



Boletim SBRH

Ano 11 | Nº 2 | Abril/ Maio/ Junho 2013

Feto Intraútero com 11 - 12 semanas
Lennart Nilsson, 1965



*Veja a
obra de arte
que fizemos
juntos.*



Você. Nós. Somos os pais da fertilidade

Merck Serono

Living science, transforming lives

SAC Merck Serono: **0800.113320**

Anúncio veiculado em Outubro de 2012.

Merck Serono é uma divisão da Merck.

MERCK



SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA
SBRH

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH)

Fundada em 1947 pelo Prof. Dr. Arthur Campos da Paz
Av. Jandira, 257 – 14º andar, Conj. 146 – 04080-001 -
São Paulo – SP
Tel/fax: (11) 5055 – 6494/5055-2438
www.sbrh.org.br

Diretoria (Biênio 2013-2014)

Presidente: Mariangela Badalotti

1º Vice-Presidente: João Pedro Junqueira Caetano

2º Vice-Presidente: Eduardo Borges da Fonseca

Secretário Executivo: Mario Cavagna Neto

Secretário Adjunto: Antônio Cesar Paes Barbosa

Tesoureiro: Nilka Fernandes Donadio

Tesoureiro Adjunto: Ana Virginia Gama Manduca

Diretor Científico: Artur Dzik

Presidente do Conselho de Delegados: Luiz Augusto
Antonio Batista

Boletim SBRH (Biênio 2013-2014)

Comissão Editorial: Mariangela Badalotti, Adriana
Arent e Rafaella Petracco

Projeto Gráfico, Diagramação e Coordenação:

Fábrica de Propaganda

Redação e Edição: Fábrica de Notícias

Jornalista Responsável: Jane Catarina de Oliveira

DRT/RS: 5857

Tiragem: 5.000 exemplares

Capa: Foto Histórica - Feto intraútero
Lennart Nilsson, 1965

EDITORIAL



O tema da descriminalização do aborto volta a ser discutido no nosso País. O abortamento clandestino, grande causa de mortalidade materna no nosso meio, é tema de reportagem com nosso colega Jefferson Drezzet.

A Oncofertilidade se ocupa da preservação da fertilidade em homens e mulheres que se submetem a tratamento para o câncer. Extremamente atual, este é o tema da coluna Ponto de Vista, com Ricardo Marinho. Este Boletim apresenta a nova Revista Reprodução e Climatério, que passa a ser incluída na Coleção ScienceDirect, no catálogo internacional Elsevier e indexada na base Scopus. Ainda em publicações, trazemos o pré-lançamento do novo livro da SBRH, Ginecologia Hormonal.

Os delegados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, Rafaella Petracco e Jean Louis Maillard, comentam os artigos sobre dieta e chance de gravidez em fertilização in vitro, e tratamento dos endometriomas. Na secção de Educação Continuada, Marcelino Poli aborda a relação entre tromboembolismo e anticoncepção hormonal.

Descarte embrionário, doação compartilhada de óvulos e limite de idade para reprodução assistida são alguns dos temas que fazem parte da nova Resolução do Conselho Federal Medicina, apresentados aos leitores.

O Boletim traz ainda novidades científicas, alguns eventos do primeiro semestre e apresenta Porto Alegre, a cidade do 26º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, em novembro de 2014.

Boa leitura!

Mariangela Badalotti

Sumário

04 | Aborto: Um problema de saúde pública

07 | Revista Reprodução & Climatério
Curiosidade

08 | Ponto de Vista: Oncofertilidade

10 | Cirurgia dos endometriomas ovarianos

11 | Dieta pré-concepcional está relacionada com a chance
de gestação em mulheres submetidas a FIV/ICSI

12 | Anticoncepção hormonal e tromboembolismo

14 | RESOLUÇÃO CFM Nº 2.013/2.013

16 | Novidades na Ciência

17 | SBRH lança livro Ginecologia Hormonal
Representatividade

18 | Eventos

20 | 26º Congresso Brasileiro de
Reprodução Humana

22 | Agenda

Aborto - Um problema de saúde pública

Dr. Jefferson Drezett

No momento em que tramita no Senado Federal o anteprojeto de reforma do Código Penal Brasileiro, a criminalização do aborto volta à pauta de debates. O Conselho Federal de Medicina (CFM), que entende a questão como de saúde pública, reconhece que a criminalização agrava o problema, pois apesar de condenado pela Lei, entre 800 mil e 1,2 mil abortos clandestinos são praticados por ano no Brasil. O coordenador do Núcleo de Violência Sexual e Aborto Legal do Hospital Pérola Byington, Jefferson Drezett, observa a necessidade de ver a questão do aborto sob a ótica de um estado laico, de direito, lembrando que a criminalização não impede que ele ocorra, muitas vezes deixando sequelas graves, inclusive a morte, dada as condições em que muitas vezes é praticado.

Quais são os números do aborto clandestino no Brasil?

Dr. Jefferson - Os números do abortamento induzido são muito difíceis de precisar, resultado da própria clandestinidade. As estimativas mais confiáveis indicam que entre 800 mil e 1,2 milhão de abortos provocados são praticados no Brasil a cada ano, com base nas taxas de internação para tratamento de suas complicações no Sistema Único de Saúde (SUS). Embora se observe certo declínio desses números nas últimas décadas, o aborto segue como um importante problema de saúde pública.

Quem é a mulher que recorre a este procedimento?

Dr. Jefferson - Qualquer mulher em idade reprodutiva pode constar nas estatísticas do abortamento clandestino, independente da classe social. Os dados disponíveis mostram maior prevalência entre jovens brancas, solteiras e sem filhos, com idades entre 18 e 29 anos. Mas há números expressivos envolvendo mulheres com união estável e família constituída. Independente dos indicadores sociodemográficos, todas têm como elemento comum uma gestação indesejada. Razões econômicas, problemas de saúde, abandono ou falta de um parceiro, interferência no projeto de vida, conflito com regras sociais ou culturais são alguns fatores que podem tornar a gestação impossível de ser mantida até o término.

Os números do aborto variam conforme a religião?

Dr. Jefferson - Essa é uma questão interessante. Frequentemente questiona-se se a religião influencia a decisão da mulher interromper a gestação. Contudo, a maioria das mulheres brasileiras que recorre ao abortamento clandestino declara ter alguma religião. Católicas e evangélicas são

Coordenador do Núcleo de Violência Sexual e Aborto Legal - Hospital Pérola Byington, Grupo de Estudos do Aborto (GEA) - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Consórcio Latinoamericano Contra o Aborto Inseguro. International Consortium for Medical Abortion. Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica da Faculdade de Medicina do ABC.



maioria entre as mulheres que abortam. Todas as evidências indicam que a religião não é suficiente para modificar a decisão da mulher em relação ao abortamento, mesmo nas situações de aborto legal.

É possível traçar um “mapa” do abortamento do Brasil?

Dr. Jefferson - Sim, de certa forma, isso é possível se considerarmos as taxas de abortamento induzido entre mulheres em idade fértil. Com poucas exceções, os Estados brasileiros do Norte e do Nordeste apresentam taxas de abortamento muito superiores do que as observadas na maioria dos Estados das regiões Sul e Sudeste. Significa dizer que recorrer ao abortamento clandestino é mais frequente e mais necessário para mulheres de regiões brasileiras menos favorecidas, onde há menor acesso aos cuidados reprodutivos. Isso representa um claro indicador de desigualdade social. Enquanto o aborto representa a 4ª ou 5ª causa de morte materna em Estados do Sul e do Sudeste, há décadas a interrupção clandestina da gestação segue como primeira causa em regiões menos desenvolvidas, atingindo contundentemente mulheres mais vulneráveis.

Como conciliar a autonomia materna com o direito à vida do feto?

Dr. Jefferson - Essa é a questão fundamental e a principal razão para a falta de um consenso em relação ao aborto. Em um extremo, parte da sociedade defende que a gestação não pode ser interrompida por qualquer meio ou motivo, desde a fecundação, natural ou assistida. No outro, defende-se a autonomia da mulher de decidir interromper a gestação enquanto a mesma mantém dependência do organismo materno. Ambos os lados apresentam muitos argumentos para defender suas posições, com pouca possibilidade de conciliação. Tudo fica mais difícil quando a discussão é ▶

dividida entre ser “a favor” ou “contra” o aborto. Isso é um falso dilema que impede o avanço em direção a um consenso. O aborto não é um bem a ser alcançado, tampouco desejado. Toda situação de aborto, espontâneo ou induzido, envolve sofrimento. E não há quem seja a favor disso. A pergunta que deveria ser feita é se a mulher que recorre ao aborto deve ser indiciada, processada, encarcerada ou punida. Se a resposta da maior parte da sociedade for “não”, perde sentido manter o aborto tipificado como crime.

A tomada de decisão é isolada?

Dr. Jefferson - A maior parte das mulheres decide interromper a gestação experimentando um processo difícil e solitário. Predomina o temor da criminalização ou da reprovação social, inibindo-as de compartilhar sua situação. Com pouco ou nenhum apoio, seu sofrimento e solidão apenas aumentam. Algumas mulheres aconselham-se com alguém íntimo ou de sua confiança, por vezes com seu médico, o que, necessariamente, não resulta em apoio. Profissionais e serviços de saúde no Brasil pouco oferecem durante o processo de decisão, evitando o envolvimento com o tema do aborto. Situação ainda mais dramática vivem mulheres cujos parceiros ou famílias as pressionam para que realizem o abortamento clandestino, apenas para atender seus interesses. Ou quando os mesmos as obrigam a manter a gestação contra sua vontade, mediante convicções pessoais.

Qual é o papel do homem na questão do aborto?

Dr. Jefferson - A responsabilidade do parceiro antecede o aborto clandestino. Muitos homens, jovens e adultos, ainda atribuem exclusivamente às mulheres a responsabilidade de evitar a gravidez, ou pouco participam do planejamento reprodutivo. Ao mesmo tempo, fatores culturais levam quase um terço das mulheres brasileiras a acreditar que tenham dever de manter relações sexuais quando o parceiro quer, mesmo que não desejem. O lado mais perverso da desigualdade entre muitos casais aparece quando uma em cada dez mulheres admite que, alguma vez na vida, foi coagida a ter atos sexuais humilhantes ou sentiu medo de negar as relações sexuais. Essas e outras questões de gênero associam-se com a gestação indesejada e, conseqüentemente, com o abortamento. No final, parte expressiva dos homens não participa dessa decisão, nem se sente parte dela. Não acompanham nem apoiam a mulher durante o abortamento, atribuindo toda a responsabilidade a ela. A maioria dos homens termina confortavelmente poupada do problema.

No caso de adolescentes, como costumam se posicionar os

pais?

Dr. Jefferson - Não existe um posicionamento único dos pais. Na verdade, muitos deles não chegam a saber da gestação indesejada ou que a adolescente realizou o abortamento. No entanto, são essas mulheres mais jovens que, geralmente, contam com menores recursos econômicos e menor autonomia para recorrer ao abortamento. Dessa forma, estão mais sujeitas ao aborto em condições inseguras e de enfrentarem sequelas ou a letalidade. Nas classes sociais mais favorecidas, existe maior chance de que a revelação da gestação indesejada seja acolhida pelos pais e que a adolescente receba apoio, inclusive financeiro, para realizar a interrupção.

No Brasil, o aborto é ilegal, mas é realizado. Como se justifica?

Dr. Jefferson - O Brasil mantém desde 1940 uma Legislação entre as mais restritivas em relação ao abortamento, permitido somente em casos de gravidez decorrente de estupro ou quando existe risco de morte para a gestante. Mesmo assim, um grande número de mulheres realiza o aborto clandestino todos os dias, enfrentando a criminalização, a condenação religiosa, a reprovação social e os riscos para a saúde. A situação verificada no Brasil não diverge da experiência internacional. A proibição legal do aborto é absolutamente ineficaz para impedir ou reduzir sua prática. Mas ela torna o aborto clandestino e inseguro, submetendo mulheres a graves conseqüências para a saúde.

Quais são as técnicas mais utilizadas no abortamento clandestino?

Dr. Jefferson - Esta é uma questão importante. A clandestinidade termina impondo métodos de abortamento muito desiguais, conforme a condição econômica de cada mulher. Aquelas menos favorecidas recorrem a métodos de menor custo, quase sempre inseguros, que podem incluir a manipulação uterina com sondas ou com instrumentos não estéreis, ou o uso de substâncias tóxicas. Os resultados perversos são bem conhecidos pelos ginecologistas e obstetras: infecção, hemorragia, sepse, mutilação genital, infertilidade, morte materna. Por outro lado, mulheres com situação socioeconômica mais favorável acessam clínicas que, embora clandestinas, contam com recursos seguros para realizar o abortamento. Nesses casos, o risco de complicações graves é excepcional. Entre esses extremos, mulheres com acesso ao misoprostol, mesmo clandestino, apresentam menos complicações graves com o aborto induzido, substituindo procedimentos reconhecidamente precários.

As mulheres têm consciência do risco destes procedimentos? ►

Dr. Jefferson - A maior parte das mulheres tem alguma percepção de que o abortamento induzido envolve riscos importantes para a saúde, principalmente quando estão impedidas de acessar procedimentos mais seguros por motivos econômicos. Mesmo assim, o drama da gestação indesejada prevalece fortemente, fazendo com que as mesmas enfrentem esses riscos.

Como conciliar a dicotomia entre a questão moral do abortamento e a saúde pública?

Dr. Jefferson - A legislação e as políticas públicas sobre o aborto deveriam ser norteadas pelos princípios do Estado laico, democrático e de direito. O aborto é inegavelmente um problema de saúde pública e cabe ser enfrentado como tal pelo Estado brasileiro. Moralidades, crenças religiosas ou fundamentalismos sobre o aborto devem, evidentemente, serem respeitados. Assim como todas as mulheres que compartilham dessas convicções. Mas isso não significa que esses valores possam ser impostos para todas as mulheres e para toda a sociedade. Conciliar deveria presumir que, em um tema complexo e sem consenso como o aborto, nenhuma das partes poderia obrigar a outra a se submeter ao que não deseja. Esta é uma questão de direitos, não de moralidades.

Como o governo enxerga a problemática do abortamento no Brasil?

Dr. Jefferson - Difícil avaliar a posição do Governo Federal sobre o aborto. O Executivo tem adotado clara posição de evitar o tema. A relação com o Legislativo tem sido pautada pela forte pressão da bancada religiosa do Congresso, com ameaças ao governo quase sempre bem-sucedidas quando qualquer iniciativa para minimizar os efeitos do aborto é proposta. Essa falta de enfrentamento do problema tem preço. Uma mulher brasileira morre a cada dois dias, vitimada pelo aborto inseguro, sem que nenhuma perda fetal consiga ser evitada. Mas parece que isso pouco importa, desde que o aborto seja mantido como crime ou usado como moeda de troca política.

A posição do Conselho Federal de Medicina (CFM) pode levar a alguma mudança de Legislação?

Dr. Jefferson - A avançada posição do CFM sobre o aborto foi apresentada ao Senado Federal, onde tramita o anteprojeto de reforma do Código Penal. A proposta da nova Legislação mantém o aborto como crime, mas amplia as condições em que o mesmo seria permitido, como em casos de agravo para a saúde da gestante, anomalias fetais incompatíveis com a

vida extrauterina, ou emprego não consentido de técnicas de reprodução assistida. Além disso, o aborto por vontade da gestante seria possível até a 12.^a semana da gestação quando médico ou psicólogo constatasse que a mulher não tem condições psicológicas de arcar com a maternidade. O CFM concordou com essas proposições, mas divergiu sobre a necessidade de parecer médico no aborto voluntário, alegando que isso interferiria na autonomia de decisão da mulher. O CFM entendeu o aborto como questão de saúde pública e reconheceu que a criminalização apenas agrava o problema. Acredito que o posicionamento do CFM contará muito nesse debate.

A legalização do aborto aumentaria o número de casos?

Dr. Jefferson - Não. Nenhum país que descriminalizou o aborto verificou aumento de sua prática. Ao contrário, em alguns países observou-se redução das taxas quando políticas eficientes de anticoncepção e de educação sexual foram concomitantemente implantadas. Um exemplo é a Holanda, país onde as mulheres menos precisam recorrer ao aborto, embora ele seja legal, seguro e extremamente acessível. A experiência internacional indica que o que muda com a descriminalização é o fim da clandestinidade e de suas perversas consequências. Mas a falácia de que a mudança da Legislação levaria ao aumento de sua prática no Brasil é mantida por muitos políticos, seja por ignorância ou para manipular a opinião pública.

Qual é a tua opinião sobre o Estatuto do Nascituro?

Dr. Jefferson - Esse projeto de lei é um dos mais perversos com as mulheres. Ele estabelece por "nascituro" a pessoa ainda não nascida. Desde a fecundação, natural ou assistida, tudo se tornaria intocável. Mulheres que sofressem estupro seriam obrigadas a manter a gestação até o término, a despeito de toda consequência. Gestantes com risco de morte perderiam a vida, mas não poderiam interromper a gestação. A pesquisa com células-tronco de pré-embriões seria encerrada no país. Pré-embriões congelados não poderiam mais ser descartados. Qualquer debate sobre o aborto poderia ser considerado incitação ao crime. A anticoncepção de emergência seria proibida, embora não exista qualquer evidência científica de que ela tenha efeito abortivo. Contraopondo-se aos países desenvolvidos e democráticos, o Brasil teria a Legislação mais retrógrada do mundo se esse projeto fosse aprovado. A proposta reduziria a mulher à condição de um receptáculo de esperma ou de uma incubadora descartável, sem nenhum direito reprodutivo. ■

É hora de mudar... e para melhor

A **Revista Reprodução & Climatério** publica artigos científicos nacionais e internacionais há mais de 15 anos e vem sendo ferramenta científica da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana há muitas diretorias. Infelizmente a revista parou de ser publicada por certo período, o que contribuiu para seu atraso e esquecimento. Desde 2011, esforços vêm sendo realizados para mudar este panorama e colocá-la num ciclo virtuoso, buscando qualificação e reconhecimento por parte da comunidade científica brasileira na área da reprodução humana.

A seguir elencamos algumas mudanças e conquistas que certamente serão atrativos importantes para a comunidade científica considerar a **Reprodução & Climatério** como opção no momento da publicação.

- ✓ Elsevier passa a ser a editora responsável pela publicação da revista. Elsevier publica informação médica e científica desde 1580 e é uma das maiores editoras do mundo, sinônimo de qualidade da informação científica.
- ✓ Profissionalização da produção editorial: disponibilização de ferramentas e de “know-how” para melhorar a eficiência do fluxo de artigos e profissionalizar a produção editorial.
- ✓ Submissão de artigo pela plataforma eletrônica da Elsevier, além de profissional, permite ao autor acompanhar prontamente o andamento dos artigos submetidos à publicação.
- ✓ Visibilidade internacional: a disponibilização da **Reprodução & Climatério** nas plataformas e coleções

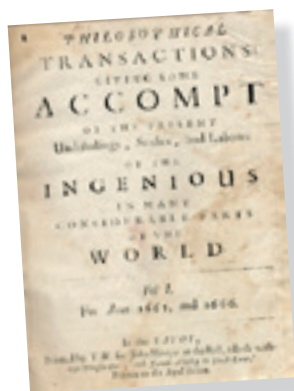
da Elsevier melhorará sua exposição na comunidade científica internacional, potencializando citações, oportunidades de colaboração científica, de captação de potenciais autores e revisores titulados.

- ✓ Inclusão no catálogo internacional Elsevier (www.elsevier.com): com a criação de página específica com informações da Revista, os artigos mais citados no Scopus e os mais recentes publicados e link dos artigos para o ScienceDirect.
- ✓ Inclusão na Coleção ScienceDirect (www.sciencedirect.com), incluindo os “articles in press” e conteúdo multimídia.
- ✓ Indexação na Base Scopus (www.scopus.com).
- ✓ Inclusão do DOI (Digital Object Identifier) – sistema de identificação numérico para conteúdo digital. ■



Esperamos seu artigo! Jefferson Drezett | Leopoldo de Oliveira Tso | Waldemar Naves do Amaral

Curiosidade



Capa do 1º volume da Philosophical Transactions

A história das revistas científicas começou em 1665, quando o francês *Journal des Savants* e o inglês *Philosophical Transactions* começaram a publicar sistematicamente resultados de pesquisas científicas.

Na carta em que apresentou o primeiro número da *Philosophical Transactions* aos leitores, o fundador e primeiro editor da revista, Henry Oldenburg escreveu que “não há nada mais necessário para promover os avanços dos assuntos filosóficos do que a comunicação dos mesmos”. Este editor foi também o introdutor das publicações *peer reviewed*.

A editora britânica *The Royal Society* disponibiliza *on line* e gratuitamente (<http://royalsociety.org/news/Royal-Society-journal-archive-made-permanently-free-to-access/>) 60 mil artigos da que teve colaborações de cientistas como Charles Darwin, Isaac Newton e Stephen Hawking. ■

Oncofertilidade

Por Dr. Ricardo Marinho

“ A Oncofertilidade é uma nova área da medicina que é multidisciplinar, integra a oncologia com a reprodução humana e que tem como objetivo preservar a fertilidade de pacientes jovens com diagnóstico de câncer. ”

Por que a preocupação em preservar a fertilidade nos casos de câncer vem crescendo?

O diagnóstico mais precoce do câncer e os avanços no seu tratamento têm permitido a cura de muitos homens e mulheres jovens que ainda desejam ter filhos. Entretanto, o tratamento cirúrgico, quimio ou radioterápico podem comprometer a fertilidade. O fato de muitas mulheres adiarem a maternidade também contribui para o aumento dos casos.

Como o quimioterápico interfere na função gonadal?

Muitas drogas, especialmente os alquilantes, têm um efeito tóxico sobre as gônadas masculinas e femininas, podendo afetar a viabilidade de gametas. As mulheres podem ter manifestação clínica de falência ovariana prematura ou apenas a diminuição da reserva ovariana, levando à infertilidade. Os efeitos dependem da idade, do agente empregado, da dose e tempo de uso.

Qual é a eficácia do bloqueio ovariano com análogos do GnRH durante a QT?

Os análogos do GnRH têm sido utilizados durante a quimioterapia com o objetivo de preservar a função ovariana. Embora alguns estudos mostrem resultados favoráveis, não há evidências definitivas sobre a sua eficácia na preservação da fertilidade.

A qualidade dos óvulos e a chance de gravidez com criopreservação de óvulos são as mesmas que nas pacientes que não têm câncer?

Não existem estudos comparativos. Embora este tema ainda seja controverso, a maioria dos autores acredita que os oócitos de pacientes oncológicas criopreservados antes da quimioterapia apresentem uma probabilidade de produzir uma gestação

Diretor-Científico da Pró-Criar
Medicina Reprodutiva,
Belo Horizonte
Professor assistente de
ginecologia da Faculdade de
Ciências Médicas de Minas
Gerais (FCMMG)



semelhante a de pacientes saudáveis da mesma idade.

Como estabelecer o número de óvulos a ser criopreservado?

Não há uma resposta para esta questão. O número de oócitos a ser criopreservado irá depender da idade e resposta da paciente e dos resultados e experiência do serviço. A maioria das mulheres com câncer, entretanto, terá tempo para fazer apenas um ou dois ciclos para captação de oócitos. É importante que ela tenha consciência de que nenhum número de oócitos será capaz de garantir uma gestação. O que se procura é proporcionar uma boa probabilidade futura de gravidez.

Acriopreservação de tecido ovariano é uma realidade?

Embora já tenha levado ao nascimento de cerca de 30 crianças, a técnica ainda é considerada experimental. Há muitas dúvidas em relação aos procedimentos envolvidos, como as técnicas de criopreservação e de retransplante. Além disso, não se sabe a chance real de sucesso, nem qual o risco de se transplantar células malignas para a paciente. O desenvolvimento da maturação folicular in vitro a partir do tecido criopreservado poderá se transformar, futuramente, numa opção com melhores resultados e menos riscos.

Como decidir quando indicar criopreservação, análogos do GnRH, ambos ou nenhum?

Em pacientes no menacme, o procedimento recomendado é a criopreservação de oócitos. Pode ser associada ao uso de análogos do GnRH durante a QT, apesar das dúvidas existentes quanto à sua eficácia. A criopreservação de tecido ovariano está indicada em crianças ou em pacientes que não

puderem aguardar a estimulação para a coleta de oócitos antes da QT. Os métodos podem ser combinados, mas é importante que as pacientes entendam o caráter experimental da criopreservação de tecido ovariano. É importante lembrar que esses métodos estão indicados apenas em pacientes jovens, com boa reserva ovariana, boa chance de cura do câncer, alto ou médio risco de perda da função ovariana e desejo de gravidez futura. A participação do oncologista nesta decisão é fundamental.

Pode-se pensar em preservação da fertilidade após a QT?

Não seria a situação ideal. Há dúvidas sobre o resultado da estimulação e sobre as chances e riscos na futura gravidez. Estes casos devem ser analisados individualmente.

Em que situações vale a pena fazer transposição dos ovários?

A transposição está indicada quando estiver indicada a radioterapia pélvica, colocando a função ovariana em risco.

Como manejar esta questão com adolescentes? Quais são as alternativas para crianças?

Crianças e adolescentes são situações delicadas. Muitas crianças do sexo feminino ficarão curadas do câncer, mas desenvolverão uma falência ovariana definitiva. A única técnica possível seria a preservação de tecido ovariano. Esta possibilidade deve ser discutida com os pais e com a criança, quando ela for capaz de compreender. Por se tratar de procedimento experimental em menores, devem ser observadas as recomendações éticas e legais. Dependendo da idade e da maturidade da adolescente, poderá ser feita a estimulação ovariana, punção e criopreservação de oócitos. Em outros casos, a melhor conduta será criopreservar fragmentos de tecido ovariano. A decisão deverá ser tomada com a participação da paciente e dos pais. Todos os pacientes de oncofertilidade, mas especialmente crianças e adolescentes devem ser atendidos por uma equipe multidisciplinar que inclui oncologista, especialista em reprodução humana e psicólogo. ■



SURGICAL TREATMENT OF OVARIAN ENDOMETRIOMAS: STATE OF THE ART

Pascal Jadoule MD(1), Michio Kitajima MD, PhD (2), Olivier Donnez MD (1), Jean Squifflet MD, PhD (1) e Jacques Donnez MD, Phd (1)

(1)Department of Gynecology, Clinique Universitaire St. Luc, Université Catholique de Louvain, Brussels, Belgium;

(2) Department of Obstetrics and Gynecology, Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University School of Medicine, Nagasaki, Japan

Fertility and Sterility®, Vol 98, No3, September 2012 – 556-63

Tratamento cirúrgico dos endometriomas: estado de arte

Dr. Jean Louis Maillard

Delegado da SBRH - Santa Catarina

Endometriomas ovarianos sempre foram controversos desde a sua patogênese até a sua terapêutica. Desde a teoria de Hughesdon, que diz que eles se formam pela invaginação de tecido endometrial implantado no córtex ovariano, até as atuais teorias da metaplasia de células epiteliais ovarianas, o que explicaria os casos de endometrioma isolado sem doença peritoneal.

Controvérsia também cerca o tratamento dos endometriomas. Estudos iniciais apontavam para a melhora da fertilidade com a cirurgia. Com o melhor desenvolvimento da fertilização in vitro, dúvidas surgiram a cerca da cirurgia.

Para definir o real papel da cirurgia no tratamento dos endometriomas, este trabalho avaliou, via PubMed, a literatura disponível analisando argumentos a favor e contra o tratamento cirúrgico comparando técnicas possíveis.

São discutidos os prós e contras da cirurgia do endometrioma. Foram avaliados os argumentos a favor, como a taxa de até 50% de gestações espontâneas, além da diminuição dos sintomas algícos, e os contra, representados pela diminuição do volume ovariano, inclusive com trabalhos mostrando a queda

Formado pela Faculdade de Medicina da PUCRS, em 1983. Ginecologista e obstetra pelo Hospital São Lucas da PUCRS. Especialista em laparoscopia e histeroscopia pela Febrasgo. Diretor da Clínica Fecondare – Centro de Medicina Reprodutiva em Florianópolis, Santa Catarina.



do hormônio antimulleriano após a cirurgia. Os procedimentos possíveis como cistectomia, cirurgia ablativa e cirurgia em dois tempos são abordados como possibilidades a serem utilizadas.

A conclusão dos autores foi que a cirurgia traz benefícios e tem um fundamental papel no tratamento de endometriomas. Entretanto, nos casos de endometriomas recorrentes, ou reserva ovariana, baixa, o risco da cirurgia deve ser avaliado. Em relação à melhor técnica, mais estudos bem conduzidos são necessários, comparando a cistectomia, cirurgia ablativa ou em dois tempos. Já o fato da importância da experiência do cirurgião para diminuir o dano ovariano e diminuir a recidiva está bem estabelecido. ■



THE PRECONCEPTION DIET IS ASSOCIATED WITH THE CHANCE OF ONGOING PREGNANCY IN WOMEN UNDERGOING IVF/ICSI TREATMENT

J.M Twight, M.E.C Blohuis, E.A.P Steegers, F. Hammiche, W.G van Inzen, J.S.E Laven and R.P.M Steegers-Theunissen. Department of obstetrics and gynecology Erasmus M.C, University Medical Centre Rotterdam, The Netherlands.

Hum Rep Vol 27 No 8 pp 2526-2531, 2012

Dieta pré-concepcional está relacionada com a chance de gestação em mulheres submetidas a FIV/ICSI

Rafaella Petracco

Delegada da SBRH - Rio Grande do Sul

O consumo de diferentes alimentos tem sido cada vez mais associado aos resultados de tratamento de fertilização in vitro. Estudos que relacionam micronutrientes e fertilidade evidenciam que a nutrição afeta a fertilidade em homens e mulheres. Diversos estudos já tentaram quantificar e qualificar a dieta de pacientes, mas existem diversos vieses, como interação entre nutrientes, variação étnica nos hábitos nutricionais, variação na ingestão diária, diferentes métodos de avaliação, que podem dificultar a interpretação correta destes dados.

Um grupo holandês avaliou 199 casais entre outubro de 2007 e outubro de 2010 que planejavam a gestação. No momento da primeira consulta pré-concepcional, os pacientes respondiam um questionário de características gerais sobre a dieta que consumiam. Foram elaboradas, pelo Centro de Nutrição da Holanda, seis perguntas que avaliavam a ingestão de alimentos dos seis principais grupos (frutas, vegetais, carne, peixe, farinha integral e gordura). Com os dados foi calculado o PDR (preconception dietary risk score) ou escore de risco dietético pré-concepcional, que visa a estimar os hábitos nutricionais. Os pacientes então recebiam orientações

Doutorado em andamento em Medicina e Ciências da Saúde pela PUCRS.

Postdoctoral Research Fellow pela Universidade de YALE e Mestrado em Reprodução Humana pela Universidade de Valência.

Ginecologista do Fertilitat - Centro de Medicina Reprodutiva.



sobre dieta e qualidade de vida e eram convidadas a retornar para uma consulta três semanas após para rediscutir as orientações. O aumento do escore PDR aumentava de acordo com o aumento da qualidade da dieta. Esses pacientes foram submetidos a tratamento de FIV/ICSI dentro de seis meses após a primeira consulta. E foi comparado o resultado do tratamento com o escore PDR.

Dos casais avaliados, 26% obtiveram gestação clínica (identificação de embrião com batimento cardíaco). Comparando os casais que alcançaram gestação e os que não tiveram êxito não houve diferença em relação àqueles que frequentaram consultas de orientação dietética. Quando excluído os fatores confundidores (tabagismo, IMC, uso de álcool, causa de infertilidade, entre outros) viu-se uma relação positiva entre o escore PDR e a chance de obter uma gestação clínica. Além disso, o aumento no escore PDR em um ponto esteve associado a um incremento de 65% de obter uma gestação clínica.

Dessa forma, fica clara a importância de uma dieta saudável e como as orientações fornecidas a um casal no início do tratamento para engravidar podem aumentar significativamente as chances de êxito.



Anticoncepção hormonal e tromboembolismo

Dr. Marcelino E. H. Poli

Vivemos num momento tormentoso para a anticoncepção hormonal devido à publicação de reportagens, na mídia leiga, sobre o uso de contraceptivos hormonais orais combinados (CHOC) e o risco de tromboembolismo venoso (TEV) associado. Essas publicações têm causado pânico e até mesmo induzido ao cancelamento da venda de certos produtos, com claros prejuízos à população.

O TEV é um problema de saúde importante e seu risco atinge todas as pessoas. Os fatores que o influenciam são:

- 1- Idade:
 - Menos de 40 anos: 1/10.000;
 - Entre 60 – 69 anos: 1/1.000;
 - Mais de 80 anos: 1/100;
 - 2- Obesidade: IMC>30: risco 3 vezes maior;
 - 3- Veias varicosas: risco 1,5 vezes maior;
 - 4- Imobilidade: cirurgia, trauma, trabalho prolongado;
 - 5- Tabagismo;
 - 6- Uso de medicamentos com corticóides;
 - 7- Trombofilia genética;
 - 8- Síndrome de ovários policísticos (1,5 vezes maior);
 - 9- Uso de contraceptivos com stinilestradiol (6 a 8 vezes maior).
- Rott H. Curr Opin Obstet Gynecol 2012.
Am J Obstet Gynecol. 2012*

Não usuárias de CHOC têm uma incidência de TEV de cerca de 5 a 10 em 100.000. O uso de contraceptivos hormonais está associado a um aumento de risco de doenças circulatórias venosas e arteriais. (Guillebaud J. Contraception. Your questions answered. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1986)

A ocorrência de distúrbios tromboembólicos, observada em usuárias de CHOC, tem sido atribuída a alterações no metabolismo lipídico, glicídico e na função hemostática. (Skouby et al. Advances in Contraception 7 Suppl.2 - 1991)

Os efeitos pró-trombóticos potenciais no mecanismo de trombose venosa, induzidos pelos CHOC, incluem o aumento dos níveis de fatores de coagulação, a diminuição dos níveis de proteínas anticoagulantes como a antitrombina e a proteína S e uma alteração da rota de fibrinólise - fatores fibrinolíticos. (Vandenbroucke JP et al N Engl J Med, 2001).

Já o mecanismo da trombose arterial, que leva ao infarto agudo do miocárdio, está na dependência da arteriosclerose

Ginecologista e Obstetra
Mestre em Gerontologia
Biomédica pela PUCRS
Prof Adjunto de
Ginecologia da PUCRS
Membro da
Comissão Nacional
de Anticoncepção da
FEBRASGO.



coronariana subjacente. (Hatcher RA et al. Contraceptive Technology, 18th ed, Ardent Media, New York, 2004)

O sistema encarregado da coagulação, encarregado da formação da fibrina, está em um equilíbrio dinâmico com o sistema de anticoagulação, encarregado da fibrinólise, e que representa o mecanismo antitrombótico, além dos fatores que agem na agregação plaquetária. Quanto maior a dose de EE da formulação contraceptiva, mais a balança pende para o lado pró-coagulação. Assim, até 1995, pensava-se que o risco de TEV associado aos CHOC decorresse exclusivamente do estrogênio e que o componente progestagênico não contribuísse para ele.

Em 1995, a WHO publicou estudo multicêntrico sobre a trombose venosa e o uso dos CHOC que alertou para uma diferença de risco existente entre as usuárias de pílulas de terceira geração comparativamente com as de segunda geração. (WHO. Lancet 1995) O estudo mostrou que usar CHOC provocava um risco de até 4,15 vezes maior em relação as não usuárias e que as usuárias de pílulas de terceira geração estavam submetidas a um risco 2 a 6 vezes maior de TEV do que as usuárias das de segunda geração.

Em 2009, Vlieg (Vlieg A van H. BMJ, 2009) mostrou as diferenças de risco de trombose venosa associada ao uso de CHOC de acordo com a idade da usuária. As não usuárias com menos de 30 anos apresentavam um risco de 1,2; as com idade entre 30 e 40 anos, risco de 2,0 e as com 40 a 50 anos, risco de 2,3. Já as usuárias de CHOC tinham, respectivamente, riscos de 3,1; 5,0 e 5,8. Nesse mesmo trabalho, ele mostrou que a incidência de trombose venosa nas usuárias de CHOC por 10.000 pessoas por ano era, para as mesmas faixas etárias: 3,7; 10,0 e 13,3.

Anticoncepção hormonal e tromboembolismo

A redução da dose de 100µg para 50µg e de 50µg para 30µg de EE trouxe uma redução importante do risco de TEV. Já na redução de 30µg para 20µg, o resultado foi inconclusivo.

As pílulas que contém estradiol (17β-estradiol + nomegestrol e valerato de estradiol + dienogeste) mostraram menor impacto sobre os marcadores bioquímicos de risco de TEV na comparação com as pílulas de segunda geração. Com isso, especula-se que essas formulações sejam menos deletérias do que as demais, com EE. Entretanto, os resultados devem ser confirmados e o impacto dessas novas preparações sobre o risco trombótico deve ser demonstrado clinicamente. (G.Pfu-Bureau et al. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 2013). Os biomarcadores e os parâmetros substitutos têm importante papel nas pesquisas, mas não podem ser usados clinicamente até serem validados. (Kipling RM et al. Drugs, 2011)

Relativamente à rota de administração, foi verificado que o risco associado à via transdérmica, relativamente à via oral, varia de 1,2 a 2,2 e a via vaginal proporciona risco de 1,5 a 1,9. (G.Pfu-Bureau G et al. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 2013)

O risco de TEV é maior no primeiro ano de uso dos CHOC (Herings RM et al. Lancet 1999) e também nas mulheres que estão fazendo uso pela primeira vez. (Kemerer JM et al. BMJ 2001). O risco de TEV torna a ficar menor após 1 ano de uso, mas permanece mais alto do que nas não usuárias. (Rott H. Curr Opin Obstet Gynecol, 2012)

Cessado o uso dos CHOC, o risco de TEV volta ao normal 8 a 12 semanas após. Por isso, não é recomendado parar o uso dos CHOC antes de uma cirurgia planejada. A usuária deve receber tratamento farmacológico visando à trombopprofilaxia. (German S3-guideline: 'Prophylaxis of venous thromboembolism' 2009). O risco de TEV associado ao uso de contraceptivos orais só com progestágeno evidenciou-se menor em todos os estudos realizados. (G.Pfu-Bureau et al. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 2013)

Assim, com base nestas informações, aqui resumidas,

apresentam-se as seguintes recomendações práticas:

- 1 > Não existe método contraceptivo que seja 100% eficaz, seguro, tolerável e associado a benefícios não contraceptivos. Deve ser feita uma avaliação individual de risco X benefícios. (Bitzer J et al. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 2013)
- 2 > O risco de TEV em não usuárias de CHOC varia de 1,2 a 1,3 / 10.000 mulheres-ano, enquanto nas usuárias de qualquer pílula varia de 3,7 a 13,3 / 10.000 mulheres-ano. (Vlieg A van H. BMJ, 2009)
- 3 > Vários estudos têm demonstrado que o risco de TEV associado à gestação, parto e puerpério são consideravelmente mais altos (29 – 300 /10.000 mulheres) do que durante o uso de CHOC. (Bitzer, 2013)
- 4 > Evitar prescrever CHOC para mulheres com risco elevado para TEV, como obesidade, tabagismo, história familiar de TEV ou de doença cardiovascular sem uma boa avaliação clínica (anamnese e exame clínico apropriados). (Consultar Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use – WHO).
- 5 > Os métodos contraceptivos hormonais com menor risco de TEV são os de progestágeno puro.
- 6 > Os dados disponíveis provém de estudos epidemiológicos e sua interpretação pode ser mais alarmante do que a realidade (RR X RA). (Bitzer, 2013)
- 7 > Os CHOC de 3ª e 4ª Geração estão associados a risco maior, mas a diferença absoluta de risco é pequena e estimada por vários autores como sendo da ordem de 4 - 6 casos atribuíveis por 10.000 usuárias/ano. (Dinger J, Shapiro S. J. Fam Plann Reprod Health Care, 2012)
- 8 > O risco de morte por TEV é baixo. Tomando por base o RR de 2, o excesso de risco de morte para uma mulher tomando pílulas modernas é de 1 / 100.000.
- 9 > No processo de escolha do método contraceptivo, o risco de TEV deve ser consistentemente considerado, junto com: eficácia, tolerabilidade, benefícios adicionais à saúde e se existe algum método alternativo que possa ser usado. (Bitzer, 2013)

A Resolução CFM Nº 2.013/2.013, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 9 de maio, atualiza as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. O dispositivo, elaborado com o apoio da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), destaca a segurança da saúde da mulher e a defesa dos direitos reprodutivos a todos os indivíduos. Essa é a terceira norma sobre o assunto. As resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) preenchem lacuna legal, pois não existe regra específica que regulamente a prática da reprodução assistida no Brasil.



Dr. José Hiran Gallo
 Coordenador da Câmara
 Técnica do CFM e
 Delegado da SBRH - Rondônia

CÂMARA TÉCNICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA DO CFM

Dr. Antonio Celso Koehler Ayub | Dr. Aldair Novato | Dr^a. Hitomi Miura Kakagawa | Dr. José Gonçalves Franco Júnior | Dr. Adelino Amaral da Silva
 Dr. Waldemar Naves do Amaral | Dr^a. Mariangela Badalotti
 Dr. Alceu José Peixoto Pimentel | Dr. Salmo Raskin

Novas normas para reprodução assistida

O QUE MUDA	COMO FICA	COMO ERA
Idade da Paciente	A idade máxima das candidatas à gestação de reprodução assistida passa a ser 50 anos.	Antes não havia limite de idade.
Idade Limite para Doação	A idade limite para a doação de gametas (óvulos e espermatozoides) é de 35 anos para a mulher e de 50 anos para os homens.	Antes não havia referência de limite de idade.
Doação Compartilhada	É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócito em Reprodução Assistida. No caso, a doadora e receptora (portadoras de problemas reprodutivos) compartilham o material biológico e os custos financeiros que envolvem o procedimento da Reprodução Assistida. A nova redação esclarece o número de oócito e embriões a serem transferidos no caso de doação. Deve ser respeitada a idade da doadora e não da receptora. A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.	Apesar de comum nas clínicas, a doação compartilhada não era regulamentada.
Homoafetividade	É permitido o uso das técnicas de reprodução assistida para relacionamentos homoafetivos e para pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico.	A resolução anterior dizia que "qualquer pessoa" poderia ser submetida ao procedimento. No entanto, os pacientes esbarravam em diferentes interpretações.
Útero de Substituição	Foi ampliado o parentesco consanguíneo para quarto grau – mãe (primeiro grau), irmã/avó (segundo grau), tia (terceiro grau) e prima (quarto grau).	A resolução anterior só autorizava parentesco de primeiro e segundo graus.
Descarte	Se for vontade dos pacientes, os embriões criopreservados poderão ser doados para outros pacientes, doados para pesquisa de células-tronco, conforme previsto na Lei de Biossegurança; ou descartados após cinco anos. Se for da vontade do paciente, esses embriões podem continuar congelados desde que os pacientes expressem essa vontade e assumam as responsabilidades por essa decisão.	

A terapia da FIV dá saltos

Estimulação Ovariana Controlada (EOC) em FIV/ICSI^a

Eficácia Comprovada

- 38,9% de taxa de gravidez em curso por ciclo iniciado, comprovada no Maior Estudo Clínico de FIV/ICSI do Mundo (N=1506)¹

Complexidade Reduzida

- Uma única injeção de ELONVA substitui 7 injeções diárias de FSHr em protocolo com antagonista do GnRH^{1,2}

novo

elonva[®]
alfacorifolitropina

Eficácia Comprovada. Complexidade Reduzida.^{1,2}

^aFIV = Fertilização *in vitro* ICSI = Injeção intracitoplasmática de espermatozoide.

ELONVA* (alfacorifolitropina). **INDICAÇÕES:** Estimulação Ovariana Controlada (EOC) para o desenvolvimento de folículos múltiplos e gravidez em participantes de programa de Tecnologia em Reprodução Assistida (TRA). **CONTRAINDICAÇÕES:** tumores do ovário, mama, útero, hipófise ou hipotálamo; sangramento vaginal anormal (não menstrual), sem causa conhecida/diagnosticada; insuficiência ovariana primária; cistos ovarianos ou ovários aumentados, não relacionados à síndrome de ovários policísticos; histórico de síndrome da hiperestimulação ovariana (SHEO); um ciclo prévio de estimulação ovariana controlada (EOC) que resultou em mais do que 30 folículos ≥ 11 mm mensurados por ecografia; contagem inicial de folículos antrais > 20 ; tumores fibrosos do útero incompatíveis com a gravidez; malformações dos órgãos reprodutores incompatíveis com a gravidez; hipersensibilidade à substância ativa ou a quaisquer dos excipientes da fórmula do produto; **mulheres grávidas, que suspeitam estar grávidas, ou lactantes.** **PRECAUÇÕES:** ELONVA destina-se exclusivamente a injeção única por via subcutânea, não se deve administrar injeções adicionais no mesmo ciclo de tratamento. Nos primeiros sete dias após a administração de ELONVA, não deve ser administrado o (rec)FSH. O uso de ELONVA não é recomendado para mulheres com insuficiência renal. Os dados sobre o uso de ELONVA em combinação com agonistas do GnRH são limitados; desse modo, recomenda-se cautela no uso de ELONVA combinado a agonistas do GnRH. ELONVA não foi estudado em pacientes com histórico de SHEO ou com contagem basal de folículos antrais > 20 . ELONVA não é recomendado para essas mulheres. Demonstrou-se que a resposta ovariana é maior após o tratamento com ELONVA do que após o tratamento diário com (rec)FSH. Portanto, pacientes com fatores de risco para resposta ovariana elevada podem ser especialmente propensas a desenvolver a SHEO durante ou após o tratamento com ELONVA. Para mulheres no primeiro ciclo de estimulação ovariana, nas quais os fatores de risco são apenas parcialmente conhecidos, recomenda-se a cuidadosa monitoração com relação à potencial hiper-resposta ovariana. Raramente, pode ocorrer tromboembolismo arterial ou venoso em associação à SHEO. Para mais detalhes sobre sinais, sintomas e redução do risco de SHEO, por favor consulte a Circular aos Médicos (bula) completa. No caso de TRA, existe aumento do risco de SHEO com 18 ou mais folículos com diâmetro de 11 mm ou mais. Adverte-se que quando há 30 ou mais folículos ao todo, a administração de hCG deve ser suspensa. Dependendo da resposta ovariana, podem ser adotadas as seguintes medidas para prevenir a SHEO: suspender a estimulação adicional com uma gonadotropina pelo máximo de 3 dias (*coasting*); atrasar o desencadeamento da maturação final de óocitos com a administração de hCG até que os níveis de estradiol se estabilizem ou diminuam; administrar uma dose menor que 10.000 UI de hCG para desencadear a maturação final de óocitos, como por exemplo, 5.000 UI de hCG ou 250 mcg de hCG recombinante (equivalente a cerca de 6.500 UI); todos os embriões devem ser criopreservados para futura transferência; suspender o hCG e cancelar o ciclo de tratamento. Para suporte da fase lútea, evitar a administração de hCG. Para minimizar o risco de SHEO, é importante a adesão à dose recomendada e ao esquema de tratamento com ELONVA, bem como a cuidadosa monitoração da resposta ovariana. Foram relatados gestações e nascimentos múltiplos para todos os tratamentos com gonadotropinas. Em mulheres submetidas a procedimentos de TRA, o risco de gravidez múltipla é relacionado principalmente ao número de embriões transferidos. Uma vez que as mulheres inférteis são submetidas à TRA e, particularmente, à fertilização *in vitro* (FIV), frequentemente apresentam anormalidades tubárias, a incidência de gestações ectópicas pode ser aumentada. A incidência de malformações congênitas após TRA pode ser discretamente maior do que após concepções espontâneas. Acredita-se que isso se deva a diferenças nas características dos pais (por exemplo, idade materna, características do esperma) e à maior incidência de gestações múltiplas. Houve relatos de neoplasias ovarianas e outras neoplasias do sistema reprodutor em mulheres submetidas a esquemas com múltiplas fármacos para tratamento da infertilidade. Ainda não está estabelecido se o tratamento com gonadotropinas aumenta ou não o risco basal desses tumores em mulheres inférteis. Em mulheres com fatores de risco de eventos tromboembólicos geralmente reconhecidos, tais como o histórico pessoal ou familiar, obesidade grave (índice de massa corporal > 30 kg/m²) ou trombofilia, o tratamento com gonadotropinas pode, também, aumentar esse risco. Nessas mulheres, os benefícios da administração de gonadotropina devem ser contrapostos aos riscos. **Este medicamento contém açúcar, portanto, deve ser usado com cautela por pacientes com diabetes. Este medicamento pode causar doping.** **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** não foram realizados estudos de interação entre ELONVA e outros medicamentos. Como a alfacorifolitropina não é um substrato das enzimas do sistema citocromo P450, não são previstas interações com outros medicamentos. **REAÇÕES ADVERSAS:** SHEO, dor e desconforto pélvico, cefaleia, náusea, fadiga e queixas mamárias (incluindo aumento da sensibilidade mamária), tontura, dor abdominal, vômito, diarreia, constipação e distensão abdominal/torção ovariana. Foram também relatados casos de gravidez ectópica, aborto e gestações múltiplas, considerados relacionados ao procedimento ou à subsequente gravidez em TRA. **POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO:** para mulheres com peso corporal ≤ 60 kg, a dose recomendada é de 100 mcg em injeção única. Para mulheres com > 60 kg, a dose recomendada é de 150 mcg, em injeção única. ELONVA deve ser administrado como injeção única por via subcutânea, preferivelmente na parede abdominal, durante a fase folicular inicial do ciclo menstrual. Após 7 dias, no 8º dia de estimulação, o tratamento pode ser continuado com injeções diárias de (rec)FSH até que tenha sido atingido o critério para desencadeamento final de maturação de óocitos (3 folículos ≥ 17 mm). A dose diária de (rec)FSH pode depender da resposta ovariana. Recomenda-se 150 UI de (rec)FSH para pacientes com resposta normal. O tratamento com antagonista do Hormônio Liberador de Gonadotropina (GnRH), deve ser iniciado preferencialmente no 5º dia de estimulação, para impedir as oscilações prematuras dos níveis de Hormônio Luteinizante (LH) - se a resposta ovariana estiver atrasada, pode ser considerado a partir do 8º dia. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. REGISTRO MS: 1.0171.0189. Nota:** antes de prescrever ELONVA, recomendamos a leitura da Circular aos Médicos (bula) completa para informações detalhadas sobre o produto. **A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVE SER CONSULTADO.**

Contraindicação: Histórico de síndrome da hiperestimulação ovariana (SHO). **Hipersensibilidade à substância ativa ou a quaisquer dos excipientes da fórmula do produto.** **Interação medicamentosa:** não foram realizados estudos de interação entre ELONVA e outros medicamentos. Como a alfacorifolitropina não é substrato das enzimas do sistema citocromo P450, não são previstas interações com outros medicamentos.

Referências bibliográficas: 1. Devroy P, Boostanfar B, Koper NP, et al. for the ENGAGE Investigators. A double-blind, non-inferiority RCT comparing corifolitinol alfa and recombinant FSH during the first seven days of ovarian stimulation using a GnRH antagonist protocol. *Hum Reprod.* 2009;24(12):3063-3072.
2. Circular aos Médicos (bula) de ELONVA. São Paulo; Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda., 2011.



Copyright © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., subsidiária de Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, EUA.
Todos os direitos reservados.
MC 1121/12 01-2015-ELON-13-BR-1121-J WOMN-1066151-0000 IMPRESSO EM FEVEREIRO/2013



Novidades na Ciência

Descoberto
novo hormônio
associado à
FERTILIDADE

Publicação recente no FASEB Journal descreve a descoberta do hormônio “R-spondin2”, que promove o desenvolvimento do foliculo e estimula o crescimento dos ovários. Os pesquisadores analisaram todas as proteínas produzidas pelos óvulos e ao descobrir este novo hormônio, o injetaram em camundongos, que apresentaram crescimento folicular e produção de óvulos maduros. Estes óvulos foram fertilizados e resultaram no nascimento de filhotes saudáveis. A experiência foi feita também em tecido ovariano humano injetado em camundongos, demonstrando a eficácia do hormônio em humanos. Sugere-se que em associação ao uso de FSH, este novo hormônio pode significar novas opções de tratamento em pacientes inférteis.

O órgão americano FDA aprovou a primeira medicação não hormonal para tratamento da menopausa. A paroxetina, um inibidor seletivo da recaptção da serotonina, até então utilizada em doses mais altas para quadros psiquiátricos como depressão e distúrbios obsessivos compulsivos, foi identificada como uma opção eficaz na diminuição dos fogachos quando utilizado em doses baixas (7,5mg).

O estudo que permitiu a aprovação da droga, foi conduzido em 1175 mulheres com 7 a 8 fogachos por dia. Verificou-se uma diminuição significativa de 1 a 2 fogachos por dia em comparação com o grupo placebo.

FDA aprova a
utilização da
paroxetina para
**TRATAMENTO
CLIMATÉRICO**

Reino Unido
aprova
**THREE PERSON
IVF**

Inglaterra pode ser o primeiro país a aprovar procedimento de fertilização in vitro que envolve material genético de três pessoas para evitar doença mitocondrial. A técnica consiste em transferir o núcleo de um óvulo de uma mulher afetada com doença mitocondrial para o citoplasma de um óvulo de uma mulher saudável, ou transferir uma porção de citoplasma de um óvulo saudável para um óvulo comprometido. O assunto voltou a pauta depois que a HFEA realizou uma consulta pública que apontou apoio à técnica. Agora estão sendo redigidas as regras para aprovação pelo Parlamento. A expectativa é que o procedimento passe a ser realizado a partir de 2015.

SBRH lança livro *Ginecologia Hormonal*

O uso de hormônios em ginecologia é o tema do livro lançado pela Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), dentro da proposta de garantir a atualização de seu quadro de associados. A obra *Ginecologia Hormonal*, que tem como organizadores Mariangela Badalotti, César Eduardo Fernandes, Nilson Roberto de Melo e Waldemar Naves do Amaral, especialistas em reprodução humana, se divide em três grandes temas – anticoncepção, climatério e indução de ovulação. O professor Dirceu Henrique Mendes Pereira, ex-presidente da SBRH, convidado a escrever o prefácio, ressalta a importância do compêndio como fonte atualizada de consulta na rotina diária para os profissionais na área da saúde. Destaca as inovações na área da anticoncepção feminina, permitindo a individualização do melhor contraceptivo para cada mulher. Entre as novidades cita a síntese de progestâneos de nova geração, dispositivo intrauterino medicado, implantes, adesivos transdérmicos, entre outros.

Sobre o climatério, o professor lembra que “a transição menopáusicas é um período de atenção ao bem-estar da mulher, podendo ocorrer várias disfunções que exigem abordagem multidisciplinar. “A janela de oportunidade para a terapia hormonal não pode ser menosprezada sob a pena de não trazer reais benefícios à qualidade de vida da mulher”, orienta.

“A indução ovulatória requer conhecimento da fisiopatologia do eixo neuroendócrino como critério de escolha do indutor adequado a cada situação objetivando preferencialmente ciclo monofolicular.” A frase sintetiza os cuidados necessários na estimulação ovariana controlada, utilizada principalmente, em reprodução assistida para assegurar a oferta de um número maior de óvulos. ■



Waldemar Naves do Amaral e César Eduardo Fernandes

Lançamento em Goiânia/GO



Mariangela Badalotti e Nilson Roberto de Melo

Lançamento em Gramado/RS

Representatividade SBRH

A SBRH tem participado junto a órgãos do Governo e organizações sociais, opinando sobre os assuntos pertinentes aos objetivos e fins da Instituição:

SISTEMA NACIONAL DE BIOVIGILÂNCIA

Implantando o Sistema Nacional de Biovigilância que tem como objetivo reportar reações adversas de novas tecnologias médicas tais como técnicas de reprodução assistida. Este grupo foi denominado “Tecidos e Células Reprodutivas”. A Sociedade Brasileira de Reprodução Humana – SBRH – conta com uma cadeira nessa comissão e tem sido representada pelo seu vice-presidente Dr. João Pedro Junqueira Caetano (MG) e pelo delegado do Distrito Federal, Dr. David Barreira.

FERTILIZAÇÃO ASSISTIDA NO SUS

A SBRH esteve presente na inauguração do Centro de Reprodução Assistida da Maternidade Escola Januário Cicco, na cidade de Natal (Rio Grande do Norte), que operará 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O centro é uma iniciativa do ex-presidente da SBRH Kleber Moraes. Na ocasião, houve uma reunião com representante do Ministério da Saúde em que foi discutida a reprodução assistida no cenário nacional.

A SBRH foi representada pelo ex-presidente Alvaro Petracco, pelo ex-presidente e atual diretor Científico, Artur Dzik, e pela atual presidente Mariangela Badalotti.

CÂMARA TÉCNICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA DO CFM

A SBRH, representada pelo ex-presidente Waldemar Naves do Amaral e pela atual presidente Mariangela Badalotti, participou do novo parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre Reprodução Assistida (veja matéria na página 14).

ABORTAMENTO INSEGURO

A SBRH, juntamente com a Febrasgo, com a SBPC (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência) e o GEA (Grupo de Estudo sobre o Aborto), está mobilizada contra o aborto inseguro no Brasil. Representam a SBRH, o editor da Reprodução e Climatério, Jefferson Drezzet, e o ex-presidente e atual diretor Científico, Artur Dzik. ■



Paulo Gallo

Rio de Janeiro (RJ)

Em 09/03/13 ocorreu o III Simpósio de Fertilidade, no Hotel Windsor Barra. Enfocando o tema "A influência da idade no desfecho reprodutivo: da fertilidade à gravidez", o evento reuniu cerca de 100 participantes. Foram palestrantes os ginecologistas Paulo Gallo e Maria Cecília Erthal, o obstetra Gilson Ramirez, e o urologista André Cavalcanti.

Delegado Dr. Paulo Gallo de Sá



Newton Eduardo Busso, Adelino Amaral Silva, Luiz Augusto A. Batista e Eduardo Camelo de Castro.

Goiânia (GO)

A 12ª Jornada de Reprodução Humana (SGGO / SBRH - Regional Goiás) ocorreu no Auditório do Cremego, em 11 de maio, abordando temas ligados à infertilidade. Os médicos Newton Eduardo Busso (SP), Luiz Augusto A. Batista (GO), Adelino Amaral Silva (DF) Eduardo Camelo de Castro (GO), Waldemar Naves do Amaral (GO), Vinícius Alves de Oliveira (GO), Mylena Naves Rocha e Zelma Bernardes Costa foram palestrantes no encontro.

Delegada Dra. Mylena Naves de Castro Rocha



Anatole Borges, André Luiz Eigenheer da Costa, Mariangela Badalotti, Cyro Martignago e Thiago Área Leão Brito.

Teresina (PI)

O VI Simpósio de Reprodução Humana do Piauí ocorreu dentro da 21ª Jornada Piauiense de Ginecologia e Obstetrícia de 16 a 18 de maio, no Blue Tree Towers Rio Poty, em Teresina, reunindo 300 participantes. Foram palestrantes do Simpósio os médicos Thiago Área Leão Brito (PI), André Luiz Eigenheer da Costa (PI), Anatole Borges (PI), Cyro Martignago (SP), Mariangela Badalotti (RS).

Delegado Dr. André Luiz Eigenheer da Costa



Joaquim Costa Lopes, Mariangela Badalotti, Marcelo Zugaib, Ana Luiza Moura Fontes, Pedro Paulo Bastos e Vinicius Medina Lopes.

Salvador (BA)

O XV Simposio Nacional de Reproducao Humana, coordenado pelo ex-presidente da SBRH Dr. Joaquim Costa Lopes, realizado na Associação Bahiana de Medicina, nos dias 24 e 25 de maio, contou com a participacao dos palestrantes Carlo Tantitini, da Italia, Elvio Tognotti e Marcelo Zugaib, de São Paulo, Mariangela Badalotti, do Rio Grande do Sul, e Vinicius Medina Lopes, do Distrito Federal.
Delegada Dra. Simone Portugal Silva Lima



Artur Dzik, Mario Cavagna e Gilberto Freitas.

São Paulo (SP)

A 5a Jornada de Reproducao Humana do Hospital Pérola Byngton ocorreu em 25 de maio de 2013 no Mofarrej Tivoli Hotel. Foi organizada e coordenada pelo Drs. Artur Dzik, Gilberto Freitas, Mario Cavagna e Nilka Donadio.
Delegado Dr. Gilberto da Costa Freitas



Encontro de Presidentes: Álvaro Petracco, Nilson Melo, Ronald Bossemeyer, Mariangela Badalotti, Kleber Moraes.

Gramado (RS)

O Fórum SBRH: A Adolescente no Consultório do Ginecologista, que ocorreu durante o VI Simposio Internacional de Ginecologia, Obstetricia e Mastologia da PUCRS, em 6 de julho, em Gramado, contou com mais de 300 participantes. Foram palestrantes os Drs. Álvaro Petracco, Rui Ferriani, Antônio Hélio Oliani, Luiz Guilherme Barramondes e Eliano Pelini.

Delegada Dra. Rafaella Gehm Petracco

Rumo a Porto Alegre

No paralelo 30, inspiração para os compositores da terra, às margens do Guaíba, fica a capital dos gaúchos, com sua faceta multicultural, recheada de contrastes e, como o próprio nome sugere, muita alegria, chave para encantar visitantes e moradores das cidades da região metropolitana. Porto Alegre nasceu em 1772, gestada por casais portugueses açorianos e acolheu, ao longo de sua história, imigrantes de todo o mundo. Assim alemães, italianos,

Por Jane Catarina de Oliveira



City Tour permite descobrir a cidade



Catedral Metropolitana - Centro Histórico

Uma escapada até a



GRAMADO - A pouco mais de 100 quilômetros de distância de Porto Alegre está a Serra gaúcha, com suas araucárias, fumaças saindo pelas chaminés, arquitetura germânica e italiana, bons vinhos e boa comida. Gramado está inserido nesta geografia. O município é um dos principais pontos turísticos do Estado, quer pelas suas belezas naturais, quer pelos eventos, como o Festival de Cinema, o Natal Luz e a Páscoa em Gramado - Chocofest. Conforme pesquisa da Fundação Getúlio Vargas, encomendada pelo Ministério do Turismo, Gramado figura como o terceiro destino turístico preferido no país, ficando atrás de Fortaleza e Natal. Entre seus atrativos, além dos Roteiros de Agroturismo, estão o Parque Knorr – Aldeia do Papai Noel, Gramadozoo, Lago Joaquina Rita Bier, Lago Negro, Museu de Cera, Minimundo, entre outros.

espanhóis, africanos, poloneses, libaneses, católicos, judeus e protestantes deixaram sua marca na arquitetura, literatura, música, artes cênicas, entre outras formas de expressão cultural. Somado ao patrimônio histórico-cultural, surge uma noite badalada, com muitos bares, restaurantes, danceterias. É nesse lugar simpático que ocorrerá o 26º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, promovido pela Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, de 06 a 08 de novembro do próximo ano.

Cais do Porto de Porto Alegre



Octacílio Dias/Divulgação

Casa de Cultura Mario Quintana, antigo Hotel Majestic, onde morou o poeta gaúcho e hoje guarda suas memórias



Ivo Gonçalves/PMPPA

Mercado Público, um ponto de referência da capital



Alfonso Abraham/Divulgação

Museu da Fundação Iberê Camargo, espaço reúne o acervo do artista gaúcho

Serra gaúcha

BENTO GONÇALVES - Como Gramado e Porto Alegre, Bento Gonçalves foi escolhido pelo Governo Federal um dos 65 Destinos Indutores do Desenvolvimento Turístico do Brasil. Distante 124 quilômetros da capital gaúcha, o município alia vocação industrial e turística com a preservação da cultura. Conhecido produtor de vinhos, um de seus roteiros obrigatórios é o Vale dos Vinhedos, que representa o legado cultural deixado pelos imigrantes italianos, chegados ao Brasil em 1875. Outro roteiro é o Caminho de Pedra, com construções que remetem à cultura camponesa trazida pelos imigrantes. Também vale a pena passear pela Rota das Cantinas Históricas. Ainda é possível visitar vinícolas, o Vale do Rio das Antas, fazer o passeio de Maria-fumaça, conhecer a Ponte Ernesto Dornelles.



Divulgação Prefeitura de Bento Gonçalves

Agenda

Agosto

5º Simpósio de Reprodução Humana de Brasília

Local: LBV - Auditório Austregésilo de Athayde - Setor Hospitalar Sul

Data: 9 e 10 de agosto de 2013

17º Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida

Local: Centro de Convenções - Bonito, MS

Data: 21 a 24 de agosto de 2013

Setembro

XVIII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia – SOGESP

Local: Transamérica Expo Center, São Paulo | Data: 5 a 7 de setembro de 2013

www.sbrh.org.br/eventos/

III Simpósio Pernambucano de Reprodução Humana

Local: Hospital Português, Recife Pernambuco | Data: 20 e 21 de setembro de 2013

sbrh@sbrh.org.br

1º Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Acre

Data: 20 e 21/09/2013

sbrh@sbrh.org.br

10ª Jornada de Ginecologia e Obstetrícia do Tocantins | 7ª Jornada Tocantinense de Reprodução Humana

Local: Auditório do CRM - Palmas(TO) | Data: 26 à 28 de Setembro de 2013

www.sogito.org.br

Outubro

69ª ASRM / IFFS Joint Meeting

Local: Boston Convention e Exhibition Center, Boston, MA, EUA / Data: 12-17 outubro de 2013

www.asrm.org/IFFS-ASRM2013/

Dezembro

VIII Congresso Paulista de Medicina Reprodutiva e Climatério - Sogesp

Local: Navio MSC Preziosa / Data: 6 a 9 de dezembro de 2013

www.sbrh.org.br/eventos/

Junho

ESHRE 2014 Munique

29º Congresso da Sociedade Européia de Reprodução Humana e Embriologia

Local: Feira de Munique/Alemanha | Data: 29 Junho de 2014 - 02 Julho de 2014

www.eshre.eu

Outubro

ASRM 2014 - 70th Annual Meeting of the ASRM

Local: Hawaii Convention Center, Honolulu, HI, USA | Data: 18 a 22 de outubro de 2014

www.asrm.org

Novembro

26º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana

Local: Centro de Eventos da PUCRS - Porto Alegre | Data: 6 a 8 de novembro de 2014

www.sbrh.org.br

www.plenariumcongressos.com.br

2013

2014



FERRING

O ELO ENTRE O SONHO E A REALIDADE.

Estamos juntos com você nesta caminhada rumo à fertilidade. Além da alta tecnologia em medicamentos para reprodução humana, buscamos trabalhar em parceria com as necessidades dos médicos, proporcionando educação médica continuada de qualidade.

Saiba mais: www.iffs-uit.com

reprodução
Humana

FERRING

FALE FERRING
0800 772 4656

Laboratórios Ferring - Brasil
Pça. São Marcos, 624 - 1º andar
05455-050 - São Paulo - Brasil
PABX - 55 11 3024.7500
sacbr@ferring.com

Cód. MENAN1201 - Ago/2012

Material de uso exclusivo à Classe Médica.

FERRING
PHARMACEUTICALS

Agende-se

para compartilhar ciência e experiências



26^o

CONGRESSO BRASILEIRO de Reprodução Humana

SBRH

Sociedade Brasileira
de Reprodução Humana

06 a 08 de Novembro de 2014
Centro de Eventos da PUCRS
Porto Alegre/RS - Brasil

Informações e inscrições:

sbrh@sbrh.org.br / 11 5055 2438

www.sbrh.org.br

www.plenariumcongressos.com.br

Organização:



plenarium
Organização de Congressos