto normal x cesariana e se preocupa em encontrar um caminho que seja o melhor para a mulher e também para o obstetra. Por isso, no dia 04 de outubro promoveu a Educação Continuada com o tema Parto Assistido. Os assuntos abordados foram: Parto Normal – um Desafio para o Obstetra, Modelo de Assistência ao Parto no Brasil e no Mundo, Assistência ao Parto na Atualidade e um debate com representantes de entidade



Augusto Vidal, presidente da SGGO, Juarez Antônio de Sousa e Lucília Socorro



Interesse total por parte da audiência

## Jornada de Ginecologia e Obstetrícia em Ceres

Durante os dias 24 e 25 de outubro, Ceres foi palco da III Jornada de Ginecologia e Obstetrícia, que discutiu o câncer de mama. Médicos, enfermeiros, psicólogos e estudantes participaram do evento, contabilizando aproximadamente 120 inscritos.

“O câncer de mama foi abordado de uma forma multidisciplinar, na qual discutiu-se o diagnóstico da patologia, o tratamento e a sua prevenção. Muitos palestrantes foram convidados e cada um tratou de um aspecto diferente



sobre o câncer, como a radioterapia, quimioterapia, reconstrução da mama, etc”, comenta o coordenador do evento, Glauco César. “Quanto mais se estuda, mais se fala e mais



se procura saber sobre o assunto. Queremos que todas as classes sociais tenham acesso à informação para que o diagnóstico precoce seja mais recorrente”, conclui.

A SGGO pretende incentivar os obstetras goianos a diminuir as altas taxas de cesariana encontradas nas maternidades particulares de todo o estado

# Retorno ao parto natural

Como a maioria dos ginecologistas obstetras sabe e concorda: o parto normal, também conhecido como parto natural, apresenta muitas vantagens se comparado à cesariana. O corpo da mulher foi preparado para isso, a recuperação é muito mais rápida, há menor chance de hematomas ou infecções, menor risco de complicações para a mãe e menor chance de dor pélvica crônica. Para o bebê, há menos chances de nascer com problemas respiratórios.

A cesariana só se torna um procedimento adequado quando há riscos para mãe ou filho. Em relação ao parto normal, apresenta de 7 a 20 vezes mais chance de infecções e complicações para a mãe. Em cirurgias marcadas com antecedência, a chance da mãe ter alguma hemorragia é oito vezes maior.

Mesmo com todas essas evidências, o Brasil registra o segundo maior índice de cesarianas do mundo: 41,8%. No setor privado, incluindo os planos de saúde, esse número chega a 79%. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice recomendável é entre 10% e 15%.



Uma das causas para estes números excessivos é a baixa remuneração dos planos de saúde, que faz com que o obstetra não dedique o tempo que o parto natural demanda. Uma solução apontada pela SGGO seria a de ter em todas as

maternidades obstetras plantonistas em esquema de grupos preparados para ajudar a mulher a tentar parir por vias naturais. Avisadas com antecedência, a parturiente saberia que o médico que iria acompanhá-la poderia não ser aquele com o qual ela fez o pré-natal.

## Veja, a seguir, os índices dos dois partos em outros países

### EUA

A cesariana é a cirurgia de grande porte mais freqüentemente realizada nos Estados Unidos e, também, a mais freqüente cirurgia realizada sem necessidade. Nos Estados Unidos, 25% dos partos são realizados por cesariana. Os partos são realizados por quem está no plantão e não pelo médico que acompanhou a gestante no pré-natal.

### HOLANDA

Na Holanda, 35% de todos os bebês nascem em casa. Lá, o parto domiciliar é quase rotina. A taxa de cesárea é menor que 10%. Os partos de baixo risco são acompanhados por obstetras, que costumam trabalhar em cooperativas de 3. É possível optar por um parto domiciliar ou um parto hospitalar, sempre com a obstetrix. Para tornar-se obstetrix, é necessário fazer um curso superior específico que dura 4 anos. A formação é considerada tão boa que os estudantes de medicina aprendem a fazer parto normal com elas. Ao se formar a obstetrix é registrada junto ao estado e pode escolher trabalhar só com partos domiciliares ou então no hospital.

### SUÉCIA

A Suécia é um país que encara a gestação e o parto como fenômenos naturais na vida de uma mulher. Quem dá assistência às mulheres são as parteiras, com formação específica para esta função. A cesariana é reservada para os casos onde é realmente necessária, sendo que a taxa nacional é de 11%.

### PORTUGAL

Em Portugal, a cada três nascimentos, um é cesariana. As casas de parto, um meio-termo entre o domicílio e o hospital, são uma opção para quem deseja um parto natural, pois no país não existem casas de parto e a lei diz que o nascimento deve ocorrer em ambiente hospitalar.

### JAPÃO

O Japão é uma referência nos cuidados a parturientes, com baixas taxas de cesariana – uma média de 14% dos partos – e apresenta também um dos menores índices de mortalidade neonatal e materna do mundo.

## Índices de cesarianas em outros países

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| Chile.....            | 40%   |
| Argentina.....        | 36,2% |
| Itália.....           | 36%   |
| Austrália.....        | 27%   |
| Luxemburgo.....       | 26%   |
| Suíça.....            | 24%   |
| Alemanha.....         | 24%   |
| Hungria.....          | 24%   |
| Canadá.....           | 23%   |
| Cuba.....             | 23%   |
| Irlanda.....          | 23%   |
| Espanha.....          | 22%   |
| Nova Zelândia.....    | 22%   |
| Reino Unido.....      | 22%   |
| Áustria.....          | 21%   |
| França.....           | 18%   |
| Dinamarca.....        | 18%   |
| Eslováquia.....       | 18%   |
| Islândia.....         | 17%   |
| Finlândia.....        | 16%   |
| Noruega.....          | 16%   |
| República Tcheca..... | 14%   |

MARCELA SOUZA BERQUÓ | Fisioterapeuta responsável pelo serviço de fisioterapia em Ginecologia, Mastologia e Obstetrícia no HMI

# QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA ANTES E APÓS A FISIOTERAPIA

Pesquisa realizada no Hospital Materno Infantil de Goiânia-GO



Juarez Antônio de Sousa, Marcela Souza Berquó, Rita Goretti Amaral e Marília Oliveira Ribeiro

*Obtenção do Título de Mestrado pela UFG - Faculdade de Medicina- Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde*

**Autora:** Marcela Souza Berquó  
(Fisioterapeuta responsável pelo serviço de fisioterapia em Ginecologia, Mastologia e Obstetrícia no HMI)  
**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rita Goretti Amaral  
**Co-orientadora:** Dr<sup>ª</sup>. Marília Oliveira Ribeiro

## BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

- Presidente: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rita Goretti Amaral  
- Membros: Dr. Juarez Antônio de Sousa  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Alves Barbosa  
Dr<sup>ª</sup>. Marília Oliveira Ribeiro  
Prof. Dr. Marco Túlio A. Garcia Zapata  
Prof. Dr. Délio Marques Conde

**Introdução:** A incontinência urinária (IU) consiste na perda involuntária de urina pela uretra, a qual atinge de forma negativa a qualidade de vida (QV) das mulheres portadoras da mesma. Os tipos de IU que mais acometem as mulheres

são a incontinência urinária de esforço (IUE), a bexiga hiperativa idiopática (BH) e a IU mista (IUM). Existem diversas formas de tratamento para a IU, dentre essas a fisioterapia vem sendo considerada como uma opção de relevância no meio clínico. **Objetivos:** Verificar as características sócio-demográficas das mulheres portadoras de IUE, BH ou IUM submetidas à fisioterapia no Hospital Materno Infantil (HMI) de Goiânia-GO; comparar a QV das mulheres portadoras de IUE, BH ou IUM antes e após a fisioterapia realizada no HMI. **Metodologia:** Foi realizado um estudo de corte transversal comparativo utilizando o questionário de QV – King's Health Questionnaire (KHQ), no período de abril a novembro de 2007, onde foram incluídas 40 mulheres que apresentavam IUE, BH ou IUM. Estas foram submetidas à consulta ginecológica e ao teste de enchimento vesical, de acordo com a rotina do ambulatório de ginecologia do HMI, para confirmar o diagnóstico da IU. A seguir, as mesmas foram encaminhadas para o serviço de fisioterapia, sendo coletadas informações sócio-demográficas, clínicas e o relato sobre a procura do serviço médico no início dos

sintomas. Posteriormente, as mulheres receberam informações de forma educacional, através de uma aula expositiva com fotos, sobre os aspectos anatômicos do assoalho pélvico e a fisiologia da micção. Após esta aula, foi aplicado o questionário KHQ, o qual foi sendo respondido por elas, antes e após a fisioterapia, marcando os itens referentes à sua QV atual. Para cada mulher foram agendadas duas sessões de fisioterapia por semana, durante um mês e meio, totalizando 12 sessões. As sessões eram compostas por cinesioterapia do assoalho pélvico por 10 minutos, seguida de eletroestimulação vaginal por 20 minutos com o aparelho Dualpex 961 da Quark, com uso individual de eletrodo vaginal. As mulheres foram orientadas e ensinadas a dar continuidade com a cinesioterapia em casa. **Resultados:** Os resultados referentes às características sócio-demográficas mostraram que a maioria das mulheres eram brancas, casadas, grande parte tinha uma atividade fora de casa, o grau de escolaridade até o nível fundamental, uma renda familiar de um a dois salários mínimos, negavam tabagismo e não eram etilistas. Em relação à QV, antes e após a fisioterapia, avaliada com o KHQ, verificou-se uma redução significativa das queixas em todos os domínios e escalas do questionário KHQ nos três tipos de IU, o que demonstra a melhora da QV dessas mulheres. Em relação a IUE e a IUM, observou-se a cessação de queixas referentes às limitações físicas. Quanto à BH, verificou-se a ausência de queixas referentes às limitações das atividades diárias, as limitações sociais, as relações pessoais e as medidas de gravidade. **Conclusão:** A IUE, a BH ou a IUM determinam uma importante redução da QV das mulheres e essas, quando submetidas à fisioterapia e avaliadas com o questionário de qualidade de vida KHQ, apresentam uma melhora significativa da QV.

**Palavras-chave:** Incontinência urinária de esforço. Bexiga hiperativa idiopática. Incontinência urinária mista. Qualidade de vida. Fisioterapia.

# Parto natural x cesárea

Os interesses econômicos à frente da saúde e do bem-estar da parturiente e do bebê. Essa inversão de prioridades garante ao Brasil o segundo maior índice de cesarianas do mundo: 41,8%. No setor privado, incluindo os planos de saúde, esse número chega a 79%. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice recomendável é entre 10% e 15%. “Algumas vezes ouvi de proprietários de maternidades que o parto normal causa prejuízos ao estabelecimento, uma vez que as pacientes pouco consomem medicamentos, permanecem muito tempo no centro cirúrgico, retardando as cesarianas agendadas, eventuais gritos e gemidos causam desconforto às demais internas e a cesariana seria mais segura que o parto normal, mesmo em gestações saudáveis”, relata o ginecologista obstetra Luiz Carlos Pinheiro, concursado da Maternidade Nascir Cidadão desde sua fundação e entusiasta da humanização do nascimento.

Ilustrando a falta de compromisso de alguns médicos, clínicas e hospitais com a saúde da mulher, Luiz Carlos já foi proibido, em uma maternidade de Goiânia, de acompanhar partos em água. “O argumento é de que o procedimento não é usual e poderia, em caso de complicações, denegrir o nome da maternidade”. Segundo o médico, a proibição teve efeito contrário, com ganhos para as gestantes que procuram opções viáveis e saudáveis na hora do parto. “Procuramos alternativas e em breve poderemos contar com uma suíte para partos equipada para a humanização do nascimento, inclusive com a disponibilidade de uma moderna banheira”, comemora.

De acordo com o especialista, ainda não é possível enumerar todos os riscos relacionados à cesariana, já que o procedimento, antes reservado a situações de risco materno ou fetal, só em anos recentes passou a ser utilizado

por conveniência do médico ou da parturiente. “Mais conhecidos são os riscos para a mãe, como dor e infecção puerperal, tromboembolismo, risco duplicado de reinternação até 60 dias após o parto, dor pélvica crônica e aderências pélvicas; para o recém-nascido, taquipnéia transitória nos partos agendados, redução do contato inicial com a mãe e maior probabilidade de desmame precoce; para a gestação seguinte, maior risco de placenta prévia ou acreta, ruptura uterina e morte fetal inexplicada a termo”, exemplifica.

O médico observa que cerca de 90% das mulheres que tiveram as duas experiências de parto preferem o parto normal. “A satisfação com a experiência do parto é uma das principais vantagens da via natural”, destaca. Outras vantagens evidentes, segundo o especialista, são a dor mínima ou ausente após o parto, baixo risco de infecções, maior facilidade de amamentação, ausência de danos à musculatura abdominal e a probabilidade de um parto mais seguro e facilitado na próxima gravidez, inversamente ao que ocorre com a cesariana. Entretanto, o médico enfatiza que quando bem indicada, a cesariana pode ser uma cirurgia salvadora.

Entre os tipos de parto normal, Luiz Carlos recomenda escolher aquele que respeita a mulher como um todo, considerando suas necessidades físicas, emocionais e sociais, inclusive permitindo-lhe a alimentação durante o trabalho de parto e a presença de um acompanhante de sua escolha. “Comparado ao parto na horizontal, a posição vertical, seja de cócoras ou sentada, apresenta claras vantagens e tem a preferência das parturientes. Particularmente, tenho observado partos mais rápidos, menos dolorosos e com ótimos resultados perinatais quando realizados na água”, conclui.



**LUIZ CARLOS PINHEIRO:**  
“Particularmente, tenho observado partos mais rápidos, menos dolorosos e com ótimos resultados perinatais quando realizados na água”

“É necessário debater a situação da assistência obstétrica através de palestras, mesas redondas ou outras reuniões científicas”

# Debate necessário

O ginecologista obstetra Corintio Mariani Neto (SP) também é um dos incentivadores do parto natural. Convidado da Educação Continuada da SGGO ocorrida no dia 04 de outubro, ele não pôde comparecer, mas concedeu esta entrevista à Revista SGGO.

***Quais os principais desafios para uma adequada assistência ao parto no Brasil?***

O grande desafio é a redução na taxa de cesáreas desnecessárias, isto é, realizadas por mil motivos, menos o principal, qual seja, uma indicação médica. Para tanto, há que se mudar o modelo atual de atenção obstétrica praticado no Brasil, como por exemplo:

- inserir a enfermeira obstétrica em todas as equipes para atenção ao parto
- implementar os Centros de Parto Normal intra-hospitalares em todas as maternidades (públicas e privadas)
- preparar melhor os médicos obstetras no acompanhamento do trabalho de parto sem ou com distócia, bem como habilitá-los a realizar partos vaginais cirúrgicos, quando necessários.

***Em comparação aos países mais avançados economicamente, como está o Brasil na área de assistência ao parto?***

Estamos muito mal: temos baixíssimos índices de partos normais e, por outro lado, elevadas taxas de morbidade e mortalidade, tanto materna quanto neonatal. Apenas como exemplo, somos o país com maior ocupação de UTIs neonatais por crianças nascidas de gestantes de baixo risco que foram submetidas a cesarianas com data e hora marcada (sem trabalho de parto) e que, por isso mesmo, apresentam algum grau de desconforto respiratório ao nascer. Além de iatrogênica, esta situação torna a assistência perinatal extremamente onerosa.

***A campanha nacional de incentivo ao parto normal e redução da cesárea desnecessária deflagrada pelo Ministério da Saúde traz algum avanço nessa área?***

A campanha tenta conscientizar os profissionais (médicos obstetras) e, principalmente, as gestantes e seus familiares em relação às indubitáveis vantagens do parto normal quando tudo está correndo bem e não existe uma indicação médica clara para a realização de cesárea. Sempre é bom trazer o assunto à baila. Entretanto, acredito que teria mais efeito uma campanha dirigida especificamente às gestantes com o lema “pelo direito de entrar em trabalho de parto”, pois este é o ponto crucial: 90% das cesáreas realizadas em clínica privada ou na saúde suplementar (convênios) são realizadas sem indicação médica e sem que a gravidez tenha se completado, exatamente, para evitar que o trabalho de parto se instale num momento dito inadequado, como feriado, fim-de-semana, etc..



**CORINTIO MARIANI NETO:** “O grande desafio é reduzir a taxa de cesáreas desnecessárias realizadas por mil motivos, menos o principal, uma indicação médica”

***Qual a importância do programa de educação continuada da SGGO para os ginecologistas e obstetras que atuam em Goiás?***

É louvável a inclusão deste e de outros temas polêmicos no programa de educação continuada da SGGO. Isto deve servir de exemplo para outras sociedades: é necessário debater a situação da assistência obstétrica através de palestras, mesas redondas ou outras reuniões científicas, com ampla discussão do problema e permitindo que os colegas manifestem suas opiniões a respeito, para que se chegue a um consenso e se comece a mudar a situação atual. Pesquisas mostram que os próprios obstetras reconhecem que “algo precisa ser feito” e, desde que não haja prejuízo em todos os aspectos (inclusive financeiro), estão dispostos a mudar a prática atual. Por isso, a SGGO está de parabéns pela iniciativa!

**LABORATÓRIO SANTA INÊS**

**LAPACI**

A Saúde é fundamental para um bom viver, por esse motivo os Laboratórios SANTA INÊS / LAPACI oferecem a você Qualidade e uma Parceria de Confiança.

Rua 29 A nº 435 S. Aeroporto  
Goiânia - GO / Tel.: (62) 4006.1600  
www.labsantaines.com.br / www.lapaci.com.br

# Goianos conquistam Prêmio Lilly

Com a pesquisa Incidência do Câncer de Mama em mulheres jovens, envolvendo dados do Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia (RCBP) da Associação de Combate ao Câncer em Goiás/ACCG, a Rede Goiana de Pesquisa em Mastologia conquistou o primeiro lugar do concurso Prêmio Lilly de Prática Clínica em Câncer de Mama, promovido pelo Laboratório Lilly, com o apoio do GBECAM – Grupo Brasileiro de Estudos do Câncer de Mama. Os médicos Nilceana Maya Aires Freitas, Ruffo de Freitas Júnior, Maria Paula Curado, Édesio Martins, Carleane Maciel Bandeira e Silva, Geraldo Silva Queiroz e Rosemar Macedo de Sousa Rahal são os autores do trabalho premiado.

O prêmio foi entregue no dia 19 de setembro, durante o Congresso de Câncer de Mama de Gramado. Concorreram ao Lilly 100 trabalhos de todo o território nacional, sendo a maioria conduzida nas regiões Sudeste e Sul do País.



**NILCEANA FREITAS, JOSÉ BINES (Oncologista do INCA e membro da Comissão Julgadora de Trabalhos Científicos do GBECAM) e Ruffo de Freitas Júnior**

## EDUCAÇÃO CONTINUADA EM CATALÃO

No dia 30 de agosto foi realizada a 4ª Etapa da Educação Médica Continuada em Ginecologia e Obstetrícia de Catalão, no auditório do Hospital Materno Infantil. Os temas abordados foram Climatério e Câncer de Mama, Endometriose – Diagnóstico e Tratamento, Ciur e Abortamento Habitual. Em todas as palestras foram discutidos casos clínicos.



## Inocente é brutalmente assassinado por PM

No dia 11 de setembro, o bacharel em Direito Pedro Henrique de Queiroz, 22 anos, sobrinho do ginecologista Ricardo de Queiroz, faleceu depois de um coma que durou quatro dias. Pedro Henrique era casado há 1 ano com Pabline, e tinha um filho: Davi, um bebê de 07 meses. No domingo, 07 de setembro, Pedro Henrique e seus familiares comemoravam o batizado do pequeno Davi. Após um churrasco, foram jantar na casa da sogra de Pedro. Ao voltar para casa, de carona com um amigo, Pedro foi baleado, sem nenhum motivo, por Geovani Carvalho, integrante da Polícia Militar do Estado de Goiás que prestava serviço para a Superintendência Municipal de Trânsito (SMT). Não houve abordagem nem aviso para parar. O policial, que atendia a uma ocorrência de trânsito, atirou no veículo e nem ao menos se dirigiu a ele para ver em quem tinha atirado. A família e os amigos criaram o movimento "Pedro Henrique - Não quero ser mais um", e, com o apoio em massa da sociedade goiana, vêm lutando contra a impunidade e por justiça. Mais informações no site: [www.naoquerosermaisum.com.br](http://www.naoquerosermaisum.com.br)



**A diretoria da SGGO reuniu-se com representantes de laboratórios no dia 25 de agosto para solicitar apoio aos eventos da entidade**



Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetrícia



Visite nosso portal

[www.sggo.com.br](http://www.sggo.com.br)

## CURSOS EM MÓDULO

*Mais de 35 novos  
cursos de Reciclagem*

• Ultra-Sonografia • Videocolposcopia e Leep • Reprodução Humana • Cosmiatria

• Preparatórios para Títulos (TEGO - TEUS) • Preparatório para Residência Médica



**FÉRTILE**  
DIAGNÓSTICOS

**CENTRO DE MEDICINA FETAL E  
REPRODUÇÃO HUMANA DE GOIÂNIA**

[www.fertile.com.br](http://www.fertile.com.br) • [fertile@fertile.com.br](mailto:fertile@fertile.com.br)

Diretores: Luiz Augusto Antônio Batista - CRM 3581; Dr. Walter Pereira Borges - CRM 3088  
Dr. Zelma Bernardes Costa - CRM 3642; Dr. Waldemar Naves do Amaral - CRM 4807 (Diretor Técnico)

Av. Cel. Joaquim Bastos nº 243 - Setor Marista - Fone: (62) 3242 1931 - Goiânia - GO

Contraceção sem interrupção<sup>(1)</sup>



# Tantin<sup>®</sup>

gestodeno 60 mcg  
etinilestradiol 15 mcg

Contraceptivo  
oral com menor  
dose hormonal<sup>(1,2)</sup>

Proporciona efetiva inibição da  
ovulação com menor dose hormonal<sup>(1,2)</sup>

Diminui a incidência de efeitos colaterais  
(mastalgia, náuseas e vômitos)<sup>(1,2)</sup>

-14%  
de EE\*

Tantin - Apresentação: Comprimido revestido. Caixa com 1 blister com 28 comprimidos, USO ORAL. Composição: Cada comprimido rosa contém: gestodeno 0,060 mg, etinilestradiol 0,015 mg. Excipientes: poliacrílico potássico, lactose, celulose microcristalina, estearato de magnésio, dióxido de titânio, macrógol, hipromelose, óxido de ferro vermelho, óxido de ferro amarelo. Cada comprimido branco contém: Excipientes: poliacrílico potássico, lactose, celulose microcristalina, estearato de magnésio, dióxido de titânio, macrógol, hipromelose. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez durante o tratamento. Informe seu médico a ocorrência de gravidez na vigência do tratamento com Tantin<sup>®</sup> ou após o seu término. Informe ao médico se está amamentando. Tantin<sup>®</sup> não deve ser utilizado por mulheres que estejam amamentando. Siga a orientação do seu médico, respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento com Tantin<sup>®</sup>. A caixa de Tantin<sup>®</sup> contém 28 comprimidos, sendo 24 comprimidos cor-de-rosa com hormônios e 4 comprimidos inertes de cor branca. Iniciar tomando um comprimido cor-de-rosa no primeiro dia do ciclo (primeiro dia de sangramento). Assim, diariamente, durante 24 dias consecutivos, deve-se tomar 1 comprimido cor-de-rosa de Tantin<sup>®</sup>, terminados os comprimidos cor-de-rosa, deve-se continuar tomando 1 comprimido branco de Tantin<sup>®</sup> por mais 4 dias consecutivos, seguindo a ordem indicada no blister. O fluxo menstrual deve ocorrer nestes dias, após o término dos comprimidos cor-de-rosa. A embalagem seguinte deverá ser iniciada no dia seguinte ao término dos comprimidos brancos, sem intervalo, mesmo que a hemorragia por supressão esteja em curso. Como começar a tomar Tantin<sup>®</sup> sem uso anterior de contraceptivo hormonal (no mês anterior): o primeiro comprimido deve ser tomado no 1º dia do ciclo natural (ou seja, o primeiro dia de sangramento menstrual). Pode-se iniciar o tratamento entre o 2º e o 7º dia, mas recomenda-se a utilização de método contraceptivo não hormonal (como preservativo e espermicida) nos primeiros 7 dias de administração durante o primeiro ciclo. Quando se passa a usar Tantin<sup>®</sup> no lugar de outro contraceptivo oral: deve-se começar a tomar Tantin<sup>®</sup> de preferência no dia seguinte ao último comprimido ativo do contraceptivo oral combinado anterior ter sido ingerido ou, no máximo, no dia seguinte ao intervalo habitual sem comprimidos ou com comprimido inerte do contraceptivo oral combinado anterior. Quando se passa a usar Tantin<sup>®</sup> no lugar de outro método com apenas progestágeno (mini-pílula, injetável, implante): pode-se interromper a mini-pílula em qualquer dia e deve-se começar a tomar Tantin<sup>®</sup> no dia da remoção do implante ou, no caso de utilização de contraceptivo injetável, deve-se esperar 5 dias programado para a próxima injeção. Em todas essas situações, a paciente deve ser orientada a utilizar outro método não-hormonal de contracepção durante os 7 primeiros dias de administração dos comprimidos. Após o início no primeiro trimestre: pode-se começar a tomar Tantin<sup>®</sup> imediatamente. Não são necessários outros métodos contraceptivos. Após parto ou aborto no segundo trimestre: como o pós-parto imediato está associado a aumento do risco de tromboembolismo, o tratamento com contraceptivos orais combinados não deve começar antes de 28º dia após o parto ou aborto no segundo trimestre. Deve-se orientar a paciente a utilizar outro método não-hormonal de contracepção durante os 7 primeiros dias de administração dos comprimidos. Entretanto, se já tiver ocorrido relação sexual, a possibilidade de gravidez antes do início da utilização do contraceptivo oral combinado deve ser descartada ou deve-se esperar receber um contraceptivo oral combinado, devem ser rigorosamente monitoradas e, se a condição houver, o tratamento com contraceptivo oral combinado deve ser interrompido. Cautela: Inicia ou exacerbação de enxaqueca ou desenvolvimento de cefaleia com padrão novo que seja recorrente, persistente ou grave exige a descontinuação de contraceptivo oral combinado e a avaliação da causa. O risco de acidente vascular cerebral pode ser maior em usuárias de contraceptivo oral combinado que sofrem de enxaqueca (particularmente enxaqueca com aura). Proteção contraceptiva adicional: Quando for necessária a utilização de proteção contraceptiva adicional, utilizar métodos contraceptivos de barreira (por exemplo: diafragma ou preservativo masculino). Não utilizar os métodos de barreira ou de temperatura como proteção contraceptiva adicional, pois os contraceptivos orais modificam as alterações menstruais cíclicas, tais como as variações de temperatura e de muco cervical. Gravidez - Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento. Este medicamento causa malformação ao bebê durante a gravidez. Estudos epidemiológicos abrangentes não revelaram aumento do risco de defeitos congênitos em crianças de mulheres que utilizaram contraceptivos orais combinados antes da gravidez. Os estudos também não sugerem efeito teratológico, especialmente no que diz respeito a anormalias cardíacas e defeitos de redução dos membros, quando os contraceptivos orais combinados são tomados inadvertidamente durante o início da gravidez (ver Contra-indicações). Lactação - Pequenas quantidades de contraceptivos estrogênicos são metabolizadas e excretadas no leite materno e poucos efeitos adversos foram relatados em lactantes, incluindo atenuação e aumento das mamas. A lactação pode ser influenciada pelos contraceptivos orais combinados, uma vez que podem reduzir a quantidade e alterar a composição do leite materno. Em geral, não deve ser recomendado o uso de contraceptivos orais combinados até que a lactante tenha deixado totalmente de amamentar a criança. Proibição - Este medicamento não é indicado para o uso em crianças. Contraindicações - Tantin<sup>®</sup> não é indicado para pacientes com: Interações medicamentosas: Interações entre contraceptivos e outras substâncias podem eliminar ou aumentar as concentrações séricas de etinilestradiol, respectivamente. \* Embora o risco seja um indicador do risco de P450 3A4, demonstrou-se que esse tratamento diminui as concentrações séricas de etinilestradiol (veja acima). Venda sob prescrição médica. Registro MSF 0574 0142.

Referências Bibliográficas: (1) Gestodene Study Group. The safety and contraceptive efficacy of 34-day low dose oral contraceptive regimen containing gestodene 60 mcg and ethinylestradiol 15 mcg. Eur J Contracept Reprod Health Care 1999; 4 (Suppl 2):9-15 (2) Sullivan H, Furutani, Spona J, Elowitz. Effect of 21-day and 24-day oral contraceptive regimens containing gestodene (60 mcg) and ethinylestradiol (15 mcg) on ovarian activity. Fertil Steril 1999 Jul; 72 (7):115-20.



SAC: 0800-7246522  
www.biolabfarma.com.br

**BiOLAB**  
FARMACÉUTICA