

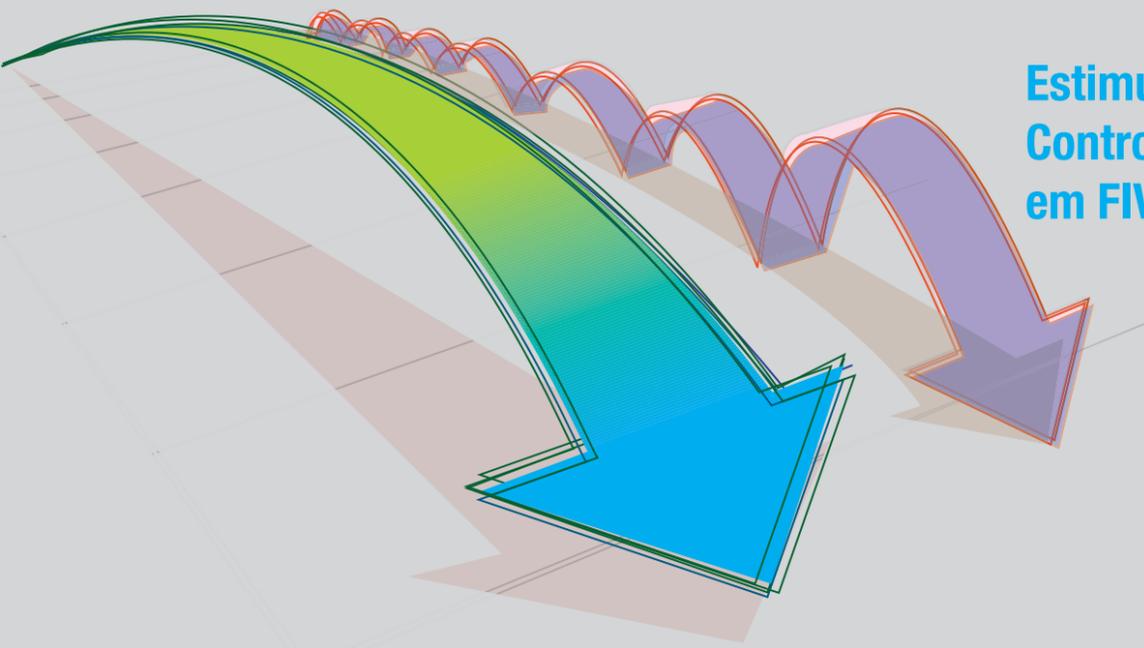
Sociedade Brasileira de Reprodução Humana

# Boletim SBRH

Ano 12 | Nº 4 | out/nov/dez 2013



# A terapia da FIV dá saltos



## Estimulação Ovariana Controlada (EOC) em FIV/ICSI<sup>a</sup>

### 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)<sup>1</sup>

### Complexidade Reduzida

- Uma única injeção de ELONVA substitui 7 injeções diárias de FSHr em protocolo com antagonista do GnRH<sup>1,2</sup>



<sup>a</sup>FIV = 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 síndrome de hiperestimulação ovariana (SHEO); um ciclo prévio de estimulação ovariana controlada (EOC) que resultou em mais de 30 folículos  $\geq 11$  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 à 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 uma 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 oócitos 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 oócitos, 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 histórico pessoal ou familiar, obesidade grave (índice de massa corporal  $> 30$  kg/m<sup>2</sup>) 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  $\leq 60$  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 oócitos (3 folículos  $\geq 17$  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 6º 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 de 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. Devroey P, Boostanfar B, Koper NP, et al: for the ENGAGE Investigators. A double-blind, non-inferiority RCT comparing coitrolfolin 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 112/12 01-2015-ELON-13-BR-1121-J WOMN-1066151-0000 IMPRESSO EM FEVEREIRO/2013



# SBRH

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana

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, Fernando Badalotti e Rafaella Petracco  
Projeto Gráfico, Diagramação e Coordenação: Fábrika de Propaganda  
Revisão e Edição: Fábrika de Notícias  
Tiragem: 4.000 exemplares

Créditos Fotográficos  
Capa: Foto Histórica - The egg cell | Lennart Nilsson, 1965

EDITORIAL



Este Boletim marca um ano desta gestão a frente da SBRH e traz também uma outra marca: o novo logotipo da nossa Sociedade! Na verdade, uma atualização do logotipo anterior, com objetivo de dar mais visibilidade à SBRH. E apresentamos também a “cara” do nosso novo site.

Nosso colega Gerson Lopes nos brinda com uma entrevista sobre Sexualidade na Adolescência e na seção Andrologia em Foco, Cláudio Telöken enfoca o papel da atividade física sobre a fertilidade masculina.

Neste número abordamos um assunto tão atual como controverso: papel das células *natural killer* em falha de implantação, em entrevista com Carolyn Coulam, autoridade internacional no assunto.

O delegado do Distrito Federal, David Barreira, comenta um artigo sobre cálculo de chance de gravidez em fertilização *in vitro*. O destaque da sessão Atualização fica a cargo de um resumo do novo *Guideline* sobre Manejo da Mulher com Endometriose, publicado pela Sociedade Européia de Reprodução. E apresentamos também os três trabalhos considerados TOP em Reprodução em 2013.

E lembrem-se que 2014 é o ano do 26º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, que ocorrerá de 6 a 8 de novembro em Porto Alegre. Agendem-se! A capital dos gaúchos os espera de braços abertos!

Mariangela Badalotti  
Presidente SBRH

## Sumário

- 04 | Sexualidade em Foco: Adolescência e Sexualidade
- 06 | Atualização: Novos Guidelines sobre Endometriose
- 10 | Andrologia em Foco: Claudio Teloken
- 12 | Entrevista: Carolyn Coulam
- 14 | Artigo Comentado: David Barreira
- 16 | Novo Logo SBRH

- 17 | Novidades no SBRH
- 18 | Educação continuada: Artigos TOP 2013
- 20 | 26º Congresso de Reprodução Humana
- 22 | AGENDA

## Adolescência e Sexualidade

A chegada da puberdade traz repentinas mudanças de ordem física e mental, que costumam se fazer acompanhar por uma ebulição de sentimentos, conflitos e desejos: o luto pela perda da infância, o ritual de entrada na idade adulta e a descoberta da sexualidade. Para abordar aspectos específicos da sexualidade na adolescência, o Boletim SBRH entrevistou Gerson Lopes, especialista em Sexologia:

**SBRH - A sexualidade é vista com naturalidade pelas adolescentes ou continua sendo tabu? E como os pais encaram esta questão?**

**Gerson Lopes** - O grande tabu ou mito que envolve a sexualidade dos jovens de hoje é aquele que liga sexualidade a sexo e este por sua vez está fortemente ligado à performance, desempenho. É o que muitos chamam de “mito do sexo científico”. A naturalidade da experiência sexual é prejudicada pela necessidade dos jovens a todo instante de se avaliar, pesar e medir como se fossem mercadorias. Se eu me amo, eu não deveria me avaliar. A exigência social da performance sexual acaba reduzindo a sexualidade em sexo, que por sua vez se transforma em um jogo competitivo com regras e juízes. É bom deixar claro que sexualidade transcende sobremaneira o sexo, envolvendo necessariamente afeto, emoção, comunicação e prazer. Por outro lado, os pais ainda se mostram despreparados para lidarem com a sexualidade de seus filhos. Todos desejam ser pais e mães modernos, mas ninguém sabe exatamente o que isso significa na prática do dia a dia. Diria que a maioria dos pais se perde na transição entre o ontem e o hoje, entre o que tiveram como educação e o que propõem, entre o dizer “não” a todo o momento e o não saber dizer “não”.

**SBRH - As jovens se preocupam com a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis?**

**Gerson Lopes** - É interessante relatar que jovens que têm

Ginecologista e Sexólogo. Presidente da comissão nacional especializada em sexologia da Febrasgo. Membro titular da Academia Internacional de Sexologia médica.



cuidados com prevenção são aquelas que estão bem com sua sexualidade. Em geral, jovens que têm problemas na sexualidade tendem a não cuidar da prevenção. Dois grandes problemas na prevenção dizem respeito ao uso de álcool e à mídia, principalmente televisiva (todo mundo transa e ninguém pega doença, esta é a mensagem). A presença do pensamento mágico entre adolescentes: “comigo não acontece”, é responsável pela resistência à prevenção, e é reforçada quando o jovem faz uso do álcool ou vê televisão frequentemente.

**O ginecologista moderno, além de profissional da saúde, tem que ser um educador e, como tal, ele tem responsabilidade sobre o crescimento da adolescente**

**SBRH - O que se poderia considerar direitos sexuais das adolescentes?**

**Gerson Lopes** - Direito à liberdade, ao conhecimento, à prevenção.

**SBRH - O uso de álcool e drogas parece estar aumentando entre as adolescentes.**

**Isto repercute sobre a vivência da sexualidade? Qual é o papel do ginecologista nesta situação?**

**Gerson Lopes** - Enquanto a sexualidade proporciona a possibilidade do crescimento individual e interpessoal, o álcool e a droga fazem o movimento contrário, pois no final afastam a pessoa de si mesmo e dos outros. Além de não cuidar da prevenção, problemas sexuais são mais frequentes entre os usuários. O ginecologista moderno, além de profissional da saúde, tem que ser um educador e, como tal, ele tem responsabilidade sobre o crescimento da adolescente, lógico, ▶

menor que a dos pais, que são os verdadeiros e genuínos educadores.

**SBRH - Que perguntas não podem faltar na anamnese da adolescente?**

**Gerson Lopes** - Aquelas relacionadas à sexualidade: presença ou não de dúvidas, medos e angústias relacionadas ao tema, presença ou não de masturbação e vida sexual, prevenção. E fundamental, mais do que vê-la é observá-la, mais do que ouvi-la é escutá-la. Pois, ver e ouvir são aspectos físicos da comunicação, ao passo que observar e escutar envolvem aspectos psicológicos. Garantir confidencialidade é também fundamental, neste aspecto.

**SBRH - Como as adolescentes lidam com a homossexualidade?**

**Gerson Lopes** - Com dificuldades, naturalmente menores que as adolescentes de ontem, onde a carga de homofobia era bem mais intensa. Ainda há muito medo de ser homossexual entre algumas jovens, ao passo que outras não só experimentam como também visivelmente expressam. Pois, estão bem com sua orientação sexual ou usam desse artifício para agredir os pais, geralmente.

**SBRH - Quais são as dúvidas mais frequentes dos pais em relação às filhas?**

**Gerson Lopes** - Momento “ideal” de iniciação sexual, masturbação, prevenção, quando iniciar a conversa sobre sexo, livros indicados.



**SBRH - Quais são as dúvidas mais comuns da adolescente em relação à sexualidade?**

**Gerson Lopes** - Dizem respeito mais à preocupação de ter uma performance idealizada e cuidados na prevenção.

**SBRH - A internet, o “ficar” e o bullying, interferem no comportamento sexual da adolescente?**

**Gerson Lopes** - A internet, como qualquer mídia, pode ocupar o espaço de “educadores sexuais” de adolescentes, porque ele foi deixado vago pela família e a escola. A invenção é extraordinária todavia. Como usá-la é o complemento, e é indispensável. O “ficar” e o bullying sempre existiram na história, só que com outro nome ou sem merecer a importância que é dada na atualidade. O segundo, como qualquer forma de coerção e agressão, é ruim, podendo afetar negativamente a sexualidade, e um “ficar”, que incluía sexo sem estar preparado para ser vivenciado, pode também ser origem de problemas sexuais.



**SBRH - Que papel a mídia desempenha no mundo sexual da adolescente?**

**Gerson Lopes** - O sexo tem sido intensamente explorado pelos meios de comunicação, tanto com a finalidade de alcançar picos de audiência, como fazer *marketing* de produtos variados. Com essa motivação, a TV transformou-se na principal fonte de deseducação sexual para adolescentes, pois vincula o sexo com pouquíssimas referências à contracepção e DST, além de passar mensagens tipo: “adultos não planejam sexo”, “adultos não usam contraceptivos” e o público principal são os adolescentes. É preciso produzir mais programas educativos por profissionais capacitados. ■

**A European Society of Human Reproduction and Embriology publicou o novo Guideline sobre Manejo da Paciente com Endometriose e o Boletim SBRH traz os principais pontos para você.**

**Essa diretriz clínica fornece recomendações sobre a abordagem diagnóstica da endometriose, sobre o tratamento farmacológico e cirúrgico tanto para a dor quando para a infertilidade, discute a eficácia da reprodução assistida, sugere manejo para o diagnóstico ocasional e para a prevenção primária, e faz considerações sobre associação da endometriose com doença maligna. Neste número, o Boletim SBRH traz as principais recomendações sobre diagnóstico e tratamento da dor na endometriose. No próximo número traremos as recomendações em relação à infertilidade, menopausa, prevenção e doenças malignas.**

| Grau de Recomendação | Suporte da Evidência  |
|----------------------|---|
| A                    | Meta-análise, revisão sistemática ou vários ensaios clínicos randomizados (alta qualidade)          |
| B                    | Estudos único RCT, grande estudo não randomizado, de caso-controle ou coorte (alta qualidade)       |
| C                    | Estudos C único RCT, grande estudo não randomizado, de caso-controle ou coorte (qualidade moderada) |
| D                    | Estudos D não-analíticos, relatórios de casos ou série de casos (qualidade alta ou moderada)        |
| GPP                  | Opinião de especialista   |

## 1. DIAGNÓSTICO

### 1.1 Sinais e Sintomas

O diagnóstico de endometriose deve ser considerado na presença de dismenorria, dor pélvica não cíclica, dispareunia profunda, infertilidade, fadiga associada a quaisquer dos sintomas acima, e sintomas cíclicos não ginecológicos (disquesia, disúria, hematúria, sangramento retal e dor nos ombros). (GPP)

### 1.2 Exame Ginecológico

Deve ser realizado em todas as mulheres com suspeita de endometriose. Nos casos em que o exame vaginal possa ser inadequado – adolescente, mulher sem atividade sexual – o toque retal pode ser de auxílio para o diagnóstico. (GPP)

Deve ser considerado o diagnóstico de endometriose profunda em mulheres com endurecimento doloroso no septo retovaginal ou com nódulos visíveis no fórnix vaginal posterior. (Grau C)

O diagnóstico de endometrioma deve ser considerado quando tem massas palpáveis ao exame físico. (Grau C)

Deve ser considerado o diagnóstico de endometriose mesmo com exame físico normal. (Grau C)

## 1.3 Exames Complementares

### 1.3.1 Laparoscopia

É recomendado que seja realizada laparoscopia para o diagnóstico, ainda que as evidências que uma laparoscopia sem histologia prove a presença de endometriose sejam fracas. (GPP)

É recomendado que uma laparoscopia positiva seja confirmada pela histologia, ainda que uma histologia negativa não exclua o diagnóstico. (GPP)

É recomendado que seja obtido tecido para histologia em casos de endometrioma e endometriose profunda para excluir doenças malignas raras. (GPP)

### 1.3.2 Ultrassom transvaginal (USTV) para diagnóstico de endometriose retal

É útil para identificar ou descartar a doença. (Grau A)

### 1.3.3 Ultrassom transvaginal (USTV) para diagnóstico de endometriose ovariana

O USTV é recomendado para o diagnóstico de endometrioma. (Grau A)

O diagnóstico de endometrioma na pré-menopausa deve ser baseado nas seguintes características ultrassonográficas: aspecto de vidro esmerilhado, 1 a 4 compartimentos e sem estruturas papilares com fluxo sanguíneo. (GPP)

### 1.3.4 Ultrassom transvaginal 3D para diagnóstico de endometriose retovaginal

Não tem utilidade estabelecida. (Grau D)

### 1.3.5 Ressonância magnética (RM) para diagnóstico de endometriose peritoneal

Não tem utilidade estabelecida. (Grau D)

### 1.3.6 Biomarcadores - Ca 125 e marcadores imunológicos

Não é recomendado o uso de biomarcadores – incluindo Ca 125 – no sangue, urina, tecido endometrial, fluido menstrual ou uterino para o diagnóstico de endometriose. (Grau A)

### 1.3.7 Enema baritado, USTV, ultrassom retal e RM para estabelecer a extensão da endometriose profunda

O envolvimento do ureter, bexiga ou intestino deve ser avaliado por imagem se houver suspeita baseada na história ou exame físico, em preparação a manejo futuro. (GPP)

## 2. TRATAMENTO DA DOR ASSOCIADA À ENDOMETRIOSE

### 2.1 Tratamento empírico

É recomendável que as mulheres com sintomas presumivelmente devidos à endometriose sejam tratadas empiricamente com analgésicos - anticoncepcionais combinados orais ou progestágenos. (GPP)

### 2.2 Tratamento hormonal

É recomendada a prescrição de tratamento hormonal como opção para o tratamento da dor – contraceptivo hormonal (grau B), progestágenos (grau A), antiprogestágenos (grau A), agonistas do GnRH. (Grau A)

É recomendado que sejam consideradas a preferência da paciente, os efeitos colaterais, o custo e a disponibilidade para a escolha do tratamento (GPP).

#### 2.2.1 Contraceptivos hormonais

Pode ser considerada a prescrição de contraceptivos hormonais, uma vez que reduzem a dismenorria, a dispareunia e a dor não menstrual associada à endometriose. (Grau B)

Deve ser considerado o uso contínuo de contraceptivo hormonal combinado nos casos de dismenorria. (Grau C)

**2.2.2 Progestágenos e antiprogéstágenos**

É recomendado o uso de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona oral ou depot, dienogeste, acetato de ciproterona, acetato de noretisterona ou danazol) ou antiprogéstágenos (gestrinona) como uma das opções para reduzir a dor. (Grau A)

Pode ser considerada a prescrição de sistema intrauterino liberador de levonorgestrel como uma das opções para reduzir a dor. (Grau B)

É recomendado que sejam levados em consideração os diferentes efeitos colaterais dos progestágenos e dos antiprogéstágenos, especialmente os efeitos colaterais irreversíveis (como trombose e efeitos androgênicos). (GPP)

**2.2.3 Agonistas do GnRH**

É recomendado o uso de agonistas do GnRH (nafarelina, leuprolide, buserelina, goserelina ou triptorelina) como uma das opções para reduzir a dor, ainda que as evidências sejam limitadas em relação a dose e duração do tratamento. (Grau A)

**2.2.4 Inibidores da aromatase**

Em casos de dor por endometriose retovaginal refratária a outros medicamentos ou cirurgia deve ser considerada a prescrição de inibidores da aromatase combinados com contraceptivos orais, progestágenos ou análogos do GnRH. (Grau B)

**2.3 Analgésicos**

Deve ser considerado o uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) para reduzir a dor. (GPP)

**2.4 Cirurgia****2.4.1 Cirurgia para o tratamento da dor associada à endometriose**

Quando se identifica endometriose à laparoscopia, é recomendado tratamento cirúrgico, pois é efetivo para reduzir a dor – “veja e trate”. (Grau A)

**2.4.2 Ablação versus excisão de endometriose**

Pode ser considerado tanto ablação quanto excisão de endometriose peritoneal. (Grau C)

**2.4.3. Interrupção cirúrgica de nervos pélvicos**

Não deve ser realizada a ablação dos nervos uterossacrais. (Grau A)

A neurectomia pré-sacra é efetiva para reduzir a dor, mas requer alto grau de treinamento e é um procedimento potencialmente perigoso. (Grau A)

**2.4.4 Cirurgia para o tratamento da dor associada à endometrioma**

Deve ser realizada a cistectomia em vez de drenagem e cauterização da cápsula, pois diminui a dor. (Grau A)

Deve ser considerada a realização de cistectomia em vez de vaporização a laser devido à menor recorrência do endometrioma. (Grau B)

**2.4.5 Cirurgia para o tratamento da dor associada à endometriose profunda**

Deve ser considerada a remoção cirúrgica da endometriose profunda, pois reduz a dor e melhora a qualidade de vida. (Grau B)

As mulheres com suspeita ou diagnóstico de endometriose profunda devem ser encaminhadas a centro de expertise que ofereça todos os tratamentos disponíveis, em contexto multidisciplinar. (GPP)

**2.4.6 Histerectomia para dor associada à endometriose**

Deve ser considerada a histerectomia com remoção dos ovários e de todas as lesões visíveis de endometriose em mulheres que já tem prole completa quando ocorre falha de resposta aos tratamentos mais conservadores. Elas devem ser informadas que a histerectomia não necessariamente vai curar os sintomas. (GPP)

**2.4.7 Prevenção de aderências após cirurgia para endometriose**

Pode ser usado celulose regenerada oxidada durante a cirurgia laparoscópica, pois previne a formação de aderências. (Grau B)

Não é razoável o uso do icodextrina, porque não há benefício. (Grau B)

Outros agentes antiaderências – membrana de politetrafluoretileno, agentes de ácido hialurônico – são efetivos para prevenção de aderências em cirurgias pélvicas, ainda que não especificamente em mulheres com endometriose. (GPP)

**2.5 Terapia hormonal pré-operatória para tratamento da dor**

Não deve ser prescrito. (Grau A)

**2.6 Terapia hormonal pós-operatória para tratamento da dor**

É importante diferenciar claramente a terapia hormonal adjunta de curta duração (< 6 meses) da de longa duração (> 6 meses); o objetivo da última é prevenção secundária. (GPP)

**2.6.1 Terapia hormonal pós-operatória de curta duração**

Não deve ser prescrita, pois não melhora o resultado da cirurgia. (Grau A)

**2.6.2 Terapia hormonal pós-operatória para prevenção secundária**

Tem espaço para a prevenção da recorrência da doença e de dor em mulheres tratadas cirurgicamente para endometriose. A escolha depende da preferência da paciente, do custo, da disponibilidade e dos efeitos colaterais. (GPP)

Após a cistectomia por endometrioma, em mulheres que não querem engravidar, é recomendada a prescrição de contraceptivos para prevenção secundária de endometriomas. (Grau A)

Em mulheres operadas por endometriose, é recomendado a prescrição pós-operatória de sistema liberador intrauterino de levonorgestrel ou contraceptivo hormonal combinado por ao menos 18-24 meses, como uma das opções para prevenção de dismenorréia, mas não para dispareunia ou dor não menstrual. (Grau A)

**2.7 Tratamento da dor associada à endometriose extragenital**

Deve ser considerada a remoção cirúrgica de endometriose extragenital sintomática para alívio dos sintomas. (Grau D)

Quando o tratamento cirúrgico é difícil ou impossível, deve ser considerado o tratamento medicamentoso para alívio dos sintomas. (Grau D)

**2.8 Estratégias alternativas para tratamento da dor associada à endometriose**

Não é recomendado o uso de suplementos nutricionais e tratamentos complementares ou alternativas para alívio da dor associada à endometriose, pois os potenciais benefícios e/ou riscos não são claros. Entretanto, algumas mulheres que buscam tratamentos complementares ou alternativos podem ter benefício. (GPP)

# Atividade física de longa duração e a fertilidade masculina

Doutor em Urologia. Pós-Graduado em Reprodução Humana/Infertilidade. Professor Associado e Livre-Docente da UFCSPA. Chefe do Ambulatório de Andrologia e Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMPA.



## Introdução

Na atualidade o homem tem sido exposto a uma mídia agressiva e que subliminarmente vincula a ideia do “ másculo e belo” a ser conquistado através de exagerado e contumaz exercício físico. Destarte a prática desportiva sem orientação tem vitimado, particularmente, adolescentes e jovens que narcisisticamente almejam igualar-se ao apelo midiático, aderem a pesadas e inadequadas práticas de esporte, incompatíveis com a faixa etária. Como consequência, não só existe a possibilidade de sequelas osteoarticulares bem como repercussão na área genitourinária, particularmente na integridade reprodutiva masculina.

O principal objetivo em abordar o tema é suscitar a discussão novamente, pois, sempre que um evento local, nacional e mesmo internacional envolve exercícios físicos

(Olimpíadas, Jogos de Inverno, etc), a área andro-urológica é questionada sobre eventuais efeitos deletérios destas práticas sobre a paternidade.

## Evidências

Há comprovação na literatura que exercícios, de grande impacto e longa duração, podem desencadear alterações subclínicas nos níveis hormonais alterando a saúde reprodutiva masculina, iniciando com alterações nos níveis séricos de testosterona, LH e modificações funcionais pituitárias.

O exercício de curta duração, normalmente, aumenta a testosterona no sangue, mas o prolongado e repetitivo a diminui. Este aumento não é mediado pelo LH.

A diminuição androgênica sérica é atribuída à disfunção neuroendócrina, acompanhada de aumento do cortisol, disfunção testicular primária ou mesmo acúmulo de metabólitos residuais.

Em suma, o exercício físico contumaz de longa duração pode determinar oligospermia, redução do número total de espermatozoides móveis, aumento das formas anômalas ou mesmo parada de maturação. Há indícios, também, da associação do estresse oxidativo pós “endurance”.

É exatamente o que ocorre com o ejaculado de maratonistas cujo ejaculado demonstra alterações não específicas, mas podendo diminuir a fertilidade masculina.

Os mesmos achados supra descritos foram observados nos

praticantes de ciclismo mais do que 5 horas por semana. Outra clássica referência é do ciclista percorrendo cerca de 300 quilômetros por semana. Inquestionavelmente, exhibe significativa diminuição da fertilidade consecutiva ao aumento das formas anormais espermáticas. Da mesma maneira, a forma dos espermatozoides de triatletas era mais comprometida do que a de praticantes de pólo aquático.

Escassos são os dados na literatura moderna, demonstrando taxativamente os efeitos deletérios do exercício sobre a ►



reprodução masculina. É tácito, entretanto, que homens não obesos e exercitando-se regularmente são menos candidatos à infertilidade. O exercício físico regular e que acompanha adequadamente a faixa etária promove saúde, bem-estar, diminui angústia, induz o sono restaurador, diminui o adrenergismo. Entretanto, há suficiente evidência de que o abandono do exercício de alto impacto e “crônico” promove melhora na espermatogênese, facilitando a gravidez.

Há controvérsia e carência de dados específicos sobre os limites a partir dos quais iniciam as alterações físicas que repercutirão na obtenção de espermatozoides saudáveis o suficiente para o sucesso na obtenção da gravidez espontânea. As variações no ser humano são tamanhas que o impacto em alguns é ínfimo e, em outros, altamente comprometedor.

O comprometimento da fertilidade masculina relaciona-se com a intensidade do exercício (de moderado a alto), o período de tempo em que a pessoa é praticante, a faixa etária e a suscetibilidade deste indivíduo. Além do mais, exacerba-se o quadro quando há disputa competitiva com exaustão e com estresse. Já o exercício recreacional não é nocivo.

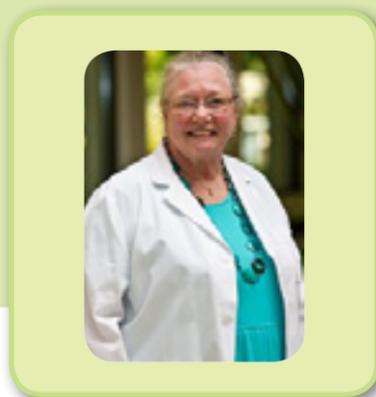
Na maioria das circunstâncias, os danos produzidos pelo exercício contumaz de alta intensidade são reversíveis. O exercício moderado é saudável e conveniente para o ser humano. Mas convém lembrar que, quanto maior a intensidade da prática desportiva, quanto mais jovem tenha iniciado e mantido por longos anos, mais difícil o sucesso na gravidez espontânea.

## Referências

1. Arce JC, De Souza MJ, Pescatello P, Luciano AA. Subclinical alterations in hormone and semen profile in athletes. *Fertility and Sterility* 59: 398–404, 1993
2. Bagatell CJ, Bremner WJ. Sperm counts and reproductive hormones in male marathoners and lean controls. *Fertility and Sterility* 53: 688–692, 1990
3. MacConnie SE, Barkan A, Lampman RM, Schork MA, Beitins IZ. Decreased hypothalamic gonadotropin-releasing hormone secretion in male marathon runners. *New England Journal of Medicine*
4. Arce, J C ., Souza, M Exercise and Male Factor Infertility March 1993, Volume 15, Issue 3, pp 146-169 Sports Medicine Springer International Publishing
5. Lanfranco F., Minetto MA - The Male Reproductive System, Exercise, and Training: Endocrine Adaptations. 2013, pp 121-132 *Endocrinology of Physical Activity and Sport. Contemporary Endocrinology*
6. Barazani, Y at all. - Lifestyle, Environment, and Male Reproductive Health. *Urol Clin N Am* 41 (2014) 55–66
7. Wise, L A. at all . - Physical activity and semen quality among men attending an infertility clinic . *Fertility and Sterility* Volume 95, Issue 3, 1 March 2011, Pages 1025–1030



## Imunologia e Reprodução



A relação entre células *natural killer* e falha reprodutiva é uma das áreas mais controversas da medicina reprodutiva. A investigação da expressão destas células em falha de implantação em fertilização *in vitro* mostra resultados conflitantes. Ao passo que alguns autores defendem testes diagnósticos e tratamentos baseados nestes resultados, outros se manifestam categoricamente contrários a qualquer investigação e terapêutica neste sentido.

Nesta entrevista exclusiva para o Boletim SBRH, apresentamos o ponto de vista da Carolyn Coulam em relação a este tema.

Carolyn, ginecologista e obstetra por formação, especializada em endocrinologia reprodutiva, é uma proeminente pesquisadora no campo da imunologia. Atuou como chefe do Departamento de Endocrinologia Reprodutiva da *Mayo Medical School*, do Departamento de Biologia Reprodutiva da Universidade de Pittsburgh e como Diretora do Centro de Reprodução e Transplantes de Indianápolis. Tem mais de 200 publicações em periódicos *peer reviewed* com foco em imunologia da reprodução e foi Editora Chefe do *American Journal of Reproductive Immunology*. Ex-Presidente da *American Society for Reproductive Immunology*, atualmente é Diretora Médica do *Sher Institute for Reproductive Medicine* em Chicago.

SBRH - Como a resposta (auto) imune poderia justificar a falha de implantação em casais submetidos a fertilização *in vitro* (FIV)?

Carolyn Coulam: O mecanismo de resposta auto imune é complexo e exige o funcionamento de uma cascata de fatores. Nos mamíferos (incluindo humanos) para que a reprodução ocorra com sucesso, a mãe deve adaptar o seu sistema imune para não rejeitar os antígenos específicos produzidos pelo embrião. A adaptação envolve uma perfeita comunicação do embrião com o sistema imune da mãe.

SBRH - Como se avalia a resposta autoimune celular?

Carolyn Coulam: A resposta auto imune pode ser avaliada com a realização dos seguintes auto anticorpos: antifosfolípido, fator anti nuclear, anti tireóide e anticoagulante lúpico.

SBRH - Existe indicação para avaliação aloimune em falha de implantação?

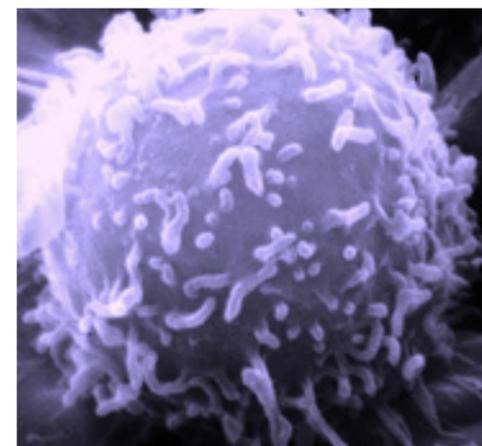
Carolyn Coulam: Nós avaliamos fatores de risco aloimune pesquisando o imunofenótipo reprodutivo de cada casal e utilizando kit para verificar ativação das células NK.

SBRH - Qual é o papel das células *natural killer* no processo de implantação embrionária?

Carolyn Coulam: *Natural killers* são um tipo específico de linfócito, que produzem citocinas, várias formas de proteínas. Algumas citocinas são “boas” e algumas são “más” no que diz respeito à gravidez. As “más” citocinas são chamadas TH1 e podem estimular a formação de trombos na placenta ou na área de implantação do embrião, e levando à abortamento ou impedindo a implantação.

SBRH - Quais são as semelhanças e diferenças entre as células *natural killer* (NK) periféricas e as endometriais?

Carolyn Coulam: As células *natural killer* uterinas são células que habitam o útero após terem percorrido a circulação sanguínea em resposta a produção hormonal (especificamente progesterona). Quando presentes no útero, as células *natural killer* alteram seu fenótipo, deixam de ser largamente CD56+16+ (presente na circulação periférica) e passam a ser CD56+16-, específicas do útero. Desta forma, elas nada mais são do que as mesmas células, localizadas em local diferente e com diferente fenótipo.



SBRH - Quando indicar avaliação de células NK e qual mensurar?

Carolyn Coulam: Existem diversas definições de falhas de implantação e nenhum consenso de quando é o momento ideal de iniciar a investigação. Quando indicar é uma pergunta que deve ser respondida de forma individualizada para cada casal em cima de um específico contexto.

Podemos mensurar ambas, com o mesmo resultado visando planejamento terapêutico. O problema com a avaliação das células NK endometriais é que requer uma biopsia endometrial e não poderá ser usada para monitorar as células NK durante a gestação. Apenas as células NK de sangue periférico poderão ser úteis

para este monitoramento e consequente indicação de reforço de medicação.

SBRH - Qual é o papel do corticóide, da transferência de linfócitos, da imunoglobulina e da infusão de intralipídios no tratamento?

Carolyn Coulam: Cada tratamento tem uma indicação específica e novamente deverá ser individualizado para cada casal. Os corticosteróides diminuem a produção de anticorpos de células B. A imunoglobulina atua destruindo tanto os auto anticorpos quanto as células NK. Os intralipídios diminuem a citotoxicidade (“matam”) das células NK, mas não tem efeito sobre os autoanticorpos. Desta forma, sempre que tivermos alteração em anticorpos antifosfolípido, fator anti nuclear, anti tireóide e anticoagulante lúpico, devemos utilizar tratamento com imunoglobulina e não somente intralipídios. Se a alteração for somente na quantificação de células NK, podemos tratar com a mesma eficácia utilizando intralipídios que tem um custo mais reduzido.

Imunização com linfócitos não é aprovado pelo FDA, então não pode ser utilizado nos EUA. ■



Individualized decision-making in IVF: calculation the chances of pregnancy

L.L. van Loendersloot<sup>1</sup>, M. van Wely<sup>1</sup>, S. Repping<sup>1</sup>, P.M.M. Bossuy<sup>2</sup> & F. van der Veen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centre for Reproductive Medicine, Department of Obstetrics and Gynaecology, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; <sup>2</sup>Department of Clinical Epidemiology, Biostatistics and Bioinformatics, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands.

Human Reproduction, Vol. 28, nº 11, 2972-2980, 2013

### Decisão individualizada em FIV: cálculo das chances de gravidez

A fertilização *in vitro* (FIV) é o último recurso para todos os casais inférteis, independentemente da causa de infertilidade. Porém, diferentemente da visão dos pacientes, não garante o sucesso, pois quase 50% dos casais que começam a FIV permanecerão sem filhos, mesmo que sejam submetidos a vários ciclos. Diante desse sucesso limitado, parece lógico oferecê-la apenas aos casais com chances razoáveis de sucesso e interrompermos o tratamento quando as chances são muito baixas.

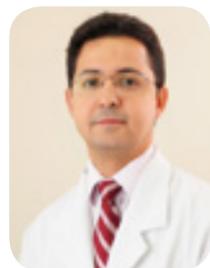
Vários pesquisadores desenvolveram modelos para melhorar o aconselhamento, a seleção dos pacientes e a tomada de decisão na clínica de fertilização *in vitro*.

Neste sentido, este grupo de pesquisadores holandeses começou a desenvolver um modelo que calcula as chances de gravidez antes do início do primeiro ciclo de FIV, bem como após falha de um ou mais ciclos; e ainda em ciclos frescos ou congelados. O modelo foi baseado em dados empíricos coletados de forma sistemática em pacientes submetidos a FIV consecutivamente. É um modelo probabilístico com interesse em dados sobre gestação em curso, apesar da informação mais importante ser sobre nascido vivo, mas os autores justificam que apenas 1-2% daquelas cursarão com aborto tardio ou natimorto. Outra limitação é ser um trabalho de apenas um centro especializado.

Vários pesquisadores desenvolveram modelos para melhorar o aconselhamento, a seleção dos pacientes e a tomada de decisão na clínica de fertilização *in vitro*.

O modelo original proposto foi reformulado, identificando como preditores positivos: gravidez prévia em curso, infertilidade masculina, formação de mais de 10 embriões e presença de mórula no D3. Em contraste, os negativos: duração de infertilidade maior que 5 anos, diminuição da reserva ovariana, endometriose, FSH basal acima de 10mUI/mL, falha em ciclos prévios de FIV e presença de menos de oito células no embrião de D3.

Com o aumento das indicações de FIV, os autores ainda ressaltam a importância desta informação, pois a chance de gravidez para casais que não apresentam a indicação primária de FIV por fator tubário, em que os casais dependem exclusivamente desta técnica para ter filhos, pode ser menor que a natural, apesar de não haver trabalhos randomizados que comprovem essa hipótese. E como a FIV é um tratamento estressante, emocional e fisicamente, além de não ser isento de risco a informação individualizada sobre a chance de sucesso para o casal é mais do que mera curiosidade. Além disso, é uma técnica ainda de custo elevado e essa informação permite uma decisão racionalmente mais acertada tanto do ponto de vista de política pública – que ainda não é realizada em nosso país – como para o casal que irá se submeter a essa técnica para ter um filho. É bem possível que outros modelos sejam desenvolvidos ou mesmo esse aperfeiçoado, mas é indiscutível sua importância, visto que a individualização é uma prioridade.



- Mestre em Ginecologia pela UNESP – Botucatu
- Assistente do GENESIS – Centro de Assistência em Reprodução Humana, em Brasília

## 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](http://www.iffs-uit.com)



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.

# SBRH

## Sociedade Brasileira de Reprodução Humana



Acompanhando as atualizações constantes da ciência reprodutiva, a marca da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana foi totalmente reformulada. Através do mapa do Brasil inserido no mundo, a nova criação reflete a busca pela evolução e representa o útero que gera a vida.

*“O desafio proposto pelo cliente foi de criar uma nova identidade para SBRH com o objetivo de torná-la atual, sólida e valiosa, e, assim, mais reconhecida no seu meio.”* - Silvana Beduschi, publicitária da Comunic Eventos e Comunicação, responsável pela criação da nova marca.

Assim, o logo sofreu uma repaginação, conferindo modernidade nos traços de design, sem perder a conexão, o sentido e a identidade da marca anterior.

# NOVIDADES na SBRH



Assim como a marca, o site da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana foi reformulado. Com uma linha gráfica mais moderna e limpa, o novo site traz novidades de programação que conferem mais agilidade na navegação. Os usuários podem gerar e imprimir a segunda via do boleto e ter acesso às informações científicas. Além disso, continuam disponíveis as notícias e informações relacionadas aos eventos promovidos e apoiados pela Sociedade, bem como as publicações em versão digital.



Novo site SBRH  
[www.sbrh.org.br](http://www.sbrh.org.br)



## Um livro para cabeceira do seu consultório

A atualização constante dos associados é uma preocupação da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. A partir disso, a SBRH lançou em 2013 o livro Ginecologia Hormonal, que conta com três grandes temas - anticoncepção, climatério e indução de ovulação. Temas que exigem conhecimento atualizado, acompanhando a evolução científica.

A publicação será distribuída gratuitamente, a partir de janeiro de 2014, para os associados que quitarem a anuidade de 2014. Assim, a SBRH se mantém proativa no desenvolvimento de seus associados.

## ARTIGOS TOP 2013

Foram selecionados pelo *Medscape* quatro artigos de 2013, sobre Saúde da Mulher, que podem modificar o dia a dia do atendimento. Três são da área da Reprodução Humana e têm seus resumos apresentados abaixo:

Anticoncepcional na Prevenção do Câncer de Ovário

*Oral Contraceptive Pills as Primary Prevention for Ovarian Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis*

Havrilesky LJ, Moorman PG, Lowery WJ, et al.

*Obstet Gynecol.* 2013;122:139-147

O câncer de ovário é a quinta causa de morte por câncer entre as mulheres. Geralmente diagnosticado em estágio avançado, quando os tratamentos não são mais eficazes, tem alta mortalidade associada. Não há ferramentas efetivas de rastreio para diagnóstico precoce. Portanto, deve-se valorizar situações que reduzam sua incidência. Esta revisão avaliou a evidência disponível sobre uso de contraceptivo oral (CO) e subsequente risco de câncer de ovário.

Cinquenta e cinco estudos caso/controle e de coorte foram incluídos na análise. Foi avaliado o uso de CO, a duração do uso, a idade no início do uso, o tempo desde a última utilização e o efeito de diferentes formulações.

Os resultados mostraram redução do risco de câncer de ovário com o uso de CO: *odds ratio*, 0,73 (95% intervalo de confiança [IC], 0,66-0,81). Para evitar um caso de câncer de ovário, seria necessário tratar 185 mulheres com CO (NNT = 185).

A redução do risco aumenta proporcionalmente ao tempo do uso. Com mais de 10 anos de CO, pode-se esperar uma redução superior a 50% no risco de diagnóstico de câncer de ovário. O efeito protetor foi observado já a partir de um ano de uso.

O efeito protetor diminui a partir da suspensão do uso e não é mais significativo após 20 anos de pausa. Os autores não encontraram diferença entre as várias doses de estrogênio ou progestágenos. O uso de CO também foi associado à redução da mortalidade por câncer de ovário.



Fertilização in Vitro e Risco de Câncer

*In Vitro Fertilization and Risk of Breast and Gynecologic Cancers: A Retrospective Cohort Study Within the Israeli Maccabi Healthcare Services*

Brinton LA, Trabert B, Shalev V, Lunenfeld E, Sella T, Chodick G.

*Fertil Steril.* 2013;99:1189-1196

Este estudo retrospectivo, de coorte, avaliou mais de 87.000 mulheres com problemas de fertilidade, identificadas a partir do banco de dados de um plano de saúde. Os casos de câncer foram identificados a partir de um registro de câncer, e os dois bancos de dados estavam ligados.

Entre toda a coorte infértil, 77,4% recebeu tratamento de fertilidade. A média de idade das mulheres no início do estudo foi de 31,1 anos, o tempo médio de acompanhamento foi de 8,1 anos. Durante o período de acompanhamento, foram identificados 522 casos de câncer de mama, 41 de câncer de endométrio, 45 de câncer de ovário e 32 de câncer cervical invasivo.

Na comparação entre mulheres inférteis que receberam tratamento para infertilidade e mulheres inférteis que não foram tratadas não foi identificado aumento de risco para câncer de mama (*hazard ratio* [HR], 0,87, 95% IC, 0,71-1,06), nem para câncer de ovário (HR 0,9, IC 95% , 0,45-1,79) ou para câncer endometrial (HR, 1,25, 95% IC, 0,55-2,84). O risco para câncer de colo do útero foi menor entre as mulheres que receberam tratamento para infertilidade. Houve uma tendência de maior risco de câncer de ovário entre as mulheres submetidas 1-3 ciclos de fertilização *in vitro* (HR, 1,94, 95% CI, 0,73-5,12).

Quantos Embriões Transferir?

*Criteria for Number of Embryos to Transfer: A Committee Opinion*

*Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine; Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology.* *Fertil Steril.* 2013;99:44-46

O resultado ideal de um tratamento para infertilidade é o nascimento de um bebê saudável a termo. Uma gravidez única tem maior chance de atingir este objetivo. O escopo desta publicação é evitar gestação múltipla, que está associada a um aumento de riscos, considerando que redução fetal não é uma opção viável para "gerenciar" o problema das gestações múltiplas.

O Comitê aponta que em pacientes com bom prognóstico (primeiro ciclo de fertilização *in vitro*, embriões de alta qualidade, embriões excedentes para criopreservação) deve-se transferir menos embriões: naquelas com menos de 35 anos, deve-se transferir um ou no máximo dois embriões; entre 35 e 37 anos, não transferir mais do que dois embriões, e entre 38-40 anos não mais que três embriões, clivados ou blastocistos. Nas pacientes com pior prognóstico, pode ser oferecido um embrião adicional para transferência.

Em mulheres com idade entre 41 ou 42 anos, deve ser transferido um máximo de 5 embriões em estágio de clivagem ou três embriões em estágio de blastocisto.

Em ciclos de ovulação, deve ser considerada a idade da doadora.

Não há informações suficientes para fazer recomendações para as mulheres com idade de 42 anos ou mais.



DAVID KEEFE

Coordenador do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina e do Centro de Fertilidade da Universidade de Nova York. Antes da residência em Ginecologia, Obstetrícia e Medicina Reprodutiva, o Dr. Keefe fez residência em Neuroendocrinologia e Psiquiatria. Sua atividade de pesquisa prioriza a infertilidade feminina, o envelhecimento reprodutivo e as células-tronco e lhe rendeu várias premiações e patentes. Ex-coordenador do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Brown University e da Universidade do Sul da Flórida, este premiado professor e pesquisador tem mais de 150 artigos publicados, é membro do corpo editorial da Human Reproduction e do Journal of Assisted Reproductive Technology and Genetics, e revisor do American Journal of Obstetrics & Gynecology e do New England Journal of Medicine. Sua prática clínica centra-se no diagnóstico e tratamento da infertilidade, incluindo fertilização in vitro. O Dr. Keefe é fluente em português.



Nesta e nas próximas edições, a SBRH apresenta os convidados do 26º Congresso de Reprodução Humana.



GIAN CARLO DI RENZO

Professor de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina Perinatal. Chefe do Centro de Perinatologia e Reprodução, e Diretor da Clínica Obstétrica e Ginecológica da Universidade de Perugia. Membro do Comitê de Bioética desta Universidade. Suas áreas de interesse são o diagnóstico pré-natal, a perinatologia e a endocrinologia ginecológica. Ele é o investigador principal de vários Projetos de Pesquisa da União Européia, diretor da Escola Européia de Medicina Perinatal e secretário do Executive Board da FIGO. Sua produção científica inclui mais de 1100 publicações – 300 das quais em revistas internacionais de referência – e 70 livros. É o editor-chefe do Journal of Maternal, Fetal and Neonatal Medicine, editor associado do American Journal of Obstetrics and Gynecology e do Journal of Obstetrics and Gynaecology, e ex-editor do Journal of Perinatal Medicine, além de fazer parte do Conselho Editorial de muitas outras revistas internacionais. Foi conferencista em mais de 600 congressos nacionais e internacionais, reuniões e cursos e organizador de vários congressos internacionais. O Dr. Di Renzo é também poeta e fluente Inglês, espanhol e francês.



PHILIPPE DESCAMPS

Coordenador do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de Angers, França. Chefe da Divisão Materno-Infantil do Hospital Universitário de Angers. O Dr. Descamps tem focado sua pesquisa em endometriose, hemorragia puerperal e cirurgia ginecológica, e tem mais de 200 publicações em revistas internacionais. É Diretor de Comunicação do Colégio Nacional de Ginecologistas e Obstetras Franceses (CVGOF) e Vice-Presidente da Sociedade de Cirurgia Pélvica Ginecológica. Ele é também o responsável pelo ensino de Obstetrícia e Ginecologia no Sudeste Asiático pela CNGOF e editor chefe do Brèves do CNGOF e da Lettre du Gynécologue.



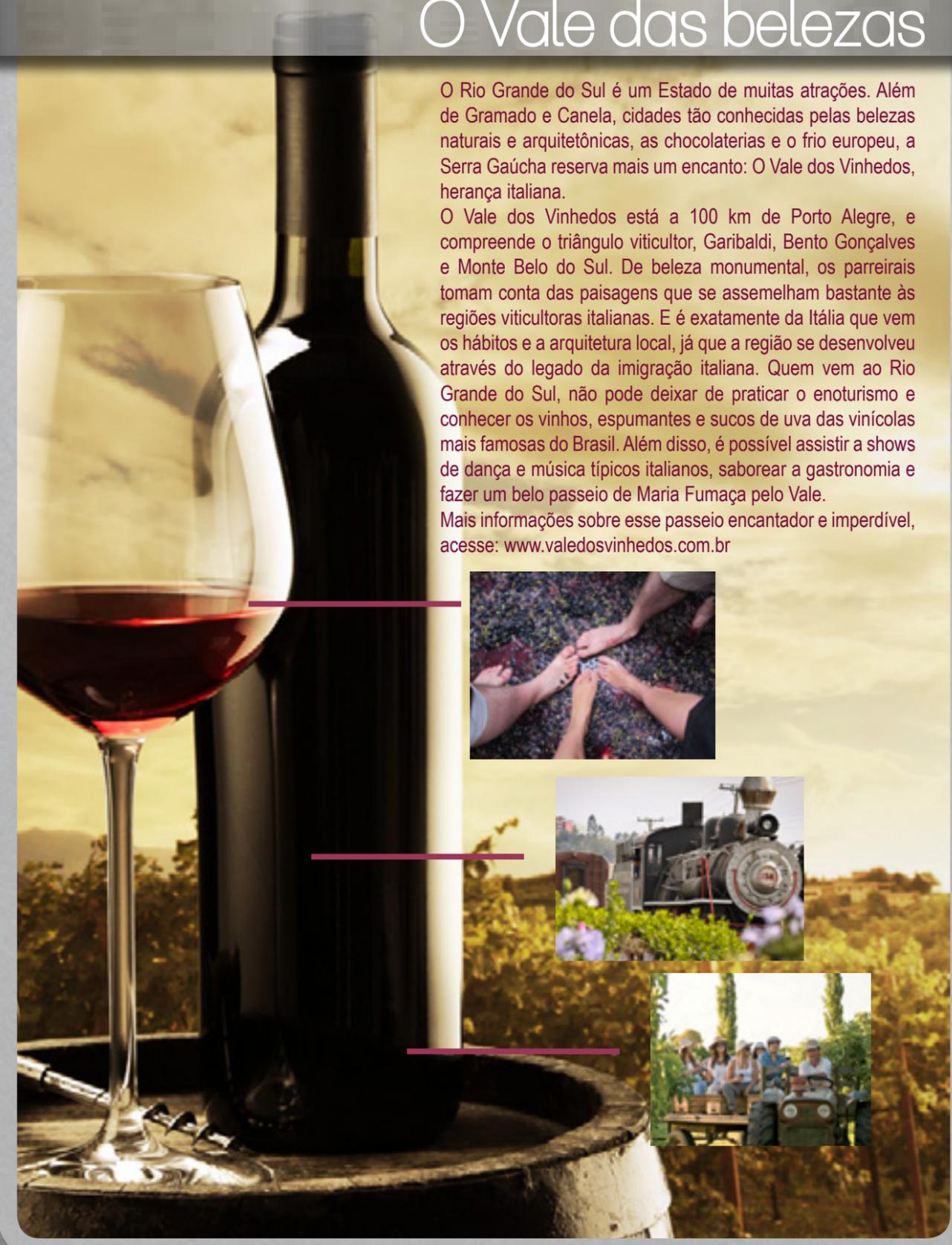
O 26º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, que se realizará em novembro, na cidade de Porto Alegre, é uma ótima oportunidade para conhecer o Rio Grande do Sul. O Boletim SBRH sugere alguns destinos turísticos aos congressistas, começando pelo Vale dos Vinhedos.

## O Vale das belezas

O Rio Grande do Sul é um Estado de muitas atrações. Além de Gramado e Canela, cidades tão conhecidas pelas belezas naturais e arquitetônicas, as chocolaterias e o frio europeu, a Serra Gaúcha reserva mais um encanto: O Vale dos Vinhedos, herança italiana.

O Vale dos Vinhedos está a 100 km de Porto Alegre, e compreende o triângulo vitícola, Garibaldi, Bento Gonçalves e Monte Belo do Sul. De beleza monumental, os parreirais tomam conta das paisagens que se assemelham bastante às regiões vitícolas italianas. E é exatamente da Itália que vem os hábitos e a arquitetura local, já que a região se desenvolveu através do legado da imigração italiana. Quem vem ao Rio Grande do Sul, não pode deixar de praticar o enoturismo e conhecer os vinhos, espumantes e sucos de uva das vinícolas mais famosas do Brasil. Além disso, é possível assistir a shows de dança e música típicos italianos, saborear a gastronomia e fazer um belo passeio de Maria Fumaça pelo Vale.

Mais informações sobre esse passeio encantador e imperdível, acesse: [www.valedosvinhedos.com.br](http://www.valedosvinhedos.com.br)



# 2014

## Abril

IV Congresso Norte-Nordeste de Ginecologia Endócrina  
Local: Fiesta Bahia Hotel - Salvador/BA  
Data: 04 e 05 de abril de 2014  
[www.sobrage.org.br](http://www.sobrage.org.br)

13ª Jornada de Reprodução Humana  
Local: Hotel San Marino – Goiania/GO  
Data: 5 de abril de 2014  
Delegada Mylena Naves de Castro Rocha

IV Simpósio de Fertilidade: Endometriose X Fertilidade  
Local: Hotel Windsor Barra - Rio de Janeiro/RJ  
Data: 05 de abril de 2014  
[www.vidafertil.com.br](http://www.vidafertil.com.br)  
Delegado Dr. Paulo Gallo de Sá

Jornada Internacional de Ginecologia Endócrina e Climatério  
Local: Anfiteatro do 4º Andar Da Maternidade do HC - Curitiba/PR  
Data: 10 a 12 de abril de 2014  
Delegado Dr. Cesar Augusto Cornel

6º Simpósio de Reprodução Humana de Brasília  
Local: Auditório Austregésilo de Athayde – Brasília/ DF  
Data: 11 e 12 de abril de 2014  
[www.sbrh.org.br](http://www.sbrh.org.br) | [www.plenariumcongressos.com.br](http://www.plenariumcongressos.com.br)  
Delegado Dr. David Barreira Gomes Sobrinho

2014 Pacific Coast Reproductive Society Annual Meeting  
Local: Renaissance Esmeralda, Indian Wells, CA, USA  
Data: 23 de abril de 2014  
[www.pcrsonline.org](http://www.pcrsonline.org)

## Maio

Simpósio Internacional de Reprodução Humana  
Local: Minascentro - Belo Horizonte/MG  
Data: 14 de maio de 2014  
[www.cmgo2014.com.br](http://www.cmgo2014.com.br)  
Delegado Dr. Marcelo Lopes Cançado

Jornada de Reprodução Humana - Congresso Norte de Ginecologia e Obstetrícia  
Local: Centro de Convenções e Feiras da Amazônia - Belém/PA  
Data: 15 a 17 de maio de 2014  
Delegado Dr. Ricardo De Almeida Quinteiros

III Simpósio de Reprodução Humana do Piauí - XXII Jornada da SOPIGO  
Local: Teresina/PI  
Data: 15 a 17 de maio de 2014  
Delegado Dr. Andre Luiz Eigenheer da Costa

Simpósio da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana – Seção de Santa Catarina  
Local: Hotel Majestic - Florianópolis/SC  
Data: 29 de maio de 2014  
Delegado Jean Louis Maillard

6ª Jornada de Reprodução Humana do Hospital Pérola Byington  
Local: Hotel Maksoud Plaza - São Paulo/SP  
Data: 31 de maio de 2014  
[www.jornadaperola.com.br](http://www.jornadaperola.com.br)  
Delegado Dr. Gilberto da Costa Freitas

## Junho

2014 AMA Annual Assembly Meeting  
Location: Chicago, IL, USA  
Data: 7 a 11 de junho de 2014  
[www.ama-assn.org](http://www.ama-assn.org)

ESHRE 2014  
29º Congresso da Sociedade Européia de Reprodução Humana e Embriologia  
Local: Feira de Munique/Alemanha  
Data: 29 de junho a 02 de junho de 2014  
[www.eshre.eu](http://www.eshre.eu)

## Agosto

XVIII Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida  
Local: Gran Hotel Stella Maris Resort – Salvador/BA  
Data: 20 a 23 de agosto de 2014  
[www.sbra2014.com.br](http://www.sbra2014.com.br)

## 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](http://www.asrm.org)

## Novembro

26º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana  
Local: Centro de Eventos da PUCRS – Porto Alegre/RS  
Data: 6 a 8 de novembro de 2014  
[www.sbrh.org.br](http://www.sbrh.org.br) | [www.plenariumcongressos.co](http://www.plenariumcongressos.co)

*Veja a obra de arte que fizemos juntos.*



*Você. Nós. Somos os pais da fertilidade*

**MerckSerono**

Living science, transforming lives

SAC Merck Serono: 0800.113320

Anúncio veiculado em Outubro de 2012.

Merck Serono é uma divisão da Merck.





# 26°

## 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

# Porto Alegre espera você

para compartilhar  
ciência e experiências

# Agende-se

Informações e inscrições:  
[sbrh@sbrh.org.br](mailto:sbrh@sbrh.org.br) / 11 5055 2438  
[www.sbrh.org.br](http://www.sbrh.org.br)  
[www.plenariumcongressos.com.br](http://www.plenariumcongressos.com.br)

- INFERTILIDADE
- REPRODUÇÃO ASSISTIDA
- ANTICONCEPÇÃO
- ONCOFERTILIDADE
- ENDOMETRIOSE
- TERAPIA HORMONAL
- ENDOCRINOLOGIA DA REPRODUÇÃO
- SEXOLOGIA
- EMBRIOLOGIA
- IMUNOLOGIA DA REPRODUÇÃO
- ENDOSCOPIA PÉLVICA
- GENÉTICA E REPRODUÇÃO
- ULTRASSONOGRAFIA EM GO

Organização:



**plenarium**  
Organização de Congressos